ORGANIZAÇÃO

Denise L. Oliveira Vilas Boas

Fernando Cassas

Hélder Lima Gusso

Paulo César Morales Mayer

COMPORTAMENTO EM FOCO

— Vol. 6 —

Processos Clínicos e de Saúde

Comportamento em foco 6 /

C737

Organizadores: Denise L. Oliveira Vilas Boas, Fernando Cassas, Hélder Lima Gusso, Paulo César Morales Mayer. -- São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental – ABPMC, 2017.

168 p.

ISBN 978-85-65768-05-4

1. Comportamento humano. 2.Análise do comportamento 3. Impulsividade. 4. Behaviorismo. 5. Transtorno de comportamento. I. Boas, Denise L. Oliveira Vilas. II. Fernando Cassas. III. Hélder Lima Gusso. IV. Mayer, Paulo César Morales. V. Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental.

CDD 150.1943

Catalogação pelo Sistema Integrado de Bibliotecas da UNIVASF.

Organização deste volume

Denise L. Oliveira Vilas Boas (Núcleo Tríplice e UNIFOR)

Fernando Cassas (Paradigma – Centro de Ciências do Comportamento)

Hélder Lima Gusso (Universidade Federal de Santa Catarina)

Paulo César Morales Mayer (UNIFOZ)

Comissão de Publicação e Editorial da ABPMC

Fernando Cassas (Paradigma – Centro de Ciências do Comportamento - Presidente)

Angelo A. S. Sampaio (Universidade Federal do Vale do São Francisco - Secretário)

Francisco Lotufo Neto (IPqUSP – Editor Chefe da RBTCC)

Projeto Gráfico e Editoração

Roberto Colombo - Portfólio

Instituição Organizadora

Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental

Pareceristas

Adriana Piñero Fidalgo (Núcleo Paradigma)

Antonio Maia Olsen do Vale (Universidade Federal do Ceará)

Cassia Roberta da Cunha Thomaz (Mackenzie-SP)

Denigés Maurel Regis Neto (PUC-SP, Núcleo Pradigma)

Eugenia Marques de Melo (Universidade de Fortaleza - UNIFOR)

Fernando Cassas (Paradigma Centro de Ciências do Comportamento)

Liana Rosa Elias (Universidade Federal do Ceará)

Liane Dahás Jorge de Souza (Universidade de São Paulo-USP)

Mateus Brasileiro Reis Pereira (Núcleo Paradigma)

Regina Christina Wielenska (PSICOLOG - Instituto de estudos do Comportamento)

Sobre a ABPMC

A Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC) é uma associação civil sem fins lucrativos, fundada em 1991, e tem por objetivos: (a) Promover, na sociedade, a Análise do Comportamento como área de conhecimento e como campo de atuação profissional por meio de sua divulgação e de procedimentos para o contínuo aperfeiçoamento da área; e (b) Criar condições para o aperfeiçoamento do conhecimento científico relacionado com análise do comportamento, de seus processos de produção e de uso por parte dos analistas de comportamento no Brasil, por meio de avaliação e crítica sistemáticas.

A ABPMC é constituída por pesquisadores, professores, profissionais que trabalham com Análise do Comportamento em suas diferentes dimensões – pesquisa básica, aplicada, conceitual e prestação de serviços – além de estudantes de psicologia, medicina comportamental e de outras disciplinas relacionadas ao comportamento humano. Atualmente congrega mais de 1.500 sócios distribuídos pela maioria dos estados brasileiros.

Entre as principais atividades da ABPMC está o Encontro Brasileiro de Psicologia e Medicina Comportamental, realizado anualmente. É considerado o maior fórum brasileiro de Análise do Comportamento e um dos maiores do mundo. A ABPMC também mantém uma série de publicações científicas: Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (RBTCC), série Comportamento em Foco (continuação da série Sobre Comportamento e Cognição), ambas disponíveis online gratuitamente e bem avaliadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). A ABPMC também contribui com outras instituições científicas, como Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e a Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP).

Outra atividade de grande importância realizada pela ABPMC é o processo de acreditação de analistas do comportamento no país. Esta ação visa atender uma demanda da comunidade, que apresentou a necessidade de monitorar a qualidade da prática do analista do comportamento brasileiro, favorecendo a escolha, pela comunidade, de profissionais qualificados para o exercício profissional nos diversos campos de atuação em Análise do Comportamento.

Saiba mais sobre a ABPMC em **www.abpmc.org.br**

Diretoria ABPMC 2015-2016

Presidente	Denis Roberto Zamignani
Vice-presidente	Jan Luiz Leonardi
Primeira Secretária	Natália de Mesquita Matheus
Segunda secretária	Maria de Lima Wang
Primeira Tesoureira	Lygia Teresa Dorigon
Segundo Tesoureiro	Gabriel Careli

Conselho Fiscal

Membros efetivos	Antonio Maia Olsen do Vale
	Luciana Leão Moreira
Membro suplente	Fabrício de Souza

Conselho Consultivo

	Cintia Guilhardi
	Emmanuel Zagury Tourinho
	Francisco Lotufo Neto
	Maria Amalia Pie Abib Andery
	Sílvio Paulo Botomé
	Vera Regina L. Otero
Membros permanentes	Bernard Pimentel Rangé
	Claudia Kami Bastos Oshiro
	Hélio José Guilhardi
	João Ilo Coelho Barbosa
	Maria Martha Hubner
	Maria Zilah Brandão
	Rachel Rodrigues Kerbauy *(in memorian)*
	Roberto Alves Banaco
	Wander Pereira da Silva
Membros honorários	Isaias Pessoti
	João Claudio Todorov

Sobre a coleção Comportamento em Foco

Em 1997 a ABPMC iniciou a publicação da série *Sobre Comportamento e Cognição*, que teve importante papel na disseminação do conhecimento produzido em Análise do Comportamento no Brasil. Após 16 anos de publicação da série, a ABPMC mudou seu formado, de impresso para digital e, em 2012, renomeou a série como *Comportamento em Foco*.

O objetivo principal da coleção Comportamento em Foco é disseminar o conhecimento produzido pela comunidade de analistas do comportamento no Brasil, por meio de coletâneas constituídas pelos trabalhos apresentados nos encontros anuais da ABPMC sob forma de palestras, mesas redondas, simpósios, sessões coordenadas, minicursos e sessões primeiros passos. Também é objetivo contribuir na formação científica dos estudantes e profissionais da área, por meio da avaliação das produções escritas dos autores.

Os artigos são organizados em volumes temáticos específicos, que visam melhorar a experiência de leitura e ampliar o acesso dos diferentes volumes temáticos aos diferentes segmentos da sociedade que possam se beneficiar do acesso a esse conhecimento.

Os livros digitais de cada volume estão disponibilizados gratuitamente no site da ABPMC: **www.abpmc.org.br**

Sobre os autores deste volume

Ana Lucia Ivatiuk

Psicóloga Doutora em Psicologia como Profissão e Ciência pela PUC-Campinas, Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-Campinas, Especialista em Psicoterapia Comportamental e Cognitiva pela USP. Atua como Professora de Psicologia na FAE - Centro Universitário e como Psicóloga Clínica e da Saúde no Grupo Crescer Psicologia. Atualmente desenvolve estudos/atividades sobre Comportamento Alimentar, Orientação Profissional, Psicologia da Saúde e Intervenções com Crianças e Adolescentes.

Antonio Bento Alves de Moraes

Psicólogo, Doutor em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas em, 1974. Atua como Professor Colaborador Voluntário, na Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/ Unicamp. Atualmente desenvolve pesquisas relacionadas aos temas: analise de comportamento, psicologia da saude , odontologia comportamental.

Camila Muchon de Melo

Psicóloga, Pós- Doutora, Doutora em Filosofia pela UFSCar, Mestre em Filosofia pela UFSCar. Atua como professora na Universidade Estadual de Londrina. Atualmente desenvolve pesquisas sobre Fundamentos do Behaviorismo Radical e Análise Comportamental da cultura.

Carolina Coury Silveira

Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Especialista em Clínica Analítico-Comportamental pelo Núcleo Paradigma. Doutoranda em Psicologia na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Atualmente desenvolve estudos sobre atenção conjunta e tomada de perspectiva em indivíduos com autismo e transtornos relacionados.

Débora de Araújo Lima Dutra

Psicóloga. Atua como psicóloga clínica em Fortaleza. Atualmente desenvolve estudos/atividades sobre Terapia Analítico Comportamental.

Diovani Cavalheiro Palha

Psicólogo. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Fabiana Marques Machado

Psicóloga, Pós Graduanda em Psicologia da Saúde e Hospitalar. Atua como psicóloga no programa NASF - Núcleo de Apoio da Saúde da Família.

Fábio Leyser Gonçalves

Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia (Neurociências e Comportamento) pela Universidade de São Paulo. Atua como Professor Assistente Doutor da Universidade Estatual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Bauru. Atualmente desenvolve pesquisas sobre modelos experimentais de psicopatologias e sensibilidade ao reforço.

Felipe Miranda Barbosa

Psicólogo, Mestre em Psicologia Forense pela Universidade Tuiuti do Paraná. Atua como Psicólogo Clínico no Grupo Crescer Psicologia e Professor Universitário na Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro). Atualmente desenvolve estudos sobre Clínica Analítico-Comportamental, Psicologia da Saúde, Psicologia Forense e Avaliação Psicológica.

Fernanda Zétola Delage

Psicóloga, Especialista em psicologia clinica pela Universidade Tuiuti do Paraná, atua como Psicologa Clinica em Consultorio Particular, atualmente participa de pesquisa na area de ansiedade infantil no hospital de clinicas da UFPR.

Janna Bezerra Braga Ferreira

Psicóloga. Atua como psicóloga clínica e escolar em Fortaleza. Atualmente desenvolve estudos/atividades sobre Terapia Analítico Comportamental.

Jardson Fragoso Carvalho

Psicólogo, Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, Professor da Faculdade da Cidade do Salvador. Atua como psicólogo clínico em consultório particular. Atualmente desenvolve estudos/ atividades sobre Análise do Comportamento aplicada a saúde, formação de professores e ensino da Análise do Comportamento.

Jaume Ferran Aran

Psicólogo, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Professor na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Desenvolve trabalhos sobre raciocínio lógico na perspectiva da Teoria das Molduras Relacionais.

Jhessica Monteiro

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão (2015). Atua como psicóloga clínica no Projeto Experimente e como orientadora profissional em São Luís - MA. Atualmente desenvolve estudos/atividades em Terapias Comportamentais de Terceira Geração, com cursos de formação na área.

João Henrique de Almeida

Psicólogo, Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Professor voluntário e bolsista de pós-doutorado na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Realiza investigações sobre linguagem e cognição na perspectiva da Teoria das Molduras Relacionais.

João Ilo Coelho Barbosa

Psicólogo, Doutor em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela UFPA, Mestre em Psicologia clinica pela USP. Atualmente é professor associado da Universidade Federal do Ceará, desenvolvendo estudos sobre Terapia analítica-comportamental e eventos privados.

Joliane Matveichuk do Prado

Psicóloga, Especialista em Psicologia Clínica Comportamental e Cognitiva pela Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR). Atua como Psicóloga Clínica e da Saúde no Grupo Crescer Psicologia. Atualmente desenvolve estudos/ atividades sobre Transtornos Alimentares, Psicologia da Saúde.

Jordana Fontana

Psicóloga, mestranda em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina.

Josy de Souza Moriyama

Psicóloga, Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (2001), mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2003) e doutorado em Psicologia Profissão e Ciência pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2007). Atualmente é professor adjunto da Universidade Estadual de Londrina. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Intervenção Terapêutica, atuando principalmente nos seguintes temas: psicoterapia individual e em grupo para problemas diversos (infertilidade, ansiedade e depressão).

Karina Casaçola Cinel

Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina (2017) na área de Psicologia Experimental, sobre Momentum Comportamental e atraso do reforço. Atualmente, é aluna regular de especialização em Análise do Comportamento Aplicada na PUCPR, campus Londrina. Tem experiência na área de Análise Experimental do Comportamento, Análise do Comportamento Aplicada voltada a pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista e na área de docência. Atua como supervisora clínica de psicólogos e como psicoterapeuta de crianças autistas no Grupo Contingência, atua também como acompanhante terapêutico (AT) de autistas adultos e como professora de pós-graduação no Grupo Rhema, ministrando aulas sobre Autismo, Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo e Avaliação Diagnóstica para Autistas.

Larissa Pires Ruiz

Mestra em Psicologia com concentração em Comportamento e Cognição pela Universidade Federal de São Carlos. Atua como Psicóloga Clínica em consultório particular e doutoranda no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos. Atualmente desenvolve estudos/atividades no Laboratório de Análise do Comportamento Aplicada a Saúde (LACs - Univerisdade Federal de São Carlos) nas áreas de conhecimento: depressão, ansiedade, autoestima, qualidade de vida, medicina estética, psicodermatologia, tecnologia em pesquisas de saúde mental e desenvolvimento de instrumentos/técnicas inovadoras psicoterapêuticas.

Luziane de Fátima Kirchner

Psicóloga e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos. Atua como docente no Centro Universitário Assis Gurgacz e como psicóloga clínica. Atualmente desenvolve estudos e atividades sobre Análise do Comportamento e Saúde.

Márcia Cristina Caserta Gon

Psicóloga, Mestre e Doutora em Ciências/ Psicobiologia pela FFCLRP/USP. Atua como professora na Universidade Estadual de Londrina. Atualmente desenvolve pesquisas em Análise do Comportamento, saúde e desenvolvimento infantil.

Marisa Richartz

Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, Especialista em Terapia Comportamental - Terapia por Contingências de Reforçamento pelo Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento. Atua como psicóloga clínica em consultório particular. Atualmente desenvolve estudos/ atividades sobre psicoterapia e Análise do Comportamento aplicada a saúde.

Melissa Maria Lury Sato

Psicóloga, Mestra em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina. Atua como Psicóloga Clínica no Centro de Psicologia e Análise do Comportamento (CEPAC). Atualmente desenvolve atividades em psicoterapia clínica com adultos e crianças e pesquisa sobre orientação de pais de crianças com dermatite atópica.

Nazaré Costa

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (1997), especialização em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (2005), mestrado e doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará (1999 e 2009). Professora, Adjunto IV, da Universidade Federal do Maranhão, desde 2002. Atua na Graduação e Mestrado em Psicologia. Supervisora do Estágio Obrigatório em Clínica Analítico Comportamental desde 2002. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Intervenção Clínica, e interesse especial nos seguintes temas: Análise do Comportamento (ramos filosófico, teórico e aplicado), ciúme, violência contra a mulher, Terapias Comportamentais de Terceira Geração e Mindfulness.

Pedro Bordini Faleiros

Psicólogo, Doutor em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo, em 2009. Atua como Professor e Coordenador do Curso de Psicologia da Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP. Atualmente desenvolve pesquisas relacionadas aos temas: Análise experimental do comportamento, comportamento social e práticas culturais.

Raiana Bonatti de Sousa Botão

Psicóloga, possui graduação em psicologia pela Universidade Estadual de Londrina e Mestre em análise do comportamento pela Universidade Estadual de Londrina, com formação em ACT e FAP pelo Instituto continuum. Atua como psicóloga clínica na empresa CINP - Centro Integrado de Neuropsiquiatria e Psicologia comportamental.

Ramon Marin

Psicólogo, Graduado pela Universidade Metodista de Piracicaba em 2017. Atualmente desenvolve estudos de revisão de literatura sobre Análise do Comportamento aplicada a área de Saúde.

Roberta Seles da Costa

Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina e Mestre em Análise do Comportamento na mesma instituição. Atua como Psicóloga da Universidade Estadual de Ponta Grossa e é discente do curso de Especialização em Gerontologia no Núcleo de Tecnologia e Educação Aberta à Distância da UEPG.

Robson Zazula

Doutorando em Ciências da Saúde (área Psiquiatria), Mestre em Análise do Comportamento e Psicólogo pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Educação para Profissões da Saúde pela Universidade Federal do Ceará / Instituto Regional FAIMER (Foundation for Advancement of International Medical Education and Research). Professor Assistente de Psicologia Médica do Curso de Medicina, Coordenador do Núcleo de Apoio ao Estudante do curso de Medicina e tutor de Psicologia do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), em Foz do Iguaçu. Atualmente desenvolve pesquisas vinculadas ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (UEL), Curso de Medicina e Laboratório de Ciências Médicas (LPCM) da UNILA nas seguintes áreas: transtornos de humor, avaliação neuropsicológica, neurociências, educação em saúde, educação médica, qualidade de vida, saúde mental, psicologia da saúde, aconselhamento genético e comunicação.

Ronaldo Rodrigues Teixeira Júnior

Psicólogo, Mestre e Doutor em Teoria e Pesquisa do Comportamento pela Universidade Federal do Pará. Atua como Professor Adjunto na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Atualmente desenvolve estudos/atividades sobre Clínica Analítico-Comportamental e Comportamento Governado por Regras.

Taís da Costa Calheiros

Psicóloga, Mestra em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Atua como Psicóloga Clínica no Espaço Comportamental e como Docente na Irmandade da Santa Casa de Londrina (ISCAL). Atualmente, desenvolve estudos/atividades sobre atendimento clínico psicológico de adultos, supervisão clínica, saúde mental, educação em saúde, humanização na saúde, psicologia da saúde, intervenção psicológica diante de doenças crônicas, formação técnico-profissional do analista do comportamento e Análise do Comportamento aplicada à saúde.

Vanessa Siqueira de Medeiros Dettoni

Psicóloga Clínica, Especialista em Análise do Comportamento e Terapia Analítico-Comportamental pela UNIPAR/Cascavel. Atua como docente em disciplinas referentes a Análise do Comportamento além de orientação de estágio clínico analítico-comportamental na Pontifícia Universidade Católica do Paraná PUCPR/Toledo. Atualmente desenvolve estudos/atividades sobre autoestima e ansiedade.

O analista do comportamento na clínica e na saúde

A atuação do analista do comportamento nas áreas clínica e da saúde se desenvolveu a partir da década de 60, apoiada nos pressupostos filosóficos e constructos teóricos derivados das descobertas empíricas nos laboratórios desde o início do século XX. Em função das diversas vertentes teóricas e conceituais desenvolvidas nesse período, dentro do que era genericamente conhecido como Behaviorismo, e da evolução da ciência comportamental, a prática profissional do analista do comportamento foi se modificando e, junto, a própria nomenclatura que designava sua atuação sofreu mudanças, tais como de Modificação do comportamento para Terapia comportamental. No Brasil a atuação do analista do comportamento na área Clínica e da Saúde se expandiu exponencialmente a partir da década de 80, sendo hoje denominada, como terapia analítico-comportamental e/ou terapia por contingências de reforçamento. Além disso, a partir do século XXI, a atuação clínica dos terapeutas comportamentais do Brasil, sofre influência das chamadas Terapias de Terceira Onda (e.g., Psicoterapia Analítica-Funcional, Terapia de Aceitação e Compromisso e Terapia Comportamental Dialética).

A expansão da atuação do analista do comportamento no contexto clínico, tornou necessária a agregação desses profissionais, o que culminou na criação da ABPMC e do I Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental, no ano de 1992. Desde então, a Associação cresceu e já estamos no 26º Encontro. Esse volume da Coleção Comportamento em Foco é formado por trabalhos na área clínica e da saúde apresentados nos últimos encontros, demonstrando o contínuo e crescente desenvolvimento desses campos de atuação por analistas do comportamento.

O Capítulo 1, *Comportamento impulsivo: definição e pesquisa*, aborda as definições de impulso na literatura geral e como esse padrão comportamental pode ser definido dentro do escopo da análise do comportamento. Com esse foco, apresenta pesquisas recentes para examinar quais arranjos de contingências podem afetar a emissão de repostas denominadas impulsivas ou não, dentro de um esquema concorrente entre estímulos de diferentes magnitudes, variando entre atraso, risco e esforço. Compreender essas diferenças de processos pode auxiliar no entendimento de diversos padrões comportamentais definidos como psicopatológicos.

No Capítulo 2 é apresentada uma discussão sobre as diferenças nas intervenções psicológicas, em função da fase do desenvolvimento (adolescência,

idade adulta e terceira idade) de clientes diagnosticados com Transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Apesar de características semelhantes do diagnóstico nas três fases da vida, observa-se diferenças topográficas e efetividade da intervenção em função da fase de desenvolvimento dos clientes.

No Capitulo 3 é discutida a importância do desenvolvimento das habilidades terapêuticas, partindo do pressuposto que as mudanças no comportamento do cliente são contingentes às intervenções do terapeuta. Os autores destacam que ainda não há um consenso na literatura sobre quais habilidades são essas, o que dificulta uma análise operacional das respostas do terapeuta em sessão. Identificando essa lacuna, no capítulo é discutido, sob a perspectiva da análise do comportamento, oito habilidades terapêuticas, tais como: observar, ser empático, lidar com diferenças, expressar sentimentos e evocá-los no cliente, ser assertivo, ser persuasivo, confrontar o cliente com contradições em seu comportamento e ter informações sobre o contexto em que o cliente vive.

Realizar avaliação de contingências do comportamento do cliente é uma outra habilidade terapêutica fundamental para o desenvolvimento do processo terapêutico. Considerando isso, no Capítulo 4, é apresentada uma análise das contingências de reforçamento envolvidas no desenvolvimento e manutenção do repertório comportamental dos personagens do filme 50 tons de cinza. Apresenta-se como o desenvolvimento de relações afetivas na vida adulta é afetada pela história de vida das pessoas, principalmente modelos e regras parentais. Deste modo, foram descritos e analisados os comportamentos dos personagens, buscando identificar sua multideterminação. Portanto, a utilização de filmes para análise de repertório dos personagens tem dupla função importante, uma é treinar terapeutas e/ou estudantes a realizar avaliação de contingências e, outra é identificar possíveis modelos de contingências para análise de padrões comportamentais similares funcionalmente.

Fortalecendo a importância da arte, especificamente o cinema, no trabalho do terapeuta analítico comportamental, no Capítulo 5 são apresentados os benefícios do uso de filmes como estratégia de intervenção na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Os autores apresentam aqui, especificamente, a análise do curta metragem "*The boy in the bubble*", trazendo os fundamentos e formas de intervir utilizando filmes sob o enfoque da ACT.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), possui uma gama de estratégias de intervenção, além do uso de filmes, como descrita no capítulo

anterior. Desta forma, no Capitulo 6 é apresentada a utilização de recursos da ACT na intervenção de um cliente com queixa de transtorno de personalidade esquizotípico. As intervenções utilizadas, tais como levantamento dos valores da cliente; atividades para alterar o controle de estímulos externos; metáforas e exercícios para a aceitação dos eventos privados e estratégias de enfrentamento, diminuindo comportamentos de fuga e esquiva, mostraram-se eficazes para produzir a ampliação dos relacionamentos interpessoais da cliente, manutenção do curso técnico e mudança da relação com os eventos privados, que possibilitou o engajamento em diversas atividades.

A estratégia de intervenção denominada Tomada de perspectiva é um outro foco de estudo e atuação dos analistas do comportamento, por meio da Teoria das Molduras Relacionais (RFT), base conceitual da Terapia de Aceitação e Compromisso. A partir disso, no Capítulo 7 são apresentados os conceitos fundamentais da Teoria das Molduras Relacionais para a Tomada de Perspectiva e os achados experimentais sobre o tema, enfocando participantes com desenvolvimento típico e atípico e as dificuldades ainda encontradas.

No Capítulo 8 é analisado o caso clínico de uma cliente que apresentava resistência à mudança. O estudo de caso clínico converge filosófica e conceitualmente como um método de estudo da análise do comportamento, partindo do pressuposto de se estudar o sujeito como seu próprio controle (Kazdin, 2011). Partindo dessa vertente, buscou-se analisar quais variáveis mantinham o comportamento queixa da cliente e as possíveis variáveis que impediam a mudança dessa classe de respostas (resistência à mudança). Múltiplos fatores podem afetar a probabilidade de emissão de respostas alternativas pelo cliente e a análise de estudos de caso, pode identificar variáveis envolvidas nesse processo para desenvolver alternativas de intervenção.

No Capítulo 9 há um apanhando importante das publicações nacionais que discutem os conceitos de saúde sob a perspectiva da análise do comportamento. Considerando a importância do analista do comportamento na área da saúde e afins, o artigo apresenta variáveis que podem ser alvos de intervenção para o psicólogo atuando na saúde, tais como promoção de saúde e prevenção de doenças, adesão ao tratamento médico e educação do paciente. O capítulo enfoca a importância dos conceitos e procedimentos de intervenção desenvolvidos pela análise do comportamento na atuação frente a essas questões.

Continuando a discussão sobre a atuação do analista do comportamento na área da saúde, o Capítulo 10 é atravessado por uma importante discussão sobre a necessidade de uma postura científica e rigor técnico do profissional, favorecendo e possibilitando a melhor análise dos resultados e a comunicação entre os diversos profissionais. Partindo disso, os autores apresentam conceitos da análise do comportamento que são fundamentais para o desenvolvimento de intervenções para instalação ou promoção de comportamentos importantes à saúde.

A atuação do psicólogo na área de saúde, de forma científica e com rigor técnico, depende do conhecimento desse profissional a respeito do que a ciência está produzindo na área. Desta forma, o Capítulo 11 pode ter a função de suprir essa lacuna, apresentando os temas estudados na área da saúde por analistas do comportamento, por meio de uma revisão bibliográfica. A revisão bibliográfica é um método de pesquisa extremamente necessário para se identificar o *estado da arte* da área de estudo, o desenvolvimento dos conceitos, as estratégias de intervenções desenvolvidas e sua eficácia (Luna,1997). O capítulo traz dados importantes sobre o desenvolvimento da área no Brasil e os principais temas de estudo, tais como procedimentos de tratamento, comportamento e saúde e doenças infantis.

Denise L. Oliveira Vilas Boas

Fernando Cassas

Hélder Lima Gusso

Paulo César Morales Mayer

Referências

Kazdin. A. E. (1992). *Research design in clinical psychology*. Boston: Allyn & Bacon.

Luna, S. V. (1997). *Planejamento de pesquisa: uma introdução*. São Paulo: Educ.

Sumário

20 | **Comportamento Impulsivo: Definição e Pesquisas**

Fábio Leyser Gonçalves

32 | **O Transtorno Obsessivo-Compulsivo em diferentes fases do Desenvolvimento Humano**

Ana Lucia Ivatiuk, Felipe Miranda Barbosa, Fernanda Zétola Delage e Joliane Matveichuk do Prado

46 | **Habilidades terapêuticas na clínica analítico-comportamental**

João Ilo Coelho Barbosa, Débora de Araújo Lima Dutra e Janna Bezerra Braga Ferreira

60 | **Uma leitura analítico-comportamental sobre a trilogia "Cinquenta Tons de Cinza"**

Vanessa Siqueira de Medeiros Dettoni, Jordana Fontana e Fabiana Marques Machado

78 | **Cinema e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): contribuições para intervenções terapêuticas**

Jhessica Monteiro e Nazaré Costa

89 | **Transtorno Esquizotípico e Terapia de Aceitação e Compromisso: estratégias de intervenção em caso clínico**

Raiana Bonatti de Sousa Botão, Josy de Souza Moriyama e Roberta Selles da Costa

102 | **Tomada de Perspectiva como Responder Relacional Derivado: experimentos com indivíduos com desenvolvimento típico e atípico**

João Henrique de Almeida, Carolina Coury Silveira e Jaume Ferran Aran

116 | **A resistência do cliente sob um enfoque comportamental: um estudo de caso**

Diovani Cavalheiro Palha e Ronaldo Rodrigues Teixeira Junior

132 | **Introdução à Análise do Comportamento aplicada à área da saúde: fundamentos, conceitos e exemplos**

Taís da Costa Calheiros, Karina Casaçola Cinel, Melissa Maria Lury Sato, Camila Muchon de Melo e Márcia Cristina Caserta Gon

143 | **Temas relevantes em saúde para a Análise do Comportamento**

Luziane de Fátima Kirchner, Taís da Costa Calheiros, Marisa Richartz, Robson Zazula, Jardson Fragoso Carvalho e Larissa Pires Ruiz

156 | **Uma revisão de literatura de temas da saúde estudados pela Análise do Comportamento**

Ramon Marin, Antonio Bento Alves de Moraes e Pedro Faleiros

Comportamento Impulsivo: Definição e Pesquisas

Impulsive Behavior: Concept and Research

Fábio Leyser Gonçalves
UNESP - Bauru
leyser@fc.unesp.br

Resumo

O comportamento impulsivo vem sendo tratado pela Psicologia como resultado de um traço de personalidade chamado de impulsividade. O presente trabalho pretende avaliar algumas das diversas situações descritas sob esse rótulo. Para tanto, serão apresentadas várias pesquisas que procuram modelar comportamentos impulsivos em humanos e outros animais. Uma série de pesquisas nos levam a concluir que o comportamento impulsivo pode ser compreendido como um fenômeno molar caracterizado por um aumento de preferência por alternativas que seriam menos vantajosas para o organismo que se comporta. Entram dentro dessa definição as situações de escolha entre estímulos apetitivos ou aversivos de diferentes magnitudes e cujas alternativas variam em atraso, risco e esforço. Discute-se que as diferenças nesses procedimentos podem corresponder a diferentes processos comportamentais. A diferenciação desses processos parece ser útil na avaliação de risco de uma série de psicopatologias como a dependência química e outros transtornos de controle de impulso.

PALAVRAS-CHAVE

Impulsividade;
Desvalorização pelo atraso;
Risco;
Sensibilidade ao reforço.

Abstract

Impulsive behaviour has been studied as a product of a personality trait by traditional psychology. This paper addresses several behaviours that are described under this label. Several researches on impulsive behaviour with both human and nonhuman subjects are reviewed. A series of experiments allows us to understand impulsive behaviour as a molar phenomenon that can be characterized by a raise on the preference for suboptimal alternatives on certain kinds of choice scenarios. This definition can account for choices between appetitive and aversive stimuli of different magnitudes that are concurrent with alternative that vary in delay, risk and effort. Different behavioural process seemed to be involved on these different types of choice. The characterization of these processes differences can be useful for the evaluation of a series of psychopathologies such as drug dependence and other impulse control disorders.

KEYWORDS

Impulsivity;
Delay discounting;
Risk;
Sensitivity to reinforcement.

O que é comportamento impulsivo?

Em muitas situações cotidianas falamos em impulsividade e em comportamentos impulsivos. Falamos que agimos por impulso quando compramos mais um sapato, embora já tenhamos 30. Quando comemos alimentos gordurosos, apesar de nossa alta taxa de colesterol. Quando uma criança não consegue esperar sua vez de falar, quando alguém vive trocando de atividades ou quando um jovem tem relações sexuais sem preservativo, só para mencionar alguns exemplos.

Esses comportamentos estão relacionados a muitas das áreas de nossas vidas. Eles afetam nossas decisões financeiras, estão relacionadas à nossa saúde, à educação de nossas crianças, à nossa alimentação, entre outras. Mas, afinal, o que queremos dizer com esses termos? Será que as mesmas variáveis controlam todas essas situações? Nosso objetivo neste capítulo é, justamente, tentar esclarecer os processos comportamentais envolvidos nessas situações, explorando o conceito de comportamento impulsivo através da revisão de uma série de pesquisas e experimentos da área.

Tradicionalmente, falamos em impulsividade como a tendência a agir sem pensar, ou em detrimento de malefícios e riscos consequentes. Como substantivo, o termo impulsividade nos remete a um tipo de força interna, o impulso, ou a alguma característica de personalidade como causa de comportamentos. A Análise Experimental do Comportamento rejeita instâncias mentais, inferidas do comportamento, como explicação do próprio comportamento (Skinner, 1953/1985)[1]. A impulsividade só pode ser descrita a partir dos comportamentos do indivíduo, do quanto ele age impulsivamente. A impulsividade, portanto, não pode servir de explicação para esses comportamentos. Mesmo quando usado como um rótulo para um conjunto de comportamentos, o termo acaba por se tornar abrangente demais, abarcando uma série de fenômenos diferentes, causando confusões conceituais. Outro problema é que, ocupando um status causal, acaba dificultando a investigação científica das variáveis que afetam esses comportamentos.

Além do mais, o uso do termo impulsividade acaba por indicar um sentido negativo, tornando-se "o problema". Assim, um indivíduo que acaba por se exceder em compras desnecessárias é tachado de impulsivo e seu problema passa a ser a impulsividade, em detrimento do comportamento de comprar excessivamente, que pode ser analisado e modificado. Nesse sentido, o termo "comportamento impulsivo" se mostra mais adequado pois nos permite a avaliação de diferentes ocorrências de comportamentos que podem, ou não, pertencer a uma mesma classe de respostas.

O comportamento impulsivo tem sido associado a uma série de prejuízos para o indivíduo, inclusive fazendo parte do

1 A primeira data indica o ano da publicação original, enquanto a segunda refere-se à edição consultada.

critério diagnóstico de vários transtornos psiquiátricos como o Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ou o Transtorno de Personalidade Borderline, por exemplo (American Psychiatric Association, 2014).

Mas afinal, o que há de anormal em comprar um sapato, comer torresmo, ter relação sexual sem preservativo, fazer uma aposta, falar ou desistir? NADA! Um sapato, o torresmo, a relação sexual e o prêmio funcionam como reforçadores e, portanto, podemos analisar funcionalmente a relação entre as respostas (como a de comprar) e o reforçador (sapato). O problema não está no comportamento em si, mas na distribuição do comportamento entre as alternativas possíveis ao longo do tempo. As dificuldades aparecem quando o sapato é comprado em detrimento do pagamento do aluguel, por exemplo. A questão é que uma resposta leva a mais de uma consequência, seja porque ocasiona consequências imediatas e de longo prazo, por exemplo, seja porque concorre com outras contingências.

Uma maneira útil de analisar esses comportamentos é toma-los como escolhas. O termo escolha, dentro da AEC, diz respeito à distribuição das respostas de um organismo ao longo das várias contingências em vigor em seu ambiente. Nesta perspectiva, todos os comportamentos são, em última análise, considerados como escolhas, uma vez que o comportamento é finito e a emissão de uma resposta, em determinado momento, implica em deixar de emitir outras respostas incompatíveis (Garcia-Mijares & Silva, 1999; Herrnstein, 1961).

A Lei da Igualação, proposta inicialmente por Herrstein (1961), nos indica que a distribuição das respostas é proporcional aos reforçadores disponíveis no ambiente e inversamente proporcional aos punidores (Deluty, 1978) No entanto, não é apenas a taxa de reforço ou de punição que afeta a distribuição das respostas. Outras dimensões dos estímulos consequentes, como atraso e magnitude, por exemplo, também afetam as respostas (Garcia-Mijares & Silva, 1999). Assim, a distribuição resultante de um cenário em que múltiplas consequências são contingentes a diversas respostas será o equilíbrio entre o efeito de todas essas dimensões.

Analisar o comportamento impulsivo como escolha nos permite avaliar a ocorrência desses comportamentos em relação a uma série de variáveis, permitindo construir um conceito formado pelo que há em comum entre as várias situações em que usamos o termo.

A situação mais comum quando falamos em comportamento impulsivo é quando escolhemos entre consequências imediatas e atrasadas. O uso de drogas, em particular no caso da dependência, tem sido associado a esse tipo de escolha (Bickel, Jarmolowicz, & MacKillop, 2012). Nessa situação podemos interpretar que o usuário escolhe as consequências imediatas relacionadas ao efeito da droga, em detrimento de outros reforçadores de longo prazo, como os proporcionados pela escola, pelo trabalho e pelo convívio familiar, por exemplo. É importante notar que nesse tipo de situação, além do atraso entre a resposta e o estímulo reforçador, temos uma

outra dimensão que varia: a magnitude dos reforçadores (além da qualidade, quando falamos em exemplos práticos). Esse modo de analisar o comportamento impulsivo ficou conhecido como o modelo Ainslie-Rachlin (Ainslie, 1975; Ainslie, 1974; Rachlin & Green, 1972) e tem sido amplamente utilizado na literatura para a compreensão de fenômenos como a dependência de substâncias, de jogo, comportamentos relacionados ao cuidado com a saúde e, também, de comportamentos relacionados ao uso de recursos naturais (Myerson, Baumann, & Green, 2016). Nesse tipo de escolha, temos uma alternativa imediata (ou com um atraso pequeno) e outra com atraso (ou com atraso maior); levando-se em conta apenas o atraso, teríamos uma tendência a escolher a alternativa imediata, já que a distribuição de respostas está inversamente relacionada ao atraso no reforçador (Chung & Herrnstein, 1967). No entanto, uma segunda dimensão é variada, atuando no sentido oposto ao do atraso. À alternativa imediata corresponde um reforçador de menor magnitude, enquanto a alternativa atrasada está associada a um reforçador de maior magnitude. Assim, temos uma situação de conflito entre as duas dimensões – o atraso aumentando a preferência pela alternativa imediata e a magnitude aumentando a preferência pela alternativa atrasada.

Em um outro tipo de situação, por exemplo, manter relações sexuais com vários parceiros sem uso de preservativo correndo o risco de contrair HIV ou outra doença sexualmente transmissível, temos uma combinação de dimensões um pouco diferente. Nessa situação, temos a variação da magnitude, que pode ser interpretada como o aumento da sensação de prazer durante a relação ou a saúde do indivíduo, como alternativa. Além disso, temos uma outra dimensão que é a probabilidade associada a cada um dos reforçadores. Enquanto a sensação de prazer é próxima à certeza (ou seja, a probabilidade é próxima a 1), a contaminação por HIV tem uma probabilidade bem menor. Mais uma vez, enquanto a magnitude favorece a escolha da alternativa relacionada à saúde, a probabilidade associada influencia a escolha no sentido oposto.

Um terceiro tipo de escolha que podemos examinar é a combinação entre a magnitude do reforçador e o custo da resposta, ou esforço exigido. É o caso de um trabalho acadêmico que pode ser feito com pouco esforço, tendo uma nota medíocre como consequência, ou pode ser feito com bastante esforço, garantindo uma nota alta. Nessa situação, o custo da resposta e a magnitude atuam em direções opostas – produzindo, novamente, uma situação de conflito.

As situações acima nos permitem esboçar uma definição molar de comportamento impulsivo. Podemos dizer que o comportamento impulsivo diz respeito à distribuição de respostas em uma situação de conflito entre duas ou mais dimensões do processo de reforço. Falamos em comportamento impulsivo para a distribuição dessas respostas em direção à alternativa que resulta na menor magnitude de reforço e que, portanto, não obtém o máximo de reforçadores disponível no ambiente. É importante notar que essa é uma definição relativa. Não há um comportamento que possa ser considerado como impulsivo

ao ser analisado isoladamente. Apenas na comparação com outros comportamentos da mesma pessoa ou de outros é que esse comportamento pode ser avaliado. Nesse sentido, deveríamos dizer que o comportamento é mais impulsivo que outro, seja da própria pessoa, seja de outras pessoas. Um antônimo frequente de comportamento impulsivo é comportamento autocontrolado. Os adjetivos "impulsivo" e "autocontrolado" formam dois extremos de um mesmo *continuum*, mas que representam uma única dimensão. Falar que um comportamento é menos impulsivo ou mais autocontrolado indicam a mesma coisa. Outro ponto importante é que, nem sempre o comportamento autocontrolado é o mais vantajoso. Em uma situação de escassez de alimento, por exemplo, não escolher a alternativa imediata de menor magnitude, pode significar a morte e, portanto, a perda de todas as outras possíveis alternativas. Nesse sentido, o comportamento impulsivo não é, necessariamente, desvantojoso.

Desvalorização pelo atraso

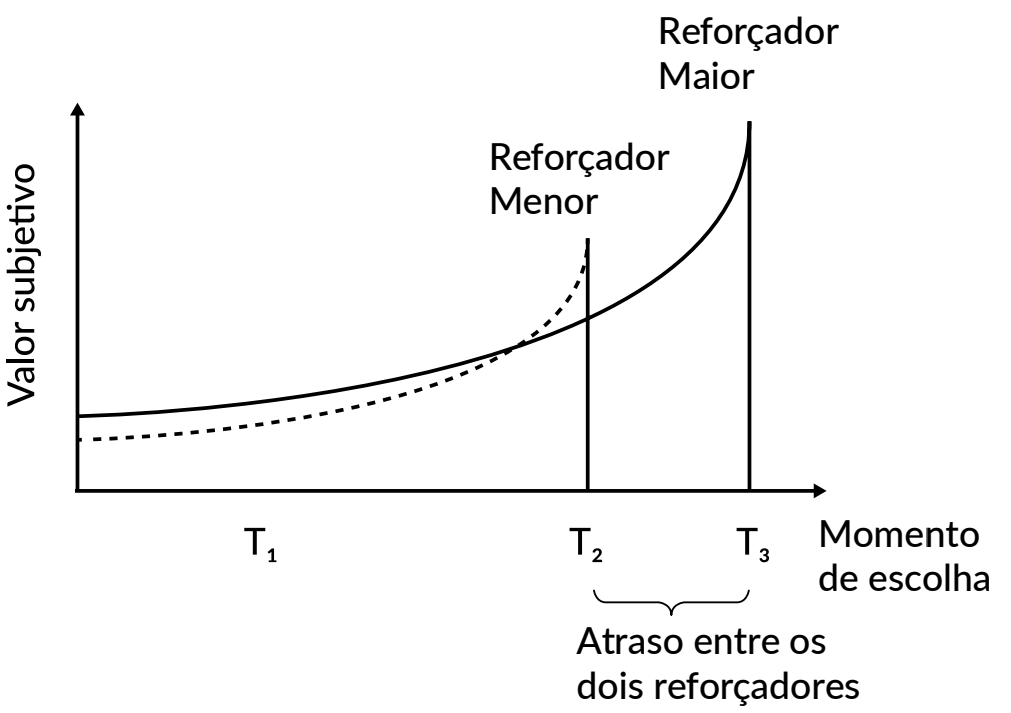
A interação entre o efeito do atraso e da magnitude do reforço tem sido estudado sob o tópico desvalorização pelo atraso (o termo original, em inglês, é *delay discounting*[2]). Um dos precursores da área foi Walter Mischel, preocupado em estudar o desenvolvimento do autocontrole em crianças, principalmente (Kerbauy, 1991; Mischel, Shoda, & Rodriguez, 1992). Seu procedimento clássico, conhecido como o "Teste do *marshmallow*", consistia na apresentação de um *marshmallow* que poderia ser consumido imediatamente ou, após aguardar um período de tempo sem consumir o *marshmallow* (atraso), poder-se-ia ganhar dois em vez de um. Nessa situação fica configurado o conflito entre magnitude e atraso e o tempo que a criança consegue esperar é uma das maneiras de avaliar o quanto a criança é capaz de emitir comportamentos autocontrolados. Essa capacidade varia com a idade, com a educação formal, com medidas de inteligência, mas também com a disponibilidade de distratores, para citar algumas das variáveis estudadas por Mischel e seus colaboradores (Mischel et al., 1992). Mais recentemente, procedimentos de ajuste de atraso e de magnitude (com suas variações) têm sido utilizados para estudar essas situações, tanto com seres humanos (Rachlin, Raineri & Cross, 1991) como com outros animais (Mazur, 1987). Basicamente, os procedimentos consistem em fixar duas magnitudes, uma maior e outra menor, e variar o atraso da alternativa de maior magnitude até que haja indiferença entre as escolhas das alternativas. Outra possibilidade é fixar o atraso e variar a magnitude das alternativas até igualar a distribuição. Em humanos, essas escolhas muitas vezes são feitas entre alternativas hipotéticas em dinheiro ou outros reforçadores com atrasos (Green, Fry, & Myerson, 1994; Rachlin et al., 1991). Muitas versões diferentes desse tipo de tarefa têm sido utilizadas, mas os dados têm apontado para uma consistência bastante grande entre as versões, indicando

2 Embora seja comum a tradução do termo como desconto do atraso, entendo que o termo se refere à diminuição de valor reforçador provocada pelo atraso, portanto tenho preferido a expressão desvalorização pelo atraso por deixar mais clara a ideia de que é o valor que diminui e não o atraso, como poderia ser interpretado na expressão desconto do atraso.

que o fenômeno é bastante robusto em relação a alterações de procedimentos (Matta, Gonçalves, & Bizarro, 2012). O procedimento de desvalorização pelo atraso tem sido bastante utilizado para diferenciar indivíduos dependentes de substâncias, avaliar o prognóstico de tratamento para dependência, ou mesmo o risco de desenvolver dependência (Bickel et al., 2012). Além disso, os procedimentos com humanos e com outros animais têm sido utilizados para avaliar quais variáveis influenciam essas escolhas e que poderiam favorecer comportamentos mais ou menos impulsivos.

Uma das variáveis a ser estudada foi o próprio momento de escolha. Experimentos com pombos demonstraram que escolhas antecipadas permitiam um fenômeno que ficou conhecido como resposta de compromisso (Ainslie, 1974; Rachlin & Green, 1972). Nesse tipo de procedimento a escolha se dá entre dois reforçadores atrasados – um com atraso menor e magnitude menor e outro com atraso e magnitude maiores. A figura 1, a seguir, representa o valor[3] de dois reforçadores ao longo do tempo, o atraso é dado pela distância entre o momento da escolha (T_1, por exemplo) e o momento de apresentação do reforçador (T_2 e T_3). Nessa condição pode-se perceber que, quando a escolha é feita no momento T_1, o valor do reforçador maior está acima do valor do reforçador menor. No entanto, quando a escolha é feita no momento T_2, ou seja, entre um reforçador imediato e outro atrasado, é o valor do reforçador menor que está acima do reforçador maior. Essa teoria, conhecida como o modelo Ainslie-Rachlin (Mazur, 2014), aponta para dois fenômenos importantes para a compreensão do comportamento impulsivo. O primeiro é que a preferência pelo reforçador imediato de menor magnitude não é constante ao longo do tempo, ou seja, dependendo do momento em que fazemos a escolha, podemos fazer escolhas diferentes entre os mesmos reforçadores. O segundo é que escolhas antecipadas tendem a ser mais autocontroladas, enquanto escolhas feitas próximas ao momento de apresentação do reforçador menor, no calor do momento, tendem a ser mais impulsivas.

Figura 1. Curva hipotética do valor subjetivo em função do momento de escolha (adaptado de Gonçalves, 2005).



Fonte: Elaborada pelo autor.

3 A expressão apresentada na figura é "valor subjetivo" amplamente utilizada na literatura. O termo corresponde ao valor presente de um determinado reforçador. Nesse sentido, representa o valor do reforçador imediato que seria equivalente ao reforçador atrasado.

Outra variável importante diz respeito às diferenças entre consequências apetitivas e aversivas[4], também conhecido como efeito de sinal (Myerson et al., 2016). Alguns estudos recentes têm demonstrado diferenças quantitativas e qualitativas no modo como estímulos apetitivos e aversivos são influenciados pelo atraso (Appelt, Hardisty, & Weber, 2011; Gonçalves, 2005; Myerson et al., 2016). De uma maneira geral, os dados indicam que estímulos apetitivos são mais desvalorizados pelo atraso do que estímulos aversivos (Gonçalves, 2005; Gonçalves & Silva, 2015). Além disso, para estímulos aversivos, nem sempre se encontra desvalorização, algumas pessoas consideram que uma situação aversiva imediata é preferida a uma atrasada, independente da magnitude. Embora experimentos da década de 1960 já demonstrassem que algumas pessoas preferiam levar um choque imediato a um choque de mesma magnitude, porém atrasado (Cook & Barnes, 1964), apenas recentemente as diferenças qualitativas entre estímulos apetitivos e aversivos vêm ganhando espaço na literatura (Gonçalves & Silva, 2015; Myerson et al., 2016). Outro dado interessante é que algumas pessoas apresentam um padrão inverso à desvalorização, ou seja, um estímulo aversivo se tornaria cada vez mais aversivo à medida que aumentasse o atraso (Ainslie, 1975; Appelt et al., 2011; Gonçalves, 2005; Gonçalves & Silva, 2015; Myerson et al., 2016). Além disso, as escolhas feitas por uma mesma pessoa em situações de ganho e de pagamento de uma quantia hipotética em dinheiro, situação que nos permite comparar estímulos apetitivos e aversivos em uma mesma escala de medida, indicam que são fenômenos independentes, ou seja, determinados por variáveis diferentes (Gonçalves, 2005; Gonçalves & Silva, 2015).

A magnitude do reforçador é outra variável que influencia a desvalorização pelo atraso. Para estímulos apetitivos, quanto maior sua magnitude, menor é a taxa de desvalorização (Green, Myerson, Oliveira, & Chang, 2013). É importante notar que essa comparação é feita em termos relativos, ou seja, os dados são sempre apresentados como proporção da magnitude do reforçador atrasado. No entanto, esse efeito não se confirma para estímulos aversivos, ou seja, a taxa de desvalorização é similar para várias magnitudes diferentes (Green, Myerson, Oliveira, & Chang, 2014).

Outro efeito encontrado é chamado de efeito de domínio. A variável aqui é a diferença qualitativa do estímulo, se estamos falando de dinheiro, de uma bala ou de uma bebida alcoólica, por exemplo. De uma maneira geral, os dados têm indicado que estímulos apetitivos consumíveis são desvalorizados em uma taxa maior do que dinheiro (Estle, Green, Myerson, & Holt, 2007). No entanto, é importante notar que a desvalorização acontece para vários domínios, embora o padrão de desvalorização entre diferentes domínios possa não ser correlacionado (Green & Myerson, 2013). Para estímulos aversivos a comparação seria mais difícil e não tem sido estudada sistematicamente nos últimos anos.

4 Os termos apetitivo e aversivo foram preferidos aos termos reforçador e punidor, pois em muitos procedimentos com humanos trabalha-se com situações hipotéticas em que não há uma avaliação da frequência do comportamento. Neste contexto entendo que apetitivo se refere a algo que é preferido ao que já temos no momento, enquanto que aversivo seria algo preterido. Assim, ganhar uma quantia de dinheiro seria preferido a não ganhar nada, enquanto que não pagar nada seria preferido a pagar uma quantia, por exemplo.

Desvalorização em função do risco

Outra dimensão da função consequencial importante é a probabilidade com que a resposta será seguida da consequência, também chamada na literatura de incerteza ou de risco (Green & Myerson, 2013; Mazur, 2014). O efeito é inverso ao do atraso, ou seja, quanto menor for a probabilidade, menor será o valor de uma consequência. Uma maneira comum de representar a desvalorização pela probabilidade é relacionar o valor com as chances contra. As chances contra correspondem à proporção entre as chances de um evento não ocorrer, em relação às chances de ocorrer. Assim, se algum evento tem 10% de chance de acontecer (que corresponde à probabilidade p de 0,1) as chances contra são calculadas subtraindo-se p de 1 (100% de chance) e dividindo pela probabilidade (0,1). O resultado é de 9 chances contra para 1 chance a favor, ou seja, há 9 vezes mais chances de o evento não ocorrer do que de ocorrer. De maneira similar, as chances contra de um evento com probabilidade 0,8 (80%) é 0,25 (1/4), ou seja, há uma chance do evento não ocorrer, para 4 de ocorrer. Os procedimentos utilizados são similares aos utilizados para estudar a desvalorização pelo atraso (Green & Myerson, 2013).

O estudo do efeito da probabilidade sobre estímulos apetitivos e aversivos tem revelado resultados parecidos com os obtidos ao se estudar o efeito do atraso. Assim, estímulos aversivos são menos desvalorizados do que estímulos apetitivos (Estle, Green, Myerson, & Holt, 2006; Green & Myerson, 2013) indicando uma maior aversão ao risco envolvendo estímulos aversivos, sejam certos ou prováveis. Nesse sentido, os resultados corroboram os dados vindos da pesquisa com atraso e parecem indicar uma maior estabilidade do efeito de estímulos aversivos do que de estímulos apetitivos, uma vez que variáveis como atraso e probabilidade interferem menos com seus efeitos.

Diferente dos dois casos anteriores, magnitude também tem um efeito diferente para estímulos apetitivos e aversivos. Estímulos apetitivos de maior magnitude sofrem maior desvalorização do que os de menor magnitude. É interessante notar que esse efeito é o oposto do efeito de magnitude sobre a desvalorização pelo atraso, indicando que esses dois processos podem ser diferentes. Por outro lado, estímulos aversivos probabilísticos não são afetados diferencialmente pela magnitude, como ocorre com o atraso (Estle et al., 2006).

A diferença entre os dois processos também é evidente quando são avaliados diferentes estímulos apetitivos. No experimento de Estle et al. (2007) a comparação entre o efeito da probabilidade sobre estímulos consumíveis (bala, cerveja e refrigerante) e sobre uma quantia de dinheiro não revelou diferenças, ao contrário do que aconteceu com o efeito do atraso – que foi maior para os estímulos consumíveis do que para a quantia de dinheiro.

O grupo de Leonard Green e Joel Myerson vêm realizando de maneira sistemática uma série de estudos comparando a desvalorização por atraso e por probabilidade. De uma maneira geral, os estudos têm convergido para uma ausência de correlação entre os dois tipos de

medida, caracterizando dois tipos de comportamento impulsivo diferentes (Green & Myerson, 2013). Uma sugestão interessante, e que carece de mais investigação, é a de que a combinação do grau de desvalorização pelo atraso e pela probabilidade de alguns grupos específicos pode caracterizar vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos específicos. Os autores citam como exemplo os jogadores patológicos que tendem a apresentar um alto grau de desvalorização pelo atraso, mas um baixo grau de desvalorização pelo risco, ou seja, tendem a ser bastante sensíveis a reforçadores imediatos, mas apresentam baixa aversão ao risco. Por outro lado, mulheres obesas que apresentam compulsão alimentar, tendem a apresentar um alto grau de desvalorização por ambos, atraso e probabilidade, demonstrando maior controle por reforçadores imediatos, mas também evitando situações de risco (Green & Myerson, 2013). Podemos estender a proposta dos autores para analisar o outro extremo. Quais seriam os transtornos associados a um autocontrole excessivo e uma baixa aversão ao risco? Talvez portadores de transtornos do Espectro Obsessivo Compulsivo, como, por exemplo, o Transtorno de Acumulação, apresentem padrões como esse. Pode-se argumentar que portadores desse transtorno parecem pouco sensíveis às consequências aversivas imediatas produzidas pela acumulação, que diminuiriam esse comportamento. Ao mesmo tempo, esses portadores parecem ser sensíveis à baixa probabilidade de reforço sinalizada pelos bens acumulados como, por exemplo, embalagens de produtos de limpeza, que dificilmente serão reutilizadas.

Magnitude e Esforço

Diferente dos dois casos anteriores, a interação entre o esforço (custo de resposta) e magnitude é bem menos estudada. Em um experimento com ratos (Denk et al., 2005) comparou-se o efeito do atraso e do esforço avaliando o envolvimento dos sistemas dopaminérgico e serotoninérgico. Para avaliar as escolhas, os autores utilizaram um labirinto em T, em que um dos braços dava acesso a 2 pelotas de alimento e o outro a 4 pelotas de alimento. No primeiro experimento, o autor utilizou uma barreira que deveria ser escalada pelo rato, para ter acesso ao braço com 4 pelotas. No experimento 2, a barreira foi retirada, mas foi substituída por um atraso de 15s. Houve a aplicação de haloperidol (uma substância que diminui o funcionamento do sistema dopaminérgico) e de pCPA (uma substância que diminui o funcionamento do sistema serotoninérgico) em ambos os experimentos, demonstrando que o sistema dopaminérgico está envolvido nas escolhas envolvendo esforço e atraso. No entanto, o sistema serotoninérgico parece estar envolvido apenas nas escolhas envolvendo atraso. As implicações neurobiológicas desse experimento fogem ao escopo deste artigo, mas este dado indica que o efeito do esforço e do atraso são influenciados por variáveis diferentes, embora tenham efeitos comportamentais similares (diminuição da preferência).

Conclusão

A ocorrência de comportamentos impulsivos tem sido associada a uma série de transtornos psicopatológicos e situações clínicas que necessitam de diagnóstico e intervenção. Entre os principais podemos citar o uso abusivo de drogas, o jogo patológico, a compulsão alimentar e o déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). No entanto, como pudemos ver, o comportamento impulsivo pode envolver diferentes dimensões dos estímulos consequentes. Mais ainda, podemos ter organismos que tendem a apresentar mais comportamentos impulsivos quando há envolvimento do atraso, mas não de probabilidade e vice-versa. A correta análise funcional dos determinantes desses comportamentos, bem como a identificação das variáveis que afetam cada um desses processos, é fundamental para que possamos desenvolver técnicas de terapia e de prevenção cada vez mais eficientes.

Referências

Ainslie, G. (1975). Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychological Bulletin*, *82*(4), 463–496. http://doi.org/10.1037/h0076860

Ainslie, G. W. (1974). Impulse control in pigeons1. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *21*(3), 1333221. http://doi.org/10.1901/jeab.1974.21-485

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5th ed.). Porto Alegre: ArtMed.

Appelt, K. C., Hardisty, D. J., & Weber, E. U. (2011). Asymmetric discounting of gains and losses: A query theory account. *Journal of Risk and Uncertainty*, *43*(2), 107–126. http://doi.org/10.1007/s11166-011-9125-1

Bickel, W., Jarmolowicz, D., & MacKillop, J. (2012). *The behavioral economics of reinforcement pathologies: Novel approaches to addictive disorders.*, *2*. http://doi.org/10.1037/13750-014

Chung, S. H., & Herrnstein, R. J. (1967). Choice and delay of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *10*(1), 67–74. http://doi.org/10.1901/jeab.1967.10-67

Cook, J. O., & Barnes, L. W. . J. (1964). Choice of delay of inevitable shock. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *68*(6), 669–672. http://doi.org/10.1037/h0047127

Deluty, M. Z. (1978). Self-control and impulsiveness involving aversive events. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, *4*(3), 250–266. http://doi.org/10.1037/0097-7403.4.3.250

Denk, F., Walton, M. E., Jennings, K. a., Sharp, T., Rushworth, M. F. S., & Bannerman, D. M. (2005). Differential involvement of serotonin and dopamine systems in cost-benefit decisions about delay or effort. *Psychopharmacology*, *179*(3), 587–596. http://doi.org/10.1007/s00213-004-2059-4

Estle, S., Green, L., Myerson, J., & Holt, D. (2006). Differential effects of amount on temporal and probability discounting of gains and losses. *Memory & Cognition*, *34*(4), 914–928.

Estle, S., Green, L., Myerson, J., & Holt, D. (2007). Discounting of monetary and directly consumable rewards. *Psychological Science*, *18*(1), 58–63. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17362379

Garcia-Mijares, M., & Silva, M. T. A. (1999). Introdução à teoria da igualação. In R. Kerbauy & R. Wielenska (Eds.), *Sobre comportamento e cognição :psicologia comportamental e cognitiva da reflexão teórica à diversidade da aplicação* (pp. 40–53). Santo André: ARBytes Editora.

Gonçalves, F. L. (2005). *Desvalorização pelo atraso em situações apetitivas e aversivas.* Universidade de São Paulo.

Gonçalves, F. L., & Silva, M. T. A. (2015). Comparing individual delay discounting of gains and losses. *Psychology & Neuroscience*, *8*(2), 267–279. http://doi.org/10.1037/h0101057

Green, L., Fry, A., & Myerson, J. (1994). Discounting of delayed rewards: A life-span comparison. *Psychological Science*, *5*(1), 33–36.

Green, L., & Myerson, J. (2013). How many impulsivities? A discounting perspective. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *99*(1), 3–13. http://doi.org/10.1002/jeab.1

Green, L., Myerson, J., Oliveira, L., & Chang, S. E. (2013). Delay discounting of monetary rewards over a wide range of amounts. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *100*(3), 269–81. http://doi.org/10.1002/jeab.45

Green, L., Myerson, J., Oliveira, L., & Chang, S. E. (2014). Discounting of delayed and probabilistic losses over a wide range of amounts. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *101*(2), 186–200. http://doi.org/10.1002/jeab.56

Herrnstein, R. J. (1961). Relative and absolute strength of response as a function of frequency of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *4*, 267–272.

Kerbauy, R. (1991). *Autocontrole: pesquisa e aplicação.* Universidade de São Paulo.

Matta, A., Gonçalves, F. L., & Bizarro, L. (2012). *Delay discounting : concepts and measures*, 135–146.

Mazur, J. (1987). An adjusting procedure for studying delayed reinforcement. In *M. L. Commons, J. E. Mazur, J. A. Nevin e H. Rachlin (Eds.), Quantitative analyses of behavior: The effect of delay and of intervening events on reinforcement* (pp. 55–73).

Mazur, J. (2014). *Learning and Behavior Behavior* (7th ed.). Essex: Pearson.

Mischel, W., Shoda, Y., & Rodriguez, M. (1992). Delay of gratification in children. In *G. Loewenstein e J. Elster (Eds.), Choice over time.* Nova York: Russel Sage Foundation.

Myerson, J., Baumann, A. A., & Green, L. (2016). Individual Differences in Delay Discounting: Differences are Quantitative with Gains, but Qualitative with Losses. *Journal of Behavioral Decision Making, 14*, 1–14. http://doi.org/10.1002/bdm.1947

Rachlin, H., & Green, L. (1972). Commitment, choice and self-control. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 17*(I), 15–22.

Rachlin, H., Raineri, A., & Cross, D. (1991). Subjective probability and delay. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 55*(2), 233–244. http://doi.org/10.1901/jeab.1991.55-233

Skinner, B. (1985). *Ciência e comportamento humano* (6th ed.). São Paulo: Martins Fontes.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo em diferentes fases do Desenvolvimento Humano

The Obsessive-Compulsive Disorder in different phases in the Human Development

Ana Lucia Ivatiuk
FAE - Centro Universitário
Grupo Crescer Psicologia
ana@gcrescer.com.br

Felipe Miranda Barbosa
Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), Grupo Crescer Psicologia

Fernanda Zétola Delage
Universidade Tuiuti

Joliane Matveichuk do Prado
Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)
Grupo Crescer Psicologia

Resumo

Entende-se o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) como um conjunto de comportamentos que se caracterizam por obsessões e compulsões que impedem o indivíduo de ter uma rotina devido ao grande número de rituais realizados. Este artigo tem como objetivo a apresentação de intervenções psicológicas, em três fases da vida de indivíduos acometidos pelo TOC: adolescência, idade adulta e terceira idade. Na adolescência, o caso descrito apresenta prejuízos na capacidade do indivíduo em desempenhar as funções escolares e em casa, sendo que o seu padrão era preocupar-se com contaminação e alinhamento de objetos. Na idade adulta, o medo de contaminação e o elevado grau de exigência fez com que o indivíduo não terminasse o curso superior e realizasse o ingresso no mercado de trabalho. E na terceira idade, o TOC manifestou-se através da obsessão por compras, rituais compulsivos diários, apego a objetos antigos, etc. Os dados discutem semelhanças e diferenças que o TOC pode apresentar em termos de topografias nas diferentes fases do desenvolvimento humano, bem como a efetividade das intervenções realizadas.

PALAVRAS-CHAVE

Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC);
Análise do comportamento;
Psicologia clínica;
Desenvolvimento humano.

Abstract

It is known that Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is understood as a set of behaviors that are characterized by obsessions and compulsions that prevent the individual from having a routine due to the large number of performed rituals. This article aims to present interventions, in three phases of the life of individuals affected by OCD: adolescence, adulthood and old age. In adolescence, the case described shows damages in the individual's capacity in carrying out the school functions and home, being that their pattern was to worry about contamination and aligning objects. In the adulthood, the fear of contamination and solemnity demand degree made that the individual didn't finish the university and enter in the job market. And in old age, OCD manifested itself through obsession with shopping, compulsive daily rituals, attachment to old objects, etc. The data discuss similarities and differences that the OCD can present in terms of topographies at the various stages of human development and the effectiveness of the interventions.

KEYWORDS

Obsessive-compulsive disorder (OCD);
Behavior analysis;
Clinical psychology;
Human development.

Introdução

A definição do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) perpassa definições advindas da psiquiatria com o Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), um modelo considerado médico, nas suas mais variadas versões, com o da Análise do Comportamento (Abreu & Prada, 2004; Banaco, Zamignani & Meyer, 2010; Prado 2013). No DSM-5 (APA, 2014) esse Transtorno passa a ser caracterizado como um diagnóstico independente dos Transtornos de Ansiedade, ou seja, deixou de ser um tipo de transtorno dentro daquele quadro diagnóstico e começa a ser estudado de forma independente e sem a necessidade de ser associado a sintomas relativos a ansiedade.

Nesta nova forma de classificação, o TOC deixou de ser um tipo de Transtorno de Ansiedade e passa a configurar como uma categoria própria de diagnóstico e, assim, passa a possuir outros Transtornos Relacionados, como o Transtorno de Acumulação e o Transtorno de Escoriação (*Skin-Picking*) (APA, 2014). É definido como um quadro que apresenta obsessões e/ou compulsões, sendo que a primeira é definida como um conjunto de pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes, vivenciadas de forma intrusiva e indesejada por aquele que a possui; já as compulsões são comportamentos repetitivos que o indivíduo necessita executar para aliviar uma obsessão ou de acordo com regras que mantém o seu comportamento (APA, 2014). Segundo Cordioli (2014b) a etiologia do TOC ainda é um desafio para pesquisadores de diferentes partes do mundo, tanto na área da medicina (psiquiatria, neurologia e genética) como de profissionais da psicologia (psicólogos clínicos e neuropsicólogos) que estão envolvidos nesta força tarefa.

No viés da Análise do Comportamento, primeiro precisa-se compreender a que se refere o termo. Embora se aceite a utilização dos referenciais propostos pelo DSM- 5 (APA, 2014) e nas suas versões anteriores; alguns autores preferem compreender o mesmo como um comportamento obsessivo compulsivo e não um transtorno, procurando descrever quais as relações funcionais que se podem estabelecer entre a apresentação das compulsões ou das obsessões, para a manutenção dos comportamentos considerados problemas, como eles se mantém e que tipo de prejuízo causam as pessoas (Vermes & Zamignani, 2002; Banaco, Zamignani & Meyer, 2010; Silva & de-Farias, 2013). Nesta perspectiva as obsessões podem ser definidas como um quadro comportamental que se relaciona com pensamentos encobertos súbitos e recorrentes e as compulsões como comportamentos estereotipados que o indivíduo precisa emitir (Abreu & Prada, 2004). As obsessões e as compulsões podem ocorrer de forma conjunta, ou seja, uma para neutralizar a outra ou de forma individualizada, onde uma não precisa da outra para ocorrer.

Para fins deste artigo, como todos os casos descritos foram encaminhados para psicoterapia por diagnósticos psiquiátricos anteriores, optar-se-á pela utilização do termo TOC.

O portador do TOC apresenta padrões de obsessões e/ou compulsões, que causam sofrimento e/ou prejuízo acentuado, interferindo

na rotina, funcionamento ocupacional e social do indivíduo. As obsessões são respostas encobertas persistentes, vivenciadas como intrusivas e inadequadas pelo indivíduo, causando intensa ansiedade e sofrimento (Cordioli, 2014a).

O indivíduo com obsessões responde com fuga/esquiva, evitando diretamente o comportamento obsessivo ou se engajando em outras respostas: as compulsões. Apesar de produzirem alívio imediato, o efeito destas respostas é desastroso. Ao ficar sob controle de tais respostas, muitas vezes o indivíduo deixa de estar sob controle de outros estímulos ambientais, tais como as atividades diárias e as atividades laborais (Sterling & Ireno, 2007).

As obsessões e compulsões não são o resultado de outros transtornos mentais tais como esquizofrenia e transtornos relacionados ou transtornos do humor. O TOC é um transtorno que se apresenta como uma comorbidade em diversas outras psicopatologias comuns no ambiente clínico, como: depressão; transtornos de ansiedade (fobias específicas); transtorno déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); abuso/dependência de álcool e drogas; anorexia; bulimia; compulsão alimentar; esquizofrenia; transtorno bipolar; transtorno de personalidade esquizotípica e transtorno de personalidade borderline (Cordioli, 2014b).

O TOC pode acometer diferentes fases do desenvolvimento e ter características de manifestação próprias em cada uma dessas fases, bem como índices de prevalência, características e forma de tratamento (Gomes, Comis & Almeida, 2010). Pode começar na infância (Vermes & Banaco, 2013), na adolescência (Argimon, Bicca & Rinaldi, 2007), na idade adulta (Abreu & Prada, 2004) ou terceira idade (Gomes, Comis & Almeida, 2010).

Muitas vezes o diagnóstico em adolescentes é tardio, pois os portadores discriminam seu comportamento como estranho e diferente quando se comparam aos seus pares, disfarçam ou escondem-se para executar seus rituais. As manifestações do TOC que surgem durante a adolescência são muito semelhantes às dos adultos. São comuns obsessões seguidas de rituais compulsivos, demora para a realização de certas tarefas, repetições e hipervigilância. Os sintomas mais comuns são os medos de contaminação seguidos de compulsões de limpeza e lavagens. Também são comuns preocupações com simetria, alinhamento ou exatidão e acumulação compulsiva (Cordioli, 2014a).

Como regra, o TOC nesta fase da vida acarreta sofrimento significativo, interfere no rendimento escolar, nas relações sociais e, sobretudo, no funcionamento familiar. A rotina do portador de TOC é alterada, como por exemplo, a hora de comer, vestir, dormir, ir para escola, participar de esportes e atividades, fazer os deveres de casa, brincar, etc. (Bortoncello et al., 2014).

O TOC acarreta uma série de prejuízos em diversas fases da vida, mas em adultos apresenta uma série de prejuízos mais significativos, pois muitas vezes podem não conseguir sustentar financeiramente a família ou não se inserir no mercado de trabalho de maneira

satisfatória (Cordioli, 2014a). Além disso podem ter problemas de ordem afetiva e de relacionamentos de uma forma geral, acabando por viver mais isolados quando ainda não constituíram famílias. (Gomes, Comis & Almeida, 2010; Cordioli, 2014a).

Em pacientes de terceira idade com TOC as comorbidades não são apenas psicológicas, mas também principalmente as médicas, neurológicas e psiquiátricas afetam diretamente o funcionamento do paciente, o que deve ser observado e avaliado pelo psicólogo ainda nas sessões iniciais. Além de realizar um acompanhamento multidisciplinar com os demais profissionais de saúde que compõem todas as frentes de trabalho em prol da saúde do idoso, o psicólogo e toda a equipe devem estar sempre atentos as medicações, suas interações e possíveis efeitos colaterais como risperidona, clozapina, aripiprazol, e até mesmo haloperidol.

Os sintomas do TOC são comuns em pacientes com esquizofrenia e foram encontrados em 8% a 25% dos casos, sendo observado inclusive em pacientes idosos. O transtorno está associado a sintomas psicóticos mais graves tanto positivos como negativos, assim como a um pior prognóstico, um funcionamento geral prejudicado e a uma resistência maior ao tratamento (Poyurovsky, 2006; Cunill, 2009; Owashi, 2010; Cordioli, 2014b).

Nesses casos, em que o TOC está associado a Esquizofrenia, é comum no meio psiquiátrico o uso de ISRS (antidepressivos) associados aos antipsicóticos. Com o grau de comprometimento mental, estes transtornos em comorbidade implicam aos pacientes dificuldades para organizar e levar adiante as tarefas da terapia que, conforme Cordioli (2014b), precisa ser predominantemente de exposição e prevenção de resposta juntamente com a medicação adequada.

As dificuldades cognitivas criadas por estes diagnósticos em conjunto vêm desde o identificar e compreender aspectos cognitivos (pensamentos catastróficos), a pouca motivação para realizar a terapia em razão dos sintomas negativos da esquizofrenia (falta de inciativa, alterações motoras, déficits de linguagem expressiva e receptiva, embotamento afetivo, apatia, etc.) (Adad, Castro e Mattos, 2000; Cordioli, 2014b).

Para a análise do comportamento, a pessoa esquizofrênica é a soma dos efeitos históricos e do presente. O seu comportamento atual interage tanto com as contingências ambientais de reforçamento e punição quanto com os efeitos de sua história (Skinner 1985, 2000; Britto, 2005; Britto et al., 2010; Britto et al., 2011).

No DSM-5 (APA, 2014), a esquizofrenia possui como sintomas característicos delírios, alucinações, fala e comportamento desorganizado ou catatônico além de embotamento afetivo, alogia ou avolição. Considera ainda como segundo critério a disfunção ocupacional ou social no trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, sendo que seu início prototipicamente ocorre durante a infância ou adolescência, além da duração mínima dos sintomas principais por um mês e por seis meses contínuos de sinais do distúrbio (Santos, Santos & Aureliano, 2013).

Wielenska (2001) apresentou um conjunto de estratégias comportamentais para o tratamento do TOC, dividindo-as em três fases: a inicial em que se deve fazer a avaliação inicial do caso e do funcionamento global do indivíduo, através de entrevistas que objetivem coletar os dados que possam auxiliar a elucidação do Transtorno em formato de Análise Funcional, bem como de levantar possíveis comobidades, treinar o paciente para estabelecer relações entre suas queixas e os prejuízos que ele apresente para que possa aderir ao tratamento; na segunda fase são trabalhadas a exposição aos estímulos ansiogênicos e a prevenção de respostas ritualísticas e a terceira referente aos cuidados que se precisa ter para a implementação dos procedimentos e a finalização do tratamento. Estes procedimentos podem ser realizados de forma individual ou grupo.

Segundo Cordioli (2008), a terapia de exposição e prevenção de respostas ou de rituais (EPR) tem sido um método eficaz em reduzir os sintomas do TOC. A EPR fundamenta-se em uma modalidade de aprendizagem e de mudanças de comportamento, denominada habituação. Este método procura cortar o círculo vicioso representado pelo alívio dos sintomas, responsáveis pela manutenção dos sintomas OC. A interrupção desse circuito possibilita a uma nova aprendizagem, pois os estímulos aversivos que provocam o medo deixam gradualmente de provocá-lo, tornando-se, estímulos neutros. A partir disso, novas associações entre estímulos e emoções são instituídas e a memória anterior (estímulo e medo) passa a ser substituída por uma nova memória. Acredita-se que este mecanismo, seja o resposável pelo desaparecimento dos sintomas na terapia EPR (Cordioli, 2008).

Uma outra intervenção eficaz com portadores de TOC é incluir no processo um Acompanhante Terapêutico (AT) que para a análise do comportamento o AT pode ser o profissional que trabalha no ambiente em que as contingências mantenedoras dos comportamentos a serem modificados ocorrem, e também, pode ser um auxiliar de um terapeuta comportamental, de um psiquiatra ou até mesmo de uma equipe multidisciplinar. Como auxiliar, atua na coleta de dados e aplica técnicas cuja necessidade de mudanças é determinada pelos responsáveis pelo atendimento (Guerrelhas, 2007).

O AT é indicado na intervenção de casos de déficits importantes no repertório básico de comportamentos, o que gera a necessidade de uma atenção intensiva realizada nos locais em que o indivíduo vive (Sterling & Ireno, 2007). Por estar em contato com o ambiente natural do paciente, onde ocorrem os comportamentos a serem modificados, o trabalho extra consultório propicia uma intervenção mais eficaz, pois com a observação *in loco*, o AT poderá coletar dados efetivos para a análise funcional e consequentemente auxiliará o terapeuta para a escolha de técnicas mais efetivas (Guerrelhas, 2007).

Diante do exposto até aqui, este trabalho tem o objetivo de apresentar casos com diagnóstico de TOC de diferentes fases do desenvolvimento que foram atendidos clinicamente, com o referencial da análise do comportamento.

Método

Tratam-se de relatos de casos clínicos, atendidos de forma individual, que tem como método de apresentação a descrição das intervenções realizadas com cada caso. Cada caso foi atendido por um dos autores do capítulo e foram organizados de acordo com os procedimentos éticos adequados. Os nomes utilizados nos casos são fictícios e foram sugeridos para facilitar a descrição de alguns casos.

Resultados

Caso 01 – Adolescência

Lucas, um adolescente de 15 anos de idade, masculino, estudante do Ensino Médio. Foi encaminhado para iniciar um acompanhamento terapêutico, pois não estava apresentando resultados satisfatórios em sessões de psicoterapia individual, também sob a perspectiva comportamental.

A intervenção com o acompanhante terapêutico durou 3 meses. Foram realizados 16 atendimentos, os quais ocorriam duas vezes na semana, com duração de três horas cada um deles. Para uma intervenção mais efetiva, o tratamento foi na casa do paciente. Nos primeiros atendimentos foi feito o vínculo com o paciente para facilitar o trabalho terapêutico. Durante os mesmos foram discutidos assuntos do seu interesse e brincado com jogos escolhidos por ele (ele gostava de jogar diversos jogos próprios, como por exemplo, "Torre de Copos" - empilhar copos em menos tempo).

Nos atendimentos seguintes, foi realizado o levantamento dos sintomas através do Roteiro de Entrevista Focada (Cordioli, 2008), que contém perguntas a respeito de quando iniciou os sintomas, quais eram eles e avaliado o nível de conhecimento a respeito do transtorno. Ainda como forma de coletar dados, utilizou-se o Formulário – Listas de Sintomas do TOC (Cordioli, 2008) para identificar e avaliar a gravidade dos sintomas relatados pelo paciente.

Através dos instrumentos utilizados, verificou-se que o paciente apresentava o seguinte padrão obssessivo-compulsivo: preocupava-se com contaminação e doenças; com o alinhamento dos objetos, guardava papeis e objetos, medo de não emitir as compulsões e acontecer algo de ruim com ele ou com a família. Lavar as mãos, tocava na tampa da lixeira da cozinha ou do banheiro e tocava na maçaneta da porta do banheiro com guardanapo ou papel higiênico, limpava os talheres e copos antes de usar, acendia e apagava novamente lâmpadas apagadas, verificava se os objetos estavam alinhados, portas e janelas estavam fechadas, fazia listas, não apagava e-mails, colecionava borrachas, lápis usados e bilhetes escolares.

Durante o tratamento realizou-se a Psicoeducação para proporcionar ao paciente informações acerca do transtorno e do seu tratamento, além de retirar suas dúvidas. Algumas dúvidas do paciente estavam relacionadas ao biológico dos sintomas. Foi explicado ao adolescente o que era o TOC, ansiedade, etc. Enquanto ouvia as explicações

do AT o paciente olhava com espanto, pois não imaginava que seus pensamentos (obsessões) e comportamentos (compulsões) eram caracterizados como doença.

A escolha dos primeiros exercícios se deu através de uma hierarquia, construída conjuntamente com o paciente e, conforme a técnica de EPR propõe (Cordioli, 2008) iniciou-se o trabalho de exposição com aqueles que apresentavam menor nível de desconforto, os quais ele considerava-se capaz de suportar. Os exercícios escolhidos foram: não passar a mão para limpar os talheres e pratos, usar o mesmo garfo (sem limpar) para comer o doce e o salgado e não conferir se as portas e os vidros do carro estavam bem fechados.

A intervenção escolhida pela psicóloga responsável para o AT trabalhar com o adolescente foi a terapia comportamental de exposição e prevenção de respostas ou rituais (EPR). O AT fazia demonstrações de exposição junto com o paciente, para que logo após ele imitasse o comportamento feito pelo mesmo (Exposição – Modelação – Habituação). Durante a intervenção o AT perguntava como o paciente estava se sentindo, quais eram seus pensamentos e as reações fisiológicas enquanto imitava. No início o paciente apresentou resistência para imitar o comportamento do AT, questionava a efetividade da intervenção e comentava o quanto era desconfortável emitir determinados comportamentos, no decorrer das sessões o paciente notou a melhora e passou a elogiar o método de tratamento. Ao final das sessões de intervenção o paciente escolhia o jogo que queria brincar ou o assunto que queria conversar com o AT que não fosse a respeito do seu tratamento.

Mesmo com a presença do AT, sua rotina não foi alterada, almoçava, ia ao banheiro, cumpria com as tarefas escolares, jogava os jogos que gostava, contribuindo para um trabalho mais eficaz, pois o AT intervia nos sintomas que eram apresentadas durante a rotina do lar.

Como este trabalho, alguns comportamentos entraram em extinção e outros comportamentos diminuíram a frequência: Pegar na tampa da lixeira da cozinha e do banheiro sem proteger as mãos; usar os talheres e copos sem limpá-los; checar lâmpadas já apagadas; parou de verificar se os objetos estavam alinhados e se as portas e janelas estavam fechadas; apagou sua caixa de entrada dos e-mails; jogou fora as listas que havia feito e as coleções de bilhetes escolares, borrachas e lápis. A quantidade de vezes que lavava as mãos que passou de cinco para três vezes e a verificação antes de sair dos ambientes que passou de oito para cinco vezes. Esta intervenção melhorou a rotina escolar e no lar casa do paciente.

O atendimento do AT foi finalizado após as 16 sessões, pois o paciente interrompeu o tratamento psicológico com a terapeuta que o acompanhava, por dificuldades em arcar com os custos da terapia e do AT.

Caso 02 – Adulto

Pedro, 26 anos (quando chegou para a terapia), masculino, cursando engenharia em instituição particular de ensino, com histórico

de reprovação em seis semestres em diversas disciplinas o que já o tinha feito ficar para trás em relação a sua turma de entrada no ensino superior. Iniciou a psicoterapia há mais de dois anos quando teve um ataque de pânico e foi levado ao psiquiatra, o qual o medicou e recomendou o acompanhamento psicológico. Durante a avaliação inicial foi possível levantar comportamentos que eram característicos de TOC, tais como: ritualização para sair de casa com sapatos e objetos que ficavam em casa; medo de contaminação ao utilizar transporte público, evitação de ir a faculdade, porque enquanto estava lá tinha uma série de pensamentos sobre contaminação, não conseguir realizar as atividades propostas e medo de contato pessoal com os colegas; faltava a entrevistas de estágio e emprego por ter pensamentos que não iria conseguir, que seria muito difícil conseguir ser aprovado. Colecionava embalagens e caixas diversas, desde presentes que ganhava da namorada ou dos pais, até quando ia a lojas de doces, restaurantes ou consumia outros produtos que viessem em algum tipo de embalagem. Dificuldade em se desfazer de notas e recibos de pagamento. Dificuldade em se desfazer de roupas, mesmo quando essas não tinham mais condições de uso. Namorava há três anos, antes de ter a crise de pânico e levou um tempo para contar para ela o que acontecia e os tipos de pensamentos e comportamento que tinha. Depois que conseguiu contar, sentiu-se melhor, mas tinha pensamentos que ela iria abandoná-lo por ele "não ser normal" (sic).

Foram necessários mais de quatro meses de atendimento psicoterápico para que fosse possível a aplicação da Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos Yale-Brown (Y-BOCS) (Goodman et al. 1989) pois o paciente no primeiro contato com ela logo na terceira sessão descreveu uma crise de ansiedade muito forte, com presença de taquicardia e sudorese, logo após a terceira sessão, relatando que tudo que ele sentia estava ali e estava com medo de entrar em contato. Diante desses comportamentos combinou-se com ele de trabalhar com os comportamentos que fossem possíveis para que mais tarde, se ele conseguisse enfrentar, seria retomado a utilização do instrumento. Diante destes fatos, apesar da falta de resultado de instrumentos padronizados, pode-se discriminar que de fato o paciente tinha TOC, pois o mesmo passou a descrever com mais propriedade o que acontecia com ele.

Nos primeiros seis meses de atividades terapêuticas foram organizadas as hierarquias de comportamentos que ele precisaria enfrentar para iniciar o processo de mudança comportamental e melhora dos sintomas do seu quadro diagnóstico. Foram feitos alguns contatos com o psiquiatra com a finalidade de revisão da medicação e sua readequação. Conforme esse aspecto foi sendo adequado, foi possível trabalhar com ele a exposição e prevenção de respostas.

Depois de algum tempo de trabalho, foi possível aplicar o Y-BOCS e os resultados confirmaram o diagnóstico de TOC (Tabela 01). Conforme as intervenções de exposição e prevenção de respostas foram realizadas, assim como a modelagem de outros repertórios comportamentais, o mesmo instrumento foi reaplicado, com intervalo de 1 ano

entre cada aplicação e foi possível encontrar diferenças nos resultados aplicados. Quando esta segunda aplicação foi feita, o paciente já discriminava muitas mudanças no seu dia-a-dia, porém ele mesmo descreveu que não foi aversivo o contato com o instrumento, como ocorreu na primeira tentativa, quando não foi possível a sua realização. Evidencia-se a importância do trabalho realizado, pois o enfrentamento do comportamento problema auxiliou não apenas na sua redução, como permitiu o mesmo ampliar o seu repertório comportamental. Na terceira aplicação, cerca de um ano depois, o resultado foi de 26 pontos e já na quarta aplicação de 21, demonstrando que o trabalho realizado com o paciente foi efetivo na redução, principalmente das obsessões, sendo que as compulsões ainda não diminuíram de forma tão significativa. Importante lembrar que o trabalho de intervenção prossegue com este caso.

As intervenções foram realizadas não apenas com o paciente, mas também com familiares e a namorada, os quais foram orientados a não reforçar alguns comportamentos que podiam favorecer a manutenção do TOC, como os referentes ao colecionismo de objetos diversos. Além disso a mãe e a namorada foram treinadas para auxiliarem ele a enfrentar as situações de descarte de objetos e organização de alguns itens que ele mesmo avaliava que poderia fazê-lo, mas não conseguia fazer sozinho. Com as sessões terapêuticas acontecendo também foi trabalhado o seu medo de contaminação através da utilização de transporte público.

Em relação às crenças que possuía acerca dos colegas de universidade, que não deveria se aproximar porque eles não eram boas companhias e que não sabia o que e como conversar com eles, estas foram reduzidas através do treino de habilidades sociais, com as quais ele pode se aproximar mais dos mesmos e estabelecer alguns contatos, através de conversas no ambiente universitário, bem como conseguir se inserir em grupos de trabalho para a realização de atividades acadêmicas. Também foram realizadas estratégias psicoeducativas com a finalidade de ensinar para ele sobre o TOC e como manejar os sintomas tanto obsessivos quanto compulsivos quando estes estivessem presentes. Pode-se dizer que este processo foi dividido em duas fases a primeira de ensiná-lo a discriminar os seus sintomas e numa segunda fase em como enfrentá-lo.

Tabela 01. Y-BOCS (Goodman et al., 1989)

	Y-BOCS		
Tempo de Tratamento	*Obsessões*	*Compulsões*	*Total*
6 meses	*16*	*15*	*31*
18 meses	*11*	*15*	*26*
30 meses	*8*	*13*	*21*

Caso 03 – Terceira Idade

George, 60 anos (quando iniciou o tratamento), masculino, primeiro grau incompleto (deixou os estudos no 4º ano do ensino fundamental), solteiro e reside com uma de suas irmãs mais velhas. A irmã relatou que os primeiros sinais do distúrbio esquizofrênico foram aos 15 anos de idade, quando exibiu sinais de alucinação auditiva, sensação de perseguição, agressividade acentuada e diversos pensamentos obsessivos e compulsivos, após ter sido agredido verbalmente e fisicamente por vizinhos e colegas de escola, dos quais era vítima de bullying.

O diagnóstico de esquizofrenia levou algum tempo a ser realizado pelas dificuldades e pouco conhecimento sobre a doença na década de 60. Após os primeiros internamentos, o paciente foi adequadamente diagnosticado com o transtorno. O paciente foi internado diversas vezes no decorrer de sua vida em manicômios, hospícios e casas de repouso, passando por todo tipo de tratamento, nos mais de 50 anos de diagnóstico, inclusive eletrochoque.

George passou a morar com a irmã há 12 anos, após seu último internamento em uma casa de repouso onde iniciou o atendimento psicoterápico regular e tratamento psiquiátrico adequado, ambos os quais mantém em dia até hoje. Desde que passou a residir com a irmã, foi acompanhado por uma psicoterapeuta mensalmente e um acompanhante terapêutico até passar a ser atendido exclusivamente pelo acompanhante terapêutico nos últimos quatro anos; hoje seu psicólogo que o atende em sua residência.

No passar dos anos, o psicodiagnóstico do paciente sofreu alterações, mas no início do tratamento apresentava comorbidades como transtorno obsessivo compulsivo, mania, tiques, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, colecionismo, depressão e hipocondria, além de possuir tremores nas mãos (atribuídos as sessões de eletrochoque), postura cervical alterada e problemas de higiene pessoal. Seu comportamento demonstrava fala e comportamentos desorganizados, sua fobia social era acentuada por suas lembranças das agressões sofridas na adolescência além de estarem associadas a sua depressão que se agravou com a perda dos pais no passar dos anos, deixando de sair de casa para qualquer atividade, inclusive ir aos médicos e as igrejas que frequentava.

A hipocondria se manifestou desde a infância quando George buscava sempre medicamentos pela casa, procurava remédios novos que talvez pudessem ajuda-lo e solicitava que os pais comprassem, além de revirar o lixo dos vizinhos para buscar medicamentos descartados. Já o colecionismo por sua vez, é transitório, não é apenas por um objeto; durante toda a vida George colecionou desde fios do seu próprio cabelo em uma gaveta de seu armário, a jornais de mercado, revistas de fofoca, embalagens de sabonete, sabonetes não terminados, frascos de desodorante, gibis, jornais, roupas, entre outros, mas nos últimos anos tem se concentrado em colecionar livros (mais de 400), revistas (mais de 200) e CDs de música (sua coleção mais recente contendo mais de 30).

Como uma de suas comorbidades, o TOC em conjunto com a Esquizofrenia fazia com que George mantivesse uma quantia substancial destas coleções sobre sua cama, o que em suas palavras lhe dava mais sensação de segurança. Com os acúmulos, perdia seu espaço de dormir para as coleções em muitos momentos, chegou a dormir no quarto de hóspedes por ter completamente tomado sua cama por suas coleções e até a cair da cama no chão durante o sono causando uma lesão em seu joelho.

Os problemas posturais ocorreram em virtude de sua postura de ficar deitado lendo suas coleções desde a infância com diversos travesseiros e também por sua postura de andar sempre olhando para os pés. Os problemas de higiene pessoal ocorreram como parte da comorbidade entre a esquizofrenia, fobia social e depressão, o qual fazia com que George passasse semanas sem tomar banho, sem escovar os dentes, sem cortar as unhas, trocar os lençóis da cama (cheia de suas coleções), não trocar de roupa, entre outros.

Durante o tratamento de George, três psiquiatras diferentes o atenderam até o momento, sua medicação sofreu inúmeras mudanças por conta das alterações de humor que se ampliavam à medida que as medicações deixavam de surtir o efeito necessário (acredita-se que em virtude do tempo de uso dos medicamentos) ou as novas dosagens causavam mais efeitos colaterais do que benefícios. Outro fator que contribuiu para as alterações de seu tratamento medicamentoso foi a queixa do tremor nas mãos; essa queixa foi abordada de diversas formas médicas diferentes mas permanece até os dias de hoje e causa grande desconforto no paciente por seu desejo de escrever todos os dias seus pensamentos e desejos como mecanismo de compensação para lidar melhor com suas questões pessoais.

O tratamento psicológico de George passou por diversas etapas no decorrer dos anos, as principais queixas abordadas foram sua adaptação à casa da irmã e estabelecimento de horários de uso de medicamentos, psicoeducação a respeito dos comportamentos obsessivos compulsivos em relação a compras e acumulação (que hoje encontram-se sob controle em períodos em que o mesmo está medicado corretamente), questões de higiene (que foram todas extintas e hoje encontram-se adequadas), fobia social (com exposição gradativa e acompanhamento psicológico o mesmo circula pela grande maioria dos locais, inclusive ônibus lotados, shoppings e mercados), hipocondria (em declínio mas ainda bastante presente), depressão e ansiedade (até o presente momento sendo trabalhadas mas com redução substancial de comportamentos e pensamentos típicos destes transtornos). As demais queixas e comorbidades de paciente ainda estão sendo tratadas; com as alterações de humor comuns ao espectro esquizofrênico, a qualquer mudança de sua rotina e ambiente ou medicação, seus comportamentos obsessivos compulsivos voltam à tona com o acúmulo de itens de coleção em sua cama, a higiene mostra indícios de regressão e tiques na voz do paciente tendem a voltar com a ansiedade acentuada.

O tratamento e acompanhamento de George não possui uma data final, isto em virtude de sua condição crônica incapacitante. De forma

alguma o trabalho da psicologia em parceria principalmente com a família tem demonstrado poucos sinais de avanço e sucesso; o trabalho com o paciente é muito reforçador para todos a seu redor, pois suas conquistas e sucessos são expressos por seu sorriso e gratidão a família e a todos que o acompanham nesta árdua jornada.

Discussão

Nos três casos relatados pode-se observar que as intervenções realizadas seguiram a mesma abordagem, porém com estratégias que precisaram ser adaptadas para cada caso, devido às suas particularidades, tanto em nível de sintomatologia suas comorbidades apresentadas, bem como referente aos diferentes momentos de desenvolvimento em que se encontravam.

Os resultados mostram que houve melhora dos sintomas do paciente adolescente e que a intervenção realizada em conjunto com um AT auxiliou no tratamento do TOC. Esta intervenção pode ser considerada uma estratégia importante para oferecer à população tratamento mais eficaz e com qualidade. Sugere-se que esta estratégia seja utilizada, também, nos outros casos apresentados para que se possa, em outro momento ter dados para analisar qual a eficácia deste tipo de intervenção em outros momentos.

Conforme apresentado no início do texto, sabe-se que o trabalho com indivíduos portadores de TOC refere-se a uma intervenção de longo prazo para a melhora geral dos sintomas e isto ficou evidente nestes casos apresentados, os quais tem intervenções ainda em andamento. A possibilidade de ampliação dos repertórios comportamentais de cada um dos pacientes demonstrou, também, a eficácia da utilização de estratégias comportamentais no trabalho com este tipo de diagnóstico (Skinner, 2000; Wielenska, 2001).

Referências

Abreu, P. R. & Prada, C. G. (2004). Transtorno de ansiedade obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo (TPOC): um diagnóstico analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *6*(2), 211-220.

Adad, M. A., Castro, R., & Mattos, P. (2000). *Aspectos neuropsicológicos da Esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria*, *22*(1), 31-34.

Argimon, I. I. de L.; Bicca, M. G. & Rinaldi, J. (2007). Transtorno Obsessivo-Compulsivo na Infância. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *3*(1), 4-11.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed.

Banaco, R. A., Zamignani, D. R & Meyer, S. B. (2010) Função do Comportamento e do DSM: terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. In: E. Z. Tourinho; S. V. de Luna. (Org.). *Análise do Comportamento: Investigações Históricas, conceituais e aplicadas.* 1° ed. São Paulo: Roca, v. 1, p. 175-191.

Bortoncello, C. F; Gomes, J. B.; Braga, D. T.; Isolan, L.; Cordioli, A. V. (2014). O transtorno obsessivo-compulsivo na infância e na adolescência. Em A. V. Cordioli (org.). *TOC – Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Britto, I. A. G. S. (2005). Esquizofrenia: Desafios para a Ciência do Comportamento. In: H. J. Guilhardi, N. C. Aguirre (org.). *Sobre o comportamento e cognição (Vol. 16)*. Santo André: ESETec.

Britto, I. A. G. S., Rodrigues, I. S., Alves, S. L. & Quinta, T. L. S. S. (2010). Análise Funcional de Comportamentos Verbais Inapropriados de um Esquizofrênico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(1), 139-144.

Britto, I. A. G. S., Bueno, G. N. (2011). Uma Abordagem Funcional para os Comportamentos Delirar e Alucinar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 13*(3), 4-15.

Cordioli, A. V. (2008). *Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. 2º Ed. Porto Alegre: Artmed.

Cordioli, A. V. (2014a). O TOC e suas manifestações. Em A. V. Cordioli (org.). *TOC – Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Cordioli, A. V. (2014b). Diagnóstico do TOC, diagnóstico diferencial e comorbidades. Em A. V. Cordioli (org.). *TOC – Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Cunill R., Castells X., Simeon D. (2009). Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and metaanalysis. *J. Clin. Psychiatry. 70*(1), 70-82.

Guerrelhas, F. (2007). Quem é o Acompanhante Terapêutico: História e Caracterização. In: D. R. Zamignani & Cols. (org.) *A Clínica de Portas Abertas – Experiências e Fundamentação do Acompanhamento Terapêutico e da Prática Clínica em Ambiente Extraconsultório*, p. 33-46. Santo André: ESETec Editores Associados.

Gomes, C. C.; Comis, T. O. & Almeida, R. M. M. (2010). Transtorno obsessivo-compulsivo em diferentes faixas etárias. *Alethéia, 33*, 138-150.

Goodman W. K., et al. (1989) The Yale-Brown obsessive compulsive scale. I. Development, use, and reliability. *ArchGenPsychiatry*, *46*(11), 1006-1011. Escala traduzida por Asbahar F. R, Lotufo Neto F., Turecki GX, et al. In: E. C. Miguel *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo.* Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996. p. 219-30.

Owashi T., Ota A, Otsubo T., Susa Y., Kamijima K. (2010) Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsives ymptoms in Japanese inpatients with chronic schizophrenia - a possible schizophrenic subtype. *Psychiatry Res.*, *179*(3):241-6.

Prado, R. de C. P. (2013). Uma leitura Analítico-Comportamental da Psicopatologia. *Scientia*, *1*(2), 192-395.

Poyurovsky M., Bergman J., Weizman R. (2006). Obsessive-compulsive disorder in elderly schizophrenia patients. *J. Psychiatric Res.*, *40*(3), 189-91.

Santos, F. A., Santos, K. de L., Aureliano, L. F. G. (2013). Estudo do comportamento psicótico pela Análise do Comportamento: revisão das publicações no JEAB e JABA. *Perspectivas em análise do comportamento*, *4*(1), 51-68.

Silva, José Leonardo Neves e, & de-Farias, Ana Karina Curado Rangel. (2013). Análises funcionais molares associadas à terapia de aceitação e compromisso em um caso de transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *15*(3), 37-56.

Skinner, B. F. (1985). *Sobre o Behaviorismo*. Tradução organizada por M. P. Villalobos. São Paulo: Editora Cultrix. Trabalho original publicado em 1974.

Skinner, B. F. (2000). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução organizada por J. C. Todorov & R. Azzi. 10ª Edição. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).

Starling, R. R. & Ireno, E. M. (2007). Acompanhamento Terapêutico e Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Estudo de Caso. Em D. R. Zamignani & Cols. (org.) *A Clínica de Portas Abertas – Experiências e Fundamentação do Acompanhamento Terapêutico e da Prática Clínica em Ambiente Extraconsultório*, p. 329-343. Santo André: ESETec Editores Associados.

Vermes, Joana Singer, & Zamignani, Denis Roberto. (2002). A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *4*(2), 135-149.

Vermes, J. S. & Banaco, R. A. (2013). The Study of Some Functional Relations Involved in the Obsessive- Compulsive Behaviors. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *15*(2), 18-34.

Wielenska, R. C. (2001). Terapia Comportamental do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (supl II), 62-64.

Habilidades Terapêuticas na Clínica Analítico-Comportamental

Therapeutic skills in behavioral-analytic clinic

João Ilo Coelho Barbosa
Universidade Federal do Ceará

Débora de Araújo Lima Dutra
CEMP - Centro de Estudos em Psicologia
debora.araujold@gmail.com

Janna Bezerra Braga Ferreira
CEMP - Centro de Estudos em Psicologia

Resumo

Em um processo terapêutico, mudanças no comportamento do cliente são contingentes às ações do terapeuta. O êxito ou insucesso da terapia depende, portanto, da forma como o terapeuta lida com o cliente e com seus problemas. Apesar de sua relevância, ainda não há consenso sobre quais seriam essas habilidades terapêuticas, dificultando uma análise operacional de respostas do terapeuta requeridas para o atendimento. Com base no relato dos atendimentos realizados por estagiários e também pela observação do desempenho dos alunos em uma disciplina que promovia simulações de situações de atendimento terapêutico, foram propostas oito habilidades terapêuticas consideradas relevantes para o bom desempenho na prática clínica. O presente estudo objetivou identificar e discutir tais habilidades, sob a ótica analítico-comportamental. Foram elencadas as seguintes habilidades: observar, ser empático, lidar com diferenças, expressar sentimentos e evocá-los no cliente, ser assertivo, ser persuasivo, confrontar o cliente com contradições em seu comportamento e ter informações sobre o contexto em que o cliente vive. Cada uma dessas habilidades foi descrita e discutida, e as conclusões dessa análise podem colaborar para uma formação clínica mais completa, suprindo algumas lacunas observadas nos métodos tradicionais de formação do terapeuta analítico-comportamental.

PALAVRAS-CHAVE

Habilidades terapêuticas;
Terapia analítico-comportamental;
Formação profissional.

Abstract

In a therapeutic process, changes in the client's behavior depend upon the therapist's actions. As a result, the success or failure of the therapy depends on the way the therapist deals with the client and their problems. Despite its relevance, there is still no consensus on what these therapeutic abilities would be, making it difficult to do an operational analysis of the therapeutic responses required for clinical care. Based on the report of a group of trainees' psychological support and also on the observation of a group of students taking a discipline which promoted simulations of therapeutic care situations, eight therapeutic skills considered relevant for good performance in clinical practice were proposed. The present study aimed to identify and discuss these abilities, from an analytical-behavioral perspective. The following skills were listed: observation; empathy; ability to deal with differences, express feelings and evoke them in the client; assertiveness; persuasion; confrontation of the client with contradictions in their behavior and collecting data of the context in which the client lives. Each skill was described and discussed, and the conclusion of the analysis can contribute to a better clinical training, filling some gaps observed in the therapists' traditional analytic-behavioral training methods.

KEYWORDS

Therapeutic abilities;
Analytic-behavioral therapy;
Clinical training.

O objetivo final de qualquer tipo de psicoterapia é a mudança no comportamento do cliente. Não parece haver, entretanto, consenso sobre quais variáveis são relevantes para essa mudança: se são as técnicas específicas a cada abordagem ou os elementos comuns ao tratamento psicológico, como a empatia e outros aspectos da relação terapêutica (Diniz Neto & Féres-Carneiro, 2005; Nunes & Lhullier, 2003).

Pesquisas apontam para a contribuição relevante de procedimentos específicos das terapias comportamentais e cognitivas como fatores relevantes para alterações comportamentais do cliente (cf. Bregman, 1999; Craske et al., 1995; Durham et al., 1994). Para outros autores, a própria relação entre terapeuta e cliente constitui-se no principal fator para o sucesso terapêutico (Keijsers, Hoogduin & Schaap, 1994; Krupnick et al., 1996).

Sendo o processo terapêutico focado no comportamento, fenômeno complexo e multideterminado, é mais provável que se esteja falando de elementos que se complementam para o resultado final observado no cliente, que se soma às mudanças ambientais introduzidas dentro e, principalmente, fora do contexto de consultório.

Segundo Meyer e Vermes (2001), a qualidade da relação terapêutica tem valor preditivo para os resultados do tratamento, mas a complexidade de fatores envolvidos em tal relação e as dificuldades de controle dessas variáveis impedem uma ampla compreensão dos aspectos mais relevantes para uma boa relação terapeuta-cliente (Meyer & Vermes, 2001). Pelas mesmas razões, o momento atual da investigação da intervenção terapêutica, no que se refere a características e a efetivas respostas do terapeuta para a mudança do comportamento do cliente, ainda é de resultados iniciais e pouco conclusivos, embora promissores (Tourinho et al. 2007).

O presente estudo espera colaborar com a discussão sobre a relação terapêutica, abordando particularmente a figura do terapeuta nessa relação. Mais especificamente, pretende-se apontar e discutir algumas habilidades julgadas necessárias para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, com base principalmente na experiência do primeiro autor como professor e supervisor de estágio na área clínica.

Ao planejar e ministrar a disciplina "Tópicos Avançados para o Atendimento em Terapia Analítico-comportamental", no curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, o primeiro autor teve como meta não apenas discutir esses tópicos, de forma conceitual ou por meio de leituras, mas apresentá-los e discuti-los de forma dinâmica e vivencial, tomando como base a encenação de situações frequentes na relação terapêutica que costumam gerar muitas dúvidas sobre formas de conduta na referida relação. As estratégias mais empregadas para fazer essa discussão foram a apresentação de trechos do seriado "Sessão de terapia" (D'Avila, 2012), veiculada pelo canal GNT, e a simulação de situações problemáticas possíveis de ocorrer em um atendimento clínico.

Para cada aula era proposta uma situação específica, baseada nos relatos dos próprios

estagiários em supervisão, e, a partir do tema da aula, era apresentado um trecho de atendimento realizado no seriado, ou o professor propunha uma situação de role-playing simulando uma sessão de terapia. A simulação do caso era feita pelos alunos, com o professor orientando a construção das características do suposto cliente e de seu comportamento problemático.

Alguns exemplos de situações sugeridas pelos alunos e pelo professor para a simulação foram de clientes que apresentavam os comportamentos problemáticos de: 1) concordar com o terapeuta, mas não alterar seu comportamento ao longo das sessões; 2) agir frequentemente em função da aprovação do terapeuta; 3) silenciar por longos períodos durante o atendimento 4) esquivar-se de assuntos específicos; 5) tentar estabelecer relação de amizade com terapeuta; ou 6) questionar sua capacidade técnica. Tais situações geravam condições aversivas para o aluno que fazia o papel do terapeuta e, para cada uma delas, discutiam-se quais habilidades terapêuticas seriam necessárias para lidar com as respostas problemáticas apresentadas pelo cliente. Esse formato proposto para a disciplina permitiu a observação de ações do terapeuta que produziam diferentes efeitos sobre o comportamento do participante no papel de cliente.

A experiência acadêmica somou-se à experiência do primeiro autor como terapeuta, supervisor de estágio e pesquisador da área (cf. Barbosa & Tourinho, 2010), colaborando para o interesse em identificar habilidades necessárias ao psicólogo clínico para lidar com situações difíceis na relação terapêutica. Dessa forma, vale ressaltar ao leitor que a escolha das oito habilidades, consideradas relevantes para o bom atendimento em terapia analítico-comportamental, não se baseou em um estudo empírico rigoroso. São as seguintes: 1) observar, 2) ser empático, 3) lidar com diferenças, 4) expressar sentimentos e evocá-los no cliente, 5) ser assertivo, 6) ser persuasivo, 7) confrontar o cliente com contradições em seu comportamento e 8) ter informações sobre o contexto em que o cliente vive.

Habilidades terapêuticas específicas:

1. Observar

O terapeuta deve, desde o primeiro contato, observar as respostas vocais e não vocais do cliente, com todas as suas nuances. Observar as respostas não vocais do cliente refere-se a estar sob controle dos gestos, das expressões faciais e da postura para identificar suas funções, enquanto as respostas vocais têm sua importância, por ser a principal ferramenta na prática clínica.

Segundo Medeiros (2002), nas primeiras sessões, observar as vestimentas e a aparência geral do interlocutor ajuda a identificar o tipo de comunidade na qual está inserido, auxiliando na adaptação da linguagem e de temas discutidos em sessão. Além disso, a observação de tais aspectos serve como parâmetro para avaliação da presença do terapeuta, enquanto uma audiência não punitiva (Marmo, 2012).

Referindo-se ao comportamento verbal, Skinner (1978) propôs categorias básicas de operantes verbais, dentre as quais serão destacados apenas três: tato, mando e autoclítico; por serem as modalidades mais presentes em um contexto de psicoterapia.

Tato é um operante verbal sob controle de um estímulo antecedente não-verbal e tem como função básica nomear tal estímulo (Skinner, 1978). Na terapia, o tato faz-se presente sempre que o cliente relata ao terapeuta o conjunto de condições privadas e públicas percebidas. Por sua vez, o terapeuta também emite tatos quando descreve sua percepção a respeito dos problemas do cliente e das condições a eles relacionadas. O processo de tatear, comum a terapeuta e cliente, portanto, é condição *sine qua non* para a ocorrência das demais funções terapêuticas.

Sendo uma resposta presente no repertório do indivíduo desde os primeiros anos de vida, o tato terá sua precisão e acurácia dependentes de contingências sociais específicas. Se o cliente não teve acesso a ambientes verbais muito ricos, é esperado que suas descrições verbais sejam limitadas ou distorcidas, dificultando o trabalho do terapeuta.

O repertório verbal do terapeuta, relativo à sua capacidade de tatear as respostas vocais e não-vocais do cliente, será fundamental para ampliar as possibilidades de explicação do comportamento do cliente por meio de hipóteses funcionais, e para garantir uma maior flexibilidade na forma como se comunica durante o processo terapêutico.

Um terapeuta experiente consegue estar sob controle de mudanças comportamentais cada vez mais sutis, embora, muitas vezes, não consiga descrever com exatidão todos os estímulos discriminativos que controlam suas decisões ao longo da sessão. Evidentemente, é desejável que este se empenhe em se auto-observar e identificar, cada vez melhor, tais estímulos, pois isso se traduzirá em um ajuste fino para a escolha da melhor resposta ao cliente a cada momento.

Outra categoria de operante verbal a ser observada no cliente é o mando. Skinner (1978) conceituou o mando como a resposta verbal que especifica a consequência reforçadora. São exemplos de mandos as respostas de perguntar, de dar ordens ou de fazer pedidos. Para cada um desses exemplos observa-se uma consequência reforçadora específica responsável por manter o mesmo tipo de asserção que produziu o reforçador, em situações futuras. Respectivamente: a resposta do interlocutor à pergunta, o seguimento da ordem dada e a solicitação atendida ao pedido feito.

Clientes com um repertório verbal amplo podem variar a forma como fazem suas solicitações, de modo a não deixar tão claro qual a sua demanda, reduzindo as chances de uma negação ou crítica. Repertórios verbais com essas características são conhecidos como mandos disfarçados (de tatos). Um exemplo de mando disfarçado de tato seria uma "indagação" do cliente sobre a conveniência de o terapeuta conhecer um familiar, quando, na verdade, o cliente teria essa demanda, e só não faz tal solicitação diretamente pelo risco dela ser negada.

A adequada observação de mandos disfarçados se faz relevante para que o terapeuta não reforce inadvertidamente essa classe de resposta verbal, pois esta concorre com respostas assertivas do cliente.

A terceira classe de operantes verbais destacada é o autoclítico, que tem a função de descrever, de qualificar ou de comentar outras respostas verbais, alterando o efeito de tais respostas sobre o ouvinte (Skinner, 1978). Isso pode ser observado na expressão: "*tenho certeza que* não conseguirei enfrentar essa situação". O autoclítico deve ser atentamente observado porque pode fornecer pistas sobre o modo como o cliente avalia uma situação, tanto no que se refere aos eventos privados relacionados a uma situação como na análise da força com a qual um estímulo eliciador, aversivo ou reforçador controla as respostas do cliente.

2. Ser empático

Del Prette e Del Prette (2001) conceituam empatia como uma habilidade de comunicação contextualizada em uma situação de demanda afetiva, na qual o interlocutor é capaz de: 1) compreender e sentir o que o falante pensa e sente, e 2) comunicar adequadamente a compreensão obtida e o sentimento vivenciado.

A partir de um levantamento realizado, Meyer e Vermes (2001) categorizaram empatia como

> comportamentos verbais e/ou gestuais (inclusive expressões no rosto) que tenham como objetivo a aproximação e a demonstração de compreensão. Incluem o relato verbal dos sentimentos positivos que o cliente desperta no terapeuta, paráfrases e resumos, uso criterioso de humor, confirmações como "Sim, eu acho que é isso mesmo" e indicação de estar ouvindo e concordando como "Uhm., aha., sim, etc." Ser empático inclui: a) adoção de perspectiva (disposição para se colocar no lugar da outra pessoa, podendo ou não experimentar os mesmos sentimentos dela); b) neutralidade e imparcialidade (disposição para ouvir, sem julgar, os pensamentos e os sentimentos de outra pessoa) e c) comportamento pró-social (preocupação genuína com o bem-estar da outra pessoa) (p.104).

Tal categorização ainda não consegue operacionalizar, de forma abrangente, o que é chamado de empatia. Um reflexo dessa dificuldade se traduz na falta de parâmetros claramente definidos para se estabelecer um treino para essa classe de respostas.

Como forma de promover a empatia e reconhecer as dificuldades em manter uma postura empática, durante a disciplina ministrada foram propostas situações imaginárias nas quais o aluno atendia um suposto cliente que apresentava intensas respostas de crítica, desprezo ou raiva, capazes de produzir reações emocionais aversivas ao terapeuta. Após alguns minutos, a cena era interrompida e a turma discutia estratégias para lidar com aquela situação, promovendo, então, a auto-observação e a identificação dos estímulos eliciadores das emoções do terapeuta.

A atividade permitiu aos alunos observarem que a empatia é uma habilidade almejada, mas nem sempre alcançada. O fundamental seria o terapeuta aprender a ampliar seus

limites de convivência com condições aversivas produzidas pelo cliente, entendendo que tais respostas são decorrentes dos próprios problemas que o cliente precisa resolver, e não uma atitude consciente e intencional.

3. Lidar com diferenças

Minha capacidade de ser empático está relacionada com o grau de identificação que tenho com o outro. Quando valores, opiniões e estilo de vida são aproximadamente compartilhados, torna-se mais fácil ser empático. O problema é que não é possível escolher apenas clientes com essas mesmas características para o atendimento. É mais provável se deparar com clientes com uma ampla variação de modos de vida mais ou menos diferentes daquele experienciado pelo terapeuta.

Frente a essa realidade, o terapeuta precisa ser flexível para lidar com as diferenças, evitando juízos de valor, em relação a aspectos da vida do cliente. São exemplos dessas diferenças a opção sexual, o nível socioeconômico, valores pessoais ou a preferência política. O terapeuta capaz de lidar com clientes muito diferentes de si provavelmente mantém essa flexibilidade em sua vida pessoal e vice-versa.

Simulações de sessões de atendimento também foram utilizadas para criar uma situação fictícia de clientes com características bem particulares, como adictos ou com posições político-partidárias extremas para que o terapeuta percebesse suas dificuldades naquela situação. Em seguida, o professor simulou uma sessão na qual assumiu o papel de terapeuta e pediu aos alunos que representassem um cliente fictício, com características ou com valores díspares do contexto de vida do professor. Dessa forma, coube ao terapeuta apresentar respostas empáticas e não-valorativas das ações do cliente, mesmo diante de colocações passíveis de punição social.

Em seguida, foram discutidas com os alunos as características de pessoas tidas como intoleráveis, de acordo com a percepção de cada participante. Debateu-se também como a dificuldade de lidar com tais pessoas, muitas vezes, reside na incompreensão das contingências que levam estas a agirem daquela forma. Ressaltou-se, portanto, a necessidade de buscar conhecer melhor outras contingências, além daquelas próximas ao terapeuta.

4. Expressar sentimentos e evocá-los no cliente

A quarta habilidade abrange, a rigor, duas habilidades distintas, ambas relacionadas com o fato de o terapeuta saber lidar com sentimentos. A primeira delas consiste em expressar os próprios sentimentos ao cliente, quando isso possa ter uma função terapêutica relevante. A segunda seria a capacidade de o terapeuta evocar sentimentos no cliente.

A expressão de sentimentos por parte do terapeuta depende da sua capacidade de auto-observação. Tal recurso pode ser útil para que o terapeuta consiga entender que contingências sociais costumam surgir a partir de respostas problemáticas do cliente e, com

isso, identificar relações S-R-S que esclareçam o repertório do cliente.

Ao detectar condições privadas diretamente relacionadas ao comportamento do cliente, o terapeuta pode-se utilizar dessa percepção para descrever suas reações emocionais, produzidas por uma resposta específica do cliente. Esse recurso pode ser utilizado tanto em situações de empatia, envolvendo sentimentos positivos, como no surgimento de sentimentos aversivos, provocados pelo próprio cliente.

É esperado que situações de conflito ou outras eliciadoras de respondentes aversivos ocorram em baixa frequência na relação terapeuta-cliente, porém esses momentos podem ser cruciais para o desenvolvimento do processo terapêutico. Ao expressar sentimentos aversivos relativos ao cliente, é provável que haja: 1) prejuízo grave ao vínculo terapêutico, podendo levar ao rompimento do processo de terapia; ou 2) alterações no vínculo que, embora produzam efeitos aversivos em um primeiro momento, possibilitam o contingenciamento adequado de respostas problemáticas no repertório do cliente. A situação exige, portanto, extrema cautela e clareza dos fatores envolvidos.

Para saber como agir em situações de conflito que demandem a expressão de sentimentos, o terapeuta precisa pautar-se pela análise funcional da resposta do cliente, relacionando-a ao contexto da sessão e das contingências controladoras de tal ação. Além disso, ele precisa ter a exata noção de que sempre há uma consequência produzida pelo terapeuta para cada resposta do cliente. Essa noção amplia enormemente a relevância de um contínuo processo de avaliação funcional entre as respostas do cliente e as contingências que a antecedem e a sequenciam, anulando, dessa maneira, a possibilidade de "não reagir" a uma ação do cliente. Assim, quando o cliente expressa uma reação emocional intensa, não há como o terapeuta passar ao largo da situação, fingindo que nada está acontecendo de diferente ou apenas perguntando ao cliente sobre o que "significa" aquela reação.

A segunda habilidade que o terapeuta precisa desenvolver, em relação à expressão de sentimentos, refere-se a conseguir evocar sentimentos no cliente. Pautado pela ideia de Skinner (1974) de que eventos privados podem funcionar como pistas para se entender as contingências de controle sobre o comportamento operante, ao conseguir evocar sentimentos específicos no cliente, o terapeuta pode ajudá-lo a perceber melhor os fatores ambientais responsáveis pela presença da condição privada percebida.

A tarefa de levar o cliente a perceber seus eventos privados é particularmente útil quando este não está ciente de fatores ambientais controladores de seu comportamento. O cliente pode, ainda, ser capaz de observar uma condição emocional privada aversiva, mas agir no sentido de evitá-la, em um processo de fuga ou esquiva. Ao conseguir levar o cliente a entrar em contato com suas emoções, o terapeuta aumenta as chances de produzir o segundo efeito terapêutico citado.

Mesmo podendo gerar uma condição aversiva inicial, é fundamental que o terapeuta

consequencie a expressão de sentimentos do cliente com atenção e acolhimento, além de prover uma análise funcional visando o esclarecimento dos fatores determinantes de tais sentimentos. Uma terceira tarefa seria apontar formas mais produtivas para o cliente lidar com esses eventos privados aversivos.

5. Ser assertivo

A discussão sobre assertividade está inserida no contexto das habilidades sociais, conjunto de respostas presentes em uma relação interpessoal que favorece uma clara comunicação e a maximização de reforçadores positivos (Del Prette & Del Prette, 2001; Rich & Schroeder 1976) para a resposta de dialogar e de outros comportamentos envolvidos por parte dos interlocutores.

O comportamento assertivo, por parte do terapeuta, pode ser requerido em diferentes situações, desde o estabelecimento do contrato inicial de atendimento, passando por expressões de sentimentos e manejo de situações conflituosas. Além disso, em queixas que envolvam dificuldade de expressar sentimentos e pensamentos, respostas verbais assertivas do terapeuta podem servir de modelo para o cliente.

Nem sempre clientes apresentam um comportamento assertivo. É comum a presença de respostas passivas ou agressivas na presença do terapeuta. Nesses casos, há risco de um terapeuta iniciante reagir de forma mais diretiva frente a respostas passivas do cliente, ou se sentir inseguro diante de uma maior agressividade. No primeiro caso, o problema estaria em não perceber que a frequente aprovação do cliente, produto de um padrão pouco assertivo, pode controlar e manter respostas do terapeuta de emitir regras a serem seguidas muito mais em função de tal reforçamento do que por sua função terapêutica. Na segunda possibilidade, respostas agressivas do cliente podem levar o terapeuta iniciante a temer conflitos e passar a responder sob controle do medo, deixando de intervir de maneira mais produtiva.

Falcone (2001) propõe a empatia como repertório complementar à assertividade, afirmando que se expressar de maneira empática, antes de apresentar uma resposta assertiva, pode minimizar a possibilidade de avaliação negativa da resposta assertiva do terapeuta. Um comportamento assertivo também pode ser empático ao cliente quando permite que este observe que as reações do terapeuta ao seu relato são autênticas, e não visam apenas agradá-lo. O terapeuta precisa, portanto, aprender a emitir respostas assertivas sempre contingentes às situações que as demandem, como estratégia terapêutica claramente identificada.

6. Ser persuasivo

Dentre as habilidades propostas, a de ser persuasivo provavelmente seja a mais polêmica, em função da hipótese de que o terapeuta poderia "convencer" o cliente a realizar algo de interesse do primeiro, e não do próprio cliente. Cabe, portanto, um esclarecimento inicial necessário para o problema do "controle" exercido pelo terapeuta sobre o cliente.

No contexto de terapia, a adoção do termo técnico "controle" não pode ser confundida com o uso popular do termo. Na linguagem da Análise do comportamento, ao se falar que um evento exerce controle sobre o comportamento queremos apenas salientar que tal evento é contingente àquele comportamento. Neste sentido é que afirmamos que o terapeuta exerce controle sobre as respostas do cliente e o inverso também é verdadeiro, ou seja, o comportamento do terapeuta também é modelado por contingências produzidas pelo cliente.

Ciente de que as ações do cliente serão contingentes à sua presença, o terapeuta deve estar sempre pautado pelo benefício e bem-estar do cliente, reavaliando constantemente sua postura a fim de evitar o desvio dessa premissa básica para sua atuação.

Ao falar sobre comportamento persuasivo em terapia é preciso relacioná-lo com o conceito de comportamento governado por regras, entendido como aquele sob controle de estímulos verbais especificadores de contingência, como no caso de instruções ou conselhos (Hayes, 1987).

A emissão de regras por parte do terapeuta, dentre outros fatores, também se deve ao contexto tradicional no qual ocorre uma psicoterapia, restrito ao consultório e fortemente embasada em uma intervenção verbal. Com todas as limitações geradas pela falta de acesso direto às contingências produtoras e mantenedoras do comportamento problemático do cliente, por vezes o terapeuta lança mão de contingências verbais com o objetivo de produzir o seguimento de regras, sendo esta apenas uma etapa intermediária necessária para se alcançar o objetivo final da terapia, qual seja levar o cliente a ficar mais sensível e aprender a lidar com contingências reais às quais está submetido.

A área de estudos sobre o comportamento governado por regras aponta para um conjunto de variáveis que interferem no grau de controle produzido pelas regras de um falante, dentre as quais podemos citar a habilidade do falante em monitorar e liberar consequências para o seguimento de regra, além de sua credibilidade (Zettle & Hayes, 1982).

Polito (2016) aponta algumas estratégias para promover a persuasão, que podem ser generalizadas para o contexto clínico como úteis para promover o seguimento de regras. Um conjunto específico de respostas vocais e motoras pode ser visto pelo ouvinte como evidência de que o falante está "seguro" da veracidade daquilo que está falando, aumentando a probabilidade de o primeiro fazer aquilo que lhe é solicitado. Além disso, a utilização de exemplos, de comparações, de testemunhos, de referências a pesquisas e de estatísticas para fortalecer a defesa de argumentos podem ser utilizados em condições específicas na terapia, especialmente quando o terapeuta enfrenta a resistência do cliente a mudar um padrão rígido de comportamento de fuga e esquiva.

Nos casos de resistência a mudanças, o cliente pode discordar ou se opor ao que o terapeuta diz, dificultando o andamento do processo (Guilhardi, 2002). Nesses casos, o terapeuta deve ser persuasivo e convencer o cliente a abandonar seu padrão de comportamento evitativo.

7. Confrontar o cliente com contradições em seu comportamento

A habilidade terapêutica de confrontar o cliente requer cuidados por parte do terapeuta, em função dos riscos de apresentação de uma condição exageradamente aversiva na relação. Sua função é levar o cliente a observar e identificar inconsistências em seu comportamento e, com isso, aprofundar a análise de contingências ambientais controladoras de suas respostas verbais e não-verbais.

Frequentemente, essas inconsistências ocorrem entre o dizer e o fazer. Quer dizer, o cliente diz ao terapeuta que fez algo mas outras respostas suas apontam para uma discordância e, às vezes, oposição àquilo que foi dito. Por exemplo, o cliente com problemas de adicção alcoólica afirma que conseguiu reduzir o consumo de álcool nos últimos dias, embora tenha ido à sessão com sinais de ter bebido há pouco tempo. Outra possibilidade de inconsistência a ser confrontada entre o fazer e o dizer do cliente pode ocorrer quando este apresenta uma ação descrita de forma claramente distorcida. Pode-se ilustrar a situação com uma cliente que ostensivamente controla a filha, não a deixando, inclusive, tomar a decisão de escolha da profissão, mas relata ao terapeuta que sempre deu liberdade à filha, apenas tomando o cuidado de "orientá-la".

A confrontação também pode ser empregada para bloquear respostas de esquiva do cliente, como mudar de assunto ou responder de forma a evitar novas investigações por parte do terapeuta.

Profissionais pouco experientes provavelmente terão dificuldades com as situações descritas, temendo produzir uma situação aversiva e conflituosa. Ao se depararem com contradições no relato do cliente evitam apontá-las, perdendo uma ótima oportunidade de contribuir para o seu autoconhecimento. Quando isso acontece e o terapeuta não faz a confrontação, há risco de um problema adicional, que é o reforçamento inadvertido de respostas de esquiva.

Um terapeuta hábil em confrontar o cliente com suas contradições está atento a essas ocorrências e consegue reduzir o caráter aversivo da confrontação, minimizando colocações que poderiam ser interpretadas como atribuição de culpa a si mesmo, levando-o a analisar que contingências estariam controlando o comportamento inconsistente apresentado.

Para conseguir seu objetivo de chamar a atenção para o problema sem necessariamente fazer uma acusação, o terapeuta deve estar sensível aos efeitos de suas intervenções verbais no comportamento do cliente, o que lhe permitirá selecionar a melhor forma de abordar a questão, escolhendo criteriosamente as palavras. Por exemplo, ao invés de falar: *Você não está sendo coerente. Disse que estudou, mas passou o dia de ontem todo na internet jogando com os amigos*; talvez seja mais produtivo se o terapeuta disser: *Apesar de você ter dito que estudou ontem, me parece que o jogo com os amigos atrapalhou seus planos. Vamos tentar entender o que o impediu de manter sua disciplina frente aos estudos.*

Vale ressaltar que, em uma intervenção confrontativa, o terapeuta pode não se restringir às respostas inconsistentes imediatamente emitidas, podendo compará-las com outras anteriormente observadas e relacioná-las enquanto um padrão de comportamento com uma função em comum ocorrendo em contextos diversos.

8. Ter informações sobre o contexto em que o cliente vive

Uma última, mas não menos relevante habilidade terapêutica, refere-se ao conhecimento mais detalhado dos diferentes contextos nos quais o cliente está inserido. Esses contextos envolvem as esferas familiar, social, econômica, profissional e religiosa, dentre outras.

Estar atualizado com essas informações requer do terapeuta uma investigação dos aspectos levantados sempre que o cliente abordá-los ou, quando isso não ocorrer, é possível indagá-los diretamente, de preferência quando o assunto discutido permita uma conexão com esses contextos de sua história de vida.

Tomar conhecimento sobre aspectos da vida religiosa ou profissional do cliente, nem sempre relatados espontaneamente, pode dizer muito sobre seu comportamento, auxiliando em uma análise funcional mais completa e refinada. Dessa forma, é possível entender, por exemplo, que uma pessoa suporta uma condição aversiva por muito tempo por estar submetido a contingências que o fazem relacionar seu sofrimento à penitência necessária para redimir seus pecados. Um outro exemplo, dessa vez ligado à necessidade de compreensão de aspectos característicos de uma profissão, poderia ser visto na queixa de uma mulher casada com um cirurgião que se queixa da pouca atenção dada a ela e aos filhos. Para a avaliação do problema, é importante o terapeuta conhecer a rotina de um médico cirurgião, que costuma sair de casa mais cedo que o usual e que pode voltar tarde da noite todos os dias, em função do acompanhamento de clientes ou de outras atividades realizadas.

Um maior conhecimento de condições idiossincráticas do cliente também auxilia na formação de um bom vínculo terapêutico, pois ao observar que seu terapeuta mostra ter conhecimento sobre as particularidades de sua vida, o cliente pode se sentir empaticamente acolhido e mais à vontade para se colocar, tendo em vista que o risco de ser incompreendido, em seus pontos de vista, foi reduzido.

Vale salientar que o terapeuta não precisa, necessariamente, ter tido as mesmas experiências de vida ou concordar com o mesmo posicionamento político ou religioso, mas precisa compreender as variáveis relevantes que controlam o padrão comportamental descrito dentro de um contexto social mais amplo. Condições específicas que fazem parte da rotina do cliente podem ser responsáveis pelo aumento ou diminuição da emissão de certas classes de resposta.

Uma forma de conseguir estar atento a essas variáveis pode ser alcançada pela própria experiência clínica. A sucessão de histórias de vida e os relatos descritivos vão proporcionando ao terapeuta, aos poucos, a capacidade de

identificar condições ambientais e respostas do cliente que se assemelham às já relatadas por outros clientes, o que poderia sugerir a presença de relações de contingências parecidas.

Outra possibilidade de ampliar o repertório relativo ao conhecimento das variáveis do contexto dos clientes poderia se dar com o engajamento do terapeuta em atividades sociais diversas, como a participação em cursos ou a colaboração com uma organização não-governamental. Ações como essas proporcionam contato com pessoas diferentes, além da aquisição de novos conhecimentos sobre temas diversos.

Por último, a aproximação com a cultura, por meio das artes, como a literatura, cinema e teatro, também auxilia na capacidade de entender diferentes estilos de vida, pois costumam retratar a história de personagens com riqueza de detalhes sob outros pontos de vista.

Conclusão

A evolução do desempenho profissional deve ser uma preocupação contínua do terapeuta, traduzida pela busca por aprimoramento de suas habilidades no atendimento clínico. É provável que o contato com diferentes clientes e situações em um processo terapêutico sejam as principais contingências responsáveis pelo desenvolvimento dessas habilidades. A experiência aumenta as chances de um repertório mais elaborado para lidar com clientes ou situações difíceis, mas contar apenas com o tempo de atuação profissional resulta em um processo lento de aprendizagem, produto de erros e acertos, com risco de graves problemas na condução do caso.

As oito habilidades terapêuticas propostas foram resultantes de uma análise com base na experiência do primeiro autor como supervisor, e não em um prévio estudo controlado, o que impõe limites a suas conclusões. Os aspectos comportamentais do terapeuta que são determinantes para o êxito da terapia analítico-comportamental devem continuar sendo objeto de estudo de investigação científica. Por outro lado, é compreensível a escassez de pesquisas com tal objetivo, frente às dificuldades de controle das inúmeras variáveis envolvidas.

O objetivo de elencar e discutir tais habilidades visou chamar a atenção para aspectos presentes no contexto clínico, nem sempre abordados com a devida ênfase no âmbito acadêmico, mas fundamentais para a formação de terapeutas analítico-comportamentais competentes.

Referências

Barbosa, J. I. C., & Tourinho, E. Z. (2010) Verbalizações de terapeuta e cliente e estabelecimento de relações na evolução de uma terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v. XI*, pp. 313-328.

Bregman, C. (1999). Entrevista a David Barlow. *Revista argentina de Clínica psicológica v. 8*, n. 3, pp. 261-265.

Craske, M. G.; Maidenberg, E. & Bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry v. 26*, n. 2, pp. 113-20.

D'Avila, R. (produtor). (2012). *Sessão de terapia* [série de televisão]. São Paulo, BR.: Moonshot Pictures.

Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis, Brasil: Vozes.

Diniz Neto, O., & Féres-Carneiro, T. (2005). Eficácia Psicoterapêutica: terapia familiar e o efeito "dodô". *Estudos de Psicologia. v, l10*, n. 3, pp. 355-361.

Durham R. C., Murphy T., Allan T., Richard K., Treliving L. R., Fenton G. W. (1994). Cognitive Therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry v. 165*, n. 3, pp. 315-323.

Falcone, E. (2001). Habilidades sociais: para além da assertividade. In: R. C. Wielenska. *Sobre Comportamento e Cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva: Questionando e ampliando a teoria e as Intervenções clínicas e em outros contextos* (v. 6, pp. 202 – 212). Ed. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Guilhardi, H. J. (2002) A Resistência do Cliente à Mudanças. In: H. J. Guilhardi & M. B. B. P. MADI & P. P. QUEIROZ; M. C. SCOZ (org). *Sobre Comportamento e Cognição (v. 9)*. Santo André, SP: ESETec,

Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.). *Psychotherapists in clinical practice: cognitive and behavioral perspectives*, (pp. 327-387). New York, NY: Guilford.

Keijsers, G. P.; Hoogduin, C. A. & Schaap, C. P. (1994) Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obssessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry v. 165*, n. 6, pp. 781-786.

Krupnick, Janice L.; Sotsky, Stuart M.; Simmens, Sam; Moyer, Janet; Elkin, Irene; Watkins, John; Pilkonis, Paul A. (1996) *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the national Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Journal of Consulting and Clinical Psychology v. 64*, n. 3, pp. 532-539.

Medeiros, C. A. de. (2002). *Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2), pp.105-118. Recuperado em 11 de junho de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000200004&lng=pt&tlng=pt.

Meyer, S. & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. In: B. Rangé (Org). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre, RS. Artmed Editora.

Nunes, M. L. T., & Lhullier, A. C. (2003). Histórico da pesquisa empírica em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia. v. 5*, n. 1, pp. 97-112.

Polito, R. (2016). *Os segredos da Persuasão*. Recuperado em: 14 de outubro de 2016 de http://reinaldopolito.com.br/34---os-segredos-da-persuasao-239

Rich, A. R. & Schroeder, H. E. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin, v.83*, pp. 1081-1096.

Skinner, B.F. (1978). *O comportamento verbal* (M. P. Villalobos, Trad.). São Paulo, Brasil: Cultrix.

Skinner, B.F. (1974). *Sobre o behaviorismo* (M. P. Villalobos, Trad.). São Paulo, Brasil: Cultrix.

Tourinho, E. Z.; Neno, S.; Batista, J. R.; Garcia, M. G.; Brandão, G. G.; Souza, L. M.; Lima, J. B. de; Barbosa, J. I. C.; Endemann, P. & Oliveira-Silva, M. (2007). Condições de treino e sistemas de categorização de verbalizações de terapeutas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v. 9*, pp. 317-336.

Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1982). Rule governed behavior: A potential theoretical framework for cognitive behavior therapy. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy*, pp. 73-118. New York, NY: Academic.

Uma leitura analítico-comportamental sobre a trilogia "Cinquenta Tons de Cinza"[1]

A Behavior Analytic Reading about the Trilogy "Fifty Shades of Grey"

Vanessa Siqueira de Medeiros Dettoni
Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR/Toledo
v.dettoni@pucpr.br

Jordana Fontana
UNIPAR – Universidade Paranaense
jor_fontana@hotmail.com

Fabiana Marques Machado
UNIPAR – Universidade Paranaense
faabi_mm@hotmail.com

Resumo

O presente estudo descreve as contingências de reforçamento responsáveis pela formação e manutenção do repertório comportamental apresentado pelos personagens da trilogia "Cinquenta Tons de Cinza" no que concerne ao estabelecimento de vínculo amoroso e afetivo descrito no romance de Erika Leonard James. Objetivando compreender o enlace amoroso desenvolvido por Christian e Anastasia sob o enfoque analítico-comportamental, explicitando como as experiências infantis, incluindo os modelos e regras parentais, afetam o desenvolvimento das relações interpessoais românticas na fase adulta. Para tanto, são descritos e analisados os comportamentos e sentimentos emitidos pelos personagens, no sentido de explicitar a multideterminação do repertório comportamental, fator que garante a subjetividade e singularidade de cada ser humano e também de cada relacionamento amoroso.

PALAVRAS-CHAVE

Relacionamento amoroso;
Análise do Comportamento;
Subjetividade.

Abstract

The current study describes the contingencies of reinforcement responsible for formation and maintenance of behavioral repertoire presented by the characters of the trilogy "Fifty Shades of Grey", what concerns to the establishment of loving and affective bond described in Erika Leonard James' novel. Aiming to understand the relationship developed by Christian and Anastasia from the standpoint of behavioral analysis, explaining how the childhood experiences, including parental model and rules, affects the development of interpersonal loving relationships in adulthood. Therefore, the behaviors and feelings emitted by the characters were described and analyzed, in order to clarify the multidetermination of behavioral repertoire, a factor that guarantees the subjectivity and singularity of each human being and each romantic relationship.

KEYWORDS

Romantic relationship;
Behavior analysis;
Subjectivity.

1 Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Paranaense – UNIPAR/Cascavel – 2015.

Introdução

O presente estudo, sob a luz da Teoria Analítico-Comportamental, parte do pressuposto que a aprendizagem do contexto familiar exerce forte influência sobre a construção do repertório comportamental dos seres humanos e, portanto, da aquisição e manutenção dos relacionamentos interpessoais futuros, incluindo-se neste rol os relacionamentos amorosos.

Nesse sentido, optou-se pela análise funcional do relacionamento amoroso ficcional e controverso exposto na trilogia "Cinquenta tons de Cinza" (2011), visto a gama intrincada de contextos, ilustrada nos três volumes da obra. Buscou-se explanar como foi construído o relacionamento amoroso dos personagens, considerando a aprendizagem obtida através de modelação e modelagem com suas respectivas famílias de origem.

Sugere-se, portanto, que o relacionamento amoroso que os personagens mantêm, na obra, foi influenciado pela aprendizagem que tiveram no início de suas vidas, ou seja, que as contingências às quais foram expostos no início de suas vidas favoreceram a instalação de alguns padrões comportamentais, os quais foram sendo modificados no decorrer do relacionamento construído por eles, de acordo com a alteração de contingências.

A importância dessa pesquisa se dá exatamente quando os conhecimentos obtidos no estudo podem ser estendidos a outras relações vivenciadas por diversas pessoas. Além disso, este estudo pode, também, abrir portas para a realização de pesquisas de campo sobre o tema, a fim de reconhecer qual a relação que os comportamentos aprendidos durante a infância e juventude exercem na escolha de um parceiro, tendo em vista que essa relação na maioria das vezes é feita apenas contando com os conhecimentos de outras abordagens teóricas.

Behaviorismo Radical e a Análise do Comportamento

O Behaviorismo Radical apresenta-se como uma proposta bastante peculiar para a psicologia. Primeiramente, de acordo com Sério (2005), porque recusa as concepções tradicionais que marcaram o início da psicologia e são até hoje bastante difundidas, tendo como fundamento a recusa do dualismo e do mentalismo presentes em tais concepções. Em segundo lugar, não fundamenta tal recusa em razões metodológicas, mas sim, porque pretende confrontar a explicação mentalista de causação do comportamento humano. Por fim, essa peculiaridade está presente, também, no recurso ao ambiente para busca das causas do comportamento.

Abreu-Rodrigues e Ribeiro (2005); Baum (2006); Rosa, Novaki e Dettoni (2008) pontuam que a Análise do Comportamento é uma ciência que se fundamenta no Behaviorismo Radical, adotando a mesma visão de homem tendo como objeto de estudo o homem e suas interações com o ambiente. Utiliza como conceitos básicos reforçamento, punição, extinção, modelação, modelagem, discriminação e generalização.

De acordo com Sampaio e Andery (2012) a Teoria Analítico-Comportamental tem uma visão monista de homem e compreende o comportamento como multideterminado, ou seja, é afetado pelos níveis filogenético (história da espécie), ontogenético (história individual) e cultural (práticas culturais, comportamentos ensinados de um indivíduo para o outro via comportamento verbal). Os comportamentos do repertório de um indivíduo são produtos de um processo de seleção por consequências.

Na seleção por consequências, o organismo ao se comportar produz alterações no ambiente, e isto será reforçado ou punido. De acordo com essa consequência, o indivíduo estará mais ou menos propenso a repetir esse comportamento em uma situação similar futura. A unidade mínima de análise proposta pelo modelo de seleção por consequências é o que Skinner denominou de tríplice contingência: o indivíduo em um contexto discrimina os estímulos presentes, emite uma resposta e isso produz consequências (Andery, 2000; Cavalcante, 2008).

A Análise do Comportamento entende que as causas dos problemas devem ser buscadas nas interações do indivíduo com o ambiente, tanto passadas quanto atuais, e não em eventos privados. Essa teoria é adepta ao determinismo: os comportamentos são determinados por fatores ambientais, o que não quer dizer que o sujeito não escolhe simplesmente, mas sim que estas escolhas podem ser explicadas e, portanto, não acontecem ao acaso. Não existem comportamentos certos ou errados, existem comportamentos, a função destes e seus efeitos. Tudo o que o sujeito apresenta é coerente com o que ele viveu no passado (Marçal, 2010; Novaki, 2011).

Marçal (2010) afirma que o interesse da Análise Comportamental está na história de reforço e punição do sujeito, nos antecedentes e consequentes. Para entender um comportamento, é necessário identificar as contingências envolvidas nesse processo e qual é a função desse comportamento na vida do indivíduo e o que o mantém. Um dos principais objetivos da prática clínica é produzir variabilidade comportamental.

A análise funcional é a ferramenta norteadora do trabalho de um analista do comportamento. Ela identifica a relação entre os comportamentos que o sujeito está apresentando, as condições antecedentes, as consequências e as operações motivadoras em vigor. Tem como objetivo identificar um comportamento alvo e quais as variáveis que o mantém, para posteriormente planejar uma intervenção (Leonardi, Borges e Cassas, 2012).

Análise do Comportamento e família: o processo de aprendizagem dos comportamentos

> A família é o primeiro e mais importante contexto interpessoal para o desenvolvimento humano. Assim, as relações familiares têm profunda influência sobre a saúde ampla das crianças, portanto, dos filhos de maneira geral. É nesse momento que ocorre o *start up* do processo de aquisição de aprendizagem de repertórios comportamentais que, gradualmente, vão se ampliando. [..] (Lemes, Bueno e Bueno, 2011, p. 333).

Olivares, Méndes e Ros (2005) afirmam que o contexto familiar é responsável pelo desenvolvimento do comportamento dos filhos, tanto os desejáveis quanto indesejáveis. Os comportamentos considerados ruins são causados por escassez ou excesso de determinados repertórios comportamentais vindo dos pais. Nessa mesma direção Delitti e Derdyk (2012) argumentam que na família acontece uma interação recíproca, o que produz, através da modelagem, a instalação e fortalecimento dos repertórios de cada indivíduo que nela se encontra.

Além disso, apontam que quando uma criança é exposta a contingências aversivas, pode apresentar algumas consequências emocionais como baixa autoestima e autoconfiança, pouca variabilidade comportamental e dificuldades de relacionamento interpessoal (Guilhardi,2002; Sidman, 2001).

De acordo com Delitti e Derdyk (2012), é necessário compreender que o comportamento assertivo de uma criança depende do contexto em que está inserida. Cada contexto possibilita acesso a reforçadores e punidores diferentes, isso incluindo aspectos como: disponibilidade de afeto e responsividade emocional, imposição de regras e limites, monitoria e supervisão de atividades, fornecimento de educação formal, recursos lúdicos e de lazer, condições de higiene e assistência médica, alimentação adequada, dentre muitos outros, estímulos que favoreçam o enriquecimento do repertório comportamental.

Para compreender o repertório comportamental de alguém, é imprescindível fazer uma ampla análise de suas interações com o ambiente, e por isso se faz necessária a compreensão da relação que esse indivíduo vivenciou em sua família (Naves e Vasconcelos, 2008).

O homem vive em um constante processo de aprendizagem, ou seja, todos os seus comportamentos foram aprendidos através das relações que teve em seu ambiente físico e social. O sujeito emite um comportamento e este tem consequências – se estas forem reforçadoras, a probabilidade deste comportamento ocorrer novamente será aumentada; se forem punitivas, a probabilidade será reduzida (Skinner, 1998).

Dentre as causas dos comportamentos, cabe salientar, que devido ao comportamento verbal, há a transmissão de regras, valores, normas, conceitos, dentre outros; via a comunidade verbal. Ou seja, há uma aprendizagem via cultura, que se dá por meio de regras. Nesse sentido, os seres humanos são ensinados a guiar seu comportamento – estar sensíveis ao controle – por meio das instruções verbais repassadas pelos membros de seu convívio (Skinner, 1998).

Portanto, o comportamento das pessoas é constantemente governado por regras. Para o Behaviorismo Radical, as regras são estímulos discriminativos verbais gerados pelo comportamento verbal de um falante sobre o comportamento do ouvinte. Essas regras são aprendidas inicialmente através dos pais, familiares e professores, e os sujeitos às seguem porque em algum momento isso trouxe reforçadores. Isso faz com que o sujeito vá aprendendo e construindo novos repertórios comportamentais (Baum, 2006; Meyer et al. 2015).

Skinner (1969) pontua que um sujeito pode começar a descrever contingências para si mesmo, a partir de situações que este vivenciou e trouxeram consequências, tanto reforçadoras quanto punitivas. Neste caso, o sujeito está sendo controlado por autorregras, sendo o falante e o ouvinte ao mesmo tempo. Segundo Banaco (1997), toda autorregra é construída através das contingências sociais em que o indivíduo está inserido, necessitando assim, de uma história de vida e de condições socioambientais para serem construídas.

Com o exposto, percebe-se que o processo de aprendizagem é complexo e constante, sujeito a inúmeras variações nas combinações dos processos. Graças ao dinamismo e reciprocidade das interações entre o organismo e o ambiente. Embora sejam poucos os processos de aprendizagem o modo como cada pessoa interage é único, a suscetibilidade aos reforçadores é comum a todos, os comportamentos humanos são parecidos devido à filogênese comum, mas a forma como cada um irá constituir-se em pessoa é singular. Os aspectos subjetivos são exclusivos devido a variações, maiores ou menores, de cada história de vida.

Essas variações que produzem experiências únicas de vida e, portanto, permitem o aparecimento de seres peculiares e distintos entre si, são explicados pela Análise do Comportamento pelo modelo de seleção por consequências. O qual compreende, portanto, que o ambiente funciona como um selecionador de comportamentos, que em determinado momento, serão mais funcionais, visto que, o comportamento é sempre adaptativo, ou seja, tem valor de sobrevivência; não se conforma ao modelo biológico de compreensão dos comportamentos-problema, como sendo disfunções ou transtornos mentais (Costa, 2003).

Assim, o comportamento considerado patológico não é diferente do comportamento saudável em sua origem, manutenção, desenvolvimento e até mesmo a maneira de ser modificado. Já que, o comportamento humano é sempre interativo, ou seja, as pessoas se comportam de certas maneiras esperando obter consequências benéficas ou prazerosas ou diminuir a força de estimulações aversivas. Além disso, o comportamento é sempre adaptativo, o sujeito se comporta de determinado modo porque esta é a melhor maneira que ele encontrou para enfrentar aquela situação. O comportamento também é mantido por suas consequências no ambiente, se as respostas acarretarem reforçadores, a resposta tende a ocorrer novamente. (Costa, 2003).

Além disso, os conceitos de "normal" e "anormal" variam de uma cultura para outra, portanto, essa classificação é de origem social, assim sendo, para compreender um padrão comportamental é preciso conhecer a história de vida de cada um e as contingências que levaram a isso (Costa, 2003).

Compreensão analítico-comportamental dos sentimentos

Para a Análise do Comportamento os sentimentos não são estados da mente, e sim, comportamentos correlacionados às contingências

de reforçamento em atuação, e neste sentido, também são frutos do processo de seleção por consequências. Destarte, "como as pessoas se sentem é, geralmente, tão importante quanto o que elas fazem" (Skinner, 1989, p.3), pois isso favorece a compreensão da história comportamental (Skinner, 1995).

Os sentimentos, portanto, fazem parte da análise funcional, e precisam de descrição e operacionalização para serem compreendidos de modo adequado. Embora não se tenha acesso direto ao mundo sob a pele, este não pode ser negligenciado, os aspectos subjetivos são tão culturais, quanto às demais respostas operantes emitidas. Porém, a sua análise torna-se mais difícil, pois, apenas o próprio indivíduo que sente será capaz do acesso direto e assim poderá descrevê-lo, o tornando acessível para as demais pessoas. O indivíduo é capaz de descrever seus eventos encobertos, através do comportamento verbal (Skinner, 1974). Embora essa descrição possa sofrer distorções, faz parte do processo psicoterápico, favorecer o autoconhecimento, o qual envolve necessariamente, os eventos encobertos.

Skinner (1995) afirma que os sentimentos não são causas iniciadoras, e sim comportamentos eliciados pelo ambiente passado e presente. O homem não se comporta por causa de um sentimento, e sim esse sentimento foi causado por algo que aconteceu. Os sentimentos, assim como todos os comportamentos, são produtos de contingências de reforçamento em que o indivíduo está exposto. Portanto, "o amor poderia ser analisado como uma tendência mútua de dois indivíduos se reforçarem um ao outro, em que o reforço pode ser sexual ou não" (Skinner, 1998, p. 339).

Guilhardi (2007) afirma que o comportar-se no amor está sempre sendo aprendido pelo ser humano, ao mesmo tempo em que interage com o outro, constrói um modelo de amor que aprendeu com sua própria história de contingências. A capacidade de amar é intrínseca ao ser humano, entretanto, a forma de amar é construída no contexto social.

Portanto, mesmo que de uma maneira imprecisa, é possível compreender os comportamentos encobertos de um indivíduo. Todavia, quando se pretende alcançar esse objetivo, é necessário conhecer a história de vida de cada sujeito, pois são esses antecedentes que vão controlar o comportamento desse sujeito e também o desenvolvimento dos seus sentimentos (Hübner e Moreira, 2015).

A obra: Trilogia Cinquenta Tons de Cinza

A trilogia "Cinquenta Tons de Cinza" foi criada pela escritora britânica Erika Leonard James, tendo seu primeiro livro (Cinquenta Tons de Cinza) lançado em 2011 e os seguintes em 2012 (Cinquenta Tons Mais Escuros e Cinquenta Tons de Liberdade). O nome da obra (originalmente "*Fifty Shades of Grey*") vem de uma referência ao personagem principal dos livros, Christian Grey. Os livros foram um sucesso mundial e já foram vendidas mais de 100 milhões de cópias. No ano de 2015 foi lançado o filme correspondente ao primeiro livro, o qual já rendeu mais de

U$ 500 milhões, sendo exibido em diversos países; mais uma vez batendo recorde de vendas e demonstrando o grande sucesso da obra.

Cinquenta Tons de Cinza

Anastásia Steele é uma jovem simples, inocente e romântica de 21 anos que está para se formar em literatura inglesa. Tem uma amiga chamada Kate, a qual precisa entrevistar o jovem empresário Christian Grey, porém, Kate fica doente e pede que Anastasia o entreviste em seu lugar. Chegando a empresa, Anastasia fica extremamente sem jeito frente a Christian, pois ele é frio e arrogante, mas ao mesmo tempo muito charmoso. Christian se vê encantado por Anastasia e começa tentar conquistá-la a todo custo, ao mesmo tempo em que a alerta que ele não é o homem certo para ela. No início, a jovem Anastasia não entende qual o motivo de um homem tão poderoso desejá-la dessa maneira, mas aos poucos vai cedendo aos encantos de Christian e os dois acabam se envolvendo.

Christian leva Anastasia até seu apartamento e revela a ela que é adepto de BDSM[2]. Christian também conta a Anastasia que suas relações sempre foram com objetivos puramente sexuais, em que ele era o dominador e as mulheres suas submissas[3]. Depois de expor tudo isso, Christian descobre que Anastasia é virgem e fica surpreso.

Anastasia fica um tanto receosa a princípio, mas mesmo com todas essas informações, acredita ser capaz de suportar esse comportamento sexual para ficar com o homem que ama.

Entretanto, Christian não consegue deixar que Anastasia o toque, não é capaz de receber nenhuma forma de carinho, e isso começa a criar problemas ao casal. Christian também sente necessidade de punir fisicamente (agredir com chicotes ou tapas) Anastasia quando ela emite comportamentos que o desagradam, até que um dia sua punição acaba sendo severa demais, levando Anastasia a achar que seu comportamento é doentio e abandoná-lo.

Cinquenta Tons mais Escuros

O desejo que Anastasia sente por Christian domina seus pensamentos e, quando ele propõe reatar o relacionamento ela não consegue negar. Por amor a Anastasia, Christian se dispõe a enfrentar seus medos e seu passado, tentando manter uma relação diferente das que ele sempre teve.

Anastasia começa a se acostumar e até mesmo gostar da maneira que Christian se relaciona sexualmente, entretanto, surgem dúvidas e ela passa a se sentir insegura, pois não sabe se vai ser suficiente para Christian não sendo uma submissa.

2 Sigla usada para se referir à expressão "Bondage (fetiche em amarrar o parceiro), Disciplina, Dominação, Submissão, Sadismo e Masoquismo", um grupo de padrões de comportamento sexual humano.

3 Os conceitos de dominação e submissão dizem respeito a práticas sadomasoquistas, em que o dominador mantém todo o poder sobre a relação e dá ordens ao submisso, o qual deve cumprí-las por livre e espontânea vontade.

Em meio ao relacionamento dos dois aparece Leila, uma ex-submissa de Christian que se apaixonou por ele e está sendo afetada por um distúrbio psicológico, o que pode ameaçar tanto a vida de Christian quanto a de Anastasia. Frente a isso, Christian se demonstra superprotetor e contrata até seguranças para que tomem conta de Anastasia.

Devido a essa situação com Leila, Anastasia se sente ainda mais insegura sobre o relacionamento e deixa transparecer isso a Christian, o qual pensa que ela vai deixá-lo novamente. Isso faz com que Christian demonstre mais seus sentimentos, assumindo para Anastasia que é um sádico, mas que não consegue mais viver sem ela, e a pede em casamento.

Cinquenta Tons de Liberdade

Oficialmente casados, ambos tentam se adaptar à nova vida. Anastasia tenta se ajustar a um mundo de opulência desconhecido por ela até então numa luta para manter sua identidade e Christian tenta dominar seus impulsos controladores e se livrar dos fantasmas de seu passado para que não atrapalhem sua vida com Anastasia.

Inesperadamente Anastasia engravida, fazendo aflorar toda a insegurança de Christian, o que abala a união dos dois. Christian recebe mal a gravidez e tem medo de não ser um bom pai. O casal está passando por uma crise no casamento. Christian se mostra muito autoritário e exageradamente superprotetor, e Anastasia tem medo de se expressar frente a isso.

Um inimigo de Christian encurrala Anastasia, obrigando-a a dar uma quantia extremamente grande de dinheiro a ele senão Mia, a irmã de Christian morreria. Na tentativa de salvar a vida de sua cunhada, Anastasia coloca sua vida e de seu filho em risco.

Diante do ato heróico de Anastásia, Christian finalmente entende o quanto é amado por sua mulher. Com o passar do tempo a família cresce, as sombras de Grey ficam no passado e Christian e Anastasia levam uma vida feliz.

História de vida dos personagens

Anastasia

Anastasia Steele cresceu em Las Vegas, em um contexto familiar pouco estável. Seu pai Franklin faleceu quando ela era pequena devido a um acidente de treino de combate. Franklin foi o primeiro marido de Carla, mãe de Anastasia, porém, ela se casou mais duas vezes depois de sua morte: seu segundo marido foi Ray e o terceiro Stephen.

Ray Steele é o homem que Anastasia considera como seu pai. Entretanto, depois da separação de Ray e Carla, ele se mudou para Washington e Anastasia continuou morando em Las Vegas com sua mãe. Quando Carla se casou pela terceira vez, Anastasia percebeu que a convivência entre ela e Stephen não era boa, então resolveu ir morar em Washington.

Em Washington, Anastasia mora junto com sua melhor amiga Kate, está cursando Literatura Inglesa e trabalha em uma loja de ferramentas. Desde muito jovem, prefere passar seu tempo estudando, restando pouco tempo para sair com amigos.

Christian

Christian Grey nasceu em Detroit, sua mãe biológica se chamava Ella, a qual era prostituta e usuária de drogas. Ella era negligente com os cuidados de Christian, em relação a reforçadores primários inclusive. O cafetão de Ella era extremamente abusivo e agressivo, tanto com ela quanto com Christian. Além das agressões verbais, Christian também sofria de agressões físicas, como por exemplo, ter seu peito queimado com pontas de cigarro. Quando ele tinha quatro anos de idade, Ella se suicidou em sua frente, e ele ficou sozinho em casa com o corpo da mãe por quatro dias, até que a polícia o encontrasse.

Quando os policiais o levaram ao hospital, a médica Grace Trevelyan Grey estava de plantão e tomou os cuidados necessários para com ele. Ela e seu marido, Carrick Grey resolveram adotar Christian, entretanto, até a documentação da adoção ficar pronta, Christian teve que permanecer em um lar temporário com uma família acolhedora.

Ao ir morar com Grace e Carrick, Christian passou a conviver com Elliot, outro filho mais velho do casal. Christian passou um longo período sem falar, até que Grace e Carrick adotaram Mia. Quando isso aconteceu, Christian voltou a falar e se comunicar normalmente.

Em sua adolescência, Christian apresentou problemas de agressividade, constantemente se envolvendo em brigas e fazendo o uso excessivo de álcool. Quando tinha 15 anos, conheceu Elena, uma amiga de sua mãe, com quem iniciou a sua vida sexual. Elena e Christian mantiveram uma relação de dominadora/submisso por seis anos, até que o marido dela descobriu o caso.

Christian estudou em Harvard por um breve período de tempo, mas trancou a faculdade, e com ajuda financeira de Elena, abriu sua própria empresa. Em suas outras relações, Christian se tornou o dominador e teve diversas mulheres submissas, com as quais mantinha relações sustentadas em caráter estritamente sexual, onde era presente o sadismo. Foi aí que conheceu Anastasia.

Análise Funcional do comportamento dos personagens

A Análise Funcional consiste em relacionar o comportamento do indivíduo com os estímulos ambientais vivenciados e com as consequências produzidas nestas interações. Busca descrever uma relação de contingências, ou seja, expor qual é a relação existente entre o ambiente, o comportamento e as consequências.

Quadro 01 – Análise funcional do comportamento dos personagens – Christian

Antecedentes/História de Vida	Repertório Comportamental
Mãe biológica negligente quando criança (não o alimentava corretamente, poucos momentos de afetividade, deixou-o conviver em um ambiente de drogas e prostituição; *Receber atos de carinho da mãe ao mesmo tempo em que apanhava do cafetão;* *Relação de submissão com Elena (manteve relações sexuais com esta, ele assumindo o papel de submisso);* *Ver a mãe morrer sem poder fazer nada (Ella morreu de overdose, ele criança ficou ao lado sem ação);* *Amar a mãe apesar da falta de cuidados e carinho (nos momentos que podia, fazia tranças no cabelo de Ella);* *Relação com a família adotiva (acesso a saúde, educação formal, viagens, bens materiais...);* *Relação com os irmãos.*	*Associa afeto com castigo físico/dor;* *Sadismo (necessidade de controle + associação entre afeto e dor);* *Autocontrole da agressividade (relação sadomasoquista = regras/limites);* *Cuidados excessivos com Ana (não deixava ela fazer coisas sozinha, sempre acompanhada de seus seguranças e motorista);* *Não permite que toquem seu corpo durante o ato sexual;* *Evita excessivamente: toques, carícias, abraços, além das convenções sociais;* *Evita falar sobre sua história de vida, emoções e sentimentos;* *Bom repertório social no que tange a regras de convívio, postura formal;* *Persuasivo, sedutor e controlador;* *Procura conquistar as pessoas com gratificações materiais (inclusive Anastasia);* *Evita contatos sociais íntimos (tentou afastar-se de Anastasia);* *Busca ter conhecimento/domínio de tudo que a parceira faz (trabalho, outras relações interpessoais, telefonemas, e-mails, etc);*
Autorregras	**Efeito Comportamental**
Ter relações com submissas (relações BDSM, ou seja, com regras e limites claros, faz com que haja pouco envolvimento emocional e evite sofrimento; *Relacionamento sexual é envolvimento afetivo suficiente;* *Dinheiro permite controle das pessoas e relações afetivas (suas submissas só podem ter contato com ele);* *Dar para as pessoas benefícios financeiros é cuidar/amar e assim os relacionamentos são mantidos e é bom para ambas as partes;* *Criar vários rituais e regras durante a relação sexual ajuda a manter o controle emocional e permite um envolvimento adequado;* *O comportamento afetivo/emocional pode ser planejado e desenvolvido da mesma forma que o comportamento laboral, com regras e metas, garantindo o sucesso.*	*Repertório de fuga/esquiva amplamente desenvolvido, bastante sensível ao controle por autorregras;* *Apresenta também bom desenvolvimento de habilidades sociais no que tange a comunicação, gentileza e formalidade. Contudo, apresenta um padrão agressivo, por ser pouco empático, compreensivo e responsivo;* *Dificuldade de vinculação e intimidade;* *Pouca variabilidade comportamental apesar da presença de reforçadores sociais e afetivos;* *Demonstra sentimento de autoconfiança, responsabilidade e autoestima.*

Fonte: elaborado pelas autoras.

Quadro 02 – Análise funcional do comportamento dos personagens – Anastasia.

Antecedentes/História de Vida	Repertório Comportamental
Passou boa parte da vida estudando, sem contato com situações de exposição social; *Restrição a contextos interpessoais diferentes;* *Modelos de relacionamento da mãe = vários divórcios, relações instáveis e pouco gratificantes;* *Ser virgem = inexperiência afetiva e sexual;* *Ter como pai seu padrasto Ray = Eles mantinham uma relação afetiva, como de pai para filha. Ele era calmo, controlado e "correto".*	*Baixa autoestima, vergonha e insegurança;* *Ausência de relacionamentos amorosos e consequentemente de relações sexuais;* *Inadequação social;* *Idealização do relacionamento amoroso;* *Evita contatos afetivos;* *Sente-se feia e desajeitada;* *Inocência.*
Autorregras	**Efeito Comportamental**
Restrição social evita que passe vergonha/ contrangimento; *Se gostar/me envolver com uma pessoa parecida comigo a relação será gratificante;* *Relacionamentos afetivos trazem sofrimento;* *Relacionamentos devem ocorrer entre pessoas de mesmo nível socioeconômico.*	*Repertório comportamental mais equilibrado no que tange a sensibilidade a autorregras e contingências, porém também apresenta tendência a guiar-se por autorregras e apresentar um padrão de fuga/esquiva;* *Pouca variabilidade comportamental e reforçadores sociais e afetivos;* *Apresenta sentimento de autoconfiança e responsabilidade, expressa sentimentos e emoções, além disso, possui um repertório mais desenvolvido em relação a habilidades pessoais (empatia, responsividade, expressividade emocional e afetiva).*

Fonte: elaborado pelas autoras.

Análise

Quando Christian e Anastasia se conheceram, muito da história de vida de cada um deles ainda estava controlando os seus comportamentos atuais, pois estes aprenderam a se comportar de determinada maneira a partir de suas experiências. Christian aprendeu que relações afetivas podem causar sofrimento, portanto estava se esquivando de estabelecer uma relação íntima com Anastasia. Do outro lado, Anastasia aprendeu a ter relações mais íntimas e afetivas devido ao contato próximo com sua família e também por causa das obras ficcionais que costumava ler, portanto tentava trazer mais intimidade à sua relação com Christian.

Haviam também muitas autorregras controlando seus comportamentos, as quais foram selecionadas a partir da história de contingências de reforçamento em que estiveram

inseridos. A maioria das autorregras formuladas por Christian são direcionadas a evitar sofrimento: manter controle sobre as pessoas evita sofrimento, manter relações puramente sexuais evitam o envolvimento afetivo, o que evita sofrimento. Anastasia também formulou algumas autorregras que envolviam a esquiva, como por exemplo, evitar situações de exposição pessoal diminui a probabilidade de passar vergonha, portanto, se mantinha sempre passiva na relação com Christian.

Christian vivenciou sua infância em um contexto não apropriado para o desenvolvimento de uma criança: uma mãe prostituta, usuária de crack, que negligenciava os cuidados deste, deixando-o entrar em contato com situações aversivas de violência e não satisfazendo suas necessidades afetivas. Borsa e Bandeira (2014, p. 13) pontuam que "características dos pais, fatores estressores no âmbito familiar, suporte emocional inadequado, baixo nível sócio econômico familiar (...) práticas educativas agressivas ou coercitivas (...)" entre outros fatores do contexto familiar em que a criança está inserida são alguns dos elementos que podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos agressivos e inadequados desta criança.

Mesmo sendo descuidado por sua mãe, Christian a amava. Os poucos momentos de carinho entre mãe e filho eram interrompidos por agressões do cafetão de Ella, onde Christian chegava a ser queimado com bitucas de cigarro. Esse contexto permitiu que associasse amor com agressão física e sofrimento. Pode-se dizer que esse foi o ponto de partida para dois eventos: primeiro, fez com que Christian começasse a entender que intimidade e carinho podem estar atrelados a agressões, e pode ter dado início ao seu comportamento sádico; segundo, o fez pensar que todas as suas relações íntimas o trariam sofrimento, então criou-se uma autorregra de não se envolver afetivamente.

Com cerca de 15 anos de idade, Christian apresentava comportamentos agressivos e autodestrutivos. Foi quando conheceu Elena, e manteve relações sexuais com ela por 6 anos, sendo seu submisso, ou seja, eles mantinham uma relação onde Elena mantinha o poder e Christian devia obedecer a todas as suas ordens com conotação sexual. Essa relação de dominação contribuiu para que Christian aprimorasse sua ideia de que intimidade e carinho envolviam agressão física, controle emocional e afetivo.

A partir dessa história de vida, Christian passou a ter seu comportamento controlado por algumas autorregras, como por exemplo, ter envolvimento com submissas, da maneira que ele as tratava, evitava a intimidade e proximidade afetiva, e com isso ele se esquivava de sofrimentos. Essa autorregra possivelmente foi instalada pois sua única relação de amor mais íntima, até então foi com sua mãe, e lhe trouxe grande sofrimento. Decorrente disso, Christian tentava afastar Anastasia a todo custo no começo de seu relacionamento. Tentava manter uma postura intimidadora de homem poderoso, mas seus comportamentos encobertos na verdade eram permeados por insegurança e medo de ser machucado.

Christian também tentava manter o controle sobre tudo, o que traz a tona mais uma

autorregra. Ele não conseguiu controlar os eventos aversivos de sua infância e adolescência e não conseguiu salvar sua mãe. Tudo isso lhe trouxe sofrimento, então, controlar tudo era uma maneira também de esquivar-se de contato com seus comportamentos encobertos. Christian usava de seu dinheiro e poder para para manter tudo sob seu controle, e às vezes tentava persuadir Anastasia com presentes e benefícios materiais, como por exemplo carros, roupas e até uma empresa que comprou para ela. Entretanto, é necessário compreender que Christian foi adotado por uma família com uma ótima situação financeira, portanto esses pais certamente o deram brinquedos, o alimentaram e fizeram passeios para alegrá-lo, e assim ele aprendeu que cuidar envolve também presentear, levar a lugares interessantes, pagar jantares, etc.

Anastasia por sua vez, foi uma pessoa que sempre se dedicou aos estudos e nunca manteve muitas relações sociais como é de costume entre os jovens. Pela falta de exposição social, Anastasia tinha um déficit de autoestima e autoconfiança. Segundo Guilhardi (2007), a autoestima depende de reforçadores sociais e das contingências de reforçamento às quais essa pessoa foi exposta em sua vida. Já no caso da autoconfiança, o autor afirma que só é possível adquirir esse tipo de comportamento através da exposição a situações sociais. Então, nas poucas vezes que se expunha a situações sociais, Anastasia se sentia envergonhada, desajeitada e inapropriada. Isso fez com que ela formulasse uma autorregra de que se expor a traria vergonha, o que a deixava extremamente intimidada na presença de Christian.

Sua mãe teve diversos casamentos e divórcios, o que poderia tê-la afetado mais se esta não tivesse tanto contato com livros ficcionais sobre romances e paixões. Ela não aprendeu via modelação com sua mãe o que seria um relacionamento convencional, então se apoiou nos livros para construir sua concepção de amor.

Anastasia nunca teve uma condição socioeconômica de alto nível, morava com uma colega e andava com um carro antigo. Através de suas experiências ela formulou outra autorregra nesse contexto: seria melhor se relacionar com alguém que tenha as mesmas condições econômicas que ela, para evitar passar vergonha e constrangimento.

Porém, por mais que Christian a deixe intimidada, a relação com ele produz reforçadores a ela: afirma se sentir viva quando está com ele, até porque Christian é imprevisível, sensual, inteligente, engraçado, agradável, bem humorado, gentil e meigo. Sabendo que a autoestima é construída através das relações sociais, Anastasia começa a se sentir bem com Christian. A princípio eles mantêm uma relação mais sexual, até porque essa é a proposta de Christian.

É necessário compreender que o relacionamento trazia diversos reforçadores ao casal, porém um dos mais importantes é o sexo. O sexo é um reforçador primário, o que é intrinsecamente satisfatório, ou seja, um reforçador muito forte por razões filogenéticas (Cabral e Nick, 2003).

Outro fator importante que estava mantendo o relacionamento eram os reforçadores

sociais generalizados, como atenção, aprovação e afeição (Skinner, 1998).

Com o decorrer do relacionamento, os dois foram entrando em contato com as novas contingências desse relacionamento. A princípio, Christian ansiava por uma satisfação pessoal ao tentar convencer Anastasia ser sua submissa, mas a convivência com ela e suas tentativas de estabelecer um diálogo e falar sobre sentimentos fez com que ele começasse a repensar algumas coisas e a ter contato tanto com a história dele do passado quanto com novos sentimentos que vieram aparecendo nessa convivência deles.

Em uma das conversas com Flynn, psicólogo de Christian, este relata para Anastasia que "Christian se encontrou em uma situação em que seus métodos para lidar com as coisas não são mais eficazes. Você o forçou a encarar alguns de seus demônios e a repensar as coisas" (Cinquenta Tons Mais Escuros, p. 376). Ou seja, Christian estava em um processo de extinção de alguns comportamentos, pois suas tentativas de lidar com seu passado não funcionavam mais. Anastasia o ajudou, o encorajou a encontrar novas maneiras para lidar com isso, aumentar a variabilidade comportamental.

Nas relações com mulheres submissas não havia comportamento verbal entre elas e Christian, e com Anastasia isso foi modificado. O diálogo entre eles trouxe autoconhecimento e assim o relacionamento mudou de foco. Skinner (1998) afirma que com o comportamento verbal começa a acontecer a discriminação dos comportamentos, trazendo assim o autoconhecimento. O diálogo trouxe tanto conhecimento pessoal para o casal quanto conhecimento de um sobre o outro.

No início, para ela aquele era um relacionamento muito improvável e para ele era uma questão puramente sexual, porém, conforme foram se conhecendo, ambos passaram a ver que ali nasceu uma nova forma de relacionamento, passaram a conhecer novas possibilidades e houve uma ampliação do repertório comportamental.

Christian desenvolve empatia, Anastasia desenvolve melhores habilidades de comunicação e maior assertividade. E mesmo em meio a um repertório esquiva por parte dos dois, a intimidade começou a acontecer. "Intimidade se refere a compartilhar o que está no interior, revelar-se para o outro, sem medo de rejeição, e isto num contexto de particular afeição e confiança. Intimidade envolve confiança, facilitando a descoberta do outro por meio da abertura, do carinho e da compreensão" (Oliveira, 2002 apud Vandenberghe e Pereira 2005. n.p)[4].

Afinal, o que é o amor então? Como isso é construído? Segundo Skinner (1998, p. 339) "o amor poderia ser analisado como uma tendência mútua de dois indivíduos se reforçarem um ao outro, em que o reforço pode

4 OLIVEIRA, J. A. Intimidade no processo terapêutico. Monografia de conclusão de curso não publicada - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2002.

ser sexual ou não". Christian e Anastasia se mantém juntos porque em sua relação existe reforço positivo mútuo.

Por mais que o sexo inicialmente seja um dos maiores reforçadores, e devido à relação sadomasoquista há aqueles que pensem que o relacionamento não passa de uma questão sexual, com o decorrer dos livros Christian e Anastasia se apaixonam cada vez mais, se casam e têm filhos. O comportamento sexual não muda, porém, aparecem outros diversos reforçadores que mantém a relação.

Christian e Anastasia eram pessoas extremamente diferentes, e por mais que o reforço tenha sido inicialmente sexual, ambos respeitaram as limitações do outro e se permitiram aprender coisas novas, e sem comunicação e intimidade isso não seria possível.

Considerações finais

Conforme dito anteriormente, a obra "Cinquenta Tons de Cinza" ao mesmo tempo em que foi um grande sucesso por todo o mundo foi alvo de críticas negativas fundamentadas apenas em questões superficiais dos livros. Essas críticas foram focadas na questão puramente sexual da obra, muitas delas afirmando não ser possível a construção de um relacionamento amoroso real entre duas pessoas tão diferentes. Este estudo então buscou demonstrar a partir da Teoria Analítico-Comportamental que era possível sim traçar estudos sobre a obra, sobre a aprendizagem do contexto familiar e sua influência em ações futuras.

Observou-se que existem muitos estereótipos acerca do amor e dos relacionamentos, as pessoas acreditam que tudo aquilo que foge de sua concepção pessoal de amor, não é válido para se caracterizar o amor. Percebeu-se também que ao tomar conhecimento que Christian era um "sádico rico e poderoso", e Anastasia inicialmente era apenas uma pessoa "comum", não extraordinária o suficiente para alcançar o nível do parceiro, chegam a conclusão, precipitada, que a relação envolvida entre ambos é apenas sexual, não sendo possível construir um relacionamento estruturado e verdadeiro, ou seja, amoroso.

Então é possível se valer da Análise do Comportamento, em contraponto nos permitindo entender as variáveis contextuais envolvidas na história, não se fixando apenas na questão sexual, superficial e sadomasoquista, mas sim entendendo todo o contexto de vida dos sujeitos e quais os reforçadores envolvidos nessa relação, quais consequências estão mantendo-a.

Essa compreensão foi possível graças à visão multideterminada que a Teoria Analítico-Comportamental sustenta de homem, sempre considerando as variáveis filogenéticas, ontogenéticas e culturais, sendo essas duas últimas as que mais se sobressaíram e foram importantes para a compreensão da construção do relacionamento de Christian e Anastasia.

Se as pessoas se comportam com o objetivo de permanecerem juntas, significa que suas ações dentro dessa relação estão trazendo reforço positivo para ambos. Isso aumenta a probabilidade

de novo comportamento em função desta situação – de estarem juntas – e sentirem prazer, isso deve ser sempre considerado nas análises do amor (Skinner (1985/1987).

Portanto, existe amor sim nessa relação abordada acima. Afinal, para Skinner (1985/1987), o amor nada mais é além de reforço positivo.

Referências

Abrey-Rodrigues, J. & Ribeiri, M. R. (2005) *Análise do Comportamento*: pesquisa, teoria e aplicação. Porto Alegre, RS: Artmed.

Andery, M. A. (2000) *Para compreender a ciência.* São Paulo, SP: Educ.

Banaco, R. A. (1997) Auto-regras e patologia comportamental. In Zamignani, D. R. (Org.) *Sobre comportamento e Cognição, vol. 03*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Baum, W. M. (2006) *Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução.* Porto Alegre, RS: Artmed.

Borsa, J. C. & Bandeira, D. R. (Orgs.) *Comportamento agressivo na infância: da teoria a prática.* São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2014.

Cabral, A. & Nick, E. (2003) *Dicionário Técnico de Psicologia.* 13.ed. São Paulo, SP: Cultrix.

Cavalcante, M. R. (2008) *Análise do Comportamento: avaliação e intervenção.* São Paulo, SP: Roca.

Costa, C. E. et. al. (2003) *Primeiros passos em Análise do Comportamento e cognição.* Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Guilhardi, H. J. (2987) *A formação do terapeuta comportamental.* Recuperado de http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/helio/formacao_terapeuta_comport.pdf.

Guilhardi, H. J. (2007) *Auto-estima e autoconfiança são metáforas, não causas.* Recuperado de: http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/helio/Autoestima_e_autoconfiança_sao_metaforas2007.pdf.

Guilhardi, H. J. (2002) Autoestima, autoconfiança e responsabilidade. In Brandão, M. Z. S. B., Conte & F. C. S, Mezzaroba, S. M. B.(orgs.) *Tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor.* Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Guilhardi, H. J. (2007) *Conceituação de sentimentos.* Recuperado de http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/helio/Conceituacao_de_sentimentos2007.pdf.

Hübner, M. M. C. & Moreira, M. B. (2015) *Temas clássicos da psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento.* Rio de Janeiro, RJ: Guarabara Koogan.

Leonardi, J. L., Borges, N. B. & Cassas, F. A. (2012) Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica. In Borges, N. B., Cassas, F. A. et. al. *Clínica Analítico-Comportamental: aspectos teóricos e práticos.* Porto Alegre, RS: Artmed.

Marçal, J. V. S. (2010) Behaviorismo Radical e prática clínica. In De-Farias, A. K. C. R. *Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e estudos de caso.* Porto Alegre, RS: Artmed.

Meyer, S. B., Villas-Bôas, A., Franceschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyama, M. Rossi, P. R. & Mangabeira, V. (2015) *Terapia Analítico-comportamental: relatos de casos e de análises.* São Paulo, SP: Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

Naves, A. R. C. X. & Vasconcelos, L. A. (2008) *O estudo da família: contingências e metacontingências* (vol. 4, pp. 13-25). Revista Brasileira de Análise do Comportamento.

Novaki, P. C. (2011) Teoria analítico-comportamental e o conceito de personalidade: uma breve revisão. In.: Laurindo, M. (org.) *Temas para pensar e ensinar a psicologia.* Curitiba, PR: Champagnat.

Olivares, J., Mendes, F. X., & Ros, M. C. (2005). O treinamento de pais em contexto clínicos e da saúde. Em: Caballo V. E. & Simon, M. A. (Orgs.), *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: Transtornos específicos* (pp. 365-385). São Paulo, SP: Santos.

Rosa, D., Novaki, P. C. & Dettoni, V. S. M. O analista do comportamento e a prática clínica. In Guarnieri, I. L. & Bocca, M. C. (Org). *Psicologia em foco: uma abordagem no plural.* Cascavel: Coluna do Saber, 2008.

Sampaio, A. A. S. & Andery, M. A. P. A. (2012) Seleção por consequências como modelo de causalidade e a clínica analític-comportamental. In Borges, N. B., Cassas, F. A. et. al. *Clínica Analítico-Comportamental: aspectos teóricos e práticos.* Porto Alegre: Artmed.

Sério, T. M. A. P. (2005). O Behaviorismo Radical e a psicologia como ciência. *Psicologia: Ciência e Profissão (vol. 7. pp. 247-261)* Recuperado de http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/download/554/ 372

Sidman, M. (2011) *Coerção e suas implicações.* Campinas: Pleno.

Skinner, B. F. (1985/1987). *What is wrong with daily Life in the western world.* Em B. F. Skinner, Upon Further Reflections. New Jersey: Pratice-Hall.

Skinner, B. F. (1969) *Contingencies of Reinforcement: A Theoretical Analysis.* New Jersey, NJ, Prentice-Hall, Inc.

Skinner, B. F. (1974) *Sobre o Behaviorismo.* São Paulo, SP: Cultrix.

Skinner, B. F. (2009) *Walden II: uma sociedade do futuro.* São Paulo: EPU.

Vandenberghe, L, & Pereira, M. B. (2005) *O papel da intimidade na relação tera-pêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. Psicol. teor. prat., (vol 7).* São Paulo. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872005000100010&lng=pt&nrm=iso.

Cinema e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): contribuições para intervenções terapêuticas

Movies and Acceptance and Commitment Therapy (ACT): contributions to therapeutic interventions

Jhessica Monteiro
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
jhessicamonteiro.psi@gmail.com

Nazaré Costa
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Resumo

Nas intervenções em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), utiliza-se uma ampla gama de recursos que servem como analogia ao problema e favorecem com que o cliente observe sua vida a partir de outra perspectiva. Os filmes possuem alta probabilidade de reunirem esses recursos e, por serem culturalmente bem aceitos, podem ser eficazes na intervenção terapêutica. Assim, o presente texto visa explanar os benefícios que o uso de filmes pode oferecer para a intervenção clínica na ACT. Para exemplificar tal aplicabilidade, será apresentada a análise do curta metragem "*The boy in the bubble*". A análise é parte do projeto de pesquisa "Cinema e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): contribuições para intervenções terapêuticas", que buscou especificar aspectos de filmes que contribuam para intervenções clínicas com ênfase na ACT, relacionando-os a situações terapêuticas e usando as conclusões para ensinar os fundamentos e a forma de intervir dessa proposta psicoterápica.

PALAVRAS-CHAVE

Terapia de aceitação e compromisso;
Análise do comportamento;
Análise de filmes.

Abstract

Acceptance and Commitment Therapy's interventions (ACT) use a wide range of resources that can serve as an analogy to the client's problem and encourage him/her to observe his/her life from another perspective. Movies are likely to be part of these resources because they are culturally accepted and they can be effective in therapeutic intervention. This article aims to explain the benefits that movie analysis can provide for clinical intervention in ACT. To exemplify such applicability, it will be presented the analysis of the short film "*The boy in the bubble*", that is part of the research project called "Cinema and Acceptance and Commitment Therapy (ACT): contributions to therapeutic interventions", which sought to point out aspects of movies that can contribute to clinical interventions with an emphasis in ACT, relating them to therapeutic situations and using its conclusions to teach basic elements and ways to work on this intervention proposal.

KEYWORDS

Acceptance and commitment therapy;
Behavior analysis;
Movie analysis.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (Acceptance and Commitment Therapy - ACT) evidencia em sua estrutura um elemento característico das terapias comportamentais de terceira geração, a saber o interesse em um processo terapêutico composto por estratégias mais experienciais e contingências menos artificiais (Hayes, 2004; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2003; Oliveira & Costa, 2014). Na ACT, isso é visto no próprio objetivo da terapia, que consiste em desenvolver flexibilidade diante de processos verbais problemáticos advindos da nossa cultura. Tal cultura, muitas vezes, nos ensina a avaliar eventos psicológicos e a fugir daqueles considerados aversivos (i.e. esquiva experiencial). Apesar da possibilidade de diminuição ou supressão temporária dos eventos encobertos ou psicológicos aversivos, a longo prazo, o sofrimento do indivíduo aumenta, assim como seu repertório de esquiva, em detrimento de um repertório que produziria uma vida mais significativa a ele.

Assim, o processo terapêutico na ACT trabalha com o cliente dois princípios básicos: aceitação e compromisso. Na *aceitação*, o cliente é encorajado a aceitar os eventos psicológicos tais como eles são (i.e. produtos inevitáveis da nossa história) e por isso podem ser observados e até mesmo acolhidos, sem julgamentos. No *compromisso*, o cliente é encorajado a viver uma vida direcionada pelos seus valores, a despeito dos obstáculos que surgirem nesse caminho (Hayes, 2004; Hayes et al., 1999/2003; Oliveira & Costa, 2014; Saban, 2011; Soriano & Salas, 2010)

O processo terapêutico da ACT é desenvolvido através de estratégias mais experienciais, que evidenciem as 'armadilhas' da linguagem, diminuam o controle por regras (tendo em vista que é parte desses processos verbais que insere e mantém o indivíduo no problema) e permitam o acesso direto a experiências que reforcem naturalmente respostas do indivíduo de investir na vida que ele gostaria de viver (Hayes, 1987; Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001; Hayes et al., 1999/2003; Hayes, Wilson, Strosahl, Gifford, & Follette, 1996; Luciano, Valdivia, Gutiérrez, & Páez-Blarrina, 2006; Oliveira & Costa, 2014; Saban, 2011; Soriano & Salas, 2006).

Dentro desse contexto, as metáforas são uma estratégia comumente utilizada no processo terapêutico da ACT. Através delas, clientes e terapeutas falam sobre problemas e soluções de uma perspectiva diferente (o que é ideal, tendo em vista que a inflexibilidade é uma característica do repertório do cliente) (Hayes et al., 1999/2003; Hayes et al., 2001; Luciano et al., 2006; Oliveira, 2014; Soriano & Salas, 2006), de forma menos invasiva e com acesso a dados que seriam difíceis de serem acessados por meio de relatos diretos. Com isso, facilita-se a generalização e reduz-se as formas danosas de controle verbal (por não serem regras específicas ou totalmente lógicas) (Pinheiro, 2012). Sabendo que as metáforas podem ser apresentadas dentro de histórias (Hayes et al., 2001), o presente trabalho traz os filmes como uma dessas histórias de onde podem ser extraídas metáforas.

Desde a década de 1920, já começaram a ser desenvolvidos os primeiros trabalhos que verificavam o efeito de filmes no comportamento dos espectadores (Grobler, 2012; Oliva,

Vianna, & Neto, 2010; Powell & Newgent, 2010) e a eficácia do uso deles em terapia (Grobler, 2012; Oliva et al., 2010). Dentre as diversas vantagens apontadas na literatura para o uso de filmes como ferramenta no processo terapêutico, destaca-se:

a) Em nossa cultura, assistir a filmes e falar sobre eles é algo muito valorizado. As indicações de filme despertam a curiosidade e normalmente as pessoas não se recusam a se engajar nessa atividade (o que é favorecido por serem acessíveis e rápidos);

b) Ao assistir a um filme, o indivíduo é afetado como um todo. Filmes levam a pensar (ainda que não seja uma "lição de vida"), ter diversas sensações corporais, além do próprio contexto onde são assistidos poder afetar o espectador de formas diferentes (cinema, companhia das pessoas, conforto de casa, etc);

c) Os filmes atendem aos mais diversos interesses e públicos. Assim, qualquer filme pode ser utilizado em terapia, após a análise dos objetivos do terapeuta e interesses do cliente (cf. Berg-Cross, Jennings, & Baruch, 1990; Dermer & Hutchings, 2000; Grobler, 2012; Hesley & Hesley, 1998/2001; Oliva et al., 2010; Oliveira, 2014; Monteiro & Pereira, 2015; Wolz, 2005).

Além das vantagens, a literatura aponta os benefícios da utilização de filmes no processo terapêutico. Dentre eles, cita-se:

a) *Fornecimento de informações sobre o cliente*: as respostas do cliente para diversas perguntas sobre o filme, por estarem sob controle de variáveis diferentes (e.g. tanto da história do filme, quanto da história de vida do cliente), podem ser o começo de uma análise mais ampla sobre a sua história de vida – que talvez não seria possível por meio de perguntas diretas. Essas perguntas podem ser seguidas por outras questões que relacionem a resposta do cliente ao contexto em que ele vive (cf. Gramaglia et al., 2011; Monteiro & Pereira, 2015; Oliva et al., 2010; Oliveira, 2014; Wolz, 2005). Exemplificando, após perguntar "o que você achou desse personagem?" ou "como reagiu a essa cena?", o terapeuta pode investigar com o cliente "como essa cena/esse personagem se relacionam com o que você já viveu na sua vida?". Por isso, alguns autores sugerem que seja o cliente a indicar o filme ao terapeuta, baseado em seus próprios interesses (Fleming & Bohnel, 2009);

b) *Observação a partir de uma perspectiva diferenciada*: os filmes podem servir para desenvolver a observação sem julgamentos e a flexibilidade diante do controle verbal propostas pela ACT (cf. Hayes et al., 1999/2003; Hayes, 2004; Vandenberghe, 2005). Isso porque a análise do filme pode ser utilizada para treinar a resposta de distanciar-se, desenvolver a perspectiva de observador e assim observar histórias e pessoas com uma perspectiva menos rígida, com menos julgamentos e menos reações emocionais. O cliente pode olhar seus problemas "com outros olhos" e encará-los a uma "distância saudável". Dentro desse processo é possível treinar a generalização dessas respostas (por exemplo, com a pergunta "como isso que vimos e discutimos poderia ser colocado em prática na sua vida?"), ou modelar outras, como empatia (ao observar a história por outra

perspectiva) ou análise de contingências (ao identificar quais variáveis controlam o comportamento de um determinado personagem) (cf. Dermer & Hutchings, 2000; Wolz, 2005).

c) *Aproximação entre terapeuta e cliente*: um filme em comum amplia os assuntos que podem ser discutidos por terapeuta e cliente. É uma oportunidade para autorrevelações mais seguras para o terapeuta e na maioria das vezes torna o diálogo reforçador (cf. Berg-Cross et al. 1990; Gramaglia et al., 2011; Oliva et al., 2010; Wolz, 2005). Na minha experiência prática (primeira autora), recordo de clientes com expressões satisfeitas quando disse que compartilhava de algum interesse dele e ainda mais quando relatava que também me identificava com algum personagem/filme: o cliente entende que não está sozinho no mundo e o terapeuta valida isso sem precisar se expor completamente. Por isso é importante que o terapeuta tenha um mínimo "repertório cultural" – conhecer sobre diversos temas e disponibilizar-se a conhecer mais (Wielenska, 2009).

d) *Reconhecimento e expressão de emoções*: respostas de expressão e aceitação de sentimentos podem começar a ser modeladas diante de filmes que produzam determinadas emoções e, nesse contexto, elas sejam completamente aceitáveis (como por exemplo, é aceitável ficar triste com um filme de drama) (cf. Bartsch, Appel, & Storch, 2010; Gramaglia et al., 2011; Oliva et al., 2010; Vandenberghe, 2005; Wolz, 2005). Com um treino de atenção plena (que também é um repertório para começar a ser modelado com os filmes, que costumam ser atividades mais prazerosas para estar atento) (Wolz, 2005), o cliente pode observar melhor esses sentimentos e trazê-los para discussão na sessão. O terapeuta pode planejar a generalização ao comparar as respostas de identificação, expressão e aceitação diante do filme com o que ele faz com os seus eventos psicológicos em outros contextos, e propor novas respostas. Se for difícil para o cliente lidar diretamente com aquela emoção, é possível começar com um filme que simplesmente seja diferente do estilo que ele gosta;

e) *Fornecimento de modelos*: pela vantagem dos filmes apresentarem uma história do começo ao fim de forma mais breve, muitos modelos podem ser fornecidos. A história de vida dos personagens e as soluções encontradas por eles podem ser trabalhadas na medida em que o terapeuta ensina o cliente a analisar funcionalmente cada uma delas (Berg-Cross et al., 1990; Dermer & Hutchings, 2000; Grobler, 2012; Hesley & Hesley, 1998/2001; Oliva et al., 2010). Um filme com um modelo a ser reproduzido (ou não!), valores a serem descobertos, uma visão ampla de uma determinada escolha, efeitos do comportamento sobre o ambiente... tudo pode ser discutido a partir dos modelos trazidos pelos filmes, sejam eles apresentados de formas diretas ou metafóricas.

Portanto, ressalta-se novamente que conhecendo os interesses do cliente e os objetivos terapêuticos, qualquer filme pode ser utilizado dentro da terapia, o que torna essa uma estratégia de intervenção útil e versátil.

Diante dessas vantagens, o presente texto traz a análise do curta metragem "The Boy in the Bubble"[1] (Irlanda, 2011), que faz parte do projeto "Cinema e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): contribuições para intervenções terapêuticas", desenvolvido pela primeira autora, sob orientação da segunda[2]. O projeto teve como objetivo fornecer a terapeutas sugestões de intervenções respaldadas na ACT, não se limitando a análises de contingências das cenas do filme. Seis filmes do período de 2009 – 2014 foram selecionados a partir das suas temáticas (que precisavam ser compatíveis aos temas trabalhados na ACT) e categorizados pelas suas informações técnicas, sinopse, público sugerido e justificativa. A coleta de dados deu-se a partir da seleção e descrição da cena e das falas relacionadas. Para a análise, as autoras descreviam os conceitos da ACT que o conjunto de cenas evidenciava, possíveis análises, discussão à luz da teoria e sugestões de intervenção.

"O garoto na bolha" retrata a história de Rupert, um garoto que usa magia para se livrar da dor de uma desilusão amorosa[3]. O curta pode ser trabalhado com públicos de todas as idades. Isso se dá porque além de possuir classificação indicativa livre, o acesso ao filme ocorre de forma mais simples (encontrado via YouTube[4]) e, pela pequena duração, pode ser assistido até mesmo na própria sessão. Indica-se em especial para clientes com padrão de esquiva experiencial[5], que buscam alterar eventos públicos a fim de evitar eventos psicológicos.

Rupert é um garoto muito criativo, vivendo quase que em um "universo particular". Com pouca interação com as pessoas e comumente agredido por colegas, sua rotina solitária muda quando se apaixona por uma garota da sua sala de aula. As figuras de personagens fantasiosos que preenchiam seu quarto passam a ser substituídas por muitos corações. Entretanto, o relacionamento chega ao fim quando a garota, sem muitas explicações, anuncia o rompimento e começa a namorar com outro garoto da sala. Rupert, frustrado e decepcionado, decide então procurar uma solução para impedir que ele experimente a dor mais uma vez. Então, em um livro de magia, encontra um feitiço que parece infalível: uma bolha que o isolaria do mundo. Como esperado, a magia era poderosa e levou Rupert ao resultado que ele queria: seria impossível machucá-lo, seja fisicamente, seja emocionalmente. Todavia, o feitiço começou a trazer problemas para o garoto a longo prazo. Então, tem-se o questionamento: valeu a pena?

---

1 Por falta de uma versão em português, o curta será livremente traduzido aqui por "O garoto na bolha".

2 O artigo é parte do Projeto aprovado no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), edital PPPG nº 18/2013, no período 2013-2014, na Universidade Federal do Maranhão.

3 Maiores informações podem ser obtidas em http://filmow.com/the-boy-in-the-bubble-t42212/.

4 Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=prgyDWJZ9cI.

5 Nesse padrão, o indivíduo evita qualquer contato com sentimentos e pensamentos desagradáveis, ainda que para isso seja necessário também o abandono de diversas atividades que sejam prazerosas (Hayes et al., 1996).

Na presente análise, a bolha será relacionada a qualquer estratégia que um indivíduo utiliza para evitar o contato com eventos psicológicos considerados aversivos, assim como os eventos públicos que ocasionam sentimentos, lembranças ou sensações desagradáveis. Culturalmente, evitar esses eventos psicológicos é plenamente aceitável e incentivado. Chega a ser considerado absurdo ter que aceitar e se expor a esses eventos desagradáveis. Regras como "é preciso ter pensamento positivo para atrair coisas boas", "o normal é estar de bem com a vida", retratam, de certa forma, como a cultura ensina que eventos psicológicos avaliados como aversivos precisam ser alterados ou eliminados (cf. Hayes et al., 1999/2003; Soriano, 2010). Além disso, apesar de saber que o mal estar faz parte do próprio funcionamento biológico e verbal do ser humano (Hayes et al., 1999/2003; Luciano et al., 2006; Soriano & Salas, 2006), e que a ida e vinda de pensamentos e sentimentos (Hayes et al., 1999/2003) é incontrolável, há um treino maior para controlá-los e avaliá-los do que para descrevê-los como são. Exemplificando, sabe-se que o controle aversivo produz reações emocionais comumente nomeadas como "tristeza", "ansiedade", "preocupação", "medo", entre outros, mas pouco se permite senti-los quando eles surgem (cf. Hayes et al., 1999/2003). Tendo como exemplo o caso de Rupert, diante de um rompimento como o dele, tristeza e frustração não seriam inevitáveis? O "coração" não ficaria "partido"? Entretanto, tal como o garoto, muitos clientes lançam mão de estratégias para que esses sentimentos desapareçam, uma vez que os avaliam como negativos, ao invés de naturais. Essas estratégias culminam em inflexibilidade do repertório do indivíduo e ampliação do sofrimento (Hayes et al., 1999/2003; 2001).

Se essas tentativas de alteração e/ou eliminação de eventos psicológicos considerados aversivos aumentam o sofrimento, por que então muitos clientes continuam se utilizando delas? Porque funcionam, ainda que a curto prazo (Hayes et al., 1999/2003). Além do mais, não se é treinado para levar em conta os efeitos a longo prazo dessas mudanças (Hayes, 2004; Hayes et al., 1999/2003; Soriano & Salas, 2010). "*Que mal pode fazer*"[6] uma resposta que tem como consequência imediata o afastamento do estímulo aversivo? O caso de Rupert evidencia a funcionalidade da fuga e esquiva a curto prazo. A interação quase nula do garoto com o mundo o afastou também da possibilidade de ser machucado e sofrer novamente. Entretanto, assim como "*alguns encantamentos são mais potentes que outros*", a esquiva experiencial tem efeitos que alcançam uma dimensão maior do que se prevê.

O filme pode levar ao questionamento: e se fosse possível "viver em uma bolha", ou de acordo com a presente análise, conseguir isolar-se de todos os eventos psicológicos indesejáveis e de todos os eventos públicos que possam gerá-los? A ideia pode parecer atraente em um primeiro momento, mas observando a situação de Rupert a longo prazo,

6 As citações entre aspas e em itálico referem-se a falas do próprio curta.

é possível pensar que existem outras consequências. Segundo o filme, *"a variação das emoções do garoto diminuiu para zero"*. Sem a interação com o mundo, Rupert e o cliente perdem o contato não só com os eventos psicológicos avaliados como desagradáveis, mas também com aqueles que são reforçadores. Uma reflexão que pode ser feita neste momento é que, seguindo a lógica de que determinadas contingências produzem eventos psicológicos específicos, tais eventos então são fonte de informações sobre a situação da vida do indivíduo. Sentimentos, pensamentos e sensações informam as contingências em vigor, e ignorá-los é desprezar os benefícios do autoconhecimento (Skinner, 1974/2012).

Ainda como consequência do isolamento, o narrador afirma que *"cada semana se tornou chata e previsível"* e o garoto ficou *"olhando a vida à distância"*. Isso remonta o cenário da esquiva experiencial. Para ter sucesso na "jornada" de não experimentar a dor, é necessário deixar de se envolver em diversos contextos, incluindo aqueles que são reforçadores para o cliente (Hayes et al., 1996). Foi o que o aconteceu com Rupert, e pode acontecer com cada um que adquira esse padrão de respostas: tornar-se um espectador da própria vida. Não um espectador do ponto de vista da aceitação, de ver os eventos psicológicos considerados aversivos e deixá-los passar, mas um indivíduo que não se engaja em ações comprometidas com seus valores, que vive de forma paradoxal – focado em evitar o incômodo, dirige-se para longe do momento presente e de seus valores (Hayes et al., 1999/2003; Luciano et al., 2006; Soriano & Salas, 2006).

As cenas que ilustram as vantagens e desvantagens para Rupert da vivência dentro da bolha podem ser trabalhadas com o cliente com o objetivo de questionar as estratégias que vem utilizando para eliminar ou alterar eventos psicológicos considerados aversivos, verificar quais são as consequências dessas tentativas a curto e longo prazo e incentivar a vivência de quaisquer que sejam os eventos psicológicos, sem avaliações. O terapeuta pode usar a metáfora da "magia" e interrogar o cliente: "qual 'magia' você tem feito para afastar seus pensamentos, sentimentos e lembranças desagradáveis?". Nesse momento, pode ser útil explicar os contextos clínicos problemáticos (literalidade, dar razão, evitar e avaliar) para esclarecer ao cliente o seu funcionamento atual (cf. Brandão, 1999; Hayes et al., 1999/2003; Luciano et al., 2006; Soriano & Salas, 2006). Ao identificar as consequências a curto e longo prazo dessas alterações, é possível questionar se elas, no final de tudo, contribuem para uma vida significativa ou para uma vida "chata, previsível e observada à distância". Por fim, é possível trabalhar também a contribuição dos sentimentos como informação sobre as contingências em vigor. O objetivo é alterar a função deles, de forma que eles não sejam vistos mais sob a perspectiva da avaliação, mas como inevitáveis, se levarmos em conta a história de vida.

Preso na bolha, o garoto solitário depara-se com aquela que pode ser a sua única chance de se libertar. Entretanto, a oportunidade que aparece está relacionada exatamente àquilo que lhe é mais aversivo, ao motivo que o fez recorrer à bolha: uma nova garota. E agora,

ele entra em contato e assume os riscos, ou permanece intacto... e sozinho? Rupert opta pela vivência e pelo contato. De forma mágica, a bolha desaparece e o garoto pode retomar a sua vida. O narrador conclui a breve história afirmando que Rupert, afinal, não precisava de proteção – o contato com o mundo (contingências) poderia até trazer desconforto, mas não causaria problema tão grande quanto recorrer à magia novamente.

Convém ressaltar, com o desfecho do filme, que as tentativas de controle causam mais sofrimento que o próprio evento psicológico em si (Hayes, 2004; Hayes, et al., 1999/2003; Soriano & Salas, 2006). O caso de Rupert ilustra bem esse contexto. Apesar de o término com a primeira namorada ter sido vivenciado como um evento aversivo, mais prejudicial foi ter se isolado. Em relação a essas tentativas de controle de eventos psicológicos indesejáveis, a problemática é ainda maior se comparada ao controle de eventos públicos (Hayes, et al., 1999/2003), uma vez que os estudos apontam que o sofrimento se amplia na medida em que ele é desprezado como parte da vida e do funcionamento humano (Abramowitz, Lackey, & Wheaton, 2009; Berman et al., 2010; Hayes et al., 1999/2003; Kashdan & Kane, 2011; Luciano et al., 2006; Shahar & Herr, 2011; Soriano & Salas, 2006). Portanto, para viver uma vida significativa, é fundamental escolher pelo que se irá lutar: pela eliminação dos eventos psicológicos considerados aversivos (que já se provou ter mais efeitos prejudiciais que benéficos) ou por uma vida em concordância com os valores do cliente, ainda que nela as experiências desagradáveis permaneçam (cf. Hayes, et al., 1999/2003; Vandenberghe, 2005).

Assim, o terapeuta pode trabalhar as cenas finais do curta com a metáfora *"corações como o seu não precisam de mágica"*, exatamente porque ela não funciona a longo prazo. Também pode lembrá-lo que *"flertar com livros de mágica é pedir por problemas"*, sinalizando que as estratégias de controle são mais prejudiciais que os próprios eventos psicológicos considerados aversivos em si. Por fim, o terapeuta pode convidar o cliente a "sair da bolha", ou seja, abandonar a luta que já mostrou-se ser pouco útil, abrindo mão de todas as estratégias para manter-se afastado dos sentimentos, pensamentos e lembranças desagradáveis. Para isso, é preciso entrar em contato com cada um deles, tocá-los, senti-los, ouvi-los; não para que eles reduzam ou mudem, mas para serem vivenciados como são: apenas pensamentos, sentimentos, memórias e sensações (Hayes, 2004; Hayes et al., 1999/2003; Luciano et al., 2006; Soriano, 2010; Soriano & Salas, 2006).

Referências

Abramowitz, J. S., Lackey, G. R., & Wheaton, M. G. (2009). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 160–166.

Bartsch, A., Appel, M., & Storch, D. (2010). Predicting emotions and meta-emotions at the movies: the role of the need for affect in audiences' experience of horror and drama. *Communication Research*, *37*(2), 167–190.

Berg-Cross, L., Jennings, P., & Baruch, R. (1990). Cinematherapy: theory and application. *Psychotherapy in Private Practice. 8*(1), 135–157.

Berman, N. C. et al. (2010). Predicting anxiety: the role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 109–113.

Dermer, S. B., & Hutchings, J. B. (2000). Utilizing movies in family therapy: applications for individuals, couples, and families. *The American Journal of Family Therapy*, *28*, 163–180.

Fleming, M., & Bohnel, E. (2009). Use of feature film as part of psychological assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*, *40*(6), 641–647.

Gramaglia, C., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Brustolin, A., Campisi, S., De-Bacco, C., & Fassino, S. (2011). Cinematherapy in the day hospital treatment of patients with eating disorders: case study and clinical considerations. *The Arts in Psychotherapy*, *38*, 261– 266.

Grobler, L. (2012). *An exploration of the use of positive psychology movies to enhance well-being* (Dissertação, North-West University, Potchefstroom, África do Sul). Disponível em: https://dspace.nwu.ac.za/bitstream/handle/10394/9051/Grobler_L(b).pdf?sequence= 1

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, *35*(4), 639-665.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Org.) (2001). *Relational frame theory: a post-skinnerian account of human language and cognition.* New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change.* New York: The Guilford Press. Obra original publicada em 1999.

Hayes, S. C., Wilson K. G., Strosahl K., Gifford E. V., & Follette V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152-1168.

Hesley, J. W., & Hesley, J. G. (2001). *Rent two films and let's talk in the morning: Using popular movies in psychotherapy*. 2 ed. New York: Wiley & Sons. Obra original publicada em 1998.

Kashdan T. B., & Kane, J. Q. (2011). Post-traumatic distress and the presence of post-traumatic growth and meaning in life: experiential avoidance as a moderator. *Personality and Individual Differences*, *50*, 84–89.

Luciano, M. C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., & Páez-Blarrina, M. (2006). *Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. EduPsykhé, 5(2), 173-201.

Monteiro, J., & Pereira, N. (2015). Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e cinema: proposta de intervenção a partir de "Frozen" "Parcialmente Nublado/Partly Cloudy". *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *17*(2), 33-45.

Oliva, V. H. S.; Vianna, A., & Neto, F. L. (2010). Cinematerapia como intervenção psicoterápica: características, aplicações e identificação de técnicas cognitivo-comportamentais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *37*(3), 138-144.

Oliveira, J. M. M. de & Costa, N. (2014). Noções gerais sobre Terapia de Aceitação e Compromisso. Em N. Costa (Org.). *Comportamento Humano: análise, compreensão e aplicação* (1ª ed., 83-92). Curitiba: Juruá.

Oliveira, J. M. M. de (2014). ACT e Cinema: contribuições do filme "Detona Ralph" para intervenções terapêuticas. Em N. Costa (Org.). *Comportamento Humano: análise, compreensão e aplicação* (1ª ed., 93-104). Curitiba: Juruá.

Pinheiro, R. (2012). *A utilização de metáforas como recurso terapêutico*. Disponível em: http://comportese.com/2012/02/a-utilizacao-de-metaforas-como-recurso-terapeutico/. Acesso em: 04 dez. 2015.

Powell, M. L., & Newgent, R. A. (2010). Improving the empirical credibility of cinematherapy: a single-subject interrupted time-series design. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, *1*(2), 40–49.

Saban, M. T. (2011). I*ntrodução à terapia de aceitação e compromisso*. Santo André: ESETec.

Skinner, B. F (2012). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix. Obra original publicada em 1974.

Shahar, B., & Herr, N. R. (2011). Depressive symptoms predict inflexibly high levels of experiential avoidance in response to daily negative affect: a daily diary study. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 676– 681.

Soriano, C. L. (2010). C*ondición humana y felicidad: hechos y palabras* [On line]. Disponível em: http://www.ual.es/memorias/memoria20092010/archivos/inaugural.pdf. Recuperado em: 11 de novembro de 2013.

Soriano, M. C. L., & Salas, M. S. V. (2006). La terapia de aceptación y compromiso: fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, *27*(2), 79-91.

Vandenberghe, L. (2005). Abordagens comportamentais para a dor crônica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *18*(1), 47-54.

Wielenska, R. C. (2009). Jovens terapeutas comportamentais de qualquer idade: estratégias para ampliação de repertórios insuficientes. Em R.C. Wielenska (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 24. Psicologia comportamental e cognitiva da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (286-296). Santo André: ESETec.

Wolz, B. (2005). *E-motion Picture magic: a movie lover's guide to healing and transformation.* Centennnial: Glenbridge Publishing.

Transtorno Esquizotípico e Terapia de Aceitação e Compromisso: estratégias de intervenção em caso clínico

Schizotypal disorder and Acceptance and Commitment Therapy: intervention strategies in a case

Raiana Bonatti de Sousa Botão
Universidade Estadual de Londrina
raianabonatti@hotmail.com

Josy de Souza Moriyama
Universidade Estadual de Londrina

Roberta Selles da Costa
Universidade Estadual de Londrina

Resumo

O Transtorno de personalidade Esquizotípico (TPET) é caracterizado por déficit nas relações sociais, isolamento social, pensamentos persecutórios, ruminações obsessivas, alucinações visuais e auditivas, que se desencadeiam sem provocações externas, baixa resistência a frustrações e dificuldades em concluir tarefas. Esse trabalho buscará descrever estratégias da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) utilizadas para ensinar uma cliente a lidar com os comportamentos e sintomas típicos do TPET. Iniciou-se o seguinte trabalho: explicitações dos comportamentos característicos do transtorno; identificação dos comportamentos que poderiam ter como estímulo antecedente modificações biológicas referentes ao transtorno; levantamento dos valores da cliente; atividades para alterar o controle de estímulos externos; metáforas e exercícios para a aceitação dos eventos privados e estratégias de enfrentamento, diminuindo comportamentos de fuga e esquiva. A cliente ampliou seus relacionamentos interpessoais, deu continuidade ao curso técnico e passou a realizar atividades na presença de alucinações, modificando o modo como se relacionava com eventos privados.

PALAVRAS-CHAVE

Transtorno Esquizotípico;
ACT;
Análise do comportamento.

Abstract

Schizotypal personality disorder (TPET) is characterized by deficits in social relations, social isolation, persecutory thoughts, obsessive ruminations, visual and auditory hallucinations, which are triggered without external provocation, low resistance to frustration and difficulty completing tasks. This study will describe strategies of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) used to teach a client to deal with the behaviors and typical TPET symptoms. Began the following work: clarifications of the characteristic behaviors of the disorder; identification of behaviors that could have as antecedent stimulus biological changes related to the disorder; survey of customer values; activities to change the control of external stimuli; metaphors and exercises for the acceptance of private events and coping strategies, reducing behaviors of escape and avoidance. Customer expanded her interpersonal relationships, continued the technical course and began to conduct activities in the presence of hallucinations, modifying the way it related to private events.

KEYWORDS

Schizotypal disorder;
ACT;
Behavior analysis.

> "Imagine que existam dois carros. Um deles está funcionando normalmente e o outro está com uma falha no sistema de transmissão. Caso esses dois carros tivessem que chegar ao mesmo destino, eles funcionariam da mesma maneira ao longo do percurso?"

Há tempos discute-se a relevância em se utilizar os diagnósticos psiquiátricos em Análise do Comportamento (Moriyama & Amaral, 2007; Chagas, 2013). Os dados descritos nesse trabalho referem-se a uma cliente com o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Esquizotípico (TPET). Na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) o uso de diagnósticos com o cliente pode ser uma das estratégias utilizadas para modificar o modo como esse lida com os seus sintomas (Hayes, 1987; Silva & Rangel de-Farias, 2013). A frase citada acima foi uma das metáforas utilizadas pela terapeuta para explicar os sintomas e uma nova forma de lidar com eles à cliente em questão.

De acordo com o DSM-V, em que o referido transtorno encontra-se descrito entre os Espectros da Esquizofrenia e o CID-10, em que é descrito como Transtorno Esquizotípico, algumas características descritas e identificadas nesse caso foram: déficit nas relações sociais, isolamento social, pensamentos persecutórios, ruminações obsessivas, alucinações visuais e auditivas intensas que normalmente se desencadeiam sem provocações externas, baixa resistência a frustrações e dificuldades em concluir tarefas à que se propõem.

Entre os comportamentos típicos do TPET descritos por Caballo (2008) que podem ser observados no caso está alta sensibilidade à reação de outras pessoas:

> "Baseiam-se em seu mundo interior para tentar explicar os fenômenos externos, estabelecendo novas interpretações diferentes às estabelecidas. (...) dão muita importância aos seus pensamentos e sentimentos, dos quais dependem suas emoções, que não são provocadas pelos outros." (p.93/94)

O autor cita alguns aspectos emocionais característicos deste transtorno pertinentes ao caso descrito como: ansiedade diante de desafios sociais, afetividade restrita ou inapropriada, falta de vontade e prazer para realizar atividades e frequentes ataques de depressão e ansiedade. O diagnóstico psiquiátrico e os comportamentos típicos apresentados por seus portadores vem ao encontro às descrições feitas anteriormente e as considerações acerca da esquiva experiencial e ao modo como a cliente se relacionava com o seu ambiente.

Thomas, N. et al (2014) têm discutido uma nova maneira de lidar com os sintomas psicóticos, em que não se focam os conteúdos das alucinações e obsessões, mas sim as relações que o indivíduo estabelece com esses eventos, isso é, as esquivas experienciais que apresenta diante de comportamentos internos considerados aversivos. Nesses estudos as intervenções possuem dois focos: a aceitação desses pensamentos e sentimentos, em que se busca desenvolver no cliente a tolerância, ensina-se a considera-los como eventos internos e não toma-los como verdade literal e

a ficar sob controle dos eventos externos no momento presente; compromisso em comportar-se em direção aos valores de vida do cliente, o que ajuda a ficar sob controle dos eventos externos ao invés dos internos. Como sugere a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) esses dois focos podem ser desenvolvidos a partir de metáforas, vivências e atividades de reflexão, que poderão ser utilizadas como criaram os autores (Hayes, S. C., 2005) ou adaptadas para cada caso.

A partir do exposto, o presente estudo tem como objetivo apresentar um caso de uma cliente diagnosticada com Transtorno de Personalidade Esquizotípico no qual intervenções baseadas na ACT demonstraram-se eficazes na etapa de intervenção.

Método

Participante

A cliente tinha 29 anos na época do atendimento, será chamada de Anita nesse trabalho e foi diagnosticada com Transtorno da Personalidade Esquizotípica. A cliente morava com o marido e era estudante de um curso técnico, sendo que tinha começado um curso superior mas trancou devido a crises de psicóticas.

Descrição do caso clinico

No presente caso a metáfora do carro foi criada pela terapeuta para exemplificar como o organismo da cliente reagia diferente a determinados estímulos. Assim como nos estudos citados acima, a presente intervenção baseada na Análise do Comportamento e ACT foi acompanhada por medicação psiquiátrica, o que também foi considerado como um componente importante para a análise funcional do caso. Percebeu-se ao longo dos atendimentos que em algumas sessões que a cliente voltava a apresentar alta frequência dos comportamentos típicos do transtorno, como as preocupações excessivas e ruminações de pensamentos, ela havia parado de tomar algum dos medicamentos.

A cliente apenas citou o referido diagnóstico recebido de sua psiquiatra na quarta sessão com a terapeuta. As sessões iniciais serão descritas focando-se o estranhamento da terapeuta diante dos comportamentos da cliente, as primeiras hipóteses formuladas, o processo de análise funcional dos comportamentos e a escolha e aplicação das estratégias de intervenção baseadas na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Buscar-se-á destacar que, independente do cliente apresentar previamente um diagnóstico psiquiátrico, é fundamental que o terapeuta inicie seu próprio processo de análise para compreender o desenvolvimento e a manutenção dos comportamentos de cada caso e traçar as melhores estratégias de intervenção (Bueno & Britto, 2011).

No primeiro encontro com a cliente, alguns comportamentos chamaram a atenção da terapeuta como: falava lentamente e espaçadamente, fechava os olhos enquanto verbalizava, não apresentava expressões faciais e corporais condizentes com os sentimentos

que relatava. Além disso, suas verbalizações pareciam desorganizadas: falava de vários assuntos diferentes ao mesmo tempo, era difícil identificar se sua fala se referia ao presente ou passado e alguns dos relatos eram contraditórios.

Antes que a terapeuta pudesse iniciar a sessão, a cliente começou a relatar que os colegas do curso que fazia riam e falavam sobre ela durante as aulas e mandavam indiretas pelo *Facebook*, e, ainda, aproveitavam-se dela para fazer os trabalhos. Anita se referiu a uma melhor amiga da igreja com quem se relacionava há seis meses, a qual havia recebido o diagnóstico de Depressão e parecia estar se afastando da cliente. A terapeuta questionou o que havia mudado nos comportamentos desta amiga em relação a ela, e apesar da cliente descrever com alguns exemplos que a relação continuava a mesma, ela se sentia angustiada e com medo de perder essa amizade. Este foi o assunto mais abordado pela cliente durante essa sessão, intercalando com outros assuntos levantados pela terapeuta.

Após os assuntos abordados pela cliente, a terapeuta explicou as regras da clínica psicológica e questionou porque a cliente buscou a terapia. Anita relatou que recebeu o diagnóstico de Depressão em 2002 e desde então estava em tratamento psiquiátrico tomando, no período do atendimento, os seguintes medicamentos: Clomipramina (antidepressivo), Diazepam (ansiolítico) e Aristab (antipsicótico). A partir dessa época ela relatou não ter conseguido dar continuidade a nenhuma atividade que começou, por exemplo um curso universitário da Universidade Estadual da sua cidade, aulas de pintura, costura e outros cursos técnicos. A cliente queixou-se de ansiedade, dor no peito e contou que em vários momentos não conseguia parar de pensar em um assunto e tentar resolvê-lo. Como exemplo, disse que fez a inscrição em um congresso e ligava para a equipe da organização do evento perguntando a mesma coisa repetidas vezes. A cliente relatou sentir alívio cada vez que ligava e recebia a mesma informação, voltando a sentir ansiedade minutos depois.

Quando questionada sobre os seus objetivos com a terapia, a cliente disse que gostaria de melhorar sua autoestima, força de vontade, resgatar sua autoconfiança e conseguir ser ela mesma como antes de 2002, quando era feliz, tinha menos peso, mais amigos, conversava com as pessoas e não se importava com o que falavam dela. Além disso, relatou que queria terminar o curso técnico que estava fazendo.

Descrição de sessões e análises funcionais

Foram realizadas 46 sessões, durante o período de um ano e seis meses, em uma clínica escola de uma Universidade Estadual do Paraná. A cliente passou por uma triagem inicial e seu caso foi encaminhado para a terapia imediatamente, devido a relatos de tentativas de suicídio. A triagem foi realizada por um aluno de quarto ano do curso de psicologia. A partir de então, o caso foi atendido pela primeira autora, aluna do quinto ano e supervisionado pela segunda autora.

Apesar da cliente ter dito que recebeu o diagnóstico de Depressão, ao longo de suas descrições foram identificados comportamentos típicos de outros transtornos psiquiátricos, como o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Além disso, ao investigar especificamente quais medicamentos ela fazia uso atualmente, levantou-se a possibilidade de também haver comportamentos psicóticos, já que um dos medicamentos possuía efeito antipsicótico. Ressalta-se a importância da investigação clinica não se prender aos possíveis diagnósticos apresentados inicialmente, mas continuar coletando dados e ficar sob controle dos comportamentos da cliente apresentados durante a sessão (Bueno & Britto, 2011).

Durante toda a primeira sessão a cliente fez vários relatos com explicações causais, de que sentimentos causavam comportamentos, tais como: "desisti da faculdade por causa da depressão", "perguntava ao meu marido sobre a ex-namorada porque já estava depressiva", "liguei várias vezes porque estava angustiada", "não consigo fazer nada porque tenho Depressão".

Segundo Hayes (1987) as pessoas buscam terapia com o objetivo de acabar com os sentimentos que acreditam serem as causas de seus problemas. Entretanto, eventos internos como sentimentos e pensamentos, para a Análise do Comportamento, também são considerados comportamentos. O que os diferencia dos demais comportamentos é o fato de que o único a ter acesso a estes eventos privados é o próprio indivíduo que o sente (Skinner, 1961/1945). Dessa forma estes eventos não são causas, mas produtos das relações que o indivíduo estabelece com o seu ambiente. Assim, não é possível que os sentimentos mudem sem que o indivíduo se relacione de maneira diferente com o seu meio.

De acordo com Hayes (1987) na maioria dos transtornos psiquiátricos os indivíduos se comportam por esquiva experiencial, evitando eventos internos como pensamentos, sentimentos e lembranças considerados aversivos. Assim, passam a se esquivar de lugares, situações e pessoas que acreditem ter o poder de remetê-los a estes eventos internos. No entanto, ao fazer este tipo de esquiva, o indivíduo fica cada vez mais sobre controle desses eventos privados, tendo seus comportamentos mantidos por reforçamento negativo, mas não modificando as relações que os produzem.

Hipotetizou-se que a cliente se comportava por esquiva experiencial a partir dos exemplos dados na primeira sessão, como as preocupações citadas de que a amizade com a amiga pudesse acabar. Uma vez presentes os pensamentos considerados aversivos, Anita ligava ou procurava a amiga para certificar-se de que a amizade continuava, mas mesmo diante de respostas positivas da amiga, o que aliviava a cliente momentaneamente, suas preocupações retornavam. Nesse caso, a cliente ficava sobre controle de eventos internos ao invés dos acontecimentos externos.

Na segunda sessão a cliente se queixou do motorista e cobrador de ônibus que não responderam ao seu cumprimento, dizendo que não parava de pensar sobre isso e estava se sentindo angustiada. A terapeuta

perguntou de que modo a cliente achava que esses pensamentos e sentimentos a atrapalhavam. Anita respondeu que a atrapalhavam muito porque ela ficava remoendo o assunto e, muitas vezes, chegava a perguntar para a pessoa se estava pensando mal dela.

T: o que você acha que acontece primeiro? Primeiro você se fecha e as pessoas se fecham ou que elas se fecham primeiro?

C: eu acho que eu me fecho, elas se fecham pra mim e ai eu me fecho mais.

T: aham, até porque é tudo uma relação né... mas me explica como é este 'se fechar'

C: ah eu chego em um lugar com a cara fechada, fico quieta, não cumprimento ninguém, fico sentada no meu canto e não falo nada. Se a pessoa vier falar comigo daí eu falo se não, não.

T: mas você acha que consegue interagir bastante ou só responde o que te perguntam?

C: eu mais respondo...depende da pessoa. Mas a maioria eu só respondo. Por isso eu não consegui terminar o curso. Porque não conseguia interagir com as pessoas. Talvez se eu estivesse fazendo terapia naquela época...

Na terceira sessão a cliente disse que estava se sentindo muito angustiada porque suas vizinhas estavam batendo na parede e fazendo barulhos para provoca-la por conta dos ruídos que a sua gata fazia. A terapeuta perguntou para a cliente se já havia conversado com a vizinha pessoalmente sobre os barulhos da gata. Esta respondeu que teve a iniciativa de perguntar às vizinhas sobre os ruídos e elas não deram atenção para ela. A terapeuta perguntou o que especificamente as vizinhas responderam para a cliente nesta situação e Anita respondeu que elas disseram que não ouviram nada, mas que, após esse episódio, elas passaram a fazer barulhos fortes na parede, para provocá-la. Nesse episódio a terapeuta levantou como possibilidade que a cliente tivesse um repertório de comportamentos passivos com as vizinhas.

Ainda nessa sessão a cliente relatou que teve uma crise, durante a qual sentiu forte dor no peito, muita angústia, medo e que ficou paralisada. A terapeuta perguntou o que estava acontecendo no momento da crise e ela respondeu que estava chovendo muito e estava sozinha em casa. A terapeuta perguntou sobre o dia da cliente antes da crise, e Anita respondeu que tinha muitas atividades domésticas e deveres do curso para fazer naquele dia, mas que não conseguiu fazer nada devido à crise. A terapeuta questionou o que aconteceu depois da crise e a cliente contou que o marido chegou em casa e, ao vê-la paralisada, realizou os afazeres domésticos enquanto ela fez os deveres do curso. Após este relato a terapeuta levantou a hipótese de que a cliente possuía pouco repertório para resolução de problemas e que os seus comportamentos de crise tinham como antecedente situações estressantes e como consequência eram mantidos por reforçamento negativo, já que o marido a ajudava.

Na quarta sessão, diante de outros exemplos dados pela cliente sobre preocupações com

o que as outras pessoas pensavam a respeito dela, a terapeuta conversou sobre a relação entre os seus comportamentos públicos, como quando ela não olhava e não cumprimentava as pessoas, e os comportamentos dos outros. A terapeuta apontou algumas falas anteriores da cliente, nas quais ela mesma percebia que não interagia de forma adequada com os outros, e perguntou se ela poderia, lá fora, ficar mais atenta aos seus comportamentos públicos e aos comportamentos das outras pessoas.

T: o que você acha disso que eu falei?

C: ah, que eu preciso ficar mais atenta as coisas que acontecem a minha volta...

T: nossa, é exatamente isso que eu queria dizer: que você fique mais atenta às coisas a sua volta, às pessoas, ao que você faz, ao que elas fazem. No posto de saúde, por exemplo, mesmo sentindo algumas coisas, você ficou com a sua amiga porque ela estava mal e precisando de você. Você acha que ficou mais atenta ao que estava sentindo ou a sua amiga que estava mal, à doença dela?

C: à doença dela, porque mesmo me sentindo mal eu fiquei lá!

Na quinta sessão a cliente chegou relatando um episódio em que uma bola atingiu sua janela e pediu para seu marido verificar quem era. Quando o marido foi verificar a cliente ouviu algumas batidas no quarto e foi até lá, onde ouviu as vizinhas comentando que tinham mandando seus filhos baterem a bola em sua janela, ocasião em que Anita pegou um vidro de shampoo e jogou no chão. Neste contexto a cliente chamou o marido para escutar o que as vizinhas estavam falando mas o marido disse não ter ouvido nada. Além disso, a cliente verbalizou que viu uma conhecida da igreja passando perto de seu prédio e que ouviu, do seu apartamento, as vizinhas na portaria falando mal dela para a conhecida. A terapeuta atentou para o fato de que só a cliente tinha ouvido o barulho e a cliente respondeu dizendo que o marido era muito distraído e não prestava atenção no que as vizinhas falavam.

Após esse episódio a terapeuta começou a questionar com a cliente a possibilidade de algumas distorções da realidade relatada. Entretanto, a cliente afirmava acreditar que aquilo que ouvia era real. A terapeuta pediu algumas informações sobre as consultas psiquiátricas da cliente e ela respondeu que não lembrava dos termos utilizados, mas comentou que lembrava do termo "alucinações auditivas" utilizado pela médica. Após esta sessão a terapeuta ligou para a psiquiatra da cliente que lhe deu o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Esquizotípico (TPET).

Vivências e Metáforas baseadas na ACT utilizadas no caso

Para levantar os valores de vida da cliente, a terapeuta retomou com ela quais eram os objetivos da terapia e anotou num quadro negro suas respostas: abraçar, conversar e ir à casa das pessoas, fazer amigos, terminar tarefas e se sentir mais leve. A terapeuta chamou tais objetivos de valores de vida da cliente, validando-os como extremamente importantes.

A terapeuta questionou a cliente se com os comportamentos que ela apresentava, ela estava se aproximando ou se afastando de seus valores. Ela respondeu que estava se afastando. A terapeuta perguntou o que exatamente a cliente achava que a afastava de seus valores. Ela respondeu: medo de ir na casa das pessoas e não ser bem recebida, medo de falar com as pessoas e ser destratada. A terapeuta perguntou além do medo, que era um sentimento, o que concretamente a cliente fazia que a afastava de alcançar os seus valores. A cliente respondeu que não conversava, ficava "na sua", ia à igreja de cara fechada, não abraçava as pessoas e não as visitava. A terapeuta anotou estes comportamentos antes da fileira dos valores. Então questionou o que a cliente poderia fazer para se aproximar deles. Ela disse que poderia se aproximar devagar das pessoas, cumprimentado-as, sorrindo e emitindo outros comportamentos relacionados à amizade.

Após esta atividade, a terapeuta mostrou para a cliente como ela ficava esperando que seus medos passassem e ela se sentisse mais confiante antes de se comportar e a cliente respondeu: "então eu preciso partir para a ação!".

Livro infantil

A terapeuta utilizou um livro infantil chamado "O Monstro do Medo" (Chagas, 2014) para exemplificar a esquiva experiencial de um modo lúdico. Este livro conta a história de um menino que sentia muito medo e por isso deixava de fazer coisas que gostava como brincar, sair com a mãe, ir à escola, tomar sorvete e ficar no escuro. A cada dia que passava sem fazer as coisas que gostava, o menino sentia que seu medo ficava maior e o dominava. Um dia, quando seu medo estava tão grande que o impedia de passar pela porta, o menino teve uma ideia e resolveu propor um acordo ao monstro do medo: que ele deveria acompanhá-lo onde quer que fosse. Então, o menino passou a realizar todas as atividades que gostava mesmo sentindo medo e, com o passar do tempo, o monstro do medo ficou menor, tornando-se seu companheiro.

Ao terminar a estória a cliente disse que o menino foi fazer as coisas com o medo mesmo. A terapeuta disse que fazer o mesmo, seria difícil, pois exigia que a cliente tolerasse o que sentia em seu corpo e mesmo assim, fizesse algumas coisas. A terapeuta propôs à cliente que realizassem juntas uma tarefa que exigiria que ela tolerasse seus sentimentos, mas que seria um 'treino' para que ela desenvolvesse tolerância e conseguisse fazer isso lá fora. A terapeuta pediu que a cliente escrevesse em uma folha o que ela poderia pedir para seu medo fazer junto com ela. A cliente escreveu os itens e a terapeuta propôs que ela começasse, pelo que considerava menos difícil. A cliente disse que poderia tentar fazer alguns, como caminhar e ir sozinha em alguns cômodos da casa.

Metáfora do funeral

A terapeuta propôs uma atividade e disse que esta poderia eliciar alguns sentimentos e sensações aversivas, mas que queria que a cliente os tolerasse. Assim, pediu à cliente

que fechasse os olhos e pensasse no dia da sua morte, nas pessoas que estavam presentes, quais características queria que as pessoas lembrassem dela e o que gostaria que elas estivessem falando. Esta atividade de reflexão durou alguns minutos e, após isso, a terapeuta pediu à cliente que abrisse os olhos e escrevesse o que havia pensado. A cliente escreveu que gostaria que as pessoas dissessem que ela as ajudou e foi uma boa amiga, que foi uma boa profissional, que o marido a amou muito e que foi uma pessoa caridosa, que visitava os outros, cumprimentava, sorria e nos momentos difíceis ela havia batalhado para conseguir o que queria. Após isso, pediu que a cliente, do outro lado da folha, escrevesse o que a impedia de ser aquela pessoa. A cliente escreveu sobre o medo da rejeição, o cansaço, falta de força e o medo de se aproximar das pessoas. A terapeuta perguntou a cliente o que ela faria com esta parte da folha que a impedia de alcançar o que queria. Anita disse que rasgaria a folha e a terapeuta disse que ela podia rasgar. Após a cliente ter rasgado a folha, a terapeuta perguntou o que ela rasgou junto com o que a impedia de ir em frente e a cliente disse que rasgou, também, aquilo que ela queria para a sua vida.

Ao se dar conta disso as duas conversaram sobre como, durante os últimos dez anos, ao tentar tirar aquilo que a fazia sofrer, a cliente abria mão, também, de seguir em frente e alcançar seus objetivos. A terapeuta explicou à cliente que é como se, durante este tempo, ela estivesse parada, no meio do caminho, tapando os buracos e silenciando os sentimentos que a faziam mal. A terapeuta pediu que a cliente imaginasse que fosse uma casa e que estes sentimentos a ocupassem. Perguntou então, qual era o tamanho que eles ocupavam há dez anos. A cliente respondeu que um cômodo e que, atualmente, "eles eram a casa inteira". A terapeuta utilizou estes exemplos para identificar, junto com Anita, que a forma com que ela vinha lutando contra os sentimentos e pensamentos não estava funcionado e a distanciavam do que ela queria para a sua vida.

Desse modo, pediu à cliente que, junto com a terapeuta, pudessem fazer com que ela tomasse os rumos de sua vida. Retomou com a cliente as coisas que ela já havia feito neste sentido e perguntou o que mais ela poderia fazer nesta semana mesmo se sentindo mal. A cliente disse que poderia caminhar e que não iria comprar uma cortina para a sua casa, conforme estava pensando em comprar para não ver os meninos e não imaginar que eles estivessem falando dela. A terapeuta ressaltou que, apesar de parecer, a princípio, que estes eram pequenos passos, eles a deixavam mais próxima de seus valores.

Vivência do aqui e agora e metáfora das nuvens

A terapeuta pediu que a cliente sentasse em uma posição confortável, fechasse os olhos e se atentasse, primeiramente, ao seu corpo e ao que estava acontecendo com ele (a terapeuta deu dicas verbais para que a cliente ficasse sob controle de estímulos corporais). Depois disso, ainda com a cliente de olhos fechados, pediu que a mesma ficasse atenta aos estímulos sonoros da sala e ao que conseguia ouvir naquele momento. Durante esta

etapa pediu que a cliente não lutasse contra pensamentos e sentimentos que pudessem aparecer durante o exercício. Pelo contrário, que os aceitasse e os visse passando por ela e que, caso entrasse em algum pensamento específico e se afastasse dos outros estímulos aos quais estava atenta, tentasse voltar a ficar atenta aos outros estímulos e apenas observasse seus pensamentos e sentimentos. Neste momento, pediu que a cliente se imaginasse como se estivesse se observando fazendo estes exercícios, e que continuasse observando seus pensamentos e sentimentos como se estes fossem nuvens e ela fosse o céu. Assim, eles passariam por ela, mas não seriam ela. A terapeuta conversou com a cliente sobre o modo como ela lidava com seus sentimentos e pensamentos de modo literal, como se os sentimentos fossem ela mesma (Chagas, Guilherme, & Moriyama, 2013).

A terapeuta sugeriu que a cliente praticasse este exercício uma vez ao dia, principalmente em horários nos quais estivesse se sentindo muito ansiosa, ou com muito medo, e tivesse que realizar alguma atividade.

Resultados e Discussão

A cliente apresentou mudanças ao longo do processo terapêutico, tanto em seu ambiente externo, quanto em suas interações com a terapeuta. De modo geral, passou a relatar contatos mais frequentes com as pessoas da igreja que frequentava, contatos telefônicos com amigos antigos, começou a sair mais de casa, realizar as atividades domésticas e terminou o curso técnico que havia começado no início da terapia. Ademais, a cliente prestou a prova de vestibular para um curso noturno na Universidade Estadual de sua cidade e foi aprovada, começando a cursá-lo no início do ano letivo de 2016.

A mesma relação de amizade que a cliente mencionou como queixa na primeira sessão pareceu tornar-se mais concreta ao longo do processo terapêutico. Além da cliente telefonar para a amiga, esta passou a procurar a cliente com frequência. Na oitava sessão, Anita contou que esta amiga estava morando em sua casa e que a cliente estava ajudando-a a se tratar da Depressão, como recomendado pela psiquiatra da amiga. Ao longo das próximas sessões a cliente relatou estar se sentindo mal com a presença da amiga em sua casa, devido à brusca mudança em sua rotina. Diante dessa queixa, a terapeuta voltava a citar os valores da cliente, mostrando-a como acolher a amiga em sua casa era um comportamento que ia em direção aos seus valores.

Ao queixar-se sobre a quebra em sua rotina, a cliente aumentou a frequência de relatos verbais condizentes com estímulos externos, diminuindo as verbalizações relacionadas a estímulos internos como as alucinações auditivas. Outra mudança observada na relação com a terapeuta foi que a cliente começou a demonstrar expressões condizentes com os relatos verbais, dando risada e brincando quando relatava acontecimentos engraçados ou relacionados com alucinações e pensamentos persecutórios. Esse avanço foi ao encontro de Gaudiano, Herbert e Hayes, (2010) quando sugerem ensinar os clientes a lidar com os sintomas de maneira diferente.

Na décima sessão a terapeuta conversou com essa amiga, possibilitando comprovar alguns dos relatos verbais da cliente. A partir dessa conversa, percebeu-se que a relação de amizade entre elas estava fortalecida e que a cliente possuía comportamentos de cuidado e amizade que iam ao encontro com os valores relatados por ela. Conversar com familiares ou amigos próximos do cliente é uma estratégia importante em casos que envolvem sintomas psicóticos, para confirmar alguns dados, conforme citou Caballo (2008) ao sugerir formas de atendimento para o TPET.

O contexto de aceitação dos sintomas e compromisso com a ação, processos descritos pela ACT (Hayes, 1987), foi desenvolvido com a cliente a partir de metáforas e vivências acima descritas, tendo como resultados principais a finalização do curso técnico e início das aulas no ensino superior. Uma das principais queixas descritas no início da terapia foi o histórico de desistência apresentado pela cliente no contexto educacional. Assim como descrito na literatura acerca do TPET, pacientes que apresentam esse transtorno tendem a não finalizar atividades consideradas complexas (Caballo, 2008). No presente caso, ao identificar esse déficit e realizar a análise funcional que apontou para baixa tolerância à frustração e aos estímulos internos referentes a pensamentos ruminativos acerca dos cursos, a terapeuta se tornou um estímulo alterador de função, levantando os valores da cliente e utilizando-os como operação estabelecedora para comportamentos de continuar.

Após a finalização do curso técnico, deu-se início a um processo de tomada de decisão que, juntamente com o levantamento dos valores da cliente, culminou na escolha por realizar a prova seletiva para o curso que, anteriormente, havia abandonado. Ao ser aceita nesse processo, a cliente começou a frequentar as aulas e, apesar do contexto universitário ser o mesmo que acarretou no abandono anterior, Anita já era um organismo modificado. Com isso foi capaz de atuar sobre um mesmo contexto de modo diferente, sendo, também, afetada por estímulos diferentes, o que possibilitou a generalização e manutenção dos ganhos terapêuticos.

Considerações Finais

No início do caso a terapeuta possuía dúvidas sobre a coerência entre os relatos verbais da cliente e os estímulos externos aos quais estava exposta. A partir da conversa com a psiquiatra, ficou claro que a hipótese de que a cliente apresentava alguns comportamentos típicos do TPET como alucinações e pensamentos persecutórios estava correta. Entretanto, esses comportamentos foram analisados funcionalmente. Foi possível perceber eventos antecedentes como maiores exigências do curso e o acúmulo de tarefas domésticas, assim como, consequências que reforçavam tais comportamentos como cuidados e ajuda do marido. Os comportamentos de tomar corretamente os medicamentos também eram importantes eventos nas análises funcionais do caso, uma vez que,

quando deixava de tomá-los, os pensamentos persecutórios e alucinações aumentavam em frequência e intensidade.

Portanto, além das estratégias da ACT utilizadas, a terapeuta pedia que a cliente seguisse o tratamento psiquiátrico corretamente e analisava com ela as funções de seus comportamentos. Apesar da terapeuta ter ensinado a cliente a compreender os comportamentos típicos do transtorno, como se fosse um carro, que estivesse com problemas no sistema hidráulico, a terapeuta mostrou que a cliente poderia chegar ao destino escolhido por ela. Desse modo, a terapeuta tratou os valores da cliente como objetivos que poderiam ser alcançados, analisando suas funções além de suas topografias.

Diante das mudanças comportamentais da cliente, a terapeuta dizia que estava se sentindo mais próxima dela, que a sentia mais leve e que a considerava consciente de seus comportamentos, ressaltando os ganhos da cliente ao longo do tratamento, principalmente o fato de ter concluído seu curso e dado início à graduação. Em resposta ao *feedback* da terapeuta, a cliente respondeu: "Você foi a única pessoa que acreditou em mim e porque você acreditou em mim eu consegui".

Referências

Associação Psiquiátrica Americana. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5 ª ed .) . Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bueno, G. N., & Britto, I. A. G. S. (2011). Uma Abordagem Funcional para os Comportamentos Delirar e Alucinar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva,Vol. XIII*, Nº 3, 4-15.

Caballo, E. V. (2008). *Manual de Transtornos de Personalidade: Descrição, Avaliação e Tratamento.* Livraria Santos Editora Ltda.

Chagas, M. T. (2014). *O Monstro do Medo.* Eduel.

Chagas, M. T., Guilherme, G. & Moriyama, J. S. (2013). Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso: Manejo da ansiedade. *ACTA COMPORTAMENTALIA, Vol. 2*, Núm. 4 pp. 495-508.

Gaudiano, B. A., Herbert, J. D. & Hayes, S. C. (2010). *Is It the Symptom or the Relation to It? Investigating Potential Mediators of Change in Accepatance and Commitment Therapy for Psychosis.* Behav Ther. December.

Hayes, S. C. (1987). A Contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed). *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford. Tradução Experimental: Adriana C. B. Barcellos e Verônica B. Haydu – Um enfoque contextual para mudança terapêutica.

Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get Out of Your Mind and Into Your Life: the new acceptance and commitment therapy.* New Harbinger Publications, Inc.

Moriyama, J. S., & Amaral, V. L. A. R. (2007). Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, Vol. IX*, nº1, 11-25.

Organização Mundial da Saúde (1997). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. V. 1. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Skinner, B. F. (1961). *A Análise Operacional de Termos Psicológicos*. Tradução: Guilhard, H. Cumulative Record. Appleton: New York pp.272-286. Publicação original Psychological Review (1945), 52, 270-277.

Silva, J. L. N. & Rangel de-Farias, A. K. C. (2013) Análises Funcionais Molares Associadas à Terapia de Aceitação e Compromisso em um Caso de Transtorno Obssessivo-Compulsivo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, Vol. XV*, nº3, 37-56.

Thomas, N, Shawyer, F., Castle, D. J., Copolov, D., Hayes, S. C., & Farhall, J. (2014). *A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol.* BMC Psychiatry.

Tomada de Perspectiva como Responder Relacional Derivado: experimentos com indivíduos com desenvolvimento típico e atípico

Perspective Taking as Derived Relational Responding: experiments with individuals with typical and atypical development

João Henrique de Almeida[1]
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)
emaildojoaoh@yahoo.com.br

Carolina Coury Silveira[2]
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Jaume Ferran Aran
Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

Resumo

A Psicologia Cognitiva desenvolveu um programa de avaliação para comportamentos de Tomada de Perspectiva, estudados principalmente pela Teoria da Mente (Theory of Mind – ToM) e atraído pouquíssimo interesse de analistas do comportamento. Recentemente esse contexto tem começado a se modificar. A Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory –RFT) tem se dedicado a uma interpretação comportamental que foca não somente as possibilidades de avaliação, mas também de intervenção para Tomada de Perspectiva. Neste texto serão apresentados conceitos fundamentais da Teoria das Molduras Relacionais para compreender o fenômeno da Tomada de Perspectiva e também os principais achados experimentais sobre o tema com o seguinte foco: pesquisas com participantes de desenvolvimento típico e atípico. Por fim, são apresentadas algumas das dificuldades ainda a serem superadas e possíveis caminhos para desenvolvimentos de novas intervenções para a tomada de perspectiva.

PALAVRAS-CHAVE

Tomada de perspectiva;
Teoria das molduras relacionais;
Responder relacional derivado.

Abstract

Cognitive Psychology has developed an evaluation program for Perspective Taking, mostly studied by Theory of Mind (Theory of Mind - ToM) and have attracted very little interest to behavior analysts. Recently this context has begun to change. The Relational Frame Theory (RFT) has been dedicated to a behavioral interpretation that focuses not only the evaluation possibilities, but also intervention to Perspective Taking. This text will present basic concepts of the Relational Frame Theory for Perspective Taking and the main experimental findings on the subject with the following focus: researches developed with typical and atypical development participants. Finally, it will be presented some of the difficulties to be overcome and possible avenues for development of new interventions for perspective taking.

KEYWORDS

Perspective taking;
Relational frame theory;
Derived relational responding.

1 O autor conta com uma bolsa de pós-doutoramento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo FAPESP (processo número 2014/01874-7).

2 A autora conta com uma bolsa de doutoramento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo FAPESP (processo número 2016/07852-0).

A Teoria das Molduras Relacionais - TMR (*Relational Frame Theory* - RFT) é uma explicação analítico comportamental para a linguagem e cognição humana (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). Esta teoria apresenta uma definição funcional do fenômeno da linguagem considerando como unidade de análise o operante e tem como foco relações derivadas, um tipo de relação amplamente estudada anteriormente pelo Paradigma da Equivalência de Estímulos para a explicação na geratividade do comportamento verbal (Zettle, Hayes, Barnes-Holmes & Biglan, 2016).

O operante que se configura como central nessa explicação para a linguagem é o Responder Relacional Arbitrariamente Aplicável ou RRAA (*Arbitrary Applicable Relational Responding*). O RRAA é um comportamento operante generalizado que tem sua origem ontogênica cuidadosamente explicada na Teoria das Molduras Relacionais. Para estabelecer esse tipo de operante generalizado, como outros operantes generalizados (e.g. Baer e deGuchi, 1985), é necessária uma extensa história de aprendizagem com diversas exposições diferentes. Na sua gênese, uma grande variedade de relações não arbitrárias reforçadas compõe essa história de aprendizagem. Assim, esses comportamentos relacionais ganham controle contextual e permitem estabelecer diferentes tipos de relações entre estímulos como de semelhança, de oposição, de comparação, de diferença, dentre outras. Gradualmente essas relações não arbitrárias entre estímulos começam a ser apresentadas também de forma arbitrária. Entende-se como não arbitrária quaisquer relações que estejam baseadas em características físicas perceptíveis dos estímulos (e.g., tamanho, cor, etc) enquanto a arbitrária é uma convenção, não tendo uma explicação a partir das propriedades dos estímulos (e.g., nomes).

Uma das primeiras relações arbitrárias aprendidas na infância são as relações de nomeação (relação entre o nome e objeto). Diversas relações arbitrárias e não arbitrárias entre estímulos, são ensinadas em treinos bidirecionais no contexto natural. Respostas como dizer o nome de um objeto e mais tarde entregar o objeto mediante a apresentação do nome, costumam sempre serem seguidas de reforçamento (Hayes et.al, 2001).

A partir desses treinos bidirecionais, chamados Treinos de Múltiplos Exemplares, o que está sendo ensinado, não é um operante isolado, ou seja, não é nomear e saber responder a um som específico, como na relação entre o som da palavra "maçã" com o item maçã em si mesmo. O que esse tipo de treino permite é a aprendizagem de classes de respostas amplas. Uma dessas classes, por exemplo, é tratar os estímulos como similares. Sendo assim, a partir dessa história, o organismo é capaz de derivar respostas relacionais diante de estímulos totalmente novos. Isto é, "emoldurar" quaisquer estímulos por coordenação (similaridade), por exemplo, permite que o organismo coloque quaisquer eventos nessa "moldura" tratando-os como similares, respondendo a qualquer um deles de maneira semelhante (Torneke, 2010, Hayes et.a.,2001).

Existem três propriedades básicas que são entendidas como instâncias do RRAA, e então, qualquer observação de uma dessas

propriedades permite a inferência que as outras, se testadas, poderão ser observadas. Uma das propriedades é a Implicação Mútua, a qual indica que quando dois estímulos A e B são relacionados (e.g., A é semelhante a B; ou A é o nome de B; ou A é oposto a B) a relação inversa pode ser derivada na ausência de um treino direto (e.g., B também é semelhante a A; ou B também se chama A; ou B também é oposto a A). A segunda propriedade é a Implicação Mútua Combinatória, segundo essa propriedade quando duas relações entre eventos incluem um elemento em comum, por exemplo, A está relacionado a B e B está relacionado a C (e.g. A é semelhante a B e B é semelhante a C; ou A é oposto a B e B é oposto a C; ou A é o nome de B, e o som B se escreve C) as relações entre os elementos não relacionados diretamente A e C são observadas sem a necessidade de reforçamento direto (nos dois primeiros exemplos tanto no de semelhante quanto no de oposto A será semelhante a C; no último exemplo, A pode ser representado pela palavra C).

A terceira propriedade, a Transformação de Função, sugere que se existe alguma função qualquer observada diante de algum dos elementos de uma dada rede relacional, as relações que existem entre os elementos irão modular a propagação dessa função pelos demais elementos da rede. Para um exemplo mais rico, imaginemos que A é oposto a B, B é oposto a C e C é menor que D. Essas três relações, duas de oposição e uma de comparação irão modular como uma função de A seria observada diante de D. Se por exemplo A for considerado um estímulo reforçador, B que foi relacionado como oposto a A provavelmente possuirá funções punitivas. C que é oposto de B, provavelmente também apresentará funções reforçadoras, parecidas com A. Por fim D que é maior que C que é semelhante a A potencialmente irá ser considerado um reforçador de maior magnitude. Uma vez que diferentes funções são observadas dizemos que a função de A foi transformada pelos estímulos na rede relacional, ou seja, diante de cada um deles, respostas diferentes podem ser observadas sem reforçamento direto (Dymond & Refeldt, 2000; Hayes et.al. 2001).

Uma das principais vantagens dessa explicação alternativa para a linguagem é que permite a integração de diferentes fenômenos psicológicos complexos como o comportamento governado por regras, raciocínio analógico, inteligência, cognição implícita, psicopatologias, etc. (Dymond & Roche, 2013, Stewart, 2015, Zettle et al, 2016). Um desses fenômenos complexos que essa definição permitiu um tratamento inovador, a partir dos princípios comportamentais, é a Tomada de Perspectiva.

A habilidade de tomar a perspectiva de outros e inferir suas crenças, intenções emoções e desejos é fundamental para nossa vida social. Os seres humanos são capazes de realizar esse comportamento, imaginando como os outros percebem, pensam ou experienciam emocionalmente os eventos de suas próprias vidas (Moll & Meltzoff, 2011; Epley, Morewedge & Keysar, 2004). De forma geral, a Tomada de Perspectiva tem sido utilizada para referir a esse tipo de comportamento sócio cognitivo de assumir a perspectiva de um outro indivíduo contribuindo para atribuição de significado do ambiente (Carpendale & Lewis,2006).

Para a Psicologia em geral, esse tipo de comportamento tem ganhado imensa atenção, uma vez que tem sido relacionado com diversas questões sociais relevantes. Uma destas é configurar um dos indicadores para o Transtornos do Espectro Autista (TEA). Diversas pesquisas têm mostrado que um repertório desenvolvido de tomada de perspectiva proporciona maior competência em diferentes aspectos importantes das relações sociais como empatia, interpretação de indicadores sociais, comportamentos altruístas e um facilitador para estabelecimento de amizades (Baron-Cohen, 2001; Carlo et al, 2010; Klin, Schultz & Cohen, 2000; Mori & Cigla, 2015).

A Tomada de Perspectiva já foi amplamente estudada pela Psicologia sobre a alcunha de Teoria da Mente (ToM). Essas investigações tiveram um impacto grande na Psicologia em geral (Baron-Cohen, 2001). Nesse contexto, um conjunto de tarefas foram desenvolvidos visando medir os comportamentos de Tomada de Perspectiva, avaliando o desenvolvimento e entendimento de pensamentos e crenças de outras pessoas. Foram desenvolvidos cinco níveis de compreensão dos estados informativos que precisam ser "desenvolvidos" para que a criança tome a perspectiva de outra pessoa (Howling, Baron-Cohen & Hadwin, 1999). De forma geral, esses níveis da Teoria da Mente são tarefas simples de avaliação que investigam desde a perspectiva visual simples até a previsão de crenças falsas e ações de outras pessoas.

Para a Teoria das Molduras relacionais, a Teoria da Mente é uma dimensão do comportamento de tomada de perspectiva. Pelo ponto de vista da TMR, os comportamentos de tomada de perspectiva são molduras relacionais que explicam como relações dêiticas espaciais, temporais e interpessoais entre um organismo e outros organismos e eventos ambientais são estabelecidos e mantidos. Esse comportamento é observado como um constructo multidimensional que permite a interação entre aspectos diversos como cognição, visão e emoção. Além disso, não só permite a avaliação do repertorio verbal momentâneo, mas também um desenvolvimento em termos de complexidade desse repertório (Barnes-Holmes et al, 2004). Isto é, segundo a proposição da Teoria das Molduras Relacionais, o objetivo não é somente identificar o grau de complexidade e as possibilidades a partir do repertório atual do organismo, mas também possibilitar uma intervenção para um desenvolvimento da aprendizagem dessas relações capacitando que organismos que tenham déficits nestes possam superá-los.

A observação desse responder relacional está conscrita no estudo de um tipo específico de moldura relacional a Moldura Relacional Dêitica. Essa é uma das molduras mais complexas descritas pela TMR, sendo necessárias três molduras fundamentais para o desenvolvimento da Tomada de Perspectiva. A moldura Interpessoal explica a relação que existe entre o organismo que está observando o ambiente e todos outros eventos ou outras pessoas presentes. As relações estabelecidas nesta moldura são entre o "Eu" e "qualquer outra pessoa ou evento". A moldura Espacial mostra que a partir da perspectiva do Eu, o indivíduo está sempre vinculado a um lugar específico o "Aqui" em comparação a qualquer outro lugar, denominado simplesmente de "Aí". A

moldura temporal coloca o momento presente em que o comportamento acontece, o "Agora", em uma relação de temporalidade a qualquer outro momento no passado ou futuro, chamado de "Naquele momento". Dessa forma, as molduras dêiticas permitem a interação verbal com questões temporais, espaciais e interpessoais. Dessa forma, somos capazes de inferir os pensamentos, sensações e emoções de outras pessoas. Para o estudo e intervenção nesse tipo de comportamento foi desenvolvido um protocolo específico, chamado Protocolo Barnes-Holmes que será descrito a seguir.

O desenvolvimento do Protocolo Barnes-Holmes e estudos contemplando participantes com desenvolvimento típico

McHugh, Barnes-Holmes e Barnes-Holmes (2004) publicaram uma pesquisa que se tornou uma referência fundamental para o estudo da Tomada de Perspectiva, com base na Teoria das Molduras Relacionais. O estudo apresentava três objetivos principais. O primeiro sendo desenvolver uma versão compreensiva do protocolo de Tomada de Perspectiva que pudesse ser usada tanto com adultos quanto com crianças. Essa versão foi baseada em uma versão anterior, que contava com 256 tentativas desenvolvida por Dermot Barnes-Holmes e colaboradores. Em segundo lugar, pretendeu-se traçar um perfil de desenvolvimento, abrangendo diversas faixas etárias que envolvesse os três tipos de molduras dêiticas acima descritos, a saber, a interpessoal, a temporal e a espacial. Finalmente, os autores almejavam verificar se os resultados da aplicação do protocolo seriam consistentes com os resultados obtidos estudando as três formas mais simples de Tomada de Perspectiva, do ponto de vista da Teoria da Mente.

Em relação às tarefas da ToM, a primeira e mais simples dessas formas envolve compreender que pessoas diferentes podem ver coisas diferentes (McHugh, et al., 2004). O segundo nível, mais sofisticado, implica compreender que duas pessoas podem ver o mesmo objeto de formas diferentes. Por exemplo, se duas pessoas sentam em cadeiras situadas nos extremos opostos de uma mesa retangular em cujo centro se exibe o desenho de um gato, elas verão esse desenho cada uma de uma maneira, uma verá a cabeça como mais próxima de si, e a outra pessoa verá a parte do gato mais próxima sendo a cauda. O terceiro nível de complexidade envolve compreender que "ver leva a saber" (McHugh, et al., 2004). Nesse nível, o sujeito deve compreender que ver certas coisas pode levá-lo a fazer predições acuradas, que não são possíveis sem essa informação visual prévia.

A pesquisa de McHugh et al. (2004) constou de três estudos. No primeiro deles, o protocolo, que passaria a ser referido como "protocolo Barnes-Holmes" em pesquisas posteriores, foi aplicado a 40 participantes no Estudo 1, a 16 no Estudo 2 e a 8 no Estudo 3, com desenvolvimento típico. Este protocolo consiste em uma bateria de 62 questões envolvendo as três molduras dêiticas (interpessoal, espacial e temporal) e combinações delas, resultando em três níveis de complexidade relacional: simples, reversa e duplamente reversa. O protocolo era aplicado duas vezes em

momentos diferentes, em dias consecutivos, de forma que a primeira aplicação era apenas uma prática ou ensaio, e somente os resultados da segunda aplicação foram considerados para a análise, embora não houvessem diferenças significativas entre os resultados de ambas aplicações. Cada tentativa constava de um enunciado apresentando as informações relevantes e duas perguntas a serem respondidas com base nas informações do enunciado. Ambas perguntas deviam ser respondidas de forma correta para que a tentativa fosse considerada correta. A Tabela 1 apresenta a composição do protocolo, indicando a

Tabela 1: Tipos de tentativa.

Complexidade relacional	Quantidade de tentativas por tipo de relação	Exemplos
Relações simples	*Eu – Você (2 tentativas)*	*Eu tenho um tijolo vermelho e você tem um tijolo verde. Qual tijolo eu tenho? Qual tijolo você tem?*
Relações simples	*Aqui – Aí (2 tentativas)*	*Eu estou sentado aqui em uma cadeira azul e você está sentado aí em uma cadeira preta. Onde eu estou sentado? Onde você está sentado?*
Relações simples	*Agora – Naquele momento (4 tentativas)*	*Ontem eu estava assistindo tv. Hoje eu estou lendo. O que eu estou fazendo agora? O que eu estava fazendo ontem?*
Relações simples	*Eu – Você (8 tentativas)*	*Eu tenho um tijolo vermelho e você tem um tijolo verde. Se eu fosse você e você fosse eu, que tijolo eu teria? Que tijolo você teria?*
Relações revertidas	*Aqui – Aí (12 tentativas)*	*Eu estou sentado aqui em uma cadeira azul e você está sentado aí em uma cadeira preta. Se aqui fosse aí e aí fosse aqui, onde eu estaria sentado? Onde você estaria sentado?*
Relações revertidas	*Agora – Naquele momento (16 tentativas)*	*Ontem eu estava assistindo tv. Hoje eu estou lendo. Se ontem fosse hoje e hoje fosse ontem, o que eu estaria fazendo agora? O que eu estaria fazendo ontem?*
Relações duplamente revertidas	*Eu – Você/ Aqui – Aí (6 tentativas)*	*Eu estou aqui sentado na cadeira azul e você está sentado aí na cadeira preta. Se eu fosse você e você fosse eu e aqui fosse aí e aí fosse aqui, onde eu estaria sentado? Onde você estaria sentado?*
Relações duplamente revertidas	*Aqui – Aí / Agora – Naquele momento (12 tentativas)*	*Ontem eu estava sentado aí na cadeira azul, hoje eu estou sentado aqui na cadeira preta. Se aqui fosse aí, e aí fosse aqui e hoje fosse ontem e ontem fosse hoje, onde eu estaria sentado ontem, onde você estaria sentado hoje?*

Fonte: elaborada pelos autores.

quantidade de tentativas relativas a cada uma das relações testadas nos diferentes níveis de complexidade relacional e um exemplo de cada tipo de tentativa.

No primeiro estudo, o protocolo foi aplicado por experimentadores que liam as perguntas para os participantes, pertencentes a cinco faixas etárias diferentes: primeira infância (de 3 a 5 anos), infância média (de 6 a 8 anos), infância tardia (de 9 a 11 anos), adolescência (de 12 a 14 anos), e idade adulta (de 18 a 30 anos). Os resultados desse primeiro estudo mostraram que, de forma geral, para todos os tipos de tentativa, o número de erros cometidos era menor quanto maior era a idade dos participantes. Os dados mostraram também que a moldura temporal parecia ser a mais difícil entre as três, sendo a que os participantes apresentavam maior número de erros. Nas relações revertidas, as perguntas referentes à moldura interpessoal foram mais fáceis (isto é, os participantes erraram menos) do que nas relativas às outras duas molduras dêiticas. Em relação ao nível de complexidade relacional, as relações revertidas foram as que os participantes apresentaram mais erros em comparação com as simples nos três tipos de molduras dêiticas.

Dado que o grupo da primeira infância apresentou um desempenho muito baixo (comparado com o desempenho dos outros grupos etários), em relação às tentativas revertidas e duplamente revertidas. O segundo estudo foi realizado para investigar se esse desempenho se deveu ao aumento da complexidade relacional ou apenas à maior dimensão das sentenças envolvidas nesse tipo de tentativas, o que aumentaria consideravelmente a dificuldade para crianças muito novas, com repertório verbal menos desenvolvido. Nesse estudo participaram 16 novas crianças (8 de 3 a 5 anos de idade e mais 8 crianças de 6 a 8 anos). O mesmo protocolo foi aplicado, no entanto, as tentativas que antes eram revertidas e duplamente revertidas foi eliminada a necessidade de derivar relações, mas manteve-se a dimensão das sentenças originais. Os resultados mostraram que as crianças expostas a essas tentativas apresentaram mais respostas corretas do que as crianças do estudo 1, indicando que os resultados do estudo 1 se deveram à maior complexidade relacional das tentativas, e não à dimensão das sentenças.

Nesse artigo é relatado ainda um terceiro estudo em que se objetivou controlar a variável da interação do experimentador com os participantes, visto que este poderia ter fornecido dicas que orientassem a resposta destes. Assim, o procedimento foi informatizado e aplicado utilizando um computador. O protocolo foi aplicado a um novo grupo de 8 adultos entre 18 e 30 anos. Os resultados mostraram que não houveram diferenças entre a aplicação via computador e a que foi realizada pessoalmente pelos experimentadores.

Uma aplicação informatizada do protocolo

Heagle e Rehfeldt (2006) aplicaram uma versão informatizada do protocolo a 3 crianças com desenvolvimento típico entre 6 e 11 anos de idade para lhes ensinar habilidades de tomada de perspectiva mediante treino de

relações dêiticas dos três tipos (interpessoal, espacial e temporal) e nos três níveis de complexidade já descritos (simples, revertido e duplamente revertido). Além disso, os pesquisadores testaram se houve generalização das respostas treinadas para estímulos novos (diferentes dos usados no treino) e para situações cotidianas na vida das crianças. Os resultados deste estudo demostraram que, de fato, uma história de reforçamento para responder relacional referente às molduras dêiticas pode melhorar a capacidade de tomada de perspectiva. Além disso, um dos participantes apresentou generalização de estímulos para os três níveis de complexidade relacional, outro demonstrou para as relações revertidas e duplamente revertidas, e o terceiro demonstrou para as relações revertidas.

Uma aplicação alternativa com livros infantis

Davlin, Rehfeldt e Lovett (2011), aprofundando a linha de raciocino do estudo anteriormente referido, desenvolveram um novo protocolo a partir de 21 livros de histórias infantis para apresentar para os participantes (3 crianças entre 5 e 7 anos de idade) cenários de Tomada de Perspectiva contextualizados. O propósito do estudo foi verificar se este novo protocolo poderia ser utilizado para avaliar e treinar as habilidades de Tomada de Perspectiva em crianças com desenvolvimento típico em um contexto de histórias infantis. Os resultados mostraram melhora substancial no desempenho das crianças, visto que as três dominaram os três tipos de relações treinadas após 3 a 9 aplicações do protocolo por um treino de múltiplos exemplares. Após o treino com um conjunto específico de estímulos, todos demonstraram emergência de relações dêiticas não treinadas com novo conjunto de estímulos durante o pós-teste.

Achados experimentais em indivíduos com transtorno do espectro autista (TEA)

Pesquisas realizadas com indivíduos autistas têm demonstrado que estes apresentam baixos desempenhos em tarefas de ToM, e que estes déficits são, pelo menos em parte, responsáveis pela gama de dificuldades sociais apresentadas por eles. Crianças com desenvolvimento típico somente apresentam dificuldades nessas tarefas quando bebês ou quando muito pequenas (abaixo de quatro anos de idade). Diferente dos indivíduos com autismo, visto que as evidências mostram que estes continuam a apresentar déficits mesmo com o avanço da idade (Baron-Cohen, 1992). Apesar da Psicologia do Desenvolvimento sugerir que o aumento do desempenho nessas tarefas está relacionado com processos biológicos de maturação, já que as melhoras são vistas a partir dos quatro anos de idade da criança, tem crescido o número de estudos examinando a influência da experiência no aprendizado deste repertório.

A primeira investigação com participantes com desenvolvimento atípico

O estudo de Rehfeldt, Dillen, Ziomek e Kowalchuk (2007) foi o primeiro a investigar

empiricamente déficits em responder relacional derivado em tomada de perspectiva em população autista. Foram realizados dois estudos, o primeiro investigou se crianças com autismo apresentavam déficits em responder relacional em tarefas de tomada de perspectiva quando comparados com seus pares com desenvolvimento típico. Para isto, foram comparados os desempenhos de nove crianças com autismo de alto-funcionamento (ou Síndrome de *Asperger*) e nove crianças com desenvolvimento típico em uma versão modificada do protocolo Barnes-Holmes. Os dados apresentam uma relação direta entre o aumento do número de erros em paralelo com o aumento dos níveis de complexidade relacional do protocolo para os participantes autistas, sendo observadas uma concentração maior de erros no nível de complexidade revertido em comparação com seus pares com desenvolvimento típico.

O segundo estudo investigou se havia correlação entre a acurácia em tarefas de tomada de perspectiva e desempenhos em instrumentos padronizados comumente utilizados para diagnosticar autismo. Também investigou se haveria melhora no repertório de responder relacional em tomada de perspectiva após uma história de reforçamento para comportamentos desta natureza para duas crianças com desenvolvimento típico. De maneira resumida, ambos participantes apresentaram critério de aprendizagem para os três tipos de relações dêiticas, isto é, para os comportamentos de mudar a perspectiva entre eu-e-você, aqui-e-aí, e entre agora-e-naquele momento. O protocolo foi efetivo para ensinar as três molduras relacionais dêiticas que especificam a relação entre os estímulos em relação à perspectiva do falante. Em relação ao nível de complexidade das relações ensinadas, as relações simples foram as mais facilmente aprendidas e para as revertidas foi necessário mais treino, sendo consistente com os resultados do estudo 1. Os resultados dos dois estudos demonstraram que este arranjo de contingências de reforçamento pode ser eficaz para aumentar desempenhos de crianças com desenvolvimento típico, e ainda, que o responder relacional derivado exibe um papel importante na questão da tomada de perspectiva. No artigo, os autores sugerem para pesquisas futuras incorporar testes de generalização para novos estímulos e novas tarefas, especialmente com situações sociais cotidianas em contexto natural.

Uma aplicação com autistas de alto funcionamento

No estudo de Lovett e Rehfeldt (2014), foram investigados os efeitos da aplicação de uma versão modificada e informatizada do protocolo Barnes-Holmes de tomada de perspectiva para três adolescentes com diagnóstico de Síndrome de *Asperger* (17-18 anos). Além disso, foi avaliada a generalização deste repertório utilizando duas avaliações padronizadas de Teoria da Mente antes e depois do ensino utilizando o protocolo. As tentativas de avaliação e ensino foram apresentadas em um laptop em formato de texto, e por isto, foi garantido antes de iniciar a pesquisa que nenhum dos participantes apresentavam dificuldades com compreensão de leitura. Cada tentativa consistia na apresentação de duas a

quatro sentenças descrevendo a perspectiva de um personagem (retirada do *Social Language Development Scenes Adolescent Therapy Cards*, visando garantir cenários relevantes para esta população), e uma pergunta que contemplava a perspectiva do personagem. Quatro opções de respostas textuais eram apresentadas abaixo na mesma tela.

Foi utilizado um delineamento de linha de base múltipla concorrente entre participantes, isto é, assim que o primeiro participante atingisse critério de desempenho no protocolo, todos participantes eram testados. Ao mesmo tempo, assim que o primeiro participante demonstrasse critério de aprendizagem no pós-teste o treino era iniciado para o segundo participante, e assim por diante. Outras medidas secundárias incluíram desempenhos em dois instrumentos padronizados, o *Social Language Development Test Adolescent e o Theory of Mind Inventory*.

Este estudo foi o primeiro a demonstrar que crianças com autismo conseguem aprender relações dêiticas via procedimentos operantes utilizando o protocolo Barnes-Holmes. Além disso, o delineamento escolhido possibilitou observar que os desempenhos em cada um dos níveis de complexidade não aumentaram até que fossem diretamente treinados. Este importante achado ampara a proposição da Teoria das Molduras Relacionais de que este repertório emerge a partir de uma história de reforçamento de responder relacionalmente às molduras dêiticas interpessoais, espaciais e temporais, que mesmo integradas na compreensão da Tomada de Perspectiva, são aprendidas individualmente (Weil et al., 2011).

Apesar dos aumentos dos desempenhos nas relações dêiticas, os desempenhos nos testes de ToM não apresentaram mudanças significativas, demonstrando que o treino pelo protocolo Barnes-Holmes não foi suficiente para produzir mudanças generalizadas em comportamentos de tomada de perspectiva como medidos pelos testes de ToM. Os autores indicam que pesquisas futuras investiguem comportamentos pré-requisitos necessários para apresentação de desempenhos acurados em tarefas de ToM e de outras tarefas de tomada de perspectiva.

Ensino de um pré-requisito para a tomada de perspectiva

A literatura recente tem indicado que a habilidade de seguir a direção do olhar de outra pessoa é um dos primeiros pré-requisitos para o desenvolvimento de comportamentos mais amplos de tomada de perspectiva (Dube, MacDonald, Mansfield, Holcomb, & Ahearn, 2004; Whalen & Schreibman; Tomasello, 1995). Neste estudo os autores propuseram um treino de múltiplos exemplares via ensino de discriminações condicionais em cartões, para ensinar crianças autistas a responder à direção do olhar de outro indivíduo. Também foram testadas generalização para estímulos não treinados e testes em ambiente natural análogo.

As tentativas eram apresentadas em formato de *matching to sample* (emparelhamento segundo o modelo), sendo o modelo sempre uma fotografia de uma face de perfil direcionada para uma figura à sua esquerda ou direita. Três crianças com autismo de 3 a 5 anos de idade aprenderam a indicar o objeto

para o qual o estímulo modelo estivesse direcionado após dada a instrução "o que ele vê?". Os cartões consistiam na apresentação do modelo (face de perfil) no centro, e quatro figuras dispostas ao redor deste (à direita, à esquerda, acima ou abaixo). Os pesquisadores utilizaram diferentes tamanhos de setas como dicas visuais (que partiam dos olhos do modelo até a figura que estivesse na direção correta), para facilitar a indicação do estímulo condicional correto (i.e., cabeça direcionada para a direita ou esquerda) em relação ao estímulo discriminativo correto (i.e., objeto na linha de direção de olhar do modelo).

O aumento do número de respostas corretas dos participantes durante o treino, e nos testes de generalização com novos estímulos, indicam a potencialidade do procedimento para ensinar o comportamento alvo (seguir a direção do olhar de outro indivíduo). No entanto, foram observados graus variados de respostas corretas nos testes de ambiente natural, entre 44% e 66% de acertos para os três participantes. Foram relatadas limitações da transposição do procedimento de mesa para o de ambiente natural, já que o número de distratores no contexto natural era relativamente maior, e que a mudança do teste para estímulos tridimensionais pode ter dificultado a generalização. Deste modo, indicam uma transposição mais gradual do treino de mesa para situações de dia-a-dia, objetivo final da intervenção proposta.

Considerações finais

O desenvolvimento de um protocolo para o estudo da tomada de perspectiva, partindo de uma visão comportamental permite vários avanços. Esse tema de pesquisa, pouco investigado por analistas do comportamento, a partir desse protocolo permitiu mostrar novas possibilidades nesse campo. Uma mais amplamente discutida nos estudos apresentados é utilizá-lo como um instrumento de intervenção que capacita o desenvolvimento desse repertório comportamental. As pesquisas aqui relatadas, em sua maioria, apresentaram resultados positivos com a aplicação desse protocolo.

Apesar dos resultados positivos alcançados até o momento, ainda é preciso destacar que as características das tentativas apresentadas exigem uma população que apresente repertório verbal bem desenvolvido. Isso têm permitido a aplicação desse tipo de protocolo, no que diz respeito a participantes com atraso de desenvolvimento, apenas para aqueles de alto funcionamento. Uma proposição simplificada desse protocolo que abarque tarefas realizáveis mesmo por indivíduos com repertório verbal pequeno ou ausente é algo relevante que merece esforços para seu desenvolvimento. O desenvolvimento de um protocolo com essas características poderia potencialmente produzir intervenções para comportamentos humanos complexos aplicáveis para uma variedade de déficits e populações clínicas. Devemos destacar, no entanto, que este não é um esforço pequeno, visto que essas tarefas não são tarefas simples, uma vez que os comportamentos de inferir pensamentos, sentimentos e emoções de outros exigem de fato um repertório verbal substancial por tratarem exclusivamente de relações arbitrárias entre estímulos.

Uma alternativa para essas dificuldades, em lidar com esse tipo de comportamento, seria a proposição de uma operacionalização mais pormenorizada desses comportamentos de tomada de perspectiva. Tal operacionalização permitiria tanto o conhecimento de importantes relações entre variáveis antecedentes e consequentes que controlam esses comportamentos, como também um aprofundamento sobre outros tipos de comportamentos mais básicos que poderiam ser considerados pré-requisitos. Além disso, considerando que esse comportamento, como definido pela TRM, pressupõe a interação de diferentes molduras relacionais dêiticas (temporais, interpessoais e espaciais) um maior conhecimento dos contextos de treinos de múltiplos exemplares que elas são tipicamente aprendidas, nos permitiria acessar elementos adicionais para um conhecimento mais aprofundado desse fenômeno.

Referências

Baer D.M, Deguchi H. (1985) Generalized imitation from a radical-behavioral view-point. In: Reiss S, Bootzin R, editors. *Theoretical issues in behavior therapy.* New York: Academic Press; 1985.

Barnes-Holmes, Y., McHugh, L., & Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-taking and Theory of Mind: A relational frame account. *The Behavior Analyst Today*, 5(1), 15–25.

Baron-Cohen, S. (2001). Theory of mind in normal development and autism. *Prisme, 34*, 174–183.

Baron-Cohen, S. (1992). Out of sight or out of mind: another look at deception in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33*, 1141–1155.

Carpendale, J. I., & Lewis, C. (2006). *How children develop social understanding*. Malden: Blackwell Publishing.

Carlo, G., Knight, G. P., McGinley, M., Goodvin, R., & Roesch, S. C. (2010). *The developmental relations between perspective taking and prosocial behaviors: A meta-analytic examination of the task-specificity hypothesis.* New York: Oxford University Press.

Davlin, N. L., Rehfeldt, R. A., & Lovett, S. (2011). A Relational Frame Theory approach to understanding perspective-taking using children's stories in typically developing children. *European Journal of Behavior Analysis, 12*, 403–430.

Dube,W. V., MacDonald, R. P. F., Mansfield, R. C., Holcomb,W. L., & Ahearn,W. H. (2004). Toward a behavioral analysis of joint attention. *The Behavior Analyst*, 27, 197–207.

Dymond S., Rehfeldt R.A. (2000) Understanding complex behavior: The transformation of stimulus functions. *The Behavior Analyst,23*:239–254.

Dymond, S. & Roche, B. (2013) *Advances in Relational Frame Theory:Research & Application.* New Harbringer: Context Press.

Epley, N., Morewedge, C., & Keysar, B. (2004). Perspective taking in children and adults: Equivalent egocentrism but differential correction. *Journal of Experimental Social Psychology, 40*,760–768.

Gould, E., Tarbox, J., O'Hora, D., Noone, S., & Bergstrom, R. (2011). Teaching children with autism a basic component skill of perspective-taking, *Behavioral Interventions, 26*, 50-66.

Klin, A., Schultz, R., & Cohen, D. (2000). Theory of mind in action: developmental perspectives on social neuroscience. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from developmental neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.

Hayes, S. C. Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition.* New York: Plenum Press.

Heagle, A. I., & Rehfeldt, R. A. (2006). Teaching perspective-taking skills to typically developing children through derived relational responding. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention, 3*, 1–34.

Howlin, P., Baron-Cohen, S., & Hadwin, J. (1999). *Teaching children with autism to mindread:* Wiley.

Lovett, S., & Rehfeldt, R. A. (2014). An evaluation of multiple exemplar instruction to teach perspective-taking skills to adolescents with Asperger Syndrome. *Behavioral Development Bulletin, 19* (2), 22-36.

McHugh, L., Barnes-Holmes, Y., & Barnes-Holmes, D. (2004). Perspective-taking as relational responding: a developmental profile. *The Psychological Record, 54*, 110–135.

Moll, H., & Meltzoff, A. N. (2011). How does it look? Level 2 perspective-taking at 36 months of age. *Child Development, 82*, 661–673.

Mori, A. & Cigala, A. (2015) Perspective Taking: Training procedures in developmentally typical pre-schoolers. Differente intervention methods and their effectiveness. *Educ Psychol Rev.* DOI 10.1007/s10648-015-9306-6

Rehfeldt, R. A., Dillen, J. E., Ziomek, M. M., & Kowalchuk, R. K. (2007). Assessing relational learning deficits in perspective-taking in children with high-functioning Autism Spectrum Disorder. *The Psychological Record, 57*, 23–47.

Stewart, I. (2015) The fruits of a functional approach for psychological science. *Internatinal Journal of Psychology.* DOI: 10.1002/ijop.12184

Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to Relational Frame Theory and Its Clinical Application.* Oakland: Context Press.

Zettle, R. D., Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Biglan, A. (2016) *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science.* John Wiley & Sons.

Whalen, C., & Shreibman, L. (2003). Joint attention training for childrenwith autismo using behavior modi¢cation procedures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 44* (3), 456–468.

Weil, T. M., Hayes, S. C., & Capurro, P. (2011). Establishing a deictic relational repertoire in young children. *The Psychological Record, 61*, 371–390.

A resistência do cliente sob um enfoque comportamental: um estudo de caso

A behavioristic view of the client's resistance: a case study

Diovani Cavalheiro Palha
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
diovanihc@hotmail.com

Ronaldo Rodrigues Teixeira Junior
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Resumo

Este trabalho teve como objetivo apresentar um caso clínico em que a cliente apresentou resistência à mudança. Joana (nome fictício), 26 anos, procurou atendimento com queixa de ciúme excessivo em relação ao namorado e ansiedade. Uma avaliação funcional apontou que a cliente encontrava-se privada de reforçadores e o controle do namorado reduzia momentaneamente sua ansiedade e insegurança quanto a ser traída. O principal objetivo do atendimento foi a diminuição do controle sobre a vida do namorado através do estabelecimento de reforçadores alternativos positivos, porém apesar de Joana concordar verbalmente com o terapeuta, não se empenhava na realização das atividades. Outras estratégias foram tentadas, mas após 48 sessões, o atendimento foi encerrado devido à falta de progresso e a uma sequência de faltas, atrasos e remarcações. Discutiu-se que a resistência deve ser explicada por múltiplos fatores, relacionando as características do cliente, com as do terapeuta e com o processo de supervisão.

PALAVRAS-CHAVE

Terapia analítico-comportamental;
Ciúme;
Controle;
Habilidades terapêuticas;
Supervisão.

Abstract

This paper aimed to present a case study in which the client was resistant to change. Joana (fictitious name), 26 years old, came to therapy complaining about excessive jealousy of his boyfriend and anxiety. A functional analysis pointed out that the client was deprived of reinforcers and that controlling her boyfriend could briefly reduced her anxiety and insecurity about being betrayed by him. The main purpose of therapy was the reduction of control over her boyfriend's life through the establishment of alternative positive reinforcers, but despite Joana had agreed verbally with the therapist over the sessions, she did not engage in activities. Other strategies were attempted but after 48 sessions, therapy was ended due to lack of progress and to a sequence of absences, delays and markdowns. It was argued that resistance should be explained by multiple factors, related to the client's characteristics with those of therapist and supervision process.

KEYWORDS

Analytic-behavioral therapy;
Jealousy;
Control;
Therapeutic abilities;
Supervision.

Kohlenberg e Tsai (2001/1991) propuseram uma forma de terapia comportamental fortemente baseada na importância da relação terapêutica, a Psicoterapia Analítico Funcional (FAP). Considerando que um dos principais componentes para o sucesso da intervenção psicoterápica é a relação terapêutica e que um importante instrumento de trabalho do terapeuta é a fala, grande parte das intervenções nas sessões acabam ocorrendo na forma de interações verbais.

De acordo com Catania (1999/1998), alterações no comportamento verbal de uma pessoa podem favorecer alterações no seu comportamento não verbal, porém não são garantia dessa mudança. Assim, se poderia supor que aspectos da relação terapêutica também poderiam interferir no nível de controle que as verbalizações do terapeuta tem sob o cliente, sendo que tanto o cliente deveria ficar atento às recomendações do terapeuta, quanto o terapeuta deveria ficar sensível a possíveis limitações ou dificuldades do cliente.

Malerbi (2000) alerta para o fato de que o cliente nem sempre está disposto a seguir as recomendações terapêuticas, sendo a pobre adesão ao tratamento um grande problema dos profissionais da área da saúde em geral. Vários fatores contribuem para a não adesão ao tratamento, dentre eles, a complexidade do tratamento. Para a autora, quanto mais complexo um tratamento, menor a probabilidade do cliente seguir as recomendações terapêuticas de forma satisfatória. Se o tratamento proposto incluir mudanças no estilo de vida, como dieta ou atividade física, ou mesmo fazer coisas que a pessoa raramente ou nunca faz na sua vida cotidiana, será grande a probabilidade da pessoa não aderir.

Ribeiro (2001) afirma que todo o processo de intervenção psicoterapêutica deve ficar claro para o cliente, mas muitas vezes as instruções e recomendações que o terapeuta fornece podem não ser apresentadas da melhor forma. Essas instruções e recomendações, bem como avisos, conselhos, sugestões e leis, são diferentes formas de regras (Skinner, 1966), que se não especificam de forma apropriada o que a pessoa deve ou não fazer, em que contexto, ou qual a consequência, também podem dificultar com que sejam seguidas. Contudo, mesmo quando o terapeuta está atento a isso, Bischoff e Tracey (1995) ressaltam que o cliente ainda pode apresentar algum tipo de oposição ao processo terapêutico ou ao terapeuta, o que tem sido chamado de resistência à mudança.

Guilhardi (2002), define resistência do cliente à mudança como uma relação de controle e contra-controle entre cliente e terapeuta. O terapeuta tenta controlar o comportamento do cliente que, por sua vez, contra-controla o comportamento do terapeuta a partir de comportamentos de fuga e esquiva, de extinção ou de punição. Esse fenômeno chama a atenção, já que se espera que uma vez que o cliente procura a terapia quando está vivendo uma situação desconfortável e que lhe provoca algum grau de sofrimento, pode-se criar a falsa expectativa de que esse irá fazer tudo o que o terapeuta recomenda. Acontece tanto do cliente não concordar com as análises do terapeuta e não fazer o que o terapeuta recomenda, quanto também dele concordar com as análises e mesmo assim não seguir as recomendações.

No primeiro caso, clientes que procuram a terapia podem chegar já com uma análise pronta de seus problemas baseada no conhecimento adquirido ao longo de sua vida, bem como uma ideia de como seria o melhor procedimento de intervenção por parte do terapeuta. Para Kerbauy (2002), nessa situação, o cliente pode manipular o terapeuta para conduzir a análise de forma que esta melhor se adeque a suas próprias expectativas, mudando de assunto ou fazendo relatos triviais detalhados. Já no segundo caso, o cliente pode concordar com as análises do terapeuta e se dispor a seguir suas recomendações, mas encontrar dificuldades em seguir as recomendações do terapeuta, seja por ter um repertório comportamental insuficiente ou pelo possível alto custo da resposta de mudança. Ou ainda o cliente pode falar que concorda com tudo durante a sessão apenas para evitar uma possível aversividade em contrariar o terapeuta.

Nesse sentido, Regra (2010) acrescenta que a resistência à mudança também pode estar relacionada a uma falta de conhecimento por parte do terapeuta das variáveis das quais o comportamento do cliente é função, ou ainda a uma falta de conhecimento de como alterar determinadas classes de respostas. Como a resistência do cliente à mudança é um produto da interação entre terapeuta e cliente, da mesma forma que algumas características do cliente podem favorecer ou não o bom andamento da terapia, características do terapeuta também podem influenciar no sucesso do processo terapêutico. Wielenska (2000) aponta como exemplos de habilidades importantes do terapeuta comportamental ele ser sensível, honesto e interessado na interação com o cliente, além de ter domínio do arcabouço teórico específico, ser capaz de atuar com sigilo, ter um conhecimento amplo das técnicas a seu dispor e se colocar além do julgamento moral do cliente.

De acordo com Meyer e Vermes (2001), o estabelecimento e a manutenção de uma relação terapêutica satisfatória estão diretamente relacionados às habilidades e características pessoais do terapeuta. Assim, um terapeuta pouco empático ou com uma postura excessivamente diretiva, por exemplo, pode levar o cliente a emitir comportamentos de fuga e esquiva em relação à terapia. Zaro, Barach, Nedelman e Dreiblatt (1980/1977), ressaltam, entretanto, que em casos específicos de resistência, pode ser necessária uma postura mais desafiadora por parte do terapeuta, principalmente nos momentos de confrontação. Mas principalmente quando o terapeuta é iniciante, torna-se difícil observar esse repertório mais refinado.

Castanheira (2002) afirma que certa ansiedade e insegurança são consideradas normais nos primeiros atendimentos e tendem a diminuir com a experiência, mas a falta de habilidades importantes do terapeuta, tanto para estabelecer uma boa relação terapêutica quanto para fazer intervenções, devem ser treinadas como forma de garantir o maior sucesso no processo terapêutico. Segundo Moreira (2003), o supervisor desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de habilidades necessárias para uma atuação profissional satisfatória, pois principalmente a partir de instruções de como se comportar, o

terapeuta em formação pode aprender a discriminar de forma mais rápida alguns aspectos de sua interação com o cliente. Para Banaco (1993) muito provavelmente todo terapeuta iniciante se comportou nos primeiros atendimentos seguindo regras de seus professores, mas sempre que estas se mostrarem insuficientes, o supervisor também poderá modelar diretamente o comportamento do aluno com, por exemplo, ensaios comportamentais.

Considerando que os estudos citados da literatura destacam diferentes aspectos da resistência à mudança em um nível principalmente teórico, este trabalho teve como objetivo apresentar em detalhes um caso clínico em que a cliente apresentou resistência, relacionando com suas características, com as do terapeuta em formação e com o processo de supervisão.

Método

Participante

Joana (nome fictício), 26 anos de idade, sexo feminino, estudante universitária. A cliente foi informada sobre sua participação na pesquisa[1], assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Contexto

O período de atendimento foi de 03 de novembro de 2011 até 14 de junho de 2013 totalizando 48 atendimentos, tendo sido realizado em uma das salas do ambulatório do hospital universitário de uma universidade pública. Os atendimentos foram conduzidos pelo primeiro autor, aluno do curso de Psicologia, sob supervisão do professor da instituição, segundo autor e orientador deste trabalho.

Procedimento

A ficha da cliente foi escolhida de forma aleatória pelo autor e os atendimentos ocorreram uma vez por semana. Todos os atendimentos passavam por supervisão, que consistia no relato verbal do caso pelo estagiário e orientações do supervisor. As sessões tinham duração de 50 minutos e inicialmente foram realizadas apenas com a cliente. A partir da 35ª sessão, os atendimentos passaram a ser intercalados, acontecendo um atendimento com a cliente em uma semana e um atendimento com a cliente e seu namorado juntos em outra, cada um com a duração de 50 minutos.

Registro

O conteúdo de cada sessão foi anotado pelo estagiário com papel e caneta após o término de cada atendimento (não foram feitas anotações durante o atendimento). As anotações geravam um relatório semanal de aproximadamente três páginas elaborado pelo estagiário, que foi corrigido e arquivado pelo supervisor. Os dados utilizados nesse trabalho

1 Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul em 27/06/2013. Número do Parecer: 320.350.

foram extraídos desses registros. Não foram utilizadas gravações.

Descrição do caso

Joana procurou atendimento com queixa de ciúmes e ansiedade. Ela era estudante universitária, não trabalhava e morava com a mãe e o irmão mais novo. O pai era falecido, havia suicidado há cerca de dois anos. Joana iniciou o atual relacionamento na mesma época da morte do pai e, na ausência do namorado, a cliente dizia sentir-se ansiosa, o que a fazia ligar para ele diversas vezes por dia. Caso ele não atendesse, ela dizia que a ansiedade tornava-se insuportável. Em uma ocasião, chegou a ligar mais de 200 vezes para ele em um único dia, fato que fez com que o namorado lhe pedisse para procurar atendimento psicoterápico.

Entrevistas iniciais (da 1ª a 9ª sessão)

Nos primeiros atendimentos, três assuntos foram recorrentes no discurso da cliente: namorado, morte do pai e tratamentos anteriores.

Sobre o namorado, a cliente disse que quando iniciaram o relacionamento, ele frequentava aulas de dança. Ela começou a frequentar também, mas após quatro meses as aulas foram interrompidas porque ela começou a se sentir incomodada com o fato de ele dançar com outras mulheres. Segundo a cliente, ela não se empenhava em nenhuma outra atividade além dos estudos, disse que tinha poucas amigas, e apenas uma que ela visitava "regularmente" (uma vez a cada seis meses). Dedicava todo seu tempo livre para o namorado e, mesmo quando ele não estava disponível, ela monitorava a vida dele nas redes sociais. Ela disse que tinha todas suas senhas e que as brigas eram frequentes, por qualquer motivo. O namorado também era estudante, trabalhava e praticava ciclismo regularmente. Ela dizia não gostar quando ele saía para treinar, relatando que em uma ocasião que ele ia viajar para competir, ela desativou o despertador do celular dele sem que ele percebesse, fazendo, assim, com que ele perdesse o horário e não viajasse. Esse relacionamento foi o terceiro da vida da cliente, sendo que ela relatou ter sido traída pelos dois namorados anteriores.

Sobre o pai, Joana contou que tinha uma boa relação com ele, sendo mais próxima dele do que da mãe. De acordo com a cliente, a morte do pai aconteceu devido a divergências na partilha dos bens de sua família. Ele suicidou enforcado em uma ponte próxima de sua casa, e deixou um bilhete para os irmãos no qual dizia que estava sofrendo uma grande injustiça. Joana disse que quando notou que o pai não estava em casa, ligou insistentemente no seu celular antes dos vizinhos darem a notícia. Quando ficou sabendo da morte do pai, ela procurou o atual namorado, que na época era apenas um amigo, mas que também tinha perdido o pai recentemente. Eles se aproximaram e toda vez que ela começava a pensar no pai, ligava pra ele. Eles passavam muito tempo juntos e ele terminou com uma namorada para ficar com Joana. Ela disse também que nunca mais falou com os familiares citados no bilhete deixado pelo pai.

Sobre tratamentos anteriores, a cliente disse que já tinha procurado ajuda psicológica em três ocasiões. Na primeira vez iniciou tratamento com uma psicóloga quando ainda era adolescente por sentir que morreria de forma súbita, mas interrompeu o atendimento depois de cerca de dois meses por não ter gostado da previsão de duração do tratamento dada pela psicóloga. Na segunda vez que procurou atendimento, já durante o relacionamento atual e com a mesma queixa de ciúmes e ansiedade, iniciou tratamento com uma psicóloga de uma instituição religiosa, mas interrompeu cerca de dois meses após o início, por não sentir-se satisfeita com a qualidade do atendimento. Na terceira vez que procurou atendimento, iniciou tratamento com uma psicóloga do hospital universitário mas após cerca de dois meses optou por trocar pelo terapeuta atual quando o mesmo fez contato por telefone e falou da disponibilidade de atendimento pelo estágio no mesmo local.

Avaliação funcional (10ª e 11ª sessões)

De acordo com as informações obtidas, uma formulação do caso foi construída, na qual notou-se que a cliente apresentava excessos comportamentais em relação a ciúme, ansiedade e controle da vida do namorado. Esse controle pode ser definido como uma relação de dependência entre resposta e consequência, em que, tanto respostas emitidas pelo namorado eram consequenciadas pela cliente, quanto respostas emitidas pela cliente produziam consequências por parte do namorado que mantinham essa relação.

Alguns dados de sua história chamaram a atenção, como a perda de seu pai de maneira muito aversiva. Na ocasião, não teve qualquer controle sob a situação, e o fato de não se relacionar tão bem com a mãe, outros familiares e amigos pode ter deixado a cliente privada de reforçadores. As tentativas seguidas de ligar para o pai sem ainda saber que ele tinha falecido e o envolvimento quase imediato com o atual namorado, que ocupou função reforçadora similar ao do pai na vida da cliente, mostram uma tentativa de esquiva da cliente de ficar sozinha. Somando-se a isso o fato dela já ter sido traída no passado por outros namorados, sentimentos intensos de ansiedade, ciúme e insegurança eram novamente experimentados aumentando a probabilidade de comportamentos de controle como forma de evitar lidar com essas dificuldades. Assim, ligar excessivamente para o namorado ou conferir o que faz nas redes sociais adquire função de fuga, pois reduzia momentaneamente sua ansiedade. Porém, no longo prazo, trazia sofrimento a cliente, que não conseguia relaxar e ficar sensível a outros reforçadores naturais do ambiente, além de prejudicar sua relação com o namorado.

Todas essas análises foram apresentadas à cliente como forma de aumentar seu autoconhecimento, e os objetivos do atendimento foram definidos como: diminuir o controle sobre a vida do namorado através do estabelecimento de reforçadores alternativos positivos; aumentar a sensibilidade e tolerância da cliente a contingências aversivas através de uma exposição gradual a essas situações; melhorar a qualidade de sua relação com o namorado e em outros contextos com o

treino de algumas habilidades sociais como assertividade e expressão de sentimentos. A ênfase das intervenções ficou, portanto, não diretamente na questão do ciúme, mas sim na construção de um repertório alternativo que fizesse com que o ciúme excessivo perdesse sua função.

Intervenções (da 12ª a 48ª sessão)

Em um primeiro momento, o terapeuta perguntou para a cliente que atividades que não envolvessem o namorado ela teria interesse em realizar, e com base nas respostas da cliente, foram planejadas as intervenções. A primeira atividade proposta pelo terapeuta e aceita pela cliente foi uma visita à casa de sua melhor amiga com a finalidade de aproximá-la do convívio de outras pessoas além do namorado. Na mesma sessão foi investigado o possível interesse da cliente em outras atividades reforçadoras alternativas. A cliente manifestou interesse em fazer aulas de aeróbica, o terapeuta sugeriu então que Joana se informasse também sobre a disponibilidade dessas aulas em alguma academia acessível para ela.

Na sessão seguinte, a cliente disse que ligou e marcou a ida à casa da amiga, mas que no dia planejado choveu e ela não pôde ir. Em relação às aulas de aeróbica, ela buscou informações mas a academia perto de sua casa não disponibilizava aulas em horários que ela podia. O terapeuta, perguntou se ela teria interesse em fazer musculação, por ser disponibilizada em horários mais flexíveis, a cliente aceitou e ficou combinado de tentar novamente ir na casa da amiga. Porém, na outra sessão a cliente disse que não se sentiu motivada para ir à casa da amiga e, dessa vez, nem telefonou. Disse também que, após pensar melhor, concluiu que não estava disposta a fazer musculação. O terapeuta então retomou tudo o que foi discutido na formulação, mostrando a importância de tentar achar atividades alternativas como forma de diminuir a pressão sobre o namoro. A cliente concordava com o terapeuta, mas depois acabava desviando do assunto, contando sobre alguma briga com o namorado.

Com base nisso, em sessões posteriores, o terapeuta tentou levantar com a cliente outras possibilidades de atividades que ela poderia realizar. Mas como a cliente não soube dizer outras atividades que poderia ter interesse, o terapeuta tentou auxiliar sugerindo diretamente outras atividades como aulas de dança, de idiomas, caminhadas no parque e até a adoção de um animal de estimação, porém todas foram recusadas com justificativas diferentes. O terapeuta então mostrou para a cliente uma lista com todas as opções fornecidas e a recusa dela em todas elas, dizendo que para conseguir mudanças do que se queixava, ela deveria se empenhar em fazer algo diferente. A cliente falou que poderia caminhar no quarteirão de sua casa, porém após ter feito uma ou duas vezes, logo interrompeu porque segundo ela precisava dedicar seu tempo para estudar para as provas de final de semestre.

O terapeuta começou a notar a dificuldade de Joana em cumprir as metas estabelecidas e a resistência apresentada por ela começou a ser discutida em supervisão. Como as férias

estavam se aproximando e a cliente não parecia estar comprometida com a terapia, o terapeuta questionou a cliente se ela de fato estava interessada no processo. Ela respondeu que sim, mas que não sentia vontade de fazer nada sem o namorado. Nesse momento o terapeuta não soube acolher adequadamente o que a cliente sentia nem se aprofundou nas razões que ela apresentava em engajar-se em mudanças. Apenas perguntou então se tinha algo além dele que poderia fazer nas férias, ela respondeu que poderia ir uma vez à casa da amiga, além de estudar.

No primeiro atendimento após as férias, já na 18ª sessão, o terapeuta notou que a cliente estava vestida de forma diferente, parecendo mais preocupada com a própria aparência. No início da sessão a cliente informou que alguns dias depois do último atendimento, ela e o namorado tiveram uma briga e terminaram. Segundo ela, ele disse que não aguentava mais seu controle e que sua última esperança tinha sido a terapia, porém após seis meses não via nenhum resultado. Depois disso a cliente então se matriculou na academia para aulas de musculação e aeróbica, além de se inscrever para aulas de dança na universidade. Após essas mudanças, cliente e namorado conversaram novamente e decidiram voltar o namoro. A cliente disse que estava gostando de ir à academia e que não faltava, estava se sentindo bem, mais confiante, saudável e bonita. O terapeuta elogiou as mudanças, mas destacou que estas só ocorrerem depois do término, e que deveria procurar ficar sensível aos efeitos que as mudanças tinham para ela e não sob controle do namoro.

Algumas sessões depois, após uma nova briga com o namorado, ele terminou novamente. O terapeuta ressaltou que ela própria já tinha notado os benefícios das atividades que estava fazendo e que seria importante que não as abandonasse. A cliente concordou e disse que pretendia continuar, tentando sair mais com amigos e evitando ficar em casa sozinha. Porém, uma semana após ter terminado, ela o procurou e o casal retomou novamente a relação, deixando de fazer as atividades. O terapeuta chamou a atenção para a repetição do padrão em que o namorado terminava, ela corria atrás dele e eles voltavam, e que quando fazia isso não resolvia o problema. Em supervisão se notou uma tentativa do terapeuta seguir as orientações do supervisor com base nos objetivos iniciais estabelecidos na formulação do caso, mas, até esse ponto, não se cogitou fazer uma reavaliação das análises com base nas dificuldades encontradas no processo.

Na semana seguinte, o namorado terminou com a cliente pela terceira vez. Durante esse novo período de término, a cliente continuou sem frequentar a academia, mas procurou os amigos, saindo para jogar basquete e passando o fim de semana na casa de uma amiga. Porém, na outra semana o casal retomou o relacionamento pela terceira vez. O terapeuta apontou para a cliente que quando as coisas ficavam ruins, ela fazia o que era recomendado, mas assim que melhoravam, ela parava de fazer. Nas sessões seguintes, todas as vezes que o terapeuta confrontava a cliente sobre sua dificuldade em fazer o que estava sendo proposto na terapia, Joana desviava o assunto, falando sobre as vantagens de outras

abordagens em Psicologia ou de como pessoas que conhecia tinham melhorado em poucas sessões. Como o terapeuta não questionava essas falas da cliente, o supervisor discutiu a passividade do mesmo nessas sessões, que acabava tendo seu comportamento punido pela cliente quando ele tentava fazer intervenções. Entretanto, não se discutiu de forma mais detalhada, sobre a aversidade do processo terapêutico para o próprio terapeuta e para a cliente que, ao fugir ou se esquivar das atividades propostas, demonstrava que as mesmas não estavam sob controle de reforçadores positivos.

A partir da 26ª sessão, acertou-se em supervisão que todas as falas da cliente envolvendo o namorado passariam a não ser mais reforçadas na sessão, em uma tentativa de mudar a estratégia de intervenção. Juntamente com a extinção de falas sobre o namorado, optou-se por iniciar um procedimento de sensibilização da cliente à sua própria situação, com perguntas reflexivas acerca de sua condição. Assim, em certa ocasião o terapeuta perguntou: quem é você? A cliente respondeu com seu nome. Prosseguiu perguntando o que ela fazia. A cliente respondeu seu curso de graduação. O terapeuta então perguntou o que ela fazia para se divertir. Como resposta disse que saía com o namorado para comer, assistir filmes ou fazer qualquer outra coisa com ele. O terapeuta falou então que se a vida dela é ele, e ficar com ele é a coisa mais divertida que ela conseguia fazer, se era isso que ela gostaria de ser, Joana a namorada de alguém. A cliente disse que não. Essa intervenção do terapeuta foi considerada pelo supervisor como interessante, mas um pouco agressiva. Porém, como as orientações anteriores passadas foram de que ele fosse menos passivo na sessão, se compreendeu o contexto da emissão.

Nesse momento da terapia, a cliente começou a faltar e chegar atrasada, não tendo ficado claro se foi devido à mudança na estratégia de intervenção em que assuntos relacionados ao namorado passaram a não ser mais reforçados durante os atendimentos. O terapeuta então informou que nessas circunstancias havia a possibilidade de desligamento e, perguntada mais uma vez se ela desejava continuar a terapia, ela respondeu que sim. Assim, três sessões antes de um novo período de férias, o terapeuta manteve a linha de tentar focar mais na reflexão da cliente do que nas atividades. Fez com a cliente um círculo que representava como ela dividia as coisas em sua vida, tendo a cliente atribuído um quarto do total para o namorado e três quartos para a faculdade. Quando perguntada se não fazia nada para si mesma, a cliente sorriu e atribuiu uma pequena divisão para si. Na sequência, o terapeuta questionou como ela gostaria que fosse essa divisão para o período de férias. A cliente atribuiu um quarto para a faculdade, um quarto para o namorado e dois quartos para ela. O terapeuta falou para a cliente que achou essa divisão idealizada e fora da realidade, perguntando o que ela pretendia fazer para cumprir isso. Joana disse que pretendia sair mais com as amigas e passar mais tempo fazendo coisas para ela mesma, como ir ao cabeleireiro, por exemplo.

Na 33ª sessão, a primeira depois das férias de fim de ano, a cliente disse que começou a trabalhar e por isso não fez nada significativo

de lazer para si. Ela relatou uma viagem com o namorado e outras atividades diversas com ele, apenas tendo substituído o tempo dedicado à faculdade pelo trabalho. O terapeuta ressaltou que um ano de atendimento sem empenho da cliente e progressos significativos questionavam sua continuidade. Como estava em uma clínica escola, de atendimento gratuito a comunidade, o terapeuta colocou que, a partir daquele momento, faltas, atrasos ou desmarcações de atendimentos não seriam mais tolerados. Porém, no atendimento seguinte, passados dez minutos do horário combinado para o atendimento, a cliente ligou para o terapeuta dizendo que não ia poder chegar ao local do atendimento, pois estava chovendo. O terapeuta disponibilizou-se para ligar pra ela no outro dia e remarcar um horário alternativo. O supervisor chamou a atenção para a oscilação entre posturas de passividade-agressividade do terapeuta com a cliente, que contribuíam para a manutenção de seus comportamentos de resistência.

Dado que as diversas tentativas de intervenção com a cliente não estavam sendo efetivas, tentou-se uma última estratégia: chamar o namorado para participar de algumas sessões como forma de tentar aumentar o empenho da cliente com a terapia. Sendo assim, essa possibilidade foi colocada para a cliente que aceitou e foi acertado que no próximo atendimento o namorado participaria. No atendimento seguinte, o namorado compareceu e relatou estar satisfeito com o fato da cliente ter dado continuidade ao processo terapêutico, uma vez que, segundo ele, ela dificilmente dava continuidade a qualquer coisa que começava a fazer. Ele se disponibilizou para ajudar da forma que fosse preciso, pois queria que a cliente tivesse uma vida mais independente da vida dele.

Sendo assim, nos atendimentos seguintes o terapeuta estabeleceu em comum acordo entre cliente e seu namorado consequências programadas para ela executar atividades alternativas. A atividade escolhida pela própria cliente foi voltar a frequentar a academia para fazer musculação e foi acordado entre os dois que ela iria três vezes por semana, em dias escolhidos por ela. Como consequência reforçadora, a cliente poderia escolher um programa que quisesse fazer com o namorado no fim de semana, dependendo da quantidade de dias que tivesse ido. Como consequência aversiva, nos dias que ela faltasse, o namorado teria o direito de não atender suas ligações. Essas consequências foram definidas em conjunto, tentando atender tanto os interesses da namorada que reclamava que o namorado nem sempre fazia o que ela queria, quanto os interesses do namorado que nem sempre estava disponível para a cliente.

Na sessão posterior ficou definido que somente a cliente participaria para avaliar os progressos, mas já nesse momento ela repetiu várias vezes que tinha dúvidas se conseguiria cumprir sua parte e tentou convencer o terapeuta a repensar tudo novamente. O terapeuta confrontou a cliente dizendo que ela estava colocando dificuldades antes mesmo de começar a fazer a atividade, o que resultou em uma nova série de faltas e atrasos nos atendimentos seguintes. O terapeuta pela primeira vez sinalizou na supervisão sua falta de interesse e motivação para continuar

o atendimento e, dada a proximidade do período final do estágio, o supervisor disse que o terapeuta poderia encerrar o caso se não quisesse mais atendê-la. Em comum acordo, ficou decidido entre supervisor e terapeuta que na próxima ocasião que a cliente faltasse, atrasasse ou não fizesse nenhuma das atividades, o atendimento seria encerrado.

Assim, na 47ª sessão Joana faltou e pediu ao terapeuta para remarcar em outro dia. O terapeuta aceitou e não falou nada pelo telefone. No novo dia marcado a cliente chegou com 25 minutos de atraso e disse não ter feito nada naquela semana. O terapeuta disse que não tinha condições de manter o atendimento nessas circunstancias, pois ele já tinha perdido o interesse. Joana argumentou que não conseguia fazer o que o terapeuta pedia e que sofria por ser como era. Disse também que se sentia mal vindo na terapia para falar ao terapeuta que não fez o que tinham combinado e que o único modo que ela poderia conseguir ser diferente era com ajuda, a terapia era sua esperança de melhorar. O terapeuta se sensibilizou com essa fala e, mesmo ela tendo remarcado a sessão, chegado atrasada e não tendo feito as atividades, optou por manter o atendimento.

Em supervisão foi colocado ao terapeuta que a última sessão era uma ilustração clara de como o atendimento tinha ocorrido até aquele momento. O terapeuta tinha dificuldades de ser firme com a cliente e colocar em prática as orientações acordadas com o supervisor, o que deixava a cliente à vontade para conduzir a sessão e não se empenhar no processo, controlando o terapeuta com falas manipulativas ao notar sua oscilação entre momentos de passividade e agressividade. Considerou-se contra-terapêutica a continuidade do atendimento nessas condições e foi acordado mais uma vez entre supervisor e terapeuta o encerramento do atendimento na sessão seguinte.

No último atendimento cliente e namorado chegaram no horário, tendo relatado que ela tinha ido na academia os três dias. O terapeuta disse que ficava feliz por eles terem conseguido seguir o combinado, no entanto, aquele seria o último atendimento. Joana ficou visivelmente desapontada e o terapeuta explicou que o encerramento estava acontecendo não por causa de uma sessão específica, mas por um conjunto de problemas que ocorreram durante todo o período.

Nesse momento, a cliente se emocionou e perguntou se o terapeuta realmente queria interromper o atendimento. A resposta do terapeuta foi que tinha sido uma decisão em conjunto com o supervisor e que não estava conseguindo ajudá-la de forma adequada. A cliente pediu desculpas, o terapeuta falou que ela não precisava se desculpar porque ele também não tinha feito sua parte da melhor forma possível. Por fim o terapeuta perguntou se Joana tinha interesse em ser atendida por outro terapeuta, a cliente disse que sim e o atendimento foi encerrado.

Discussão

A descrição do caso ilustra as diversas tentativas que foram feitas como forma de ajudar a cliente em sua queixa. Uma formulação inicial sobre o caso foi elaborada, porém uma série

de mudanças foram implementadas como forma de tentar produzir melhores efeitos no processo terapêutico. Entretanto, ainda assim, não foram observados resultados satisfatórios no atendimento do caso, sendo que a resistência à mudança pode ser explicada por múltiplos fatores.

O primeiro deles é que Joana apresentava repertório comportamental de controle excessivo, não apenas do namorado mas também do próprio processo terapêutico. A função desse controle era justamente evitar contato com sentimentos aversivos, e isso se dava tanto em momentos que o namorado não correspondia ao que ela esperava que ele fizesse, quanto nas sessões quando o terapeuta fazia intervenções ou confrontava a cliente. Se buscou intervir nesse comportamento nas sessões, mas talvez de uma maneira mais rígida/técnica, sem dar maior ênfase à relação terapêutica, tal como defendido pela FAP. E como Joana apresentava uma história forte de controle nesse nível, esse fato pode ter colaborado para que as intervenções não fossem bem sucedidas. Sobre isso Guilhardi (2002) aponta que uma das variáveis do cliente relacionadas à suscetibilidade a mudança é uma história de reforçamento negativo. Segundo ele, isso:

> Leva à produção de comportamentos de fuga-esquiva. Ou seja, o repertório de comportamentos não se mantém pela obtenção de reforçadores positivos, mas pela proteção que provê contra eventos aversivos. O cliente com história de fuga-esquiva tende a ser fortemente controlado por condições adversas e fracamente controlado por condições positivamente reforçadoras. Assim, tenderá a ser atuante quando ameaçado por algum evento aversivo e pouco ativo em condições favoráveis. Seu estado emocional será tipicamente de ansiedade e quando diz que se sente bem estará, provavelmente, relatando um estado de alívio (da ansiedade) e não de prazer (associado à reforçamento positivo). Em casos extremos tenderá a apresentar comportamentos repetitivos, estereotipados, tais como compulsão e obsessão, ou padrões rígidos de ação, pouco sensíveis a mudanças. São clientes tipicamente insensíveis ao processo terapêutico. (p. 04)

O melhor exemplo de controle por reforçamento negativo pode ser observado pelo próprio fato da cliente fazer terapia. Parece que sua permanência era mantida principalmente para evitar o término com o namorado, que havia pedido que fizesse atendimento. Além disso, é importante notar em sua história que ela também já havia feito terapia por três vezes e abandonado após curto período. Exemplos de controle da cliente em relação ao terapeuta foram observados quando ela falava sobre novas brigas com o namorado ou questionava sobre a eficácia da terapia logo após confrontações referentes à sua falta de empenho. Esses temas surgiam sempre após intervenções do terapeuta, que não mantinha uma conduta sistemática quando isso acontecia.

Assim, além de analisar o padrão comportamental da cliente, é necessário destacar também o perfil do terapeuta. Wielenska (2000) considera imprescindíveis algumas características do terapeuta, como demonstrações de empatia, sensibilidade e flexibilidade, mas no caso específico de clientes com resistência à mudança, Zaro e cols. (1980/1977) dizem que pode ser necessária

uma postura diferenciada em momentos de confrontação. Na supervisão o terapeuta era orientado a observar tanto o controle que a cliente exercia sob seu comportamento quanto às oscilações que ele apresentava, ora sendo mais passivo ora sendo mais agressivo nas sessões. A esse respeito, Guilhardi (2002) aponta que uma das variáveis do terapeuta relacionado à suscetibilidade do cliente a mudança é o autoconhecimento. Segundo ele:

> Assim como o cliente, o terapeuta também tem uma história de contato com contingências, passadas e presentes, que lhe dão um repertório comportamental mais ou menos apto para sua tarefa terapêutica, não só como profissional, mas também como pessoa. A sua história de contingências pessoais interage com a história de contingências profissionais e essa interação é colocada à prova no contato direto com o cliente. Não basta um bom repertório profissional, independente de um bom repertório pessoal, e vice-versa, para se ser um bom terapeuta. Há necessidade de ambos simultaneamente. O auto-conhecimento, entendido como a capacidade de descrever as contingências às quais o próprio indivíduo responde e a capacidade de influir nessas contingências na direção desejada, não é um processo individual. A conscientização ou auto-conhecimento é um processo social. Nem sempre a comunidade social relevante do terapeuta está habilitada a levá-lo a esse objetivo. Faz-se necessária, então, uma terapia individual para o terapeuta. (p. 09)

O terapeuta com frequência relatava ao supervisor que tinha dificuldade em ser assertivo com a cliente. Inicialmente não queria interrompê-la pois pensava que deveria ser ao máximo acolhedor, mas quando percebia que ela não fazia as atividades ficava irritado e acabava sendo mais incisivo/agressivo. Na supervisão o terapeuta recebia regras sobre o que fazer, mas na presença da cliente o terapeuta entrava em contato com algumas consequências, como elogios de Joana quando ele era acolhedor ou atrasos e faltas quando fazia intervenções mais firmes, que considerava difícil resolver. Terapeuta e supervisor notaram que somente as instruções recebidas, juntamente com os treinos realizados, não estavam sendo suficientes para lidar com aspectos da história pessoal do terapeuta, que sensivelmente aceitou a orientação de buscar atendimento individual. Esse, portanto, passa a ser um terceiro fator a ser considerado na análise de resistência do caso. Além de características da cliente e do terapeuta, torna-se importante destacar a limitação da estrutura do próprio estágio que, de acordo com a grade curricular do curso, não dispõe de carga horária suficiente para auxílio efetivo das dificuldades individuais de cada terapeuta.

Esse fator também é discutido por Castanheira (2002) que afirma que o terapeuta em formação é bastante prejudicado pela forma abrupta de introdução ao atendimento clínico, no sentido de que o aluno passa, sem muito cuidado, da teoria para a prática. Ela sugere que as estruturas curriculares dos cursos de formação em Psicologia tenham mais disciplinas práticas com a finalidade de se ensinar habilidades terapêuticas básicas para os alunos antes de eles começarem o atendimento clínico. A esse respeito, Campos (1995) também diz que o ideal seria um sistema de ensino que englobasse de forma mais

homogênea os aspectos teóricos e práticos da atuação clínica. Segundo ele, o estágio supervisionado em Psicologia no Brasil carece de uma maior padronização, sendo que ainda varia muito de acordo com conceitos e estilos pessoais do supervisor.

Nesse ponto cabe também a observação de que o supervisor encontrava-se orientando sua primeira turma de estágio. Dúvidas sobre o funcionamento da clínica e talvez um maior rigor no acompanhamento da evolução tanto do caso quanto da aprendizagem do terapeuta podem ter interferido no atendimento. Terapeuta e supervisor podem ter se frustrado mais facilmente com as dificuldades apresentadas pela cliente e isso ter tanto prejudicado a relação terapêutica de ambos, quanto aumentado a dúvida freqüente de continuar ou não com o atendimento. A insistência inicial na realização das atividades alternativas que, mesmo escolhidas pela cliente, não faziam parte de seu cotidiano, pode ter se mostrado uma tarefa complexa, dificultando a adesão e seguimento das recomendações terapêuticas (Malerbi, 2000). Apesar de novas estratégias terem sido tentadas, como perguntas reflexivas e participação do namorado na sessão, isso não foi acompanhado de uma nova formulação com análise ampla da resistência, talvez por falta de conhecimento claro de suas variáveis de controle ou de como intervir para produzir mudanças (Regra, 2010).

O processo de mudança comportamental nem sempre é simples, de forma que seria um erro compreender o fenômeno da resistência olhando apenas para o cliente. Conforme discutido, questões referentes ao terapeuta, estrutura de ensino e supervisão também devem ser consideradas. Durante todo atendimento a cliente verbalizava que concordava com as análises e intervenções, porém contingências mais complexas não permitiam que ela passasse do comportamento verbal para o não verbal (Catania, 1999/1998). Alguns avanços ocorreram, como as ocasiões que ela fez atividades sem o namorado e a própria permanência na terapia por período superior às outras vezes que tinha tentado. Porém terapeuta e supervisor talvez não tenham considerado estes como sendo passos suficientes que justificassem a permanência da cliente por mais tempo no serviço.

Em todo o período, terapeuta e supervisor se esforçaram para fazer o melhor trabalho dentro do que foi possível, porém é necessário reconhecer quando o mesmo esbarra em limitações. A proposta desse trabalho foi justamente apresentar um caso clínico em que o atendimento não foi bem sucedido, considerando que a maior parte da literatura apresenta casos em que apenas sucessos são relatados. Com isso visa-se auxiliar terapeutas e supervisores iniciantes que podem enfrentar situações similares em sua prática clínica.

Referências

Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia*, *2*, 71-79.

Bischoff, M. M., & Tracey, T. J. G. (1995). Client resistance as predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology*, *42*, 487- 495.

Campos, L. F. L. (1995). Supervisão em terapia cognitivo-comportamental. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas*, cap. 31(pp. 357-364). Campinas: Editora Psy.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed (Trabalho original publicado em 1998).

Castanheira, S. S. (2002). O primeiro cliente a gente nunca esquece. Em H. J. Guilhardi & cols. (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento*, vol. 9, cap. 35 (pp. 357-366). Santo André: ESEtec.

Guilhardi, H. J. (2002). A resistência do cliente a mudanças. Em H. J. Guilhardi & cols.(Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento*, vol. 9, cap. 15 (pp. 135-156). Santo André: ESEtec.

Kerbauy, R. R. (2002). Aprendendo a discriminar os sinais de manipulação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *4*, 13-20.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas.* Santo André: ESEtec (Trabalho original publicado em 1991).

Malerbi, F. E. K. (2000). Adesão ao tratamento. Em R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação*, vol. 5, cap. 17 (pp. 148-155). Santo André: ESEtec.

Meyer, S. & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*, cap. 6 (pp. 101-108). Porto Alegre. Artmed.

Moreira, S. B. S. (2003). Descrição de algumas variáveis em um procedimento de supervisão de terapia analítica do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *16*, 157-170.

Regra, J. A. G. (2010). Formação de classes de respostas, resistência à mudança e terapia comportamental infantil. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, *1*, 93-103.

Ribeiro, M. R. (2001). Terapia analítico-comportamental. Em H. J. Guilhardi & cols. (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade*, vol. 8, cap. 13 (pp. 99-105). Santo André: ESEtec.

Skinner, B. F. (1966). An operant analysis of problem solving. Em B. Kleinmutz (Org.), *Problem solving: Research, method and theory* (pp. 225-257). New York: Wiley.

Wielenska, R. C. (2000). A investigação de alguns aspectos da relação terapeuta-cliente em sessões de supervisão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 2*, 9-19.

Zaro, J. S., Barach, R., Nedelman, D. J. & Dreiblatt, I. S. (1980). *Introdução à prática psicoterapêutica.* São Paulo: EPU (Trabalho original publicado em 1977).

Introdução à Análise do Comportamento aplicada à área da saúde: fundamentos, conceitos e exemplos

Introduction to Behavior Analysis applied to the healthcare area: fundamentals, concepts and examples

Taís da Costa Calheiros[1]
Universidade Estadual de Londrina (UEL)
calheirostais@gmail.com

Karina Casaçola Cinel
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Melissa Maria Lury Sato
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Camila Muchon de Melo
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Márcia Cristina Caserta Gon
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Resumo

A atuação psicológica na área da saúde exige uma postura científica, de registro e análise de resultados, bem como de aplicação de metodologias e intervenções delimitadas com rigor técnico, a fim de possibilitar a comunicação entre os diferentes profissionais da área. Sob essa perspectiva, o objetivo da presente pesquisa foi apresentar e exemplificar os seguintes conceitos, tendo por base o contexto da saúde: análise funcional do comportamento, comportamento governado por regras e modelado pelas contingências, reforço imediato e reforço atrasado, autocontrole, planejamento de contingências comportamentais e culturais. A compreensão de tais conceitos faz-se relevante ao subsidiar a instalação de comportamentos ou a promoção de mudanças comportamentais importantes à saúde, o que pode auxiliar na adesão e no seguimento de tratamentos médicos (e.g., seguir regras, desenvolver autocontrole), assim como na prevenção de doenças no âmbito individual e/ou cultural, além da organização de sistemas e instituições de saúde (e.g., planejamento de contingências).

PALAVRAS-CHAVE

Análise do comportamento;
Psicologia da saúde;
Saúde.

Abstract

Psychological performance in the context of the health area requires a scientific approach, registration and analysis of results, and application of methodologies and interventions defined with technical accuracy, to enable communication between the different professionals. From this perspective, the objective of this research was to present and exemplify the following concepts, based on health context: functional analysis of behavior, rule-governed behavior and shaped by contingencies, immediate and delayed reinforcement, self-control, behavioral and cultural contingencies planning. Understanding these concepts is relevant to subsidize behavior installation or promotion of important behavioral changes to health, which can help with adherence and with following medical treatments (e.g., to follow rules, develop self-control), as well as in prevention of diseases in individual and/or cultural contexts, also in organization of health systems and institutions (e.g., contingencies planning).

KEYWORDS

Behavior analysis;
Health psychology;
Health.

1 A primeira autora foi Bolsista Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) até julho/2016. Esse manuscrito foi desenvolvido durante o curso de Mestrado em Análise do Comportamento financiado por essa instituição.

Psicologia da Saúde, como subárea da Psicologia, é o agrupamento de intervenções psicológicas que podem ser aplicadas a diferentes problemas de um sistema de saúde, incluindo usuários, recursos humanos e instituições (Costa, 2010). Essa definição, dentre várias outras referentes à subárea, sugere a abrangência do seu objeto de estudo, relacionado à prevenção, diagnóstico, identificação da etiologia e tratamento de doenças, promoção e manutenção da saúde, análise do sistema e de políticas de saúde (Matarazzo, 1980).

A importância da análise científica do comportamento voltada para a prevenção e manutenção da saúde, principalmente, tem sido evidenciada por autores dessa subárea, cujos estudos objetivam desenvolver hábitos saudáveis e de modificação de comportamentos de risco à saúde. Nessa perspectiva, destaca-se o interesse crescente, nas últimas décadas, em pesquisas da subárea que propõem programas para intervenção psicológica em interação com outras áreas das Ciências da Saúde, e.g., Odontologia e Medicina (Moraes & Rolim, 2012).

A Análise do Comportamento [AC] tem como objeto de estudo o comportamento em quaisquer contextos, inclusive naqueles atrelados à condição de atendimento em saúde, área na qual vem alcançando resultados positivos (e.g., Moraes, Singh, Possobon, & Costa, 2004). Essa ciência do comportamento produz conhecimento teórico e empírico (especialmente por meio da Análise Experimental do Comportamento) e propicia o desenvolvimento de tecnologias de intervenção direcionadas à solução de problemas aplicados (Andery, 2010).

Em relação à área da saúde, especificamente, a compreensão analítico-comportamental de que as variáveis biológicas, psicológicas e sociais são aspectos do comportamento e devem ser entendidos indissociavelmente produz consequências para o âmbito conceitual e aplicado dessa ciência, uma vez que se valoriza o responder dos indivíduos por meio da identificação de comportamentos de saúde ou "saudáveis" e/ou de comportamentos de risco ou comportamentos de doença (Moraes & Rolim, 2012; Neno, 2003).

Para Chiesa (1994/2006, p. 137), "os organismos são seres biológicos operando em um contexto que afeta seus comportamentos, e estes, por sua vez, produzem efeitos no ambiente, ou seja, os organismos são modificados pelas suas experiências nesse contexto". Sendo assim, a "condição" de saúde não é estática, mas dinâmica como parte de um arranjo de contingências. Essa noção remete à análise das variáveis genéticas, ambientais e sociais envolvidas no fenômeno, as quais se combinam na interação organismo-ambiente em diferentes graus de maneira que alterações nesse sistema podem interferir na qualidade das relações estabelecidas pelo organismo com seu contexto de vida (Kubo & Botomé, 2001).

Para intervir e possibilitar que os conhecimentos científicos se transformem em consequências no mundo, faz-se imprescindível o desenvolvimento de tecnologias comportamentais. Portanto, embora tratamentos advindos das ciências biológicas já estejam avançados, e.g., os métodos contraceptivos, a dificuldade encontra-se em criar condições

para que as pessoas os utilizem. Logo, mais do que tecnologias biológicas e físicas, é necessária uma tecnologia baseada em uma ciência do comportamento humano (Skinner, 1971/2002). No caso da área da saúde, saber integrar todos esses conhecimentos e transformá-los em condutas cada vez mais eficazes, além de extrair novas questões de pesquisa, é o desafio permanente dos profissionais, inclusive, do psicólogo (Kubo & Botomé, 2001).

Com o intuito de elucidar a aplicação dos conhecimentos analítico-comportamentais ao contexto da área da saúde, serão abordados alguns conceitos da Análise do Comportamento encontrados na literatura referente à área e que podem ser considerados como essenciais para o entendimento e o manejo dos fenômenos comportamentais com os quais o psicólogo trabalha na interface com as Ciências da Saúde. Serão abordados e exemplificados os seguintes conceitos: análise funcional do comportamento, comportamento governado por regras e comportamento modelado pelas contingências, reforço imediato e reforço atrasado, autocontrole, planejamento de contingências e planejamento cultural. Tais conceitos são relevantes à Psicologia da Saúde ao fundamentar a instalação de comportamentos ou a promoção de mudanças comportamentais importantes à saúde, o que pode auxiliar na adesão e no seguimento de tratamentos médicos (e.g., seguir regras, desenvolver autocontrole), assim como na prevenção de doenças no âmbito individual e/ou cultural, além da organização de sistemas e instituições de saúde (e.g., planejamento de contingências).

Análise Funcional do Comportamento

A análise funcional é o eixo principal de orientação do trabalho do analista do comportamento, independentemente do seu contexto de atuação, caracterizando-se pela análise das contingências responsáveis por um comportamento ou por mudanças nesse (Matos, 1999). Essa investigação fundamenta as descrições e intervenções comportamentais adaptadas ao problema e às condições de trabalho do psicólogo, com o intuito de resolver questões referentes a assuntos humanos (Matos, 1999; Skinner, 1953/2003; Tourinho, 2006).

Ao realizar uma análise funcional, as condições de saúde ou doença podem se caracterizar como evento antecedente, ao oferecer a ocasião em que o comportamento tem mais chances de produzir ou ser seguido por consequências reforçadoras, podem funcionar como estímulo discriminativo, além de ter a possibilidade de modificar o valor reforçador das consequências - operação estabelecedora (Moraes & Rolim, 2012). Esse entendimento em termos de relações funcionais possibilita a previsão e o controle do comportamento (Skinner, 1953/2003). No entanto, essas análises não devem abarcar apenas as variáveis atuais às quais o comportamento está relacionado funcionalmente, mas também abranger a identificação do modo como as mesmas foram produzidas e/ou são mantidas (Neno, 2003).

No sistema científico skinneriano, os "eventos que afetam um organismo devem ser passíveis de descrição" (Skinner, 1953/2003, p. 39). Para

tanto, ele especifica as fontes das quais devem provir os materiais analisáveis pela ciência do comportamento: observações casuais, observação de campo controlada, observação clínica, observações amplas do comportamento em instituições e estudos em laboratório do comportamento animal e humano.

A partir dos dados coletados com base nesses critérios, tais informações devem respaldar a execução de uma análise funcional, especificada em cinco passos:

1) Definir precisamente o comportamento de interesse;
2) Identificar e descrever o efeito comportamental;
3) Identificar relações ordenadas entre variáveis ambientais e o comportamento de interesse. Identificar relações entre o comportamento de interesse e outros comportamentos existentes;
4) Formular predições sobre os efeitos de manipulações dessas variáveis e desses outros comportamentos sobre o comportamento de interesse;
5) Testar essas predições (Matos, 1999, p. 13).

Definir o comportamento como variável dependente e descrevê-lo a partir das condições físicas observáveis (mesmo que de forma indireta, como é o caso dos eventos privados) e manipuláveis é um movimento recente na Psicologia. Skinner (1953/2003) ainda postula que se quisermos aprofundar a compreensão do comportamento humano e melhorar os métodos de controle devemos estar preparados para pensar conforme critérios científicos. Uma análise científica de como as pessoas se comportam fornece condições para a alteração do comportamento, sendo este funcionalmente relacionado às condições situacionais e às suas consequências, a partir da alteração de certos aspectos do ambiente (Chiesa, 1994/2006).

Comportamento Governado por Regras e Modelado pelas Contingências

O comportamento governado por regras corresponde a um repertório que se encontra sob controle de um estímulo discriminativo verbal (escrito ou falado). Uma regra torna-se eficaz como parte de um conjunto de contingências de reforçamento que incluem o reforço que modelou dada resposta, o qual a colocou sob controle do estímulo (Baum, 1994/1999).

As regras são criadas devido às contingências sociais designadas pela comunidade verbal, as quais induzem um indivíduo "a relatar o que faz e por que o faz" (Skinner, 1969/1980, p. 289). Desse modo, as pessoas são ensinadas a descrever seus comportamentos e relacioná-los a variáveis ambientais, tornando-se "conscientes" do que fazem, i.e., do que os controla. Para tanto, tais descrições devem abranger as variáveis relevantes e os aspectos do contexto (histórico e atual) ou do reforço em si (De Rose, Bezerra, & Lazarin, 2012).

O comportamento governado por regras envolve a análise do contexto social do falante (o qual emite a regra) e do ouvinte (que recebe

a regra ou instrução). Sendo assim, regras são subprodutos da interação social e, portanto, o comportamento do ouvinte fornece reforçamento ao comportamento do falante, caracterizando um episódio verbal (Matos, 2001). No entanto, ainda que o controle instrucional possa não vir acompanhado de ações públicas, tais descrições podem ser utilizadas para ordenar os próprios comportamentos na tomada de decisão, na formulação de planos e na construção de autorregras (Skinner, 1969/1980). Como exemplo, pode-se citar o processo de tomada de decisão que pais de crianças com demanda de realização de transplante de órgãos devem se submeter (Castro, 2014). Eles recebem uma série de informações e orientações da equipe de saúde, sendo estas descrições verbais as quais, provavelmente, passam a controlar o comportamento de autorizar o procedimento cirúrgico ou não. Tal controle instrucional permeia várias relações profissionais em saúde.

Matos (2001) afirma que, à medida que se desenvolve certo grau de competência, esse controle verbal deve passar para as contingências naturais do comportamento. Caso o comportamento continue sob controle exclusivamente das instruções, o indivíduo dificilmente apresentará um "bom desempenho". Essa afirmação pode ser justificada, pois, a partir do momento que uma pessoa é criada com maior autonomia para aprender por meio das consequências do seu próprio comportamento, passa a desenvolver estratégias para discriminar mais rapidamente contingências e mudanças sutis nas mesmas. Ao contrário disso, uma pessoa a quem sempre foi dito o que fazer se torna dependente do comportamento verbal do outro, favorecendo uma "insensibilidade" às contingências naturais (Matos, 2001).

Sob outra perspectiva, Skinner (1969/1980) discute que comportamentos governados por regras podem ser supervalorizados em relação às respostas modeladas por contingências devido àqueles serem mais facilmente observáveis que as contingências que os especificam. O primeiro seria entendido como aquele no qual ocorre a mediação do comportamento verbal, de outra pessoa ou de si próprio, e o segundo refere-se aos repertórios instalados e mantidos em função do contato direto com contingências de reforçamento no ambiente natural. Ambos são emitidos em função de terem sido seguidos por consequências reforçadoras no passado, as quais selecionam classes funcionais de operantes (e.g., Paracampo & Albuquerque, 2005).

Reforço Imediato e Reforço Atrasado

O comportamento governado por regras implica em duas relações de reforçamento: uma de curto prazo (reforço imediato) e outra de longo prazo (reforço atrasado). O reforço imediato, frequentemente, é apresentado sob a forma de reforçadores sociais arbitrários, como a aprovação do falante, e trata-se de um componente importante para a aquisição do comportamento no início do processo de modelagem. Contudo, regras, reforçadores imediatos e arbitrários desses tipos devem ser temporários, pois se o comportamento for suficientemente fortalecido, o indivíduo entrará em contato com reforçadores atrasados

e/ou consequências naturais, mantendo o padrão comportamental (Baum, 1994/1999).

No que diz respeito à relação de longo prazo, essa, frequentemente, corresponde a consequências de maior relevância, uma vez que, embora produza reforçadores após algum tempo, está vinculada à possibilidade de adaptação do organismo em relação ao ambiente em que vive. Esses reforçadores referem-se à saúde, ao bem-estar e à sobrevivência do indivíduo (Baum, 1994/1999). Por exemplo, uma criança com diagnóstico de doença crônica de pele recebe maior atenção da mãe ao apresentar o comportamento de realizar os procedimentos de tratamento. O comportamento obediente da criança pode ser fortalecido pela atenção concedida pela mãe (reforço imediato) e essa criança poderá obter, posteriormente, benefícios como a amenização dos "sintomas" (reforço atrasado). Nesse caso, a apresentação do reforço atrasado justifica o reforço imediato utilizado previamente (Menezes & Gon, 2011). Contudo, se o contexto para a ocorrência da governança verbal for inconsistente, a transição entre essas condições de reforçamento pode não ocorrer, dificultando o autocontrole (Baum, 1994/1999).

Autocontrole

Quando um indivíduo se controla, está se comportando por meio da manipulação de variáveis das quais o seu comportamento é função. Nesse caso, o seu próprio comportamento é o objeto de análise (Skinner, 1953/2003). Além disso, um único indivíduo pode apresentar graus variados de autocontrole em contextos diferentes, assim como, em um mesmo contexto, o autocontrole pode diferir em etapas variadas da história de vida (Hanna & Todorov, 2002).

Skinner aborda algumas formas de se exercer o autocontrole e, uma delas, refere-se à mudança de estímulos, que visa à remoção ("evitar a tentação") ou apresentação de estímulos eliciadores ou discriminativos (Hanna & Todorov, 2002; Skinner, 1953/2003). Por exemplo, colocar uma caixa de doces fora do alcance visual para evitar comer muito, fazer anotação para agir no horário marcado (tomar remédios, ir a consultas, fazer exames), seguir instruções de profissionais da saúde para prevenir dores em caso de cirurgias (Silva & Zakir, 2011).

Com a possibilidade de as variáveis não estarem disponíveis ou de o indivíduo não ter repertório suficiente para obter esse controle por meio da manipulação das variáveis das quais seu comportamento é função, por vezes, pode ser necessário o auxílio de regras externas, como as de um psicólogo (De Rose et al., 2012). Esse profissional trabalha com o planejamento de contingências acerca de histórias individuais e de metacontingências em relação a práticas culturais que afetam a saúde dos indivíduos (Brum & Carrara, 2012).

Planejamento de Contingências

O contexto de atendimento à saúde implica em mudanças na rotina do paciente e de sua família e/ou cuidador, exigindo alterações

comportamentais e uma reorganização das contingências para buscar melhor qualidade de vida aos envolvidos (Arruda & Zannon, 2002). Sendo assim, o planejamento de contingências faz-se muito presente em tratamentos médicos, sobretudo no caso de doenças crônicas, como a Insuficiência Renal Crônica [IRC], nas quais há a necessidade de atendimento por período prolongado. No caso desses indivíduos submetidos a esquemas rígidos de tratamentos, a avaliação comportamental especifica os mantenedores dos padrões comportamentais que geram o sofrimento, além de favorecer o desenvolvimento do repertório de autocontrole e a maximização da capacidade funcional do enfermo, com o intuito de auxiliar o paciente no processo de adesão ao esquema de tratamento de saúde, manejando a cronicidade da doença (Macêdo, 2012; Rudnicki, 2014).

Planejamento Cultural

As práticas culturais são baseadas nos comportamentos dos indivíduos e, por isso, ainda que tais práticas pertençam ao terceiro nível de seleção por consequências, é no nível operante (individual) que ocorre o planejamento de contingências que podem estabelecer o "bem" da cultura. Esse fato remete a um dos aspectos primordiais da obra de Skinner de que indivíduo e cultura não apresentam uma dicotomia. Faz-se necessário a emissão de comportamentos operantes para que práticas culturais aumentem as chances de sobrevivência de uma cultura (Melo, 2009). Em relação à área da saúde, pode-se notar a aplicabilidade dessa asserção no uso de preservativos por adolescentes. Brum e Carrara (2012) sugerem a influência da história individual e das práticas culturais nesse fenômeno, uma vez que além das consequências informadas pelos pais e do processo de tomada de decisão a partir de negociação com o parceiro, autorregras difundidas culturalmente podem interferir na utilização desse método.

Skinner (1971/2002) postula que é possível tomar medidas para acelerar o processo de evolução das culturas, sendo esse nível de seleção também um compromisso da ciência comportamental (Andery, 1993). Ao invés de esperar que novas práticas surjam e sejam selecionadas pelo seu papel de sobrevivência, pode-se planejá-las em benefício do grupo. Sobre esse processo de planejamento cultural (Skinner, 1953/2003), a tendência é tratar a introdução de práticas culturais em função das consequências que se seguiram a elas no passado, contudo salienta-se que as contingências atuais também devem ser analisadas.

Uma interpretação sobre processos comportamentais no terceiro nível de seleção pode ser verificada na análise proposta por Martins (2009) acerca do Sistema Único de Saúde [SUS] a partir de duas leis ordinárias que o regem no Brasil. Esse tipo de aplicação da ciência comportamental, por exemplo, pode favorecer o desenvolvimento de estratégias de contracontrole ao que está posto enquanto sistema de saúde no país e o planejamento de políticas públicas de saúde de maneira a beneficiar efetivamente a população como um todo.

Como parte do planejamento cultural de construção de uma ciência comportamentalista, deve-se estar ciente de que a produção de dados empíricos e de tecnologia comportamental não ocorre desvinculada de interesses sociais (Tourinho, Carvalho Neto, & Neno, 2004). Nessa perspectiva, a análise crítica acerca das consequências éticas e metodológicas da exigência contemporânea de aproximação da Psicologia às Ciências da Saúde faz-se imprescindível. Experimentar diferentes práticas, alterando-as, e avaliar os seus possíveis efeitos sobre o fortalecimento das culturas pode aumentar a probabilidade de seleção de práticas que garantam a sobrevivência do grupo (Dittrich & Abib, 2004).

Considerações Finais

Sugere-se que trabalhos futuros ampliem a análise epistemológica e metodológica da Análise do Comportamento e das áreas do conhecimento pertencentes às Ciências da Saúde, viabilizando aproximações dessas ciências, de forma a identificar as consequências que esses pressupostos podem acarretar à atuação a partir de equipes multiprofissionais. Tais esclarecimentos podem facilitar a compreensão do trabalho interdisciplinar e favorecer a construção de um ambiente cooperativo entre os diferentes profissionais da área da saúde, de maneira a prevenir conflitos e valorizar a coesão grupal em instituições de saúde.

Referências

Andery, M. A. P. A. (1993). Skinner: A cultura como um compromisso da ciência. *Acta Comportamentalia*, *1*(2), 144-154. Recuperado de http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/18210/17309

Andery, M. A. P. A. (2010). Métodos de pesquisa em Análise do Comportamento. *Psicologia USP*, *21*(2), 313-342. doi: 10.1590/S0103-65642010000200006

Arruda, P. M., & Zannon, C. M. L. da C. (2002). *Tecnologia comportamental em saúde - Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: Evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador.* Santo André: ESETec.

Baum, W. M. (1999). *Compreender o behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura* (M. T. A. Silva, M. A. Matos, G. Y. Tomanari, & E. Z. Tourinho, Trads.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1994).

Brum, M. M., & Carrara, K. (2012). História individual e práticas culturais: Efeitos no uso de preservativos por adolescentes. *Estudos de Psicologia*, *29*(Supl. 1), 689-697. doi: 10.1590/S0103-166X2012000500005

Castro, E. K. de. (2014). Transplantes de órgãos em crianças: Avaliação psicológica, intervenção em situação de crise e reabilitação psicossocial. In E. M. F. Seidl & M. C. O. S. Miyazaki (Coords.), *Psicologia da Saúde: Pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas* (pp. 181-198). Curitiba: Juruá.

Chiesa, M. (2006). *Behaviorismo Radical: A filosofia e a ciência* (C. E. Cameschi, Trad.). Brasília: IBAC: Celeiro. (Trabalho original publicado em 1994).

Costa, Á. L., Jr. (2010, Maio). *Psicologia da Saúde: Pesquisa e intervenção profissional*. Trabalho apresentado no I Congresso de Psicologia e Análise do Comportamento, Londrina, PR. Recuperado de http://www.uel.br/eventos/cpac/pages/edicoes-anteriores/i-cpac.php

De Rose, J. C. C., Bezerra, M. S. L., & Lazarin, T. (2012). Consciência e autoconhecimento. In M. M. C. Hubner & M. B. Moreira (Orgs.), *Temas clássicos da Psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento* (pp. 188-207). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Dittrich, A., & Abib, J. A. D. (2004). O sistema ético skinneriano e consequências para a prática dos analistas do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 17*(3), 427-433. doi: 10.1590/S0102-79722004000300014

Hanna, E. S., & Todorov, J. C. (2002). Modelos de autocontrole na Análise Experimental do Comportamento: Utilidade e crítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 18*(3), 337-343. doi: 10.1590/S0102-37722002000300014

Kubo, O. M., & Botomé, S. P. (2001). Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde. *Interação em Psicologia, 5*, 93-122. doi: 10.5380/psi.v5i1.3319

Macêdo, L. P. de. (2012). *Adesão ao tratamento em uma doença crônica: Implicações do reper-tório de autocontrole* (Monografia de especialização, Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento). Recuperado de http://www.ibac.com.br/arquivos/pdf/Monografia%20-%20Lina%20Petacia.pdf

Martins, A. L. de A. (2009). *O Sistema Único de Saúde: Contingências e metacontingências nas leis orgânicas da saúde* (Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília). Recuperado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/7749/1/2009_AndreLuizAlmeidaMartins.pdf

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist, 35*(9), 807-817. doi: 10.1037/0003-066X.35.9.807

Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia, 16*(3), 8-18. doi: 10.1590/S0103-166X1999000300002

Matos, M. A. (2001). Comportamento governado por regras. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *3*(2), 51-66. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452001000200007&script=sci_arttext

Melo, C. M. de. (2009). *A concepção de homem no Behaviorismo Radical e suas implicações para a tecnologia do comportamento* (Tese de doutorado, Universidade Federal de São Carlos). Recuperado de http://www.dfmc.ufscar.br/uploads/publications/4f048aaadc706.pdf

Menezes, C. C. de., & Gon, M. C. C. (2011). A influência de eventos antecedentes nos problemas de comportamento infantil: Revisão de conceitos e aplicabilidade. *Interação em Psicologia*, *15*(2), 169-177. doi: 10.5380/psi.v15i2.21105

Moraes, A. B. A. de., & Rolim, G. S. (2012). Algumas reflexões analítico-comportamentais na área da Psicologia da Saúde. In N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 287-293). Porto Alegre: Artmed.

Moraes, A. B. A. de., Singh, K. A. S., Possobon, R. de F., & Costa, Á. L., Jr. (2004). Psicologia e Odontopediatria: A contribuição da análise funcional do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *17*(1), 75-82. doi: 10.1590/S0102-79722004000100010

Neno, S. (2003). Análise funcional: Definição e aplicação na Terapia Analítico-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *5*(2), 151-165. Recuperado de http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/78/67

Paracampo, C. C. P., & Albuquerque, L. C. de. (2005). Comportamento controlado por regras: Revisão crítica de proposições conceituais e resultados experimentais. *Interação em Psicologia*, *9*(2), 227-237. doi: 10.5380/psi.v9i2.4798

Rudnicki, T. (2014). O paciente renal crônico em hemodiálise: Contribuições da Psicologia. In E. M. F. Seidl & M. C. O. S. Miyazaki (Coords.), *Psicologia da Saúde: Pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas* (pp. 199-223). Curitiba: Juruá.

Silva, M. E. M., & Zakir, N. S. (2011). Controle instrucional e relaxamento como preparo psicológico pré-cirúrgico para portadores de cardiopatia. *Estudos de Psicologia*, *28*(3), 371-379. doi: 10.1590/S0103-166X2011000300009

Skinner, B. F. (1984). Contingências do reforço: Uma análise teórica. In *Coleção Os pensadores* (R. Azzi & R. Moreno, Trads.). São Paulo: Abril Cultural. (Trabalho original publicado em 1969).

Skinner, B. F. (2002). *Beyond freedom and dignity*. New York: Alfred A. Knopf. (Trabalho original publicado em 1971).

Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, Trads.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).

Tourinho, E. Z., Carvalho Neto, M. B. de., & Neno, S. (2004). A Psicologia como campo de conhecimento e como profissão de ajuda. *Estudos de Psicologia*, *9*(3), 17-24. doi: 10.1590/S1413-294X2004000100003

Tourinho, E. Z. (2006). Relações comportamentais como objeto da Psicologia: Algumas implicações. *Interação em Psicologia*, *10*(1), 1-8. doi: 10.5380/psi.v10i1.5792

Temas relevantes em saúde para a Análise do Comportamento

Relevant trends in health for Behavior Analysis

Luziane de Fátima Kirchner
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)
luzianek@yahoo.com.br

Taís da Costa Calheiros
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Marisa Richartz
Consultório particular

Robson Zazula
Universidade Federal da Integração Latino Americana (UNILA)

Jardson Fragoso Carvalho
Faculdade da Cidade do Salvador (FCS)

Larissa Pires Ruiz
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Resumo

Publicações que reúnam conceitos de saúde sob a perspectiva analítico-comportamental são escassas no Brasil. Visando, portanto, favorecer a disseminação das contribuições dessa ciência para a prática do psicólogo, profissionais da saúde e áreas afins, o presente capítulo descreve, teórico-conceitualmente, três variáveis que se caracterizam como importantes alvos de intervenção: (a) promoção de saúde e prevenção de doenças, (b) adesão ao tratamento médico e (c) educação do paciente. O capítulo foi dividido em três seções, as quais contêm cada um dos temas pesquisados, discutidos a luz de bibliografias da Análise do Comportamento e de diretrizes de organizações renomadas na área da saúde. O destaque principal deste manuscrito é dado à incorporação de conhecimentos e tecnologias da Análise do Comportamento às variáveis abordadas, pautando-se na importância de que as contribuições desta ciência sejam compreendidas e consideradas no conjunto das ações integradas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Psicologia da saúde;
Análise do comportamento;
Intervenção.

Abstract

Publications that assemble health concepts from a behavior analytic perspective are scarce in Brazil. Aiming, therefore, to favor the dissemination of the contributions of this science to the practice of the psychologist, health professionals and related areas, this chapter describes, theoretical and conceptually, three variables characterized as intervention targets: a) health promotion and disease prevention, b) medical treatment adherence and c) patient education. The chapter was divided into three sections, which contain each of the themes researched. Behavior Analysis' bibliographies, in addition to guidelines of renowned organizations in health were consulted. The main highlight of this manuscript is the incorporation of knowledge and technologies of Behavior Analysis to the variables addressed, based on the importance of the contributions of this science be understood and considered in the set of integrated health actions.

KEYWORDS

Health psychology;
Behavior analysis;
Intervention.

O conceito de saúde evoluiu ao longo da história da humanidade, especialmente no século XX. No período pré-histórico, as enfermidades eram atribuídas a fatores místicos, como entidades e demônios possuindo corpos e os tornando doentes; em meados do século V a.C., o homem destituiu-se da passividade às condições sobrenaturais e das práticas centradas exclusivamente na evitação ou na eliminação da doença, ao assumir uma concepção científico-funcional para o processo de saúde-doença (Backes et al., 2009).

Durante a Conferência Sanitária Internacional (1946), propôs-se a criação da Organização Mundial de Saúde [OMS], constituída em 1948 e responsável pela redefinição do conceito de saúde. Com base na consideração das insuficiências e limitações do Modelo Biomédico tradicional, surgiu o Modelo Biopsicossocial, no qual se passou a reconhecer que fatores biológicos, psicológicos e socioculturais agem em conjunto sobre o indivíduo, indicando a necessidade de inserção de novos profissionais de saúde para a promoção dessa condição (Engel, 1977). A partir da emergência desse novo modelo, assumiu-se que a condição de saúde não é dicotômica e se altera constantemente dentro de diferentes níveis, a depender do arranjo e configuração dos seus fatores determinantes; o homem agora é ativo, modifica seu comportamento e manipula variáveis ambientais para promover condições favoráveis à promoção e manutenção da saúde, bem como à prevenção de doenças (Kubo & Botomé, 2001).

A Psicologia, por sua vez, está inserida nesse campo, contribuindo científica e profissionalmente para a manutenção da saúde, bem como à prevenção e tratamento de doenças. Matarazzo (1980) e Stone (1988) descrevem que as contribuições da Psicologia da Saúde são destinadas a estudar cientificamente as origens e as causas psicológicas e sociais das doenças, levar as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis, analisar e promover políticas públicas, bem como aprimorar os serviços e os sistemas de saúde. Os contextos de atuação desse profissional vão desde o setor hospitalar, ambulatorial, internação e/ou hospital-dia, até os espaços comunitários, escolas, organizações públicas e privadas. Em resumo, qualquer esfera cujo objeto de investigação ou intervenção seja a saúde, na aplicabilidade individual ou coletiva, consiste, portanto, em um ambiente de atuação do psicólogo da saúde (Matarazzo, 1980).

Nesse cenário, a Análise do Comportamento apresenta importantes contribuições à medida que fornece conhecimentos para a compreensão das relações entre padrões de comportamento e condições de saúde, bem como para a aplicação de tecnologias comportamentais referentes à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Amaral, 1999). Parte-se do pressuposto de que os analistas do comportamento reconhecem o homem como um sistema unitário, ou seja, sem dicotomias entre corpo e comportamento (Laloni, 2006), tal compreensão difere da definição proposta pela Psicossomática, por exemplo, que explica as doenças a partir das relações entre a mente e o corpo (Laloni, 2006). Comportamento é entendido pela ciência analítico-comportamental como a ação do organismo que ocorre num processo de inter-relação com o

ambiente (De Rose, 1997). Essas relações são nomeadas de contingências de reforçamento, as quais descrevem funcionalmente relações de dependência entre eventos ambientais ou entre eventos comportamentais e ambientais (Catania, 1999; Skinner, 1969/1984).

Investigar as contingências de reforçamento que determinam as condições de saúde é o eixo do trabalho do analista do comportamento que atua na área da saúde (Kubo & Botomé, 2001). Em decorrência, assume-se que o indivíduo e suas relações com o ambiente histórico e atual podem estar relacionados à saúde ou à doença. Para tanto, deve-se considerar as características filogenéticas do organismo e sua evolução ontogenética e cultural (Laloni, 2006).

A continuidade e o futuro da Análise do Comportamento na área da saúde estão, sem dúvida, atrelados à produção e disseminação de novos conhecimentos que fundamentam a prática profissional e a geração de novas pesquisas. Entretanto, pouco deste conhecimento tem sido produzido e divulgado no Brasil. Micheletto, Guedes, César, e Pereira (2010) apontaram que, embora se observe um crescimento de teses e dissertações brasileiras na área de saúde e Análise do Comportamento entre os anos de 1999 a 2007, elas caracterizam-se, basicamente, como pesquisas aplicadas e são em menor quantidade se comparadas a estudos na área de educação e clínica. Adicionalmente, poucos desses estudos foram publicados em livros e/ou periódicos de ampla circulação, resultando em uma pobre discussão dessa teoria para auxiliar na análise e resolução dos problemas enfrentados na área (Cesar, 2002; Micheletto et al., 2010).

Diante disso, visando favorecer a disseminação das contribuições dessa ciência para a prática profissional do psicólogo da saúde, o presente capítulo descreve, de forma teórico-conceitual, três variáveis caracterizadas como importantes alvos de intervenção do analista do comportamento na área: (a) promoção de saúde e prevenção de doenças, (b) adesão ao tratamento médico e (c) educação do paciente. Em uma breve análise dos 27 volumes da coleção Sobre Comportamento e Cognição e dos quatro volumes da coleção Comportamento em Foco, os quais contêm trabalhos apresentados entre os anos de 1997 e 2013 nos congressos da Associação Brasileira de Medicina e Psicologia Comportamental [ABPMC], identificou-se uma quantidade restrita de publicações relativas à área da saúde. Sem restringir o tipo de estudo produzido, verificou-se que, da totalidade de 1159 capítulos, o termo "psicologia da saúde" esteve presente em apenas três títulos de capítulos dessas coleções, a palavra "prevenção" apareceu em 22 títulos de capítulos e a palavra "adesão", também bastante difundida na área da saúde, fez parte dos títulos de apenas seis capítulos. Ademais, a junção das palavras "educação" e "saúde", bem como o termo "promoção de saúde" não foram encontrados. Tal problemática impulsionou a elaboração desse material e o interesse em publicá-lo no conjunto desta obra.

Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças

Dois temas primordiais demandam atenção do profissional de saúde, em especial do analista do comportamento, inserido em atividades de prestação de serviços ou de investigação científica por estarem associados ao conceito de qualidade de vida e, consequentemente, à emissão de comportamentos. Os temas são: (a) promoção de saúde e (b) prevenção de doenças.

A promoção de saúde pode ser compreendida como o ato de gerar ou fomentar práticas ou comportamentos em prol da saúde, de modo amplo e irrestrito, não se limitando apenas às intervenções dirigidas a uma doença ou enfermidade, mas concernente a um amplo conjunto de situações, cujo objetivo principal é proporcionar maior qualidade de vida e bem-estar ao indivíduo, bem como aos seus cuidadores (Czeresnia, 2003). Na perspectiva analítico-comportamental, promover a saúde é uma classe de comportamentos operantes que devem ter sua frequência aumentada a partir de experiências bem sucedidas resultantes do planejamento de ambientes favoráveis à melhora da qualidade de vida do indivíduo (Cruz, 2015).

No contexto da saúde, o conceito de prevenção de doenças refere-se a uma ação antecipada baseada em conhecimento, com o objetivo de impedir o progresso de determinada doença (Czeresnia, 2003). Para a Análise do Comportamento, a emissão de comportamentos pelo indivíduo é a base para toda e qualquer ação preventiva (Ribes, 1990), a qual pode ser caracterizada enquanto a modificação de padrões comportamentais que poderão ocasionar o adoecimento (Cruz, 2015).

Diferentes perspectivas, que podem estar atreladas à definição de prevenção de doenças, são apresentadas por Ribes (1990): (a) socioambiental, (b) biomédica ou (c) psicológica/comportamental. A perspectiva socioambiental foca em características do meio ambiente (i.e., físico ou social), no qual o indivíduo está inserido. Dentro dessa interpretação, pode-se citar: saneamento básico, disponibilidade de alimentos, condutas culturais em relação ao consumo de alimentos ou à prática de atividades físicas. A segunda perspectiva é a biomédica, que pode ocorrer em nível primário de prevenção, por meio do desenvolvimento de um amplo sistema de imunização dos indivíduos, e em nível secundário, relacionado à detecção e/ou tratamento de doenças em estágios iniciais. Sabe-se que essas são condições exteriores ao indivíduo e, em muitos casos, parte das práticas culturais de determinado grupo social (Ribes, 1990).

De acordo com Glenn (1991), a prática cultural pode ser compreendida como um comportamento operante ou um conjunto de operantes que ocorrem por meio de contingências entrelaçadas; considerando as possíveis atuações do analista do comportamento nestas duas primeiras perspectivas (socioambiental e biomédica), destacam-se: 1) modificação de práticas culturais relacionadas à determinada doença, e manejo de contingências visando aumentar a probabilidade de emissão de determinadas classes de comportamento; 2) manipulação de contingências grupais, de modo a aumentar a

probabilidade de emissão de comportamentos em curto prazo e com baixo valor reforçador. Ribes (1990) ressalta que a emissão de comportamentos em nível individual é a chave para que ocorra a prevenção; indica-se a realização de campanhas de imunização (i.e., vacinas); treino de habilidades básicas, de modo a aumentar a probabilidade de emissão de comportamentos pró-saúde pelos indivíduos (e.g., campanhas de detecção precoce do câncer de mama, por meio da orientação das mulheres sobre o autoexame).

A terceira perspectiva de prevenção apresentada pelo autor (Ribes, 1990) é a psicológica ou comportamental, possuindo diferentes níveis de compreensão das variáveis que influenciam a condição de saúde. O nível primário preventivo; o nível secundário para detecção; e o nível terciário de reabilitação. Nível primário: o psicólogo pode atuar na promoção de hábitos de higiene pessoal, desenvolvimento de hábitos alimentares, planejamento familiar, diagnóstico precoce de doenças e etc. Nível secundário e terciário: constituem-se por ações com foco especial na detecção de patologias agudas e crônicas, principalmente nos estágios iniciais, reabilitação de pacientes, bem como patologias em estado grave que podem requerer tratamentos ou internamentos prolongados, assim como tratamentos ambulatoriais. O analista do comportamento atua na promoção de conhecimento sobre a patologia, bem como clareza das classes de comportamento que necessitam ser emitidas pelo possuidor da patologia, de modo a diminuir os efeitos da doença e aumentar a qualidade de vida e o bem-estar (Ribes, 1990). Considerando essas perspectivas, a prevenção está intimamente relacionada a circunstâncias que afetam a atuação do psicólogo da saúde, tais como a adesão ao tratamento médico e a educação do paciente, tópicos abordados na sequência.

Adesão ao Tratamento Médico

Segundo Haynes (1979), o conceito de adesão ao tratamento pode ser compreendido como concordância entre orientações médicas e comportamentos do indivíduo doente; e o déficit comportamental, nesse aspecto, é considerado um grave problema, sendo esse um dos principais temas explorados pela Análise do Comportamento na área da saúde.

Skinner (1969/1984) diferenciou o comportamento governado por regras do comportamento modelado por contingências de reforçamento. O controle do primeiro depende da história de reforçamento do indivíduo em seguir instruções, repertório que tende a permanecer caso o sujeito entre em contato com as contingências especificadas. Na aprendizagem pelas contingências, o comportamento é afetado diretamente pela consequência de sua resposta.

Segundo o viés analítico-comportamental, a adesão ao tratamento está relacionada ao controle instrucional, afinal quando se estuda a relação entre as instruções e o comportamento de segui-las, estamos nos referindo a comportamentos governados por regras. Regras referem-se às respostas dos indivíduos que não estão sendo controladas pelo acesso direto à consequência (Matos, 2001)

e, no caso de uma doença grave, esperar que as respostas do paciente, de seguir ou não um tratamento, sejam mantidas por consequências atreladas a essas respostas, pode ser arriscado à saúde do paciente. Portanto, é desejável que suas respostas sejam mantidas pelo relato verbal de um membro da comunidade especializada acerca das ações que tenham maior probabilidade de levar à melhora da saúde, e.g., profissionais de saúde, cuidadores, entre outros.

No processo saúde-doença, é comum observar que pacientes crônicos apresentam maiores dificuldades de seguir instruções (e.g., utilizar determinados medicamentos ou realizar exercícios físicos). Isto ocorre porque as consequências de seguir as instruções para o tratamento médico podem demorar a ocorrer (Fryling, 2008), sendo que, em alguns casos, podem apenas atenuar a estimulação aversiva decorrente da doença (Amaral & Albuquerque, 2000). Além dessas, outras contingências poderão emergir de maneira a aumentar ou diminuir a probabilidade de emissão de comportamentos relacionados à adesão ao tratamento, tais como a disponibilidade de medicamentos, acessibilidade aos serviços de saúde ou relacionamento entre o profissional e o paciente. Nessa perspectiva, Moraes, Rolim, e Costa (2009) afirmam que tanto o controle instrucional, quanto o controle pelas contingências são importantes no processo de adesão.

Para entrar em contato com as contingências, muitos pacientes necessitam ter repertórios comportamentais de autocuidados e comportamentos pró-saúde. Nesse ínterim, a relação entre a equipe médica e o paciente torna-se um ambiente propício para a instalação de repertórios comportamentais necessários no processo de adesão (Moraes, Rolim, & Costa, 2009). A interação paciente-equipe é o contexto no qual as variáveis antecedentes e consequentes podem ser alteradas para a aquisição de repertórios de autocuidados, seja por meio da consequenciação para a modelagem de repertório novo ou para a manutenção de comportamentos pró-saúde (Allen & Warzack, 2000; Chisolm et al., 2008; Cork et al., 2003), seja alterando aspectos do contexto para que o paciente esteja atento às necessidades de seu próprio tratamento (Chisolm et al., 2008; Greenspoon, 1997). De todo modo, a qualidade da interação também é preditora da eficácia do processo de adesão tendo em vista que o reforçamento social é importante para manter repertórios de autocuidados, principalmente em doenças crônicas (Greenspoon, 1997). Considerando-se que, geralmente, o paciente deve executar, em sua maioria, as ações necessárias ao tratamento, também é importante que a equipe esteja atenta às habilidades do paciente para a execução do tratamento, a fim de fornecer repertórios imprescindíveis para que ele lide com a doença de forma ativa (Moraes, Rolim, & Costa, 2009).

Luciano e Herruzo (1992) especificaram dez fatores que influenciam a probabilidade de ocorrência dos comportamentos de adesão ao tratamento, envolvendo ambos os processos de aprendizagem: (a) a condição motivacional, que geralmente está relacionada à procura da assistência médica por causa da presença de um estímulo aversivo intenso; (b) o contexto

de fornecimento da informação, relacionado à criação de um ambiente organizado para diminuir as chances de estimulação aversiva produzida pelo ambiente; (c) a atenção que a pessoa presta às prescrições, a qual depende de variáveis motivacionais e, principalmente, da história de interações do paciente com a equipe de saúde. Nesse caso, indica-se o aumento da quantidade de reforçamento disponível para o ouvinte; (d) compreensão da prescrição pelo paciente, de forma que haja equivalência funcional entre o repertório do indivíduo orientado e o que é dito.

Além disso, há o (e) conteúdo específico da prescrição, i.e., a regra fornecida pela equipe médica que contenha a descrição do momento correto para a emissão do comportamento esperado, o comportamento especificado, a consequência imediata do comportamento e a consequência a longo prazo; (f) a verbalização explícita do sujeito indicando o estado motivacional do paciente para seguir as instruções; (g) que o paciente possua o repertório comportamental adequado para seguir a prescrição, uma vez que algumas prescrições exigem habilidades específicas dos pacientes, tais como o conhecimento sobre o tratamento ou a doença; (h) a facilidade física e as condições biológicas para a emissão do comportamento descrito na instrução; (i) o comportamento de lembrar, relacionado a programas preventivos cujas condições biológicas não controlam o comportamento prescrito. Diante disso, faz-se necessário ensinar comportamentos que aumentem a probabilidade do paciente se comportar em determinadas condições por meio de comportamentos verbais (sinalizações) e; (j) o custo da resposta, que é função da incompatibilidade entre as atividades diárias do paciente e as atividades exigidas pela equipe de saúde (Luciano & Herruzo, 1992). Logo, uma intervenção que aumente a frequência de adesão pode fazê-lo ao manipular uma ou mais dessas variáveis.

Educação do Paciente

Atualmente, orientar o paciente sobre a doença e os tratamentos é uma das estratégias mais utilizadas pelos profissionais de saúde, com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento. As orientações podem se configurar de diferentes formas, assim como seus impactos sobre os resultados de saúde do paciente (Rostami & Khadjooi, 2010). Elas podem ser realizadas informalmente em uma consulta de rotina ou a partir de um plano de trabalho sistemático, elaborado de acordo com as características e necessidades de cada paciente (Bartlett, 1985).

Quando previamente elaboradas, as orientações são parte importante de um trabalho na saúde denominado educação do paciente para a saúde, que tem como princípio aumentar a competência do paciente para que ele tenha um papel ativo na administração do seu tratamento e da sua saúde em geral (Bastable, 2016; Dreeben, 2010; Falvo, 2010). A educação do paciente pode ser compreendida como "qualquer conjunto de estratégias educacionais planejadas, que utiliza a combinação de métodos (de ensino, orientação e modificação do comportamento) designados para aumentar o conhecimento e os comportamentos de

saúde do paciente" (Friedman, Cosby, Boyko, Hatton-Bauer, & Turnbull, 2001, p. 13). Tal prática existe desde a pré-história, quando as pessoas eram orientadas por curandeiros da época a seguirem rituais. Na sua trajetória, teve uma influência negativa com a descoberta de diagnósticos e tratamentos, quando o conhecimento médico passou a prevalecer em detrimento do contato com o paciente. Em meados do século XX, com a propagação da tuberculose, percebeu-se que os avanços da Medicina não eram suficientes para elevar os resultados de saúde. Diante disso, constatou-se que a educação do paciente era uma maneira de levá-lo a cooperar com o tratamento (Bartlett, 1986).

Os benefícios da educação do paciente são inúmeros e, dentre eles, estão o aumento da adesão ao tratamento, a satisfação do paciente (Ley, Bradshaw, Kincey, & Atherton, 1976) e a redução de custos financeiros e de complicações de saúde (Bartlett, 1995). Por esse motivo, e.g., garantir uma educação efetiva em saúde para os pacientes é uma das principais metas nos Estados Unidos para 2020 (United States Department of Health and Human Services, 2010).

Ainda que o processo de educação do paciente seja, historicamente, visto como tarefa básica das profissões da área médica e da Enfermagem, Falvo (2010), Stainbrook e Green (1982) e Rostami e Khadjooi (2010) destacam a importância da filosofia do Behaviorismo Radical nesse campo, pois, conforme seus pressupostos, as variáveis determinantes do comportamento do paciente são passíveis de observação e mensuração e podem ser modificadas para auxiliar no desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao tratamento. Os eventos privados (e.g., ansiedade, medo) não são entendidos como causas dos comportamentos e enfatiza-se a importância das variáveis externas na análise. O profissional de saúde, por conseguinte, tem um papel fundamental nesse processo. Sua função não é somente informar o paciente sobre a doença e instruir sobre o que fazer, mas também identificar os comportamentos-problema em questão e as variáveis determinantes desse repertório, além de organizar condições ambientais para que classes de comportamento pró-saúde sejam emitidas e generalizadas (Dreeben, 2010).

Similar ao processo de ensino-aprendizagem, a intervenção visando educar o paciente somente terá êxito se esse indivíduo passar a emitir novas classes de comportamento (Bastable, 2016; Falvo, 2010). Para isso, Bastable (2016), Falvo (2010), Dreeben (2010) e Sluijs (1991) apresentam algumas estratégias que podem fazer parte de todo o processo de educação do paciente, tais como: (a) avaliar o repertório do paciente, sua rede de apoio e suas expectativas com o tratamento; (b) traçar metas realistas junto com o paciente e estabelecer etapas adequadas à sua rotina para o alcance das mesmas; (c) estabelecer contrato verbal e monitorar o seu cumprimento; (d) identificar potenciais fontes de reforço para o paciente e planejar esquemas de reforçamento em torno dos comportamentos de saúde esperados; (d) fornecer contínuos feedbacks verbais e escritos sobre o seu desempenho e resultados de saúde; (e) utilizar materiais ilustrativos para informar sobre a doença e/ou a ação do

tratamento no organismo, bem como a maneira de realizar exercícios ou cuidados de saúde em casa, de modo a especificar as condições para a ocorrência do comportamento desejado e suas possíveis consequências; (f) demonstrar como o paciente deve realizar exercícios e/ou cuidados em casa e solicitar que o paciente relate e/ou desempenhe o que ele compreendeu; (g) fornecer lembretes que tenham função de estímulo discriminativo para a realização do comportamento alvo. Além disso, faz-se necessário modelar os comportamentos do paciente de questionar e relatar dúvidas para que ele tenha uma participação ativa e realize o tratamento corretamente (Bellamy, 2004), bem como envolver os familiares e a rede de apoio a fim de garantir a manutenção dos cuidados (Bartlett, 1985).

Sluijs (1991) argumenta que todo esse processo deve estar aliado a uma comunicação satisfatória com o paciente, de maneira que o profissional de saúde seja capaz de compreender as dificuldades do indivíduo em atendimento e orientá-lo sem se tornar um estímulo aversivo. O foco do trabalho deve estar direcionado a uma abordagem centrada no paciente e os resultados do paciente devem ser comparados apenas com ele mesmo (Bartlett, 1985; Bastable, 2016).

Embora sejam discutidas por profissionais da Psicologia com enfoque na Análise do Comportamento, o caminho para a efetividade na educação do paciente é capacitar os profissionais da rede básica de saúde para programar e aplicar essas estratégias (Bellamy, 2004). Elder, Ayala, e Harris (1999) destacam que muitos desses profissionais não utilizam outras estratégias além de informar e questionar o paciente sobre a sua não-adesão. Uma abordagem efetiva deve, no entanto, integrar as diferentes áreas de cuidado ao paciente buscando construir entre elas o apoio matricial, de maneira a romper, também, com o modelo médico tradicional para que as variáveis biopsicossociais sejam de fato compreendidas pela equipe de saúde e os esforços sejam dirigidos à modificação de contingências voltadas à prevenção e à reabilitação (Santos, 2003).

Considerações Finais

O trabalho em questão objetivou apresentar alguns conceitos importantes para a intervenção de analistas do comportamento na área da saúde, contribuindo para que esses e outros profissionais dedicados ao atendimento do paciente percebam a aplicabilidade dessa ciência nesse campo e possa, a partir disso, agir de forma a facilitar a ocorrência das devidas alterações ambientais. Disso depende a formação profissional na área e o aprimoramento das intervenções.

Entre os focos de atuação da Análise do Comportamento na área da saúde estão: desenvolver comportamentos saudáveis, de prevenção e de adesão ao tratamento, assim como reduzir ou eliminar comportamentos de risco e outros "problemáticos" que podem surgir em decorrência do próprio tratamento. Para tanto, realizar uma acurada análise de contingências, assim como promover a aproximação da Análise do Comportamento às demais profissões da área da saúde e setores

sociais afins, para que os conhecimentos e tecnologias provenientes dessa abordagem psicológica possam ser considerados no planejamento e na aplicação de ações integradas na área, são classes comportamentais cruciais à efetividade das intervenções.

Para os próximos estudos, propõe-se que, no rastreio da bibliografia, os descritores sejam inseridos, também, nos campos 'resumos' e 'palavras-chave'. A busca feita apenas pelo título pode ser pouco sensível e não garante que a maior parte dos trabalhos que atendem os critérios de busca seja encontrada. Ademais, preconiza-se que pesquisas e discussões similares sejam desenvolvidas, tendo como base outras variáveis relevantes nas intervenções em saúde.

Referências

Allen, K. D., & Warzak, W. J. (2000). The problem of parental nonadherence in clinical behavior analysis: Effective treatment is not enough. *Journal of Behavior Analysis, 33*(3), 373-391. doi: 10.1901/jaba.2000.33-373

Amaral, V. L. A. R. (1999). Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde. In R. R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e saúde: Explorando alternativas* (pp. 3-9). Santo André: ARBytes.

Amaral, V. L. A. R., & Albuquerque, S. R. T. P. (2000). Crianças com problemas crônicos de saúde. In E. F. M. Silvares (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (pp. 219-232). Campinas: Papirus.

Backes, M. T. S., Rosa, L. M., Fernandes, G. C. M., Becker, S. G., Meirelles, B. H. S., & Santos, S. M. A. (2009). Conceitos de saúde/doença na história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Revista de Enfermagem UERJ, 17*(1), 111-117. Recuperado de http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf

Bartlett, E. E. (1985). Eight principles from patient education research. *Preventive Medicine, 14*(6), 667–669. doi: 10.1016/0091-7435(85)90065-9

Bartlett, E. E. (1986). Historical glimpses of patient education in the United States. *Patient Education and Counseling, 8*(2), 135-149. doi: 10.1016/0738-3991(86)90085-6

Bastable, S. B. (2016). *Essentials of patient education* (2a ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Bellamy, R. (2004). An introduction to patient education: Theory and practice. *Medical Teacher, 26*(4), 359-365. doi: 10.1080/01421590410001679398

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed.

Cesar, G. (2002). *Análise do Comportamento no Brasil: Uma revisão histórica de 1961 a 2001 a partir de publicações*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de https://tede2.pucsp.br/handle/handle/18458

Chisolm, S. S., Taylor, S. I., Balkrishnan, R., & Feldman, S. R. (2008). Written action plans: Potential for improving outcomes in children with atopic dermatitis. *Journal of American Academy of Dermatology, 59*(4), 677-682. doi: 10.1016/jaad.2008.04.025

Cork, M. J., Britton, J., Butler, I, Young, S., Murphy, R., & Keohane, S. G. (2003). Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse. *Britsh Journal of Dermatology, 149*(3), 582-589. doi: 10.1046/j.1365-2133.2003.05595.x

Cruz, L. F. M. da. (2015). *Análise do Comportamento aplicada à promoção da saúde: Uma revisão de escopo.* Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de https://tede2.pucsp.br/handle/handle/16762

Czeresnia, D. O. (2003). Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia & C. E. M. Freitas (Orgs.), *Promoção de saúde: Conceitos, reflexões, tendências* (pp. 39-54). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Dreeben, O. (2010). *Patient education in rehabilitation.* Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

De Rose, J. C. C. (1997). O que é comportamento. In R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e terapia cognitivista* (Vol. 1, pp. 79-81). Santo André, SP: ESETec.

Elder, J. P., Ayala, G. X., & Harris, S. (1999). Theories and intervention approaches to health--behaviour change in primary care. *American Journal of Preventive Medicine, 17*(4), 275–284. doi: 10.1016/S0749-3797(99)00094-X

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196* (4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460

Falvo, D. R. (2010). *Effective patient education: A guide to increased adherence* (4a ed.). Sudbury: Jones and Bartlett.

Ferreira, A. B. H. (2004). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* (3a ed.). São Paulo: Positivo.

Friedman, A. J., Cosby, R., Boyko, S., Hatton-Bauer, J., & Turnbull, G. (2011). Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: A systematic review and practice guideline recommendations. *Journal of Cancer Education, 26*(1), 12-21. doi: 10.1007/s13187-010-0183-x

Fryling, M. (2008). A behavior analytic approach to adherence in chronic disease management. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine, 1*(1), 1-11. doi: 10.1037/h0100362

Glenn, S. S. (1991). Contingencies and metacontingencies: Relations among behavioral, cultural, and biological evolution. In P. A. Lamal (Ed.), *Behavioral Analysis of Societies and Cultural Practices* (pp. 39-73). Washington: Hemisphere Press.

Greenspoon, J. (1997). Compliance, Health Service and Behavior Analysis. In: P. A. Lamal (Org.), *Cultural contingencies: Behavior analytic perspectives on cultural practices* (pp.31-52). Westport Connecticut: Praeger Publishers.

Haynes, R. B. (1979). Introduction. In R. B. Haynes, D. W. Taylor, & D. L. Sackett (Orgs.), C*ompliance in Health Care* (pp. 1-10). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Kubo, O. M., & Botomé, S. P. (2001). Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde. *Interação em Psicologia, 5*(1), 93-122. doi: 10.5380/psi.v5il.3319

Ley, P., Bradshaw, P. W., Kincey, J. A., & Atherton, S. T. (1976). Increasing patients' satisfaction with communications. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 15*(4), 403-413. doi: 10.1111/j.2044-8260.1976.tb00052.x

Luciano, M. C., & Herruzo, J. (1992). Some relevants components of adherence behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 23*(2), 117-124. doi: 10.1016/00057916(92)90009-8

Laloni, D. T. (2006). Comportamento e saúde: Vulnerabilidade biológica. In H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo à variabilidade* (Vol. 17, pp. 116-134). Santo André: ESETec.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist, 35*(9), 807-817. doi: 10.1037/0003-066X.35.9.807

Matos, M. A. (2001). Comportamento governado por regras. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 3*(2), 51-66. Recuperado de http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/135/119

Micheletto, N., Guedes, M. C., César, G., & Pereira, M. E. M. (2010). Disseminação do conhecimento em Análise do Comportamento produzido no Brasil (1962-2007). In E. Z. Tourinho & S. V. de Luna (Orgs.), *Análise do Comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 101-125). São Paulo: Roca.

Moraes, A. B. A., Rolim, G. S., & Costa, A. L., Jr. (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *11*(2), 329-345. Recuperado de http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/408/302

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Rostami, K., & Khadjooi, K. (2010). The implications of behaviorism and humanism theories in medical education. *Gastroenterology and Hepatology*, *3*(2), 65-70. Recuperado de http://journals.sbmu.ac.ir/ghfbb/index.php/ghfbb/article/view/81/72

Santos, G. T. (2003). A psicologia comportamental na formação dos profissionais de saúde. In M. Z. da S. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva & S. M. Oliani (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Clínica, pesquisa e aplicação* (Vol. 12, pp. 307-311). Santo André: ESETec.

Skinner, B. F. (1984). Contingências do reforço: Uma análise teórica. In *Coleção Os pensadores* (R. Azzi & R. Moreno, Trads.). São Paulo: Abril Cultural. (Trabalho original publicado em 1969).

Sluijs, E. M. (1991). Patient education in physiotherapy: Towards a planned approach. *Physiotherapy*, *77*(7), 503-508. doi: 10.1016/S0031-9406(10)61855-X

Stainbrook, G., & Green, L. W. (1982). Behavior and behaviorism in health education. *Health Education*, *13*(6), 14-19. doi: 10.1080/00970050.1982.10614341

Stone, G. C. (1988). Psicología de la salud: Una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *20*(1), 15-26. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/805/80520102.pdf

United States Department of Health and Human Services. (2010). *Healthy People 2020*. Recuperado de https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/HP2020_brochure_with_LHI_508_FNL.pdf

Uma revisão de literatura de temas da saúde estudados pela Análise do Comportamento[1]

A literature review of health subjects studied by Behavior Analysis

Ramon Marin
Universidade Metodista de Piracicaba

Antonio Bento Alves de Moraes
Universidade Estadual de Campinas
abento@unicamp.br

Pedro Faleiros
Universidade Metodista de Piracicaba

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar temas estudados na área de saúde, com base na análise do comportamento, através de uma revisão de artigos científicos. A busca dos artigos foi realizada no site do Periódico Capes. O procedimento da pesquisa foi delineado em seis etapas das quais 5 voltaram-se à seleção de estudos segundo critérios específicos e na sexta etapa foi realizada a definição dos temas/assuntos, a partir da leitura de resumos dos trabalhos previamente selecionados. Dos 3.495 artigos encontrados inicialmente, restaram, ao final do processo de seleção, 68 artigos. Com base nos resultados obtidos é possível afirmar que nos últimos 40 anos tem ocorrido um aumento das publicações de artigos na área de análise do comportamento em saúde, com uma diversidade de temas investigados, tais como Procedimentos de Tratamento (36 artigos), Comportamentos de Saúde (15 artigos) e Doenças Infantis (13 artigos). Outras 16 categorias foram elaboradas e abarcam toda a amostra de artigos selecionados. O estudo mostra quais são os principais temas e suas características, a partir de suas subcategorias, na área de saúde, estudados pela análise do comportamento. Esta análise permite uma visualização dos focos de investigação presentes na inter-relação destes campos de conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE

Revisão de Literatura;
Análise do comportamento;
Psicologia da Saúde.

Abstract

Behavior Analysis papers related to health were searched in Capes Data Base according to a criteria of literature review. The procedure was carried out in six steps; five of them were related to the identification of papers under specific criteria. Step six involved classification and definition of subjects after reading the abstracts of the papers previously selected. About 3495, represent the total number of papers found in the whole search. The number of health related behavior analysis papers was 68 what represents the final sample. Results indicate an increase of papers in behavior analysis related to health in the last 40 years. It is also possible to observe a diversity of subjects such as Treatment Procedures (36 papers); Health Behaviors (15 papers); Child Diseases (13 papers) etc. Furthermore, 16 other classified subjects involve the sample of 68 papers. Considering the procedures carried out it is possible to suggest that the present study allows an overview of some directions of behavior analysis applied to health problems.

KEYWORDS

Literature Review;
Behavior Analysis;
Health Psychology.

1 Financiado pela FAPESP Processo nº 2014/26253-5, Temático nº2011/50419-2.

Introdução

No Século XIX, e durante boa parte do Século XX, a doença era vista, unicamente, como resultado de um patógeno, um vírus, uma bactéria ou outro microrganismo, que invadisse o corpo (Straub, 2014). Definições contemporâneas consideram múltiplos aspectos relacionais da doença e da manutenção da saúde, tais como fatores psicológicos, sociais e biológicos.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a definir saúde como um completo estado físico, mental e social de bem-estar e não somente pela ausência de doença (Taylor, 2011). Leavell e Clark, (1976), Rebelatto e Botomé, (1999) e Sarafino, (2001), consideram que os processos patológicos não devem ser compreendidos dicotomicamente (saúde versus doença), mas sim como um *continuum*, onde o sujeito se moveria entre o completo bem-estar e a morte através das relações que este, estabelece com seu ambiente.

Moraes e Rolim (2012) salientam que é necessário, para a compreensão da relação entre saúde e comportamento, a identificação de processos biológicos, socioculturais e ambientais que influenciam a saúde do indivíduo. Banaco (1999) destaca a importância da análise dos comportamentos de saúde através da descrição de como se instalaram e são mantidos por variáveis ambientais. Esse mesmo autor alerta que classificações baseadas na normalidade social não são coerentes com as explicações pautadas na análise funcional.

A análise do comportamento pode ser uma ferramenta essencial para elucidar as complexas relações entre estados de saúde, variáveis ambientais e respostas do indivíduo. Neste sentido, a análise funcional do comportamento, conforme Matos (2000), não pode considerar saúde simplesmente como oposto de doença. A autora também argumenta sobre a importância de compreender as contingências que mantém determinados comportamentos para a elaboração de intervenções eficazes. Na mesma direção um modelo de saúde baseado nos pressupostos analíticos funcionais deve levar em consideração as concepções que considerem a "multideterminação" dos comportamentos relacionados a saúde. (Matos, 2000; Meyer, 1997; Banaco, 1999; Rebelatto & Botomé, 1999)

Uma análise funcional de comportamentos permite considerar as relações existentes entre variáveis ambientais e comportamentos analisados, que promovem, ou não, estados de saúde (Moraes & Rolim, 2012a; Moraes & Rolim, 2015). Para tanto, é necessário que se conheça a história de vida de cada sujeito visando compreender como ocorreram os processos de aprendizagem e discriminação de estímulos diante de eventos que sinalizem alterações nos estados de saúde (Meyer, 1997).

Com o objetivo de identificar as contribuições da análise do comportamento aplicada à saúde no Brasil, Moraes e Rolim (2012b) examinaram os volumes da coleção *Sobre Comportamento e Cognição*, no período de 1997 a 2010 (Volumes 01 à 27). Foram selecionados os artigos que atendiam como critério de seleção a presença em seus títulos, da especificação de temas ou conceitos relacionados à saúde. Os temas/assuntos identificados foram: Comportamento

de risco; tabagismo; etilismo; câncer, diabetes; saúde mental e emocional; ansiedade; depressão; modelos biomédico e biopsicossocial; sistemas de saúde; hospital; enfermaria; gestantes; relação profissional – paciente; saúde bucal; transtorno dismórfico corporal e terapia ocupacional. Os capítulos relacionados à clínica psicoterápica foram excluídos da amostra. De um total de 1023 capítulos, 88 foram considerados como representativos da grande área análise do comportamento e saúde. É importante destacar que de 15% à 33% de capítulos por edição voltaram-se à área de saúde, com exceção dos anos 1999 (volume 4) e 2007 (volumes 19 e 20). Esse dado é relevante por apresentar o número de capítulos relacionados a saúde publicados por volume, uma vez que pode indicar uma certa constância de interesse da análise do comportamento na área. Em relação aos temas encontrados, os relacionados à saúde mental e emocional foram maioria, seguidos de comportamentos de risco e doenças específicas, respectivamente.

A *Coleção Sobre Comportamento e Cognição* é uma coletânea de textos brasileira na área da Análise do Comportamento. Após análise dos textos encontrados nessa referida coletânea, Moraes e Rolim (2012b) apontaram ainda para a necessidade de outros trabalhos que possam analisar as publicações de Análise do Comportamento relacionadas à Saúde em periódicos científicos, não só no Brasil, mas também em outros países, oferecendo mais informações sobre a produção de conhecimento na área, de modo mais preciso e abrangente.

Até o presente momento, não foram realizadas revisões sistemáticas de literatura, que tenham produzido, a partir de artigos empíricos publicados em periódicos indexados, uma base de informações aos pesquisadores interessados na interlocução entre análise do comportamento e saúde dos principais temas e focos de investigação na área.

Nesse intuito, o objetivo deste estudo, foi descrever, a partir de uma revisão de literatura, quais temas são estudados na área de saúde, através de uma abordagem analítico comportamental, no que diz respeito artigos científicos empíricos e assim, elaborar um levantamento de dados capaz de descrever o estado da arte nos estudos disponibilizados pelo "Periódicos CAPES", publicados entre 1980 a 2014.

Método

Material

O "Periódico CAPES" (Periódicos Capes, 2017) é um portal que oferece acesso democrático a informação científica. No ano de 2017, o portal "Periódico CAPES" contava com mais de 38 mil títulos com textos completos, 134 bases referenciais, além de livros, enciclopédias e obras de referência, normas técnicas estatísticas e conteúdo áudio visual.

A ferramenta utilizada para a organização e sistematização das informações foi o programa StArt® (*State of the Art through Systematic Review*) desenvolvido pelo LaPES (Laboratório de Pesquisa de Engenharia de Softwares) da Universidade Federal de São Carlos. O StArt®, versão 2.3.4 tem como propósito

de auxiliar o trabalho de pesquisadores que visam desenvolver uma revisão de literatura (Hernandes, Zamboni, Thommazo & Fabbri, 2010; Zamboni, Thommazo, Hernandes & Fabbri, 2010).

Procedimento

O desenvolvimento das atividades utilizando a ferramenta StArt® 2.3.4 ocorre em cinco etapas. A primeira refere-se à descrição de todos os pontos do planejamento da pesquisa através de um protocolo já disponibilizado pelo programa (Hernandes et. al, 2010; Zamboni et. al, 2010). As quatro etapas seguintes concernem especificamente à execução da revisão de literatura, que contemplam os procedimentos de criação de sessão de busca, inserção de artigos, classificação de artigos, leitura e extração das informações dos artigos aceitos. O programa ainda disponibiliza gráficos, que demostram os resultados das informações inseridas ao longo das cinco etapas.

Para o procedimento de seleção desta pesquisa foram delineadas seis etapas:

Primeira Etapa: Identificação de artigos no site do Periódico CAPES

Na "homepage" do site dos Periódicos CAPES, há uma possibilidade de escolher por tipos de buscas que serão realizadas. Estas buscas podem ser feitas por assunto, periódico, livro ou base de dados. No caso da presente pesquisa a opção escolhida foi "busca por assunto". Nessa opção é possível realizar uma busca avançada (como denominado pelo site), na qual optou-se pela forma de busca relacionada ao conteúdo de cada artigo. Foi definido que as palavras chave escolhidas deveriam estar contidas em qualquer lugar das publicações que seriam encontrados. Nos dois campos de busca disponíveis foram digitadas as palavras, *"Health" and "Behavior Analysis"*, respectivamente. Estas palavras foram escolhidas como palavras chaves, e foram inseridas em Inglês para obter-se maior abrangência na busca, uma vez que este idioma é o mais utilizado para publicações científicas em todo mundo e a escolha de outras palavras chaves poderiam restringir a amostra encontrada. A busca por tais artigos foi realizada em junho/2015.

Segunda Etapa: Seleção de artigos com sujeitos humanos

Os artigos encontrados na primeira etapa foram ainda "filtrados", por uma ferramenta disponibilizada pelo próprio site do Periódico Capes. Esta ferramenta permitiu selecionar somente os estudos que utilizaram ou analisaram dados relacionados a Seres Humanos.

Os artigos encontrados foram exportados, automaticamente ou manualmente, para a ferramenta StArt® 2.3.4, a qual extraía do artigo informações como: "Título", "Autor", "Palavras Chave", "Resumo", "Nome da Revista" e "Ano de Publicação". Para os artigos que não possibilitaram a exportação automática para o programa, foi necessária a realização de um procedimento de exportação manual.

Terceira Etapa: Seleção dos artigos empíricos

Após os artigos selecionados no periódico Capes terem sido "transferidos" para o programa StArt®, foram excluídos da seleção todos os artigos duplicados (através de uma ferramenta também disponibilizada pelo próprio programa). Em seguida, os resumos foram lidos e novos critérios foram adotados no que se refere à inclusão e exclusão dos mesmos. Nesta Etapa, somente os resumos que apresentassem estudos empíricos foram selecionados. O critério para que um resumo fosse considerado de uma pesquisa empírica era ter informações relativas à descrição do método (equipamento/material, participantes, procedimentos) e resultados (quantitativos ou qualitativos). Em estudos empíricos, a metodologia deve obedecer a um critério de verificação empírica, ou seja, deve tratar de construtos observáveis, a partir de um procedimento planejado e sistemático. (Anderson, 1977 APUD, Campos, 2008). Ainda nesta etapa, resumos que apresentassem estudos conceituais, teóricos, relatos de caso clínico e de revisão de literatura foram excluídos da amostra.

Quarta Etapa: Seleção de artigos de Análise do Comportamento

Dos resumos selecionados como empíricos, na terceira etapa, foram excluídos na quarta etapa aqueles que não continham em seus "Títulos", "Palavras-Chave" ou "Resumos" qualquer conteúdo que se associasse a Análise Aplicada do Comportamento. Embora a busca no periódico Capes tenha sido feita utilizando as palavras "*Behavior Analysis*" e "*Health*", nem todos os artigos que resultaram desta busca de fato tinham alguma relação com a análise do comportamento. A palavra "*Behavior*" frequentemente é utilizada por outras concepções em Psicologia e também por outras áreas do conhecimento. Uma tabela no programa Microsoft Word® contendo, "Título", "Autor", "Ano de Publicação", "Revista da publicação" e "Excertos do resumo", foi elaborada e as informações que refutavam a seleção de tais artigos foram copiadas de cada resumo e inseridas na mesma, de modo a auxiliar na identificação de quais estudos atendiam ou não os critérios de seleção definidos para a quarta etapa.

Quinta Etapa: Seleção de artigos baseados na Análise do Comportamento em relação com a área de Saúde

Os artigos previamente aceitos por conterem, em seus resumos, conceitos relacionados à Análise do Comportamento ("*Behavior Analysis*") foram relidos, de modo que pudesse ser confirmada a relação entre saúde e tais pressupostos teóricos. Após essa releitura ser feita, artigos que não demonstravam tal relação foram excluídos. Uma tabela com o mesmo propósito da quarta etapa foi também utilizada para auxiliar a identificação das informações dos resumos que se relacionavam ou não com os critérios de seleção.

Sexta Etapa: Classificação dos artigos com base em seu conteúdo

A sexta etapa consistiu, a partir da leitura dos resumos selecionados na quinta etapa, em identificar os seguintes conteúdos: "ano da publicação", "revista publicada" e "assunto do artigo". Em relação ao ano de publicação houve uma separação dos periódicos por décadas, como por exemplo, de 1981 à 1990.

Por fim, com base nas leituras anteriores dos resumos, foi possível classificar os estudos em três grandes assuntos principais: "Distúrbios"; "Intervenções" e "Padrões Comportamentais". O primeiro refere-se aos artigos que mencionam algum processo considerado como adoecimento, que impossibilita ou dificulta a emissão de comportamentos cotidianos (Moraes & Rolim, 2015). Em relação ao segundo assunto, foram inseridos todos os artigos que continham informações a respeito de intervenções para atenuação ou prevenção de danos. Para o terceiro assunto, foram selecionados artigos que tratavam de comportamentos emitidos pelos próprios sujeitos, que mantinham ou não, os estados de saúde ou doença do indivíduo. Cabe ressaltar que a diferença entre a primeira e a terceira categoria baseia-se no fato da primeira referir-se a estímulos antecedentes ao comportamento do indivíduo, enquanto a terceira refere-se as respostas emitidas pelos indivíduos diante da condição de saúde em que se encontravam.

Vale ressaltar que estes três assuntos principais não se excluíam entre si, podendo ocorrer, como na maioria dos casos, a classificação para mais de um assunto por artigo. Por exemplo, se um artigo tratasse de doenças sexuais e modos de prevenção, poderia ser classificado tanto como um artigo sobre "Distúrbios" como um artigo sobre "Intervenções".

Para cada assunto (Distúrbios, Intervenções e Padrões Comportamentais) foram elaborados subtemas com o objetivo de definir com maior precisão o assunto dos artigos selecionados. Para o assunto Distúrbios, foram identificados os subtemas "autismo", "doença sexual", "doenças da criança", "doenças crônicas", "saúde bucal", "Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)" e "saúde mental". Para o assunto Intervenções, foram identificados os seguintes subtemas: "pacientes de ambulatório", "procedimentos de tratamento", "saúde pública", "prevenção", "procedimentos hospitalares", "saúde ocupacional". Por fim, para Padrões Comportamentais foram definidos os seguintes subtemas: "comportamento sexual", "cuidados de saúde ", "comportamentos de saúde", "fumar abusivo", "abuso de substancias", "desordens da alimentação".

Assim como ocorreu para os assuntos principais, estas definições em subtemas também tiveram casos de dupla classificação. Um mesmo artigo poderia ser identificado como referente às doenças sexuais, e também pelos seus modos de prevenção relacionados a padrões comportamentais como "comportamentos sexuais".

Resultados

A partir da primeira etapa de busca, realizada no campo de *busca avançada*, com as palavras "Health" and "Behavior Analysis", foram encontrados 3495 artigos. Após a aplicação do filtro, existente no próprio portal, de seleção de artigos que utilizam participantes humanos, foram excluídos 3065 artigos, restando 430 trabalhos que prosseguiram no processo de seleção, com base nos critérios já relatados.

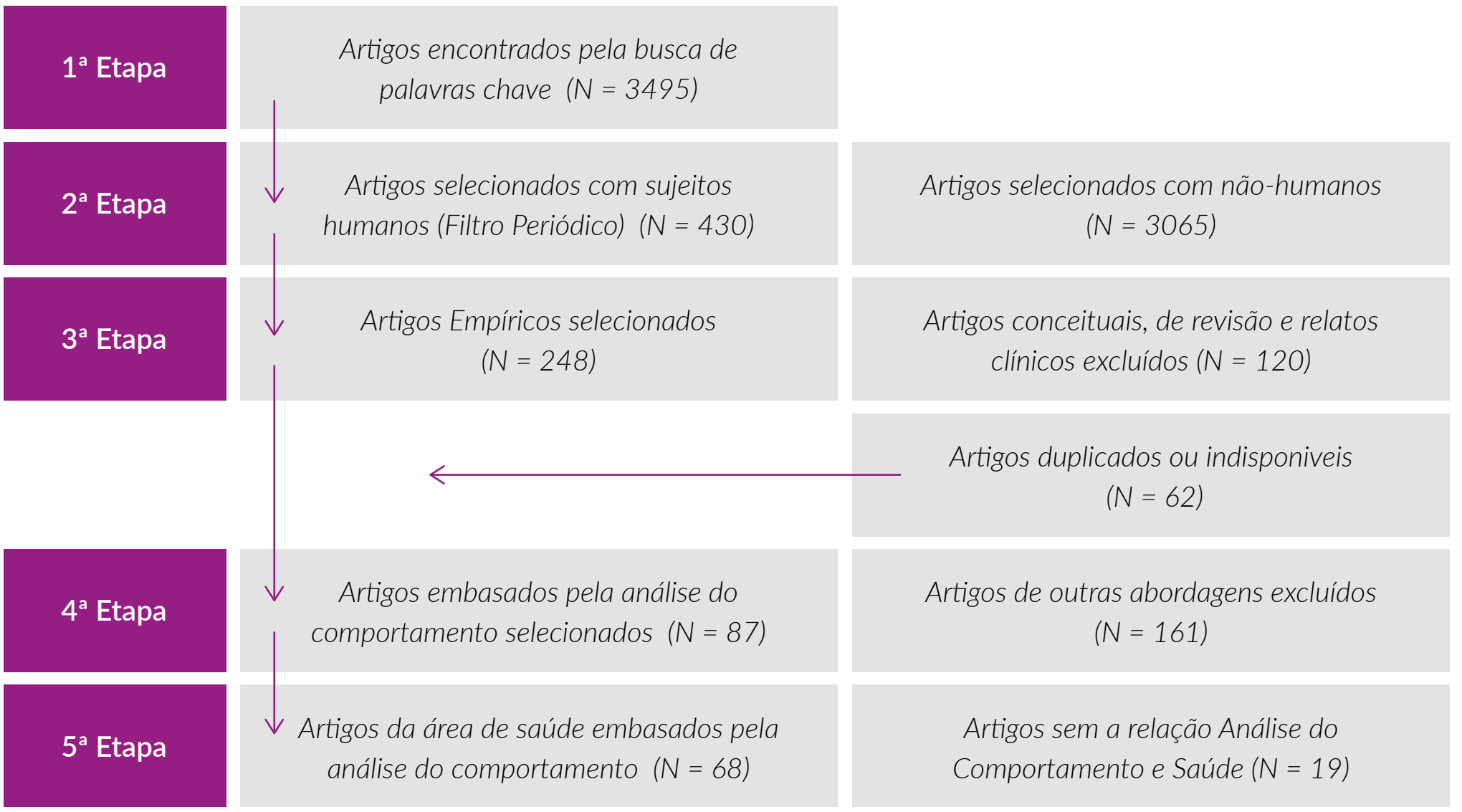
Destes 430 artigos, referentes a estudos com humanos, durante a terceira etapa, foram aceitos 248 artigos, considerados empíricos. Dos 182 excluídos nesta etapa, 57 artigos foram duplicados, cinco deles estavam indisponíveis para análise e 120 artigos representavam estudos conceituais, teóricos ou relatos de casos clínicos.

Na quarta etapa, dos 248 artigos selecionados na etapa anterior, foram aceitos os que estavam embasados em pressupostos analítico-comportamentais, ao todo 87 estudos. Os excluídos, por não utilizarem da Análise do Comportamento, somaram 161 artigos.

Do total de artigos aceitos (87), foram selecionados, a partir da leitura do resumo dos mesmos, os que apresentavam a relação entre pressupostos teóricos da análise do comportamento e a área de saúde, resultando em 68 estudos. Tais estudos, portanto, são empíricos, relacionados a humanos, baseados na Análise do Comportamento e relacionados a área de saúde.

A Figura 1 apresenta, através de um fluxograma, a quantidade de artigos aceitos, excluídos, duplicados e indisponíveis, em cada uma das cinco etapas de seleção desta revisão.

Figura 1. Fluxograma apresentando a quantidade de artigos aceitos, excluídos, duplicados e indisponíveis para cada uma das cinco etapas de seleção.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Com base na leitura dos 68 artigos selecionados na quinta etapa, foram definidos três grandes Assuntos/Temas: distúrbios, intervenção e padrões comportamentais. O primeiro referiu-se aos processos sobre adoecimento, o segundo, envolveu artigos que continham informações sobre procedimentos de intervenção e prevenção e o terceiro tema referiu-se a artigos que analisaram e ou investigaram comportamentos que mantinham os estados de saúde ou adoecimento do indivíduo.

Para cada assunto/tema de maior abrangência outros temas mais específicos também foram elaborados. Na Tabela 1 é possível identificar que 25,34%(38) dos artigos relacionavam-se a distúrbios, 39,34% (59 artigos) eram voltados a intervenções e 35,34% (53 artigos) investigaram e analisaram padrões comportamentais[2].

Dos 38 (55,9%) artigos referentes a distúrbios, oito tinham como tema principal o Autismo, sete sobre Doenças Sexuais, treze relacionados a Doenças Infantis, quatro sobre Saúde Mental, três a respeito da Saúde Bucal, dois sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e apenas um estava relacionado a doenças Crônicas. A maioria desses artigos abordou doenças sexuais e distúrbios relacionados à criança, 8,67% e 4,67% respectivamente.

Em relação aos artigos voltados a intervenções na área de saúde, 36 artigos foram identificados como Procedimentos de Tratamento, onze relacionados à Prevenção, quatro à saúde pública, três voltados a pesquisar *Outpatient*, outros três a Procedimentos Hospitalares e dois artigos estavam relacionados especificamente à Saúde do Trabalho.

Em relação aos artigos que investigaram padrões comportamentais, quinze deles referiam-se a Comportamentos Saudáveis, oito a Cuidados com a Saúde, outros oito relacionados ao Abuso de Substâncias e mais oito artigos que investigaram Distúrbios Alimentares. A mesma quantidade de artigos (sete) foram encontrados tanto com o tema Comportamentos Sexuais e, como para Abuso de Cigarro. A discrepância encontrada nos artigos relacionados a padrões comportamentais pode ser devido ao assunto (Comportamentos Saudáveis) ser mais abrangente em relação a intervenções quando comparado aos outros temas.

Tabela 1: Quantidade de artigos sobre Saúde na Análise do Comportamento, localizados na plataforma Periódicos CAPES, em junho de 2015, classificados em temas e subtemas.

Distúrbios	Nº de Artigos
Autismo	*8 (5,34%)*
Doenças sexuais	*7 (4,67%)*
Doenças infantis	*13 (8,67%)*
Doenças crônicas	*1 (0,67%)*
Saúde bucal	*3 (2%)*
TDAH	*2 (1,34%)*
Saúde mental	*4 (2,67%)*

(Tabela continua)

2 Vale ressaltar que por ter havido, dentro do processo de classificação, artigos classificados duas vezes em dois temas ou duas categorias diferentes, a soma das classificações (n= 150) foi superior a amostra de artigos analisada (n=68). Sendo assim, para que pudesse ser avaliada a quantidade de artigos em porcentagem, facilitando a visualização, foi realizada uma correção matemática que descobrisse a porcentagem relativa aos 150 classificações.

Intervenções	Nº de Artigos
Outpatient	*3 (2%)*
Procedimentos de Tratamento	*36 (24%)*
Saúde pública	*4 (2,67%)*
Prevenção	*11 (7,34%)*
Procedimentos Hospitalares	*3 (2%)*
Saúde ocupacional	*2 (1,34%)*

Padrões Comportamentais	Nº de Artigos
Comportamento sexual	*7 (4,67%)*
Cuidados com a saúde	*8 (5,34%)*
Comportamento saudáveis	*15 (10%)*
Distúrbios alimentares	*7 (4,67%)*
Abuso de cigarro	*8 (5,34%)*
Abuso de substâncias	*8 (5,34%)*

Fonte: Elaborada pelos autores.

Discussão

Na atual revisão de literatura, dos 3.495 artigos encontrados inicialmente, com base nos critérios de seleção utilizados, restaram 68 artigos. À primeira vista, este resultado pode indicar, aparentemente, poucos estudos empíricos da análise do comportamento voltados à área de saúde. No entanto, deve-se considerar que as palavras "*Health*" e "*Behavior Analysis*" são utilizadas, não somente pela análise do comportamento, mas também por outras concepções teóricas em psicologia. Além disso, cabe lembrar que estudos clínicos, revisões de literatura e artigos conceituais e teóricos foram excluídos. Também foram encontradas produções voltadas a outras áreas do conhecimento, como por exemplo, Medicina, Enfermagem, Nutrição, Terapia Ocupacional e Engenharia (esta última voltada à segurança do trabalho).

Vale ressaltar que também há diferenças quanto ao termo "*Behavior*", quando o mesmo é empregado na área de saúde. Matarazzo (1980) diferencia três áreas relacionadas à saúde e comportamento, são elas: "*Behavioral Medicine*", "*Behavioral Health*" e "*Health Psychology*". A primeira refere-se a um campo interdisciplinar que utiliza tanto os conhecimentos produzidos pela biomedicina e pela ciência do comportamento, como produções voltadas para prevenção, tratamento, diagnóstico e reabilitação de indivíduos.

A segunda é um campo interdisciplinar e tem como objetivo principal a promoção de hábitos saudáveis, promovidos pelo próprio indivíduo. A terceira é definida como o agregado de contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina de psicologia para a promoção e manutenção da saúde, prevenção, tratamento de doenças, etiologia e diagnóstico correlacionado entre saúde, doença e a disfunção relatada. Uma leitura na integra dos artigos selecionados na atual revisão poderia identificar em quais áreas os artigos podem estar incluídos (tais diferenças conceituais e metodológicas, ao menos para essas três áreas).

Também, com base nos resultados, foi possível identificar um aumento na quantidade

de publicações encontradas a partir do século XXI. Neste período ocorreu um aumento de aproximadamente 257% das publicações. Dos 14 artigos publicados entre 1980 a 2000 houve um aumento para 36, somente na primeira década do século XXI. Outro aspecto importante é o fato de que a quantidade de artigos selecionados dos anos 2011 a 2014 representam a metade da quantidade encontrada no período de 2001 a 2010. Esses dados sugerem um possível aumento no número de artigos até o ano de 2020.

Inicialmente havia uma expectativa de encontrar um maior número de artigos publicados em periódicos brasileiros. No entanto, considerando os critérios empregados na presente revisão, nenhum foi encontrado. Também não foram encontrados artigos publicados em periódicos internacionais que tivessem autores brasileiros.

A respeito disto podemos considerar como o método empregado, a utilização das ferramentas escolhidas (Periódico Capes e StArt®) e os critérios de seleção, permitiram, ou não, acesso aos artigos que investigaram a relação entre análise do comportamento e saúde. Nesta direção, algumas questões devem ser apontadas. A primeira é a compreensão de que a amostra encontrada não reflete a produção na íntegra da análise do comportamento voltada à saúde, principalmente em relação a estudos publicados em periódicos nacionais. Mesmo que *"health" and "Behavior Analysis"* tenham sido a base para uma busca "avançada" (quando somente são encontrados artigos que contém os dois termos), tais palavras ainda não abarcam todas as publicações. Trabalhos como o de Malerbi e Matos (2001), por exemplo, que investigou o treino de discriminação do nível de glicose no sangue a partir de estímulos internos e externos do indivíduo, não foram encontrados. No estudo realizado por essas autores, não há menção das duas palavras que foram utilizadas para a presente pesquisa, nem no título, resumo ou palavras-chave. Este exemplo evidencia que as fontes e as palavras chave utilizadas não podem ser consideradas como as únicas que permitem o acesso aos artigos que fazem a referida relação. Uma forma para minimizar esta lacuna seria utilizar, como palavras de busca, também conceitos comportamentais mais específicos, como "*reinforcement*", "*aversive*", "*response*", "*consequence*", "*stimulus*", entre outros termos que relacionem saúde e comportamento de outras maneiras. Para além disto, a seleção de fontes alternativas podem tornar o trabalho mais abrangente uma vez que a forma de indexação (por parte das bases conjuntas de dados) podem diferenciarem-se nos termos de busca, ou seja, a mesma palavra chave poderia levar a busca e os resultados em outras direções.

Uma segunda questão dubitável é de que as leituras realizadas foram feitas apenas a partir dos resumos dos artigos. Sendo assim, poderíamos pensar que os artigos poderiam não representar concretamente a Análise do Comportamento através da identificação de termos comportamentais em seus escopos. No entanto, a maioria dos artigos selecionados ao final da revisão foram publicados no *Journal of Applied Behavior Analysis* (52 artigos), um dos periódicos de maior prestígio e de ampla

circulação, voltados a publicar artigos baseados em pressupostos teóricos e métodos da Analise Aplicada do Comportamento.

A leitura na integra dos 68 artigos selecionados ao final da revisão, poderia permitir a identificação, de fato, sob quais construtos teóricos os artigos estariam pautados. Também possibilitaria a obtenção de outras informações, contidas nas pesquisas, como por exemplo, a conceituação de saúde empregada (quando houver), características específicas da população investigada; locais e contextos em que as investigações foram realizadas, assim como os procedimentos e as técnicas utilizadas, além dos principais resultados obtidos.

Embora existam questões metodológicas para serem resolvidas o estudo provê um levantamento considerável de artigos publicados na área de saúde e permite a elaboração de outras análises que busquem descrever a inserção da análise do comportamento nos âmbitos da saúde.

Referências

Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. In: *Sobre comportamento e cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva – da reflexão teórica à diversidade na aplicação.* Santo André: AR Bytes Editora Vol. 4, p. 75-82.

Campos, L. F. L.(2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia*. 3ª Ed. Alínea e Átomo.

Hernandes, E. C. M., Zamboni, A. B. Thommazo, A. D. & Fabbri, S. C. P. F. (2010) Avaliação da ferramenta StArt® utilizando o modelo TAM e o paradigma GQM. In: *X Experimental Software Engineering Latin American Workshop*, ICMC-São Carlos.

Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. 1ª ed., São Paulo: McGraw Hill do Brasil e Rio de Janeiro: Fename.

Malerbi, F. E., & Matos, M. A. (2001). Blood glucose discrimination training: the role of internal and external cues. *Journal of health psychology*, *6* (2), 229-40.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and behavioral medicine: Frotiers for new health psychology. *American Psychologyst*, *35*, 807-817.

Matos, M. A. (2000). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *16* (3), 8-18.

Meyer, S. B. (1997). O conceito de análise funcional. In: M.Delitti. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: A Prática da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental.* Santo André: AR Bytes Editora, vol. 01. 31-36.

Moraes, A. B. A., & Rolim, G. S. (2012a). Algumas reflexões analítico-comportamentais na área da psicologia da saúde. In: Nicodemos B. Borges et al. (Org.). *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos.* Porto Alegre: Artmed vol. 1, 287-293.

Moraes A. B. A., & Rolim, G. S. (2012b). *Efeito de diferentes estratégias sobre o comportamento de crianças submetidas ao atendimento odontológico.* In: 42ª Reunião anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Ribeirão Preto.

Moraes, A. B. A., & Rolim, G. S. (2015). Psicologia da Saúde, Análise do Comportamento e Odontologia In: *Bender, V. e Souza S. R. Análise do Comportamento aplicada a diferentes contextos*, Londrina, SP: EDUEL.

Periódicos Capes (2017). *Missão e Objetivos*. Recuperados de: www.periodicos.capes.gov.br/ em 25 de julho de 2017.

Rebelatto, J. R., & Botomé, S. P. (1999). *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação*. 2ª edição. Barueri, SP: Manole.

Sarafino, E. P. (2001). *Health Psychology: Biopsychossocial Interactions.* 3ª ed., Nova York, NY: John Wiley e sons INC.

StArt® (2015) (Versão 2.3.4) [Programa de Computador]. São Carlos, SP: Ufscar LaPES.

Straub, R. O. (2014) *Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.

Zamboni, A. B., Thommazo, A. D., Hernandes, E. C. M., & Fabbri, S. C. P. F. (2010) StArt® Uma Ferramenta Computacional de Apoio à Revisão Sistemática. In: *Brazilian Conference on Software: Theory and Practice - Tools session*. UFBA.