



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**Terapia Molar e de Autoconhecimento de padrões
perfeccionistas e metódicos em idoso: um estudo de
caso.**

Flávia Gassenferth Veloso Innecco Donati

Brasília
Outubro de 2016



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Terapia Molar e de Autoconhecimento de padrões perfeccionistas e metódicos em idoso: um estudo de caso.

Flávia Gassenferth Veloso Innecco Donati

Monografia apresentada ao Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Análise Comportamental Clínica.
Orientador: André Lepesqueur Cardoso

Brasília
Outubro de 2016



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Flávia Gassenferth Veloso Innecco Donati

Título: **Terapia Molar e de Autoconhecimento de padrões perfeccionistas e metódicos em idoso: um estudo de caso.**

Data da Avaliação: 21 de outubro de 2016

Banca Examinadora:

Orientador: Prof. MsC. André Lapesqueur Cardoso

Membro: Esp. Marianna Braga

Membro: Esp. Frederico Velloso

Brasília
Outubro de 2016

Aos meus avós: Evilásio, Therezinha e Sonia e aos que há 9 anos ganhei de presente: João e Therezinha, que me ensinaram a acreditar em mim e enfrentar os desafios da vida.

Agradecimentos

Agradeço ao meu marido, meus pais e meu irmão, por sempre estarem ao meu lado e acreditarem no meu potencial.

Ao meu orientador André Lepsqueur Cardoso, que durante todo esse trabalho me aconselhou e me direcionou.

À minha cliente, por sua autorização para este estudo de caso.

À minha sócia Sarah Simões, pelos conselhos, incentivo e amizade.

Sumário

Folha de Avaliação	i
Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Sumário	iv
Resumo	v
Introdução	1
Filogenia	4
Ontogenia	7
Cultural	11
Análise do comportamento	12
Método	16
Participante	16
Queixas e Demandas	16
Contexto	17
Procedimento	17
Resultados	18
Considerações Finais	37
Referências Bibliográficas	40
Anexos	44
Anexo A. Termo de Autorização, modelo disponibilizado pelo IBAC	45

Resumo

No presente trabalho foi realizado um estudo de caso de uma idosa de 62 anos que apresentava comportamentos de padrão perfeccionista e metódicos. Foram realizadas 83 sessões de atendimento psicoterápico. No processo terapêutico foram utilizadas análises da TMA e intervenções de acordo com a FAP, o que favoreceu a mudança dos comportamentos da cliente durante as sessões e em outros contextos sociais. Foram realizadas análises funcionais molares e moleculares com intuito de identificar as variáveis históricas e as atuais responsáveis pelos seus padrões comportamentais. Diante das análises pode-se observar que sua história contribuiu para seus comportamentos. O estudo de caso demonstrou a importância da relação terapêutica para o entendimento dos diversos contextos da cliente.

Palavras-chave: Idoso; estudo de caso; Análise Comportamental Clínica; TMA; FAP; Análise Molecular; Análise Molar; Comportamento perfeccionista; Comportamentos metódicos; Relação terapêutica.

A população mundial está envelhecendo, a expectativa de vida está aumentando e com isso a necessidade dos indivíduos está mudando. No Brasil essa já é uma realidade. De acordo com Veras em 2002 (citado por Carneiro & Falcone 2013, p. 2) “o brasileiro tinha a expectativa de vida de 33 anos em 1900 aumentando para 68 anos no ano 2000”. Como pode ser observado, com o aumento da expectativa de vida, adaptações e avanços na área da saúde deveriam acompanhar tal aumento. No Brasil, em 2014 o IBGE demonstrou que a expectativa de vida do brasileiro aumentou para 75 anos e dois meses. O Brasil precisa se preparar para lidar com a população que a cada dia envelhece e com esse intuito foi criado o estatuto do idoso. Durante a elaboração do trabalho também se pode observar a escassez da literatura relacionada a esse público.

De acordo com o Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal (2009), a população brasileira teve um processo rápido de envelhecimento nos últimos 30 anos, isso não foi a realidade encontrada em outros países da Europa em que a população demorou 100 anos para atingir o mesmo processo de envelhecimento do Brasil. A Organização Mundial da Saúde, OMS, com o objetivo de proteger o idoso “definiu a idade de 60 anos para os países em desenvolvimento e de 65 anos para os países desenvolvidos”. Esse Conselho cita também que no Brasil é considerado idoso o indivíduo maior de 60 anos segundo a Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. O que diferencia os indivíduos idosos dos países desenvolvidos e em desenvolvimento são os hábitos, costumes, fatores culturais e socioeconômicos. O envelhecimento não é igual para todos os indivíduos. É um processo pessoal que varia conforme a época e envolve o idoso, sua família e a sociedade em que vive.

Camarano (2004) explica que existem dois processos para o crescimento da população idosa: a alta fecundidade observada nas décadas de 50 e 60 comparada com a fecundidade de hoje e a redução da mortalidade da população idosa, ou seja, nas décadas citadas as famílias eram maiores, com mais filhos, do que observamos nos dias de hoje. Sendo assim, “a queda

da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que a população idosa passasse a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total, resultando no envelhecimento pela base” (p. 26). Camarano cita a base como sendo a base da pirâmide etária. Ainda segundo Camarano “a redução da mortalidade trouxe como consequência o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o topo da pirâmide, provocando o seu envelhecimento” (p.26).

Os idosos estão ficando com mais idade (Camarano, 2004) e isso significa que a faixa etária de 80 anos ou mais aumentou, ficando assim a população idosa “mais idosa”. Os idosos podem ser divididos em dois subgrupos de faixa etária, os que têm idade entre 60 a 79 anos e os com 80 ou mais. Existe uma grande diferença entre um idoso de 60 anos que se encontra em pleno vigor, comparado a um idoso de 90 anos que já se encontra mais vulnerável.

Atualmente, é possível definir as faixas etárias da infância até o período centenário. De acordo com Neri (2000, citado por Ottoni, 2012) considera-se “primeira idade” o período da infância; “segunda idade” a vida adulta onde o indivíduo se encontra em plena fase produtiva; e a “terceira idade” como o período que vai da vida adulta até a velhice.

Criou-se o termo “quarta idade” na Europa na década de 1990 devido ao grande envelhecimento da população e com a perspectiva da vida se tornar mais longa. Essa idade abrange pessoas de 80 anos ou mais. Hoje, há um número significativo de pessoas com 100 anos que formam a “idade centenária” (Ottoni, 2012).

Segundo estudos de Carstensen e Pasupathi, (Goldani, 1999, citado por Camarano, 2004) é interessante salientar que a proporção das mulheres é mais expressiva que as dos homens na medida em que a idade vai avançando, devido a maior mortalidade do sexo masculino. Segundo dados do IBGE de 2014, as mulheres vivem em média 7 anos e 2 meses a mais que os homens, com uma expectativa de 78 anos e 8 meses ao passo que os homens

tem uma expectativa de 71 anos e 6 meses. Uma possível explicação para isso é que, já em consenso, as mulheres costumam se dedicar mais à saúde e relações sociais.

Um dado importante e que traz uma reflexão para o aprofundamento do estudo com idosos, é o índice de depressão nessa população. Condições ambientais que levam à depressão também podem levar à demência e até mesmo ao suicídio. Conforme citado por Neri, Tavares e Cupertino (2012, p. 93) “a depressão e a demência são os transtornos psiquiátricos de maior incidência em idosos”. Segundo Fontaine (2007), estatísticas mundiais demonstram que jovens e idosos são mais propensos ao suicídio. Nos idosos, o suicídio é associado, muitas vezes, ao estado depressivo causado pela morte do cônjuge.

Segundo Ottoni (2012), no Brasil os idosos, devido ao grande aumento de sua população, foram conquistando direitos para assegurar o seu bem-estar dentro da sociedade. A primeira mudança referente a essa população é encontrada na Constituição de 1988 onde o idoso passa a ter seus direitos como cidadão e começa a ser uma responsabilidade do Estado.

A Constituição de 1988 contém dois parágrafos que tratam dos direitos e amparos aos idosos. Após a Constituição houve a Lei n. 8.842, já citada acima, que cria o Conselho Nacional do Idoso e dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, que foi regulamentada em 1996.

Em 2003 foi criado, para assegurar os direitos já garantidos pela Constituição e pela Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso que é a Lei 10.741 de 1 de outubro de 2003. O Estatuto foi criado para regular os direitos assegurados para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Este garante proteção, facilidade e privilégios condizentes a idade. Dispõe ser obrigação da família, da sociedade e do Estado assegurar ao idoso a efetivação de todos os seus direitos. O Estatuto é composto de 118 artigos para a proteção do idoso.

Como dever ético, muitos pesquisadores da saúde têm investigado formas de atender as demandas psicológicas dos idosos. Grande parte dessas investigações perpassa sobre

aprendizagens antes e durante a velhice, com o objetivo de preparar-se melhor para os desafios e dificuldades enfrentados nesse momento de vida.

Segundo Skinner e Vaughan (1985), deve-se pensar na velhice enquanto se é jovem, pois assim será possível melhorar sua forma de viver quando a velhice chegar. A juventude se prepara de forma efetiva para o futuro nos aspectos físicos, de saúde e financeiro da velhice e se esquecem do planejamento para se viver bem nela. Ainda segundo o autor, a hora em que se percebe que é importante pensar na velhice é quando já se está nela, pois o tempo passa rápido. Ou seja, para ter uma boa velhice, é preciso de preparo, mas a manutenção dessa qualidade de vida envolve escolhas difíceis.

Para a psicologia, o idoso apresenta um desafio nos atendimentos. A seguir são descritos alguns fenômenos investigados pela Análise do Comportamento, divididos pelos três níveis de seleção comportamental.

Filogenia

É possível compreender variáveis no comportamento do idoso por meio da seleção filogenética. Esse nível de seleção representa o envelhecimento no olhar da seleção natural e nos aspectos típicos da idade. Skinner e Vaughan, em seu livro “Viva bem a velhice” (1985), ressaltam aspectos importantes relacionados ao envelhecimento natural do corpo e o quanto afeta os cinco sentidos (visão, audição, paladar, olfato e tato) e o equilíbrio. O envelhecimento traz ao corpo dificuldades que ao passar dos anos se tornam permanentes, como exemplo perda na visão e na audição. Os alimentos passam a não ter o sabor desejado, o olfato torna-se menos apurado e há perda na sensibilidade. Devido a perdas dos sentidos, o desequilíbrio se torna uma realidade cada vez mais comum nos idosos.

Pesquisas vêm sendo feitas desde o século XIX a respeito da relação entre o sistema nervoso e o comportamento dos indivíduos. Até hoje existem dúvidas e questionamentos sobre o relacionamento destes diante do envelhecimento. A maior dificuldade encontrada nos

estudos do sistema nervoso é com relação ao cérebro, que não é um órgão igual aos outros, pois ele tem vários níveis hierárquicos e suas ligações são complexas (Fontaine, 2010).

Como afirma Fontaine (2010), pesquisas que demonstrem os efeitos do envelhecimento sobre o sistema nervoso possuem diversos obstáculos. Essas são feitas com as amostras de tecidos nervosos extraídas de diversos cérebros e também em diferentes locais dos cérebros. Essas pesquisas relativas ao envelhecimento só podem ocorrer após a morte e as amostras são colhidas de cérebros jovens e de cérebros de pessoas idosas, daí as dificuldades metodológicas. Basicamente, algumas modificações encontradas nas pesquisas destacam que há atrofia do cérebro (perda de peso e diminuição do volume), surgimento de placas senis (lesões encontradas entre os corpos celulares), degenerescência neurofibrilar (lesão encontrada no interior do neurônio), diminuição da neuroplasticidade (diminuição das capacidades de aprendizagem), mortalidade neuronal (morte dos neurônios) e rarefação e enriquecimento dos dendritos (diminuição média da quantidade de dendritos contidos nos neurônios).

Segundo Simoceli, Bittar, Bottino e Bento (2003), o desequilíbrio corporal nessa faixa etária representa uma das queixas mais frequente, sendo associada a tonturas, vertigem e quedas. Esse desequilíbrio se manifesta com desvio da marcha, instabilidade e náuseas causando sequelas e muitas vezes a morte. Nos dados citados pelos autores as quedas com fraturas em pessoas com mais de 75 anos são responsáveis por 70% das mortes acidentais. Para Fontaine (2010), o desequilíbrio traz para o idoso dificuldades, facilitando acidentes, ficando assim mais exposto às doenças que estão ligadas à posição de pé – ortostática.

Outra questão fisiológica encontrada nessa faixa etária são as dores corporais. Krug (2013) enfatiza que as dores encontradas nos idosos fazem com que tenham uma diminuição das aptidões funcionais e das capacidades físicas, também provocando uma inatividade. A inatividade física pode causar diversas doenças influenciando diretamente na qualidade de

vida dos idosos. A perda da qualidade de vida pode desencadear depressão, dependência, isolamento social, desequilíbrio econômico, fadiga, falta de apetite, alterações no sono e sentimento de morte. A atividade física faz com que o idoso encare o envelhecimento de forma mais saudável, podendo prevenir doenças e principalmente a diminuição das dores corporais.

O idoso frequentemente se queixa de esquecer-se de fatos do seu dia a dia. Muitas vezes esse esquecimento pode levar a pensar que existem fatores graves por trás, mas muitas vezes não é bem isso que acontece, pois pode ser um problema natural de memória decorrente da idade. Quando esse problema de memória passa a afetar frequentemente suas atividades diárias, torna provável o diagnóstico de demência. A demência é “ uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, calculo, linguagem e julgamento” (Ministério da Saúde, 2006 p. 108). Ainda segundo Ministério da Saúde (2006), as pessoas idosas que possuem um maior grau de demência têm um declínio intelectual que interfere em suas atividades diárias como, por exemplo, a higiene pessoal, vestimenta, alimentação e atividades fisiológicas. O declínio é progressivo e existe uma perda da autonomia e de sua independência. Essa dependência do outro traz um importante assunto relacionado ao dia a dia do idoso e a rotina com cuidadores ou com familiares dedicados a esses cuidados

Pré-disposições genéticas não são determinantes da qualidade de vida de um idoso. Em partes por exigir relações específicas do organismo com variáveis ambientais para se conservar tais pré-disposições. Além, disso é possível aprender a lidar com as limitações fisiológicas ao longo da velhice. No próximo capítulo será descrita a relação entre o organismo e o ambiente do idoso.

Ontogenia

O segundo nível de seleção comportamental é a ontogenética, que é definida como a seleção comportamental determinada pela história de vida do indivíduo. Segundo Battini, Maciel e Finato (2006), na perspectiva do Behaviorismo Radical, a velhice é o resultado dos comportamentos que afetam o indivíduo durante o percurso de sua vida, como a educação recebida, a religião da qual participa, o ambiente social e familiar. Considerando-se também aspectos relacionados à sua vivência no cotidiano, referente ao uso de substâncias legal e ilegal, tipo de alimentação e prática de atividade física. Os autores ressaltam aspectos relacionados à vida social, ou seja, se o indivíduo tem convívio social ou se vive isolado. As condições em que o idoso viveu fará a diferença para sua adaptação à velhice.

Neri (2007) faz reflexões a respeito das condições dos indivíduos durante o percurso de vida. Cita como condições de uma boa adaptação a velhice o trabalho que exerceu durante a vida, o lazer, a habitação, o convívio com a família e a saúde. Todos os fatores fazem com que o idoso tenha a perspectiva de um envelhecimento com qualidade, caso tenha tido as condições citadas, ao contrário de indivíduos que tiveram uma vida precária com más condições de vida, subempregos e sem assistência de saúde.

Skinner e Vaughan (1985) no capítulo o “Papel de velho” fazem uma comparação da vida do idoso com uma peça de teatro, que a forma de contar a sua história é como se estivesse em um palco. O idoso representa o seu próprio personagem nas relações com pessoas ao redor, com familiares e nas suas relações sociais. Ao conviver com idosos, conversas relacionadas ao passado são frequentes e isso faz com que sejam vistos como chatos. Os relatos descritos pelos idosos refletem a época em que viveram e seu meio social. Com o tempo suas histórias passam a ser as do passado, e não significam o mesmo de quando foram vividas, “seus jovens amigos não acharam sua história tão interessante quanto você” (Skinner & Vaughan, 1985, p. 122). O trecho citado evidencia o quanto o indivíduo idoso se

torna privado do social. Antes, quando jovem, escolhia os seus amigos de acordo com seus interesses, tinha convívio no trabalho e participava de atividades sociais que os interessava. Com o passar do tempo perdem esse social e se restringem apenas ao convívio de poucas pessoas e familiares. Skinner e Vaughan (1985) fazem uma comparação entre as histórias contadas pelos idosos e pelos jovens. Os jovens por terem vários círculos sociais podem compartilhar suas histórias com diversos grupos, já os idosos, privados do social, repetem suas histórias apenas para um pequeno grupo.

As doenças são normais nessa faixa etária, mas muitas vezes se tornam fonte de atenção diante das pessoas mais próximas. A inatividade física influencia no surgimento de doenças crônicas. Uma boa forma de evitar isso é se engajar em uma atividade que traga prazer e promova um estilo de vida saudável (Ministério da Saúde, 2006). A atividade física é um reforçador importante na vida do idoso, pois a atividade o mantém ocupado, aumenta o convívio social e faz com que tenha um estilo de vida saudável. O exercício físico é benéfico para as perdas significativas das capacidades motoras (Neri, 1993).

A história de vida do indivíduo pode determinar o que vai ocorrer em sua velhice. Em diversas situações é observado que os comportamentos não ocorrem apenas na velhice, e sim durante toda a vida do indivíduo que se encontra na velhice. Um dos comportamentos que preocupam nos idosos é que é cada dia mais frequente o uso de medicação ou o excesso de medicação. Pesquisas descrevem (Nóbrega & Karnikowski, 2004) o quanto a medicação tem reações diferentes no organismo de um adulto e no organismo do um idoso. Devido às dores, estado psicológico e outras condições típicas da idade, o uso da medicação é mantido por reforço negativo (ex. fuga ou esquiva de dores, ou sentimentos aversivos). Tal repertório geralmente é aprendido já na infância.

Com o passar dos anos as dores começam a surgir e a tentativa de eliminação desta dor vem através do uso da medicação. Desde pequeno, aprende-se que ao sentir dor, é preciso

eliminá-la com medicamentos, ao invés de utilizar formas alternativas não-medicamentosas, ou mesmo habituar-se a ela. Já quando idoso, muitas vezes a medicação vem para eliminar sintomas que são sentidos diariamente, e seu uso cotidiano gera efeitos colaterais temporários ou permanentes. Assim, deve-se buscar intervenções preventivas ou alternativas para a medicação.

Como já citado, o uso frequente de medicamento não se iniciou na velhice, e sim foi aprendido ao longo de sua vida e que se torna cada vez mais prejudicial. A automedicação se tornou um problema mundial trazendo prejuízos graves para o indivíduo (Secoli, 2010).

Um dos comportamentos considerados hipocondríacos (uso de medicação ou o excesso de medicação) pode ser um padrão de fuga e esquiva sendo mantido de forma acidental (*i.e.*, comportamento supersticioso). No trabalho clássico de Skinner em 1948 “Superstição no pombo” foi realizado um experimento com pombos que ilustrou o processo de reforço acidental, observados em laboratório, e que poderiam ser facilmente utilizados para entender o comportamento humano (Benvenuti, 2001).

Moreira e Medeiros (2007), descrevem que o “comportamento produz consequências e que é controlado por elas. Algumas dessas consequências aumentam a probabilidade de o comportamento voltar a ocorrer, essas consequências são os reforços” (p. 51).

Alguns comportamentos (supersticiosos) podem passar a ser emitidos por um reforço acidental por meio de um esquema de reforçamento de tempo, ou por seguimento de regras não mais contingentes. Segundo Moreira e Medeiros (2007 p. 129) “o processo é chamado de reforçamento acidental, em que não há uma relação de contingência entre uma resposta e uma consequência, e, sim uma mera contiguidade temporal, ou seja, uma resposta e um reforço estão próximos no tempo”. Os autores ainda descrevem que o reforço passa a não ser consequência da resposta, mas sim “relação supersticiosa”.

Ono (1987, citado por Benvenuti, 2001), afirma que as superstições são diferentes dos comportamentos supersticiosos, pois são práticas culturais que podem ou não envolver comportamentos mantidos por reforçamento acidental. Os comportamentos supersticiosos podem passar a ser considerados práticas culturais por uma determinada comunidade e assim serem repetidos por muitas pessoas em seu dia a dia. Exemplos de superstições seriam utilizar objetos da sorte, fazer sempre uma mesma rotina para que algo dê certo entre outros.

Outro comportamento que poderia ser considerado supersticioso é o comportamento de padrões metódicos. Os padrões metódicos podem ser adquiridos por uma esquiva de erros. Dado uma história de aprendizado, em que toda vez que o indivíduo comete algum erro é conseqüenciado por estimulação aversiva (de alta intensidade), como castigos severos aplicados pelos pais ou educadores. Porém, considera-se essa esquiva supersticiosa dado que a contingência não estaria mais em vigor, passada a infância. Esses padrões, não mais coerentes com as contingências em vigor, podem ser mantidos por serem reforçados acidentalmente (*i.e.*, contigüidade temporal ou espacial). Porém, o padrão metódico pode ser mantido também por reforço intermitente (apenas algumas respostas são seguidas de reforço), ou também por seguimentos de regras, ao final tornando resistente à extinção. Por exemplo, uma idosa recebe visitas em sua casa, e emite padrões metódicos na limpeza e organização antes da visita chegar. Após muitas críticas e castigos vindos de sua mãe, aprendeu com ela a arrumar o quarto em um padrão específico de limpeza e organização. De lá para cá, tem evitado críticas (possível reforço acidental) e às vezes recebe elogios sobre a beleza e cuidado do ambiente em que mora (possível reforço intermite). Apesar de não ser mais necessário organizar e limpar da “forma específica que sua mãe a ensinou” (contingência original, mantida pela mãe), hoje, idosa, ainda repete o mesmo padrão.

Como visto no presente capítulo, se faz necessária a compreensão do nível de seleção ontogenético para analisar o modo em que a pessoa chegou à velhice. No próximo capítulo

será discutido o terceiro nível de seleção (cultural), onde, diante de um determinado ambiente social, os padrões comportamentais são selecionados e mantidos por esse grupo.

Cultural

O nível cultural está relacionado a um conjunto de regras e práticas culturais de uma comunidade verbal. Para o idoso, a função que ele adquire e a forma como é visto e tratado pela sociedade. Por exemplo, na atual cultura ocidental existe uma grande valorização da juventude e todos querem viver e aproveitar a vida, mas ninguém quer ficar velho, parecer velho ou mesmo pensar no envelhecimento (Skinner & Vaughan, 1985).

Skinner (2007, p. 455) afirma que a “cultura na qual o indivíduo nasce se compõe de todas as variáveis que o afetam e que são dispostas por outras pessoas”. O indivíduo pode ser controlado pela própria família, grupos sociais que frequenta e por indivíduos que o influenciam. Skinner (2007, p. 468) resume que cultura é um “experimento de comportamento”, sendo um “conjunto particular de condições no qual um grande número de pessoas desenvolve e vive”.

No envelhecimento, a rotina começa a se modificar, o cansaço começa a aparecer e as possibilidades profissionais diminuem. Nesse período inicia-se a fase da aposentadoria. Com essa fase várias mudanças acontecem, falta de motivo para sair de casa, pouco contato social, perdas sociais e também perda dos papéis dentro da sociedade. Segundo Tavares, Neri e Cupertino (2012, p. 98) “a perda do papel e a concomitante perda da identidade gerariam estresse, ansiedade e predisposição à depressão”. Com o aumento da expectativa de vida os indivíduos vivem um terço de sua vida como aposentados. Diante desse fato descrito por Tavares et al. (2012), os idosos após se aposentarem devem desenvolver novos repertórios e papéis sociais. Nessa nova fase devem se adaptar e desenvolver novas possibilidades para suas condições atuais.

Segundo Mendes, Gusmão, Faro e Leite (2005), os idosos quando se aposentam se sentem bem, satisfeitos, pois podem descansar. Depois de certo tempo de aposentados, começam a se achar inúteis, pois há a ausência dos papéis exercidos por eles. Antes existia a vida agitada, com horários, com competição, e se sentiam úteis pelo papel que exerciam na sociedade. Nessa fase surgem os problemas dos aposentados, isto é, se sentem sozinhos, com angústia, falta dos compromissos e se tornam cada vez mais isolados, vem a sensação de exclusão. Um fator relevante em relação à aposentadoria é a baixa da renda e isso afeta sua qualidade de vida e conseqüentemente sua saúde. A vida profissional do indivíduo é um fator importante para as expectativas de vida e planos para o futuro. O avanço da tecnologia também se torna um fator de exclusão do idoso do mercado de trabalho, ou seja, o idoso muitas vezes não consegue acompanhar a evolução e também não se adequa às novas condições de trabalho.

Após a descrição do nível cultural, o quarto capítulo será destinado à literatura da Análise do Comportamento. Neste capítulo será explorado o modelo de análise da Terapia intervenção clínica da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), que tem como foco a relação entre terapeuta e o cliente.

Análise do comportamento

Marçal e Dutra (2010) apresentaram uma nova prática clínica da Análise do Comportamento, a Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA). A TMA destaca o autoconhecimento, sendo esse um objetivo e uma ferramenta para o trabalho terapêutico, tornando assim a terapia mais efetiva.

As características da TMA segundo os autores são: análises funcionais amplas; buscar na vida do cliente variável atual e histórica; foco no indivíduo não se limitando as queixas;

uso restrito de técnica comportamental e utilização das estratégias da ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso) e FAP (Psicoterapia Analítica Funcional).

No raciocínio clínico da TMA, o terapeuta parte das queixas do cliente para a identificação de contingências atuais e históricas que estão relacionadas às queixas. Assim, são identificados os padrões comportamentais que atuam na história de vida do cliente, de uma análise mais restrita (molecular) para uma análise mais ampla (molar) favorecendo seu autoconhecimento.

Neste trabalho foram utilizadas análises moleculares e molares. Em ambas são elaboradas tabelas para detalhar as respostas da cliente. Como já foi dito antes a análise molecular se refere à forma mais restrita. A análise molecular descreve respostas que possui um antecedente, as consequências e as frequências destas respostas. A tabela é dividida em quatro partes para demonstrar essa análise. A análise molar, mais ampla, descreve os padrões comportamentais da cliente. A tabela é dividida em cinco partes onde constam respostas que caracterizam os padrões comportamentais da cliente, situações em que as respostas ocorreram, história de aquisição, contextos atuais mantenedores e consequências que enfraquecem o padrão comportamental. Na análise molar da cliente os elementos que completam a tabela estão relacionados à sua história de vida.

A Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) descrita por Kohlenberg e Tsai (1991) tem como interesse o reforçamento, os comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) e a generalização do comportamento do indivíduo para os seus ambientes naturais. A FAP é voltada para a relação do terapeuta com o cliente. Os autores descrevem que a FAP se propõe a tratar os problemas do cotidiano que também podem ser observados durante as sessões de psicoterapia.

Segundo os autores, a FAP tem sua aplicação clínica a partir de certos tipos comportamentos do cliente e do terapeuta no decorrer das sessões. No comportamento dos

clientes o terapeuta consegue observar os problemas, progressos e interpretações. Já o comportamento dos terapeutas utiliza métodos apropriados para evocar, notar, reforçar e interpretar o comportamento do cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991).

Os terapeutas devem estar atentos aos comportamentos emitidos pelos clientes durante as sessões. Esses comportamentos são definidos como CRBs - comportamentos clinicamente relevantes. Os CRBs são divididos em três, ou seja, CRB1, CRB2 e CRB3.

Os CRB1 são os comportamentos-problema emitidos pelo cliente que ocorrem na sessão. Esses comportamentos devem ser reduzidos durante o período em que o cliente estiver em terapia. Os CRB1 são denominados esquivas sob controle de estímulos aversivos.

Os CRB2 são definidos como comportamentos que podem auxiliar no progresso do cliente, que são emitidos durante as sessões. O terapeuta tem como objetivo aumentar sua frequência ao longo da terapia.

Os CRB3 são as interpretações feitas pelo cliente das contingências que controlam os seus comportamentos por meio de análises funcionais. O comportamento de análise deve também ser reforçado pelo terapeuta.

Na FAP são utilizadas regras para nortear o comportamento dos terapeutas. São sugeridas cinco regras. A primeira regra sugere que o terapeuta fique atento aos CRBs emitidos pelos clientes. Essa regra é importante para que a terapia obtenha melhores resultados. A segunda regra faz com que o terapeuta evoque os CRBs nos clientes. A relação entre terapeuta e cliente ao longo do tempo evocam os CRB1 no cliente e assim faz com que seja criada boas condições para que o CRB2. A terceira regra é reforçar os CRB2s nos clientes. É uma regra difícil de ser colocada em prática, pois para Kohlenberg e Tsai (1991), os reforçadores que estão disponíveis durante as sessões seriam as ações e reações interpessoais que existem entre o terapeuta e o cliente. A quarta regra diz que se observe os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CRBs do

cliente. Nessa regra destaca a importância de os efeitos das consequências do comportamento sobre a probabilidade do comportamento ocorrer. A quinta regra está relacionada ao fornecimento de interpretações de variáveis que afetem o comportamento do cliente. E a descrição do que o cliente fez, pensou, sentiu, ouviu e que estão relacionadas com as causas do comportamento. Tudo isso depende da história pessoal de cada cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991).

É objetivo do presente estudo apresentar um caso clínico realizado na Clínica Escola do IBAC. Trata-se de uma idosa com padrões comportamentais perfeccionistas e metódicos. Também tem como objetivo apresentar intervenções e análises funcionais baseadas na literatura da Análise do Comportamento.

Método

Participante

Aurélia (nome fictício), 62 anos, solteira. Nasceu no Nordeste e veio morar em Brasília, desde sua mudança mora sozinha. Sua família ainda permanece morando no Nordeste. É a mais velha de nove filhos. É dentista e atualmente está cursando uma pós-graduação em sua área.

O estudo de caso foi autorizado pela cliente de acordo com documento de autorização para supervisão no Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento (IBAC), segundo modelo apresentado no Anexo A.

Queixas e Demandas

Aurélia buscou acompanhamento psicoterápico no início do ano de 2014 e as queixas trazidas pela cliente estavam relacionadas ao trabalho. A primeira queixa apresentada por ela se relacionava a falta de assertividade dela com os pacientes que a procuravam. Não sabia como manter os pacientes por muito tempo. A segunda queixa estava relacionada às novas formas de comunicações (celular – mensagem; *WhatsApp*; e internet – e-mail), não consegue se adequar a forma rápida de se comunicar. Muitos pacientes reclamam que ela não responde as mensagens e o retorno é muito demorado, isso faz com que os clientes procurem outros dentistas. A terceira queixa já havia sido trabalhada em acompanhamento anterior com outro profissional da psicologia no próprio IBAC. Relatou ter muita dificuldade de organizar os horários na agenda profissional.

No decorrer dos atendimentos realizados com a cliente verificou-se que existem demandas relacionadas às atividades desenvolvidas na pós-graduação e nos seus momentos de lazer. Relatou ter dificuldade de falar em público e isso começa a ser um problema, pois ela

está no final da pós-graduação e precisa apresentar a monografia. Relata também que não tem nenhum momento de lazer e isso começa a atrapalhar a sua rotina diária, pois fica apenas com serviços domésticos, trabalho e estudo. Com a falta de lazer a cliente se questiona em relação à aposentadoria.

Contexto Terapêutico

Os atendimentos foram realizados na clínica escola do IBAC e atualmente são realizados no consultório particular. Na clínica escola do IBAC o ambiente era neutro, com duas poltronas uma de frente para a outra e entre elas uma mesa de apoio. Havia um armário localizado atrás da cadeira em que a cliente costumava sentar, um relógio e um ventilador de chão. O consultório particular é composto por uma mesa, duas cadeiras para os clientes e a cadeira em que a psicóloga realiza os atendimentos. Há dois armários, um para prontuários e outro para brinquedos, e uma mesa com um computador. Como no consultório também é realizado atendimento com crianças existem brinquedos e uma mesa própria para elas. A iluminação é adequada, e a sala conta com um ar condicionado em temperatura agradável.

Procedimento

O atendimento da cliente ainda continua em andamento e foram feitas até o momento 83 sessões. As sessões são realizadas semanalmente com duração de 50 minutos. No IBAC foram realizadas 60 sessões e após as sessões no IBAC, os atendimentos passaram a ser particulares.

A cliente é assídua na terapia e com poucas faltas durante esses anos de atendimento. As faltas foram justificadas e avisadas com antecedência para futura reposição. Os atendimentos foram realizados segundo os princípios da Análise Comportamental Clínica. No início da

terapia foi proporcionado a cliente um ambiente acolhedor e empático visando uma relação terapêutica satisfatória.

Foram realizadas as seguintes estratégias terapêuticas: anamnese; assinatura do contrato; formação de vínculo; audiência não punitiva criando um ambiente acolhedor onde se sentisse segura e livre de julgamento; empatia e validação dos sentimentos, o comportamento apresentado pela cliente e aceitação de seus relatos de sentimento e sua história de vida; demonstração de interesse de forma verbal e não verbal pelo que trazia para a terapia; treino da auto-observação, reforçamento diferencial; exposição a novas contingências; deveres de casa de acordo com as demandas da sessão; planejamento da rotina semanal; planta baixa da casa para ver a disposição dos objetos; recortes de revistas; elaboração de um documento que facilitasse seu trabalho em relação a outros dentistas e análise com base na FAP.

Resultados

Aurélia é de uma família que possui oito filhos, sendo sete biológicos e a irmã mais nova adotada. Em sua família apenas o pai trabalhava e a mãe cuidava dos filhos e da casa. Durante toda sua infância não conviveu com o pai pelo fato dele trabalhar em cidade diferente da que a família morava. Os pais eram casados, mas não viviam bem juntos. No dia a dia da família não existia briga entre o casal, pois o pai passava maior parte do tempo na cidade que trabalhava e a mãe realizando tarefas domésticas. Para Aurélia, o pai mandava em casa e a sua mãe submissa as suas decisões. A educação que recebeu foi opressora e os filhos tinham medo do pai. A relação com o pai era apenas de aceitar o que era imposto e a mãe era mais queixosa da vida, colocava a culpa nos filhos das situações ruins que passava. No período em que Aurélia estava para escolher a faculdade, o pai a obrigou a prestar vestibular na federal

para medicina. Quando o resultado do vestibular saiu, ela não havia feito pontuação suficiente e decidiu fazer Odontologia. Durante esse período seu pai cortou relações com ela, pois não aceitava sua escolha de não ser médica. Aurélia por ser a irmã mais velha exercia uma função imposta pelos pais de ser o exemplo para os irmãos e também exercia função específica de cuidar dos mais novos como levar e buscar na escola e ajudar nos deveres de casa. Por ter essas obrigações com os irmãos muitas vezes deixava de fazer o que gostava para ajudá-los. Dos irmãos foi a única que não teve coragem de enfrentar o pai e acabou aceitando o que ele mandava.

Logo que se formou, se mudou para outra cidade para trabalhar e três dos seus irmãos também se mudaram.

O irmão que era mais próximo dela faleceu em um assalto há alguns anos. Esse irmão era o que ela mais gostava e o único que a visitava com frequência em Brasília. Sua família não tem costume de visitá-la em Brasília. A mãe veio poucas vezes e o pai apenas fazia uma escala no aeroporto para vê-la, pois não gostava do clima de Brasília. A vida de toda família modificou muito após o falecimento desse irmão.

Ficou por 15 anos sem visitar os familiares. Em suas férias de dois anos atrás resolveu passar 10 dias na casa da mãe. Ao chegar à casa percebeu que fisicamente continuava do mesmo jeito, mas a família havia mudado, os sobrinhos que eram pequenos agora são adultos, seus irmãos estão envelhecidos e sua mãe com dificuldade de se locomover. Nessa viagem não encontrou o pai, pois ele estava em seu trabalho em outra cidade e não teve tempo de ir visitá-la. O pouco contato que tem com a família é telefônico. Hoje conversa apenas com a mãe. Antigamente ligava bastante para todos os familiares, mas nunca tinha retorno e então diminuiu as ligações.

Histórico acadêmico/profissional:

Formou-se em Odontologia. No período que fez faculdade dividiu seu tempo entre os estudos e o trabalho na biblioteca. Ao terminar seu curso mudou-se para outra cidade, o que era uma prática de todos os recém-formados em Odontologia. Começou a trabalhar no local em que todos os amigos trabalhavam.

Depois de algum tempo que estava trabalhava nesse local uma grande amiga a chamou para mudar-se para Brasília com novos planos de trabalho. Planejavam abrir um consultório próprio. Brasília estava com uma melhor demanda. Mudou-se e abriu o consultório com essa amiga, também começou a trabalhar em uma empresa privada que prestava serviço para o Governo e iniciou um trabalho com crianças carentes.

A sociedade com a amiga durou vários anos, mas ela começou a cobrar alguns valores que Aurélia não conseguia pagar e então a sociedade terminou. No ano do término dessa sociedade passou por outras mudanças: a demissão do trabalho com as crianças carentes e perdeu a grande chance de ter sua casa própria. O dinheiro que recebia nesse emprego com as crianças carentes era destinado ao pagamento da sua nova casa que ainda estava em construção. Precisou abandonar essa ideia, pois com o dinheiro que ganhava não conseguia pagar a obra.

Aurélia queria aprender mais sobre a Bíblia e entrou em um curso de teologia, mas ficou apenas até o terceiro semestre. Depois de uma apresentação de trabalho não quis mais voltar à faculdade por vergonha da sua apresentação. Na faculdade de teologia se deparou com pessoas que tinham um grande conhecimento bíblico e resolveu abandonar por não conseguir acompanhar o ritmo de entendimento.

Atualmente está cursando pós-graduação na área de implante dentário. Durante muito tempo procurou pós-graduação nessa área, mas não havia um curso bom e resolveu fazer cursos de curta duração de vários temas que a interessavam.

Hoje continua trabalhando na mesma empresa privada que presta serviço para o Governo e nos horários livres divide uma sala com outro dentista durante alguns dias da semana.

Histórico sócio afetivo:

Em Brasília não tem nenhum familiar e o convívio social dela é no trabalho (empresa e consultório), na igreja e com as colegas da pós-graduação. Frequenta a igreja, na maior parte das vezes aos domingos e participa de reuniões para ler a Bíblia uma vez na semana com os colegas que frequentam a mesma igreja. A pós-graduação acontece uma vez ao mês e o trabalho na empresa acontece diariamente, em lugares diferentes. Seu consultório tem horários fixos divididos com outro dentista.

Aurélia se relacionou com alguns rapazes, mas isso aconteceu há mais de 8 anos e desde essa época não se relacionou com nenhum outro. Percebe que os pais criaram os filhos para não se casarem e sim para estudar e serem bem-sucedidos na vida. Os relacionamentos que teve não duraram muito tempo e os términos aconteceram por sua conta. Se pudesse mudaria a forma de se relacionar. Atualmente não pensa em casar, mas não perdeu as esperanças de um dia conhecer alguém que queira um relacionamento sério. Acredita que a pessoa ideal nos padrões que ela gostaria é muito difícil encontrar.

Médico/psicológico:**Histórico médico**

Foi feito um levantamento e a cliente não relatou nenhum histórico médico pertinente ao presente trabalho. A cliente é vegetariana, procura se alimentar bem e relata fazer exames frequentes.

Histórico psicológico

Aurélia faz terapia desde jovem. Iniciou a terapia para solucionar problemas relacionados à sua família. Ao chegar a Brasília procurou atendimento psicológico e recebeu uma indicação de uma psicóloga. A psicóloga era da abordagem do psicodrama. Essa psicóloga indicou atendimento em grupo, mas ela não se sentiu muito à vontade com o estilo de terapia. Por fim procurou o IBAC para novamente iniciar os atendimentos individuais.

Contingências de reforçamento e repertórios atuais:

No início do processo terapêutico a cliente se mostrava bastante fechada para expor questões relacionadas aos contextos além do trabalho. Por diversas vezes relatou que não queria trabalhar nas sessões seus problemas pessoais e sim seus problemas relacionados ao trabalho e gostaria de modificar sua rotina de trabalho. Em seu contexto profissional achava que fazia apenas o que sabia com os pacientes e nunca conseguia dar o seu melhor. Quando recebia um elogio sentia que o paciente que estava atendendo estava mentindo a seu respeito e os pacientes mais sinceros eram os que falavam a verdade sobre o seu trabalho. Seu convívio com as pessoas do trabalho acontecia apenas nos horários de trabalho e nada mais do que isso.

Aurélia não possuía um ciclo social amplo e isso acontecia desde que era pequena. Quando morava com a família a mãe não a deixava ter amigos e os momentos de encontro com outras crianças que moravam perto, eram supervisionados pela mãe e com tempo

contado. Durante sua vida consegue contar nos dedos os amigos que teve e são poucas as pessoas em quem confia para dividir acontecimentos de sua vida. Com a entrada na pós-graduação e durante o tempo que está fazendo o curso já começou a ter novas amizades. A pós-graduação acontece uma vez ao mês, de quinta a domingo, e fez um pequeno grupo de amigas que conversam pelo celular. Nos finais de semana que tem aula, costuma almoçar com as amigas perto de onde são as aulas e passeiam pelo comércio do local.

Quando chegou a Brasília começou a participar de um grupo na igreja, que ainda frequenta. Esse grupo se reúne uma vez na semana para ler a Bíblia e em seguida confraternizar com um lanche. No início era um grande grupo e aos poucos foi se desfazendo, pois, as pessoas foram casando, tendo filho e mudando da cidade. Relata que maior parte do tempo fica calada e apenas escutando os outros participantes. De uns tempos para cá vem se interessando por outros grupos da igreja e está se animando para entrar em novos encontros de diversos temas. A maior dificuldade encontrada pela cliente é se expor diante de pessoas que não conhece muito bem.

Aurélia reclama que sente falta de sair para se divertir e ter amigos para ir ao cinema e teatro. Relata que já teve algumas amigas que costumava fazer esse tipo de programa, mas essas amigas casaram e tem suas famílias. De alguns anos para cá o maior companheiro dela é o seu “cachorrão” que apesar de dar muito trabalho é o seu companheiro diário. O “cachorrão” é muito dependente e enquanto está em casa ele não sai de suas pernas. Foi emprestado por uma amiga que ia viajar e nunca mais voltou para pegá-lo. Tentou levar para adoção diversas vezes e nunca encontrou alguém que quisesse ficar com ele, então decidiu ficar com ele e assumi-lo como seu cachorro. Deu o apelido de “cachorrão”, pois quando ele chegou para ficar com ela era um bebê e ele cresceu bastante por ser vira-lata. Sua rotina é bem estabelecida com ele e os passeios são duas vezes ao dia com horário marcado. Nesses

passeios frequenta os mesmos lugares e conhece todas as pessoas que também têm cachorros na sua quadra e os porteiros dos prédios vizinhos.

O contato com a família é apenas por telefone e a procura muitas vezes surge por iniciativa dela. A mãe costuma ligar apenas no dia do aniversário, enquanto as ligações por sua parte são semanais.

Objetivo terapêutico

No início da terapia o objetivo principal estava relacionado ao fortalecimento do vínculo, pois a cliente se mostrava incomodada com o ambiente terapêutico. Durante algumas sessões a cliente fazia questionamentos relacionados à necessidade de abordar alguns assuntos e muitas vezes suas respostas eram monossilábicas e grosseiras, demonstrando impaciência.

Com o passar do tempo, o vínculo já estabelecido, foi iniciada a coleta de dados relacionada aos seus familiares e sobre o seu convívio social, promovendo assim a sua autodescrição, a auto-observação e seu autoconhecimento. Ao entrar em assuntos que não estavam relacionados ao objetivo terapêutico da cliente existia uma resistência e muitas vezes ao entrar em assuntos relacionados com a família o choro aparecia durante a sua fala.

Estabelecer habilidades sociais era um dos objetivos terapêuticos. Um bom treino dessas habilidades foi a relação terapeuta e cliente, para que houvesse uma aquisição de repertórios assertivos e para aprender a lidar com suas frustrações.

Outro objetivo importante era diminuir a sua auto exigência e tentar entrar em contato com novos reforçadores.

Análise molar do padrão comportamental perfeccionista:

Aurélia apresenta um repertório comportamental pautado no que os outros acham dela. Em diversos ambientes podemos perceber que a opinião do outro tem um grande valor no que se refere ao comportamento dela. Na Tabela 1 é apresentada a análise molar do padrão comportamental de perfeccionismo emitido por Aurélia.

No Padrão comportamental perfeccionista na Tabela 1, Aurélia se descreve como perfeccionista, o que pode ser ilustrado com seu relato colhido durante as sessões. Quando pequena realizou um trabalho de escola, nas vésperas do natal, e ao terminar foi mostrar para os pais o que havia realizado. A tarefa era uma árvore de natal com uma estrela no topo, sua mãe achou linda, mas o pai criticou e desqualificou seu trabalho e assim começou a ter uma nova percepção em relação as coisas que fazia. A cliente relata essa situação como sendo o “início do seu perfeccionismo”. Durante sua história de vida, desenvolveu o padrão perfeccionista a partir de sua relação com seus familiares. Aurélia, por ser a irmã mais velha, tinha que dar o exemplo para os irmãos mais novos. Esse posicionamento era colocado pelos seus pais e assim seguia para não ter conflito com eles. Teve como exemplo um pai crítico que mandava em todos e a mãe que se mostrava com medo e acatava tudo que o pai mandava.

Tabela 1. Análise Molar do padrão comportamental perfeccionista.

Respostas que caracterizam	Situações em que ocorrem	História de aquisição	Contextos atuais mantenedores	Consequências que enfraquecem o padrão
Nos procedimentos do trabalho – se algo não saía da forma que ela queria, pedia para o paciente voltar no outro dia e refazia tudo.	Na pós-graduação	História da estrela de Natal quando tinha 8 anos – “começou a ser perfeccionista”	Reconhecimento no Contexto Profissional - Quando recebe um paciente que fez um procedimento dental mal feito	Paciente sem interesse para escutar suas explicações sobre orçamento
Na hora em que entrega o orçamento e explica passo a passo o que foi cobrado	No trabalho	Ela sempre viu a forma como a mãe se comportava – antes de dormir a casa tinha que ficar totalmente limpa para o outro dia. Muitas vezes ficava até de madrugada arrumando a casa.	Elogio dos professores na pós-graduação	Paciente não voltar para finalizar o tratamento
Se esforçava para ser a melhor		Sempre foi criticada pelo pai e nunca acreditou nela		Quando falta dinheiro para pagar as contas
Diz que faz o básico no trabalho e está longe de ser a melhor		Irmã mais velha e deveria ser o exemplo para os irmãos		
Relata que prefere críticas a elogios, assim tem que melhorar (críticas = verdade)		Cobrança diferenciada dos irmãos		
Separação do salário - guarda o dinheiro por contas que tem que pagar e cartão só para gasolina				
Procura parceiro de trabalho com esse mesmo padrão				
Procura novos cursos para se aperfeiçoar na área de atuação				
Procura o professor depois da aula para pedir ajuda				
Se identificar com os professores que gostam de ser bem detalhistas com os procedimentos				
Se preparar para a apresentação da monografia com o <i>coach</i>				
Na escolha do tema da monografia				
Trabalha com laboratório que aceita refazer sem cobrar adicionais				

Análise molecular do padrão comportamental perfeccionista:

A Tabela 2 apresenta a análise funcional molecular de alguns comportamentos relevantes do padrão comportamental perfeccionista de Aurélia. Estão descritos na Tabela 2 os comportamentos emitidos por ela, os antecedentes e as consequências de seus comportamentos.

Conforme a Tabela 2, Aurélia necessitou da aprovação de seus pais e assim evitou possíveis conflitos com os eles. Aceitava o que era colocado por eles. Sua mãe demandava diariamente sua atenção com os irmãos e pedia ajuda nos afazeres de casa. Aurélia para não se indispor com sua mãe acatava o que era solicitado e acabava não realizando as atividades que gostava de fazer no tempo livre. A forma que a mãe conseguia fazer com que Aurélia aceitasse os seus pedidos muitas vezes era com chantagens e lamentações e assim ela cedia, pois não queria se sentir culpada por possíveis problemas futuros, como por exemplo: o pai arrumar outra mulher caso a mãe morresse de algum problema de saúde por muito esforço. Diante da vida que Aurélia teve no período com os pais, desenvolveu um sentimento de que não era uma pessoa boa o suficiente para conseguir suas próprias coisas e assim precisando da opinião do outro. Quando prestou o vestibular para o curso de medicina, que era de gosto do pai, fez isso para não o desagradar e como não passou, decidiu prestar vestibular para o curso que queria, Odontologia, mesmo indo contra a vontade do pai. Seu pai tinha o interesse de que ela ficasse trabalhando na empresa dele como médica e assim poderia tomar conta de sua vida, não perdendo o domínio sobre ela. Esse comportamento do pai era frequente com todos os membros da família, pois ele se considerava o chefe da casa.

Tabela 2. Análise Molecular do padrão perfeccionista

Antecedentes	Resposta	Consequências	Frequência (↑ ou ↓)
Mãe ocupada em casa, demanda dos irmãos e dos estudos	Cuidado dos irmãos, levar e buscar na escola	Sem tempo livre e evitava conflitos com familiares	Punição negativa (P-) Reforço negativo
Realizar tarefas em casa para ajudar a mãe	Questionar a mãe	Chantagem da mãe “se eu morrer o seu pai vai achar outra mulher e ela vai ser muito pior do que eu”	Punição positiva
Vestibular na Federal	Estudar para o vestibular	Passar no vestibular Pai insatisfeito	Reforço positivo Punição positiva
Pacientes precisam de procedimento dentário que ela não realiza	Encaminhar pedido padronizado para outro dentista	Retorno do paciente para terminar o procedimento	Reforço positivo
Retorno do paciente antigo	Iniciar novos procedimentos	Reconhecimento do paciente pelo trabalho antigo que foi realizado	Reforço positivo
Paciente precisar de procedimento dentário	Realizar diversas vezes o procedimento	Paciente satisfeito Paciente não comparecer as consultas marcadas	Reforço positivo Punição negativa
Novo paciente	Explicação dos procedimentos e valores que estão no orçamento	Desinteresse do paciente	Punição negativa
Trabalho da escola na época do natal (estrela da árvore de natal)	Desenho da árvore e da estrela	Crítica do pai Elogio da mãe	Punição positiva Reforço positivo

Procedimento dentário realizado no paciente	Pedir aprovação do paciente	Crítica em relação ao procedimento realizado	Punição positiva
Salário do mês	Separar as contas e dividir o dinheiro	Sobra de dinheiro para passar o mês	Reforço positivo
Poucas procuras de paciente no consultório	Inscrever em novos cursos	Novos pacientes	Reforço positivo
Aula da pós-graduação	Pedir auxílio do professo sobre as dúvidas	Tirar nota boa na prova	Reforço positivo
Dúvida de um procedimento da pós-graduação	Tirar dúvida com o diretor da pós-graduação	Reconhecimento do seu trabalho e elogio dos colegas	Reforço positivo
Semestre da monografia	Contratar um coach	Nota boa na primeira apresentação da monografia	Reforço positivo
		Melhorar o desempenho para falar em público	Reforço positivo
		Evitar julgamento	Reforço negativo

Na Tabela 2 pode-se observar que no trabalho dela a aprovação do outro também está presente diante das análises descritas. Esse padrão perfeccionista pode ser observado em seus comportamentos de: elaboração padronizada de receituários de procedimentos que ela não realiza para outros dentistas e o retorno de antigos pacientes que valorizam a forma minuciosa de seu trabalho. A cada novo paciente Aurélia elabora relatórios de atendimentos que devem ser realizados e em consulta explica passo a passo para que não haja nenhuma dúvida e principalmente espere a aprovação por parte do paciente. Quando seu consultório começa a não ter novos pacientes, Aurélia se coloca na posição de aprender novas técnicas para que consiga atingir o maior público possível. A sua procura por cursos é frequente e se atualiza para que não ficar para trás com as novas tecnologias. Em seu novo investimento profissional, que a sua pós-graduação, o padrão descrito também está visivelmente sendo valorizado na sua relação com os professores e colegas. Quando mostra maior interesse nos procedimentos, pedindo ajuda aos professores e auxiliando seus colegas de classe. O seu curso de pós-graduação está chegando ao fim e para ter uma nota boa na monografia começou a fazer sessões com *coach*, com o objetivo de melhorar o seu desempenho para a apresentação, evitar julgamentos por parte de membros da banca e pessoas presentes no dia.

Análise Molar do padrão comportamental metódico:

O segundo padrão comportamental apresentado por Aurélia é o padrão metódico.

Na Tabela 3 é apresentada a análise molar desse padrão emitido por Aurélia.

Tabela 3. Análise Molar do padrão metódico.

Respostas que caracterizam	Situações em que ocorrem	História de aquisição	Contextos atuais mantenedores	Consequências que enfraquecem o padrão
Fazer a lista de compras por necessidades	No mercado	Quando pequena os amigos da escola falavam sobre sua cor morena	Rapidez para fazer as compras e ter mais tempo	Demorar mais tempo que tinha planejado e acabar perdendo a hora de outros compromissos
Planejar o tempo de ficar no mercado e pegar os produtos por ordem	Na pós-graduação	No início dos atendimentos recebeu nota baixa por não levar os materiais suficientes	Aprovação e reconhecimento de seu bom trabalho na pós-graduação	Quando as pessoas reclamam com ela sobre suas olhadas
Observar pessoas no mercado que acha a estão julgando	Em casa	Reclamação do professor da pós-graduação em relação aos atendimentos	Ser requisitada pelos colegas em relação aos materiais	O rapaz que toma conta do livro de ata não conversa com ela sobre a reclamação
Fazer reclamação por escrito no livro de ata do mercado se tiver alguém olhando para ela por alguns minutos			Encontrar as mesmas pessoas na rua com os cachorros e criar uma amizade	Quando esquece algum material para os atendimentos e precisa pedir emprestado
As compras são feitas em vários mercados, pois em cada um compra produtos específicos				
No início e final dos atendimentos tem que ter a aprovação dos professores				
Ficar sempre no mesmo box de atendimento				
Levar todos os materiais que tem para os dias de atendimento mesmo sabendo que não vai precisar				Quando encontra pessoas estranhas naquele horário de passeio com o cachorro
Organiza os materiais para os atendimentos 2 semanas antes (arruma a mala)				
Saídas com o cachorro duas vezes ao dia no mesmo horário				

O padrão comportamental metódico de Aurélia pode ser observado na maior parte em seus contextos sociais, fazendo com que não se exponha em novos contextos e até mesmo não favorecendo o seu relacionamento social. O padrão comportamental metódico pode estabelecer de certa forma uma segurança para Aurélia. Para não ficar insegura, sujeita a erros, passou a se preocupar com sua organização dos materiais da pós-graduação com antecedência e demandar a atenção do professor com relação aos procedimentos realizados com seus pacientes. Nos dois exemplos citados Aurélia evita as consequências aversivas.

Diante de algumas situações em que Aurélia passou durante sua infância e até mesmo recente em contato com contexto de trabalho, ser exposta ao erro não trouxe consequências agradáveis. O padrão comportamental metódico faz com que se esquive de situações aversivas e consiga se “organizar” para que nada saia do planejado.

Aurélia acredita que os animais de estimação se parecem bastante com o dono e descreve o “cachorrão” como metódico. Muitas vezes observa o comportamento dele e se vê exatamente no que ele faz.

Análises Moleculares do padrão comportamental metódico:

A Tabela 4 apresenta a análise molecular de alguns comportamentos relevantes do padrão comportamental metódico. Estão descritos na Tabela 4 as respostas emitidas por Aurélia, os antecedentes e as consequências de seus comportamentos.

Tabela 4. Análise Molecular do padrão metódico

Antecedentes	Resposta	Consequências	Frequência (↑ ou ↓)
Falta de alimentos em casa	Fazer lista de compras por ordem de necessidade e tempo de realizar as compras.	Compras realizadas com rapidez	Reforço positivo
Mercado cheio	Observar pessoas ao redor, reclamar para o gerente e fazer reclamação no livro de ata.	Recebe atenção do gerente e funcionários e é tratada como uma pessoa importante.	Reforço positivo
Pessoas no mercado que olham fixamente para ela	Tirar satisfação com quem olha para ela.	Ser chamada de “louca”.	Punição positiva
Mercados com preços altos das comidas	Pesquisa de preço e compra em vários mercados diferentes.	Economia e sobra de dinheiro no final do mês.	Reforço positivo
Atendimento na pós-graduação	Pedir auxílio do professor antes e depois dos atendimentos.	Evitar críticas do professor. Reconhecimento e elogio do trabalho realizado.	Reforço positivo
Retorno das férias na pós-graduação	Separar pouco material para o atendimento.	Falta de material, pedir emprestado o material e tirar nota baixa.	Punição negativa
Aproximar os dias de atendimento na pós-graduação	Separar com antecedência os materiais.	Elogio dos colegas pela organização e receber nota boa.	Reforço positivo
Necessidades do cachorro	Passeio com hora marcada.	Tempo livre para estudar. Cachorro menos agitado.	Reforço positivo Reforço negativo

Como apresentado na Tabela 4 para se esquivar de situações aversivas, Aurélia demonstra comportamentos metódicos para as evitar. Ao precisar de alimentos em casa, ou seja, quando já comeu “a última maçã do pacote” precisa entrar em contato com o contexto aversivo do mercado. Aurélia relata não gostar do mercado por alguns motivos que frequentemente expressa nas sessões, que são: não gostar de local com muitas pessoas e ficar observando ao redor quem vigia o que ela coloca no carrinho. Para conseguir ir ao mercado começou a fazer a lista de alimentos por ordem de necessidade e assim consegue limitar o seu tempo de permanência no mercado.

Em sua pós-graduação, ao entrar em contato com uma nota baixa, por não levar os materiais necessários no início dos seus atendimentos, passou a arrumar com antecedência sua mala de trabalho e começou a levar mais materiais, mesmo não sendo necessário. Com essa organização passou a ser elogiada e até mesmo conhecida como a aluna que mais leva material e recebendo sempre nota máxima.

Mudanças observadas:

A primeira mudança significativa com a cliente foi o estabelecimento do vínculo terapêutico. Aurélia tinha um enorme receio de que a terapeuta a abandonasse, pois em suas relações com outras psicólogas isso já havia acontecido. Relatava ter receio do abandono e se esquivava de alguns assuntos. No início do tratamento não quis entrar em sua intimidade com medo que a psicóloga desistisse dela, devido ao fato de já ter passado por várias psicólogas e nenhuma ter dado continuidade ao tratamento. Depois de alguns meses de atendimento o vínculo começou a ser formado e a terapia fluiu. Começou a se engajar nos assuntos, trazer para as sessões situações cotidianas, fazer as atividades propostas pela psicóloga e expor claramente os fatos que aconteceram em sua vida familiar.

Um das queixas iniciais estavam relacionadas as novas formas de comunicação e sua inabilidade com a tecnologia. Depois de várias tentativas de comprar um novo celular a cliente conseguiu escolher o que melhor se adaptava ao seu dia a dia. Aurélia se esquivava dos vendedores e de suas explicações em relação aos celulares. Com o novo celular conseguiu se comunicar de forma mais rápida com pessoas próximas, com seus pacientes e principalmente conseguiu o celular com câmera que a ajudou nos trabalhos da pós-graduação. A comunicação com a terapeuta também foi facilitada através de mensagens pelo celular.

Quando iniciou a terapia ao ser chamada para o atendimento, enquanto aguardava na sala de espera, entrava com cara fechada e apenas começava a conversar quando já estava sentada na cadeira de atendimento. Com o passar do tempo esse comportamento começou a se modificar e na hora que a psicóloga chegava na recepção já cumprimentava com “bom dia” e logo abria um sorriso. A sessão já iniciava na recepção e não quando já estava sentada na cadeira com a porta fechada.

No que se refere ao visual da cliente também pode-se observar mudanças, como: ao iniciar a terapia usava apenas calça jeans, blusa branca ou preta e sapato preto, os cabelos estavam bagunçados e os óculos estavam quebrados e a maior parte das vezes sujos. A cliente aparentava não se importar com a aparência. Depois de alguns meses passou a usar roupas mais coloridas, o cabelo arrumado com creme, trocou os óculos e os manteve limpos. Em algumas sessões passava uma maquiagem leve e discreta.

No começo do tratamento contava episódios de sua história sem se abalar com seu relato. Muitas vezes suas falas eram cheias de emoção, mas se mantinha firme e sua fisionomia não se alterava. Como exemplo desse comportamento foi o relato minucioso da morte do seu irmão, relatou tudo que sabia sem chorar. Com o passar do tempo passou a expressar suas tristezas de forma diferente e os relatos começaram a ser acompanhados por choro. Quando falava de sua família o choro existia de forma natural sem que perdesse a sequência da fala.

Aurélia passou a se interessar por novos grupos da igreja, coisa que antes não acontecia, pelo receio de ter que se expor diante de pessoas que não conhecia. Para que conseguisse falar diante das pessoas, Aurélia precisava conviver bastante com elas para poder interagir. No último grupo que iniciou conseguiu contar no auditório da igreja sua trajetória desde que lá entrou. Com o auditório lotado e com pessoas desconhecidas.

Na pós-graduação começou a se aproximar de colegas da turma, o que facilitou sua rotina de estudo. Durante a escolha do tema da monografia pode contar com os colegas para sugestões e juntos pesquisaram sobre os temas escolhidos. Aurélia não tinha hábito de conversar com as pessoas e nos seus cursos passados não sabia nem o nome dos colegas de turma. No que se refere ao relacionamento com os professores, passou a observar e analisar cada atitude deles e se identificar com alguns. Essa atitude se tornou importante para seu trabalho com seus pacientes e também para sua monografia.

Considerações Finais

Com o aumento da população e o grande índice de idosos no mundo, é preciso cada dia mais adaptar as novas condições em que os idosos vivem. De acordo com o descrito ao longo do trabalho, a expectativa de vida do brasileiro aumentou para 75 anos e esse envelhecimento aconteceu nos últimos 30 anos. A população mundial também está ficando mais velha e as transformações e as novas formas de lidar com o envelhecimento foram acontecendo ao longo desses anos.

Segundo a OMS, como descrito no trabalho, o envelhecimento não é igual para todos os indivíduos, é um processo pessoal que varia conforme a época e envolve o idoso, sua família e a sociedade em que vive. Como citado anteriormente por Camarano (2004), existe uma grande diferença entre um idoso de 60 anos que se encontra em pleno vigor, comparado a um idoso de 90 anos que já se encontra de forma mais vulnerável.

O caso clínico analisado no presente trabalho descreve uma idosa em pleno vigor, em constante desenvolvimento e passando por obstáculos típicos da faixa etária em que se encontra. A história de vida da idosa em questão apresenta os elementos necessários para a compreensão de seus comportamentos atuais.

O objetivo do presente trabalho foi apresentar um caso clínico de uma idosa na faixa dos 60 anos. Foi realizado na clínica escola do IBAC e foram utilizadas intervenções da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) a partir das análises da Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA). A TMA permitiu análises mais profundas dos padrões comportamentais da cliente e a FAP forneceu as ferramentas para as identificações dos comportamentos alvo e as intervenções adequadas ao caso clínico. Durante a análise foram identificados dois padrões comportamentais da cliente, são eles: perfeccionismo e os comportamentos metódicos. A utilização da FAP tem como princípio a relação terapêutica

entre o cliente e o terapeuta. Essa relação faz com que a cliente comece a analisar seus comportamentos dentro e fora da sessão. Com o passar do tempo Aurélia começou a analisar as contingências que controlam seus comportamentos, ou seja, inicia suas próprias análises funcionais.

Segundo citado no nível de seleção Ontogenia, a história de vida do indivíduo pode determinar o que vai ocorrer em sua velhice. Relacionando com o caso clínico analisado, o padrão perfeccionista da cliente foi sendo reforçado ao longo de sua vida assim como a importância da opinião do outro para os seus comportamentos. Com o desenvolvimento da terapia, Aurélia passou a analisar seus comportamentos constatando como a opinião do outro tem valor para ela.

Com relação ao padrão metódico emitido pela cliente, segundo a literatura, pode ser considerado um comportamento supersticioso. O comportamento supersticioso da cliente pode ter sido reforçado acidentalmente por meio de um esquema de reforçamento de tempo ou também por seguimento de regras descritas na infância que não estão mais em vigor. Ainda sobre os comportamentos supersticiosos, eles podem evitar o erro, ou seja, antes que o indivíduo entre em contato com o erro, o comportamento ocorre para que a contingência não seja aversiva. No que foi visto sobre a história de vida de Aurélia, o padrão metódico foi adquirido para evitar contingências aversivas. As contingências aversivas podem ser observadas em sua história familiar e também no seu relacionamento social.

Como descrito durante o trabalho, pode-se observar que a cliente evita se expor a novos contextos e apesar de já ter modificado diversos comportamentos, ainda não entra em contato com algumas situações aversivas.

No decorrer do tempo do atendimento da cliente foram feitas análises de acordo com os relatos durante as sessões. Foi estabelecido um vínculo íntimo que fez com que a cliente conseguisse emitir comportamentos puníveis (ex. relatar seus medos e hábitos) e trabalhar

questões que permeavam sua vida desde a infância. No início a cliente queria apenas trabalhar situações atuais e com o passar do tempo passou a observar o quanto era importante sua história de vida para os acontecimentos atuais. Foram feitas análises junto com a cliente e também em algumas sessões a própria trouxe suas análises de casa por meio de metáforas, como, por exemplo, a metáfora da realidade e do sonho: “tudo que não é realizado vira sonho”. Aurélia analisa que o que ela não consegue realizar acaba virando sonho e ainda descreve que maior parte de sua vida é sonho.

Conclui-se que o objetivo inicial do trabalho foi alcançado. Diante do caso clínico é possível observar que as análises da TMA foram de extrema importância neste caso. As intervenções da FAP foram realizadas de acordo com os propósitos da Análise Comportamental Clínica, como foi exposto acima. A cliente, mesmo com avanços, continua em atendimento.

Com relação à literatura analítica comportamental sobre o tema “idoso”, existem diversas limitações. Literatura escassa da psicologia, poucos textos científicos sobre o assunto, poucas pesquisas referentes aos novos perfis dos idosos atualmente, pouca pesquisa estatística e a maioria das referências são de outras áreas da saúde, como enfermagem, fisioterapia e neurologia.

Devido ao envelhecimento da população é grande o número atual de idosos da faixa de 60 anos ou mais. Por esse motivo, propõe-se que sejam realizados novos estudos sobre idosos na área da psicologia, mais especificamente na Análise do Comportamento, com objetivo de guiar os psicólogos que trabalham com esse público, como também como auxílio aos jovens psicólogos iniciantes no atendimento de idosos.

Referências

- Battini, E., Maciel, E. M., & Finato, M. S. S. (2006). Identificação de variáveis que afetam o envolvimento: análise comportamental de um caso clínico. *Estudos de Psicologia, 23*, 455-462.
- Benvenuti, M. F. (2001) Comportamento “supersticioso”: possíveis extensões para o comportamento humano. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scpz (Orgs). *Sobre comportamento e cognição*, (pp. 29-34, vol. 8). Santo André, ESETEC.
- Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(Supl 1)*:7-10.
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. de O. (2013). O desenvolvimento das habilidades sociais em idosos e sua relação na satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia, 18*, 1-10.
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. de O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo, 9*, 119-126.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20*, 229-237.
- Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal. (2009). *Idoso: informações sobre os direitos, políticas públicas e guia de serviços e benefícios sociais/Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal(CDI/DF)*. Brasília: CDI//DF.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). Brasília: Senado Federal.
- Costa, N. (2011). O surgimento de diferentes denominações para a Terapia Comportamental no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 13*, 46-57.
- Fontaine, R. (2010). *Psicologia do envelhecimento*. (C. M. E. Morel, Trad.). São Paulo: Loyola.

- Goyos, C., Rossitti, R.A.S., Elias, M.C., Escobal, G. & Chereguini, P. (2009). Análise do comportamento e o estudo do envelhecimento humano: revisão dos estudos de aplicação. *Revista Brasileira do Comportamento*, 5:1-20.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014). Brasília: IBGE. www.ibge.gov.br
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2006). *Psicoterapia analítico funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESETec.
- Krug, R., Lopes, M.A., Mazo, G.Z., & Marchesan, M. (2013). A dor dificulta a prática da atividade física regular da percepção de idosas longevas. *Revista Dor*, 14, 192-195.
- Lei n. 8.842, 04 de janeiro de 1994 (1994). Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. Brasília, DF.
- Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003 (2003). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília, DF.
- Marçal, J.V.S. (2005). Refazendo a história de vida: quando as contingências passadas sinalizam a forma de intervenção clínica atual. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguiñe (Orgs), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol.15 Expondo a variabilidade*. (P. 258-273). Santo André. ESETec.
- Mendes, M. R. S. S. B., Gusmão, J. L. de, Faro, A. C. M., & Leite, R. C. B. O. (2005). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18,422-426.
- Minayo, M. C. S.de, & Cavalcanti, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista Saúde Pública*, 44, 750-757.
- Ministério da Saúde. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde.
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

- Nóbrega, O. T., & Karnikowski, M. G. O. (2004). *A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação*. Brasília: UnB.
- Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?. (2004). Camarano, A. A. (org). Rio de Janeiro: IPEA.
- Otoni, M. A. M. (2012). *A trajetória das políticas públicas de amparo ao idoso no Brasil*. Montes Claros: UNIMONTES.
- Qualidade de vida e idade madura. (1993). Anita Liberalesso Neri (Org). Campinas: Papirus.
- Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63, 136-140.
- Silva, J. L. N. e, & de-Farias, A. K.C.R. (2013). Análises funcionais molares associadas à Terapia de Aceitação e Compromisso em um caso de Transtorno Obsessivo-Compulsivo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15, 37-56.
- Simoceli, L. (2003). Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 69, 772-777.
- Skinner, B. F. (1953/1981). *Ciência e comportamento humano*. (J. C. Todorov, & R. Azzi, Trads). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F., & Vaughn, M. E. (1985). *Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida*. (A. L. Neri, Trad.). São Paulo: Summus.
- Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. (2012). A. L. Neri, & M. S. Yassuda (Orgs). Campinas: Papirus.

Anexos

Anexo A. Termo de Autorização, modelo disponibilizado pelo IBAC

**AUTORIZAÇÃO PARA
COMUNICAÇÃO ORAL E PUBLICAÇÃO DE ESTUDO DE CASO.**

Eu, _____, portador(a) da
identidade nº _____ autorizo a publicação escrita de estudo de caso
e a comunicação oral, em Encontros de Psicologia, do conteúdo das sessões de Terapia
Analítico-Comportamental conduzidas pelo(a) terapeuta
_____, com registro no CRP nº: _____,
com a finalidade de promover o conhecimento e o desenvolvimento de tecnologias no campo
da Psicologia. Foi-me assegurado que, em todos os casos acima citados, minha identidade
será mantida em sigilo, bem como quaisquer dados que possam identificar a mim ou
quaisquer pessoas citadas nas sessões.

Brasília, ____ de _____ de 20 ____ .

Cliente/Responsável

Aluno(a)/Terapeuta

Supervisor(a)

Coordenação Clínica