



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARIANA DE TOLEDO CHAGAS

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E PSIQUIATRIA:
ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O TRANSTORNO BIPOLAR**

Londrina
2013

MARIANA DE TOLEDO CHAGAS

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E PSIQUIATRIA:
ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O TRANSTORNO BIPOLAR**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Orientadora: Prof^a Dr.^a Maria Rita Zoéga Soares.
Coorientadora: Prof^a Dr.^a Renata Grossi.

Londrina
2013

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C433a Chagas, Mariana de Toledo.
Análise do comportamento e psiquiatria: algumas reflexões sobre o transtorno bipolar / Mariana de Toledo Chagas. – Londrina, 2013.
106 f.

Orientador: Maria Rita Zoéga Soares.
Coorientador: Renata Grossi.
Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento, 2013.
Inclui bibliografia.

1. Comportamento – Análise – Teses. 2. Doenças mentais – Diagnóstico – Teses. 3. Transtorno bipolar – Teses. 4. Entrevistas em psicologia – Teses. 5. Psiquiatria – Teses. I. Soares, Maria Rita Zoéga. II. Grossi, Renata. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. IV. Título.

CDU 159.9.019.43

MARIANA DE TOLEDO CHAGAS

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO E PSIQUIATRIA:
ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O TRANSTORNO BIPOLAR**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Maria Rita Zoéga Soares
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Lucilla Maria Moreira Camargo Simões
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Márcia Cristina Caserta Gon
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 16 de agosto de 2013.

AGRADECIMENTOS

Apesar de os agradecimentos sempre aparecerem no começo do texto, é comum que sejam escritos no final do trabalho. Talvez seja uma forma de 'fechar com chave de ouro'. Essa é a parte mais importante para mim.

Primeiramente, gostaria de agradecer à minha família. Pai, mãe, vó, Juliana e Olavo: obrigada. Vocês fizeram de mim quem sou e estiveram presentes a cada segundo, seja através de uma conquista, de uma lágrima, de uma saudade. Todas as minhas vitórias pertencem a vocês.

Amigos são tantos que nem sei por onde começar. Sou mesmo uma pessoa de muita sorte.

Aos amigos do chat O Q???? CHAPAAAAH!!! (agora também via celular). Bruno Queiroz, Calixto Freitas, Diogo Venturelli e Frederico Assis, obrigada por terem feito meus dias imensamente mais divertidos. Se eu tivesse escrito uma palavra a cada riso que vocês me proporcionaram, eu teria uma enciclopédia agora em mãos. Orgulho dessa amizade que dura mais de 20 anos.

À Ahfia Dobrochisnki e Luciana Nardotto e às suas famílias. É incrível o quanto vocês sempre estão presentes em minha vida mesmo à distância. Obrigada por nunca deixarem nada mudar entre nós.

Aos amigos que fiz na faculdade, essa louca jornada onde começou minha vida profissional.

À Bruna Colombo, por ser a melhor analista do comportamento que eu conheço, por ser um gato manhoso e me acompanhar nos momentos de balada. Empório rules!

Ao Diego Alcântara, por ter sempre disposição de caminhar pela cidade e sempre chamar minha atenção por andar rápido demais. Obrigada por me ensinar a viver de maneira mais plena.

À Francielle Massari, que chegou mais tarde, mas nem por isso deixou de conquistar um lugar no meu coração e se tornar a flor do meu jardim.

À Glenda Oliveira, minha primeira coleguinha, que me ensinou que é possível existir uma metade oposta de mim mesma, doce e sensível, e que alguns sentimentos sobrevivem inalterados mesmo frente às maiores distâncias. Meu amor por você é maior que o Goiás!

À Juliana Mayer, para qual não tenho nem palavras. Foram tantos momentos e tantas alegrias. Simplesmente obrigada por existir na minha vida. Seu apoio foi fundamental, sempre. Amo-te daqui até a muralha da China, bem meu!

Ao Murilo Ramos, por estar presente em todas as aulas e em quase todos os trabalhos e projetos, sem perder as festas jamais! Obrigada por ter sempre sido meu amigo.

Aos colegas da turma de mestrado, em especial à Fabiana Kaiser e à Eva Carolina Guimarães por terem feito das quintas-feiras os dias mais esperados. Acho que não teria sobrevivido sem vocês! Obrigadis!!! A Everton Martins, por ser um exemplo de profissional, aluno e amigo.

Às minhas enfermeiras de plantão: Adeline Buss, Andréia Sasaki, Gabriela Vieira e Isabela Colombo. Graças a vocês, aprendi o que é PIC, PIN, UBS, UTI. Mas acima de tudo, aprendi o que é ser amada. Obrigada por me acolherem e sempre me chamarem pra comer uma coisinha, com bastante bacon! Sem esquecer-se da nossa agregada Carla Colombo com suas mãos e receitas mágicas!

À Maria Luiza Dal-cól, por ter me ensinado a me arriscar e por estar sempre lá embaixo pra me segurar, caso eu caísse. Você mudou meu jeito de ver a vida.

À Bruna Aguiar, que acompanhou de perto a parte mais difícil desse processo e sempre tentou me acalmar e dar apoio e por ser minha referência no IACEP, minha nova família.

A todos os professores do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina, em especial aos do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento. Obrigada por todos seus ensinamentos, por terem me acolhido como colega de profissão e por terem me oferecido carinho e amizade.

À Carolina Martinez (*in memoriam*), por seu conhecimento e por sua amizade. Sua paixão pela Análise do Comportamento é minha maior inspiração. Você será sempre insubstituível em nossos corações.

À Edmarcia Vila, por ter me mostrado que eu poderia ser uma boa psicóloga clínica. Sua abertura e confiança me fizeram ir muito mais além do que eu mesma imaginava.

À Josy Moriyama, por me inspirar como profissional e como ser humano. Amore, obrigada pela confiança, disponibilidade, carinho, confidências, risadas. Quando crescer, quero ser igual você! Que nossa amizade perdure por muitos e muitos anos!

À Renata Grossi, por ser minha coorientadora, minha chefe, minha mãe e, acima de tudo, minha amiga. Você me aceitou em 2010 e desde então tem sempre estado ao meu lado. Seu estímulo a cada dia fez de mim uma profissional melhor e mais confiante. Obrigada por todo o apoio. Espero que ainda possamos trabalhar muitas vezes juntas e, acima de tudo, fazermos muitas fofocas e darmos muitas risadas!

À Maria Rita Soares, minha querida orientadora! Obrigada por ter confiado a nós seu projeto, mesmo sabendo desde o início que o acompanharia a distância. Você fez muita falta! O lado direito do PGAC não é mesmo sem você. Obrigada por todo o incentivo. Que esse trabalho nos renda muitos frutos!

Ao Dr. Felipe Corchs, por sua disponibilidade e valiosas contribuições em minha banca de qualificação.

Às professoras Lucilla Simões e Márcia Gon por estarem presentes no momento da defesa. Obrigada por aceitarem meu convite e por sua dedicação.

Às alunas da residência que acompanharam meu projeto e me ajudaram com dados de prontuário e pacientemente leram meu trabalho, sempre acrescentando observações muito pertinentes. Dr^a Bruna Bajo Munhoz e Dr^a Soraya Pistori, suas queridíssimas! Espero que

consigamos acrescentar para vocês um pouquinho do que vocês nos têm acrescentado nas supervisões. Vocês são profissionais e pessoas incríveis. Que nossa parceria possa continuar!

Ao Vitor José, vulgo coiso feio, por ter estado presente durante todo o meu percurso e ter aguentado minhas crises de raiva e de choro sem motivo aparente. Mas acima de tudo por ser um bocó que nem eu e sempre me fazer rir nas horas mais difíceis. Você faz de mim uma pessoa melhor. Você faz de mim uma pessoa feliz. Obrigada por sua paciência e por existir na minha vida. Te amo, xuxu.

À Inês, à Sueli e ao Jonas, por serem secretários tão competentes e sempre estarem dispostos a me ajudar, nas diferentes funções que exerci na UEL durante todos esses anos. Seria impossível trabalhar sem vocês.

A todos os meus pacientes, especialmente à Alice e Pedro, que confiaram em mim suas histórias, angústias e vitórias. Todo o meu esforço é para tentar fazer a vida de vocês um pouquinho mais feliz. Não existe no mundo recompensa maior que essa.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES – que financiou parte desse projeto através de bolsa de estudos, o que tornou o trabalho viável.

*"Foi o tempo que dedicastes à tua rosa que fez tua
rosa tão importante" (Antoine de Saint-Exupéry)*

CHAGAS, Mariana de Toledo. **Análise do Comportamento e Psiquiatria: Transtorno Bipolar e outras reflexões.** 2013. 106 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMO

O Transtorno Afetivo Bipolar é definido pela ocorrência de episódios de mania, hipomania e depressão e leva a um comprometimento em várias áreas da vida do indivíduo. A atuação de analistas do comportamento com clientes com esse e outros transtornos deve ser condizente com os pressupostos do Behaviorismo Radical. Neste trabalho, serão apresentados três estudos, sendo o objetivo do primeiro realizar questionamentos acerca da prática clínica de analistas do comportamento quando se deparam com casos de transtornos psiquiátricos quanto a possibilidade do uso de classificações diagnósticas; a utilidade desse tipo de instrumento na prática clínica e os cuidados que se deve tomar ao se utilizar esse tipo de recurso. O trabalho não propõe respostas, mas reflexões sobre o tema. O segundo estudo apresenta e avalia um roteiro de entrevista semiestruturado desenvolvido pela pesquisadora, para realizar análise funcional na prática clínica. Várias vantagens são apontadas para a utilização desse instrumento, como a flexibilidade, permitindo que as informações obtidas sejam reavaliadas e aprofundadas quando necessário. Uma das principais dificuldades encontradas foi utilizar o mesmo instrumento para a categorização e para a realização da análise de dados. O último estudo teve como objetivo investigar em dois participantes, contingências históricas e atuais relacionadas ao desenvolvimento e manutenção de classes de respostas identificadas de acordo com a classificação de transtorno bipolar. Em ambos os casos, constatou-se padrões relacionados ao isolamento social, dificuldades em interações sociais, seguimento de autorregras irrealistas e esquiva experiencial, sendo que a maioria desses comportamentos tinha função de fuga/esquiva. Espera-se que esse trabalho auxilie na compreensão do Transtorno Bipolar e proporcione o desenvolvimento de intervenções mais eficazes para esses casos.

Palavras-chave: Classificação diagnóstica. Transtorno Afetivo Bipolar. Análise Funcional. Roteiro de Entrevista Semiestruturado. Análise do Comportamento.

Chagas, Mariana de Toledo. **Behavior Analysis and Psychiatry: Bipolar Disorder and other reflections.** 2013. 106 p. Dissertation. (Master's Degree in Behavior Analysis). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brazil.

ABSTRACT

Bipolar Disorder is defined by the occurrence of mania, hypomania and depression episodes and leads to losses in many areas of the patient's life. Behavior analysts' practice with this and others disorders must be consistent with Radical Behaviorism assumptions. Three studies will be presented in this work. The aim of the first ask some questions to behavior analyst when faced with psychiatric disorders cases in their practice, such as: behavior analysts may use diagnostic classifications? What is the utility of this type of instrument in clinical practice? What precautions should be taken by these professional when using this type of instrument? The study does not claim to answer these questions but to elicit reflections. In the second study, a semi-structured interview script developed by the researcher is presented and its use to accomplish a functional analysis is evaluated. Several advantages are pointed for the use of this instrument, as its flexibility, which allows the information obtained is reassessed and depth when needed. The main problems were the use of the instrument for categorizing and analyzing data and the fact that the researcher acted also as participants' therapist. The last study purpose was to investigate historical and current contingencies related to the development and maintenance of two participants' bipolar behaviors. In both cases behaviors as social isolation, difficulties in social interactions, self-rule governed behaviors and experiential avoidance were found and most of them had escape/avoidance functions. It is expected that this work helps in Bipolar Disorder understanding and provides the development of more effective interventions for these cases.

Key words: Diagnostic classification. Bipolar Disorder. Functional Analysis. Semi-structured interview script. Behavior Analysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Modelo de disposição dos dados sobre comportamento-alvo, seus antecedentes e consequentes	48
-------------------	---	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
O TERAPEUTA ANALÍTICO COMPORTAMENTAL PODE SE BENEFICIAR DO USO DE CLASSIFICAÇÕES DIAGNÓSTICAS?.....	14
É possível ao terapeuta analítico comportamental se utilizar de sistemas de classificação como o DSM e a CID?	21
Os sistemas de classificação diagnóstica podem ser úteis para a prática do terapeuta analítico comportamental?	22
O uso de classificações diagnósticas pelo terapeuta analítico comportamental: que cuidados tomar?	26
Considerações finais: que outras reflexões podem surgir?.....	29
Lista de referências.....	31
USO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA CONDUÇÃO DA ANÁLISE FUNCIONAL EM CLÍNICA.....	34
Análise Funcional da Prática Clínica	36
Método	37
Participantes	37
Local.....	38
Equipamentos e Materiais	38
Instrumento.....	38
Procedimento	38
Resultados e Discussão	44
Vantagens	44
Dificuldades.....	46
Adequações e Sugestões	48
Conclusão	51
Lista de referências.....	53
Apêndice A – Roteiro de Entrevista Semiestruturado.....	55

CONTINGÊNCIAS HISTÓRICAS E ATUAIS DO TRANSTORNO BIPOLAR: ESTUDO DE CASOS CLÍNICOS.....	58
Método	64
Participante e local	64
Equipamentos, materiais e instrumento	65
Procedimento	65
Resultados e Discussão	66
Participante 1 – Alice	66
Dados de história de vida.	66
Análise de contingências históricas e atuais.	70
Participante 2 – Pedro	77
Dados de história de vida.	77
Análise de contingências históricas e atuais	81
Conclusão	86
Lista de referências	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
LISTA DE REFERÊNCIAS	94
ANEXOS	100
Anexo A - Parecer do Comitê de ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos	101
APÊNDICES	102
Apêndice A – Roteiro de Entrevista Semiestruturado	103
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	106

Desde 2009, quando ainda cursava a graduação, atuava como estagiária em clínica com clientes com diagnósticos psiquiátricos, buscando embasar a prática nos pressupostos do Behaviorismo Radical. Desde esse período, através de trabalhos realizados, tive a oportunidade de perceber que a melhora dos casos atendidos estava diretamente relacionada a uma complementaridade entre meu trabalho e o de outros profissionais da área de saúde mental, principalmente de médicos psiquiatras.

Por meio do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento, tive a oportunidade de trabalhar com pacientes diagnosticados com Transtorno Afetivo Bipolar, quadro geralmente associado a internações e altas taxas de suicídio. Sob orientação da Prof^a Dra. Maria Rita Zoéga Soares e coorientação da Prof^a Dra. Renata Grossi, a proposta inicial desse trabalho foi desenvolver e avaliar um programa de intervenção de base analítico-comportamental, em grupo, para esses clientes. No entanto, diante da dificuldade de contato e adesão dos mesmos ao tratamento oferecido e à escassez de literatura na Análise do Comportamento que abordasse o transtorno, optamos por alterar o objetivo da pesquisa.

A presente dissertação foi fruto de discussões realizadas em supervisão com as professoras, que incluíam médicos residentes de Psiquiatria; de revisões de literatura na área e, principalmente, da realidade com a qual nos deparamos durante a atuação com os pacientes. Optou-se por apresentar a presente dissertação em três partes, que incluem dois artigos e um capítulo de livro, com normas de formatação das revistas e do livro aos quais serão submetidos.

O primeiro artigo caracteriza-se como uma reflexão de como os sistemas de classificações diagnósticas podem ser utilizados por analistas do comportamento, mantendo-se condizente com os pressupostos do Behaviorismo Radical. O trabalho seguinte é apresentado em forma de capítulo e explora a aplicação de um Roteiro de Entrevista Semiestruturado desenvolvido pela pesquisadora para a realização de uma análise funcional

em relação aos padrões típicos do Transtorno Afetivo Bipolar. O terceiro e último trabalho apresenta o Transtorno Bipolar sob a perspectiva da Análise do Comportamento, através da análise de contingências passadas e atuais, relacionadas à instalação e manutenção de padrões comportamentais ditos bipolares em dois participantes. Espera-se que esse estudo contribua para a área, no sentido de auxiliar numa melhor compreensão do Transtorno Bipolar, no desenvolvimento de intervenções mais eficazes para esse e outros transtornos, além de incentivar pesquisas sobre o assunto.

O TERAPEUTA ANALÍTICO COMPORTAMENTAL PODE SE BENEFICIAR DO USO
DE CLASSIFICAÇÕES DIAGNÓSTICAS?

CAN THE BEHAVIOR ANALYTIC THERAPIST BENEFIT OF THE USE OF
DIAGNOSTIC CLASSIFICATIONS?

ANÁLISE COMPORTAMENTAL E CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA

Estudo teórico

Mariana de Toledo Chagas

Universidade Estadual de Londrina

Renata Grossi

Universidade Estadual de Londrina

Maria Rita Zoéga Soares

Universidade Estadual de Londrina

O TERAPEUTA ANALÍTICO COMPORTAMENTAL PODE SE BENEFICIAR DO USO
DE CLASSIFICAÇÕES DIAGNÓSTICAS?

CAN THE BEHAVIOR ANALYTIC THERAPIST BENEFIT OF THE USE OF
DIAGNOSTIC CLASSIFICATIONS?

ANÁLISE COMPORTAMENTAL E CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA

Estudo teórico

Resumo

As classificações diagnósticas como a CID e o DSM passaram por várias alterações desde sua origem e as últimas edições desses manuais têm adotado um enfoque mais descritivo. Atualmente, se observa que a utilização desses instrumentos é mais frequente na prática clínica analítico-comportamental com diferentes objetivos. Assim, o propósito desse trabalho foi realizar questionamentos em relação ao uso de classificações diagnósticas por terapeutas analíticos comportamentais; a utilidade desse tipo de instrumento na prática clínica e os cuidados que devem ser tomados por esses profissionais ao fazer uso desse tipo de recurso. O trabalho não tem como pretensão trazer respostas, mas suscitar reflexões para o analista do comportamento quando se depara com casos diagnosticados com transtornos psiquiátricos em sua prática.

Palavras- Chave: Análise do Comportamento; Análise Funcional; Abordagem de Tratamento Interdisciplinar; Psiquiatria.

Abstract

The diagnostic classifications such as ICD and DSM have undergone several changes since their origin. The latest editions of these manuals adopt a descriptive approach. The use of these instruments is increasing in behavior analysis clinic with many objectives. The aim of this work was to ask some questions as: behavior analytic therapists may use diagnostic classifications? What is the utility of this type of instrument in clinical practice? What precautions should be taken by these professional when using this type of instrument? The study does not claim to answer these questions but to elicit reflections for behavior analysts when faced with psychiatric disorders cases in their practice.

Keywords: Behavior Analysis; Functional Analysis, Interdisciplinary Treatment Approach; Psychiatry.

A classificação diagnóstica dos transtornos psiquiátricos passou por muitas mudanças ao longo da história. Sua origem remonta à Grécia antiga, com Hipócrates (século IV a.C.), o qual elaborou o conceito médico de loucura com base na crença de que as doenças mentais eram causadas por desequilíbrios nos fluidos vitais ou humores do corpo. Uma grande contribuição à área foi dada por Philippe Pinel (1745-1826), considerado pai da Psiquiatria Moderna, quando este buscou analisar e classificar os sintomas apresentados por doentes mentais (Kaplan & Sadock, 1994).

Até o final do século XIX, acreditava-se que os transtornos psiquiátricos tinham sua etiologia apenas em mudanças físicas ocorridas no sistema nervoso dos indivíduos. No início do século XX, com o surgimento das teorias psicodinâmicas, esses quadros passaram a ser atribuídos ao funcionamento desajustado do aparelho psíquico. Essas noções também acabaram por influenciar os sistemas de classificação dos transtornos (Kaplan & Sadock, 1994).

Na mesma época, têm relevância os trabalhos realizados por Kraepelin (1855-1926), que tentou definir síndromes clínicas a partir da identificação estatística de seus sinais, curso e ocorrência. As observações de Kraepelin, baseadas na importância do quadro clínico e do curso longitudinal das doenças, consolidaram o modelo de psiquiatria européia, influenciando as classificações atuais de doenças, como a CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – e o DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (Porto & Grinberg, 2009).

A primeira versão do DSM, publicada em 1952, configura-se como uma variação da classificação proposta pela sexta edição da CID, na qual pela primeira vez foi incluída uma seção para os transtornos mentais, e surgiu pelo fato de haver, na época, diferentes sistemas de classificação. Tendo como influência Adolf Meyer e sua perspectiva psicobiológica, o manual propunha que os transtornos fossem considerados reações da personalidade. O termo

transtorno, cujo diagnóstico é sintomatológico, passou a ser utilizado em substituição ao termo doença, o qual tem classificação etiológica (Cavalcante & Tourinho, 1998; Moriyama, 2003).

O DSM-II não apresentou mudanças significativas com relação à primeira edição do manual. Já na terceira e quarta versões, pode-se observar uma modificação marcante, presente também nas versões mais recentes da CID: a adoção de um enfoque descritivo e não teórico. Ambos os sistemas buscam classificar os transtornos com base na descrição de sinais e sintomas, sem contemplar abordagens teóricas explicativas para os mesmos. Suas vantagens se encontrariam numa maior possibilidade de utilização por diferentes profissionais da área de saúde mental, na comunicação entre profissionais, na catalogação hospitalar e de pesquisas, nas estatísticas de seguros de saúde, entre outros (Cavalcante & Tourinho, 1998; Moriyama, 2003).

É importante destacar que as mudanças nos critérios de classificação e até mesmo nas categorias diagnósticas descritas na CID e no DSM não devem ser compreendidas como erros desses instrumentos. Os critérios e categorias não buscam unidades verdadeiras e devem ser examinados a partir do contexto histórico em que foram descritos, o que justifica essas alterações. Como a classificação diagnóstica não é uma atividade estática, busca-se sempre seu aprimoramento, como se pode perceber no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Nessa edição, os transtornos foram reorganizados em uma nova estrutura para estimular novas perspectivas clínicas. Algumas das mudanças dessa edição foram: a) consolidação do transtorno do espectro autista; b) simplificação da classificação do transtorno bipolar e depressivo; c) reestruturação da categoria de uso de substâncias; d) maior especificidade de transtornos neurocognitivos maiores e menores; e e) mudança na conceituação dos transtornos de personalidade. Segundo o manual, essas alterações tiveram

como objetivo tornar o instrumento mais prático e flexível para ajudar na determinação do diagnóstico dos transtornos psiquiátricos.

A utilização de instrumentos como a CID e o DSM é cada vez mais popular entre os profissionais da área de saúde mental, como psiquiatras, psicólogos, pedagogos, enfermeiros, assistentes sociais e instâncias como o SUS – Sistema Único de Saúde –, o INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social, entre outros. Na prática enquanto psicólogas clínicas e educadoras com um enfoque analítico comportamental, as autoras deste trabalho frequentemente se deparam com situações em que os diagnósticos psiquiátricos são amplamente utilizados na área. Prova disso é são as publicações na análise do comportamento que se utiliza de critérios diagnósticos (e.g., Capriotti, Brandt, Ricketts, Espil, & Woods, 2012; Do Vale & Elias, 2011; Pezzato, Brandão, & Oshiro, 2012; Salina-Brandão, Cassetari, Daroz, Fernandes, & Bolsoni-Silva, 2011).

Diante disso, surgem algumas questões que merecem ser mais bem elucidadas. É possível que o terapeuta analítico comportamental se utilize dos sistemas de classificação diagnóstica e mantenha uma prática consistente baseada nos pressupostos da ciência do comportamento? Se a resposta for afirmativa, em que esse sistema de classificação poderia ser útil na prática desse profissional? Cabe ressaltar que não estamos propondo que o terapeuta comportamental realize diagnósticos psiquiátricos, atividade esta restrita aos profissionais da área médica, mas sim questionando como o conhecimento acerca dos transtornos pode beneficiar a atuação do analista do comportamento.

O objetivo desse trabalho não é dar respostas definitivas ou conclusivas a esses questionamentos, mas promover uma reflexão das autoras acerca do tema. Para isso, serão apontadas possíveis utilizações dos sistemas de classificação diagnóstica pelo terapeuta analítico comportamental, como esse tipo de recurso pode ser útil para a prática clínica e alguns cuidados que este profissional deve ter ao fazer uso desses sistemas.

É possível ao terapeuta analítico comportamental se utilizar de sistemas de classificação como o DSM e a CID?

Segundo Follette e Houts (1996), as teorias psicodinâmicas estiveram muito presentes no DSM até sua segunda edição, quando este ainda não adotava um enfoque descritivo. Nesse período, o próprio título do manual sugeria que os sintomas apresentados em dada categoria eram manifestações de estados mentais. O mesmo ocorreu com a CID, que classifica transtornos mentais e de comportamento. Além disso, mesmo as versões mais atuais de ambos os instrumentos, ainda podem ser verificados termos como ‘psicose’, que tem sua origem nas teorias psicodinâmicas. Os pressupostos da Análise do Comportamento seriam incompatíveis com essa visão, pois esta rejeita o mentalismo e não infere mecanismos subjacentes para a explicação do comportamento, privilegiando um modelo contextualista e externalista (Chiesa, 2006).

No entanto, ambos os instrumentos vêm ressaltando em suas últimas edições uma concepção diferenciada dos transtornos. É afirmado no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) que a expressão ‘transtorno mental’ ainda é utilizada por falta de substituto apropriado, por representar um “anacronismo reducionista do dualismo mente/corpo” (p.27). O termo seria utilizado para descrever quadros em que haveria padrões de comportamento associados ao sofrimento, riscos ou incapacitação para o indivíduo. Já na CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), é citada a mudança em relação à edição anterior no que concerne ao uso das classificações baseadas na divisão tradicional dos transtornos em neuróticos e psicóticos. Segundo a Classificação:

‘Psicótico’ foi mantido como um termo descritivo conveniente (...). Seu uso não envolve pressupostos acerca de mecanismos psicodinâmicos, porém simplesmente indica a presença de alucinações, delírios ou número limitado de várias anormalidades

de comportamento, tais como excitação e hiperatividade grosseiras, retardo psicomotor marcante e comportamento catatônico. (p. 3)

Na prática clínica do terapeuta analítico comportamental, é comum que determinados comportamentos sejam agrupados em classes, como ocorre com o comportamento passivo e hostil (Camacho & Vila, 2009), comportamentos alimentares (Addison et al., 2012), entre outros. Assim, esse afastamento dos sistemas de classificação diagnóstica de concepções mentalistas e sua adoção por um enfoque mais descritivo não poderia ser compreendido como a nomeação de classes de comportamentos? Em caso afirmativo, isso não tornaria mais compatível o uso desse tipo de instrumentos pelos terapeutas analítico-comportamentais? Essas questões remetem ainda a outra, que se refere à utilidade desses recursos na prática clínica dos analistas do comportamento.

Os sistemas de classificação diagnóstica podem ser úteis para a prática do terapeuta analítico comportamental?

Várias serventias são apontadas no uso de classificações diagnósticas por analistas do comportamento, dentre elas: a) facilitação da comunicação com outros profissionais; b) realização de estudos epidemiológicos; c) revisões de literatura; d) possibilidade de ter referências sobre bases biológicas de quadros clínicos específicos; e) realização de pesquisas transculturais; e e) especificação de áreas de discussão na literatura, eventos científicos e afins (do Vale & Elias, 2011). No entanto, como o uso desse tipo de recurso pode ser útil na atuação do clínico analítico comportamental?

As principais funções dessa edição do DSM, para E. G. Matos, Matos e Matos (2005) seriam: a) descrever os transtornos e alguns de seus aspectos, como padrões de distribuição familiar e prevalência; b) fornecer diretrizes para um diagnóstico preciso; c) ser não teórico; d) buscar uma linguagem comum para os profissionais da área da saúde; e e) dar incentivo à

pesquisa. Isso justificaria, portanto, o enfoque descritivo adotado tanto no manual quanto na CID.

Essa perspectiva, no entanto, é alvo de críticas por parte dos analistas do comportamento, já que daria ênfase apenas a aspectos topográficos do comportamento e não à sua função (Banaco, Zamignani & Meyer, 2010). A descrição da topografia do comportamento não é suficiente para a realização de uma análise funcional, mas é parte importante da mesma (M. A. Matos, 1999; Skinner, 1953/2007). Assim, poderiam a CID e o DSM serem considerados um ponto de partida para o terapeuta analítico comportamental, fornecendo informações úteis para sua investigação dos comportamentos do cliente? As descrições apresentadas por esses instrumentos avaliam várias queixas do indivíduo e diferentes áreas de sua vida que estão sendo afetadas, como as relações interpessoais, o trabalho, a família, entre outros. Isso não poderia favorecer a obtenção de dados de forma mais rápida e formulação de mais hipóteses funcionais pelo terapeuta comportamental?

Há ainda que se considerar que os sistemas de classificação englobam outros aspectos do comportamento, além de sua topografia. Tomando-se como exemplo a categoria de transtornos de humor – F30-F39 – da CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), pode-se constatar que algumas dimensões do comportamento são levadas em consideração para a realização do diagnóstico pelo psiquiatra. Se um paciente apresentar apenas um episódio de depressão não é classificado como tendo Transtorno Depressivo e, portanto, o terapeuta analítico comportamental, ao se deparar com esse diagnóstico, pode ter uma noção de que os episódios de alteração de humor desse paciente ocorrem de forma recorrente. Ou seja, têm-se nesse caso, dados sobre a regularidade e frequência de alguns comportamentos. No mesmo caso, pode-se avaliar que a intensidade dos comportamentos também é importante para a classificação, já que a distinção entre um episódio de mania e de hipomania é determinada pelo fato de no primeiro o indivíduo apresentar comportamentos de maior intensidade que no

outro. Na mesma categoria, é especificado que os episódios de alteração de humor tendem a ocorrer após situações estressoras, ou seja, diante de condições antecedentes específicas.

Conhecer as dimensões do comportamento ainda não é suficiente para a realização da análise funcional do mesmo, mas pode fornecer uma importante direção para investigação. Por exemplo, saber que determinada comportamento do indivíduo sofreu um aumento em sua frequência pode dar dicas de que contingências de reforçamento produzem esse resultado. Da mesma forma, saber que determinados comportamentos são apresentados diante de estímulos estressores por si só não promove previsibilidade e controle. No entanto, fornece subsídios para que o terapeuta investigue na história de reforçamento de cada indivíduo quais as condições atuais podem se configurar como estressoras e favorecer o surgimento de determinados comportamentos, característicos dos quadros de transtornos psiquiátricos. A partir desse conhecimento, o clínico comportamental poderá averiguar que repertórios o paciente apresenta ao lidar com esses eventos e, se for o caso, lançar mão de estratégias para seu desenvolvimento.

A classificação pode ainda ser útil pelo fato de um paciente só ter um diagnóstico psiquiátrico a partir da emissão de determinados comportamentos. Assim, se comportamentos semelhantes são apresentados pelo paciente, há probabilidade de que contingências análogas estejam em vigor. O prognóstico do paciente, ou seja, a manutenção ou modificação de seus comportamentos, está diretamente relacionado às alterações nessas contingências. Assim, as alterações nos padrões de comportamento apresentados pelo paciente não poderiam contribuir, numa perspectiva de atendimento multidisciplinar, para a reavaliação de seu diagnóstico por parte do médico?

Além da orientação predominantemente topográfica, os sistemas de classificação diagnóstica são criticados por analistas do comportamento por se basearem em critérios estatísticos e não considerarem aspectos idiossincráticos dos indivíduos (Banaco et al., 2010).

No entanto, percebe-se que há uma utilização de termos amplos na especificação de critérios para os diagnósticos, como é o caso da ‘agitação’, que pode ser definida de diferentes maneiras. Por exemplo, um indivíduo pode ser considerado agitado ficar caminhando de um lado para o outro, sem conseguir executar seu trabalho. Ao mesmo tempo, o termo pode designar uma pessoa que trabalha em muitas coisas ao mesmo tempo, conseguindo finalizá-las. Segundo Blashfield e Draguns (1976), termos como esse possibilitam um maior alcance da classificação, permitindo que indivíduos que apresentam diferentes topografias de comportamento sejam diagnosticados com o mesmo transtorno, ou seja, a realização da classificação se daria de maneira bastante individualizada, levando em consideração como cada sintoma é apresentado por diferentes pacientes. Dessa forma, poderia o analista do comportamento realizar análises idiossincráticas a partir dessas descrições?

Estudos vêm mostrando cada vez com mais precisão que alterações orgânicas estão relacionadas a diagnósticos específicos dos pacientes (e.g., Frey, Andreatza, Quevedo, & Kapczinski, 2009; Hallak, Chaves, & Zuardi, 2011). Segundo Corchs (2010), considerar variáveis orgânicas nos problemas de comportamento aumenta o grau de controle sobre os mesmos e cabe também ao analista do comportamento operar sobre essas variáveis, mesmo que através do encaminhamento a outros profissionais como psiquiatras e neurologistas. Dessa forma, o conhecimento do terapeuta analítico comportamental sobre essas variáveis não possibilitaria um melhor manejo dos comportamentos típicos de quadros de transtornos psiquiátricos?

Autoras como Grossi, Moraes, Uemura e Soares (2013) e Wielenska (1997) discutem que os papéis de psiquiatras e terapeutas comportamentais no tratamento dos casos de transtornos são distintos, mas se complementam. Os primeiros atuarão diretamente com medicamentos, o que pode aliviar parte do sofrimento do cliente e alterar a suscetibilidade a determinados estímulos ambientais. Já ao terapeuta comportamental compete alterar as contingências e

desenvolver novos padrões comportamentais, tais como adesão ao tratamento farmacológico, autocontrole, repertórios socialmente habilidosos, entre outros. Esta intervenção, em certos casos, pode ser facilitada se o cliente estiver sob o efeito de medicação.

O uso de classificações diagnósticas pelo terapeuta analítico comportamental: que cuidados tomar?

Anteriormente, foram citados exemplos de trabalhos de terapeutas comportamentais nos quais são utilizadas classificações diagnósticas como a CID e o DSM. No entanto, se esses recursos forem usados indevidamente para a análise e intervenção, poderá ser gerada uma interpretação teórica e práticas inconsistentes com os pressupostos da Análise do Comportamento. Assim, serão apresentados alguns cuidados que devem ser tomados por este profissional quando se utiliza de sistemas de classificação em sua atuação clínica.

É preciso ser considerado que, ao se atentar para os sinais e sintomas apontados pela CID e o DSM, o terapeuta analítico comportamental não deve: a) classificá-los como patológicos ou anormais; b) analisá-los e conduzir a intervenção sob um enfoque mentalista ou internalista, mantendo-se condizente aos pressupostos da ciência do comportamento. Assim, sob esta perspectiva, compreende-se que os diagnósticos psiquiátricos nomeiam classes de respostas apresentadas pelo paciente. Ao terapeuta, cabe investigar como foram aprendidas e selecionadas na história de reforçamento do indivíduo. Os padrões de resposta apresentados são aprendidos, adaptativos e funcionais dentro das contingências que os mantém (Gongora, 2003).

Sabe-se que os quadros de transtornos psiquiátricos, de uma forma geral, configuram-se como casos de alta gravidade e de difícil manejo clínico, que podem acarretar em sérios riscos, comprometimento e sofrimento para o indivíduo e os outros à sua volta. Por esta razão, a e cabe ao terapeuta analítico comportamental investigar as contingências relacionadas à

instalação e manutenção desses padrões, possibilitando que o sofrimento seja minimizado. Nesse ponto, a análise não pode se restringir aos dados obtidos exclusivamente por meio de recursos como a CID e o DSM. Outras fontes complementares, como a entrevista clínica e instrumentos de avaliação, como inventários, questionários, além da observação direta, devem ser utilizadas para a coleta de informações. Além desses recursos, profissionais de psiquiatria (e.g., Morrison, 2010) advertem para a importância do raciocínio e da experiência clínica para um melhor diagnóstico e, portanto, tratamento dos pacientes. Nas palavras de E.G. Matos et al. (2005):

O DSM-IV não deve ser usado como uma lista infalível, que, sendo preenchida, fornece automaticamente um diagnóstico psiquiátrico. Em mãos inexperientes, os resultados são desastrosos. Muitos sintomas são superpostos a diversos quadros clínicos, e a decisão de sua origem, ou de qual estado eles fazem parte, deriva exclusivamente de um julgamento clínico. E este advém dos conhecimentos teóricos de psicologia, psicopatologia e psiquiatria, do treinamento adequado e da experiência acumulada ao longo dos anos de exercício da profissão. (pp. 314-315)

Assim, as classificações diagnósticas apresentadas na CID e no DSM, ao fornecerem sinais e sintomas dos transtornos, serviriam como ponto de partida para a investigação do terapeuta analítico comportamental, não tendo a finalidade de determinar a intervenção clínica a ser adotada (Grossi, Silva, & Moura, 2012). Segundo Do Vale e Elias (2011), é dever desse profissional identificar as variáveis das quais esses comportamentos (sinais e sintomas) são função, bem como se atentar para o repertório global do paciente, não se restringindo à queixa inicial ou a comportamentos considerados à primeira vista problemáticos. Entende-se que as classificações diagnósticas não provêm uma série de informações importantes sobre o comportamento do indivíduo, como dados sobre sua história de vida, não o englobando em sua totalidade e complexidade (Blashfield & Draguns, 1976). Contudo, ao afirmar que um

paciente tem determinado diagnóstico pode-se obter informações de quais aspectos do comportamento podem ser investigados e descrever tendências do indivíduo a se comportar de determinada maneira. No entanto, ressalta-se que, mesmo para a avaliação da probabilidade de ocorrência desses comportamentos, faz-se necessária a investigação das variáveis ambientais físicas e sociais, que dão condição e mantêm esses padrões de maneira individualizada.

Tanto a CID e o DSM quanto a Análise do Comportamento se propõe a descrever os quadros de transtorno. Deve-se considerar, no entanto, as devidas diferenças entre o conceito de ‘descrever’ no modelo médico e na prática analítico-comportamental. Cavalcanti e Tourinho (2009) apontam que enquanto que no modelo médico a descrição parece estar relacionada apenas à listagem de sinais e sintomas, para parte dos analistas do comportamento, há uma identidade entre descrever e explicar, ou seja, a descrição de um comportamento já implicaria no conhecimento das variáveis das quais é função.

O caráter estatístico de manuais como a CID e o DSM também exige alguns cuidados por parte do terapeuta analítico comportamental, que se baseia no modelo de sujeito único para a realização de sua análise e sua intervenção. Deve ser considerado que as distribuições estatísticas presentes nos manuais são descritivas de regularidades de grande escala. Para que a individualidade não seja suprimida em favor das médias, é essencial que seja investigada a história de contingências passadas e atuais de cada indivíduo.

Outra preocupação de terapeutas comportamentais com relação ao uso das classificações psiquiátricas está na utilização de rótulos diagnósticos. Apesar de os sistemas de classificação alertarem para o uso dos rótulos com relação aos comportamentos e não aos indivíduos, isso não é o que normalmente ocorre (Moriyama, 2003). Rotular os padrões típicos de transtornos, segundo Sidman (2003) não traria benefícios ao paciente, promovendo mais sofrimento do que condições para sua melhora. Essa posição serve de alerta para que o

terapeuta tome algumas precauções ao se utilizar dos rótulos em sua prática, tendo em vista que a própria classificação do paciente pode influenciar no surgimento e manutenção de determinados padrões de comportamento. Por exemplo, o clínico, ao utilizar o rótulo 'bipolar' pode influenciar na determinação dos comportamentos do paciente, criando condições para que comportamentos típicos desse transtorno se mantenham em decorrência das contingências socialmente estabelecidas e dificultando a aquisição de repertórios alternativos. Um primeiro cuidado do terapeuta analista do comportamento é enfatizar que o rótulo se refere ao padrão apresentado pelo paciente, que pode ser modificado através da alteração das contingências que o produz. Além disso, o terapeuta deve cuidar para que o rótulo não adquira *status* de causa para os comportamentos do paciente, distanciando-se da observação e análise das variáveis das quais esses são função.

Os comportamentos que compõem o repertório de um indivíduo são desenvolvidos em sua história de reforçamento a partir de determinados princípios de aprendizagem. Alguns procedimentos que provêm desses mesmos princípios tornam possível a modelagem de novos comportamentos, o que equivale dizer que o repertório comportamental do indivíduo pode ser mudado (Gongora, 2003). As intervenções clínicas de base analítico-comportamental visam o manejo de contingências relacionadas a problemas comportamentais dos clientes. Compreender as relações dos comportamentos típicos de transtornos com suas variáveis de controle permite o manejo dessas contingências de modo mais eficiente (Grossi et al., 2013).

Considerações finais: que outras reflexões podem surgir sobre o tema?

A análise funcional não visa englobar todas as variáveis que controlam um comportamento e nem todos os comportamentos que são afetados por uma mesma variável. Essa análise busca conhecer os aspectos da vida do indivíduo que podem ser úteis a uma intervenção. Dessa

forma, não cabe ao clínico avaliar em cada caso como o uso de diagnósticos pode beneficiar sua própria atuação?

Algumas críticas que normalmente são feitas ao modelo médico é que este não considera a noção de multideterminação do comportamento, se embasando apenas em etiologias orgânicas para explicar os transtornos e que se foca apenas no diagnóstico. No entanto, a literatura e a prática vêm demonstrando uma mudança na postura dos profissionais da psiquiatria, que se utilizam de análises cada vez mais idiossincráticas, considerando distintos fatores para a realização do diagnóstico, prognóstico e tratamento dos casos.

Percebe-se que mesmo dentro dessa área, a atuação do profissional torna-se limitada quando está baseada apenas em informações advindas dos recursos como a CID e o DSM, já que a apresentação clínica dos transtornos se dá de maneira individualizada. Esse fator não permitiria que psiquiatras e psicólogos atuassem juntos, buscando uma maior efetividade no tratamento de casos de transtornos? Além disso, o próprio analista do comportamento não poderia auxiliar o psiquiatra a partir da produção de tecnologias que poderiam ser benéficas desde a coleta de dados até a intervenção desse profissional?

Como já citado, esse trabalho não tem como pretensão trazer respostas, mas suscitar reflexões sobre a prática do analista do comportamento quando se depara com casos de transtornos psiquiátricos. Não se pretende esgotar as discussões sobre o tema e novas questões podem surgir, o que seria compatível com o modelo de ciência adotado pela Análise do Comportamento.

Lista de referências

- Addison, L. R., Piazza, C. C., Patel, M. R., Bachmeyer, M. H., Rivas, K. M., Milnes, S.M., & Oddo, J. (2012). A comparison of sensory integrative and behavioral therapies as treatment for pediatric feeding disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45(3), 455-471.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM -IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª. ed.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- 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. Luna (Orgs). *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 175-191). São Paulo: Roca.
- Blashfield, R. K. & Draguns, J. G. (1976) Toward a taxonomy of psychopathology: the purpose of psychiatric classification. *British Journal of Psychiatry*, 129, 574-583.
- Camacho, A. & Vila, E. M. (2009). Levantamento de variáveis antecedentes e consequentes que favoreceram a aprendizagem e a manutenção de dificuldades interpessoais em universitários. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 30(1), 47-66.
- Capriotti, M. R., Brandt, B. C., Ricketts, E. J., Espil, F. M., & Woods, D. W. (2012). Comparing the effects of differential reinforcement of other behavior and response-cost contingencies on tics in youth with Tourette Syndrome. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45(2), 251-263.
- Cavalcante, S. N. & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14(2), 139-147.
- Chiesa, M. (2006). *Behaviorismo radical: a filosofia e a ciência*. Brasília: Celeiro.
- Corchs, F. (2010). É possível ser um psiquiatra behaviorista radical? Primeiras reflexões. *Revista Perspectivas*, 10(1), 55-66.
- Do Vale, A. M. O & Elias, L. R. (2011). Transtornos alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(1), 52-70.
- Follette, W. C. & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: a case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1120-1132.
- Frey, B. N., Andrezza, A. C., Quevedo, J., & Kapczinski, F. (2009). Fisiopatologia do transtorno bipolar. In F. Kapczinski & J. Quevedo (Orgs). *Transtorno bipolar: teoria e clínica* (pp. 28-43). Porto Alegre: Artmed.

- Gongora, M. A. N. (2003). Noção de psicopatologia na análise do comportamento. In C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. Sant'Anna (Orgs). *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 93-109). Santo André: ESETEC.
- Grossi, R., Moraes, J. B, Uemura, V., & Soares, M. R. Z. (2013). Transtorno afetivo bipolar na adolescência: atuação da psicologia e psiquiatria em um tratamento analítico comportamental. In M. R. Z. Soares & S. V. Mussi (Orgs). *Tratamento Analítico Comportamental do Transtorno Afetivo Bipolar*. São Paulo: Zagodoni.
- Grossi, R., Silva, A. P., & Moura, C. B.(2012). Avaliação clínica dos transtornos comportamentais em crianças com deficiência mental. In V. E. Caballo (Org). *Manual para a avaliação clínica dos transtornos psicológicos: estratégias de avaliação, problemas infantis e transtornos de ansiedade*. (pp. 545-556). São Paulo: Santos.
- Hallak, J. E. C., Chaves, C., & Zuardi, A. W. (2011). *Esquizofrenia*. In F. Kapczinski, J. Quevedo, & I. Izquierdo (Orgs). *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos: uma abordagem translacional*. (pp. 195-210). Porto Alegre: Artmed.
- Kaplan, B. J. & Sadock, J. A. (1994). *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Matos, E. G., Matos, T. M. G., & Matos, G. M. G. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do RS*, 25(30) 312-318.
- Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 8-18.
- Moriyama, J. S. (2003). *Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da Análise do Comportamento*. (Dissertação de mestrado). Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas.
- Morrison, J. (2010). *Entrevista inicial em saúde mental*. (3ª. ed). Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pezzato, F. A., Brandão, A. S., & Oshiro, C. K. B. (2012). Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agorafobia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(1),74-84.
- Porto, J. A. & Grinberg, L. P. (2009) Estados mistos e ciclagem rápida. In F. Kapczinski & J. Quevedo (Orgs). *Transtorno Bipolar: teoria e clínica* (pp. 159-194). Porto Alegre: Artmed.
- Salina-Brandão, A., Cassetari, B. M., Daroz, R., Fernandes, V., & Bolsoni-Silva, A. T. (2011). Transtorno dismórfico corporal: uma revisão da literatura. *Temas em Psicologia*, 19(2), 525-540.
- Sidman, M. (2003). *Coerção e suas implicações*. (M. A. P. A. Andery & T. M. A. P. Sério, Trans.). Campinas: Livro Pleno.

Skinner, B.F. (2007). *Ciência e comportamento humano*. (J. C. Todorov & E. Azzi, Trad). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).

Wielenska, R. C. (1997). O atendimento comportamental e cognitivo em casos de transtornos psiquiátricos: a superação de obstáculos. In D. R. Zamignani (Org). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 3. A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (pp. 75-79). São Paulo: Arbytes.

USO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA CONDUÇÃO DA ANÁLISE
FUNCIONAL EM CLÍNICA

Mariana de Toledo Chagas

Universidade Estadual de Londrina

Renata Grossi

Universidade Estadual de Londrina

Maria Rita Zoéga Soares

Universidade Estadual de Londrina

USO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA CONDUÇÃO DA ANÁLISE FUNCIONAL EM CLÍNICA

Grande parte dos estudos publicados em terapia comportamental tem se focado na eficácia de diferentes estratégias de intervenção para atuar com problemas psicológicos ou psiquiátricos. Com isso, poucas pesquisas têm enfatizado estratégias de avaliação e técnicas para coleta e organização de informações (Caballo, 2012).

A análise funcional na clínica analítico comportamental é a principal estratégia de avaliação psicológica. Para obter informações que permitam a realização dessa análise e, conseqüentemente, indicar tratamentos mais eficazes, muitas técnicas de avaliação têm sido utilizadas. Apesar de a entrevista se constituir como um dos instrumentos mais empregados, poucos estudos relatam sua eficácia ou discorrem sobre maneiras de como realizá-la (Caballo, 2012).

O objetivo desse capítulo foi o de avaliar a eficácia de um procedimento para realizar a análise funcional de comportamentos de dois clientes. Para isso, será dado foco sobre a metodologia empregada e sua utilidade para a coleta de informações, a categorização e a análise dos dados.

Análise Funcional na Prática Clínica

A Análise do Comportamento se diferencia de outras ciências por propor estudar o próprio comportamento e analisá-lo a partir dos métodos de uma ciência natural. O comportamento é considerado a variável dependente e as variáveis independentes ou causas do comportamento são condições externas a este. É dito que o comportamento ocorre em função dessas variáveis e a identificação dessa relação se dá por meio da análise funcional (Skinner, 1953/2007; Matos, 1999). Isto é, uma análise das contingências responsáveis por um comportamento, que inclui a identificação do comportamento de interesse e suas dimensões, a descrição de condições antecedentes e conseqüentes, além da natureza da relação entre essas variáveis (Matos, 1999).

A literatura analítico-comportamental tem definido e mencionado a análise funcional de diferentes formas, não havendo consenso sobre seu significado principalmente na área clínica, em que aparece como método, como recurso explicativo ou até mesmo como estratégia de intervenção (Neno, 2003). Segundo a autora, esse tipo de análise pode ser

considerado um produto, já que propõe a identificação de relações entre variáveis ambientais e comportamentais decorrente da história de contingências dos indivíduos. Além disso, aponta que a aplicação clínica da análise funcional deve assumir as seguintes características: a) o selecionismo e o funcionalismo respectivamente como modelo causal e princípio de análise; b) a análise externalista; c) o caráter de complexidade, de variabilidade e de idiosincrasia nas relações comportamentais; d) a definição do nível de intervenção a partir de critérios pragmáticos; e e) a distinção entre o objetivo da avaliação e da intervenção.

A análise funcional tem sido amplamente empregada em estudos clínicos, com diferentes objetivos, como: identificar as variáveis ambientais relacionadas a determinados padrões comportamentais (e.g., Bueno & Britto, 2011), auxiliar na avaliação dos comportamentos dos clientes (e.g., Grossi, Silva & Moura, 2012), levantar hipóteses funcionais sobre quadros específicos (e.g., Scemes, Wielenska, Savoia & Bernik, 2011), subsidiar o desenvolvimento de estratégias de intervenção (e.g. Fonseca & Pacheco, 2010), entre outros. Apesar de apresentar análises relevantes, esses trabalhos não explicitam quais os passos tomados para alcançar tais resultados. Sturmey (1996) e Neno (2003) destacam que há várias regras e metodologias na literatura de como a análise funcional deveria ser realizada na prática clínica, não havendo, no entanto, concordância entre esses trabalhos. Assim, o presente trabalho busca demonstrar se o uso de um Roteiro de Entrevistas Semiestruturado pode auxiliar na realização da análise funcional de padrões típicos de Transtorno afetivo Bipolar (TAB).

Método

Participantes

Participaram do estudo dois pacientes adultos que estavam sob tratamento psiquiátrico em ambulatório de um hospital universitário. O critério para inclusão dos participantes foi

apresentar diagnóstico de TAB realizado por médico psiquiatra e aceitar os termos da pesquisa. Não foram excluídos participantes que apresentaram outros diagnósticos psiquiátricos concomitantes ao de TAB.

Local

A pesquisa foi conduzida na Clínica Psicológica de uma universidade. As sessões eram agendadas previamente em um das salas destinadas ao atendimento individual, conforme disponibilidade de dia e horário.

Equipamentos e materiais

Foram utilizados papel sulfite, canetas e pranchetas pela pesquisadora com o objetivo de realizar anotações. Todas as sessões foram registradas em áudio de gravador digital. Em seguida, os arquivos de áudio foram armazenados em dispositivo móvel do tipo *pen drive*. Para a transcrição das sessões e análises dos dados, foram usados computadores, sendo que na primeira utilizaram-se também fones de ouvido.

Instrumento

Para auxiliar na condução das sessões, foi utilizado o Roteiro de Entrevista Semiestruturado (Apêndice A) elaborado pela pesquisadora. Mais informações sobre a elaboração e conteúdo desse material podem ser observadas nas Etapas 1 e 2 da seção de Procedimento.

Procedimento

O estudo foi realizado em sete etapas, descritas a seguir

Etapa 1 – Elaboração do Roteiro de Entrevistas.

Foi elaborado um instrumento com base no roteiro de entrevista clínica inicial proposto por Silvaes e Gongora (1998), no modelo explicativo de análise funcional de Galvéz, Prieto e Nieto (1991), nos comportamentos típicos do TAB apontados pela CID-10 (OMS, 1993) e na ficha de triagem de uma clínica-escola. O objetivo do roteiro foi levantar quais padrões comportamentais característicos do transtorno eram emitidos pelo participante, bem como variáveis relacionadas à sua aprendizagem e manutenção.

O instrumento resultante possuía 15 tópicos de investigação divididos em dois grandes grupos temáticos, a saber: Grupo I- levantamento de dados da história e condições atuais e Grupo II- levantamento de dados relacionados ao transtorno. No Grupo I foram incluídos os seguintes tópicos: a) dados pessoais do cliente, b) dados do núcleo familiar; c) biografia; d) dados sobre atividades de estudo ou trabalho; e) rotina; f) interesses; e g) relacionamentos afetivos atuais. No Grupo II os oito tópicos de investigação a respeito do TAB foram: a) principais sintomas apresentados pelo paciente ao longo da vida e comportamentos (incluindo pensamentos e sentimentos) apresentados nas fases de eutímia (sem alteração de humor); b) início dos sintomas; c) histórico familiar do transtorno; d) tratamentos; e) situações relacionadas ao surgimento dos sintomas; f) mantenedores dos comportamentos relacionados ao transtorno; g) principais áreas da vida do cliente afetadas; e h) principais crenças dos pacientes relacionadas ao transtorno. Essa sequência foi proposta com base nos materiais utilizados, que sugerem que as entrevistas sejam iniciadas com assuntos e perguntas mais gerais, partindo em seguida para tópicos específicos.

Abaixo de cada item foi explicitado, ainda, seu objetivo, para facilitar a condução das sessões e otimizar a coleta de dados. Por exemplo, o objetivo do item ‘Dados pessoais do cliente’ era levantar informações como nome, idade, data de nascimento, profissão, estado

civil, religião, renda mensal, grau de escolaridade, endereço e números de telefones para contato.

Etapa 2- Avaliação do Roteiro de Entrevistas Semiestruturado.

Após sua elaboração, o roteiro previamente descrito foi submetido à apreciação de dois juízes para avaliação da pertinência dos tópicos abordados, abrangência e adequação do conteúdo para a realização da análise funcional. Os dois juízes foram selecionados com base em sua ampla experiência com a Análise Comportamental Clínica e da Saúde, atuando como docentes e supervisores de estágio na área.

O roteiro foi encaminhado aos juízes por correio eletrônico após contato pessoal e estarem de acordo em com a participação na pesquisa. Foi enviada uma carta de apresentação, que continha os objetivos do projeto e solicitando que cada item fosse avaliado como relevante, parcialmente relevante ou irrelevante.

Após realizarem a avaliação do Roteiro, os juízes reenviaram por correio eletrônico para a pesquisadora. Foram sugeridas três modificações: quanto ao agrupamento do tópico sobre relacionamentos afetivos atuais com o de dados do núcleo familiar e a retirada dos tópicos sobre tratamento e crenças acerca do transtorno. No entanto, após análises de tais sugestões, como não recomendavam mudanças de grande impacto para o estudo, optou-se por manter o instrumento no formato original por considerar que essas informações poderiam ser úteis para outras análises ou para a intervenção propriamente dita.

Etapa 3 – Seleção dos participantes.

Essa etapa teve início após a aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos, sob o parecer 229/2012. Num primeiro momento, realizou-se a busca por participantes em um banco de dados de pacientes diagnosticados com TAB realizado em um

estudo anterior (Mussi, 2012). Apesar de o banco possuir cerca de 60 nomes, foi possível entrar em contato com aproximadamente 15 clientes, dos quais apenas um aceitou participar da pesquisa, denominado aqui de P1. As principais dificuldades encontradas foram a falta de atualização de números de telefones e desinteresse dos clientes em participar do estudo.

Além disso, foi solicitado à clínica-escola o encaminhamento de pacientes com diagnóstico de TAB, que estavam aguardando para atendimento psicológico. Apenas uma participante foi encaminhada e, que aceitou participar da pesquisa em contato telefônico, sendo a P2. Cabe ressaltar que durante o convite, foram apresentados os objetivos do estudo e se ofereceu atendimento terapêutico gratuito após o término da coleta de dados, caso fosse do interesse do participante.

Foi agendada a primeira sessão com cada participante, para que comparecessem à Clínica-escola, conhecessem a pesquisadora, tirassem possíveis dúvidas sobre o estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) foi assinado após as devidas explicações sobre os itens que o compõe. Com os dois participantes, na primeira sessão já se iniciou a etapa descrita a seguir.

Etapa 4 – Coleta de dados.

Os participantes foram atendidos em seis sessões individuais, registradas em áudio, seguindo o roteiro de entrevista semiestruturado. O instrumento não foi seguido de maneira rígida e em muitos momentos, a ordem de apresentação dos itens foi alterada e se permitiu que os participantes abordassem problemas e queixas não inclusos no instrumento. Essa estratégia também foi utilizada de forma a favorecer o comparecimento às sessões, buscando atender os objetivos do estudo e também o interesse dos clientes.

Etapa 5- Contato com a equipe psiquiátrica e levantamento de dados em prontuário médico.

No decorrer da etapa de coleta de dados, principalmente na segunda parte do roteiro de entrevistas (levantamento de dados relacionado ao transtorno), percebeu-se que os participantes tinham dificuldade em identificar os comportamentos típicos do TAB e medicações administradas no decorrer do tratamento psiquiátrico. Diante disso, foi solicitada sua autorização para o estabelecimento de contato com a equipe psiquiátrica responsável por seu caso. Após o consentimento, contactou-se duas médicas residentes do ambulatório psiquiátrico para que realizassem a consulta em prontuários. O objetivo foi o levantamento de informações relacionadas ao diagnóstico, tratamento farmacológico (ou de outra natureza), internações, principais sintomas relatados, curso do transtorno, entre outros. Esses dados foram utilizados para auxiliar na compreensão de quais comportamentos eram classificados como referentes ao transtorno bipolar e servir de base para comparação com dados relacionados a cronologia do tratamento obtidos na entrevista, bem como o tipo, manejo e efeito da medicação para os pacientes.

Etapa 6 – Transcrição dos relatos obtidos durante as entrevistas.

A transcrição das sessões foi realizada por dois estagiários pertencentes ao projeto de pesquisa “Intervenção psicológica em grupo para o tratamento de pacientes bipolares”, desenvolvido na própria universidade, dos quais um era graduando do segundo e o outro do terceiro ano do curso de Psicologia. Os alunos foram instruídos a utilizar fones de ouvido para transcrever o áudio das sessões de modo literal e destruir os arquivos de áudio após seu uso, visando resguardar o sigilo dos participantes. Caso encontrassem dificuldade em relação a compreensão de trechos das sessões, deveriam indicar o momento (minuto e segundo) e

realçar no documento. A pesquisadora se colocou a disposição dos estagiários para eventuais dúvidas ou dificuldades ao longo dessa atividade.

Foi fornecida como modelo, a transcrição da primeira sessão de um dos participantes, realizada pela própria pesquisadora. Após cada sessão, os áudios foram enviados para os estagiários via correio eletrônico. Posteriormente, os arquivos com as transcrições eram enviadas à pesquisadora, para proceder a leitura na íntegra e completar trechos anotados pelos estagiários, com o objetivo de verificar a fidedignidade entre o áudio e o que havia sido transcrito.

Etapa 7 – Categorização e Análise dos dados.

O Roteiro de Entrevistas Semiestruturado também foi utilizado para a categorização de dados. Para isso, foram abertos dois documentos do processador de textos, um contendo a transcrição e outro com o roteiro em branco. A pesquisadora lia a transcrição das sessões e se encontrasse um dado compatível com algum tópico do instrumento, copiava e colava no documento de categorização do respectivo participante ou digitava no próprio roteiro as informações de forma mais sucinta. Alguns dados foram incluídos em mais de uma categoria, como por exemplo, dados sobre o comportamento de familiares dos participantes que se aproximavam de um padrão bipolar (critérios da CID-10) constavam nos tópicos sobre Biografia e também no de Histórico Familiar do TAB. Esse procedimento foi realizado com cada um dos participantes e algumas verbalizações literais de seus relatos foram copiadas e coladas no documento de categorização.

Ao final desse processo, os dados estavam dispostos na ordem em que apareceram nas transcrições, o que não facilitou sua análise. Dessa forma, o documento de categorização de cada participante foi aberto e as informações obtidas foram organizadas de forma a facilitar a etapa de análise de dados de acordo com os seguintes critérios como por exemplo: a) agrupar

informações sobre o relacionamento dos participantes com uma mesma pessoa; b) adotar ordem cronológica com relação à história de vida e história do transtorno c) organizar em uma tabela com três colunas, dados a respeito dos comportamentos típicos do transtorno, seus antecedentes e suas consequências mantenedoras.

Etapa 8 – Avaliação da utilização do Roteiro de Entrevista Semiestruturado.

Com base no procedimento apresentado, nos dados coletados e nas análises desenvolvidas, buscou-se identificar vantagens e dificuldades em se utilizar o instrumento (roteiro elaborado) nesse tipo de estudo. A partir das dificuldades encontradas foram propostas algumas sugestões de modificação e adequação do mesmo.

Resultados e discussão

A metodologia apresentada foi utilizada com o objetivo de auxiliar na realização da análise funcional dos comportamentos de dois clientes com TAB. Foi levado em consideração que, apesar de terem um diagnóstico comum, a apresentação clínica do transtorno em cada cliente ocorreu de maneira individualizada (Berk, Berk, Castle, & Lauder, 2010). Dessa forma, foi necessário um instrumento que auxiliasse tanto na caracterização individual como no levantamento de informações semelhantes.

Vantagens e benefícios

Optou-se pela realização de entrevista com o Roteiro Semiestruturado, que segundo Caballo (2012) é mais flexível, permitindo ao pesquisador incluir suas próprias perguntas no processo quando julgar necessário. Isso pode beneficiar o psicólogo clínico de diferentes formas. Primeiro, oportuniza condições para que sejam coletados vários dados que viabilizam a realização da análise funcional do comportamento do participante e até mesmo a comparação

com informações de outros trabalhos. Neste estudo, os dados das entrevistas permitiram constatar que o diagnóstico dos dois participantes demorou cerca de dez anos para ser concluído, o que estaria de acordo com o tempo médio registrado na literatura (Suppes & Dennehy, 2009).

Outra vantagem da entrevista semiestruturada é que é mais maleável que entrevistas estruturadas, sendo possível sua correção, elucidação e adaptação visando uma maior eficácia na aquisição de dados (Grossi, Gallo, Silva, & Primo, 2009). Assim o entrevistador pode refazer perguntas de outra forma, pedir esclarecimentos sobre determinados assuntos, entre outros (Caballo, 2012). Neste estudo, alguns assuntos foram abordados várias vezes para favorecer sua compreensão. Um exemplo foi quando um dos participantes apresentou dificuldade para descrever de forma clara seus comportamentos em situações nas quais contrariado ou afrontado pela filha, emitindo respostas vagas como “eu mostro para ela quem manda”. A pergunta foi feita de diversas maneiras e se solicitou que fornecesse um exemplo dessa interação. Com a outra participante, foi necessário utilizar dados sobre sua história de vida para examinar se o padrão comportamental apresentado com o marido no início do casamento ainda se mantinha. A complementação e o esclarecimento de alguns dados também foram realizados após a leitura das transcrições, quando necessário.

Devido à falta de concordância na literatura de como a análise funcional deveria ser realizada, buscou-se desenvolver o Roteiro de Entrevistas de modo a englobar o maior número de informações possíveis sobre o cliente e seus comportamentos, mais especificamente aqueles que o caracterizavam como pacientes com TAB, o que possibilitaria o levantamento de um maior número de hipóteses funcionais. Segundo Manzini (2004), o uso de entrevistas é indicado quando os dados que precisam ser obtidos não podem ou dificilmente podem ser diretamente observados. Dessa forma, apesar de não se desconsiderar a utilidade da observação direta dos padrões comportamentais dos participantes nas sessões,

optou-se pelo uso das entrevistas para se obter dados de seus comportamentos em seu cotidiano e em sua história de vida.

A etapa de transcrição dos dados, apesar de trabalhosa, foi essencial para atender os objetivos do trabalho e garantir a qualidade das análises. Num primeiro momento, discutiu-se sobre a realização dessa atividade pela própria pesquisadora e a fidedignidade dos dados. No entanto, não se constatou prejuízos ao se delegar essa função aos estagiários, já que as transcrições eram feitas na íntegra e eram revisadas e complementadas pela própria pesquisadora.

Dificuldades

Dois problemas principais foram constatados no roteiro. Em primeiro lugar, o instrumento era extenso, o que tornou o trabalho de coleta, de transcrição e de categorização mais demorado do que o planejado. Em segundo lugar, muitas das informações obtidas na coleta de dados eram repetidas e/ou não foram utilizadas na análise funcional. Segundo Sturmey (1996), a análise funcional voltada para a intervenção clínica deve se preocupar com a identificação de algumas variáveis relevantes para o tratamento, não tendo a pretensão de descrever todas as possíveis relações de contingências da história de reforçamento do indivíduo. No caso deste estudo, o objetivo não era levantar informações que possibilitassem uma intervenção efetiva, mas sim uma melhor compreensão do TAB. Dessa forma, constatase que o Roteiro de Entrevistas elaborado englobou alguns dados mais úteis à intervenção, (dados sobre interesses dos participantes, como por exemplo) e não delimitou quais variáveis eram mais relevantes para a elaboração da análise do caso.

O fato de a pesquisadora assumir o papel de terapeuta pode ter auxiliado para que algumas condições estivessem presentes no contexto de tratamento, como o estabelecimento de vínculo terapêutico, por exemplo, mas também pode ter favorecido o aparecimento de

algumas limitações. O fato de permitir aos participantes discorrerem sobre outros assuntos importantes para a intervenção pode ter dificultado o acesso direto a dados de interesse específico do estudo, ou seja, relevantes para uma melhor compreensão do TAB. No entanto, essa estratégia foi adotada nesse estudo pelo fato de não haver disponibilidade, naquele momento, de outra pessoa com conhecimento sobre o TAB, experiência em clínica ou habilidades em entrevista para coletar os dados com os participantes. Havia um tempo limitado para a realização do estudo, o que não permitiu o treinamento de recursos humanos para a realização das entrevistas.

A maior dificuldade do estudo foi encontrada na etapa de categorização e análise de dados. Como já citado, a categorização foi realizada a partir dos tópicos do próprio Roteiro de Entrevistas. No entanto, na elaboração desse instrumento foi levada mais em consideração a facilidade na coleta de dados do que a categorização e a análise dos mesmos. Algumas informações foram incluídas em mais de uma categoria, o que dificultou sua localização e posterior análise. Além disso, a disposição dos tópicos sobre os comportamentos-problema, seus antecedentes e consequentes exigiu que a pesquisadora percorresse o documento de categorização repetidamente, tornando a tarefa pouco prática. Com relação a esses dados especificamente, a pesquisadora optou por dispô-los em uma tabela com três colunas, e a cada linha poderia realizar a leitura da esquerda para a direita (o antecedente, o comportamento e sua consequência), o que facilitou a análise funcional. A Tabela 1 demonstra tal condição.

Tabela 1 - *Modelo de disposição dos dados sobre comportamento-alvo, seus antecedentes e consequentes dos pacientes P1 e P2*

	Antecedente	Comportamento	Conseqüente
P1	Ser contrariado pela esposa	Xinga a esposa Sente raiva	Esposa fica quieta e evita falar com ele Diminui raiva
	Ter que esperar para ser atendido no hospital	Ameaça ir embora Sente-se impaciente	É atendido antes dos outros Diminui impaciência
P2	Marido e filho brigam	Fica quieta Sente-se culpada	Evita conflitos com a família Sente menos culpa por não tomar posição
	Filha pede para comprar algo	Dá o que a filha quer Sente-se culpada	Evita comportamentos de birra da filha Sente menos culpa por dar o que ela quer

A apresentação dos dados sobre comportamentos, antecedentes e consequentes na tabela tornou mais fácil sua visualização e posterior análise funcional. Com relação à P1, concluiu-se que o comportamento emitido de xingar a esposa e o de ameaçar ir embora do hospital provavelmente foram negativamente reforçados pelo fato de eliminar estímulos aversivos, como críticas e situações em que tinha que esperar, bem como evitar contato com sentimentos de raiva e impaciência. Os comportamentos de ficar quieta e dar a filha tudo o que ela queria de P2 também tinham provável função de fuga/esquiva, pois removiam condições como os conflitos com o marido e os comportamentos de birra da filha, e também contribuíam para atenuação de sentimentos de tristeza e culpa, demonstrando que apesar de topograficamente diferentes os comportamentos-alvo eram funcionalmente semelhantes.

Adequações e sugestões

Tendo em vista que o objetivo desse trabalho não era o de realizar uma entrevista de triagem, mas sim obter dados que auxiliassem na compreensão do TAB, uma alternativa seria inverter os grupos do instrumento, iniciando a coleta a partir de dados sobre os comportamentos-alvo, nesse caso específico, a descrição de comportamentos típicos do TAB e suas variáveis

anteriores e consequentes. Tendo isso mais claramente descrito, se investigaria a história de desenvolvimento desses padrões e em seguida outras informações que poderiam complementar a análise. Esse fator está de acordo com o apontado por Manzini (2004) e Grossi et al. (2009), de que é necessária a adequação da sequência de perguntas na elaboração de roteiros.

Apesar das sugestões das juízas não terem sido acatadas na presente pesquisa, o cuidado com que o roteiro foi avaliado por elas e a aprovação do mesmo proporcionou uma maior segurança na realização da coleta. Sendo assim, a etapa de apreciação do instrumento pode ajudar também na adequação da sequência das perguntas, bem como na criação de um protocolo próprio para a categorização e análise dos dados coletados.

Ainda com relação ao roteiro na fase de coleta de dados, constatou-se que não havia necessidade de separação entre os tópicos sobre os comportamentos típicos do transtorno apresentados pelo participante, seus antecedentes e consequentes (tópicos II-a, II-e e II-f). Ao perguntar para o participante sobre o comportamento, a pesquisadora imediatamente se remetia aos outros dois tópicos, o que indicou que era mais fácil realizar esse registro na sequência. A separação dos tópicos também dificultou a categorização dos dados, como já citado. Assim, sugere-se que o registro dessas informações seja realizado em uma tabela ou diagrama, como no exemplo mostrado anteriormente, facilitando sua visualização e análise.

Com relação aos itens sobre o histórico do transtorno e dos tratamentos já realizados, percebeu-se uma grande dificuldade por parte dos participantes, que demonstravam não saber quais padrões comportamentais eram típicos do TAB, quais os tratamentos haviam sido submetidos, entre outros, o que levou à necessidade de contato com a equipe psiquiátrica. Silveiras e Gongora (1998) apontam que em muitos casos o paciente é encaminhado para tratamento psicológico por médicos, assistentes sociais, entre outros, e que o psicólogo poderá manter contato com esses profissionais a fim de obter mais dados sobre seus clientes. Nesse

estudo, isso foi feito mediante o consentimento dos participantes e auxiliou na identificação dos padrões comportamentais típicos do TAB apresentados por cada um e as situações e momentos de suas vidas em que isso ocorria, além da prescrição medicamentosa e outras tentativas de tratamento já realizadas. Os participantes mostraram não se lembrar com clareza de alguns desses dados e a consulta à equipe psiquiátrica permitiu a comparação com as informações trazidas por eles.

No início do planejamento do estudo, não havia a proposta de se oferecer tratamento terapêutico aos participantes, mas apenas de se realizar a coleta de dados que permitissem a compreensão do TAB sob a perspectiva da Análise do Comportamento. No entanto, a pesquisadora constatou que muitos pacientes não se interessavam pelo estudo e não compareciam às sessões agendadas. Assim, o tratamento psicoterápico gratuito passou a ser oferecido pela pesquisadora para ser iniciado após a coleta de dados, procurando aumentar a possibilidade de adesão à pesquisa, estratégia relacionada também a aspectos éticos do estudo. No entanto, isso implicou na redução do número planejado de participantes, já que a pesquisadora não podia assumir o tratamento de muitos clientes após a finalização da pesquisa.

A pesquisadora, ao permitir que os clientes abordassem assuntos que não estavam incluídos no roteiro, mas que consideravam relevantes, estaria buscando favorecer o vínculo necessário para a continuidade da coleta dados e de um futuro tratamento. No entanto, isso parece ter aumentado o tempo de coleta, da transcrição e da categorização dos dados. Sugere-se que nesse tipo de trabalho a coleta de dados e a intervenção não sejam realizadas pela mesma pessoa, quando possível. Dessa forma, é necessário buscar por estratégias que diminuam o custo de resposta de participação nesse tipo de estudo, levando em consideração aspectos relacionados ao tempo disponível para a realização da pesquisa, a população a ser atendida e outros fatores característicos de cada problemática (dificuldade na seleção de

participantes, disponibilidade de recursos humanos com habilidades em entrevista clínica, entre outros).

Conclusão

O objetivo deste trabalho foi avaliar o emprego de um Roteiro de entrevista semiestruturado para a realização da análise funcional dos padrões comportamentais de TAB de dois participantes. Conclui-se que a metodologia apresentada, apesar de algumas dificuldades encontradas, foi eficaz, pois possibilitou o levantamento de várias informações que favoreceram a compreensão da aquisição e manutenção desses repertórios.

O uso do roteiro de entrevista semiestruturado para a coleta de dados merece destaque, porque permitiu o acesso a informações que poderiam ser esclarecidas e aprofundadas durante o processo, o que não seria possível através do uso de instrumentos padronizados. Além disso, a coleta com os dois participantes tornou-se mais homogênea, o que contribuiu para a posterior comparação de informações sobre história de vida e padrões comportamentais. Outros pontos positivos podem ser destacados, como a avaliação do instrumento por juízes, que permitiu sua adequação e a realização da etapa de transcrição das sessões por estagiários.

Com relação ao último ponto, cabe ressaltar que a participação nesse tipo de estudo permite que alunos da graduação tenham contato com a prática clínica, o que contribui para sua formação, sendo essa talvez uma estratégia para a capacitação de recursos humanos para a pesquisa em clínica, possibilitando que o responsável pela coleta de dados não seja o mesmo profissional que analisará os mesmos e nem que dará continuidade ao atendimento dos participantes, quando necessário.

Com o propósito de superar as dificuldades apontadas, várias alterações foram propostas ao procedimento, como mudança no instrumento desenvolvido, realização da coleta por outra pessoa que não a própria pesquisadora, mudanças na forma de categorização dos dados de modo a facilitar a análise, entre outros. Algumas das dificuldades apresentadas

parecem ser inerentes à prática da pesquisa em clínica. No entanto, assim como em outras áreas da ciência, esse tipo de estudo requer constantes avaliações e readequações para que sejam atingidos os objetivos dos estudos, levando-se em consideração o problema e a população a serem estudados, o tempo, o local, os equipamentos e os recursos humanos disponíveis para o cumprimento das tarefas. Isso possibilitará trará diversificação de conhecimento teórico, metodológico e tecnológico condizentes com a variabilidade dos contextos a serem estudados e/ou aplicados.

Lista de Referências

- Berk, L., Berk, M., Castle, D. & Lauder, S. (2010) *Vivendo com Transtorno Bipolar: um guia para entender e manejar o transtorno*. Porto Alegre: Artmed.
- Bueno, G. N., & Britto, I. A. G. S. (2011). Uma abordagem funcional para os comportamentos de delirar e alucinar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(3), 4-15.
- Caballo, V. E. (2012). Estratégias de avaliação em psicologia clínica. In: V. E. Caballo (Org). *Manual para a avaliação clínica dos transtornos psicológicos: estratégias de avaliação, problemas infantis e transtornos de ansiedade* (pp. 29-42). São Paulo: Santos.
- Gálvez, M. S., Prieto, P. S., & Nieto, P. B. (1991). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Granada: Universidad de Granada.
- Grossi, R., Gallo, A. E., Silva, L .H., & Primo, M. S. (2009). Construção de um roteiro de entrevista para o serviço de aconselhamento genético, aplicado a psicologia. *Anais do V Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
- Grossi, R., Silva, A. P., & Moura, C. B.(2012). Avaliação clínica dos transtornos comportamentais em crianças com deficiência mental. In V. E. Caballo (Org). *Manual para a avaliação clínica dos transtornos psicológicos: estratégias de avaliação, problemas infantis e transtornos de ansiedade*. (pp. 545-556). São Paulo: Santos.
- Manzini, E. J. (2004). Entrevista semi-estruturada: análise de objetivo e de roteiros. *Anais do II SIPEQ. Bauru: Sociedade de Estudos e Pesquisas Qualitativos*. Disponível em: <http://www.sepq.org.br/IIsipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>. Acesso em 25 de jun de 2013.
- Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 8-18.

- Mussi, S. V. (2012). *Transtorno Bipolar: adesão ao tratamento e psicoeducação*. Dissertação de mestrado. Análise do Comportamento. Universidade Estadual de Londrina – PR.
- Neno, S.C. (2003). Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 151-165.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Scemes, S., Wielenska, R. C., Savoia, M. G., & Bernik, M. (2011). Fobia de deglutição: discussão analítico-comportamental de seus determinantes e da amplitude da mudança. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 37-51.
- Silvares, E. F. M., & Gongora, M. A. N. (1998). *Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: Edicon.
- Skinner, B. F. (2007). *Ciência e comportamento humano*. (J. C. Todorov & E. Azzi, Trans). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Sturmey, P. (1996) *Functional analysis in clinical psychology*. Chichister: John Wiley & Sons.
- Suppes, T. & Dennehy, E. B. (2009). *Transtorno bipolar: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

Apêndice A

Roteiro de Entrevista Semiestruturado

I – Levantamento de dados da vida passada e atual

a) Dados pessoais do cliente:

Objetivo: Levantar dados pessoais do cliente, como nome, idade, data de nascimento, profissão, estado civil, religião, renda mensal, grau de escolaridade, endereço, telefones para contato.

b) Dados do núcleo familiar

Objetivo: Investigar com quem o cliente vive, qual a relação com cada uma dessas pessoas (investigar o dia a dia com cada pessoa, como é o tempo que passam juntos, atividades juntos, assuntos sobre os quais conversam), principais dificuldades e pontos positivos da relação.

c) Biografia

Objetivo: Obter dados relacionados à história de vida do cliente, como atividades realizadas na infância e adolescência, desempenho na escola, mudança de escola, cidade, relacionamentos com pares e familiares, educação em casa, entre outros.

d) Dados sobre atividades de estudo ou trabalho

Objetivo: verificar qual a ocupação do cliente, há quanto tempo desempenha essa ocupação, como se sente com relação a ela, dificuldades na ocupação, forma de lidar com as dificuldades, pontos positivos na ocupação, formação e histórico de ocupações anteriores.

e) Rotina

Objetivo: Identificar as principais atividades do cliente no dia-a-dia, horários das atividades, como são executadas no cotidiano, dificuldades em executá-las, como se sente com relação a essas atividades, entre outros.

f) Interesses

Objetivos: Levantar atividades de lazer do cliente, outras atividades ou pessoas que o cliente gosta ou já gostou, esportes.

g) Relacionamentos afetivos atuais

Objetivo: Obter dados sobre relacionamentos do cliente em contextos diversos (família, trabalho, lazer, entre outros), pontos positivos nos relacionamentos, dificuldades para se relacionar, forma de lidar com as dificuldades.

II – Levantamento de dados relacionados ao transtorno

a) Principais sintomas de TAB apresentados pelo paciente ao longo da vida e comportamentos (incluindo pensamentos e sentimentos) apresentados nas fases de eutimia (sem alteração de humor)

Objetivo: Obter descrição dos comportamentos apresentados pelo paciente nas fases de oscilação de humor e nas fases de eutimia, bem como das dimensões desses comportamentos.

b) Início dos sintomas de TAB

Objetivo: Identificar quando começaram os sintomas; se o início se deu de forma gradual ou de forma abrupta; situação que estava vivendo quando começaram os primeiros sintomas; caracterização dos primeiros sintomas.

c) Histórico familiar do TAB

Objetivo: Verificar se alguém na família apresenta o diagnóstico de TAB ou de algum outro diagnóstico psiquiátrico; comportamentos característicos de TAB em membros da família com esse ou outro transtorno ou sem diagnósticos.

d) Tratamentos

Objetivo: Investigar quando foi realizado o diagnóstico; descrição e resultados das tentativas de solucionar o problema, inclusive medicações, possíveis prognósticos, se discutido pelos médicos, dificuldades ao seguir os tratamentos propostos.

e) Situações relacionadas ao surgimento dos sintomas do TAB

Objetivo: Verificar circunstâncias nas quais os comportamentos típicos do TAB ocorrem, identificando situações, pessoas e atividades envolvidas nestas fases e circunstâncias nas quais o problema não ocorre.

f) Mantenedores dos comportamentos relacionados ao TAB

Objetivos: Levantar principais consequências imediatas e a longo prazo dos comportamentos apresentados nos episódios de alteração de humor e de comportamentos apresentados nas fases de eutimia (por exemplo, reação das pessoas, consequências em casa e no trabalho, entre outros).

g) Principais áreas da vida do paciente afetadas pelo transtorno:

Objetivo: Levantar principais consequências a curto e longo prazo dos comportamentos relacionados ao TAB em diversos âmbitos, como trabalho, estudos, família, entre outros e se estas aumentam ou diminuem a frequência dos comportamentos do cliente.

h) Principais crenças do paciente relacionadas ao TAB

Objetivos: Verificar a quais fatores o paciente atribui o surgimento do transtorno e dos episódios de alteração de humor, quais os tratamentos mais efetivos para o quadro em sua opinião, entre outros.

CONTINGÊNCIAS HISTÓRICAS E ATUAIS DO TRANSTORNO BIPOLAR: ESTUDO
DE CASOS CLÍNICOS

HISTORICAL AND CURRENT BIPOLAR DISORDER CONTINGENCIES: CLINICAL
CASES STUDY

Resumo

O Transtorno Afetivo Bipolar é definido pela ocorrência de episódios de mania, hipomania e depressão e leva a um comprometimento em várias áreas da vida do paciente. O objetivo desse estudo foi investigar classes de respostas classificadas pertencentes a tal transtorno e as contingências envolvidas em sua instalação e manutenção. Participaram do estudo dois clientes diagnosticados com transtorno bipolar que realizavam acompanhamento psiquiátrico. Durante as sessões, para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevistas semi-estruturado. A partir das informações obtidas, foram levantadas hipóteses funcionais. Em ambos os casos, constatou-se padrões relacionados ao isolamento social, dificuldade para estabelecer interações sociais, seguimento de autorregras irrealistas e esquiva experiencial. Constatou-se que, sob o controle de estímulos específicos, muitas dessas classes de comportamento tinham como função de fuga/esquiva, trazendo prejuízos na vida social, ocupacional e familiar dos participantes.

Palavras-chave: Transtorno Afetivo Bipolar; Análise do Comportamento; Análise Funcional.

Abstract

Bipolar Disorder is defined by the occurrence of mania, hypomania and depression episodes and leads to losses in many areas of the patient's life. The aim of this study was to investigate bipolar behaviors and their contingencies of development and maintenance. Two clients diagnosed with the disorder participated in the study. It was used an semi-structured interview script in the sessions for data collection. Some functional hypotheses were defined from the information obtained. In both cases, these behaviors were found: social isolation, difficulties in social interactions, self-rule governed behaviors and experiential avoidance. Under specific stimulus control many of these behaviors had the function of escape/avoidance, leading to damages in social, occupational and familiar lives of the participants.

Keywords: Bipolar Disorder; Behavior Analysis; Functional Analysis

A CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1997) caracteriza os transtornos de humor ou afetivos como uma alteração no afeto, acompanhada de modificações na atividade global do indivíduo e que tende a ser apresentado de forma recorrente. O transtorno afetivo bipolar – TAB – consiste na ocorrência de episódios nos quais o humor e a atividade do indivíduo estão elevados (mania e hipomania) ou rebaixados (depressão). São identificados dez subtipos diferentes do transtorno, de acordo com o episódio atual, sua gravidade e sintomas presentes: a) TAB, episódio atual hipomaniaco; b) TAB, episódio atual maniaco sem psicose; c) TAB, episódio atual maniaco com psicose; d) TAB, episódio atual depressivo leve ou moderado; e) TAB, episódio atual depressivo grave sem psicose; f) TAB, episódio atual depressivo grave com psicose; g) TAB, episódio atual misto; h) TAB, atualmente em remissão; i) TAB não especificado; e j) Outros TABs.

Nos episódios de mania e hipomania, o humor do indivíduo se apresenta de forma irritadiça, expansiva ou elevada. Embora se encontrem características comuns nos quadros de mania e hipomania, a experiência é diferente para cada pessoa, podendo envolver diferentes graus de gravidade e diversos grupos de sintomas (Berk, Berk, Castle, & Lauder, 2010).

Dentre os principais sintomas da mania, podem-se citar sentimentos de grandiosidade, otimismo e autoconfiança elevados. Pode haver um aumento na atividade geral do indivíduo e a diminuição da necessidade de repouso ou sono. Em alguns casos, a fala é apresentada de maneira mais intensificada e rápida que o normal. O humor flutua entre a euforia e irritabilidade, podendo ocorrer comportamentos agressivos. Os pacientes relatam um maior volume de pensamentos, que ocorrem de maneira acelerada, e um fluxo abundante de idéias. Apesar da sensação de poder fazer qualquer coisa, há uma diminuição na capacidade de completar tarefas diárias, provavelmente relacionada à distração, à impulsividade e ao julgamento comprometido que acompanham esses episódios. É comum a ocorrência de

comportamentos que podem trazer prejuízos, como consumo de álcool e drogas, aumento de gastos com compras excessivas e aumento da atividade ou do interesse sexual. Em casos graves, pode haver delírios e alucinações (Suppes & Dennehy, 2009).

Os episódios de hipomania podem ser definidos como uma forma mais branda do quadro de mania. Os mesmos sintomas são observados de forma menos intensa e não há necessidade de hospitalização do indivíduo ou relação com sintomas psicóticos. De forma geral, os episódios de hipomania não levam a um comprometimento acentuado do indivíduo (Berk et al., 2010).

Em contraste com os episódios de mania, o quadro de depressão caracteriza-se por um humor deprimido e pela perda de interesse ou prazer por atividades antes apreciadas. Os indivíduos frequentemente sentem perda de energia, podendo apresentar dificuldades em iniciar ações e tomar decisões, diminuição na capacidade de concentração e problemas de memória. As alterações nos hábitos de sono e alimentação são marcantes, podendo haver aumento ou diminuição na necessidade de sono, do apetite ou do peso. São comuns sentimentos de inutilidade, pensamentos suicidas ou sobre morte (Suppes & Dennehy, 2009).

Profissionais devem atentar para consequências advindas do transtorno e as mais graves estão associadas ao risco de suicídio. Estimativas concluíram que entre 25 e 60% dos pacientes com TAB vão tentar suicídio pelo menos uma vez em sua vida e entre quatro e 19% cometerão suicídio (Novick, Swartz, & Frank, 2010).

Sob a perspectiva da Análise do Comportamento, o TAB é considerado um conjunto de comportamentos, selecionados e desenvolvidos na história de reforçamento do indivíduo, a partir de suas interações com o ambiente. Dessa forma, a descrição fornecida pela CID-10 é insuficiente para esclarecer quais variáveis estão relacionadas à instalação e manutenção desses padrões e não possibilita o desenvolvimento de intervenções clínicas efetivas, que visam o manejo de contingências relacionadas a problemas comportamentais dos clientes.

Apesar de não considerar nenhum comportamento em si como patológico ou anormal, sabe-se que os padrões típicos de transtornos psiquiátricos trazem prejuízos e sofrimento para o indivíduo. A maioria desses comportamentos, segundo Sidman (2003) seriam padrões de fuga/esquiva, portanto mantidos por reforçamento negativo e desenvolvidos numa história de controle coercitivo.

Processos como a equivalência de estímulos podem favorecer a aprendizagem de formas mais complexas de esquiva. Por meio da transferência de função, estímulos privados como lembranças, sentimentos e pensamentos podem adquirir um caráter aversivo, levando o indivíduo a se esquivar de experiências privadas. Esse padrão, denominado de esquiva experiencial, seria comum a vários transtornos e se mantém por reforçamento negativo, já que provoca uma diminuição temporária de sensações aversivas. No entanto, ao emitir esse tipo de comportamento, o indivíduo não se expõe a novas contingências e não desenvolve comportamentos alternativos (Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012).

Distintos padrões comportamentais podem ter relevância em quadros como o TAB. Repertórios interpessoais deficitários, segundo Del Prette e Del Prette (1999), têm sido relacionados a diversos problemas psicológicos e psiquiátricos. Indivíduos considerados inábeis socialmente são merecedores de atenção por se depararem com dificuldades em relacionamentos interpessoais, como apontado por Camacho e Vila (2009). Segundo essas autoras, problemas interpessoais podem ocorrer tanto por déficit de habilidades do indivíduo quanto por falta de discriminação de situações sociais ou ainda por não apresentar comportamentos adaptativos de acordo com o contexto. Ainda, cabe ressaltar que, apesar de os padrões interpessoais serem classificados como passivo ou hostil, o mais importante é descrever as variáveis das quais são função e como se desenvolveram na história do indivíduo. Alguns estudos, como o de Fristad, Verducci, Walters e Young (2009) também

ênfatizam a importância das habilidades sociais em pacientes diagnosticados com TAB e seus familiares.

Outro tipo de comportamento que pode trazer prejuízos ao indivíduo é aquele sob controle de autorregras, definidas como estímulos verbais que especificam contingências e são formuladas a partir da história de vida do próprio indivíduo, alterando a probabilidade de emissão de determinados comportamentos (Sousa, Medeiros, Aragão, Medeiros, & Silva, 2011). O problema das autorregras é que nem sempre descrevem contingências reais, o que pode causar sofrimento ao indivíduo ou às pessoas a seu redor. Além disso, ao ficar sob controle de autorregras, o indivíduo passa a não identificar as variáveis das quais seu comportamento é função.

O objetivo do presente trabalho foi buscar uma compreensão do TAB a partir do referencial teórico da Análise do Comportamento. Para isso, foram levantados dados de clientes com o transtorno que permitissem a análise de contingências históricas e atuais que poderiam estar relacionadas à instalação e manutenção de padrões comportamentais classificados como bipolares.

Método

Participantes e local

Participaram do estudo dois clientes adultos diagnosticados com TAB por psiquiatras. Ambos realizavam tratamento em um ambulatório de psiquiatria da cidade. As sessões de coleta de dados foram realizadas em salas de atendimento individual da clínica-escola de uma universidade.

Equipamentos, materiais e instrumentos

Foram utilizados papel sulfite, caneta, gravadores digitais, dispositivos de armazenamento de dados do tipo *pen drive*, fones de ouvido e computadores.

Um Roteiro de Entrevistas Semi-estruturado foi elaborado pela pesquisadora com a finalidade de otimizar a coleta de dados que continha categorias divididas em dois grandes blocos: levantamento de dados da vida passada e atual e levantamento de dados relacionados ao transtorno. O primeiro buscou levantar dados relacionados ao cliente, relacionamentos afetivos, biografia, entre outros, e o segundo, principais sintomas de TAB do cliente, início dos mesmos e histórico familiar de transtornos, por exemplo. O roteiro foi submetido à apreciação de dois juízes, que eram profissionais com experiência na prática em psicologia Clínica e da Saúde com enfoque na Análise Comportamental, que avaliaram a relevância dos tópicos a serem investigados.

Procedimento

Após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa com Humanos sob o parecer 229/2012, entrou-se em contato com alguns participantes de outro estudo sobre TAB (Mussi, 2012) e verificou-se a disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Além disso, foi solicitado à clínica-escola que encaminhasse à pesquisadora, clientes com esse diagnóstico que buscaram tratamento psicoterápico. Três participantes aceitaram fazer parte do estudo, mas uma se ausentou de quatro sessões, o que inviabilizou a análise dos dados.

Foram realizadas seis sessões de coleta de dados com cada participante, as quais foram registradas em áudio e transcritas na íntegra. Os dados coletados foram sistematizados a partir das categorias do próprio Roteiro Semi-estruturado e buscou-se descrever relações entre os comportamentos típicos de TAB e contingências passadas e atuais. Algumas verbalizações dos clientes foram selecionadas para exemplificar essas relações, as quais foram adaptadas

aqui para as normas cultas da língua portuguesa, sem alteração no conteúdo. Com o consentimento dos participantes foi realizado ainda um levantamento de histórico de tratamento com os médicos residentes no ambulatório de psiquiatria.

Resultados e Discussão

A partir dos dados coletados, foram levantadas algumas variáveis relacionadas aos comportamentos típicos do TAB emitidos pelos participantes. Na sequência, serão apresentados dados pessoais e informações sobre a história de vida de cada participante, seguida pela análise funcional de alguns de seus comportamentos. Os nomes utilizados são fictícios.

Participante 1– Alice

Dados e história de vida.

Tinha 49 anos, ensino fundamental incompleto e era aposentada por invalidez há quatro anos. Era casada e possuía um filho de 18 anos e uma filha de 20 que viviam com ela e o marido. Era católica praticante.

Era a sexta filha de uma família de nove irmãos, além de um irmão adotivo sete anos mais velho que ela. Quando tinha seis anos de idade, mudou-se para um sítio, onde ela e seus irmãos trabalhavam na roça e frequentavam a escola. Relatou ter lembranças ruins dessa época, como o problema de alcoolismo do pai, que era um homem carinhoso e que brincava com os filhos, mas que se transformava em uma pessoa agressiva que xingava a todos em casa quando bebia, dizendo que eles não valiam nada e não sabiam fazer nada. Batia nos filhos com pedaços de pau e os ameaçava com uma arma. Todos, inclusive a mãe de Alice, tinham medo e não enfrentavam o pai. Com relação à mãe, Alice disse não ter tido muito contato

com ela durante a infância, pois ela ficava a maior parte do tempo trabalhando. Descreveu-a como uma mulher muito forte e batalhadora.

Aos sete anos, Alice começou a sofrer abusos sexuais por parte do irmão adotivo, que tinha 14. Segundo ela, essa situação se manteve por dez anos, quando o irmão foi embora. Nesses abusos, ambos se tocavam, mas não havia penetração e Alice sentia prazer nessas relações, o que a fazia se sentir muito culpada. Uma das irmãs mais velhas da cliente também foi abusada pelo mesmo irmão.

Quando Alice tinha doze anos, sua família se mudou para uma pequena cidade do interior, onde seus pais trabalhavam como “bóias-frias”. Nessa época, seu pai montou um bar e bebia ainda mais. A cliente relatou que ele gritava com os filhos no meio da rua, mas que nenhum vizinho interferia por medo da reação do mesmo.

Na escola, a cliente relatou não ter muitos amigos, se caracterizando como uma pessoa muito quieta. Apesar de ter bom desempenho nos estudos, foi obrigada pelo pai a abandoná-los. Retomou a escola mais tarde, quando começou a trabalhar como doméstica, mas só concluiu até a sétima série do ensino fundamental.

Com cerca de 16 anos, Alice se mudou para outra cidade, em busca de emprego. Continuou trabalhando como doméstica, mas foi demitida porque sentia saudades da família e chorava o tempo todo no trabalho. Foi então viver com a irmã mais velha, com quem ficou até os 18 anos. Nessa época, toda sua família se mudou novamente de cidade e elas voltaram a viver com os pais. Conseguiu um trabalho em uma empresa, mas foi novamente demitida após se envolver afetivamente com um de seus chefes. Costumava frequentar bailes próximos a sua casa com a irmã e, quando voltavam, se deparavam com a mãe chorando de preocupação. Nesse período, saía com vários homens, fato do qual ela disse se arrepender e não gostar de lembrar.

Estava trabalhando em outra empresa quando decidiu se casar com seu marido e deixou o emprego. O casal se mudou e ela novamente passou por um período em que chorava muito por saudades da família. Seu marido, então, a levava para visitar os pais. Logo nos primeiros anos de casamento, o marido começou a ter problemas com bebida e se recusava a ir trabalhar, preferindo ficar em casa jogando vídeo-game. Ela então resolveu abandonar o marido, mas ele acabou indo procurá-la e o aceitou de volta.

Alice começou a trabalhar como costureira e sustentava a casa. Engravidou, imaginando que isso poderia melhorar sua relação conjugal. No entanto, sofreu dois abortos, o que relata ter sido uma experiência muito dolorosa. Sua filha nasceu da terceira gravidez, quando a cliente tinha 28 anos. Segundo a cliente, esse período foi bastante difícil por Alice ter sofrido pré-eclampsia e a criança ter nascido prematura. Além disso, seu marido continuava bebendo e não as visitava no hospital.

Gostava de cuidar da criança, mas após voltar da licença maternidade, esses cuidados eram realizados por seu marido e por sua mãe. Quando a filha estava com dez meses, Alice engravidou novamente. O marido pediu que ela abortasse, mas ela se recusou. No entanto, passou a rezar para perder o filho porque achava que ele sofreria muito pelos problemas da família. Novamente, teve uma gravidez difícil e o filho nasceu prematuro. Alice relatou sentir-se culpada por ter desejado não ter o filho e quando este nasceu, evitava ficar perto por medo de sentir vontade de machucá-lo. Apesar de querer o filho, não o visitava com frequência e ficava em casa, chorando. Quando ele já estava em casa, tinha a sensação de que ia matá-lo nos momentos em que tinha que limpá-lo ou que ele chorava. Nessas situações, gritava e sua mãe ou sua cunhada assumiam os cuidados com a criança. Alice iniciou seu tratamento psiquiátrico com o diagnóstico de depressão puerperal aos 30 anos e as crises se tornaram menos intensas e frequentes. Fez uso de benzodiazepínicos, que provocaram uma

piora na irritabilidade e no quadro depressivo da cliente. Passou a fazer uso de um antidepressivo tricíclico e apresentou uma melhora em todos os seus sintomas.

Quando as crianças ainda eram pequenas, Alice mandou o marido sair de casa, pois ele continuava bebendo. Eles ficaram separados durante três anos, quando ele parou de beber e ela o aceitou de volta. Ela sofreu mais um aborto e passou por outra gravidez, que durou seis meses culminando em óbito fetal. Relatou ter sentido culpa por não querer ver a criança.

Por dez anos, manteve a mesma medicação psiquiátrica, o que mostrava uma estabilidade em seu quadro. No entanto, quando a cliente estava com 40 anos, retornou ao ambulatório psiquiátrico com queixas de insônia. Estava tendo problemas em seu trabalho em uma indústria de roupas, onde realizava atividades repetitivas como costureira e sofria com a pressão para produzir cada vez mais. Relatou que tentava cumprir todas as ordens de sua superior, mesmo se sentindo sobrecarregada. Na mesma época, o filho de Alice, que estava com 15 anos, começou a entrar em conflito com o pai. Eles discutiam, ameaçavam agredir um ao outro. Alice se sentia muito desconfortável com a situação. O filho acabou saindo de casa, o que fez com que a cliente se sentisse muito culpada. Algum tempo depois, ele voltou para casa, mas os conflitos continuaram, sem que Alice interferisse.

Durante o trabalho, Alice ficava pensando em coisas ruins, como nas discussões entre o marido e o filho. Começou a ter crises de pânico nas quais não conseguia respirar e voltava para casa. Relatou ter pensamentos de que poderia se ferir com uma faca e, por medo dessa atitude passou a evitar o contato com esse objeto. Imaginava que as pessoas estavam falando mal dela, dizendo que era adúltera e passou a se isolar, deixando de frequentar a igreja e o grupo de oração. Em seu trabalho, acabou ameaçando sua encarregada com uma tesoura, fato que culminou com seu afastamento e mais tarde com sua aposentadoria, aos 45 anos de idade. Esses episódios foram caracterizados pelo psiquiatra como sintomas psicóticos e Alice fez uso de diversas medicações nesse período, como antidepressivo atípico, estabilizadores de humor

e antidepressivo tricíclico. Diante da persistência de sua queixa, foi internada e submetida a uma sessão de eletroconvulsioterapia (ECT), mas a recorrência e a intensidade de seus sintomas fizeram com que fosse encaminhada a mais 24 sessões do procedimento, o que, segundo Alice, acarretou em dificuldades de memória.

Os conflitos entre o marido e o filho se mantiveram até a fase atual de coleta de dados. Alice não se posicionava diante dessas situações e se sentia culpada. Sua filha fazia faculdade e solicitava muito dinheiro ou materiais aos pais, que acabavam fornecendo tudo que ela queria. Alice relatou que estava endividada e que havia feito um empréstimo para pagar as contas feitas pela filha, pois não conseguia falar não para ela. Tinha algumas dificuldades no casamento, afirmando que o marido era muito quieto e sempre dizia que as opiniões dela estavam erradas, sendo que ele era profissionalmente instável, ficava sem trabalhar em alguns períodos sem que Alice se manifestasse diante dessa situação.

A cliente se vestia de maneira simples e passava uma imagem de muito tímida, andando pelos corredores da clínica sem fazer contato visual e falando em tom de voz bastante baixo. Nas primeiras sessões, respondia apenas o que era questionado. Ao longo das sessões, passou se mostrar um pouco mais segura, fazendo perguntas e rindo.

Análise de contingências históricas e atuais.

A cliente descreveu-se como uma criança tímida e quieta, com poucos amigos. Isso forneceu pistas de que Alice possuía um repertório de habilidades sociais deficitário, o que dificultava sua relação com pares na infância. Esse déficit, na fase adulta, pode ter contribuído para o surgimento de comportamentos típicos de quadros depressivos, como o isolamento social. O comportamento de chorar com frequência pode ter sido aprendido por modelação, já que era o mesmo padrão apresentado pela mãe. O chorar era negativamente reforçado, já que eliminava possíveis eventos aversivos relacionados aos novos padrões e a distância da família e por outro

lado, positivamente reforçado, pois favorecia a obtenção de atenção por parte da irmã, dos pais e até mesmo do marido.

Outro ponto importante é o controle coercitivo usado pelo pai de Alice durante sua infância e adolescência. Segundo a cliente, grande parte de seu repertório era punido pelo pai física ou verbalmente, como no exemplo relatado a seguir:

Ele pegou e mandou a gente deixar o carrinho [de pipoca] em um determinado lugar e eu e meus irmãos fomos até lá. E acho que a gente deixou um passinho de onde ele tinha falado e ele saiu dali, passou no boteco e passou para ver se a gente estava trabalhando direitinho mesmo. Quando o carrinho não estava exatamente no lugar onde ele mandou, ele tirou o galho de uma árvore e bateu. E nessa hora, minha irmã mais velha, ela estava também, e apanhamos nós três, no meio da praça, cheio de gente.

O pai apresentava esse padrão com todos os filhos e era agressivo quando bebia inclusive com a mãe de Alice. A cliente e seus irmãos buscavam se esconder do pai quando percebiam que ele havia feito consumo de bebida alcoólica. No entanto, esse padrão de fuga/esquiva da cliente pode ter se generalizado como resposta a inúmeros outros estímulos, o que é apontado como um efeito típico do controle coercitivo (Sidman, 2003). Após seu casamento, por exemplo, Alice chorava quando seu marido bebia e acabou saindo de casa para se livrar dele.

O histórico de exposição a condições aversivas pode ter contribuído para o surgimento de sentimentos como autoestima e autoconfiança comprometidos apresentados por Alice. A autoestima, segundo Guilhardi (2002), tem origem em contingências de reforçamento positivo sociais, como pais que elogiam ou dão carinho diante de determinados comportamentos dos filhos. Já a autoconfiança está relacionada ao fortalecimento de um comportamento por suas próprias consequências, sem haver necessidade de reforçamentos sociais. O pai da cliente, ao

emitir verbalizações de que os filhos não sabiam fazer nada ou não serviam para nada, além de invalidar seus comportamentos, não possibilitou o surgimento desse sentimento na cliente, não favorecendo a aprendizagem relacionada ao reconhecimento de seus próprios comportamentos e possíveis consequências positivas produzidas por eles, como segue:

Tem certas coisas que eu gostaria de fazer e não consigo. Eu penso que talvez seja porque ele falou isso para a gente e ficou gravado, a gente se sente assim, sabe? E eu vejo que não é só em relação a mim, são todos meus irmãos, todos somos assim.

Esse tipo de contingências a qual Alice foi submetida é responsável também pelo surgimento de outro tipo de sentimento: a culpa. A cliente relatou sentir culpa em diversas situações, como por exemplo, com relação aos abusos cometidos por seu irmão adotivo, por ter experimentado prazer durante esses atos. Esse sentimento pode surgir em uma condição em que o indivíduo aprende a classificar seus comportamentos como inadequados a partir de regras sociais (Colombini & Pergher, 2009). Como comportamentos considerados inadequados foram punidos em sua história de vida, ao emití-los o indivíduo pode apresentar sentimentos de culpa.

Sentir prazer em uma condição de abuso era considerado pela cliente como inadequado e comportamentos desse tipo foram altamente punidos em sua história de vida. O mesmo ocorreu na ocasião em que Alice passou a rezar para que perdesse seu filho. Não ter a criança resolveria parte de seus conflitos com seu marido. No entanto, ao mesmo tempo, Alice considerava-se “um monstro” por ter rejeitado o bebê, ou seja, a própria cliente considerava esse comportamento inadequado, o que fortalecia os sentimentos de culpa.

Em outras situações, a cliente parecia sentir culpa diante da possibilidade de causar sofrimento aos outros. Alice parece ter passado a se comportar em função de autorregras, como as descritas por Sousa et al. (2011) de que seus comportamentos produziam o sofrimento ou a felicidade de terceiros. Assim, Alice passou a emitir comportamentos para

aliviar o sofrimento dos outros. Um exemplo desse comportamento ocorria quando ela dava à filha tudo que pedia. Quando negava os pedidos da filha, a mesma ficava “emburrada” e era mal-educada com a mãe. Para evitar esse tipo de situação aversiva, Alice cedia a todas às vontades da filha e seu comportamento era negativamente reforçado. Ao mesmo tempo, a cliente reforçava positivamente os comportamentos de pedir e ficar emburrada da filha, aumentando sua probabilidade de ocorrência, o que geraria novamente sentimentos de culpa. Esse padrão de Alice fica claro na seguinte verbalização: “Eu me preocupo com o que eu vou causar na pessoa. Não é o que ela causa para mim. É a preocupação de que eu tenho que agradar todo mundo, eu tenho que fazer todo mundo feliz”.

Assim como ocorria com sua filha, o padrão da cliente de sempre querer agradar a todos provavelmente aumentava as cobranças dos outros para com ela. No entanto, a cliente nem sempre conseguia satisfazer a essas demandas. Nos conflitos em casa, seu marido e filho exigiam que ela se posicionasse a favor de si próprios, o que era impossível, já que implicaria na emissão de comportamentos conflitantes por parte da cliente. Desta forma, tornava-se mais provável a ocorrência de sentimentos como culpa e medo de não gostarem dela do que a emissão de comportamentos de enfrentamento das situações.

Alice se comportava ainda em função de outras autorregras, afirmando que sentia que não tinha o direito de ter prazer ou de ser feliz, o que pode ter criado condições para uma maior frequência de emissão de comportamentos de fuga/esquiva. Isso pode ter dificultado a aquisição de repertórios alternativos, que possibilitassem a obtenção de reforçadores positivos.

Além disso, a própria culpa e outras experiências particulares de Alice, como sensações, emoções, lembranças e pensamentos podem ter adquirido caráter aversivo, levando a cliente a se engajar em comportamentos de esquiva experiencial, como proposto por Pinto-Gouveia et al. (2012). Esse padrão ocorreu, por exemplo, nos momentos em que a cliente

tinha que realizar os cuidados com seu segundo filho. Quando ele chorava ou tinha que ser limpo, Alice tinha medo de querer machucá-lo e gritava, sendo socorrida por sua mãe ou sua cunhada. Desta forma, deixava de sentir medo e ainda não precisava realizar os cuidados com a criança, sendo seu comportamento reforçado negativamente.

Alice relatou que os conflitos de seu marido e seu filho a incomodavam muito. Durante seu trabalho, enquanto costurava, a cliente tinha muitos pensamentos que considerava aversivos sobre esses conflitos. Cabe ressaltar que a própria condição de seu trabalho, onde realizava tarefas repetitivas que não exigiam grande concentração provavelmente criava condições para a ocorrência desse tipo de pensamentos. Nessas situações, Alice passou a experimentar também algumas sensações corporais, como falta de ar e o coração acelerado. Como os conflitos em sua casa não se resolveram, a cliente passou a apresentar crises de pânico no trabalho. Quando tinha crises, relatou que os pensamentos diminuía ou desapareciam e, além disso, podia deixar o trabalho e ir para casa, ilustrando uma sequência de eventos e de comportamentos funcionalmente relacionados e consistentemente reforçados de tal modo que reafirmavam o diagnóstico de um transtorno psiquiátrico.

Ainda nesse período, a cliente passou a ter pensamentos de que as pessoas de sua igreja a acusavam de ser adúltera, que iria para o inferno e que estavam publicando notícias sobre ela na internet. Alice passou a se isolar e evitar o contato com qualquer pessoa, não atendendo nem a porta de casa o que fazia com que esses pensamentos acontecessem em menor frequência. No entanto, com o passar do tempo, começou a ter o mesmo tipo de pensamentos na presença do marido. Na mesma época, a cliente teve problemas no trabalho com sua encarregada, que a cobrava demais no serviço. Alice tinha vontade de xingá-la, mas acabava cedendo e tentava corresponder às suas expectativas, o que gerava cada vez mais cobranças, intensificando a condição aversiva, tanto em casa como no trabalho, em que a cliente se encontrava. Diante disso, a cliente acabou ameaçando a encarregada com uma

tesoura, sendo encaminhada para as sessões de ECT. Alice se queixava de ter tido problemas de memória após esse procedimento. No entanto, em seu relato trazia poucas lembranças de antes de sua internação, mostrando que nesse período provavelmente estava mais sob controle de seus pensamentos e sentimentos, não estando sensível aos outros eventos ambientais de seu cotidiano. Observa-se que Alice passou a emitir cada vez mais comportamentos que confirmavam seu diagnóstico de TAB e inclusive o agravamento de seu quadro, chegando a fazer 24 sessões de ECT. A generalização dos repertórios de fuga/esquiva não permitiu a alteração das contingências ambientais, fortalecendo ainda mais esse padrão.

Os pensamentos sobre o conflito pai e filho continuaram mesmo após a aposentadoria de Alice, já que a situação entre ambos não foi resolvida. A cliente relatou que quando via seu marido e seu filho discutindo ou quando eles se recusavam a conversar, pensava que deveria ter optado por fazer um aborto ou que não estava sendo uma boa mãe por não ficar do lado do filho. No entanto, tentava controlar esses pensamentos, pois tinha medo de ter que voltar a fazer a ECT. Em alguns momentos, tinha crises de pânico, o que fazia com que o marido e o filho parassem de brigar temporariamente.

O padrão de esquiva experiencial é apresentado pela cliente em outras situações. Nas ocasiões em que estava tendo relações sexuais com o marido, por exemplo, acabava se lembrando dos abusos que sofreu e do prazer que sentia. Alice tentava, então, se esquecer desses fatos, chegando a se negar a ter relações com o marido. Segundo ela, fazia “força para apagar da cabeça” essas lembranças. O mesmo ocorria nos momentos em que se lembrava de seu antigo namorado, seu ex-chefe, e ficava pensando que se tivesse se casado com ele as coisas seriam diferentes. Isso ocorria com mais frequência quando ela não estava bem com o marido. Alice se sentia mal por ter essas lembranças e se afastava do marido, tentando controlá-las. No entanto, quanto menos contato tinha com o marido, mais tinha tais

lembranças, pois as contingências que mantinham esses padrões comportamentais continuavam presentes.

A cliente nunca se manifestou durante as discussões do marido e do filho, mantendo-se quieta e algumas vezes chorando, o que também ocorria quando a filha era mal-educada e gritava com ela. Esses comportamentos, semelhantes ao padrão passivo descrito por Camacho & Vila (2009) possivelmente foram aprendidos através da educação coercitiva do pai e por modelação, já que relatava um padrão semelhante de sua mãe diante desse tipo de situação. É provável que, ao ficar quieta, Alice estivesse evitando conflitos. No entanto, esse padrão não ajudava na resolução dos problemas familiares, não havendo modificação nas contingências e, portanto, além de criar condições para que voltasse a apresentar os mesmos pensamentos aversivos.

Outras ocorrências podem ter favorecido a manutenção do padrão de ficar quieta diante de conflitos. Em diversas situações, a cliente apresentou o comportamento de se posicionar, que parece ter sido punido. Quando pediu para o marido parar de beber ou deixá-la, ele optou por sair de casa. Apesar de num primeiro momento seu comportamento cessar uma estimulação aversiva, que eram as brigas com o marido, ao longo do tempo surgiram outros problemas, como ela ter que cuidar sozinha dos filhos, estes a culparem pelo pai ter saído de casa, perder reforçadores positivos relacionados ao marido, entre outros. O mesmo aconteceu quando se posicionou no trabalho, ao atacar a encarregada. Apesar de se livrar das cobranças e dos pensamentos que tinha nesse contexto, a longo prazo Alice foi demitida e aposentada. Novamente, houve perda de inúmeros reforçadores positivos relacionados ao emprego. Em outra situação, ao saber que seu irmão tinha batido em sua sobrinha, Alice tentou conversar com ele, mas ele ameaçou de agredi-la também. Tais ocorrências podem ter fortalecido uma autorregra de não ser capaz de fazer nada, confirmando o discurso do pai que

os filhos não serviam para nada e tornando menos provável a emissão de comportamentos de enfrentamento e de resolução de problemas mais efetivos.

Ao analisar a história de Alice, constata-se uma predominância de ambientes altamente aversivos, que muitas vezes se repetem ao longo de sua vida. Num primeiro momento, a presença de um pai alcoólatra e em seguida o marido nas mesmas condições. Há uma constância de abusos físicos, sexuais e psicológicos, primeiramente por parte do pai e do irmão e mais tarde pelo próprio marido, pelos filhos e pela encarregada no trabalho. As contingências em vigor eram predominantemente de reforçamento negativo, produzindo um repertório cada vez mais consistente e generalizado de fuga/esquiva, que por sua vez tinha como subprodutos medo, tristeza, culpa, baixa autoestima e uma auto-confiança comprometida, entre outros. Ao mesmo tempo, esse ambiente não favoreceu variabilidade comportamental e o desenvolvimento de repertórios alternativos que possibilitassem a minimização das condições aversivas e a obtenção de reforçadores positivos.

Participante 2 – Pedro

Dados e história de vida.

Tinha 56 anos, ensino superior completo e era desempregado. Era casado e vivia com a esposa e o filho de 24 anos. Possuía uma filha de 28 anos que morava em outra cidade. Era católico não-praticante.

Pedro era o terceiro filho de uma família de cinco irmãos. Viviam em uma cidade do interior, sendo sua mãe dona de casa e seu pai comerciante. Segundo o cliente, passava muito tempo com o pai, que era muito calmo, carinhoso e tinha a característica de agrupar a família. Por outro lado, sua mãe era impaciente e agressiva e dependendo de seu estado de humor, apresentava comportamentos como gritar, bater nos filhos, xingá-los e castigá-los. Em outros

momentos, a mãe se isolava de todos, se trancava no quarto quando recebiam visitas, por exemplo. Ele descreve um bom relacionamento com os irmãos.

Na escola, era bom aluno e não costumava ter problemas de comportamento. Era o líder em sua turma e era respeitado. Aos 15 anos, mudou-se sozinho para outra cidade para terminar os estudos. Aos 17, passou no vestibular e começou a fazer o curso de Direito. Não tinha problemas com notas, mas reprovou em uma disciplina por faltas. Segundo Pedro, costumava ir a festas, sair com mulheres ou jogar futebol no horário das aulas.

Antes de entrar na faculdade, Pedro trabalhou no setor administrativo de várias empresas, entrando sempre por indicação de amigos. No primeiro trabalho, relatou que se decepcionou com seu chefe porque ele não era tão inteligente quanto parecia e passou a não seguir algumas instruções, como ir trabalhar aos sábados, sendo demitido. O mesmo tipo de comportamento ocorreu em outra empresa, quando Pedro se negava a executar algumas tarefas que julgava não ser de sua incumbência.

Após a faculdade, um colega o convidou para trabalhar no escritório que tinha montado. Em seguida, outro colega arranhou um emprego para ele em uma empresa que possuía filiais em muitas cidades de vários estados. Assim, ele passava a maior parte do tempo viajando. Frequentava festas e era amigo do gerente e do supervisor. Trabalhava como advogado na empresa, fazia audiências, mas também acompanhava outros funcionários em cobranças domiciliares. Segundo Pedro, quando surgiam casos difíceis para cobrança, era chamado para que resolvesse os problemas. Em seguida foi trabalhar para um banco em outro estado, onde ficou por um ano. No entanto, o banco foi à falência e outro amigo o chamou para voltar para a empresa, onde ficou por mais três anos. Houve algumas mudanças na direção da empresa e Pedro teve problemas com um dos diretores, sendo demitido.

Aos 20 anos, começou a namorar sua atual esposa. No começo da relação, ainda viajava com frequência e eles se viam quando estava na cidade. Sempre se relacionou com

muitas mulheres nas viagens, mesmo quando estava namorando. Sua esposa acabou engravidando e eles se casaram. Mesmo após o casamento e o nascimento da filha, ainda mantinha casos extraconjugais. Teve um relacionamento sério nesse período com outra mulher que sabia de sua situação de casado e que tinha uma filha. Relatou que se sentia bem com ela e que pensou em abandonar a família para assumir esse relacionamento.

Pedro disse que seus problemas se acentuaram quando perdeu o emprego fixo, quando tinha 32 anos, o que provocou inclusive um desgaste em seu casamento. Apesar de voltar a trabalhar em alguns escritórios, sua instabilidade econômica o incomodava e passou a se isolar. Sempre que estava desempregado, era indicado para outros escritórios, mas permanecia neles pouco tempo, pois achava que não era valorizado. Relatou que ficava muito irritado e verbalmente agressivo com algumas pessoas, como com a esposa. Alguns anos mais tarde, ela, que era dona de casa, passou a trabalhar e se tornou a principal mantenedora do lar.

Quando estava com 40 anos, Pedro perdeu o pai. Segundo o cliente, esse foi um momento muito difícil e quando realmente as coisas pioraram. Relatou que “perdeu a graça” em tudo, passou a se sentir desmotivado e se isolar cada vez mais. Nessa época, deixou de procurar trabalho. Tempos depois, voltou a trabalhar, mas ainda se sentia insatisfeito.

Aos 46 anos, Pedro iniciou seu tratamento psiquiátrico por indicação de um médico amigo seu. Na opinião do cliente, o que mais chamava a atenção nesse período foi o mau-humor, a irritabilidade e a agressividade. O início do tratamento foi realizado em uma clínica particular e foi diagnosticado com distímia, passando a fazer uso de antidepressivo tricíclico. No entanto, Pedro deixou o tratamento porque relatou que o psiquiatra não pedia exames e as consultas eram muito curtas. Passou a ser atendido no mesmo ano em um Centro de Atenção Psicossocial, mas também não estava satisfeito com o atendimento prestado e parecia que as pessoas o atendiam por obrigação.

No ano seguinte, iniciou tratamento no ambulatório psiquiátrico de uma universidade. Foi considerada a hipótese de TAB, devido à irritabilidade intensa e, ao longo de nove anos, fez uso de diversos medicamentos em várias dosagens tais como antidepressivos tricíclicos, atípicos, estabilizadores de humor e antipsicóticos. Também foi encaminhado para uma sessão de ECT, mas segundo ele, sem grandes alterações em suas queixas.

Aos 51 anos, Pedro perdeu os dois irmãos mais velhos. No ano seguinte, o cachorro de estimação, que era muito significativo para ele. Em seguida, sofreu a perda do melhor amigo, com quem tinha uma boa relação e conversava sobre seus problemas. Após esses episódios, relatou que passou a se sentir ainda mais desmotivado e triste.

No momento em que foi iniciada a coleta de dados, Pedro estava há aproximadamente quatro anos sem trabalhar e mantinha o tratamento psiquiátrico. A relação com sua esposa estava bastante desgastada e dormiam há seis anos em quartos separados. Passava os dias em casa, assistindo programas de televisão ou acessando a internet e, em alguns momentos, fazendo alguns consertos. Costumava sair pelas manhãs para passear com as cachorras e uma vez por semana visitava o escritório de um amigo que lhe ajudava com algumas despesas da casa. Tinha uma relação distante com o filho que morava com ele e quase não falava com a filha.

Pedro apresentava-se para os atendimentos com uma postura rígida e séria. Não cumprimentava outros clientes ou a secretária na sala de espera da clínica. Logo no primeiro contato, disse à terapeuta que não toleraria qualquer tipo de atraso e que estava cético com relação ao tratamento. Durante as sessões, sorria pouco e o fazia em situações em que fazia comentários irônicos. Dava respostas curtas a algumas perguntas da terapeuta, a interrompia com frequência e falava muito de assuntos gerais, como a economia mundial, dos quais parecia ter conhecimento.

Análise de contingências históricas e atuais.

As queixas de Pedro tinham como base sua irritabilidade e seu mau-humor. Algumas classes de respostas apresentadas pelo cliente podem ter relação com esses sentimentos, como comportamentos sociais agressivos ou hostis, isolamento, queixar-se e protelar compromissos.

Com relação aos comportamentos sociais, Camacho & Vila (2009) apontam que indivíduos inábeis nessa área podem se deparar com dificuldades em seus relacionamentos interpessoais. Em muitos momentos, o padrão de Pedro é topograficamente semelhante a um padrão agressivo ou hostil, como quando xingava a esposa ou o filho ou ameaçava ir embora do ambulatório psiquiátrico se tivesse que esperar sua vez para ser atendido.

É provável que esse comportamento tenha se desenvolvido na infância por modelação, já que era semelhante àquele apresentado por sua mãe. Passou a emitir comportamentos agressivos em situações em que o contradiziam, quando achava que algo estava errado ou quando se achava injustiçado, como relatou: “Explodia, gritava, não aceitava as coisas. Achava que comigo o tratamento tinha que ser diferente. Muitas vezes as coisas pra mim não estavam boas”. O cliente disse que na escola, desde cedo era o líder da turma e ninguém o incomodava porque já o conheciam. Isso indica que os comportamentos hostis de Pedro eram mantidos por reforçamento negativo, já que eliminavam condições aversivas como ser contrariado. Ao mesmo tempo, esse padrão era positivamente reforçado, pois o cliente tinha *status* e apoio por parte de seus colegas. Pedro punia os comportamentos alheios, o que dificultava a aproximação de outras pessoas e ainda diminuía a probabilidade de contato do cliente com eventos aversivos relacionados a situações sociais. Por outro lado, seu padrão restringia seu acesso a possíveis reforçadores positivos disponíveis nessas situações, dificultando a aquisição de novos repertórios e maior variabilidade comportamental.

Essa condição se manteve durante a faculdade, como no exemplo citado por Pedro em que uma secretária chamou sua atenção por se atrasar no estágio. Na ocasião, rebaixou,

verbalmente, a funcionária frente a todos, afirmando que “ela não era nada”. Segundo o cliente, ela e outras pessoas nunca mais mexeram com ele porque sabiam que o mesmo “não era flor que se cheirasse”. Depois da faculdade, Pedro passou a ser requisitado em seu trabalho por causa de seu comportamento hostil, pois nos casos mais difíceis de cobranças, ele era chamado e através de ameaças aos clientes, por exemplo, resolvia essas situações que outros funcionários não conseguiam solucionar. Novamente, esse padrão era positivo e negativamente reforçado, já que produzia, respectivamente, respeito e eliminava possíveis confrontos no ambiente de trabalho, ou seja, seus repertórios de hostilidade eram fortalecidos, aumentando sua chance de ocorrência.

O padrão de hostilidade continuou sendo apresentado por Pedro, principalmente em casa com a esposa. Quando a mulher solicitava que ele fizesse faxina ou o comparava com sua mãe, por exemplo, ele respondia de maneira agressiva, como relatou:

“Mas eu respondo, eu respondo assim, muito pesado. Pra rebaixar a pessoa mesmo, botar embaixo da soleira. Digo pra ela que é imprestável, energumena, apesar de que acho que ela nem sabe o que é isso. E ela paga com juro. É só não me cutucar, é só não cutucar a onça com vara curta que não vai ter problema.”

O mesmo tipo de comportamento era apresentado com os filhos de Pedro quando estes agiam de uma maneira que ele achava incorreta ou quando o contrariavam. Igualmente o comportamento de Pedro era reforçado negativamente, pois diminuía a probabilidade de ser exposto a condições aversivas. Concomitantemente, esse padrão era positivamente reforçado por sua esposa e filha, por exemplo, quando solicitavam que ele resolvesse seus problemas, como trocar mercadorias quebradas, desmarcar consultas, entre outros.

Esse mesmo padrão também era apresentado em outros ambientes, como no ambulatório psiquiátrico. O cliente relatou que não gostava de esperar, condição que era imposta a todos os pacientes da clínica. Em suas consultas, dizia para a médica que iria

embora se tivesse que aguardar e ela acabava o atendendo primeiro. Do mesmo modo, o repertório hostil de Pedro removeu a condição de esperar sua vez. No entanto, a manutenção desse padrão impediu que Pedro desenvolvesse repertórios alternativos para enfrentar situações aversivas de maneira mais apropriada.

Pedro relatou que não se sentia confortável em agir de maneira hostil e que sabia que estava errado quando se comportava assim. É possível que esse fator tenha feito com que os próprios contatos sociais tenham adquirido caráter aversivo para o cliente, fazendo com que ele se isolasse. Pedro passou a caminhar com suas cachorras de madrugada para evitar outras pessoas, se trancava no quarto quando chegavam visitas em sua casa, entre outros. Esse comportamento também pode ter sido aprendido por modelação, já que era o mesmo padrão apresentado pela mãe. Além disso, o cliente relatou sentir vergonha de que as pessoas soubessem de seu diagnóstico ou de sua condição financeira, como segue: “Eu me sinto extremamente constrangido. Bom, porque na rua, por exemplo, se eu tava andando, eu via um conhecido meu, eu até desviava, virava o rosto, né?” Afirmou ainda que preferia ir embora a pé do que deixar um conhecido ver que estava pegando um ônibus. Seu padrão novamente removiu condições aversivas, mas restringia cada vez mais seus contatos e situações sociais, onde poderia desenvolver ou obter reforçadores para um repertório alternativo de interação.

Outro padrão socialmente inadequado apresentado pelo cliente era o de queixar-se. Nas sessões, o cliente se queixava muito de sua situação financeira e de seu casamento, por exemplo. Esse padrão parece ter se desenvolvido em seu ambiente familiar. Pedro relatou que quando reclamava de algo em casa, como do tempero da comida, sua mãe preparava uma refeição especial para ele. Na idade adulta, xingava sua esposa se a comida não estivesse como queria e se encontrasse comida na geladeira temperada da forma como não gostava, jogava fora. Fazendo com que as pessoa ao seu redor se comportassem da maneira como ele

queria sob o risco de terem seus comportamentos punidos, criando uma relação bastante aversiva, favorecendo o isolamento do cliente.

O comportamento de queixar-se era apresentado também com seu amigo que o ajudava. Pedro disse que não tinha coragem de pedir nada ao amigo, mas chegava, contava de sua situação e de seus problemas e o amigo acabava oferecendo ajuda, pagando suas contas, tentando arrumar emprego para ele, entre outros. Ao descrever sua relação com esse amigo, Pedro relatou que não tinha comportamentos de hostilidade com ele, o que traz a hipótese de que o cliente desenvolveu um repertório socialmente habilidoso, mas que não discriminava os contextos para sua emissão. Esses repertórios podem ter sido aprendidos por modelação com seu pai, mas Pedro acabava os emitindo apenas em situações em que poderia se beneficiar de alguma maneira, o que pode explicar o fato de que em sua história de vida sempre havia alguém conseguindo emprego para ele.

No ambulatório psiquiátrico, ao ser atendido por uma médica que o confrontou, Pedro procurou a chefe do setor e queixou-se do tratamento, não sendo mais atendido pela mesma profissional. Isso mostra que, ao longo do tempo, os padrões inadequados de Pedro foram se generalizando a diversas situações, se tornando cada vez mais consistentes.

O cliente queixava-se, ainda, de condições da economia e educação do país, por exemplo. Com este comportamento, não precisava falar de seus problemas pessoais e condição financeira e, além disso, as pessoas concordavam com ele, o elogiavam, diziam que ele era bem informado e crítico. No entanto, apesar de se mostrar incomodado com muitas situações, Pedro não apresentava estratégias alternativas para resolução de problemas. Assim, queixar-se provavelmente configurava-se como um comportamento de fuga/esquiva, que eliminava condições como as dívidas, quando ajudado pelo amigo e a confrontação, o que produzia também reforçadores positivos.

O componente de esquiva experiencial, como descrito por Pinto-Gouveia et al. (2012) também parecia estar presente no caso de Pedro. O cliente relatou que muitas das atividades que vinha fazendo em casa, como pintar e consertar o banheiro o ajudavam a não se sentir tão inútil e não ficar pensando em sua situação. Quando não conseguia dormir e começava a ter pensamentos desagradáveis, Pedro saía para caminhadas com suas cachorras. Ou seja, esses comportamentos tinham como função evitar estímulos privados considerados aversivos.

Pedro relatou que se sentia desinteressado e sem vontade de realizar algumas atividades, adiando-as. Isso ocorria com situações como visitar o psiquiatra ou o amigo que lhe prometera um emprego. A procrastinação, segundo Brandão et al. (2006), ocorre quando o comportamento de realizar tarefas é adiado, já que não produz consequências positivas, não elimina e nem produz estimulação aversiva e esse comportamento é frequentemente acompanhado de sentimentos como decepção, ansiedade, “dor na consciência”, insegurança e irritação. No caso de Pedro, algumas variáveis pareciam estar contribuindo para a manutenção desse padrão. O cliente relatou que não percebia diferença ao fazer uso das medicações recomendadas para parar de fumar. Dessa forma, ir ao médico parecia não produzir consequências positivas ou eliminar estímulos aversivos e Pedro protelava a consulta. Com relação ao amigo, o cliente parecia não ter repertório para pedir ou perguntar sobre a possibilidade de emprego, o que provavelmente tornava a situação aversiva. Adiar nesse momento configurava-se como um comportamento de fuga/esquiva.

O cliente se comportava, ainda, em função de várias autorregras que não descreviam contingências reais, como citadas por Sousa et al. (2011), e favoreciam ainda mais a ocorrência de padrões de isolamento, hostilidade e procrastinação. Dizia, por exemplo, que quando as pessoas se aproximavam umas das outras, na maioria das vezes era por interesse e segundas intenções. Atribuía seus comportamentos a causas internas, como não estar motivado, com dificuldades de concentração ou até mesmo ao TAB. Assim, em situações

sociais, por exemplo, quando o cliente punia comportamentos alheios e provocava afastamento, atribuía como causa o diagnóstico e não o seu desempenho. A autorregra era então confirmada, o que diminuía a probabilidade de se expor a novas contingências que poderiam selecionar novos padrões sociais.

A hostilidade de Pedro em diversos contextos na fase adulta demonstra que os comportamentos instalados na infância e adolescência foram se mantendo, tornando o padrão cada vez mais consistente e refinado. À medida que se comportava dessa maneira, o cliente punia comportamentos relacionados à aproximação de pessoas que parecem ter desistido de interagir com ele. Pedro não reconhecia que esse efeito era produzido por seu próprio desempenho e atribuía aos outros a falta de iniciativa para a aproximação. O afastamento dos outros provavelmente tornava as situações de interação cada vez mais aversivas, impossibilitando o desenvolvimento de repertórios alternativos. Assim, percebe-se que o cliente, ao longo do tempo, passou a emitir cada vez mais comportamentos que corroboram com o diagnóstico de TAB.

Conclusão

A partir dos relatos de Alice e Pedro, buscaram-se informações que permitissem o levantamento de variáveis relacionadas ao desenvolvimento e manutenção de padrões comportamentais característicos do TAB. A partir da análise da história de vida, foi possível constatar que esses repertórios foram aprendidos e mantidos desde a infância dos participantes, a partir de modelação, reforçamento positivo ou negativo de comportamentos inapropriados, punição e falta de condições ambientais para a instalação e seleção de padrões mais efetivos.

Apesar de apresentarem o mesmo diagnóstico, Alice e Pedro emitiam comportamentos topograficamente distintos e até mesmo opostos: ela apresentava um repertório interpessoal de passividade enquanto que Pedro mostrava-se agressivo ou hostil. Ao se analisar as

contingências, no entanto, constatou-se que esses padrões tinham prioritariamente função de fuga/esquiva, sendo mantidos por reforçamento negativo. Em ambos os casos, as dificuldades nas interações sociais foram marcantes, o que corrobora com os dados de Del Prette e Del Prette (1999) e levanta a necessidade de intervenções mais eficazes nessa área para clientes psiquiátricos.

Outro componente comum nos dois casos foi a esquiva experiencial (Pinto-Gouveia et al., 2012). Alice e Pedro buscavam se esquivar de eventos privados, como lembranças, sentimentos e pensamentos. Esse padrão era reforçado negativamente, mas não provocava alteração nas contingências que produziam os eventos privados aversivos, o que explica a recorrência destes. Assim o desenvolvimento de repertórios alternativos para lidar com esses eventos pode ter grande relevância em casos de TAB.

Em ambos os casos, é possível observar, através da análise de contingências, a instalação, manutenção e agravamento dos quadros de transtornos psiquiátricos dos clientes. Ao longo do tempo, os repertórios comportamentais classificados como bipolares se tornaram mais consistentes, não possibilitando ou dificultando aprendizagem de outros comportamentos que estariam relacionados à melhora clínica. Nesse ponto, a psicoterapia torna-se extremamente relevante porque que busca o desenvolvimento de variabilidade comportamental e o manejo de contingências relacionadas aos problemas.

Este trabalho configura-se como uma tentativa de aproximar a pesquisa da prática clínica. O reduzido número de participantes e o curto período de tempo para sua realização são limitações que devem ser superadas em novos estudos sobre o TAB sob a perspectiva da Análise do Comportamento. Apesar disso, espera-se que o mesmo contribua com o levantamento de variáveis que podem influenciar na instalação e manutenção dos quadros de transtornos, possibilitando intervenções mais efetivas que minimizem o sofrimento do cliente

e aqueles à sua volta e que contribua para que haja melhora nas diferentes áreas da vida dessas pessoas, inclusive a possibilidade de uma reavaliação diagnóstica.

Lista de Referências

- Berk, L., Berk, M., Castle, D., & Lauder, S. (2010) *Vivendo com Transtorno Bipolar: um guia para entender e manejar o transtorno*. Porto Alegre: Artmed.
- Brandão, M. Z. S., Menezes, C. C., Jacovozzi, F. M., Simomura, J., Betencurt, L., Rocha, R.C.A, & Santana, M.G. (2006). Intervenção de acompanhantes terapêuticos em caso de transtorno bipolar e comportamentos evitativos do trabalho e outras responsabilidades. Em H. J. Guilhardi, & N. C. Aguirre (Orgs). *Sobre comportamento e cognição: Vol.18* (pp. 496-508). SantoAndré: Esetec.
- Camacho, A., & Vila, E. M. (2009). Levantamento de variáveis antecedentes e consequentes que favoreceram a aprendizagem e a manutenção de dificuldades interpessoais em universitários. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 30(1), 47-66.
- Colombini, F. A., & Pergher, N. K. (2009). Decisões clínicas na terapia analítico-comportamental. *Acta comportamentalia*, 17(2), 235-253.
- Del Prette, Z. A., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Fristad, M. A., Verducci, J. S., Walters, K., & Young, M. E. (2009). Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 1013-1020.
- Guilhardi, H. J. (2002). Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, & S. M. R. Mezzaroba. *Comportamento humano: tudo ou quase tudo que você queria saber para viver melhor* (pp.63-98). Santo André: Editora Esetec.
- Mussi, S. V. (2012). *Transtorno Bipolar: adesão ao tratamento e psicoeducação*. Dissertação de mestrado. Análise do Comportamento. Universidade Estadual de Londrina – PR.
- Novick, D. M., Swartz, H. A., & Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, 12(1), 1-9.

- Organização Mundial da Saúde. (1997). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 139-156.
- Sousa, A. P. S., Medeiros, C. A., Aragão, M. O. F., Medeiros, F. H., & Silva, A. P. A. (2010). Regras Versus Autorregras: que tipos de regras é mais eficaz na modificação do comportamento? Em C. V. B. B. Pessoa, C. E. Costa, & M. F. Benvenuti. *Comportamento em Foco: Vol. 1*[On line]. Disponível em: <http://abpmmc.org.br/site/wp-content/uploads/2012/05/cfocov1.pdf> Recuperado em 24 de junho de 2013.
- Sidman, M. (2003). *Coerção e suas implicações*. Campinas: Livro Pleno.
- Suppes, T., & Dennehy, E. B. (2009). *Transtorno bipolar: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises e discussões realizadas nesse estudo tiveram como objetivo responder a pergunta inicial: quais as contingências estão relacionadas ao desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de TAB descritos pela CID-10? Para isso, num primeiro momento, julgou-se relevante fazer uma reflexão de como o analista do comportamento pode se utilizar de sistemas de classificação diagnóstica em sua prática, mantendo-se condizente com os pressupostos Behavioristas Radicais, já que se considera que a atuação do psicoterapeuta, em casos de transtornos, é mais efetiva quando realizada em conjunto com psiquiatras. No entanto, o analista do comportamento não pode perder de vista as noções de selecionismo, funcionalismo e o caráter de complexidade das relações comportamentais. As informações advindas de recursos como a CID e o DSM são limitadas, mas não precisam ser descartadas, servindo como um importante ponto de partida para a realização de uma análise funcional ideográfica.

Outros instrumentos e recursos podem ser utilizados na coleta de dados para a realização da análise funcional. Neste trabalho, um Roteiro de Entrevista Semiestruturado foi elaborado com essa finalidade, sendo também utilizado para a categorização e análise das informações obtidas. O uso do instrumento trouxe vantagens, pois permitiu a elucidação, aprofundamento e inclusão de novas perguntas durante o processo de coleta de dados e otimizou a obtenção de informações, possibilitando a realização da análise funcional e ainda a comparação com outros estudos. Além disso, o uso do roteiro permitiu que informações mais homogêneas fossem coletadas com os dois participantes, contribuindo para a comparação de contingências históricas e atuais relacionadas aos padrões descritos como bipolares pela CID-10.

Algumas dificuldades foram encontradas no decorrer do procedimento, como o uso do instrumento para a categorização dos dados e o fato de a pesquisadora atuar também como

terapeuta dos participantes. Com relação ao segundo ponto, optou-se por utilizar essa estratégia pela falta de outros recursos humanos no estudo que tivessem experiência clínica, treino em habilidades de entrevista e familiaridade com o instrumento de coleta.

A metodologia empregada auxiliou na produção de conhecimento, dando destaque ao papel projetos como este em instituições de ensino públicas, já que permitem uma articulação entre a pesquisa de determinados fenômenos, o atendimento de demandas da sociedade e o ensino de alunos de graduação. A participação de estagiários de graduação se restringiu à etapa de transcrição das sessões, mas permitiu aos alunos contato com a prática clínica, aspecto importante para sua formação. A partir do desenvolvimento de trabalhos como este, pode ser viável o treinamento de recursos humanos para a atuação em outros projetos, tanto de pesquisa quanto de extensão.

O último estudo possibilitou uma visão do TAB sob a perspectiva analítico-comportamental. Foi possível constatar vários padrões comportamentais dos participantes, tais como dificuldades em interações sociais, o seguimento de autorregras irreais, entre outros. Além disso, foram investigadas contingências relacionadas à instalação e manutenção desses padrões. Na descrição dos casos, é possível perceber que os comportamentos típicos de transtornos foram desenvolvidos na história de vida dos participantes e passaram a ser emitidos com mais frequência, intensidade ou duração ao longo do tempo, caracterizando o agravamento de seus quadros.

Nos estudos de casos, constatou-se que, no momento em que a pesquisa foi realizada, havia uma predominância na apresentação por parte dos participantes de comportamentos típicos de quadros depressivos, caracterizados por padrões como isolamento social e presença de sentimentos tais como culpa e tristeza. A partir da análise de contingências, foi possível perceber que o déficit em repertórios alternativos fazia com que os participantes se engajassem cada vez mais em comportamentos de fuga/esquiva, criando assim mais

condições para o surgimento e manutenção dos padrões de depressão. Outros estudos com participantes que ainda apresentem uma alta frequência de episódios de mania são relevantes, trazendo novas informações que podem auxiliar na compreensão do TAB.

Os questionamentos e reflexões realizadas ao longo deste trabalho não têm como objetivo a busca de verdades absolutas, mas sim construir uma prática de analistas do comportamento mais condizente com um modelo de ciência pragmático. Ao mesmo tempo, tentou-se aproximar a psicoterapia da pesquisa, enfocando a importância de se estudar o comportamento a partir das leis de uma ciência natural. Algumas limitações ainda precisam ser superadas, como o curto período de tempo em que o estudo foi realizado e o número limitado de participantes. Espera-se que traga contribuições para o desenvolvimento de novas tecnologias para o tratamento do TAB e outros transtornos, aumentando a qualidade de vida dos clientes e minimizando seu sofrimento e daqueles a sua volta e possibilitando o surgimento de políticas públicas mais eficazes na área de saúde mental.

LISTA DE REFERÊNCIAS

- Addison, L. R., Piazza, C. C., Patel, M. R., Bachmeyer, M. H., Rivas, K. M., Milnes, S.M., & Oddo, J. (2012). A comparison of sensory integrative and behavioral therapies as treatment for pediatric feeding disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45(3), 455-471.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª. ed.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM -IV-TR*. 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. Luna (Orgs). *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 175-191). São Paulo: Roca.
- Berk, L., Berk, M., Castle, D., & Lauder, S. (2010) *Vivendo com Transtorno Bipolar: um guia para entender e manejar o transtorno*. Porto Alegre: Artmed.
- Blashfield, R. K. & Draguns, J. G. (1976) Toward a taxonomy of psychopathology: the purpose of psychiatric classification. *British Journal of Psychiatry*, 129, 574-583.
- Brandão, M. Z. S., Menezes, C. C., Jacovozzi, F. M., Simomura, J., Betencurt, L., Rocha, R.C.A, & Santana, M.G. (2006). Intervenção de acompanhantes terapêuticos em caso de transtorno bipolar e comportamentos evitativos do trabalho e outras responsabilidades. Em H. J. Guilhardi, & N. C. Aguirre (Orgs). *Sobre comportamento e cognição: Vol.18* (pp. 496-508). SantoAndré: Esetec.
- Bueno, G. N., & Britto, I. A. G. S. (2011). Uma abordagem funcional para os comportamentos de delirar e alucinar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(3), 4-15.

- Caballo, V. E. (2012). Estratégias de avaliação em psicologia clínica. In: V. E. Caballo (Org). *Manual para a avaliação clínica dos transtornos psicológicos: estratégias de avaliação, problemas infantis e transtornos de ansiedade* (pp. 29-42). São Paulo: Santos.
- Camacho, A., & Vila, E. M. (2009). Levantamento de variáveis antecedentes e consequentes que favoreceram a aprendizagem e a manutenção de dificuldades interpessoais em universitários. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 30(1), 47-66.
- Capriotti, M. R., Brandt, B. C., Ricketts, E. J., Espil, F. M., & Woods, D. W. (2012). Comparing the effects of differential reinforcement of other behavior and response-cost contingencies on tics in youth with Tourette Syndrome. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45(2), 251-263.
- Cavalcante, S. N. & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14(2), 139-147.
- Chiesa, M. (2006). *Behaviorismo radical: a filosofia e a ciência*. Brasília: Celeiro.
- Colombini, F. A., & Pergher, N. K. (2009). Decisões clínicas na terapia analítico-comportamental. *Acta comportamental*, 17(2), 235-253.
- Corchs, F. (2010). É possível ser um psiquiatra behaviorista radical? Primeiras reflexões. *Revista Perspectivas*, 10(1), 55-66.
- Del Prette, Z. A., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Do Vale, A. M. O & Elias, L. R. (2011). Transtornos alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(1), 52-70.

- Follette, W. C. & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: a case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1120-1132.
- Frey, B. N., Andreazza, A. C., Quevedo, J., & Kapczinski, F. (2009). Fisiopatologia do transtorno bipolar. In F. Kapczinski & J. Quevedo (Orgs). *Transtorno bipolar: teoria e clínica* (pp. 28-43). Porto Alegre: Artmed.
- Fristad, M. A., Verducci, J. S., Walters, K., & Young, M. E. (2009). Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. *Archives of General Psychiatry, 66*(9), 1013-1020.
- Gálvez, M. S., Prieto, P. S., & Nieto, P. B. (1991). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo*. Granada: Universidad de Granada.
- Gongora, M. A. N. (2003). Noção de psicopatologia na análise do comportamento. In C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. Sant'Anna (Orgs). *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 93-109). Santo André: ESETec.
- Grossi, R., Gallo, A. E., Silva, L. H., & Primo, M. S. (2009). Construção de um roteiro de entrevista para o serviço de aconselhamento genético, aplicado a psicologia. *Anais do V Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
- Grossi, R., Moraes, J. B, Uemura, V., & Soares, M. R. Z. (2013). Transtorno afetivo bipolar na adolescência: atuação da psicologia e psiquiatria em um tratamento analítico comportamental. In M. R. Z. Soares & S. V. Mussi (Orgs). *Tratamento Analítico Comportamental do Transtorno Afetivo Bipolar*. São Paulo: Zagodoni.
- Grossi, R., Silva, A. P., & Moura, C. B.(2012). Avaliação clínica dos transtornos comportamentais em crianças com deficiência mental. In V. E. Caballo (Org). *Manual*

para a avaliação clínica dos transtornos psicológicos: estratégias de avaliação, problemas infantis e transtornos de ansiedade. (pp. 545-556). São Paulo: Santos.

- Guilhardi, H. J. (2002). Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, & S. M. R. Mezzaroba. *Comportamento humano: tudo ou quase tudo que você queria saber para viver melhor* (pp.63-98). Santo André: Editora Esetec.
- Hallak, J. E. C., Chaves, C., & Zuardi, A. W. (2011). *Esquizofrenia*. In F. Kapczinski, J. Quevedo, & I. Izquierdo (Orgs). *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos: uma abordagem translacional*. (pp. 195-210). Porto Alegre: Artmed.
- Kaplan, B. J. & Sadock, J. A. (1994). *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Manzini, E. J. (2004). Entrevista semi-estruturada: análise de objetivo e de roteiros. *Anais do II SIPEQ. Bauru: Sociedade de Estudos e Pesquisas Qualitativos*. Disponível em: <http://www.sepq.org.br/IIsipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>. Acesso em 25 de jun de 2013.
- Matos, E. G., Matos, T. M. G., & Matos, G. M. G. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do RS*, 25(30) 312-318.
- Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 8-18.
- Moriyama, J. S. (2003). *Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da Análise do Comportamento*. (Dissertação de mestrado). Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Unidade Católica de Campinas. Campinas.
- Morrison, J. (2010). *Entrevista inicial em saúde mental*. (3ª. ed). Porto Alegre: Artmed.
- Mussi, S. V. (2012). *Transtorno Bipolar: adesão ao tratamento e psicoeducação*. Dissertação de mestrado. Análise do Comportamento. Universidade Estadual de Londrina – PR.

- Neno, S.C. (2003). Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 151-165.
- Novick, D. M., Swartz, H. A., & Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, 12(1), 1-9.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Pezzato, F. A., Brandão, A. S., & Oshiro, C. K. B. (2012). Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agorafobia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(1),74-84.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 139-156.
- Porto, J. A. & Grinberg, L. P. (2009) Estados mistos e ciclagem rápida. In F. Kapzinski & J. Quevedo (Orgs). *Transtorno Bipolar: teoria e clínica* (pp. 159-194). Porto Alegre: Artmed.
- Salina-Brandão, A., Cassetari, B. M., Daroz, R., Fernandes, V., & Bolsoni-Silva, A. T. (2011). Transtorno dismórfico corporal: uma revisão da literatura. *Temas em Psicologia*, 19(2), 525-540.

- Scemes, S., Wielenska, R. C., Savoia, M. G., & Bernik, M. (2011). Fobia de deglutição: discussão analítico-comportamental de seus determinantes e da amplitude da mudança. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 37-51.
- Sidman, M. (2003). *Coerção e suas implicações*. (M. A. P. A. Andery & T. M. A. P. Sério, Trans.). Campinas: Livro Pleno.
- Silvares, E. F. M., & Gongora, M. A. N. (1998). *Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: Edicon.
- Skinner, B. F. (2007). *Ciência e comportamento humano*. (J. C. Todorov & E. Azzi, Trans.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).
- Sousa, A. P. S., Medeiros, C. A., Aragão, M. O. F., Medeiros, F. H., & Silva, A. P. A. (2010). Regras Versus Autorregras: que tipos de regras é mais eficaz na modificação do comportamento? Em C. V. B. B. Pessoa, C. E. Costa, & M. F. Benvenuti. *Comportamento em Foco: Vol. 1* [On line]. Disponível em: <http://abpmc.org.br/site/wp-content/uploads/2012/05/cfocov1.pdf> Recuperado em 24 de junho de 2013.
- Sturmev, P. (1996) *Functional analysis in clinical psychology*. Chichister: John Wiley & Sons.
- Suppes, T. & Dennehy, E. B. (2009). *Transtorno bipolar: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Wielenska, R. C. (1997). O atendimento comportamental e cognitivo em casos de transtornos psiquiátricos: a superação de obstáculos. In D. R. Zamignani (Org). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 3*. A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos (pp. 75-79). São Paulo: Arbytes.

ANEXOS

Anexo A
Parecer do Comitê de ética em Pesquisa Envolvendo Seres
Humanos



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina
 Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	229/2012
CAAE:	109134102.4.0000.5231
Data da Relatoria:	11/03/2013
Pesquisador(a):	Mariana de Toledo Chagas
Unidade/Órgão:	CCB - Programa de Mestrado em Análise do Comportamento

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"O TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR SOB A PERSPECTIVA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO"

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 12 de março de 2013.

Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
 Universidade Estadual de Londrina



APÊNDICES

Apêndice A

Roteiro de Entrevista Semiestruturado

I – Levantamento de dados da vida passada e atual

a) Dados pessoais do cliente:

Objetivo: Levantar dados pessoais do cliente, como nome, idade, data de nascimento, profissão, estado civil, religião, renda mensal, grau de escolaridade, endereço, telefones para contato.

b) Dados do núcleo familiar

Objetivo: Investigar com quem o cliente vive, qual a relação com cada uma dessas pessoas (investigar o dia a dia com cada pessoa, como é o tempo que passam juntos, atividades juntos, assuntos sobre os quais conversam), principais dificuldades e pontos positivos da relação.

c) Biografia

Objetivo: Obter dados relacionados à história de vida do cliente, como atividades realizadas na infância e adolescência, desempenho na escola, mudança de escola, cidade, relacionamentos com pares e familiares, educação em casa, entre outros.

d) Dados sobre atividades de estudo ou trabalho

Objetivo: verificar qual a ocupação do cliente, há quanto tempo desempenha essa ocupação, como se sente com relação a ela, dificuldades na ocupação, forma de lidar com as dificuldades, pontos positivos na ocupação, formação e histórico de ocupações anteriores.

e) Rotina

Objetivo: Identificar as principais atividades do cliente no dia-a-dia, horários das atividades, como são executadas no cotidiano, dificuldades em executá-las, como se sente com relação a essas atividades, entre outros.

f) Interesses

Objetivos: Levantar atividades de lazer do cliente, outras atividades ou pessoas que o cliente gosta ou já gostou, esportes.

g) Relacionamentos afetivos atuais

Objetivo: Obter dados sobre relacionamentos do cliente em contextos diversos (família, trabalho, lazer, entre outros), pontos positivos nos relacionamentos, dificuldades para se relacionar, forma de lidar com as dificuldades.

II – Levantamento de dados relacionados ao transtorno

a) Principais sintomas de TAB apresentados pelo paciente ao longo da vida e comportamentos (incluindo pensamentos e sentimentos) apresentados nas fases de eutimia (sem alteração de humor)

Objetivo: Obter descrição dos comportamentos apresentados pelo paciente nas fases de oscilação de humor e nas fases de eutimia, bem como das dimensões desses comportamentos.

b) Início dos sintomas de TAB

Objetivo: Identificar quando começaram os sintomas; se o início se deu de forma gradual ou de forma abrupta; situação que estava vivendo quando começaram os primeiros sintomas; caracterização dos primeiros sintomas.

c) Histórico familiar do TAB

Objetivo: Verificar se alguém na família apresenta o diagnóstico de TAB ou de algum outro diagnóstico psiquiátrico; comportamentos característicos de TAB em membros da família com esse ou outro transtorno ou sem diagnósticos.

d) Tratamentos

Objetivo: Investigar quando foi realizado o diagnóstico; descrição e resultados das tentativas de solucionar o problema, inclusive medicações, possíveis prognósticos, se discutido pelos médicos, dificuldades ao seguir os tratamentos propostos.

e) Situações relacionadas ao surgimento dos sintomas do TAB

Objetivo: Verificar circunstâncias nas quais os comportamentos típicos do TAB ocorrem, identificando situações, pessoas e atividades envolvidas nestas fases e circunstâncias nas quais o problema não ocorre.

f) Mantenedores dos comportamentos relacionados ao TAB

Objetivos: Levantar principais consequências imediatas e a longo prazo dos comportamentos apresentados nos episódios de alteração de humor e de comportamentos apresentados nas fases de eutimia (por exemplo, reação das pessoas, consequências em casa e no trabalho, entre outros).

g) Principais áreas da vida do paciente afetadas pelo transtorno:

Objetivo: Levantar principais consequências a curto e longo prazo dos comportamentos relacionados ao TAB em diversos âmbitos, como trabalho, estudos, família, entre outros e se estas aumentam ou diminuem a frequência dos comportamentos do cliente.

h) Principais crenças do paciente relacionadas ao TAB

Objetivos: Verificar a quais fatores o paciente atribui o surgimento do transtorno e dos episódios de alteração de humor, quais os tratamentos mais efetivos para o quadro em sua opinião, entre outros.

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: “O Transtorno Bipolar do Humor sob a perspectiva da Análise do Comportamento”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa O Transtorno Bipolar do Humor sob a perspectiva da Análise do Comportamento, realizada **na Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina**. O objetivo da pesquisa é Investigar as contingências relacionadas ao desenvolvimento e manutenção dos comportamentos típicos de TBH em pacientes diagnosticados com o transtorno. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: participação em sessões individuais para responder a um roteiro de entrevistas semi-estruturado. As sessões serão registradas em áudio. Poderá ser necessário o comparecimento em mais de uma sessão. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade e as gravações serão destruídas ao final do estudo.

Espera-se que o estudo auxilie em sua compreensão do Transtorno Bipolar, produzindo maior adesão ao tratamento para o transtorno e maior qualidade de vida.

As atividades são planejadas de modo a não ocorrerem riscos.

Informamos que você não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação nesta.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar (**Mariana de Toledo Chagas, Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina, Rodovia Celso Garcia Cid (PR 445), Km 380, Campus Universitário – Londrina-PR, telefone: 33714227; e-mail: mtchagas@yahoo.com.br, sob orientação da Profª Drª Maria Rita Zoega Soares e coordenação da Profª Drª Renata Grossi**), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 2012.

Pesquisador Responsável _____

CRP: _____

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____