



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**Adesão ao Tratamento em Uma Doença Crônica:
Implicações do Repertório de Autocontrole**

Lina Petaccia de Macêdo

Brasília
Julho de 2012



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**Adesão ao Tratamento em Uma Doença Crônica:
Implicações do Repertório de Autocontrole**

Lina Petaccia de Macêdo

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

Orientadora: Ana Karina C. R. de-Farias

Brasília
Julho de 2012



IBAC

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Lina Petaccia de Macêdo

Título: Adesão ao Tratamento em uma Doença Crônica: Implicações do Repertório de Autocontrole

Data da Avaliação: 31 de Agosto de 2012

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof.^a MsC. Ana Karina C. R. de-Farias

Membro: Prof. Esp. Frederico Santos Veloso

Membro: Prof.^a MsC. Marcela Abreu-Rodrigues

Brasília
Julho de 2012

À Profa. Mercêdes Cunha Chaves de Carvalho, eterna mestre, por reforçar intermitentemente o comportamento de estudar Análise do Comportamento.

Agradecimentos

Agradeço aos professores do Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento por estimular o saber nestes três anos de curso, aprimorando o que outrora fora aprendido da Faculdade e vêm sendo enriquecido pela prática profissional, em particular aos professores Ana Karina de-Farias, Frederico Santos Veloso e Marcela Abreu-Rodrigues, pela disponibilidade em orientar e em examinar esta produção.

À eterna mestre Mercedes Cunha Chaves de Carvalho, professora da Faculdade Ruy Barbosa em Salvador, por ter despertado, ainda em 2004, o interesse pelo estudo do comportamento humano e que vem servindo como guia dos meus passos até hoje.

À Clínica de Doenças Renais de Brasília (profissionais, pacientes e familiares) que ao longo dos últimos dois anos foi trabalho, laboratório e escola da vida, fonte de informação e reflexão para tudo o que aqui foi escrito.

Por fim, aos familiares, amigos e colegas de trabalho e estudo que, nas discussões formais e informais, contribuíram para que a busca pela ampliação do conhecimento e fortalecimento dos argumentos analítico-comportamentais jamais se encerrassem.

Sumário

Folha de Avaliação -----	i
Dedicatória -----	ii
Agradecimentos -----	iii
Sumário -----	iv
Resumo -----	v
Introdução -----	1
1. O Paciente Renal Crônico e a Adesão ao Tratamento Hemodialítico -----	12
1.1 As Rotinas do Tratamento Hemodialítico -----	12
1.2 O Conceito de Adesão -----	14
2. O Diagnóstico Psicológico em Ambiente Hospitalar -----	20
2.1. Definição de Diagnóstico, Psicodiagnóstico, Avaliação Psicológica e o Problema dos Métodos Diagnósticos Tradicionais -----	20
2.2. O Diagnóstico ou Formulação Comportamental -----	24
3. A Análise Funcional do Comportamento e o Desenvolvimento do Repertório de Autocontrole -----	28
3.1. A Análise do Comportamento -----	28
3.2. Visão Analítico-Comportamental dos Comportamentos “Inadequados” ----	37
3.3. Desenvolvimento do Repertório de Autocontrole para Adesão ao Tratamento -----	39
3.4. Como a FAP e a ACT Trabalham para o Desenvolvimento de Novos Repertórios Comportamentais -----	46
4. Limites e Possibilidades da Atuação do Psicólogo em Contexto Hospitalar----	53
Considerações Finais -----	57
Referências Bibliográficas -----	62

Resumo

A produção trata da importância do repertório de autocontrole, compreendido a partir do viés analítico-comportamental, na adesão ao tratamento por indivíduos que padecem de uma doença crônica, especificamente aqueles que realizam tratamento renal substitutivo na modalidade hemodiálise devido à cronicidade da doença renal e que, hoje, ultrapassam os cinquenta mil casos no território brasileiro. Por se tratar de um tratamento complexo, que exige do paciente disciplina frente às restrições impostas, intrinsecamente relacionadas à sua saúde e sobrevivência, o autocontrole deve ser foco de trabalho do psicólogo que atua nas unidades de hemodiálise. Para tal, obstáculos como o número elevado de pacientes a serem atendidos, históricos aversivos de adoecimentos anteriores vividos por eles e deficiências da comunicação entre pacientes e membros das equipes multidisciplinares devem ser superados. O treino e desenvolvimento do repertório de autocontrole devem ocorrer a partir da atuação do psicólogo com pacientes individualmente ou em grupos, contando com o apoio dos familiares e/ou responsáveis, além da equipe de saúde, ampliando, assim, as possibilidades de reforçamento e manutenção deste repertório. São revisitadas, portanto, metodologias e conceitos da Análise do Comportamento, e das novas abordagens da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) relacionados à instalação de novos repertórios, em especial, o de autocontrole e como elas contribuem para superação das deficiências do campo.

Palavras-chave: Análise do Comportamento, Doença Crônica, Autocontrole, Adesão.

A entrada da Psicologia em ambiente hospitalar ocorreu em meados dos anos 50 e é atribuída à noção de influência psíquica ou emocional no surgimento e/ou agravamento de quadros orgânicos (Giannotti, 1993, citado por Oliveira & Ismael, 1995). No Brasil, os primeiros registros são da década de 60 (Gorayeb & Guerrelhas, 2003) e destacam a participação da psicóloga Mathilde Neder (na época, especialista em Psicologia Clínica e Educacional pela Universidade de São Paulo) na equipe da Clínica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas em São Paulo, no atendimento pré-cirúrgico de crianças (Campos, 1995). Mas é a partir da Lei 4.119, de 1962, e da Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) 013/2007, respectivamente, que ocorre a regulamentação da profissão de psicólogo e a formalização da Psicologia Hospitalar enquanto especialidade.

A partir deste período observa-se uma mudança na compreensão da saúde. Não era mais possível obter sucesso em todos os casos admitidos no hospital atendendo somente às necessidades orgânicas dos sujeitos adoecidos. A visão da saúde em níveis mais globais é ressaltada na definição elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1947, que a define como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 2002).

Ponderar todos estes elementos diante da realidade atual que constata o aumento no número de casos de doenças crônicas não transmissíveis em comparação às enfermidades agudas, infecciosas e parasitárias, vem se tornando imprescindível (Barletta, 2002, citado por Barletta, 2008; Brasil, 2005; Guimarães, 1999), vez que o tratamento dado aos que padecem de uma doença crônica vai muito além dos cuidados ao corpo físico e seus órgãos. Gregg, Robertus e Stone (1987, citado por

Terra, 2007) referem que o conceito de cronicidade, segundo a Comissão de Doença Crônica de Cambridge, implica na permanência, presença de incapacidade residual e mudança patológica não reversível no corpo do paciente. Para os autores, ainda é necessário que, sob estas condições, o paciente receba uma atenção especial quanto à reabilitação, visto a previsão de um longo período de supervisão e cuidados.

Os quadros crônicos tornam os tratamentos mais longos e a necessidade de integração entre as ciências mais evidente. Logo, a entrada do psicólogo, enquanto profissional capaz de realizar uma avaliação integrada das variáveis intervenientes ao tratamento é justificado através da necessidade de se delinear projetos para além da realização de exames e administração de drogas.

Ao longo destes anos, a Psicologia vem mostrando grande plasticidade e capacidade adaptativa ao inserir-se em ambientes, até então, exclusivamente médicos. A interação com equipas multidisciplinares, redefinições quanto a seu formato de atuação para ambientes distintos dos consultórios, trabalho com grupos, pesquisas e elaboração de protocolos de atendimento são exemplos do empenho dos profissionais da área na busca por um atendimento de qualidade e alcance da saúde (Gorayeb, 2001; Gorayeb & Guerrelhas 2003).

A obrigatoriedade legal da presença de psicólogos em ambientes hospitalares sinaliza o alcance deste objetivo e sucesso das práticas desenvolvidas, apesar de ainda restrita a alguns locais e unidades hospitalares como Hospitais-dia, nos atendimentos do setor oncológico e em serviços de diálise (portarias do Ministério da Saúde nº 130/94, nº 3.535/98 e a nº 82/00, especificamente)¹.

¹ Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/hospitais/PORTARIA_0130.pdf, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf, <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-0082.html>. Acessado em 06 de Junho de 2012.

Discutem-se os motivos pelos quais alguns setores do hospital foram privilegiados com a participação obrigatória destes profissionais, vez que o conceito de saúde, independentemente da patologia, é o mesmo para todos, doentes ou não. Uma hipótese que se levanta é que a gravidade do quadro (definido enquanto risco de morte) e o grau de sofrimento causado por alguns tratamentos exigem que alguns cuidados a mais sejam tomados e explicitam a necessidade de um acompanhamento mais efetivo ao paciente e à sua família.

Considerando especificamente a doença renal crônica, diretamente beneficiada com a Portaria n° 82/00 do Ministério da Saúde, observamos a gravidade do quadro, caracterizado pela impossibilidade de cura total e pelo alto grau de sofrimento causado por um tratamento que exige rigidez no cumprimento de suas rotinas. Casos como estes mobilizam não só o paciente como sua família e a equipe que o acompanha. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 154, de 15 de Junho de 2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Lei 6.514, de 22 de Dezembro de 1977, tratam especificamente das exigências para o funcionamento de clínicas de hemodiálise no Brasil e expõem a obrigatoriedade da atuação de psicólogos nestes locais, reafirmando a necessidade de se sistematizar a assistência prestada e de auxiliar o paciente no seu processo de adaptação.

Entender a necessidade de atuação do psicólogo em clínicas de hemodiálise requer, porém, assim como em outras áreas hospitalares, conhecer primeiramente a patologia com a qual se está lidando para, em seguida, compreender o tratamento ao qual o paciente será submetido e se desenvolver estratégias de intervenção pertinentes. A compreensão da patologia e do tratamento possibilita ao profissional acessar as restrições às quais o paciente será submetido, sua futura rotina de cuidados, além de reações corporais após os procedimentos realizados, efeitos

colaterais de medicamentos, etc. Desta forma, pode-se programar o melhor momento para realizar os encontros, atendimentos, repasse de informações dentro do ambiente hospitalar e estabelecer o melhor formato de atuação, que possa atender às necessidades dos pacientes em conjunto às exigências feitas pela instituição.

Na lista das principais causas da doença renal por exemplo, segundo Guyton e Hall (2002), têm-se a hipertensão arterial, glomerulonefrite (inflamação imunológica dos rins), diabetes, rins policísticos, pielonefrite (infecção dos rins) e nefrolitíase (pedras ou cálculo nos rins), algumas delas passíveis de serem evitadas, outras não. Diminuída a capacidade de filtração dos rins, terapias de substituição renal são sugeridas, dentre elas, a hemodiálise, que consiste na filtragem do sangue por uma máquina dialisadora, que se utiliza de filtros e soluções, a partir de um processo de difusão, para realizar a retirada do excesso de água e toxinas do sangue. Esta condição de falência renal, uma vez observada, raramente é revertida.

Cada patologia, então, por ser específica em sua forma de apresentação, deve ser compreendida pelo psicólogo ao lidar com sujeitos adoecidos, adicionando-se à esta compreensão o fator idiossincrático dos sujeitos que irão responder de forma diferenciada a cada um dos passos envolvidos no processo de tratamento. As doenças crônicas, neste caso, merecem atenção especial por se tratarem de condições permanentes de doença, alterando por tempo indefinido a rotina do sujeito.

Tratando especificamente do acompanhamento psicológico destinado aos portadores de doença renal crônica, a rotina de investigação e acompanhamento do psicólogo não é diferente da exercida nos demais setores hospitalares: marcada pela atenção às necessidades individuais dos sujeitos, investigação do seu repertório de enfrentamento diante de situação de adoecimento e pela troca de informações com demais profissionais de saúde e familiares que tem contato direto com o paciente.

Diante do número de pacientes que realizam tratamento hemodialítico nas unidades de terapia renal substitutiva e das rotinas administrativas que devem ser cumpridas, os momentos em que os pacientes são vistos por toda equipe multidisciplinar passam a ser ideais para a atualização profissional quanto o quadro de saúde geral do paciente, vez que nestes momentos são expostas, por todos os profissionais envolvidos, as informações pertinentes a cada área. O Psicólogo deve aproveitar estes momentos para realizar o levantamento do maior número de informações, tendo acesso, assim, a possíveis dificuldades que o paciente possa estar enfrentando.

Infelizmente não são todos os estabelecimentos que contam com esta rotina de interação entre setores, prejudicando o trabalho em conjunto da equipe e gerando uma visão fragmentada do paciente.

São momentos como os das visitas multidisciplinares que evidenciam a necessidade do psicólogo desenvolver habilidades de comunicação dentro do ambiente hospitalar, muitas vezes subdesenvolvida na realidade clínica em que não há interação com outros profissionais ou com profissionais de diferentes áreas. A utilização de siglas e nomes comuns no cotidiano acadêmico são alguns dos exemplos a serem evitados, por serem incompreensíveis ou mal compreendidos pelos demais colaboradores, podendo causar erro na transmissão da informação e prejuízo no resultado final que é o bem-estar do paciente.

É importante que o psicólogo consiga traduzir em termos comuns e preservando o sigilo inerente aos atendimentos o quadro em que o paciente se encontra, direcionando esta informação às necessidades da equipe, ou seja, informações que sejam pertinentes e que possam contribuir para o bom andamento do tratamento e adaptação do paciente.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)², através do censo realizado em 2011, revelou que no Brasil, hoje, existem 643 ambulatórios ativos. Os dados coletados em 343 destes ambulatórios revelaram a presença de 50.128 pacientes em tratamento hemodialítico. Este número, mesmo representando somente uma parte do total de pacientes realizando hemodiálise, revela a importância de se desenvolver estratégias de atuação neste campo, de modelos de atuação com familiares, equipes multidisciplinares em que os psicólogos estarão inseridos, além de políticas de prevenção para surgimento, expansão e agravamento do quadro.

Dentre as principais razões da necessidade de acompanhamento psicológico destes pacientes, encontram-se as alterações da rotina, comprometimento dos laços sociais estabelecidos e dificuldades com adaptação às restrições e novas demandas geradas pelo tratamento. Estes ocorrem devido à duração, frequência das sessões de hemodiálise e dificuldades como a modificação corporal pela qual os pacientes passam com a confecção e manipulação dos acessos vasculares, restrições alimentares e hídricas às quais são submetidos (Terra, 2007).

O acompanhamento psicológico aos portadores de doença renal crônica deverá ser iniciado logo após a descoberta do diagnóstico, pois já neste momento o sujeito entrará em contato com as restrições às quais será submetido e poderá se utilizar do suporte para o desenvolvimento de repertórios de enfrentamento, adesão e autocontrole.

As dificuldades inerentes ao tratamento apontadas até agora justificam os altos índices de quadros depressivos diagnosticados entre os pacientes renais crônicos. Estudos utilizando diferentes instrumentos de avaliação psicológica realizados nos

² Sociedade Brasileira de Nefrologia – Censo 2011. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf>. Acessado em 16 de Fevereiro de 2012.

Estados Unidos apontam a presença deste diagnóstico em 20% a 30% dos pacientes em tratamento renal substitutivo (Finkelstein, Frederic, Finkelstein, Wuerth & Troidle, 2008; Hedayati, Yalamanchili & Finkelstein, 2012).

Os referenciais teóricos utilizados no levantamento destes dados, porém, consideram a presença de duas instâncias distintas como causadoras da depressão no indivíduo: uma psíquica e outra orgânica. Seus critérios de avaliação supõem como causa do sofrimento, por exemplo, as características de personalidade e o pensamento desadaptado, ignorando possíveis variáveis biológicas e sociais no delineamento do diagnóstico.

Não é possível, nesta realidade de rotinas e procedimentos médicos, ignorar as variáveis externas intervenientes sobre o comportamento do indivíduo ou utilizar-se de instrumentos e técnicas característicos dos atendimentos clínicos de consultório, uma vez que o próprio local de atendimento diferencia-se do tradicional (Chiattonne, 2000, citado por Penido & Pereira, 2010; Kerbauy, 1997).

Diversas abordagens da Psicologia encontram dificuldades nessa adaptação que vão desde a dinâmica de interação do profissional com o cliente à interação com os demais profissionais de saúde que, em conjunto com o psicólogo, trabalham pelo bem-estar do paciente.

O atendimento realizado no ambiente hospitalar não comporta as características do atendimento em consultório dado o espaço físico em que acontece (ambientes pequenos com grande número de profissionais atuando simultaneamente), o comprometimento do sigilo nos espaços comuns de tratamento e do contingente de pacientes a serem atendidos em uma realidade de hospitais superlotados, aliados a um número reduzido de psicólogos contratados. Desta forma o atendimento acaba sendo voltado para a situação de adoecimento e engajamento na dinâmica de

tratamento, sendo restritos os casos em que há atendimento individualizado em consultório, destinado aos pacientes cujo engajamento ao tratamento encontra-se evidentemente comprometido a ponto de se considerar um risco de morte.

Algumas abordagens tradicionais da Psicologia Clínica evidenciam os problemas que podem surgir na utilização de métodos e técnicas do consultório no trabalho em âmbito hospitalar. Dentre elas, destaca-se a Psicanálise. A abordagem, ao ter a associação livre enquanto método de investigação principal exige que o mesmo rigor do consultório seja aplicado à instituição hospitalar, o que na prática é dificultado pela peculiaridade dos processos que ali ocorrem, interrupções frequentes e falta de espaço adequado.

Segundo o Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região (2007), o maior desafio para o trabalho com esta abordagem em ambiente hospitalar é contrapor-se ao discurso positivista, em demonstrar resultados concretos e em fazer-se entender pela equipe multidisciplinar que aguarda com expectativa os resultados e evolução do paciente.

Uma alternativa de abordagem utilizada no trabalho do psicólogo em contexto hospitalar é a Cognitivo-comportamental, que teve seu surgimento em meados dos anos 60. Segundo Rondina (2008) as “terapias em abordagem cognitivo-comportamental” (TCCs) são compostas por dezenas de tipos de terapias diferentes, sendo as duas mais influentes a Terapia Cognitiva (TC), formulada por Aaron Beck e a Terapia Racional-Emotivo Comportamental (TREC), formulada por Albert Ellis e ressaltam a influência da atividade cognitiva sob o comportamento e em como a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada de forma que o comportamento desejado possa ser alcançado. Para esta abordagem, a forma como o indivíduo interpreta situações específicas “influencia seus sentimentos, motivações e ações” e,

por isto, ela tem como objetivo “a mudança do comportamento do indivíduo através da modificação de seus pensamentos” (Penido & Pereira, 2010, p. 195).

Ao adotar o modelo biopsicossocial na compreensão do comportamento humano, a abordagem Cognitivo-Comportamental frequentemente é confundida com a Análise do Comportamento, porém, estas duas diferem em muitos aspectos. Derivada da filosofia do Behaviorismo Radical de Skinner, a Análise do Comportamento postula o levantamento de variáveis presentes no contexto de vida do sujeito para compreender a forma como ele se comporta. Este tipo de viés, que compreende o comportamento humano através do estudo de variáveis ambientais, ou a partir de eventos que antecedem e sucedem uma resposta apresentada por ele (Baum, 1994/1999; Skinner, 1953/2003), consiste em uma alternativa importante para os psicólogos que atuam em contexto hospitalar e facilitam, inclusive, a interação com os demais profissionais de saúde, ao abster-se da utilização de termos mentalistas mal compreendidos que dificultam a troca de informações e que são, posteriormente, replicados e utilizados abusivamente como justificativa para vários outros comportamentos apresentados pelos pacientes.

Para os analistas do comportamento, as respostas apresentadas pelos indivíduos, sejam elas privadas (sentimentos e pensamentos) ou públicas (ações e gestos), devem ser explicadas a partir da interação do sujeito com o mundo, e, somente a partir da identificação das variáveis externas das quais o comportamento é função, é que se pode delinear uma estratégia de intervenção eficaz (Skinner, 1953/2003).

Hoje, em números, é difícil mensurar a participação de analistas do comportamento atuando em ambiente hospitalar. Alguns trabalhos desenvolvidos na área da saúde (Banaco, 1997; Arruda & Zannon, 2002) revelam o crescimento e expansão desta abordagem teórica para ambientes além do consultório e os

benefícios que a realização de análises funcionais³ do comportamento humano podem trazer no delineamento de estratégias de recuperação e manutenção da qualidade de vida de sujeitos cursando tratamentos de saúde.

O objetivo principal deste trabalho concentra-se, então, na realização de uma revisão bibliográfica sobre os principais conceitos desta abordagem teórica, que se ligam diretamente à problemática da saúde e doença crônica e o desenvolvimento de novos repertórios, e definir a importância do desenvolvimento do repertório de autocontrole para efetividade do tratamento e consequente qualidade de vida dos pacientes.

Para esclarecer todos os pontos, o presente trabalho aborda inicialmente, em seu primeiro capítulo, as características, limitações e dificuldades encontradas pelos pacientes submetidos ao tratamento renal substitutivo na modalidade hemodiálise e do psicólogo que lida com esta população, seja em ambiente hospitalar seja em clínicas particulares destinadas a este tratamento, definindo o conceito de adesão e como a investigação do “aderir ao tratamento” deve ir além da correspondência do comportamento à prescrição.

O delineamento das características da doença é de extrema importância para continuidade da investigação, pois, a partir delas se inicia a investigação das respostas emitidas pelos sujeitos. No segundo capítulo, então, serão abordados as características dos diagnósticos tradicionais, que se utilizam de categorias diagnósticas derivadas do modelo médico, focando o sintoma apresentado, e como algumas correntes da Psicologia abordam o comportamento humano em um viés

³ “Tipo de recurso explicativo de que se serve a análise do comportamento (e.g. Skinner, 1953/1965) e também como estratégia (e.g., Owens & Ashcroft, 1982), ou método (e.g., Hayes & Follette, 1992; Samson & McDonnell, 1990) de intervenção em terapias comportamentais (...) identifica relações de tríplex contingência responsáveis pela aquisição e manutenção de repertórios comportamentais” (Neno, 2003, p. 151-165).

internalista, improdutivo na captação de dados para formulação de estratégias de intervenção ao ignorar, por exemplo, as contingências em atuação na vida do paciente.

No terceiro capítulo, é possível acessar a explanação teórico-conceitual da Análise do Comportamento sobre o desenvolvimento de novos repertórios comportamentais, como o repertório de autocontrole pode alterar a qualidade de vida em um paciente renal crônico e como os psicólogos trabalham na clínica com esta demanda, seja individualmente ou em grupos, sendo justificado, no quarto capítulo, o porque novas estratégias de atendimento tornam-se cada vez mais essenciais, especialmente quando se trata de atendimentos fora do ambiente clínico tradicional, pontuando desde a limitação de tempo ao número de atendimentos demandados ao psicólogo que não condizem com a prática a qual a profissão se propõe.

Capítulo 1. O Paciente Renal Crônico e a Adesão ao Tratamento Hemodialítico

1.1. As Rotinas do Tratamento Hemodialítico

Para compreender a reação de um paciente frente ao seu adoecimento, é necessário que sejam analisadas as características da patologia que apresenta. Estas especificarão as recomendações e procedimentos aos quais o paciente deverá ser submetido e possibilitarão a formulação de hipóteses sobre sua futura qualidade de vida (Guimarães, 1999).

O tratamento hemodialítico, uma das modalidades de tratamento para doença renal crônica, é um procedimento complexo, com alto risco de infecções e intercorrências durante sua realização e, por este motivo, é necessário que o paciente seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar em um centro especializado para o tratamento. Algumas das intercorrências mais frequentes são as elevações ou quedas abruptas da pressão arterial, câimbras, vômito, tontura, arritmia cardíaca e dispnéia (Costa, Costa, Costa, Figueiredo, Morais & Terra, 2010).

Os centros que realizam o procedimento hemodialítico utilizam máquinas de alta tecnologia para realizar a filtragem do sangue do paciente, retirando o excesso de líquidos e toxinas (uréia, creatinina, potássio, sódio, etc.) que estejam presentes, sendo o tratamento dividido em sessões semanais cuja frequência e duração variam de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente (Guyton & Hall, 2002).

Segundo a SBN (2011), o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pelo custeio do tratamento de 84,9% dos pacientes renais crônicos e disponibiliza três sessões semanais de quatro horas de duração cada, enquanto algumas clínicas da rede particular vêm trabalhando com o esquema de sessões diárias de curta duração.

A doença renal crônica exige do paciente em tratamento hemodialítico uma rotina exaustiva de dedicação às recomendações e prescrições médicas que vão além do momento da sessão de hemodiálise.

Para realizar a filtragem do sangue, é necessária a confecção de acessos vasculares que permitem sua retirada e devolução em alto fluxo ao corpo do paciente. Cateteres e fístulas arteriovenosas são os acessos mais utilizados e, em todas as sessões, são manipulados pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros para realização da hemodiálise. No caso das fístulas, apesar da maior segurança em termos de contaminação e complicações infecciosas, a necessidade de realizar duas perfurações por sessão acaba gerando dor e grandes cicatrizes por conta do calibre das agulhas e a repetição do local onde as punções são feitas (Terra, 2007).

Restrições alimentares, consultas de revisão, coleta de sangue, busca de medicamentos, entre outros, fazem parte do dia a dia dos pacientes que, muitas vezes, abandonam suas atividades sociais e de labor devido ao tempo despendido nas atividades de manutenção da saúde. Ainda podemos citar o tempo de espera no preparo dos equipamentos para realização da hemodiálise, o deslocamento do paciente até a clínica, etc., que fazem com que a rotina do paciente passe a ser controlada pelas restrições impostas pela patologia (Trentini *et al.*, 2004, citado por Terra, 2007).

A manutenção das atividades antes desempenhadas sejam elas recreativas ou laborais, a depender do caso, deverão ser sempre estimuladas pela equipe na tentativa de resgate dos momentos promotores de prazer na rotina do paciente e no resgate de sua qualidade de vida, competindo com a estimulação aversiva proporcionada pelo tratamento. Wenger, Mattson, Furberg e Elinson (1984) e Abreu-Rodrigues (2008) ressaltam que, o objetivo principal no engajamento ao tratamento não é a cura, mas

uma melhora quanto à redução dos sintomas e das limitações ocasionadas pela progressão da doença. A este engajamento, atribui-se comumente em ambiente hospitalar, o termo “adesão” ao tratamento, que irá resumir toda a postura do paciente frente ao tratamento, às recomendações passadas pela equipe e cuidados pessoais despendidos.

1.2. O Conceito de Adesão

A rigidez do tratamento renal crônico altera a rotina de vida dos pacientes no momento em que exige o direcionamento de todos os seus movimentos para a manutenção de sua saúde e melhora da sua qualidade de vida.

A adesão ao tratamento significa, para a equipe de saúde, o seguir bem as orientações repassadas e é geralmente associada à obediência, remetendo a uma postura passiva do cliente frente ao tratamento (Costa, Moraes & Rolim, 2009).

Crespo-Fierro (1997) refere que a taxa de adesão ao tratamento de enfermidades crônicas é geralmente baixa, principalmente quando se trata de uma doença cuja perspectiva de sobrevida é curta. Para a doença renal crônica, esta sobrevida, ou seja, a expectativa de vida de um paciente após o início do tratamento renal substitutivo é de 86,2% em um ano, caindo para 60% em 5 anos (Assis, Azevedo, Botre, Correa, Grossi, Mariano, Pazeli & Puy, 2009).

Ficam claros, ao associar-se sobrevida à qualidade da adesão ao tratamento, os motivos pelos quais ela deve ser foco de análise do psicólogo quando lida com sujeitos adoecidos. Tratando-se de doenças crônicas, cujos tratamentos são permanentes ou de longo prazo, as exigências feitas para manutenção da saúde demandam ainda mais esforço para seguimento de recomendações, visto a

complexidade e gravidade das possíveis complicações de seus quadros de saúde (Costa *et al.*, 2009).

A adesão, porém, sendo reduzida à qualidade de obediência às recomendações, exclui a investigação da história de vida do sujeito, não considerando sua capacidade de lidar com situações de adoecimento, seu grau de informação e conhecimento sobre as recomendações passadas, sobre o suporte familiar e social que dispõe para cumprir com as rotinas do tratamento, que, entre outros elementos, são os que mais influenciam o comportamento de adesão ao tratamento apresentado pelo paciente (Abreu-Rodrigues, 2008; Ickovics & Meisler, 1997).

Segundo Silveira e Ribeiro (2004/2005), a palavra adesão, em sua origem (latim), significa junção, união, aprovação. Juntando esta definição à ideia de multiplicidade com que a adesão pode ser manifestada pelos sujeitos adoecidos, defendida por Costa *et al.* (2009), pode-se compreender a necessidade da investigação sobre os fatores intervenientes para a não adesão do paciente ao tratamento ir além da correspondência do seguir recomendações.

Enfrentamento é outro termo bastante utilizado para compreender a capacidade do sujeito em adaptar-se às situações de adoecimento, em desenvolver estratégias que minimizem o sofrimento causado pela realidade dos tratamentos dolorosos e manifestar comportamentos de adesão. Segundo Lazarus e Folkman (1984, citado por Arruda & Zannon, 2002, p. 13), o termo enfrentamento descreve “esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança, para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais do indivíduo”.

O auxílio no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e alcance de uma boa incidência na emissão de comportamentos de adesão pelos pacientes deve

iniciar-se através da realização de uma coleta de dados efetiva, a partir de entrevistas com os pacientes e no trabalho conjunto à equipe de assistência à saúde, geralmente multidisciplinar, composta por profissionais de enfermagem, nutrição, médicos, assistentes sociais, entre outros.

Nas rotinas de atendimento a pacientes crônicos, é comum observar a oscilação dos comportamentos relacionados à adesão ao tratamento. O índice de pacientes cuja adesão apresenta-se em um nível inferior ao necessário para manutenção da qualidade do tratamento gira em torno de 50% (Funchal, 2000; Moreira, Maciel & Araújo, 1999, citado por Terra, 2007; Wilkis, Sargeant, Gulliford, Reid & Forrester., 2000, citado por Terra, 2007). Geralmente, essa não adesão é evidenciada a partir dos exames laboratoriais realizados mensalmente, que visam a manutenção do quadro de saúde do paciente e guiam as condutas a serem tomadas pela equipe multidisciplinar.

Arruda e Zannon (2002) defendem que o tempo de tratamento e a ausência de sintomas em alguns pacientes trabalham enquanto facilitadores da não adesão ao tratamento, isto porque, com o conhecimento da rotina, das oscilações comuns dos exames e por saberem que a recuperação do seu quadro muitas vezes ocorre de forma rápida e com pequenos manejos comportamentais e privações, os pacientes tenderiam a se comportar em prol de reforçadores⁴ imediatos como o consumo de alimentos proibidos, consumo excessivo de líquido e bebidas alcoólicas, ausências eventuais ao tratamento, etc.

⁴ Segundo Baum (1994/1999, p. 76), são eventos que “tendem a fortalecer o comportamento que os produz”. Skinner (1953/2003) defende que a palavra *reforço* seja compreendida apenas em termos de efeito dos estímulos sobre o comportamento, ao implicar inexoravelmente no aumento da probabilidade de emissão da resposta, assim evitando que se defina reforço positivo a partir da apresentação de estímulos “agradáveis” ao organismo, ou negativo quando remoção de estímulos “desagradáveis” ao organismo, visto que as qualidades “agradável” ou “desagradável” também são passíveis de modificação a partir das contingências em atuação na vida do sujeito.

A busca pelo prazer imediato, desconsiderando as consequências e prejuízos em sua saúde que poderão ser sentidos num momento posterior, é característica da não adesão eventualmente apresentadas por pacientes crônicos de longa data. Em curto prazo, os sintomas decorrentes desta conduta não são percebidos, porém, com o acúmulo de peso devido à ingestão excessiva de líquidos e do aumento de substâncias tóxicas no organismo, por exemplo, o sujeito passa a sentir náuseas, falta de apetite, prurido na pele e falta de ar pelo acúmulo de líquido nos pulmões, para citar alguns (Terra, 2007).

Pacientes assintomáticos, dentre os sujeitos adoecidos, podem apresentar maiores dificuldades na adaptação ao tratamento e, em longo prazo, inevitavelmente virão a sofrer com a série de sintomas inerentes a não adesão, podendo chegar a óbito, contribuindo com a alta taxa de mortalidade registrada pela SBN em 2009⁵, em torno de 18%.

Os familiares, neste momento, desempenham papel importante no resgate da adesão ao tratamento pelo paciente (Abreu-Rodrigues, 2008). Desenvolver repertórios comportamentais com os familiares para nestes episódios saberem lidar com o ente adoecido faz parte do trabalho do psicólogo hospitalar. Muitas vezes, o ensino sobre as condutas, rotinas de tratamento e cuidados com a saúde não são repassadas aos familiares, que acabam sentindo dificuldade em distinguir quando o paciente está ou não se engajando em comportamentos compatíveis às recomendações médicas.

A família deverá aprender a lidar com estas situações de forma assertiva, aprender o conteúdo e técnicas para apoiar o familiar doente nos momentos de

⁵ Sociedade Brasileira de Nefrologia – Censo 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n4/v32n4a07.pdf>. Acessado em 14 de Fevereiro de 2012.

dificuldade, reafirmando o que a equipe de saúde recomendou ou mesmo compartilhando das restrições às quais o paciente é submetido, facilitando a retomada de seu engajamento em comportamentos pró-saúde (Guimarães, 1999; Arruda & Zannon, 2002).

Para além do auxílio prestado ao sujeito adoecido, enquanto observação e controle dos comportamentos apresentados, os familiares deverão fazer parte da clientela atendida pelo psicólogo hospitalar, vez que também sofrem com os efeitos e participam desta rotina de tratamento (Guimarães, 1999).

O trabalho pela boa adesão do paciente exige, portanto, que o psicólogo tenha uma conduta pró-ativa junto à equipe multidisciplinar na formulação de estratégias que se adaptem à realidade de cada paciente, considerando os aspectos sociais, econômicos, familiares, entre outros.

Descrever em termos topográficos como os sintomas são apresentados ou como o paciente manifesta o comportamento de não adesão (seja faltando a sessões ou não tomando medicações, por exemplo) não possibilita o acesso à etiologia e contingências⁶ atuais de manutenção destes comportamentos, que são peculiares e únicas para cada paciente. Este tipo de descrição é frequentemente encontrado no trabalho de psicólogos hospitalares e a tentativa que muitas vezes se faz é de levantar características pessoais dos indivíduos e tratamento que possam estar influenciando estes comportamentos, através da formulação de uma avaliação psicológica e de psicodiagnósticos. Esta investigação focada no problema, apesar de parecer prática e bem embasada, quando realizada de forma incompleta ou quando é finalizada com a

⁶ Para Souza e Teixeira (2006, p. 28), refere-se aos “componentes das relações comportamentais que apresentam relação de dependência entre si”. Completa-se com a definição de Medeiros (2010), que as define enquanto relações entre a ocorrência de um comportamento e sua consequência (enquanto probabilidade) ou, ainda, relações do tipo “se... então...”.

simples apresentação do diagnóstico, gera dados circulares, que pouco explicam a real origem do problema e onde deverá ser o foco de atuação do profissional para facilitar mudanças, pouco contribuindo, então, no delineamento de estratégias eficazes de acompanhamento.

Para tal, é necessário, ao analista do comportamento que trabalha em ambiente hospitalar, a compreensão e diferenciação dos objetivos dos diagnósticos psicológicos tradicionais do diagnóstico ou formulação comportamental, apresentados no próximo capítulo, que possibilitarão esclarecer, futuramente, como são estabelecidas as estratégias de intervenção para Análise do Comportamento.

Capítulo 2. O Diagnóstico Psicológico em Ambiente Hospitalar

2.1. Definição de Diagnóstico, Psicodiagnóstico, Avaliação Psicológica e o Problema dos Métodos Diagnósticos Tradicionais

O diagnóstico médico tradicional, baseado em sintomas apresentados pelos pacientes, difere-se em muitos aspectos do psicodiagnóstico e outras formas de avaliação psicológica ou métodos de coleta de dados utilizados pelos psicólogos.

A palavra diagnóstico, pela definição do Moderno Dicionário da Língua Portuguesa⁷, consiste em qualificar uma enfermidade ou estado fisiológico com base nos sinais observados, pela comparação de seus sintomas. Segundo Dor (1991, citado por Abel, 2008, p. 143), “na medicina, o diagnóstico se processa baseado em uma semiologia, com o objetivo de observação para determinar a natureza da doença (etiologia), como também de classificação para enquadramento em uma nosografia (diagnóstico diferencial)”.

Prática exclusiva do psicólogo e regulamentada pelo Código de Ética Profissional e pela Lei nº 4.119 de 1962, a avaliação psicológica é, com frequência, confundida com o psicodiagnóstico (Cunha, 2000). A autora refere que o psicodiagnóstico, enquanto um dos modelos de avaliação psicológica que são utilizados com propósitos clínicos, utiliza-se de métodos menos individualizados ou subjetivos na coleta de dados e foca na existência ou não de psicopatologias.

O psicólogo que realiza psicodiagnóstico, ao se propor medir “forças e fraquezas no funcionamento psicológico” do cliente, utiliza instrumentos padronizados que avaliam em parâmetros “os limites da variabilidade normal” do sujeito, considerando

⁷ Dicionário Michaelis. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=diagn%F3stico> . Acessado em 28 de março de 2012.

as linhas de base⁸ das pesquisas realizadas na criação destes instrumentos (Yager & Gitlin, 1999, citado por Cunha, 2000, p. 23).

As possibilidades na realização de uma avaliação psicológica incluem, porém, a utilização de estratégias de coleta de dados mais amplas, menos amparadas por parâmetros nomotéticos. Através de entrevistas não-estruturadas ou semi-estruturadas e observação do comportamento em ambiente natural, por exemplo, é possível acessar os conteúdos pertinentes à sua história de vida e particularidades do repertório do sujeito.

O psicólogo, ao realizar uma avaliação psicológica, pode se utilizar de técnicas do seu trabalho rotineiro como entrevistas, coleta de dados por observação e dinâmicas de grupo ou, ainda, instrumentos de avaliação psicológica regulamentados pelo CFP, tomando a devida cautela na aplicação destes instrumentos e interpretação dos seus dados.

A busca por dados parametrados e possibilidades de classificação do sujeito diante de uma linha de base considerada normal é derivada das ciências médicas e vem sendo aplicada às ciências humanas, dentre elas a Psicologia, ao se inferir que sistemas classificatórios e diagnósticos elaborados através de testes psicométricos, por exemplo, possuem maior fidedignidade pela sua capacidade de replicação (Cunha, 2000).

A criação de manuais de classificação de transtornos mentais é outro exemplo da tentativa de se parametrar estes dados. Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002), o surgimento do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) ocorreu por volta de 1840, a partir de tentativas de verificar a

⁸ Para Matos (1993/1995), consiste na história passada do indivíduo ou o repertório comportamental inicial apresentado por ele.

incidência de certas psicopatologias na população. Seu lançamento teria sido influenciado por pesquisas estatísticas realizadas até a 2ª Guerra Mundial (1939 a 1945), onde um sistema de nomenclaturas fora desenvolvida com o objetivo de contemplar os “quadros apresentados em ambulatório por combatentes e veteranos” (APA, 2002, p. 23).

O DSM é associado com frequência ao Código Internacional de Doenças (CID), elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de listar os diagnósticos de doenças orgânicas e identificá-los com respectivos códigos, vez que o surgimento da primeira versão do Manual ocorreu a partir do lançamento da sexta edição do CID, em 1952, que apresentava uma seção dedicada aos transtornos mentais até então inexistente (Banaco, 1999).

Segundo Cândido e Souza (2009), as Resoluções do CFP n.º 007/94 de 28/10/94 e Resolução do Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (CRP-06) n.º 008/94 de 08/08/94, ao reconhecerem a legalidade dos atestados psicológicos, fortaleceram a necessidade dos psicólogos em aderir à Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 como fonte de enquadramento de diagnósticos. Estes autores questionam, porém, as possibilidades de coincidência entre tal classificação e as concepções de doença mental em uso pelos profissionais de Psicologia.

Segundo a APA (2002, p. 29), o DSM-IV é uma “classificação categórica, que divide os transtornos mentais em tipos, com base em conjuntos de critérios com características definitórias”, logo, o manual trata de classificar (categorizar) os transtornos mentais com base nas características que os definem (classificação nosográfica) como a topografia da resposta apresentada e a frequência com que os sintomas ocorrem, utilizando-se do mesmo referencial do CID-10 ao comparar as características levantadas de cada indivíduo com um grupo de sujeitos “normais”.

Cunha (2000) refere que as alterações realizadas na quarta versão do DSM (DSM-IV) visam o incremento da compatibilidade deste com o CID-10, ou seja, reforçam as características do formato médico de diagnóstico. Mesmo defendendo a existência da utilidade em termos de comunicação, a APA (2002) preconiza que as elaborações dos diagnósticos devem ser apenas o início da conduta do profissional, devendo, para o desenvolvimento de um plano de tratamento adequado, seguir com uma coleta de informações adicionais acerca da pessoa que está sendo avaliada, que vão além das exigidas para fazer um delineamento diagnóstico proposto pelo Manual (APA, 2002).

A exclusiva utilização de testes psicológicos por profissionais formados em Psicologia (Lei número 4.119/62 e Resolução CFP 002/2003) constitui uma vitória para a categoria, porém, assim como a avaliação psicológica tem uma utilidade restrita quando se utiliza exclusivamente dos manuais de classificação, os testes possuem pouca utilidade quando seus dados são meramente comparativos. Segundo o Manual de Avaliação Psicológica, elaborado pelo CRP-08 (Machado & Morona, 2007), os testes psicológicos possibilitam aos profissionais que o utilizam observar o comportamento de forma padronizada e julgar se eles encontram-se, segundo o próprio teste, dentro das condições observadas na população normal pesquisada durante a sua construção.

Juntando-se a aplicação de testes de forma isolada, dissociada de uma investigação minuciosa sobre as contingências em atuação na história de vida e contexto atual do avaliando a uma noção de normalidade (padrão normal), corre-se o risco, porém, de se delinear condutas e estratégias de intervenção incompletas, que não considerem as particularidades das vivências de cada sujeito e que pouco contribuirão para o alívio do sofrimento de quem buscou atendimento.

Giannotti (1995, citado por Oliveira & Ismael, 1995) pontua as considerações de Simon (1983) corroborando a ideia de que os sistemas diagnósticos psiquiátricos e psicanalíticos deixam muitos casos sem classificação, trabalham com limites tênues nas classificações entre o normal e patológico e, para finalizar, possuem pouco potencial prognóstico, não conduzindo a uma psicoterapia bem delimitada. O trabalho com categorias diagnósticas fechadas também é criticado por Cavalcante e Tourinho (1998), por restringir o potencial de trabalho, além de (o viés internalista) acabar numa circularidade pouco produtiva para o terapeuta e para busca de melhora pelo indivíduo.

Esta restrição inerente ao diagnóstico nosológico é também percebida por Abel (2008), ao ponderar que o foco na distinção das categorias diagnósticas adia a discussão sobre as possibilidades de tratamento, ampliação do conhecimento e do aprimoramento dos métodos de trabalho.

Assim, todas as formas de coleta de dados que gerem diagnósticos fechados, não permitindo uma extensão da investigação e desenvolvimento de hipóteses, são pouco úteis na formulação de estratégias de intervenção. A avaliação acaba restringindo-se a um fator comportamental dissociado do contexto em que o sujeito está inserido, chegando-se assim a uma análise enviesada e incompleta sobre a problemática apresentada, que ignora a investigação a respeito das funções que estas respostas desempenham e das características do ambiente em que o sujeito está inserido (Banaco, 1999).

2.2. O Diagnóstico ou Formulação Comportamental

Baseada na Análise do Comportamento, o diagnóstico ou formulação comportamental busca organizar as informações obtidas pelo terapeuta no

acompanhamento do cliente. Neles, são especificadas as contingências em atuação na emissão de uma classe de respostas que se relacionam com suas queixas (análises funcionais), possibilidades de manipulação destas contingências (de forma que a probabilidade de ocorrência desta resposta aumente ou diminua), e delineamento de objetivos, cujo objetivo final é possibilitar que a ocorrência de respostas fique sob controle do cliente ou do analista do comportamento (Cavalcante, 1999; Moraes, 2010). Por se tratar de um modelo cujo arcabouço teórico revela a idiosincrasia das respostas apresentadas, tanto entre indivíduos quanto na emissão de uma resposta pelo mesmo indivíduo, a formulação comportamental é um instrumento dinâmico e modificável na medida em que o cliente faz novos relatos e interage com o ambiente em que está inserido (Albuquerque, Natalino & Ruas, 2010; Cavalcante, 1999).

Se tratando de sujeitos adoecidos e submetidos a esquemas de tratamento rígidos, como o caso dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, a formulação ou diagnóstico comportamental poderá especificar os mantenedores dos comportamentos geradores de sofrimento, além de permitir compreender como o repertório de autocontrole pode ser desenvolvido, de forma a auxiliar o paciente na adesão ao esquema de tratamento ao qual é submetido.

A partir da visão externalista de causa e da importância da investigação histórica sobre a origem dos repertórios comportamentais apresentados pelos indivíduos, a Análise do Comportamento diferencia sua abordagem dos modelos tradicionais de classificação diagnóstica como o CID-10 e DSM-IV-TR.

Cavalcante e Tourinho (1998) referem que estes sistemas diagnósticos, que apresentam ênfase na topografia do comportamento, trabalham com um viés internalista de causa e com avaliações nomotéticas, ou seja, identificam as relações causais envolvidas na apresentação de um comportamento (“problema”) em vários

clientes, para, então, delinear uma curva “normal” de apresentação dos comportamentos. Estas pesquisas acabam por definir critérios diagnósticos de comportamentos patológicos, a partir da comparação do sujeito estudado com um grupo de sujeitos considerados normais. Aquele que apresenta uma resposta fora deste padrão tem seu comportamento definido como patológico, disfuncional ou inadequado.

Segundo Banaco (1999), estes sistemas, ao descreverem somente a topografia da resposta, deixam de investigar como esta se instalou no repertório comportamental do sujeito e incentivam o uso de técnicas de eliminação de sintomas, ignorando a relação comportamental por trás delas. A eliminação do sintoma, para a Análise do Comportamento, em nada contribui para o alívio do sofrimento do sujeito uma vez que, permanecendo a relação comportamental, a resposta que fora suprimida poderá ser substituída por novas formas de responder que apresentem a mesma função da anterior e, por ser um subproduto da primeira, esta resposta pode ser ainda mais difícil de ser trabalhada e ter suas variáveis controladoras identificadas com maior dificuldade.

Uma produção interessante de Hayes e Follette (1992, citado por Cavalcante, 1999) debate sobre a validade da criação de um sistema diagnóstico alternativo ao DSM, que se utilize da análise funcional enquanto um procedimento replicável na avaliação dos sujeitos. Para estes autores, a classificação topográfica auxiliaria na identificação de unidades funcionais anormais, facilitando o viés de investigação do terapeuta analítico-comportamental. Eles receberam diversas críticas, principalmente sobre a dificuldade de se enumerar todas as possíveis funções que uma resposta pode estar desempenhando em uma relação funcional.

O que se tira destes estudos sobre a utilização de manuais de classificação diagnóstica é que sua pouca utilidade na descrição e investigação do quadro para além das características topográficas que apresentam (uma vez que respostas podem ter topografias iguais e funções diferentes para cada sujeito) persevera sobre as possíveis qualidades que possam vir a apresentar, que se restringem à facilitação da comunicação entre profissionais e com os planos de saúde que exigem o delineamento de diagnósticos específicos para fins de reembolso (Cavalcante & Tourinho, 1998).

Estes manuais não encerram todas as possibilidades de apresentação dos “problemas”, tão numerosos quanto o número de pacientes atendidos. Alguns casos que geram sofrimento e dor aos pacientes, seguem sem diagnósticos específicos e só podem ser compreendidos à luz da análise funcional do comportamento, que irá esclarecer os motivos pelos quais, apesar de causarem sofrimento ao organismo, algumas respostas seguem sendo emitidas pelos sujeitos, como se verá a seguir.

Capítulo 3. A Análise Funcional do Comportamento e o Desenvolvimento do Repertório de Autocontrole

3.1. A Análise do Comportamento

A Análise do Comportamento é uma ciência derivada do Behaviorismo Radical de B. F. Skinner e preconiza a realização de análises funcionais para compreensão do comportamento humano, o que, em outras palavras, significa identificar as condições externas ao organismo das quais o comportamento é função (Skinner, 1953/2003).

Segundo Matos (1998), ela teve entrada no Brasil a partir da Universidade de São Paulo (USP), em 1961. Caracterizada por priorizar o estudo das variáveis ambientais na determinação do comportamento, segue em processo de expansão e vem firmando sua aplicabilidade em diversas áreas, entre elas, a hospitalar.

A investigação inicial realizada pelo analista do comportamento parte do levantamento de dados a respeito da tríplice contingência envolvida na emissão de uma resposta, composta por pelo menos três termos, a dizer: os eventos antecedentes (estímulo discriminativo ou ocasião em que o comportamento ocorre), o próprio comportamento e as consequências ou alterações no ambiente geradas por ele (consequências reforçadoras ou punitivas, que alteram a probabilidade de esse comportamento ser emitido novamente no futuro, diante de uma estimulação semelhante). Uma alteração nesta cadeia, seja qual for, é capaz de modificar toda a relação (Meyer, 1997; Skinner, 1953/2003).

A identificação de operações estabelecedoras ou mudanças no ambiente que alteram a eficácia de um evento ou objeto enquanto reforçador e, por consequência, alteram a probabilidade de uma resposta ser emitida novamente é outro aspecto importante para compreensão do repertório apresentado pelo sujeito. Dentre as

operações estabelecidas, as mais conhecidas são as situações de privação, saciação e estimulação aversiva (Meyer, 1997).

Para compreender, por sua vez, como esta relação influencia a vida dos sujeitos, basta saber que, para o Behaviorismo Radical, parte do repertório comportamental apresentado pelos organismos humanos é fruto de aprendizado, e são justamente as contingências de reforçamento e punição que possibilitam sua ocorrência. Chama-se de contingências de reforçamento as situações em que a consequência apresentada após a emissão de uma resposta aumenta a frequência ou probabilidade de esta resposta ocorrer novamente. A definição do termo *reforçador* é funcional, ou seja, só se define um reforçamento se, após a apresentação de uma classe de estímulos, houver o aumento da frequência ou da força do comportamento que a precedeu (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Skinner 1953/2003).

Definir eventos reforçadores como estímulos “agradáveis” ao organismo ou utilizar um viés internalista para explicar o comportamento humano é combatido no Behaviorismo Radical, dada a subjetividade de compreensão do termo – o que é agradável para um sujeito pode não o ser para outro – além de ser pouco capaz de explicar cientificamente a relação firmada entre os termos (Cavalcante & Tourinho, 1998).

Pode-se distinguir o processo de reforçamento enquanto positivo ou negativo (assim, denominados reforçamento positivo e reforçamento negativo), a partir da apresentação ou retirada de um estímulo do ambiente. Ou seja, o comportamento de um organismo pode ter sua frequência de apresentação aumentada por terem sido adicionados novos estímulos ao ambiente (positivo) ou por terem sido retiradas/interrompidas/adiadas as apresentações de estímulos aversivos (negativo).

Em contrapartida, diminui-se a probabilidade de emissão de uma resposta a partir da apresentação de uma consequência aversiva (punição). A punição, assim como o reforço, altera a probabilidade de uma resposta ocorrer novamente, porém neste momento, para uma frequência menor que a anterior, seja através da apresentação de um estímulo aversivo ao organismo (punição positiva) ou da retirada/adiamento de um estímulo reforçador (punição negativa). Dentre as formas de reduzir a probabilidade de um organismo emitir uma resposta, a punição é a que mais produz efeitos colaterais no organismo, tais como raiva, ódio, frustração, respostas de contracontrole, etc. Devido a estes efeitos, os esquemas de punição ou extinção (caracterizada pela ausência de apresentação da consequência) são preteridos ao reforçamento positivo no trabalho com ampliação e estabelecimento de repertórios comportamentais na aprendizagem.

Para Skinner (1953/2003), então, os comportamentos operantes (ou aqueles que *operam* no ou alteram o ambiente gerando consequências que, em contrapartida, aumentam sua frequência) podem ser fortalecidos a partir do reforço, resultando num processo de aprendizagem chamado condicionamento operante. Este condicionamento sinaliza ao organismo que seu comportamento está sendo efetivo na sua adaptação ao ambiente. O comportamento não surge, então, pronto no repertório do indivíduo, mas passa por um processo de modelagem ou de aproximações sucessivas até a sua apresentação menos custosa e mais eficiente.

Nem todo comportamento aprendido, porém, é fruto de um processo de modelagem de forma a refinar sua forma de apresentação. A modelação ou aprendizagem por observação, segundo Baum (1994/1999), ocorre devido à sensibilidade do aparato humano para ser afetado por estímulos que vêm de outros humanos, em outras palavras, o condicionamento pode ocorrer de forma indireta, por

meio da aprendizagem por observação e da observação do condicionamento dos outros, por exemplo. Para o autor, ela é essencial para o desenvolvimento de uma cultura, pois economiza tempo de aprendizagem na aquisição de comportamentos adaptativos à sobrevivência da espécie.

Na investigação sobre as variáveis das quais o comportamento é função, podemos ter acesso às regras disponibilizadas por outros indivíduos que compartilham da mesma comunidade verbal, minimizando o contato aversivo com algumas experiências. Por simplificarem ou especificarem quais comportamentos têm acesso mais rápido à consequência desejada, o aprendizado por regras facilita a ampliação do repertório comportamental (Baum, 1994/1999).

Para Medeiros (2010), as regras (instruções, conselhos e sugestões) especificam o que uma pessoa deve fazer e o que ela irá alcançar se comportando de determinada maneira, ou seja, especificam uma contingência. O comportamento governado por regras difere-se da exposição direta às contingências uma vez que ele supõe a presença de um agente especificador das contingências em atuação, ao passo de que, na exposição direta, o organismo vivencia de forma direta, no ambiente, as consequências inerentes à emissão de uma resposta. A aprendizagem por regras é, por isso, mais rápida e produz menos contato com estímulos aversivos.

Um problema encontrado na emissão de regras na clínica psicológica, assim como no ambiente natural, é que a regra geralmente não desenvolve a habilidade do sujeito em analisar as relações entre o comportamento e as consequências (i.e., realizar análises funcionais), aumentando a probabilidade de ficar dependente de regras. Desse modo, pode ficar pouco sensível às mudanças nas contingências e apresentar respostas incompatíveis com o demandado pelo ambiente, prejudicando o sujeito (Medeiros, 2010).

Discussões vêm sendo apresentadas a respeito da diferenciação entre o comportamento governado por regras e o controlado por contingências. Por exemplo, Kohlenberg e Tsai (1991/2001) consideram que o organismo, ao ser exposto a uma regra, estaria necessariamente se expondo a contingências, visto que uma regra seria uma espécie de estímulo prévio. Assim, os autores consideram que todo comportamento é, em sua origem, modelado por contingências.

Dentre os efeitos prejudiciais do comportamento governado por regras, pode-se citar a dificuldade em emitir respostas de autocontrole, que são extremamente necessárias no contexto saúde-doença, na adesão às terapêuticas propostas em tratamentos de longo prazo e na busca por qualidade de vida. Geralmente, a capacidade do sujeito em conseguir controlar seu próprio comportamento é atribuída a um fator de personalidade como perseverança, obstinação, caráter, ou enquanto fruto de pensamentos positivos e de determinação.

O que precisa ser ressaltado é que a explicação do comportamento em termos funcionais ou a partir da tríplice contingência, buscando no ambiente as variáveis das quais o comportamento é função, não exclui da análise os sentimentos ou sensações do organismo, chamados por Skinner (1953/2003) de comportamentos privados.

Para o autor, estas respostas devem ser compreendidas na relação funcional da mesma forma como são os comportamentos públicos, ou seja, estão sujeitos aos mesmos estímulos discriminativos e reforçadores que afetam todos os comportamentos e podem ter tanto efeito controlador na resposta subsequente quanto uma resposta pública.

Explicar estes eventos privados (ou respostas encobertas) de forma semelhante às respostas abertas (públicas) possibilitou a compreensão de comportamentos até então considerados como características de personalidade dos organismos, além de

fundamentar a crítica à circularidade do argumento internalista considerado falho na busca por uma mudança comportamental, pois, sendo uma variável dependente, o comportamento (seja ele público ou privado) não pode ser considerado causa de outros comportamentos (Cavalcante & Tourinho, 1998; Nery & de-Farias, 2010).

Skinner (1953/2003) cita as necessidades, desejos e impulsos como exemplos destas causas interiores popularmente utilizadas e que podem ser melhor compreendidos pela investigação das contingências sob as quais a resposta fora apresentada, como, por exemplo, as condições anteriores de privação do organismo. A impulsividade, porém, não se relaciona simplesmente com condições de privação. Se assim fosse, seria difícil, por exemplo, explicar os casos de abuso alimentar e sexual em organismos saciados e a presença do autocontrole em organismos em privação.

O autocontrole, enquanto resposta antagônica à impulsividade, é um conceito bastante utilizado como justificativa para os comportamentos cujas variáveis das quais é função não são facilmente identificadas, atribuindo-se a ele o caráter internalista de perseverança, fazendo com que a presença ou ausência dele justifique os motivos pelos quais uma pessoa se comporta da forma como se comporta ou se comporte de forma controlada. Retomando a discussão anterior, trata-se aqui de um comportamento como causa de outro.

O autocontrole, enquanto manipulação de variáveis que alteram a probabilidade de outro comportamento próprio ocorrer, deve também ser compreendido a partir de relações funcionais e do contexto de interação do indivíduo (Nery & de-Farias, 2010; Nico, 2011; Skinner, 1953/2003).

O indivíduo tende a emitir respostas de autocontrole (controlar parte de seu comportamento) quando submetido a contingências conflitantes, por exemplo,

quando uma resposta pode ser conseqüenciada tanto de forma reforçadora quanto de forma punitiva. Assim, o organismo emite uma resposta controladora quando identifica a conseqüência punitiva para uma resposta e busca manipular as variáveis presentes no ambiente das quais esta resposta é função. A diferença principal do comportamento de autocontrole consiste, então, em conhecer as respostas e as conseqüências (Nico, 2011).

Cruz (2006) exemplifica bem a dificuldade de compreender o comportamento de autocontrole enquanto determinado por fatores ambientais através da diferenciação do comportamento dito impulsivo daquele controlado. No primeiro caso, o comportamento está sob controle de estímulos que ocorrem imediatamente após sua emissão (reforçadores imediatos), ou seja, trata-se de um indivíduo que está sob controle do ambiente imediato que o cerca, enquanto o segundo (sujeito que emite respostas de autocontrole) estaria sob controle de conseqüências atrasadas. Em ambos os casos, os comportamentos dos sujeitos estão sob controle do ambiente e devem ser analisados a partir das histórias de reforçamento e das circunstâncias em que o comportamento foi emitido.

A diferença entre a resposta controlada e a não controlada pode decorrer, dentre outras variáveis, do emparelhamento de respostas emocionais aversivas (de arrependimento, culpa e ansiedade, por exemplo) à contingência e seus reforçadores positivos. As respostas emocionais competem com os reforçadores positivos da resposta não controlada, podendo enfraquecer a probabilidade de serem emitidas novamente (Skinner, 1953/2003). Assim, supõe-se que a sociedade seja a maior responsável pela regulação deste comportamento de autocontrole, através da desaprovação de certos comportamentos. As respostas emocionais e as outras respostas controladoras, diante desta desaprovação, serão automaticamente

reforçadas (negativamente) ao evitar a estimulação aversiva do organismo (sentir culpa, arrependimento, ansiedade, etc.).

Como dito anteriormente, Skinner (1957/1978) afirma que a partir do comportamento verbal, os homens foram capazes de descrever as contingências às quais estavam submetidos e, com isso, foi possível que um indivíduo desenvolvesse um repertório não passando por uma experiência diretamente ou por um processo de modelagem de tais respostas. Há uma economia de tempo neste processo, vez que não é necessário esperar até que ocorra uma variação do comportamento esperado para que este seja reforçado, nem tão pouco que este repertório seja modelado até a apresentação da topografia esperada da resposta.

Outros benefícios do comportamento verbal referem-se à diminuição dos danos que poderiam ocorrer caso a geração de novas respostas ocorresse somente por modelagem: o estabelecimento de um repertório em situações em que as consequências das respostas são tão atrasadas que a possibilidade de fortalecer o comportamento é dificultada e quando as consequências imediatas são contrárias àsquelas de longo prazo (Sério, 2005; Skinner, 1953/2003).

É importante frisar que as variáveis a serem manipuladas no controle do comportamento nem sempre são acessíveis ou facilmente identificadas pela comunidade verbal em que o sujeito está inserido e, por isso, facilmente se retorna às explicações circulares, dizendo que o sujeito se controla porque tem força de vontade ou porque é inteligente.

Também é importante referir que não necessariamente uma pessoa emitirá uma resposta controladora (comportamento de autocontrole) diante de uma contingência conflitante, isto por causa do potencial de alguns reforçadores, a exemplo do sexo e do alimento, tidos como reforçadores naturais para o ser humano. Deve-se considerar

também que a presença de instruções, conselhos, leis, etc., não produzirão quaisquer alterações no comportamento do sujeito caso ele não tenha passado por uma história de reforçamento diante destes mesmos comandos (Sério, 2005; Skinner, 1953/2003).

Abreu-Rodrigues e Fava (2007) citam a Lei da Igualação proposta por Herrnstein, em 1970, como um dos fatores a serem ponderados na compreensão do autocontrole. As autoras colocam que a capacidade de escolha baseia-se na magnitude do reforço apresentado, no atraso de sua apresentação, na experiência prévia do indivíduo com reforços atrasados e com tarefas de alto custo, bem como no nível de privação do indivíduo.

A compreensão da história de reforçamento de um indivíduo, como se pode observar, é essencial para o entendimento dos padrões comportamentais por ele apresentado, inclusive o de autocontrole. No trabalho com pacientes hospitalizados ou sujeitos adoecidos, a investigação histórica destas variáveis é ainda mais necessária e valiosa, de forma a possibilitar a adesão à terapêutica estabelecida. Desconhecendo as contingências das quais o comportamento é função, a atuação do psicólogo fica restrita ao comportamento em si, sendo alterada somente a topografia com que ele é apresentado, sem compreender como fora instalado no repertório comportamental do sujeito. A investigação das contingências permite que as explanações internalistas, os critérios diagnósticos utilizados pelos manuais classificatórios e dados revelados por alguns instrumentos de avaliação psicológica sejam revisados e utilizados com cautela, vez que pouco contribuem para o delineamento de estratégias de acompanhamento e intervenção eficazes.

Estes instrumentos buscam avaliar diversos parâmetros do sujeito, muitas vezes a partir de uma queixa identificada ou uma suspeita diagnóstica. A compreensão ou enquadramento desses dados em classificações e a comparação entre sujeitos, apesar

de elucidar os sintomas apresentados, não evidenciam o prognóstico do quadro ou sua origem.

3.2. Visão Analítico-Comportamental dos Comportamentos “Inadequados”

A crítica sobre a circularidade com que os estados internos (raiva, desejo, etc.) explicam os fenômenos comportamentais, como afirmam Cavalcante e Tourinho (1998), também pode ser utilizada na qualificação de comportamentos enquanto inadequado, problemático, desviante.

Para Banaco (1997), a partir do momento que se compreende a necessidade de contextualizar o comportamento, identifica-se que, na história de desenvolvimento do repertório comportamental do sujeito, aquele comportamento “inadequado” apresentado exerce uma função específica, ou seja, dentre as possibilidades de resposta na história do indivíduo, esta fora a selecionada e, por isso, é adaptativa dentro das contingências que a mantêm.

Para o autor, se for feita uma análise funcional molar da situação na qual o comportamento “patológico” se apresenta, seria possível compreender que este seria um exemplo plausível de comportamento que poderia acontecer diante de tais contingências. Segue afirmando que a diferença consiste no fato de que o comportamento dito “inadequado”, na verdade, é controlado por contingências ou governado por regras não compartilhadas por outras pessoas e causam, de alguma forma, sofrimento para quem o emite.

Falando em sujeitos que apresentam doença renal crônica e, em específico sobre suas respostas de seguir regras ou não (aderir ao tratamento, seguindo as recomendações passadas pela equipe de saúde), pode-se compreender porque a utilização do termo comportamento disfuncional é equivocada. Os comportamentos,

dadas as contingências nas quais ocorrem, devem ser compreendidos segundo as mesmas e, por consequência, podem ser descritos enquanto uma adaptação do sujeito à realidade que se apresenta. Qualquer resposta emitida, mesmo que seu resultado final seja o prejuízo da saúde do próprio indivíduo (chamado de comportamento de risco), exerce uma função contingencial em sua vida, seja ela de reforçamento positivo (emitindo tal resposta, o indivíduo tem acesso à aprovação/suporte social frente a um contexto aversivo, por exemplo) ou negativo (enquanto esquiva de situações incômodas).

Para Saban (2011), todo comportamento é funcional, produz algum reforço, alguma vantagem e, por isso, se mantém. As consequências, porém, deste comportamento podem ser aversivas, fugindo do previsto. Geralmente, chama-se de problema ou caracteriza-se um comportamento como “disfuncional” ou “inadequado” quando esse problema é apresentado. Este problema é traduzido na apresentação de um excesso ou *déficit* comportamental (Kanfer & Saslow, 1976).

Para Delitti e Derdyk (2008), os excessos ou *déficits* comportamentais referem-se aos comportamentos que são emitidos em situações inadequadas e apresentam frequência, duração ou intensidade incompatíveis com a possibilidade de obter reforçamento positivo ou negativo. Kanfer e Saslow (1976) definem, resumidamente, excesso comportamental como uma classe de comportamentos descrita como problemática pelo paciente ou pela audiência devido a excesso em frequência, intensidade, duração ou ocorrência em condições em que os valores esperados ou socialmente aceitos fossem próximo à zero. Os *déficits*, por sua vez, como uma classe de respostas descrita como problemática porque deixa de ocorrer com suficiente frequência, intensidade adequada, da maneira apropriada ou sob condições socialmente previstas.

A definição de *déficits* e excessos é determinada pela avaliação cultural do comportamento, baseada nas consequências deste para outras pessoas. Para Kanfer e Saslow (1976), apesar de serem termos conceitualmente úteis, as inter-relações entre os itens do repertório não podem ser ignoradas, visto as constantes mudanças que ele sofre, ou seja, *déficits* e excessos não podem ser definidos isoladamente, mas dentro do contexto de desenvolvimento do repertório comportamental do sujeito.

No delineamento de estratégias de intervenção, é necessário acessar as reservas comportamentais do sujeito, ou os comportamentos não caracterizados como excessos ou *déficits*, de forma que se possa utilizar o repertório de desempenho competente em determinadas áreas como potenciais fontes de trabalho no desenvolvimento de outros repertórios. No caso do repertório de autocontrole, é necessário, por exemplo, que outros repertórios estejam bem desenvolvidos, por exemplo, o repertório de seguimento de regras.

3.3. Desenvolvimento do Repertório de Autocontrole para Adesão ao Tratamento

Na investigação do repertório para delineamento de condutas, o terapeuta analítico-comportamental trabalha inicialmente com a definição, junto ao paciente, do problema para o qual se busca solução, para, em seguida, desenvolver e discutir as estratégias que serão utilizadas. As intervenções direcionadas para o problema e as avaliações dos resultados destas intervenções farão parte da rotina do analista do comportamento interessado na manutenção da qualidade científica do trabalho que realiza.

Para Gorayeb e Guerrelhas (2003), esses são os passos necessários para o delineamento preciso da intervenção a ser realizada também em ambiente hospitalar.

Para tal, é necessário que o psicólogo, em entrevistas prévias, realize o diagnóstico comportamental, através do levantamento de dados sobre a história de vida desse paciente, do contato com familiares e equipe de saúde sobre os padrões comportamentais que ele vem apresentando e apresentou em situações de adoecimento anteriores. A análise das contingências presentes na vida do paciente, antes e depois do adoecimento e as respostas emitidas nestes contextos poderão servir como previsão para as possíveis respostas emitidas no presente, através da correlação do ambiente (contingência) anterior e atual.

Aplicada à realidade hospitalar, muitos dos clientes que são atendidos em situação de adoecimento apresentam *déficits* e excessos comportamentais que podem comprometer o bom andamento do tratamento como, por exemplo, um repertório deficiente no seguimento de regras, que pode gerar dificuldades na adesão à terapêutica proposta.

Para Delitti e Derdyk (2008) e Skinner (1953/2003), o autoconhecimento, enquanto capacidade de o indivíduo analisar as contingências de seu ambiente envolvidas em suas queixas, é o efeito mais promissor do acompanhamento terapêutico, uma vez que supera qualquer tipo de intervenção programada, produzindo resultados mais duradouros e generalizados. Para as autoras, o trabalho consistirá, então, em criar condições para que o(s) cliente(s) identifique(m) as contingências de reforçamento históricas e atuais, mantenedoras dos padrões considerados desadaptativos. Este é o primeiro passo também no desenvolvimento do repertório de autocontrole.

Dougher e Hackbert (1994/2003) pontuam, em um estudo do quadro de depressão, as possibilidades, enquanto função, que os sintomas apresentados podem desempenhar, a partir da compreensão das variáveis controladoras da resposta. Os

autores referem que diversas situações podem eliciar as respostas definidas no quadro de depressão, porém, apesar da topografia semelhante, estas respostas podem estar desempenhando funções diferentes. Exemplificam com casos de sujeitos cuja história era marcada por uma baixa densidade de reforço apresentado, casos de punição e extinção que fortaleceram repertórios de esquiva, ou que se apresentavam deprimidos devido à ausência de ambientes que disponibilizassem reforço positivo ou, ainda, casos de reforçamento do padrão de respostas de angústia típico dos depressivos (expressões faciais de tristeza, lamentação) com o aumento da atenção e apoio social.

Nestes exemplos, fica evidente como a atuação baseada em uma investigação detalhada da função da resposta apresentada é essencial. No ambiente hospitalar, o acesso aos *déficits* e excessos comportamentais do sujeito, de forma a identificar quais são concorrentes com o repertório pró-saúde pode ser considerado como um ponto de partida do terapeuta no desenvolvimento de um repertório de autocontrole que contribua para qualidade da adesão ao tratamento proposto.

Geralmente, o desenvolvimento deste repertório torna-se necessário nas situações em que o responder produz consequências reforçadoras imediatas, mas, em longo prazo, tem consequências que provocam conflitos (Abreu-Rodrigues & Beckert, 2004; Skinner, 1953/2003).

Diferentes métodos operantes na tentativa de desenvolver repertório de autocontrole já foram executados, por exemplo, o engajamento em padrões de resposta incompatíveis com o comportamento problemático e, em um segundo caso, métodos que visam aumentar a probabilidade de emissão de respostas objetivadas ou, no caso do acompanhamento de pacientes renais crônicos, comportamentos pró-saúde ou compatíveis com o tratamento ao qual é submetido. Segundo Rimm e

Masters (1983), na verdade, estes esquemas de desenvolvimento de repertórios de autocontrole envolvem simultaneamente a diminuição e aumento de categorias diferentes de respostas.

Técnicas derivadas da abordagem cognitivo e/ou cognitivo-comportamental também vêm sendo replicadas na clínica analítico-comportamental enquanto propostas para o desenvolvimento do repertório de autocontrole. Uma delas sugere que sejam realizados registros de ocorrência dos comportamentos que se deseja diminuir a ocorrência, de forma que seja possível identificar os estímulos no ambiente que dão origem a tal resposta e possíveis recompensas que o sujeito poderia fornecer a si mesmo quando emitisse respostas mais adequadas.

Rimm e Masters (1983) referem, porém, que, apesar de ser um dado valioso a ser utilizado, somente o registro não é eficaz na modificação do comportamento, pois a manutenção de um padrão comportamental desfavorável ao indivíduo envolve a presença de um reforço, possivelmente potente e disponibilizado em curto espaço de tempo (como também de longo prazo) na situação. Eles defendem o uso de instrução direta ou orientações sobre o que fazer, postulando que as recompensas externas viriam naturalmente.

No caso de sujeitos adoecidos, podemos exemplificar essa situação com o paciente que, apesar de orientado quanto à alimentação, faz abuso do consumo de certos alimentos impróprios devido ao efeito recompensador/prazeroso em ingeri-los. Nestes casos, somente a regra (orientação) não é suficiente para a modificação do comportamento, mas acredita-se que a repetição da informação, a sinalização dos benefícios que a modificação de conduta pode trazer e a vivência destes resultados (exposição às contingências resultantes desta modificação) podem sim, alterar o repertório comportamental do sujeito e provê-lo de algum tipo de autocontrole.

Skinner (1953/2003) afirma que o autocontrole consiste na emissão de uma resposta controladora e de uma resposta controlada, sendo a primeira a manipulação das variáveis ambientais das quais a resposta controlada é função. A alteração resultante desta manipulação na resposta controlada e a retirada da estimulação aversiva presente anteriormente (quando a resposta que agora é controlada era emitida de forma impulsiva) reforçam e acabam mantendo a emissão da resposta controladora. Abreu-Rodrigues e Beckert (2004) complementam a análise referindo ainda que a resposta controladora pode alterar variáveis de controle antecedentes (por exemplo, condições motivacionais, eliciadoras e discriminativas, que servem de ocasião para que a resposta controlada ocorra) ou, ainda consequentes (reforçadoras e punitivas) como o caso de recompensas e acesso a situações prazerosas somente se a meta pré-estabelecida for atingida.

No caso dos pacientes renais crônicos, como os efeitos negativos da não adesão à terapêutica estabelecida são vistos somente em longo prazo, a tendência é que o sujeito não tenha seu comportamento punido de imediato por burlar a prescrição. Para casos como este, Rimm e Masters (1983) referem outra técnica, também derivada da abordagem cognitivo-comportamental, conhecida como o modelo de etapas de Kanfer, elaborado em 1971, para desenvolvimento do repertório de autocontrole, que consiste nas etapas de automonitoria, auto-avaliação e autorreforço.

A etapa de automonitoria consistiria na realização de uma observação e registro do comportamento-alvo (no caso de pacientes renais crônicos, a ingestão excessiva de líquidos, a falta de administração de medicamentos, dieta, etc.), especificando a frequência com que ocorre, no caso da dieta, por exemplo, os tipos de comidas ingeridas, quantidade, as circunstâncias sob as quais o comportamento ocorre

(eventos anteriores e consequentes). Para Abreu-Rodrigues e Beckert (2004, p. 431), a automonitoria ou o “ato de observar o próprio comportamento” tende, por si só, a mudar o comportamento observado. A especificação, neste caso, dos eventos consequentes, pode facilitar a identificação da função do comportamento-alvo, os mantenedores deste padrão, possibilitando a definição de estratégias de intervenção mais eficazes.

Aliada à automonitoria deve estar a auto-avaliação, que seria uma avaliação que o sujeito faz do próprio comportamento (registrado), em termos comparativos, a um critério de desempenho. O estabelecimento destes critérios, em conjunto à utilização da estratégia de autorreforço favoreceria o desenvolvimento do autocontrole. Os autores referem que, apesar de não serem evidências científicas, os padrões auto-impostos (objetivos delineados pelos próprios clientes) levam a uma mudança comportamental maior que padrões impostos externamente (estabelecido por outros). Para Rimm e Masters (1983), a implementação de procedimentos de autocontrole seria ainda mais bem sucedida quando ocorresse no início da cadeia comportamental, ou seja, antecedendo o surgimento dos estímulos potenciais sinalizadores de um comportamento prejudicial.

O autorreforço é o resultado ou recompensa diante de uma avaliação positiva, consistindo, então, no acesso do cliente ao reforço anteriormente estabelecido. Inicialmente devem ser estabelecidas metas tangíveis, aumentando a dificuldade de acesso a este reforço gradualmente, assemelhando-se ao processo de modelagem. Abreu-Rodrigues e Beckert (2004, p. 268) afirmam que este tipo de método “fortalece a motivação e a aderência ao tratamento e promove a manutenção e generalização dos resultados”.

Outros métodos, além do elaborado por Kanfer, são bastante utilizados, como o da diminuição do controle de estímulo (controlador do comportamento-alvo que se pretende modificar), redução (afastamento) das situações em que o comportamento prejudicial ocorre ou, ainda, com o fortalecimento do estímulo controlador do comportamento desejado, condicionando-o a um conjunto de estímulos de forma a controlar a resposta desejada de forma mais precisa, por exemplo, associando-se a ingestão de remédios a um horário ou junto com uma refeição específica.

Skinner (1953/2003) cita ainda métodos tradicionais associados à punição, utilização de estimulação aversiva, extinção e manipulação de condições orgânicas do organismo como privação e saciação, como formas de alterar a probabilidade de emissão de uma resposta, destacando, porém, as consequências aversivas que tais métodos geram, como respostas de contracontrole, respostas emocionais de raiva e causadoras de sofrimento para o indivíduo. Para ele, a utilização de métodos que promovam o reforçamento de comportamentos alternativos e, conseqüentemente, o desenvolvimento de novos repertórios comportamentais, são as melhores estratégias a serem utilizadas.

O mesmo autor destaca ainda a influência da cultura e relações que o organismo estabelece com outros sujeitos enquanto uma das principais fontes mantenedoras e/ou enfraquecedoras de padrões comportamentais, pontuando que a modelagem do comportamento de autocontrole ocorre a partir da apresentação de estímulos aversivos diante do comportamento que difere do restante do grupo e que, em geral, comportar-se como os outros se comportam ou segundo as expectativas do grupo tem uma grande probabilidade de ser reforçado.

O desenvolvimento do repertório de autocontrole e as respectivas técnicas utilizadas têm como objetivo principal capacitar o cliente/paciente a identificar as

variáveis anteriores e posteriores ao comportamento prejudicial e a manipular este ambiente de forma que a resposta autocontrolada não ocorra, minimizando a influência de contingências reforçadoras e punitivas imediatas.

O trabalho desenvolvido pelo psicólogo na busca por propostas alternativas ou competitivas do paciente se comportar e a diminuição da influência das contingências de reforçamento imediato possibilitarão, então, o acesso a objetivos futuros mais adaptativos, aprimorando a adesão do paciente ao tratamento e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

3.4. Como a FAP e a ACT Trabalham para o Desenvolvimento de Novos Repertórios Comportamentais

A Psicoterapia Analítico-Funcional (originalmente, Functional Analytic Psychotherapy, FAP) tem seu trabalho focado na especificação de comportamentos clinicamente relevantes (Clinical Relevant Behavior ou CRB), que são tanto os “comportamentos-problema” quanto os comportamentos finais desejados, e em como o reforçamento e a generalização das respostas aprendidas podem acontecer a partir do trabalho dentro de um ambiente restrito de consultório (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). A abordagem, cuja base teórica é analítico-comportamental, utiliza a modelagem como principal viés de trabalho para o desenvolvimento ou fortalecimento de repertórios comportamentais mais adaptativos.

Para os autores, a utilização do reforçamento sobre a apresentação de respostas mais adaptativas (melhoras ou, como denominam, Comportamentos Clinicamente Relevantes do tipo 2 ou CRB2) deve ocorrer no *setting* terapêutico a partir do estabelecimento de um bom vínculo com o psicólogo e da tentativa de evocar padrões comportamentais “desadaptativos” (Comportamento Clinicamente Relevante

do tipo 1 ou CRB1) durante a sessão, aliado ao fortalecimento da capacidade de realização de análises funcionais, contribuindo assim para sua independência do terapeuta. A esta resposta de analisar o próprio comportamento e o que parece causá-lo é dado o nome de CRB3 (Comportamentos Clinicamente Relevantes do tipo 3), que consiste em um dos principais repertórios a serem reforçados na interação psicólogo-cliente.

A generalização das respostas aprendidas ou desenvolvidas na terapia completaria esta aprendizagem ocorrida na sessão. A generalização específica como o controle adquirido por um estímulo é compartilhado por outros estímulos com propriedades comuns, e como, a partir do treino de emissão de uma dada resposta frente a um estímulo específico, o indivíduo é capaz de responder de forma similar, em ambientes diferentes, caso identifique a presença de estímulos semelhantes ao inicialmente treinado, aumentando, assim, a probabilidade da resposta ser reforçada (Andery, Gioia, Micheletto & Sério, 2005a, 2005b, 2005c; Skinner, 1953/2003).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (Acceptance and Commitment Therapy ou ACT), por sua vez, busca investigar respostas de esquiva apresentadas pelo sujeito que pouco contribuem para a ampliação do seu repertório comportamental ou no acesso a situações promotoras de *prazer*⁹ (Pankey & Hayes, 2003, Saban, 2011). Desta forma, preconiza que estes eventos negativos ou sentidos como ruins pelo sujeito devem ser tolerados, a fim de que não haja restrição das suas ações.

O trabalho da ACT foca na retirada da característica dos sentimentos, pensamentos e sensações corporais como causa do comportamento e da tentativa de controle destes eventos privados, compreendendo que a própria tentativa de evitar a

⁹ Termo utilizado pelos autores para descrever as respostas emocionais apresentadas pelos clientes.

ocorrência destes eventos (esquiva experiencial) faz com que sua estimulação aversiva esteja presente e reduz a capacidade de ação para mudança (Pankey & Hayes, 2003). O trabalho realizado na terapia não é de eliminar o evento privado, mas fazer com que o cliente vivencie-os, aceite-os enquanto dificuldades e possa, a partir desta aceitação, se dedicar a um programa de mudança eficaz.

A ACT, desenvolvida por Steven Hayes e colaboradores em 1987, é uma psicoterapia que se utiliza de fundamentos do Behaviorismo Radical e da Teoria dos Quadros Relacionais, propondo que a linguagem humana e a capacidade dos indivíduos em relacionar estímulos podem ser responsáveis por grande parte dos problemas que os indivíduos enfrentam (Hayes, 1987). A capacidade de relacionar estímulos promove um aceleração do aprendizado e através da linguagem, segundo os autores, seria possível relacionar estímulos sem propriedades físicas em comum, transpondo as funções de uma contingência para outros estímulos relacionados a ela, sem necessariamente ter havido uma experiência direta com eles (Hayes, 1987; Saban, 2011).

A FAP e ACT, ao pontuarem as possibilidades da generalização dos comportamentos aprendidos, abrem espaço, para diferentes propostas de intervenção, de forma a ampliar a variedade de repertórios comportamentais do sujeito sem a obrigatoriedade de exposição às contingências extensas de treinamento. Dentre estas propostas, segundo Delliti e Derdyk (2008), está o trabalho com grupos.

O trabalho com grupos é uma estratégia de atuação do psicólogo de grande valia, visto a possibilidade de modelagem de novos repertórios comportamentais. A própria interação do sujeito participante com outros integrantes do grupo, segundo Delliti e Derdyk (2008), possibilitaria a ampliação de seu repertório e a consequenciação

natural do seu comportamento pelos outros ali presentes, que dispõem de diferentes opiniões, experiências de vida e modos de se comportar particulares.

Em contexto hospitalar, o trabalho em grupos também pode ser firmado enquanto viés facilitador do desenvolvimento de novos repertórios, tanto com pacientes quanto familiares. Ouvir como outros indivíduos conseguiram solucionar problemas semelhantes, a partir dos relatos de experiência, bem como respostas que foram punidas, possibilitaria a ampliação de alternativas comportamentais a serem utilizadas, adicionando-se a isto a utilização de técnicas como a modelação, aprendizagem de discriminações, reforçamento social, treino comportamental e/ou troca de papéis, extinção, modelagem, treino de auto-observação, etc., aumentando a oportunidade para *feedback* instrutivo (Dougher & Hackbert, 1994/2003; Kerbaux, 1980, citado por Delliti & Derdyk, 2008).

A modelação em situação de grupo possibilita a todos os participantes desempenhar o papel de modelo e, assim, servir como audiência reforçadora para o indivíduo que relata o problema ou expõe a solução praticada. Os treinos de situações ou ensaios comportamentais também consistem em técnicas bastante ricas de desenvolvimento de repertório, tanto com familiares quanto pacientes, que vivenciam no dia a dia dificuldades com relação às rotinas do tratamento e, muitas vezes, tendem a se comportar em prol do reforço imediato. Nestas situações, a simulação de respostas assertivas nos ensaios comportamentais pode ser útil, por exemplo, para aqueles familiares que, diante do paciente “rebelde”, não se posicionam a favor do seu tratamento.

O alcance do comportamento verbal e da sua possibilidade de descrever as contingências envolvidas na emissão de um comportamento, além de gerar uma economia de tempo para o organismo, evita seu sofrimento em expor-se a situações

de perigo e possibilita que, através da troca de experiência entre os participantes e de modelos fornecidos com instruções e conselhos, eles avancem mais rapidamente na busca por uma resposta com mais alta probabilidade de reforço (Dougher & Hackbert, 1994/2003; Kerbaux, 1980, citado por Delliti & Derdyk, 2008).

Algumas particularidades quanto à estruturação dos grupos, por sua vez, merecem atenção. Os dados apresentados por Murray (2007), em um estudo realizado com pacientes renais crônicos nos Estados Unidos, sinalizou a ocorrência de uma queda qualitativa na assimilação de novas informações durante as sessões de tratamento hemodialítico. Este estudo comprovou, a partir da aplicação de testes psicológicos, que durante a realização da hemodiálise propriamente dita, o paciente apresenta uma redução da capacidade de assimilação de novos dados (orientações médicas, por exemplo), e estes níveis tenderiam a serem restabelecidos após passadas algumas horas do final da sessão. Os dados produzidos por estas testagens objetivas sugerem que os grupos terapêuticos possam ser realizados em momentos diferenciados, preferencialmente em dias alternados à hemodiálise ou em horários distantes da sessão de forma que a aprendizagem ocorresse de forma mais proveitosa.

Alves e Isidro-Marinho (2010) sinalizam, por sua vez, a necessidade de os psicólogos analistas do comportamento atentarem para a utilização do reforço arbitrário¹⁰ no desenvolvimento de novos repertórios comportamentais com seus clientes. O reforçamento natural de um comportamento mais adaptativo emitido pelo cliente, segundo os autores, é sempre preferido ao reforço arbitrário. O problema consiste na impossibilidade de o reforço arbitrário apresentado estar disponível no ambiente natural do sujeito, fazendo com que esta resposta ocorra somente na

¹⁰ Reforçadores podem ser considerados arbitrários quando “os comportamentos que eles reforçam são operantes diferentes daqueles da vida diária do paciente e nos quais incidem os problemas clínicos” (Ferster, 1979/2007, p. 131).

presença do terapeuta (controlador) ou quando o sujeito estivesse interessado naquele tipo específico de recompensa.

Ferster (1979/2007), porém, refere a possibilidade de emprego deste reforçamento enquanto uma forma de transição para a topografia do comportamento naturalmente reforçada, ou seja, passível de ser utilizada até que um repertório compatível com o socialmente desejado tenha sido construído e passe a ser reforçado naturalmente. Desse modo, o reforço arbitrário liberado pelo terapeuta durante a sessão ou na interação grupal pode aumentar a probabilidade futura de emissão desses comportamentos e permitir o contato do cliente com os reforçadores naturais.

Na prática com pacientes portadores de doença renal crônica e diante das contingências (de privação) em atuação na vida destes sujeitos, o acompanhamento em grupos de pacientes consiste em uma forma de ampliar a variabilidade de resposta apresentadas, acessando, através da interação, modelos diferentes de respostas adaptativas, alternativas comportamentais com maior probabilidade de reforçamento social e estratégias de autocontrole, facilitando, com isso, a sua adaptação ao tratamento.

O treino destas respostas pode ser realizado, em um momento inicial, em grupo com a utilização de reforçamento arbitrário, porém, ocorrendo a eliminação gradual desta forma de reforço à medida que o paciente se expõe às contingências e ao reforço natural obtido a partir da emissão de respostas mais adaptativas, como o bem-estar, menos internações e intercorrências médicas, revelando, assim, a eficácia da terapia. A interação individual com o terapeuta, porém, não deve ser subvalorizada no acompanhamento destes pacientes. A importância de se traçar estratégias de intervenções mais intensivas em casos que merecem urgência de cuidados permanece fazendo parte da rotina da Psicologia Hospitalar, apesar das

limitações hoje encontradas que dificultam o acompanhamento individual contínuo de todos os pacientes, dentre eles, a limitação de profissionais atuando frente a um contingente extenso de pacientes e das múltiplas demandas feitas a estes profissionais, que vão da assistência ao paciente às questões administrativas da instituição onde atua.

Capítulo 4. Limites e Possibilidades da Atuação do Psicólogo em Contexto Hospitalar

Em ambientes hospitalares, quando se fala de atendimento a pacientes crônicos, a tentativa que sempre se faz sempre é de uma atuação preventiva. No que tange ao atendimento direto ao paciente, *déficits* e excessos comportamentais são exemplos dos dados que, quando detectados precocemente, evitam o comprometimento de sua adaptação ao tratamento e, conseqüentemente, de exposição às situações de desconforto e sofrimento.

Porém, a atuação do psicólogo hospitalar não fica restrita ao atendimento direto ao paciente. Por se tratar de ambientes em que o atendimento ao cliente é multidisciplinar (o cliente é examinado e interage com profissionais de diversas especialidades, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, etc.), o trabalho do psicólogo deve estender-se à atuação frente a estes outros profissionais e utilizar-se da relação que cada um deles estabelece com o paciente de forma a favorecer a qualidade da adesão apresentada.

Para falar das condutas terapêuticas ou diversidade de propostas de atendimento e intervenção que o psicólogo pode desenvolver em ambientes hospitalares, é necessário, porém, descrever o panorama em que estas instituições se encontram hoje. É necessário conhecer quais são as demandas existentes, além das geradas pelos pacientes, de forma a compreender porque novas propostas de atendimento vêm se firmando nesta especialidade e porque os atendimentos realizados pelo psicólogo hospitalar diferenciam-se daqueles realizados na clínica particular.

Com o aumento das exigências frente à qualidade dos serviços prestados, muitas instituições no Brasil e no mundo hoje passam por processos regulatórios e são

submetidos às frequentes verificações de cumprimento de normas de organizações de Acreditação e qualificação de serviços (Silveira, 2010).

Esta busca pela qualidade dos serviços prestados, apesar de estabelecer um parâmetro de qualidade que valoriza o trabalho do profissional, sobrecarrega os servidores com tarefas administrativas que, devido à carga horária de trabalho (hoje o Projeto de Lei Constitucional PLC 150/2009 determina a carga horária de trabalho do psicólogo contratado por instituições em 30h semanais) e ao grande número de pacientes a serem atendidos acabam reduzindo as possibilidades de intervenção.

Desde o seu surgimento, o modelo de atendimento psicológico em ambiente hospitalar é diferente do realizado em consultórios, visto a condição orgânica muitas vezes comprometedor da interação do paciente com o mundo e do ambiente que em nada favorece a privacidade dos atendimentos. O foco do atendimento nestes casos, segundo o Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região (2007), deve girar em torno das demandas psicológicas relacionadas ao processo do adoecer, dentre elas, a necessidade de comunicação com a equipe de saúde, de suporte emocional e/ou social e o surgimento de quadros psicopatológicos transitórios que demandam intervenções pontuais.

A periodicidade do tratamento renal substitutivo na modalidade hemodiálise é característica peculiar que possibilita a atuação diferenciada dos psicólogos hospitalares que trabalham neste contexto, que podem beneficiar-se com o acompanhamento regular, de longa duração (dada a cronicidade da doença) e da condição relativamente estável dos pacientes que realizam hemodiálise.

Nos centros de diálise, porém, o que a RDC 154 (ANVISA, 2004) preconiza é que haja a existência de pelo menos dois profissionais para atender a um contingente de pacientes que podem chegar ao número de 200. Estes números evidenciam as

dificuldades de atendimento e de como as estratégias de intervenção necessitam ser renovadas a todo o momento de forma a atender as demandas apresentadas ao psicólogo.

Exemplos destas estratégias são os atendimentos em grupos, treino de familiares, o ensino de habilidades sociais e de comunicação para a equipe de saúde e da discussão dos quadros clínicos com os demais profissionais da equipe, sempre visando o aprimoramento da adesão do paciente ao tratamento e erradicando possíveis dificuldades e dúvidas existentes.

Aliado aos problemas já citados, a deficiência dos serviços de atendimento comunitários e gratuitos comprometem a extensão do trabalho realizado pelo psicólogo hospitalar que, por inúmeras vezes encontra demandas que exigem um treino de repertórios mais extenso e acabam tendo que realizar encaminhamentos para atendimentos psicológicos externos.

Novamente temos, então, que os grupos terapêuticos desenvolvidos dentro das instituições hospitalares são alternativas viáveis, apesar de o trabalho com grupos ser relativamente novo para a Análise do Comportamento (Delitti & Derdyk, 2008; Ferro & Vandenberghe, 2005).

Certamente os limites da atuação de psicólogos em ambientes hospitalares não se encerram aí. A subvalorização da profissão ainda é tema chave que permeia diversas discussões e exigem do profissional uma conduta cada vez mais ética e de posicionamento afirmativo frente às demandas que lhe são realizadas de forma a diferenciar, para aqueles que ainda não possuem conhecimento suficiente sobre sua atuação, qual são os objetivos e limites do seu trabalho.

Este é um trabalho permanente dos psicólogos hospitalares no trato com as diversas deficiências do sistema de saúde brasileiro, que prejudicam o

acompanhamento não somente dos pacientes em tratamento hemodialítico e que forçam, muitas vezes, um retrocesso sobre a visão do paciente enquanto ser humano, que merece ser analisado enquanto unidade, para além de seu aparato orgânico.

Considerações Finais

A partir da mudança na forma de se compreender a saúde para além das necessidades orgânicas dos sujeitos adoecidos, a atuação de psicólogos em ambiente hospitalar, junto às equipes multidisciplinares, vem contribuindo de forma positiva para a qualidade do tratamento prestado aos pacientes nas instituições de saúde.

Compreender o histórico de adoecimento deste sujeito, *déficits* e excessos comportamentais, incompatíveis com o repertório necessário para o resgate e manutenção de sua saúde são alguns dos pontos investigados por este profissional, que vão além do conceito de adesão tradicional, baseado no simples seguir bem as orientações repassadas, geralmente associada à obediência e que remete a uma postura passiva do cliente frente ao tratamento (Costa, *et al.*, 2009).

A adesão, tradicionalmente vista como a postura do paciente frente ao tratamento mediada pelas suas características de personalidade, resulta na atribuição de culpa e demérito ao sujeito adoecido e em pouco ou nada contribui para modificação da condição em que ele se encontra. Visto dentro do panorama analítico-comportamental, a adesão é compreendida enquanto um conjunto de respostas a serem emitidas no contexto de hospitalização e tratamento e cujo desenvolvimento pode ser resgatado na história de reforçamento do sujeito (Arruda & Zannon, 2002; Costa, *et al.*, 2009).

Para um índice de adesão ao tratamento que se apresenta em torno de 50%, propostas diferentes precisam ser lançadas na compreensão da adesão ao tratamento. Para isso, a Análise do Comportamento utiliza-se do diagnóstico comportamental ou formulação comportamental, que se difere dos métodos tradicionais diagnósticos e de testagens psicológicas que comparam a população analisada a parâmetros de

normalidade obtidos com a aplicação destes instrumentos em um grupo de pessoas. Sua proposta é de uma investigação minuciosa sobre as variáveis presentes na história de vida e contexto atual de cada paciente a fim de se delinear condutas e estratégias de intervenção mais completas, individuais e direcionadas ao problema apresentado, resultando, assim no alívio do sofrimento de quem buscou atendimento.

O repertório de autocontrole, nos contextos de adoecimento, merece especial destaque segundo a compreensão de adesão ao tratamento para a Análise do Comportamento. Utilizando como exemplo a doença renal crônica, que exige do paciente uma disciplina grande com relação às diversas restrições impostas pelo tratamento (a exemplo da restrição da ingestão de líquidos e de certos alimentos), é necessário que o psicólogo acesse as reservas comportamentais dos pacientes e consiga, a partir do repertório já existente, desenvolver respostas de autocontrole fortes o suficiente de forma a garantir a manutenção da sua qualidade de vida.

Criar condições para que o(s) cliente(s) identifique(m) as contingências de reforçamento históricas e atuais, mantenedoras dos padrões considerados problemáticos, é o primeiro passo. Desta forma, o paciente poderá identificar a função das respostas apresentadas e que são incompatíveis com aquelas desejadas, estabelecendo, assim, alternativas comportamentais que sejam menos prejudiciais à sua saúde.

O desenvolvimento do repertório de autocontrole geralmente torna-se necessário nas situações em que o responder produz consequências reforçadoras imediatas, mas, em longo prazo, tem consequências que provocam conflitos (Abreu-Rodrigues & Beckert, 2004; Nery & de-Farias, 2010; Nico, 2001 citado por Cruz, 2006; Skinner, 1953/2003). Para tal, diferentes abordagens podem ser realizadas, como, por exemplo, o engajamento em padrões de resposta incompatíveis com o

comportamento problemático, métodos que visam aumentar a probabilidade de emissão de respostas objetivadas, o modelo de etapas de Kanfer para desenvolvimento do repertório de autocontrole (que consiste nas etapas de automonitoria, auto-avaliação e autorreforço) ou, mesmo, métodos que punem o comportamento desadaptativo, já definidos por Skinner (1953/2003) como ineficazes vez que, longe dos agentes punidores, a resposta “desadaptativa” voltaria a ocorrer, além de não contribuir no desenvolvimento de alternativas comportamentais. Em muitos casos, no entanto, somente regras (orientações) são repassadas aos pacientes de forma que se acredita serem suficientes para o desenvolvimento da adesão.

Alguns autores defendem que, apesar de não serem suficientes para promover a modificação do comportamento, a repetição da informação, a sinalização dos benefícios que a modificação de conduta pode trazer e a vivência destes resultados (exposição às contingências resultantes desta modificação) podem sim, alterar o repertório comportamental do sujeito e provê-lo de algum tipo de autocontrole (Rimm & Masters, 1983).

Skinner (1953/2003), sobre o estabelecimento do repertório de autocontrole, irá defender, porém, que os métodos que promovem o reforçamento de comportamentos alternativos e da resposta controladora são, dentre todas as estratégias passíveis de serem utilizadas, as que promovem melhores resultados. Ele afirma que o autocontrole consiste na emissão de uma resposta controladora e de uma resposta controlada, sendo a primeira a manipulação das variáveis ambientais das quais a resposta controlada é função. A alteração resultante desta manipulação na resposta controlada e a retirada da estimulação aversiva presente anteriormente (quando a resposta que agora é controlada era emitida de forma impulsiva) reforçam e acabam mantendo a emissão da resposta controladora.

Para a Análise do Comportamento aplicada ao contexto hospitalar, o reforçamento da resposta controladora e de novas respostas alternativas ao comportamento “desadaptativo” devem ser feitas com o apoio dos familiares e da equipe de saúde, além do apoio dos próprios pacientes que podem servir de principais fontes de reforçamento social e modelos a serem seguidos, em trabalhos, por exemplo, desenvolvido em grupos.

Apesar de relativamente nova, a Análise do Comportamento apresenta grande aplicabilidade de seu arcabouço teórico para a realidade hospitalar, de forma a auxiliar o desenvolvimento de repertórios comportamentais mais adaptativos e, ao mesmo tempo, promover alívio ao sofrimento do paciente diante de sua condição física e das dificuldades que encontra na sua adaptação às restrições inerentes ao tratamento.

Utilizando-se, por exemplo, dos modelos da FAP (Functional Analytic Psychotherapy) e ACT (Acceptance and Commitment Therapy), consegue-se trabalhar o desenvolvimento destes novos repertórios (com estratégias não punitivas de desenvolvimento de repertórios comportamentais), o bom estabelecimento de vínculo entre profissional e paciente (de forma a colaborar com informações importantes tanto para a equipe multidisciplinar quanto para o próprio paciente, servindo como uma espécie de intermediador entre os dois), bem como o alívio do sofrimento muitas vezes sentido quando não se consegue obter controle sobre o próprio comportamento, através de análises feitas em conjunto com o paciente, esclarecendo-o da impossibilidade do controle de sentimentos e sensações quando o organismo segue sendo exposto à estimulação aversiva (ideias de erro, falta de força de vontade, fracasso).

As possibilidades de trabalho desta abordagem em ambiente hospitalar são, então, riquíssimas; porém, como em todas as áreas onde a Psicologia se insere, ainda apresentam desafios. Resoluções e definições de rotinas de trabalho ainda incongruentes com a realidade estabelecem padrões de atendimentos impossíveis de serem cumpridos e que prejudicam a assistência a alguns dos pacientes, que deixam de ser atendidos ao se priorizar os casos emergenciais e devido às exigências no cumprimento de burocracias e tarefas administrativas, também parte da rotina do psicólogo hospitalar.

É preciso, portanto, lidar as com as possibilidades existentes enquanto se segue a luta para adaptação das normas vigentes para atender às reais demandas destes profissionais. Para isto, clínicas-escolas e atendimentos em grupos figuram-se como alternativas plausíveis e aliadas do trabalho do psicólogo hospitalar frente ao contingente de pacientes a serem atendidos.

Referências Bibliográficas

- Abel, M. C. (2008). Diagnóstico em Freud: No tratamento catártico e psicanalítico. *Revista Universitas: Ciências da Saúde*, 6 (2), 141-158.
- Abreu-Rodrigues, M. (2008). *Apoio social disponibilizado por cuidadores de pacientes coronarianos: Efeitos de intervenção comportamental*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde da Universidade de Brasília, Brasília.
- Abreu-Rodrigues, J., & Beckert, M. E. (2004). Autocontrole: Pesquisa e aplicação. Em C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental – Práticas clínicas* (pp. 259-274). São Paulo: Roca.
- Abreu-Rodrigues, J., & Fava, V. M. D. (2007). Ponto Final: Uma questão de escolha e de sorte. Em A. K. C. R. de-Farias & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Skinner vai ao Cinema* (pp. 101-114). Santo André: ESETEC.
- Albuquerque, A. R., Natalino, P. C., & Ruas, S. A. (2010). Um estudo de caso em Terapia Analítico-Comportamental: Construção do diagnóstico a partir do relato verbal e da descrição da diversidade de estratégias interventivas. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp.179-200). Porto Alegre: Artmed.
- Alves, N. N. F., & Isidro-Marinho, G. (2010). Relação terapêutica sob a perspectiva analítico-comportamental. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 66-94). Porto Alegre: Artmed
- Andery, M. A., Gioia, P. S., Micheletto, N., & Sérgio, T. M. A. P. (2005a). Os conceitos de discriminação e generalização. Em T. M. A. P. Sérgio (Org.),

- Controle de estímulos e comportamento operante: Uma (nova) introdução* (pp.7-24). São Paulo: EDUC
- Andery, M. A., Gioia, P. S., Micheletto, N., & Sérgio, T. M. A. P. (2005b). Discriminação e Generalização: Algumas extensões. Em T. M. A. P. Sérgio (Org.), *Controle de estímulos e comportamento operante: Uma (nova) introdução* (pp.25-52). São Paulo: EDUC
- Andery, M. A., Gioia, P. S., Micheletto, N., & Sérgio, T. M. A. P. (2005c). Discriminação e Generalização: Comportamento humano complexo. Em T. M. A. P. Sérgio (Org.), *Controle de estímulos e comportamento operante: Uma (nova) introdução* (pp.53-80). São Paulo: EDUC
- Arruda, P. M., & Zannon, C. M. L. C. (2002). *Tecnologia comportamental em Saúde. Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: Evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador*. Santo André: ESETEC.
- Assis, R. R., Azevedo, D. F., Botre, L., Correa, M. C., De Puy, T., Grossi, L., Mariano, R. M., & Pazeli, J. M. (2009). Sobrevida e causa de mortalidade em pacientes hemodialíticos. *Revista Médica de Minas Gerais*, 19 (2), 117-122.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-IV^{TR}*. Porto Alegre: Artmed.
- Banaco, R. A. (1997). Auto-regras e patologia comportamental. Em 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. 81-89). Santo André: ESETEC.
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R. R. Kerbauy, & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e Cognição:*

Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação (pp.75-82). Santo André: ARBytes.

Barletta, J. B. (2008). O psicólogo e questões éticas no contexto hospitalar. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 7. Retirado no dia 22/03/2012, do site: <http://www.geocities.ws/revistavirtualpsicopio/edicoes.html>

Baum, W. M. (1994/1999). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, Comportamento e Cultura* (M. T. A. Silva, M. A. Matos, G. Y. Tomanari, & E. Z. Tourinho, trads.). Porto Alegre: Artmed.

Brasil. Lei nº 4.119, de 27 de Agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Diário Oficial da União, Brasília, 05 set. 1962.

Brasil. Ministério da Saúde (2005). A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Retirado no dia 27/03/2012, do site: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doencas_cronicas.pdf

Brasil. Projeto de Lei Constitucional (PLC) 150 de 16 de Julho de 2009. Que estabelece em 30h a jornada de trabalho semanal para psicólogos.

Brasil. Portaria 2042, de 11 de Outubro de 1996. Estabelece o regulamento técnico dos serviços de terapia renal substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao SUS.

Brasil. Portaria 2.413, de 23 de Março de 1998. Estabelece requisitos para o atendimento hospitalar de pacientes crônicos, portadores de múltiplos agravos à saúde, convalescentes e/ou de cuidados permanentes.

Brasil. Portaria 211, de 15 de Junho de 2004 que determina a criação dos Serviços e Centros de Referência em Nefrologia que deverão prestar atenção integral ao doente renal em todas as fases, desde o atendimento ambulatorial em fases precoces de IRC até o tratamento dialítico nas suas diferentes modalidades.

Brasil. Resolução RDC 154, de 15 de Junho de 2004. Regulamenta o funcionamento dos Serviços de Diálise.

Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia Hospitalar: A atuação o psicólogo em Hospitais*. São Paulo: EPU.

Cândido, S. F. G., & Souza, I. C. (2009). Diagnóstico psicológico e terapia cognitiva: Considerações atuais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5 (2), 82-92.

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.

Cavalcante, S. N. (1999). *Análise funcional na terapia comportamental: Uma discussão das recomendações do behaviorismo contextualista*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* em Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, Pará.

Conselho Federal de Psicologia. *Resolução n. 007/2003*. Retirado no dia 28/03/2012, do site:
http://www2.pol.org.br/satepsi/CD_testes/pdf/Resolu%E7%E3o%20CFP%20N%BA%20007-2003.pdf

Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região (2007). *Manual de psicologia hospitalar*. Elaborado por C. T. Lazzaretti. Curitiba: Unificado.

Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região (2007). *Manual de Avaliação Psicológica*. Elaborado por A. P. Machado. Curitiba: Unificado.

- Costa, A. L. C., Moraes, A. B. A., & Rolim, G. S. (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6, 329-345.
- Costa, A. M. D., Costa, M. D., Costa, R. D., Figueiredo, E. T., Morais, A. M., & Terra, F. S. (2010). As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8 (3), 183-192.
- Crespo-Fierro, M. (1997). Compliance/adherence and care management in HIV disease. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 8. Retirado no dia 20/02/2012, do site: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105532909780012X>
- Cruz, R. N. (2006). Uma introdução ao conceito de autocontrole proposto pela análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3 (1), 85-94.
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Delliti, M., & Derdyk, P. (2008). *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*. Santo André: ESETec.
- Dougher, M., & Hackbert, L. (1994/2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5 (2), 167-184.
- Ferro, C. L. B., & Vandenberghe, L. (2005). Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: Possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7 (1), 137-151.

- Ferster, C. B. (1979/2007). Psicoterapia do ponto de vista de um comportamentalista. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 3, 121-144.
- Finkelstein, F. O., Finkelstein, S. H., Wuerth, D., & Troile, L. K. (2008). Depression and end-stage renal disease: a therapeutic challenge. *Kidney International Journal*, 74, 843-935. Retirado no dia 15/02/2012, do site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22012131>
- Finkelstein, F. O., Hedayati, S. S. & Yalamanchili, V. (2012). A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney International Journal*, 81, 247-255.
- Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. Em M. L. Marinho, & V. E. Caballo (Orgs.), *Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 263-278). Londrina/Granada: UEL/APICSA.
- Gorayeb, R., & Guerrelhas, F. (2003). Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5 (1), 11-19.
- Guimarães, S. S. (1999). Psicologia da Saúde e Doenças Crônicas. Em R. R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e Saúde: Explorando alternativas* (pp. 22-45). Santo André: ARBytes.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2002). *Tratado de Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Hayes, S. C. (1987). A Contextual approach to therapeutic change. Em N. Jacobson. *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. New York: Guilford.
- Ickovics, J. R., & Meisler, A. W. (1997). Adherence in AIDS clinical Trials: A framework for clinical research and clinical care. *Journal of Clinical*

- Epidemiology*, 50 (4), 385–391. Retirado no dia 25/03/2012, do site:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435697000413>
- Kanfer, F., & Saslow, G. (1976). (Um roteiro para o diagnóstico comportamental. Retirado no dia 06/05/2012, do site:
http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/outros/roteiro_diagnostico_comportamental.pdf
- Kerbaux, R. R. (1997). O papel da universidade e a formação do psicólogo que trabalha com Comportamento e Saúde. Em R. R. Kerbaux (1999) *Comportamento e Saúde: Explorando alternativas* (pp.10-21). Santo André, SP: ARBYtes.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas* (R. R. Kerbaux trad.). Santo André: ESETec.
- Machado, A. P., Morona, V. C. (2007). Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região. *Manual de Avaliação Psicológica*. Curitiba: Unificado.
- Matos, M. A. (1998). Contingências para Análise Comportamental no Brasil. Retirado no dia 20/03/2012 do site: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65641998000100014&script=sci_arttext
- Matos, M. A. (1993/1995). Behaviorismo Metodológico e Behaviorismo Radical. Retirado no dia 20/03/2012 do site:
http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/outros/behaviorismo_metodologico_behaviorismo_radical.PDF
- Medeiros, C. A. (2010). Comportamento governado por regras na clínica comportamental: Algumas considerações. Em A. K. C. R. de-Farias, (Org.),

- Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp.95-111). Porto Alegre: Artmed.
- Meyer, S. B. (1997). O conceito de análise funcional. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp.31-36). Santo André: ARBytes
- Moraes, D. L. (2010). Caso Clínico: Formulação Comportamental. Em A. K. C. R. de-Farias, (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp.171-178). Porto Alegre: Artmed.
- Murray, A. M. (2007). Acute Variation in Cognitive Function in Hemodialysis Patients: A cohort study with repeated measures. *American journal of Kidney Diseases*, 50 (2), 270-278. Retirado no dia 10/02/2012 do site: [http://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(07\)00837-2/fulltext](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(07)00837-2/fulltext)
- Neno, S. (2003). Análise Funcional: Definição e Aplicação na Terapia Comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 5 (2), 151-165.
- Nery, V. F., & de-Farias, A. K. C. R. (2010). Autocontrole na perspectiva da Análise do Comportamento. Em A. K. C. R. de-Farias, (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp.112-129). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, M. F. P., & Ismael, S. M C. (1995). *Rumos da Psicologia hospitalar em cardiologia*. Campinas: Papyrus Editora.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa. Retirado no dia 13/02/2012 do site: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

- Pankey, J., & Hayes, S. C. (2003). Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (2), 311-328.
- Penido, M. A., & Pereira, F. M. (2010). Aplicabilidade teórico-prática da terapia cognitivo-comportamental na Psicologia hospitalar. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6, 189-220.
- Rimm, D. C., & Masters, J. C. (1983). *Terapia Comportamental: Técnicas e resultados experimentais*. São Paulo: Editora Manole.
- Rondina, R. (2008). Terapia cognitivo comportamental: desenvolvimento histórico e tendências atuais. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, 11. Retirado no dia 16/07/2012 do site: <http://www.revista.inf.br/psicologia11/pages/artigos/edic11anoVINov2008-artigo05.pdf>
- Saban, M. T. (2011). *Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso*. Santo André: ESETec.
- Sério, T. M. A. P. (2005). Comportamento verbal e o controle do comportamento humano. Em T. M. A. P. Sério (Org.), *Controle de estímulos e comportamento operante: Uma (nova) introdução* (pp.139-164). São Paulo: EDUC
- Silveira, A. M. V. (2010). *Estudo do campo da psicologia hospitalar calcado nos fundamentos de gestão: Estrutura, Processos e Resultados*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo horizonte. Retirado no dia 12/02/2012 do site: http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacao_andrea_maria.pdf

- Silveira, L. M. C., Ribeiro, V. M. B. (2004/2005). Grupo de adesão ao tratamento: Espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 9, 91-104. Retirado no dia 20/03/2012, do site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100008
- Skinner, B. F. (1953/2003). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov & R. Azzi. trads.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1957/1978). *O Comportamento Verbal* (M. P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix.
- Terra, F. S. (2007). *Avaliação da Qualidade de Vida do Paciente Renal Crônico Submetido à Hemodiálise e Sua Adesão ao Tratamento Farmacológico de Uso Diário*. Dissertação de Mestrado não publicada, Coordenação de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade José do Rosário Vellano. Alfenas: UNIFENAS. Retirado no dia 27/03/2012 do site: http://tede.unifenas.br/tde_arquivos/2/TDE-2007-11-19T073718Z-16/Publico/Dissertacao%20completa%20Fabio%20de%20Souza%20Terra.pdf
- Teixeira, R. R. & Souza, M. A. O. (2006). CONTINGÊNCIA. Em: *Vocabulário de análise do comportamento: um manual de consulta para termos usados na área*. Santo André: ESETEc.
- Wenger, N. K., Mattson, M. E., Furberg, C. D., & Elinson, J. (1984). Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *The American Journal of Cardiology*, 54 (7), 908–913. Retirado no dia 25/03/2012 do site: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002914984802325>