



**IBAC**

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**A Terapia de Aceitação e Compromisso como  
Principal Abordagem para Intervenção Terapêutica  
em um Estudo de Caso sobre Dor Crônica**

Danielle Diniz de Sousa

Brasília  
Dezembro de 2012



Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

**A Terapia de Aceitação e Compromisso como  
Principal Abordagem para Intervenção Terapêutica  
em um Estudo de Caso sobre Dor Crônica**

Danielle Diniz de Sousa

Monografia apresentada ao Instituto  
Brasiliense 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  
Dezembro de 2012



**IBAC**

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

### **Folha de Avaliação**

**Autora:** Danielle Diniz de Sousa

**Título:** A Terapia de Aceitação e Compromisso como Principal Abordagem para Intervenção Terapêutica em um Estudo de Caso sobre Dor Crônica

**Data da Avaliação:** 07 de dezembro de 2012

Banca Examinadora:

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> MsC. Ana Karina C. R. de-Farias

---

Membro: Prof. Esp. Frederico Veloso

---

Membro: Prof.<sup>a</sup> Esp. Angela Lechuga Marques

Brasília  
Dezembro de 2012

Ao IBAC e a todos os profissionais que o integram, por me permitirem o acesso à riqueza que é atender utilizando a Análise Comportamental Clínica como abordagem de trabalho.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por permitir a realização de mais uma etapa de minha vida.

Ao meu marido e filho pelo apoio incondicional e compreensão pelas minhas ausências.

À minha cliente Joana (nome fictício) por expor sua história de vida e acreditar que eu era capaz de contribuir com a aquisição de um repertório comportamental que lhe trouxesse uma melhor qualidade de vida.

À minha orientadora, Ana Karina, pela disponibilidade em ajudar e orientar o desenvolvimento do presente trabalho.

Aos supervisores Andrea Dutra, Frederico Veloso e Luciana Verneque, professores e colegas que contribuíram para meu amadurecimento profissional, por intermédio de críticas, vivências na área clínica e comentários durante as supervisões e no decorrer de todo o curso de Especialização.

## Sumário

Folha de Avaliação -----	i
Dedicatória -----	ii
Agradecimentos -----	iii
Lista de Quadros -----	v
Resumo -----	vi
Introdução -----	1
Método -----	24
Participante -----	24
Queixas e Demandas -----	24
Ambiente -----	25
Procedimento -----	25
Resultados -----	30
1. Repertório e Contingências de Reforçamento Atuais -----	30
2. Histórico da Cliente -----	31
2.1. Histórico Familiar -----	31
2.2. Histórico Sócio-afetivo -----	35
2.3. Histórico Acadêmico-profissional -----	36
2.4. Histórico de Saúde -----	37
3. Análises Funcionais Moleculares e Molares -----	37
4. Hipóteses Levantadas pela Terapeuta -----	41
5. Objetivos Terapêuticos -----	42
6. Mudanças Observadas -----	42
Considerações Finais -----	47
Referências Bibliográficas -----	53
Anexos -----	59
Anexo 1. Termo de Autorização, modelo disponibilizado pelo IBAC -----	60
Anexo 2. Algumas metáforas utilizadas -----	61

## Lista de Quadros

Quadro 1. Algumas análises funcionais moleculares dos padrões comportamentais da cliente realizadas no decorrer da psicoterapia -----	39
Quadro 2. Algumas análises funcionais molares dos padrões comportamentais da cliente realizadas no decorrer da psicoterapia -----	40
Quadro 3. Etapas da ACT e mudanças observadas no comportamento da cliente-	45

## Resumo

A dor crônica é um fenômeno complexo que envolve múltiplos elementos biológicos, neuroquímicos, emocionais, psicossociais e socioculturais. Tal patologia traz para a pessoa que a sente perdas sociais, familiares e profissionais. O presente estudo teve como objetivo evidenciar a importância das estratégias de intervenção utilizadas pela Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no bom desenvolvimento do processo terapêutico, utilizando-se de um estudo de caso de dor crônica. Para isso, fez-se um apanhado histórico da evolução da doença em nossa civilização, conceituou-se e classificou-se o termo dor crônica, explicando-o de acordo com a Análise Comportamental Clínica. Foram realizadas 43 sessões de psicoterapia, ao longo de 1 ano e 10 meses. As análises funcionais moleculares e molares, a compreensão das contingências atuais e históricas, proporcionaram o acesso às condições estabeledoras e mantenedoras dos padrões comportamentais da cliente que favoreciam a permanência do quadro de dor crônica. A partir dessa compreensão, intervenções terapêuticas utilizadas pela ACT foram de fundamental importância para a melhoria de qualidade de vida da cliente: promoveram a tolerância emocional e a aceitação em relação aos estados emocional e físico vivenciados por ela, assim como possibilitaram mudanças comportamentais relevantes.

Palavras-chave: dor crônica; Análise Comportamental Clínica; Terapia de Aceitação e Compromisso.



A dor é provavelmente o mais primitivo sofrimento do homem, diante do qual, ao contrário do que acontece com o frio e a fome, ele fica totalmente impotente. É parte integrante da vida, do processo de desenvolvimento do ser humano, estando presente desde o nascimento até a morte. O significado da dor vem sofrendo alterações através dos tempos e dos contextos históricos e culturais. A palavra, com grande frequência, aparece associada ao sofrimento, processos inflamatórios, acidentes e procedimentos médicos e, embora com uma conotação desagradável, a dor acaba por exercer funções fundamentais para o organismo, como: alerta ou alarme, indicando que alguma coisa não está bem, além de sinalizar um desequilíbrio no organismo que desencadeia eventos fisiológicos para restaurar a homeostase (Guimarães, 1999; Melzack, 1998, *apud* Ferro & Vandenberghe, 2005). Apesar de ser estudada desde os tempos antigos ainda não é possível uma compreensão completa da dor.

No Velho Testamento, a palavra dor aparece como uma medida disciplinar para os pecadores e uma provação para os justos. Com o advento do Cristianismo, a dor passou a ser vista como forma de iluminação, obtenção de graças e até como sacramento (Bonica, 1953, *apud* Lobato, 1992).

Nos textos da Mesopotâmia, nos papiros do Egito, nos documentos da Pérsia e da Grécia, expressões de atenção relacionadas às consequências nefastas da dor, assim como o desenvolvimento de medidas visando seu controle são encontradas (Teixeira & Okada, 2001).

Os povos primitivos entendiam a dor quando havia alguma lesão aparente, como cortes e feridas, mas não entendiam a dor de origem interna. Identificavam o homem e seu ambiente, mas não conseguiam fazer uma diferenciação entre ambiente interno

e externo. A dor era considerada um ataque à pessoa, punição para uma falta imposta por demônios ou deuses. Rituais de magia para o alívio da dor eram comuns nos primórdios das civilizações e permaneceram assim ao longo do tempo (Teixeira & Okada, 2001).

Na Antiguidade, os motivos da dor e do sofrimento causado por ela faziam parte da reflexão de estudiosos e filósofos. Aristóteles ensinava a seus discípulos que a dor fazia parte da mais profunda definição dos seres humanos como seres vivos. Hipócrates utilizava ervas para o alívio da dor e prescrevia determinado tipo de folhas para as mulheres em trabalho de parto (Teixeira & Okada, 2001).

Os conhecimentos disseminados por Aristóteles e Hipócrates abriram caminho para o trabalho de Galeno, que estudou a fisiologia sensorial. Em seus estudos, a dor era vista como um sinalizador da existência de alterações nos órgãos internos ou no ambiente externo e possuía, portanto, a função de alertar e proteger os seres vivos (Portnoi, 1999).

Avicenna, século X, em sua obra *Canon of Medicine*, lista medicamentos naturais, drogas e técnicas de relaxamento para curar a dor. Este autor associa ao tratamento utilizado intervenções comportamentais e descreve sua crença na múltipla causalidade da dor (Guimarães, 1999).

No século XVI, o pensamento científico seguiu os conceitos de Leonardo Da Vinci sobre anatomia e fisiologia das sensações. Posteriormente, a Medicina aderiu aos estudos de Da Vinci e passou a ver o corpo humano como uma máquina complexa. Os textos médicos davam grande importância à relação entre “dor física” e “dor mental” (Portnoi, 1999).

A questão da múltipla causalidade da dor foi retomada em 1895, quando Strong atribuiu igual importância aos aspectos psicológicos e orgânicos na percepção da dor

ao hipotetizar que ela ocorre em decorrência de uma sensação e da reação que a pessoa tem a essa sensação (Guimarães, 1999).

Já nas décadas de 40 e 50, Beecher, observando respostas de dor em soldados e civis durante a Segunda Guerra Mundial, descreve-a como uma composição de estímulos sensoriais e componentes emocionais. Seus estudos abrem caminho para trabalhos posteriores que enfatizam motivação, afeto, cognição e ambiente como aspectos associados à dor (Guimarães, 1999).

A relação entre dor física, sofrimento psíquico, ambiente e organismo vem sendo estudada até os dias atuais. Inúmeros trabalhos vêm sendo desenvolvidos nessa área, favorecendo o surgimento de novas teorias que focam na tentativa de elucidar os mecanismos que determinam essas interações.

Todas as pessoas, exceto os portadores de insensibilidade congênita, sabem o que é dor e já a sentiram em algum momento de sua vida. Porém, é difícil para as pessoas verbalizarem, descreverem a própria dor, e mais difícil ainda, é conhecermos, mensurarmos e entrarmos em contato com a experiência de dor de outras pessoas. A dor é uma experiência individual com características únicas do organismo associada à sua história de vida e ao contexto na qual ela ocorre.

A International Association for the Study of Pain (IASP), fundada em 1973, com o objetivo de integrar as múltiplas áreas subjacentes ao estudo da dor, como psicologia, fisioterapia, anatomia e química, define dor como:

“uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões (...). A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências prévias, relacionadas a danos” (Mersky, 1979, *apud* Portnoi, 1999, p. 13).

Nessa concepção, a dor é considerada um fenômeno multifatorial, cuja sensação e percepção irão variar individualmente, de acordo com a influência de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Portnoi, 1999).

Atualmente, os estudiosos da área rejeitam uma definição mais tradicional da dor diretamente relacionada à natureza do tecido danificado. Possuem uma visão mais flexível, reconhecendo as características individuais e as variáveis psicossociais como mediadoras da experiência dolorosa (Brannon & Feist, 1990, *apud* Guimarães, 1999).

A dor pode ser vivenciada para cada pessoa com muitas variações, peculiaridades. Essas características podem também variar para uma mesma pessoa a cada situação dolorosa. A descrição de uma condição de dor depende de: sua localização (se ocorre nos músculos, membros amputados, se pontual ou difusa), qualidade (sensação ou forma que a dor toma – formigamento, perfuração, etc.), intensidade (forte ou fraca), frequência (ininterrupta ou episódica), natureza (orgânica ou psicogênica), etiologia (variável desencadeadora) e duração (diferentes períodos de tempo que o episódio doloroso permanece) (Guimarães, 1999).

A dor possui ainda classificações para que seu estudo aconteça de forma didática e categorizada, no intuito de facilitar a comunicação entre pesquisadores, clínicos e pacientes. A classificação mais conhecida é a que se utiliza da duração da dor como referencial, podendo ser aguda ou crônica.

A dor aguda tem duração relativamente curta, de minutos a algumas semanas e decorre de lesões teciduais, processos inflamatórios ou moléstias. Ainda que conhecida e sentida em algum momento da vida por todas as pessoas, a experiência de dor aguda é um processo complexo, que não se limita à alteração dos tecidos, mas que põe em jogo toda uma série de mecanismos neurofisiológicos, hormonais e

psicológicos que vão caracterizar a reação de alarme e prepara o organismo para a ação luta-fuga. A dor aguda costuma ser acompanhada por alterações neurovegetativas e pode ser influenciada por fatores psicológicos, embora estes raramente tenham um papel primário na sua ocorrência. Como sua fisiopatologia, diagnóstico e controle são mais conhecidos, a dor aguda costuma desaparecer após o tratamento correto do processo patológico. A resposta emocional básica do indivíduo à dor aguda, na medida em que ela representa um evento ameaçador, é a ansiedade aguda e todas as reações físicas que a acompanham (Lobato, 1992; Portnoi, 1999; Teixeira & Pimenta, 1994, *apud* Guimarães, 1999).

A dor crônica tem duração extensa, de vários meses a vários anos, e geralmente acompanha o processo da doença ou está associada a uma lesão já tratada. A denominação “dor crônica” abrange muito mais que sintomas prolongados e expressa uma situação comum em Medicina, complexa em termos fisiopatológicos, diagnósticos e, mais especialmente, terapêuticos, que amiúde põe em cheque o conhecimento e a paciência dos profissionais envolvidos. Não poucas vezes os pacientes com dor crônica são despachados de forma sumária por seus clínicos, devido às queixas constantes de não melhoria, quaisquer que sejam os recursos terapêuticos utilizados. Com o passar do tempo, a dor torna-se o centro da vida do indivíduo e de sua família, e passa, ela mesma, a constituir-se como doença (Guimarães, 1999; Lobato, 1992).

Na sua forma crônica, a dor deixa de ter a função de alerta e frequentemente dá origem a alterações fisiológicas (distúrbios do sono, apetite), emocionais (depressão, ansiedade), comportamentais (incapacidade física, dependência de terceiros) e sociais (conflitos familiares, problemas ocupacionais, econômicos). Seu diagnóstico e tratamento são mais difíceis, quando comparados à dor aguda (Portnoi, 1999).

Diversas são as teorias que estudam os processos de dor. Existem as teorias de cunho fisiológico e as de cunho psicológico. Por se tratar de um estudo na área de Psicologia, o presente trabalho abordará as teorias de cunho psicológico, especificamente as voltadas para uma abordagem comportamental. A Análise Comportamental Clínica é de fundamental importância para a compreensão do tema em questão, ao utilizar os pressupostos filosóficos do Behaviorismo Radical que são: determinismo, externalismo, interacionismo, contextualismo, seletivismo e monismo.

Na natureza, um evento não ocorre ao acaso, mas em decorrência de fenômenos que aconteceram anteriormente. Desta forma, o presente pode ser explicado a partir do passado e o futuro não pode ser utilizado para explicar o presente. É desta concepção sobre o mundo natural que surge o conceito de que a natureza é determinada e, como o ser humano faz parte da natureza, ele deve ser interpretado a partir de uma visão determinista, onde o que determina suas ações é o ambiente, ou seja, tudo o que é externo ao comportamento deste ser humano (Marçal, 2010). Esta concepção externalista é contrária à visão mentalista, onde o comportamento é controlado, determinado por entidades internas ao organismo.

Comportamento é a forma com a qual os organismos interagem com o seu meio, através de relações de contingências ou relações de dependência entre comportamentos e eventos ambientais (Marçal, 2010; Skinner, 1953/2000). Refere-se à atividade dos organismos que mantêm intercâmbio com o ambiente. Os comportamentos são classificados como respondentes, quando uma resposta é eliciada, provocada, por um estímulo antecedente (e.g., comida na boca – evento antecedente – provoca salivação – resposta); e operantes, aqueles em que o organismo opera sobre o ambiente, modificam este ambiente e tais modificações

levam, por sua vez, a modificações no comportamento subsequente (e.g., falar, dirigir um carro) (de Rose, 1997; Skinner, 1953/2000); públicos, aqueles que outras pessoas podem observar diretamente (e.g., fazer contas em um papel, correr); privados, aqueles que podem ser diretamente percebidos e observados somente pela pessoa que se comporta (e.g., sentir, pensar, calcular “mentalmente”).

Dessa forma, tanto os comportamentos públicos como os comportamentos privados são determinados e provenientes da interação do organismo com seu meio.

Tais comportamentos ocorrem dentro de um contexto e são determinados de acordo com um modelo de seleção por consequências, ou seja, estímulos reforçadores<sup>1</sup> fortalecem a probabilidade de ocorrência de uma classe de respostas que o produziram, enquanto que a apresentação de estímulos aversivos ou punidores<sup>2</sup> enfraquecem essas respostas. Analisar as relações funcionais entre comportamento e ambiente (contexto em que ocorre), identificar relações entre os comportamentos dos indivíduos e suas consequências, é a essência da Análise Comportamental Clínica. Analisar funcionalmente essas relações é buscar os determinantes da ocorrência do comportamento (Moreira & Medeiros, 2007). Porém, investigar somente as contingências atuais não é suficiente para compreender as variáveis que controlam e mantêm o comportamento. Análises mais amplas, como as análises molares, são necessárias por enfatizarem o papel da história geral de vida do indivíduo como determinante da forma como se comporta atualmente (Marçal, 2005).

---

<sup>1</sup> Reforçadores ou reforços são eventos que, quando apresentados, tornam uma reação mais frequente, aumentando a probabilidade de sua ocorrência. Quando retirados do ambiente, após uma resposta/classe de respostas, tornam menos provável a emissão desta classe. O oposto ocorre com os estímulos definidos como punidores ou aversivos (Skinner, 1953/2000).

<sup>2</sup> Punição é um processo no qual um tipo de consequência do comportamento (apresentação de estímulos aversivos ou punidores, ou retirada de estímulos reforçadores positivos) torna sua ocorrência menos provável (Skinner, 1953/2000).

Vale ressaltar que o comportamento é multideterminado. Ele precisa ser explicado por meio da interação de variáveis que são filogenéticas (seleção natural, base genética e biológica), ontogenéticas (contingências de reforçamento, seleção de comportamento operante, tendo como base a história passada de interação com o ambiente) e culturais (estimulação presente em interação funcional com o organismo) (Andery, 1997; Marçal, 2010; Skinner, 1981).

As variáveis filogenéticas afetam o comportamento na medida em que fornecem padrões constantes de comportamento (instintos e padrões fixos de ações) que servem à sobrevivência e à reprodução. As variáveis ontogenéticas (história de reforço e punição) envolvidas na aprendizagem operante de um indivíduo desde o nascimento, explicam a evolução do comportamento, como este evolui durante a vida de um indivíduo, na medida em que modelam/refinam o comportamento emitido. As variáveis culturais alteram o comportamento social de um indivíduo. Tais comportamentos acontecem com maior ou menor frequência na medida em que são reforçados pelos membros de um grupo (Baum, 1994/1999).

Pensando em dor como um comportamento, tem-se o entendimento de que ela não acontece ao acaso, sofre influência do meio em que o organismo vive e também o influencia, e está sujeita às três variáveis que determinam e afetam todo e qualquer comportamento. Os processos históricos da espécie (variáveis filogenéticas) respondem pelas características do organismo que foram selecionados ao longo da evolução, permitindo aos indivíduos sentirem dor ao terem contato com certas condições do ambiente. Ao longo da evolução, também foram selecionadas outras características do organismo que permitem ao indivíduo aprender com suas experiências dolorosas particulares, sua história de vida (variáveis ontogenéticas). O



relato da dor é reforçado pelas práticas culturais de um grupo (variáveis culturais) (Hunziker, 2010).

Assim, o conceito de dor é individual e construído desde a mais tenra infância por um caminho próprio de cada pessoa, do meio sócio-cultural a que pertence e das situações que precisou enfrentar em sua vida. Portanto, a percepção de dor no adulto é essencialmente função das experiências que teve durante o seu desenvolvimento (Menegatti, Amorim & Avi, 2005).

Ainda é pressuposto filosófico do Behaviorismo Radical que os seres, tanto humanos como não-humanos, têm uma única natureza, que é a material. Tanto os comportamentos públicos quanto os privados ocorrem na mesma dimensão natural. Skinner afasta a metafísica, o que vai além do físico, por exemplo: a mente, a consciência, do saber científico e acaba com o dualismo mente-corpo, um problema conceitual herdado da Filosofia (Skinner, 1945/1988, *apud* Marçal, 2010; Skinner, 1974/1982). Na verdade, quem se comporta é o organismo e não a mente.

Nessa concepção monista, dor ou sofrimento são igualmente membros de uma grande classe de comportamentos denominados sentimentos, que têm como características comuns o fato de serem privados, ou seja, diretamente acessíveis apenas ao indivíduo que os sentem. O que sentimos são condições corporais que aprendemos a discriminar/nomear por intermédio do reforçamento da comunidade verbal (Skinner, 1989/1991).

Comunidade verbal é o grupo de pessoas que fala entre si e que reforça as verbalizações uma das outras. Uma comunidade verbal ensina o indivíduo a emitir uma dada resposta verbal provendo estímulos reforçadores quando esta resposta

ocorre na presença de um dado estímulo discriminativo<sup>3</sup> (Baum, 1994/1999; Tourinho, 2006).

Desta forma, a consciência que temos do que sentimos dentro de nós é resultado de uma construção social. Quando alguém descreve a sua dor, ela está descrevendo um comportamento privado e a comunidade verbal não tem acesso aos estímulos que controlam este comportamento. Porém, a linguagem possibilitou a pessoa a identificar e descrever muitos de seus estados orgânicos. Assim, os significados da dor são respostas aos estímulos privados, mas também produtos das contingências sociais. As explicações variam de acordo com os tipos de respostas aceitas pela comunidade verbal. Nesse contexto, a dor adquire dupla função, é respondente e operante ao mesmo tempo. É considerada como respondente na medida em que está correlacionada a algum estímulo antecedente (como um ferimento, por exemplo). Porém, se o problema de dor crônica, juntamente com a pessoa que a tem, estão inseridos em um contexto, que pode ser entendido como o ambiente que oferece reforçamento contingente à dor, então, pode-se desenvolver um problema de dor operante (Martins & Vandenberghe, 2006; Rachlin, 2010).

Assim, quando afetado pela dor, o indivíduo acaba sinalizando para sua comunidade verbal este aspecto de sua experiência privada. Esta característica permite que, a partir de sua expressão de dor (contrações faciais, movimentos bruscos), o organismo possa ser socorrido quando entra em contato com estímulos danosos (Wielenska & Banaco, 2010).

---

<sup>3</sup> O estímulo discriminativo é a ocasião na qual uma resposta é, frequentemente, seguida por reforço. Sinaliza que uma dada resposta será reforçada e, portanto, a resposta se torna mais provável em sua presença, e menos provável em sua ausência (Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 1953/2000).

Por esta razão, parte do aprendizado social se ocupa em identificar os estímulos pré-aversivos condicionados e as respostas que eles provocam, para que se tenha maior controle sobre o aparecimento e a atenuação ou eliminação da dor. Por observações públicas de eventos que produzem dores e nossas reações reflexas a eles, a comunidade verbal ensina o indivíduo a verbalizar sobre o fenômeno doloroso. Assim, o indivíduo, de forma geral, aprende a sinalizar para os outros que sente dor por meio do comportamento verbal (Wielenska & Banaco, 2010).

A comunidade verbal tem, então, um papel importante e determinante na forma como as pessoas sentem e verbalizam seus comportamentos privados. A partir de uma história de reforçamento, esta comunidade acaba por ensinar a forma como nos comportamos diante do mundo, o nosso conhecimento a respeito desse mundo e nosso conhecimento a respeito de nós mesmos, ou seja, nosso autoconhecimento.

O autoconhecimento, na Análise Comportamental Clínica, pode ser concebido em termos de uma discriminação de estados privados, estímulos e respostas privadas, instalada a partir do reforçamento de discriminações de eventos públicos. Corresponde, ainda, a uma discriminação de estímulos gerados pelo próprio indivíduo que se conhece, isto é, autoconhecimento é autodiscriminação (Skinner, 1974/1982; Tourinho, 2006).

Autodiscriminar significa emitir uma resposta operante cujo estímulo discriminativo é um evento privado. Neste caso, a discriminação de estímulos deve ser entendida enquanto uma condição de controle do comportamento por certos estímulos, devido à história de interação do organismo com o ambiente (Tourinho, 2006).

Questões relativas aos sentimentos (comportamentos privados) tendem a estar intimamente associadas com um senso do eu ou com uma imagem de si próprio. Elas

acentuam aquilo que a pessoa é, seu atual estado de ser. Uma comunidade verbal compreende outra pessoa pelo modo como exprime seus sentimentos (Skinner, 1974/1982).

É importante ressaltar que o indivíduo só se engaja em comportamentos autodiscriminativos a partir de contingências providas pela comunidade verbal.

“Diferentes comunidades geram tipos e quantidades diferentes de autoconhecimento e diferentes maneiras de uma pessoa explicar-se a si mesma e aos outros” (Skinner, 1974/1982, p. 146).

Skinner (1974/1982) cita, ainda, que o autoconhecimento é apontado como requisito para que o indivíduo elabore regras que digam respeito ao próprio comportamento. O conceito de comportamento governado por regras é utilizado para referir-se ao caso do indivíduo que, ao ser exposto a uma dada situação, já possui informações de como comportar-se a fim de obter os reforços ali disponíveis. Sendo assim, o comportamento foi estabelecido sem que o indivíduo precisasse expor-se às contingências originais da situação até que seu comportamento fosse por elas modelado. A regra é um estímulo verbal antecedente que descreve/especifica as contingências de reforçamento e punição. São operantes verbais com múltiplas funções, podendo alterar a função de estímulos discriminativos, de operações estabelecedoras e de estímulos punidores e reforçadores (Silva & de-Farias, 2010; Skinner, 1969/1984, *apud* Medeiros, 2010).

Porém, quando o indivíduo formula uma regra, tende a comportar-se de acordo com ela, mesmo que as contingências sejam alteradas. Isto é, ao formular uma regra, os indivíduos tenderiam a tornarem-se menos sensíveis às alterações das contingências ambientais. O comportamento aprendido por exposição direta é, por outro lado, mais sensível às mudanças de contingências que o aprendido por regras.

Assim, caso a relação entre comportamento e as consequências se modifique, o comportamento governado por regras levará mais tempo para se adaptar a essa nova condição. (Lowe, 1984, *apud* Tourinho, 2006; Medeiros, 2010). Tal insensibilidade proporciona pouca variabilidade comportamental.

Pensando em dor crônica como um comportamento operante, ou seja, sua probabilidade de ocorrência é função dos eventos que a antecedem e a seguem, pode-se falar que ter/sentir dor é uma forma de o indivíduo expressar o conhecimento que tem a respeito de si mesmo, de autodiscriminar-se, de expor sua subjetividade. Este comportamento foi reforçado ao longo de uma história de vida, a partir do momento em que a comunidade verbal em que vivia lhe ensinou a se comunicar dessa maneira diante de seu mundo. A dor crônica torna-se uma parte real da condição presente do indivíduo, uma característica definidora de sua própria identidade.

Queixar-se da dor acaba por ter, assim, uma função que não é a de apenas sinalizar para a comunidade verbal sobre estímulos nocivos que colocam a saúde e sobrevivência em risco. Passa a ser, também, um importante meio de obtenção ou de atenuação de situações aversivas, mesmo se a dor não estiver na origem do relato (Wielenska & Banaco, 2010). O indivíduo passa a ter acesso a alguns ganhos que muitas vezes não são possíveis pela própria inabilidade em consegui-los.

Elaborando regras a respeito do próprio comportamento de dor, o indivíduo vivencia situações sob o controle de estímulos que lhe permitiram comportar-se de uma maneira adequada em momentos anteriores. Desta forma, fica insensível às novas contingências ocasionadas pelas mudanças de contextos. Comportamentos que

antes eram reforçados positivamente, agora são punidos ou colocados em extinção<sup>4</sup>. Tal insensibilidade às contingências permite o desenvolvimento de padrões tidos como “inadequados<sup>5</sup>”, tais como fuga e esquiva diante de contextos que agora são aversivos.

O organismo evita uma condição aversiva, condição composta por estímulos desagradáveis e irritantes, quando age no sentido de reduzir qualquer indicação de perda de coisas que são reforçadoras para ele (um evento importante, pessoas significativas) (Skinner, 1953/2000). Desse modo, quando um estímulo aversivo se aproxima, qualquer comportamento que converta o estímulo em menos inofensivo será reforçado. Assim, a dor, mesmo sendo aversiva, pode ser bem sucedida por distanciar da pessoa outra estimulação ainda mais aversiva (Queiroz, 2009).

A esquiva emocional impede que a pessoa entre em contato com as contingências reais em sua vida. No contexto da dor, a experiência dolorosa é reforçada quando a pessoa abandona atividades como o trabalho, vida social e atitudes que poderiam melhorar sua qualidade de vida, tornando mais poderosos os comportamentos de dor. Estes comportamentos associados a estratégias de esquiva aumentam a probabilidade de novas respostas aversivas e dolorosas, estabelecendo uma fonte de manutenção da dor, ou seja, um círculo vicioso (Martins & Vandenberghe, 2007).

Nesse círculo vicioso, novos papéis e significados vão sendo atribuídos à dor, diante das adversidades, dos relacionamentos e dos estressores do cotidiano. A dor se torna uma estratégia para solução de problemas, um recurso utilizado para substituir

---

<sup>4</sup> Segundo Skinner (1953/2000), o processo de extinção ocorre quando o reforço já não está sendo apresentado e a resposta, portanto, torna-se menos frequente. Em outras palavras, extinção é a suspensão de uma consequência reforçadora anteriormente produzida por um comportamento (Moreira & Medeiros, 2007).

<sup>5</sup> A definição para comportamento “inadequado” é dada a partir da avaliação contextual, ou seja, não classificamos o comportamento em si, mas sim a relação entre ele e o ambiente.

os comportamentos de tomada de decisões assertivas e, assim, o repertório sócio-verbal da pessoa fica sob controle aversivo (Martins & Vandenberghe, 2007).

As estratégias de fuga e esquiva podem ser eficazes para lidar com níveis baixos de estimulação aversiva. Porém, a utilização desta estratégia para lidar com estímulos dolorosos intensos aumenta consideravelmente os níveis de estresse e a magnitude da dor. O processo de esquiva ainda retira do indivíduo reforçadores essenciais em sua vida (Queiroz, 2009).

A dor, nas suas diferentes nuances, é um sentimento inerente à vida: pode ser minimizada, mas não excluída; pode ser benéfica, necessária à sobrevivência, mas pode também se tornar um problema. O enfrentamento dessas contingências, que pode depender de haver ou não alternativas vigentes, vai determinar a qualidade de vida dos indivíduos a elas submetidos (Hunziker, 2010).

Nesse sentido, as tentativas de solucionar os problemas são frequentemente ineficazes e geram frustração, sentimentos de invalidez, angústia, desespero, isolamento, culpa, intolerância à dor e, sobretudo, desamparo resultante da busca incessante e sem sucesso pelo controle da dor e de todos os sentimentos advindos dela.

É atuando nesse contexto de tentativas de controle do que a pessoa sente que a Terapia de Aceitação e Compromisso (Acceptance and Commitment Therapy – ACT) tem um papel fundamental, pois, ao abandonar a luta contra a dor, a pessoa pode redirecionar a sua vida e abandonar tentativas improdutivas de controlá-la.

A ACT, abordagem terapêutica desenvolvida por Steven Hayes e Wilson em 1994, faz parte da chamada “terceira onda” na Terapia Comportamental, por dar um novo enfoque à prática de consultório, trazendo uma visão contextual de eventos privados onde anteriormente dominaram tentativas diretas de controlar e modificar

sentimentos e pensamentos. É um enfoque psicoterapêutico embasado na Análise do Comportamento que tem como objetivo desenvolver comportamentos concorrentes aos comportamentos “inadequados” que são mantidos em decorrência dos contextos sócio-verbais presentes na comunidade do indivíduo, permitindo que as pessoas experienciem mais diretamente o mundo, para que o seu comportamento se torne mais flexível e as suas ações mais consistentes com os seus valores<sup>6</sup>. As tentativas de controle levariam à não aceitação e esquiva de determinados sentimentos e à fusão cognitiva<sup>7</sup> como forma de solucionar problemas psicológicos. A abordagem é direcionada, desta forma, para a promoção da difusão cognitiva e para a aceitação, isto é, a redução da esquiva experiencial e para o aumento da tolerância emocional no contexto terapêutico. Além disso, a ACT procura construir um trabalho curativo visando mudanças profundas nas táticas de vida do paciente, mudanças estas que estão relacionadas às melhoras em termos de remissão da dor e melhor qualidade de vida (Carvalho, 2011; Conte, 1999; Dutra, 2010; Martins & Vandenberghe, 2007).

A ACT fundamenta-se na Teoria dos Quadros Relacionais (Relational Frame Theory – RFT). Segundo esta teoria, os organismos podem aprender a emitir respostas aos estímulos com base em uma história com uma particular relação arbitrária entre esses estímulos. Os estímulos arbitrários simbolizam outros estímulos

---

<sup>6</sup> Valores são direções de vida desejadas e verbalmente construídas. São escolhas no sentido de serem axiomas a partir dos quais a pessoa pode ou não planejar sua vida (Luoma, Hayes & Walser, 2007, *apud* Zilio, 2011).

<sup>7</sup> Fusão cognitiva se refere à predominância da regulação verbal do comportamento sobre todos os outros processos comportamentais. O comportamento humano passa a ser guiado por redes verbais relativamente inflexíveis em detrimento das contingências contatadas do meio, mesmo quando aquelas causam prejuízo. Já com a difusão cognitiva, tem-se o intuito de alterar as funções indesejáveis de pensamentos. Com ela, a ACT almeja mudar a maneira que o indivíduo interage e se relaciona com os pensamentos por meio da criação de contextos nos quais as funções nocivas são diminuídas. (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).



porque podem responder a indicações de uma relação em si, sem a necessidade de uma história direta com um exemplo particular (Hayes, 1987).

Relacionar significa responder a um evento por meio de outro, sendo que crianças podem prontamente ser ensinadas a estabelecer conexões entre situações e a combinar distintas formas através de múltiplos treinamentos exemplares e de reforçamentos. Elas aprendem, por exemplo, a relacionar tais eventos de maneira equivalente, oposta ou a considerar uma forma melhor que a outra, por meio de suficientes exemplos de reforçamentos. Quando aprendidos, os “enquadramentos relacionais” podem ser aplicados a qualquer compêndio de situações, contanto que os insumos relacionais sejam apresentados. Isso significa que o relacionamento não mais é controlado meramente por propriedades formais, contiguidade ou contingência direta, mas é “arbitrariamente aplicável” no sentido de que seus insumos forneçam um quadro vazio no qual os eventos possam ser incluídos. Com esta base, funções podem assim ser transformadas (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008).

A RFT baseia-se nos estudos de Sidman sobre equivalência de estímulos e trabalha a emergência de novas relações entre estímulos, relações estas não treinadas diretamente. Para esse autor, a equivalência é um processo básico, um produto direto das contingências, assim como discriminação e extinção. Já para Hayes, a equivalência também é uma função das contingências, mas é aprendida. As contingências que geram a equivalência são o reforçamento de vários exemplares do tipo de responder relacional em jogo, nos quais os quadros relacionais permanecem os mesmos. Adicionalmente, equivalência seria apenas um dentre vários tipos de quadros relacionais que são aprendidos por meio da ocorrência de exemplares

discretos expostos em várias contingências semelhantes (Moreira, Todorov & Nalini, 2006).

Nessa teoria, o comportamento verbal é definido como um responder relacional aplicável arbitrariamente; isso porque as propriedades que controlam esse responder não são características físicas específicas de um evento ambiental (Hayes, 1987; Silva, 2012).

O responder relacional seria, portanto, comportamento aprendido e deveria, como tal: 1) desenvolver-se no decorrer da aprendizagem dos organismos; 2) apresentar variação (vários tipos de relações poderiam ser aprendidos); 3) permanecer sob controle de estímulos; e 4) ser estabelecido e mantido por reforçamento (o reforçamento inicial seria arbitrário e social) (Brino & Souza, 2005).

Assim, a formação de quadros relacionais (e o responder relacional aplicável arbitrariamente) tornaria possível a emergência de novos desempenhos verbais que se adequariam aos quadros relacionais já estabelecidos pelo treino, quando uma dica contextual adequada estivesse presente (Brino & Souza, 2005).

A RFT define regras como antecedentes verbais e as classificam em três tipos: Rastrear (*Track*) – comportamento governado por regras sob o controle de uma aparente correspondência entre a regra e as contingências naturais (por exemplo, um casal chega a determinado endereço por meio das orientações dadas por uma pessoa); Aceder (*Pliance*) – é o comportamento governado por regras sob o controle de consequências aparentemente mediadas socialmente e arbitrárias para uma correspondência entre a regra e o comportamento relevante (por exemplo, quando uma mãe pede para uma filha fazer determinada coisa por achar que aquilo é o melhor para ela); Aumento (*Augmenting*) – regra que funciona como uma operação estabelecadora por mudar, alterar a motivação em relação a uma determinada

consequência (por exemplo, um amigo fala para outro que, se ele fizer dança de salão, terá mais chances de conseguir uma namorada) (Hayes, 1987).

O comportamento governado por regras, determinado pela comunidade verbal, pode produzir uma notável insensibilidade às contingências e favorecer o surgimento de padrões comportamentais como a esquiva experiencial. Em função disso, um sujeito pode esquivar-se de situações com as quais ele nunca teve contato, mas que são verbalmente relacionadas a estímulos aversivos condicionados em sua história de aprendizagem e passam a compartilhar as funções desses. Com isso, o repertório comportamental fica empobrecido e mantido por estimulação aversiva (Dutra, 2010; Silva, 2012).

A esquiva experiencial ocorre quando eventos privados passam a ser alvos de controle verbal. Quando as experiências privadas são produtos de eventos traumáticos, a pessoa passa a evitá-las para não entrar em contato com tais eventos (Dutra, 2010).

A ACT define esquiva experiencial como uma tentativa de não sentir sinais, sensações, ou sentimentos aversivos. Porém, a pessoa que aprende a evitar pensamentos negativos, emoções desagradáveis ou outros sinais privados aversivos, pode se sentir melhor em curto prazo, mas perde, ao mesmo tempo, o contato com fontes de informação valiosas sobre o que está ocorrendo em sua vida, além de não obter os benefícios do autoconhecimento advindos de emoções que sinalizam o tipo de contingência em operação (Dutra, 2010; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, *apud* Martins & Vandenberghe, 2006).

No intuito de enfraquecer os padrões de esquiva experiencial, a ACT, utiliza-se de metáforas e introdução de paradoxos, procurando promover a tolerância das ambiguidades e das contradições da realidade, desenvolvimento de padrões

interpessoais novos, descoberta e explicação de valores. Com isso altera-se a função dos estímulos aversivos e estabelecem-se condições que ajudem a conscientizar a pessoa de que suas emoções são produtos de contingências ambientais (Dutra, 2010; Vandenberghe, 2005).

A sociedade estabelece uma série de contextos verbais que alteram nossa compreensão e dificultam a convivência com os sentimentos. Alguns fatores determinam o sofrimento, os problemas das pessoas. Geralmente, quando os clientes chegam à terapia, trazem um excesso de bagagem oriundas de sua história de vida. Eles não só têm problemas, mas lutam contra esses problemas, acreditam que eles são causados por algo, acreditam que devam fazer algo para resolvê-los ou controlá-los e acreditam que tais problemas são insolúveis (Conte, 1999; Hayes, 1987).

Três aspectos do contexto sócio-verbal normal da ação humana contribuem para o estabelecimento dos fatores citados acima: o impacto do significado literal dos eventos verbais sobre o comportamento (contexto da literalidade); a aceitação de razões verbais, dadas como explicações válidas para o comportamento individual (contexto de dar razões); o treinamento social no sentido de que um controle cognitivo e emocional pode e deveria ser atingido como meio para viver uma vida bem sucedida (contexto do controle) (Brandão, 1999).

No contexto da literalidade, as palavras ganham significados e os eventos são categorizados do ponto de vista conceitual, com base na maneira como a comunidade verbal refresca constantemente as relações entre vários estímulos. Aqui as palavras passam a significar mais coisas além das que elas se relacionam diretamente, podendo provocar comportamentos públicos e privados “inadequados”, uma vez que a pessoa, respondendo literalmente, pode ignorar o responder com base na utilidade experimentada (Brandão, 1999; Hayes, 1987).

No contexto de dar razões, certos eventos explicam outros eventos. A comunidade verbal reforça relações entre pensamentos ou sentimentos e ações, mantendo a ideia de que os eventos privados são as causas do comportamento. Sendo assim, as pessoas acabam por obter ganhos secundários por atribuírem suas mudanças comportamentais à ocorrência de comportamentos privados (Brandão, 1999; Hayes, 1987).

Já o contexto do controle é consequência dos dois primeiros contextos. Aqui se acredita que certas coisas devem mudar antes que outras possam fazê-lo. Se as ações são causadas por eventos internos, para se conseguir uma mudança de ação, é necessário, primeiro, controlar os pensamentos e sentimentos que as geram (Brandão, 1999; Hayes, 1987).

Existem seis diferentes processos, que são as metas centrais de intervenção na ACT. A combinação desses processos pretende alcançar a flexibilidade psicológica com a quebra dos contextos citados anteriormente, ou seja, a habilidade de um ser humano consciente em experienciar por completo os resultados emocionais e cognitivos e em alterar o seu comportamento em prol de valores escolhidos (Carvalho, 2011).

A primeira meta consiste em estabelecer um estado de desamparo criativo. Aqui, o principal objetivo é mostrar ao cliente que, dentro do contexto no qual ele trabalha (literalidade, razão e controle), não existe uma solução. Cria-se uma nova comunidade verbal que opere dentro de um contexto diferente. Para isso, desafiam-se esses contextos, comportando-se de uma maneira que não se encaixe neles. A ACT utiliza-se do paradoxo, uma maneira rápida de afrouxar o sistema verbal com o qual a pessoa chega à terapia, a partir do momento em que coloca o cliente em uma posição insustentável (Brandão, 1999; Hayes, 1987).

Na segunda meta, afirma-se que o problema está nas tentativas de controlar seus pensamentos e sentimentos. O objetivo é mostrar ao cliente que a forma pela qual fomos socializados é que faz parecer que eventos privados necessitem ser controlados e que essa tentativa de controle é que se constitui no problema (Brandão, 1999; Hayes, 1987).

A terceira meta permite distinguir as pessoas de seu comportamento. Seu objetivo é levar o cliente a discriminar a pessoa que ele chama de EU e o problema de comportamento que o cliente quer eliminar. Separar os comportamentos da pessoa que os emite. Separar o que a pessoa é, faz, do que ela pensa, sente (Brandão, 1999; Hayes, 1987).

Na quarta meta, escolhe-se e se valoriza uma direção. O objetivo é levar o cliente a escolher mudar de ações em vez de sentimentos. Nesse momento, é importante escolher a atividade em vez do sentimento, pois a ação é passível de controle, enquanto que os sentimentos e pensamentos não o são (Brandão, 1999).

Abandonar a luta é o objetivo da quinta meta. Leva-se o cliente a deixar de lutar contra seus pensamentos e sentimentos e aceita-los. É importante que a pessoa vivencie as sensações, sentimentos e pensamentos dos quais geralmente se esquiva (Brandão, 1999; Conte, 1999).

Na sexta meta, assume-se o compromisso com a mudança. Aqui a pessoa está preparada para empreender uma ação diretiva para mudar a qualidade de sua vida. Os eventos privados são desconsiderados como justificativa para não agir (Brandão, 1999; Hayes, 1987).

Nestes processos de intervenção terapêutica, o alvo não é mudar os conteúdos dos problemas, mas buscar a transformação mais ampla dos contextos que os mantêm. Muito disso passa pelo jogo dialético de aceitação da vivência como ela é, e

de compromisso com a mudança, de tolerância dos eventos privados aversivos e de contato intenso com as contingências (Cordova & Kohlenberg, 1994; Hayes, 2002, *apud* Vandenberghe, 2005).

Na ACT, o comportamento de dor é considerado na sua função estratégica de relacionar-se com os outros e também nos seus aspectos privados, na forma como a pessoa a usa para definir a experiência de si, dando sentido aos seus sentimentos (Vandenberghe, 2005).

Para a pessoa que sofre de dor crônica, a perda de papéis sociais, familiares e profissionais pode levar a uma crise de significado da vida. A não aceitação de todo o processo está no fato de que essa dor ocorre na ausência de um dado que possa justificá-la. A incapacidade de fugir de todo esse problema desqualifica a pessoa. Tal fato é ainda mais reforçado pela comunidade verbal que ensina que a incapacidade de resolver a dor é uma falta de controle (Vandenberghe, 2005).

A proposta da ACT é, então, abandonar as tentativas de controlar a dor, o que implica na necessidade de reconstruir novos contextos sócio-verbais, reconhecendo-a e aceitando-a como algo que faz parte de sua vida, descobrindo que viver com dor não implica em incapacidade, que vale a pena viver mesmo com ela. É partindo dos pressupostos da Análise Comportamental Clínica que o presente trabalho tem como objetivo evidenciar a importância das estratégias de intervenção utilizadas pela ACT no bom desenvolvimento do processo terapêutico, utilizando-se de um estudo de caso de dor crônica.

## **Método**

### **Participante**

Joana (nome fictício), 48 anos, casada, classe socioeconômica média, funcionária pública, bacharel em Pedagogia, professora da Secretaria de Estado de Educação do Goiás.

A cliente autorizou o estudo de caso de acordo com documento de autorização para supervisão no Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento (IBAC), segundo modelo apresentado no Anexo I.

### **Queixas e Demandas**

A cliente buscou psicoterapia por prescrição de uma reumatologista devido ao seu diagnóstico de dor crônica.

Cinco anos antes do início da terapia, Joana vinha consultando médicos na tentativa de encontrar uma justificativa e solução para as constantes dores que sentia pelo corpo e que a impediam de desenvolver algumas de suas atividades básicas.

Dois anos antes do início da psicoterapia, a cliente recebeu seu primeiro diagnóstico de dor crônica. A reumatologista enfatizou a necessidade de, juntamente com o tratamento médico, Joana iniciar uma psicoterapia de abordagem comportamental por acreditar que suas dores eram intensificadas por questões emocionais e por problemas advindos de seu ambiente. Somente um ano após a prescrição da médica, é que Joana procurou o Serviço de Atendimento Comunitário do IBAC.

Inicialmente, Joana não relatou uma queixa específica. Verbalizou que: “estou aqui, no consultório, a pedido de minha médica e não sei como uma psicóloga



poderia me ajudar, pois minhas dores são físicas, estão no meu corpo”. Na primeira sessão, enfatizou, por várias vezes, que: “não invento as dores, realmente as sinto”.

No decorrer dos atendimentos psicoterápicos, foram identificados alguns padrões comportamentais (tais como: baixo repertório para enfrentamento, fuga e esquiva de condições aversivas, busca de controle em diversas situações, necessidade de validação e aceitação por parte do outro, *déficit* de habilidades sociais, comportamento governado por regras) que determinavam a manutenção de alguns comportamentos “inadequados” de Joana.

### **Ambiente**

Os atendimentos ocorreram em um consultório de psicoterapia localizado no IBAC. O ambiente era confortável e acolhedor, com iluminação e ventilação adequadas. Possuía duas poltronas voltadas de frente uma para outra, uma mesa e circulador de ar.

### **Procedimento**

Até o momento em que o presente trabalho foi redigido, haviam sido realizadas 43 sessões de psicoterapia, com duração de 50 minutos cada, ao longo de 1 ano e 10 meses, com alguns períodos de interrupção. Os atendimentos foram conduzidos de acordo com os princípios da Análise Comportamental Clínica e da Terapia da Aceitação e Compromisso.

Em primeiro lugar, procurou-se desenvolver uma relação terapêutica intensa, pautada no acolhimento, audiência não punitiva, validação dos sentimentos apresentados, transparência e confiança. Isso foi de suma importância ao se levar em

consideração que Joana vinha de um processo de privação em relação a reforçadores sociais importantes em sua vida.

Observou-se, já no início da psicoterapia, que os comportamentos da cliente, como as respostas a eventos acontecidos no ambiente, tinham como consequência reforçamento positivo, reforçamento negativo e punição. Tais contingências levavam Joana a interagir com seu meio de forma contraditória e “inadequada”, pois hora recebia atenção e era isenta de algumas responsabilidades, hora recebia críticas por não desenvolver as atividades do trabalho e de casa. O comportamento queixoso em relação às dores que sentia também era punido pelas pessoas que viviam à sua volta.

O estabelecimento de vínculo de confiança foi necessário para que a cliente relatasse acontecimentos aversivos importantes em sua vida e que estavam diretamente relacionados ao quadro de dor crônica.

As estratégias de intervenção da ACT foram utilizadas por se perceber que a cliente apresentava padrões comportamentais que lhe traziam consequências indesejadas. Era necessário trabalhar a aceitação de sua condição física, a tolerância emocional em relação a seus comportamentos privados, estabelecer novos contextos sócio-verbais diferentes da literalidade, dar razões e controle, promover um estado de difusão cognitiva, além de estabelecer estratégias para o compromisso com a mudança de comportamento.

Trabalhou-se com Joana a questão de que a dor crônica era um fato em sua vida e que provavelmente essa situação iria acompanhá-la por longos períodos. Sendo assim, escolhas precisariam ser tomadas, apesar do custo emocional que isso lhe exigiria. Ela poderia continuar controlando sua dor e se vitimizandando diante disso ou poderia aceitar sua condição física, tolerar seus sentimentos e pensamentos e procurar ter acesso a reforçadores que lhe proporcionassem uma melhor qualidade de

vida. A dor poderia ser um grande limitador para a realização de suas atividades. Porém, a cliente não vivenciava uma condição frequente de dor, com crises constantes, a ponto de essa condição a impedir de realizar tais atividades.

Ferramentas como a utilização de metáforas (algumas descritas no Anexo II) foram essenciais para se trabalhar as questões citadas no parágrafo acima, além de estabelecer um conjunto de novas contingências diferentes das vivenciadas pela cliente e enfraquecer o domínio da linguagem sobre a sua experiência.

Foram feitos, ainda, questionamentos sobre a condição atual na qual a cliente vivia (relação com esposo, filhas, colegas), que consequências a dor lhe trazia, qual o momento em que surgiu a primeira crise de dor, o que acontecia antes e depois de ter crises e como a sua forma de agir impactava as pessoas que viviam à sua volta. Essas questões favoreceram o esclarecimento dos contextos familiar, laboral, social de Joana. Além disso, questionamentos sobre a história de vida da cliente, como a dinâmica familiar de quando era criança e adolescente (relação com mãe, pai, irmãos, amigos), como enfrentava situações que não lhe eram agradáveis, como lidava com questões como responsabilidade, exigências, aceitação por parte do outro, etc., foram importantes para o acesso às contingências em que Joana esteve inserida. Tais questionamentos tinham o objetivo de levar Joana a refletir que ela poderia viver de forma muito enriquecedora mesmo com a dor, o que significava reavaliar todos os seus valores.

Em alguns momentos, quando foi identificado que Joana estava esquivando-se de alguma situação ou assunto aversivo, por meio do choro ou desvio do tema conversado, bloqueou-se esse padrão. Nesse procedimento a terapeuta fazia perguntas à cliente de forma a não permitir a fuga. Teve-se o cuidado de não tornar o

momento mais aversivo do que o próprio fato de falar de assuntos que causassem sofrimento à cliente.

Atividades de registro de rotina, onde a cliente, por uma semana, descreveu tudo o que fazia durante manhã, tarde e noite, mostraram quais ações Joana fazia no decorrer de seu dia que possibilitavam maior ou menor controle de seus comportamentos privados. Ficou claro que a cliente, desde o momento em que foi afastada de seu trabalho, deixou de ter uma rotina fixa. Passava a maior parte de seu tempo imersa em perguntas que indagavam acerca das causas de seus problemas. Joana vivia um estado de fusão cognitiva, onde a literalidade, o dar razões para seus problemas e o controlar tudo o que pensava e sentia faziam parte de seu contexto sócio-verbal. Além disso, esse contexto proporcionou uma privação de reforçadores sociais importantes, como o próprio afastamento do trabalho e de amigos e a não participação em atividades sociais.

Utilizou-se a atividade dos quadrantes com o intuito de fornecer a Joana o acesso ao que ela estava realmente abrindo mão. A forma como vinha se comportando, sua maneira de ver e significar toda a situação, levavam-na a uma perda de reforçadores significativos em sua vida, o que justificava os acessos a crises de depressão leve. Nesta tarefa, a cliente tinha que pontuar, em forma de tópicos, as atividades que: gostava e fazia; não gostava e fazia; gostava e não fazia; não gostava e não fazia. Foi evidenciado o quanto a cliente, desde o diagnóstico de dor crônica, havia deixado de fazer coisas importantes para ela. A partir desse exercício, foi possível listar as atividades prazerosas que Joana poderia realmente voltar a fazer, as quais lhe permitiriam tirar o foco da dor.

Após a identificação de padrões comportamentais relevantes (baixo repertório para enfrentamento, fuga e esquivas de condições aversivas, busca de controle em

diversas situações, necessidade de validação e aceitação por parte do outro, *déficit* de habilidades sociais, comportamento governado por regras), foram feitas análises funcionais moleculares e molares, descrevendo as relações entre os padrões e os contextos onde ocorriam, além de pontuar as consequências para determinadas respostas. Eventos históricos associados às contingências atuais foram determinantes na manutenção dos seus comportamentos.

## Resultados

Os resultados serão apresentados por meio da formulação comportamental realizada no decorrer das 43 sessões de psicoterapia. Ressalta-se que Joana ainda estava em atendimento quando da redação do presente trabalho.

### 1. Repertório e Contingências de Reforçamento Atuais<sup>8</sup>

No início da terapia, a vida da cliente girava em torno da dor crônica. Queixar-se de dor era a forma como ela se relacionava com o mundo à sua volta.

Joana não trabalhava desde que foi diagnosticada com a doença (cerca de 3 anos antes de procurar a terapia). Seu ambiente de trabalho era exigente, favorecendo a dedicação constante. Esta dedicação levava a bons resultados por parte da cliente que, por sua vez, contribuía para o surgimento de novas exigências.

Em casa, a cliente assumia muitas responsabilidades e as pessoas que viviam à sua volta (marido e duas filhas) já estavam acostumadas com essa situação. Estas pessoas estavam acomodadas, não faziam as atividades domésticas, por saberem que Joana assumiria essas responsabilidades.

Nas poucas relações sociais que estabelecia, era vista como a pessoa correta, que fazia tudo “certinho”. Sua condição física, dor crônica, invalidava tudo o que as pessoas pensavam a respeito dela. Porém, obtinha alguns ganhos como atenção e se eximir de algumas responsabilidades que vivenciava de uma forma aversiva.

O ambiente social e familiar que Joana vivia era sinalizador constante de ameaças relacionadas ao não ser eficiente, ser improdutiva, não dar “conta do recado”. Este

---

<sup>8</sup> O termo “atuais” faz referência ao momento inicial da terapia.

controle aversivo reforçava frequentemente repertórios de fuga e esquiva. Supõe-se que a dor crônica seja um exemplo desse padrão comportamental.

Joana vivia em um ambiente com privações afetivas. Recebia atenção, carinho e cuidado do marido e das filhas, geralmente nos momentos em que apresentava crises de dor crônica. Nessas situações, era levada para o hospital pelo marido, e as filhas perguntavam, com frequência, como se sentia. Passada as crises, “tudo voltava para a normalidade”. No entendimento da cliente, a normalidade era caracterizada por cada um “ter uma vida própria”. Nesse contexto, o marido voltava a trabalhar o dia inteiro e quando chegava à residência, envolvia-se com bebida e as filhas envolviam-se com suas atividades, como faculdades e estágios. Joana voltava a sentir-se “como um zero à esquerda”.

Seus comportamentos (bom desempenho e eficiência ao realizar suas atividades) eram reforçados positivamente com êxitos e admirações, negativamente ao evitar críticas (quando não fazia algumas tarefas) e também eram punidos, quando sua comunidade verbal a criticava por não conseguir fazer o que fazia antes.

## **2. Histórico da Cliente**

### **2.1. Histórico Familiar**

Joana, 48 anos (no período em que o presente trabalho foi redigido), foi a segunda filha de cinco filhos, sendo quatro mulheres e um homem. A cliente e o irmão mais novo eram adotados, fato revelado somente na sua adolescência. A adoção da cliente foi considerada informal e ocorreu quando ela tinha 9 meses de idade. Em sua certidão de nascimento e documento de identidade, constava nome da mãe e pai desconhecido.

Seus pais adotivos eram nordestinos, sendo que o pai faleceu de câncer quando ela estava com 26 anos e a mãe ainda era viva. A cliente morou na Região Nordeste até esta idade, quando veio para Brasília.

Era casada com um homem três anos mais velho que ela, possuía duas filhas (de 20 e 17 anos).

Joana foi a filha que recebeu as cobranças da mãe. Relatava que, desde muito pequena, era responsável pelos afazeres domésticos (por exemplo, limpava e organizava a casa, cuidava das roupas dos irmãos e pais), pelos cuidados com o irmão mais novo e pelo cuidado com os animais (a casa possuía um quintal grande e seus pais criavam patos, galinhas, porcos, periquitos). Sua mãe era muito exigente com ela, cobrava que essas atividades fossem realizadas diariamente. A cliente contava com a ajuda de uma empregada doméstica que apenas cozinhava. Seus pais trabalhavam fora.

Segundo a cliente, sua mãe a punia com castigos e surras, sem motivo aparente. Relatou que, certo dia, estava dormindo em sua cama e foi acordada por uma surra (com vara) dada pela mãe. Esta acabara de chegar do trabalho e tudo que tinha delegado como atividades para a cliente realizar havia sido feito. Joana verbalizava que, realizando ou não as atividades impostas pela mãe, era penalizada, punida.

A cliente tinha um tratamento diferenciado de seus outros irmãos. Dormia no menor quarto da casa, não tinha roupas tão boas, não fazia suas refeições na mesma mesa que os demais. Sua mãe a via como uma empregada. Joana verbalizava não compreender o porquê de isso acontecer. Não entendia o motivo pelo qual sua mãe não a amava.

Possuía uma relação distante com seus irmãos. Estes, assim como Joana, estudavam. A diferença era que eles apenas estudavam, enquanto a cliente tinha uma



série de outras atividades para desenvolver. Em idade escolar mais avançada, os irmãos foram estudar na capital. Joana continuou estudando em sua cidade. Os quatros irmãos fizeram faculdade, a cliente concluiu seu ensino médio, optando, na época, pelo Magistério.

No início de sua adolescência, ajudou o pai a cuidar do comércio da família. Era uma oportunidade de sair de casa e vivenciar a relação com seu pai. Ao seu lado, sentia-se acolhida e amada. Porém, o pai era omissos a tudo o que a mãe fazia. Não a confrontava, pois a mãe era controladora. Já na idade adulta, por volta dos 20 anos, trabalhou com seu primo, que era prefeito. Sua função era abrir e fechar a Prefeitura da cidade, além de cuidar de toda a parte financeira deste local, que era uma atividade de muita responsabilidade.

Aos 15 anos, revelaram para Joana que era filha adotiva e compreendeu o porquê de sua mãe se comportar de forma tão diferente com ela. Nasceu de um relacionamento extraconjugal do seu pai biológico, que era irmão do pai adotivo. Teve acesso a essas informações, pois o pai biológico havia falecido em um acidente automobilístico e as tias lhe contaram a verdadeira história. Relataram, inclusive, que sua mãe adotiva se recusou a adotá-la, mas o pai a quis. Não conheceu sua mãe biológica, pois esta faleceu logo após seu nascimento, de causas desconhecidas pela cliente.

Aos 24 anos, casou-se com seu marido. Relatou que nem estava interessada nele, mas ele insistiu tanto que acabaram iniciando o relacionamento. Joana viu uma oportunidade de sair de casa, sair do controle de sua mãe. Verbalizou que não teve orientações sobre sexo. Nunca conversou sobre esse tema com mãe, irmãs ou colegas. Por este motivo, engravidou logo após seu casamento.

Após o falecimento de seu pai, com 26 anos, veio para Brasília, pois já não contava com o apoio dele. Para sua mãe, “era como se eu não existisse”. Seu objetivo era conseguir algo melhor para sua família (marido desempregado e filha pequena). Desta forma, veio sozinha e contava apenas com a ajuda de uma prima que já morava em Brasília. Conseguiu trabalhar como auxiliar em uma creche e, 6 meses após sua chegada, já com um trabalho em mãos para o marido, trouxe-o com sua filha. Com 27 anos, teve sua segunda filha. A responsabilidade de fazer dar certo a mudança para Brasília era imposta a ela, pois o marido não concordou, inicialmente, com sua vinda.

Dez anos após a chegada em Brasília, o marido de Joana começou a se envolver com bebida e relacionamentos extraconjugais. Bebia, todos os dias, quando chegava do trabalho. Joana se incomodava muito com isso, pois as filhas reclamavam da ausência do pai. A cliente afirmou que nunca teve um bom relacionamento com seu marido, não existiam conversas, somente discussões. Sobre as traições, o marido sempre as negava. Joana gostaria de mudar seu relacionamento, pensava em separação. Porém, não possuía habilidades para tomar essa decisão. A primeira crise de dor crônica da cliente aconteceu após ter a certeza de que o marido a traía.

A cliente possuía um relacionamento estável com as duas filhas. Existiam conversas abertas (sobre sexo, drogas, valores, estudos), carinho, compreensão e acolhimento. Joana procurava não repetir o que vivenciou com sua mãe. Afirmava que sua maior preocupação era que suas filhas não sofressem o que ela já sofreu.

No ano de 2006, conseguiu concluir um curso superior em Pedagogia e, em 2007, passou em um concurso público para o cargo de Professor na Secretaria de Educação do Estado do Goiás. Verbalizava serem esses, juntamente com suas filhas, seus maiores troféus.

## 2.2. Histórico Sócio-afetivo

Ao longo de sua história de vida, Joana não vivenciou contingências que lhe permitiram desenvolver um repertório adequado de habilidades sociais. Não tinha amigos, possuía apenas colegas com os quais mantinha relacionamentos superficiais. Teve como namorado somente seu marido, com quem se casou logo em seguida.

Na infância e adolescência, tinha uma relação conflituosa com sua mãe. Comportava-se para evitar punições imprevisíveis e, normalmente, incontroláveis. Não tinha carinho e atenção. Mantinha um padrão de exigência consigo mesma na tentativa de agradá-la ou ter acesso a um mínimo de atenção. Após adulta, relatou compreender a forma como a mãe a tratava e disse que a perdoava. Apesar disso, não conseguia ter uma relação de intimidade com ela.

Com o pai, manteve uma relação reforçadora até o seu falecimento. Era quem lhe dava carinho. No entanto, sofria as consequências do comportamento controlador e punitivo de sua esposa. Era omissa a tudo o que ela fazia com Joana. Após o falecimento do pai, a cliente mudou para Brasília. Relatou não ter mais motivo para permanecer em sua cidade.

A cliente sentia-se rejeitada e “mal olhada pelos outros” por ser filha adotiva. Comportamentos privados depreciativos e de menos-valia faziam parte de sua vida e influenciavam diretamente sua relação com os que estavam a sua volta. Relatava sentir vergonha quando tinha que apresentar seu documento de identidade para alguém, por não ter o nome do pai.

Depois de casada, possuía um contato social restrito somente à sua família (marido e filhas). Quando trabalhava, envolvia-se mais com outras pessoas, colegas da escola onde dava aulas. Afastada desse ambiente, devido à sua condição física de dor crônica, passava o tempo em sua residência.

Para Joana, a dor crônica era uma condição que a impedia de manter os contatos sociais já existentes e estabelecer novas relações. Quando marido, filhas ou colegas a chamavam para sair, a cliente queixava-se de dores. Desta forma, acabava por ficar muito privada dessas relações e de todos os reforçadores que elas poderiam proporcionar.

Na época da elaboração do presente trabalho, Joana alternava como prática em sua rotina passar o dia inteiro deitada (alternando entre sua cama e sofá da sala), assistir televisão e fazer algumas atividades domésticas no intuito de evitar a cobrança do marido e filhas. Apresentava variações no horário de dormir (entre 0h e 02 h) e, por este motivo, acordava muito tarde (por volta das 11 h). Acordava cedo (5 h) somente quando necessitava agendar alguma consulta em hospital.

Não conseguia fazer atividades físicas, o que era indicado para a melhoria de seu bem estar. Relatava não gostar desse tipo de atividade e seu estado físico não permitia fazer caminhadas ou hidroginástica. Quando se dispunha a fazer algo nesse sentido, solicitava a ajuda de uma das filhas ou marido. No entanto, Joana vinha para as sessões de psicoterapia sozinha, de ônibus. O IBAC ficava cerca de 31 Km de sua residência, e distante da parada de ônibus.

### **2.3. Histórico Acadêmico-profissional**

No início de sua adolescência, Joana trabalhou no comércio de seu pai. Posteriormente, trabalhou com atividades administrativas na Prefeitura da cidade. Sempre conciliou estudos, trabalho e atividades domésticas.

Concluiu o Ensino Médio em sua cidade, no interior do Nordeste, optando pela formação em Magistério. Não teve a mesma oportunidade que os irmãos tiveram de estudar na Capital.

Chegando a Brasília, aos 26 anos, trabalhou como auxiliar de ensino em creches. Cerca de 1 ano depois, já assumia o cargo de professora em pequenas escolas particulares.

No ano de 2006, concluiu o curso superior em Pedagogia e, em 2007, foi aprovada em concurso público para a Secretaria de Educação do Estado do Goiás, cargo de Professora.

A cliente estava afastada de suas atividades laborais desde que recebeu o diagnóstico de dor crônica, há cerca de 3 anos.

#### **2.4. Histórico de Saúde**

Joana relatava não apresentar sérios problemas de saúde anteriores ao seu diagnóstico de dor crônica. Junto com esse parecer, veio também a notícia de que tinha hérnia de disco. No entanto, ficou claro, por meio de relatos de sua história de vida, que a cliente, mesmo antes do surgimento da dor crônica, apresentava comportamentos públicos e privados que indicavam depressão, baixa autoestima, culpa e vitimização.

### **3. Análises Funcionais Moleculares e Molares**

O Quadro 1 e o Quadro 2 destacam as análises funcionais moleculares e molares, respectivamente, de alguns padrões comportamentais apresentados pela cliente no decorrer dos atendimentos. Estas análises permitiram a formulação de hipóteses apresentadas abaixo.

Antecedentes	Respostas	Consequências			
		Ref. Positivo	Ref. Negativo	Punição	Frequência (↓ ou ↑)
Exigências dos familiares e do trabalho.	Prontifica-se a fazer as tarefas, refaz as tarefas quando acha que não ficou da forma como ela ou os outros gostariam (Auto exigência / Perfeccionismo).	Admiração e reconhecimento por fazer o correto, aceitação.	Evita frustrar as expectativas dos outros e de si.	–	↑
Autorregra: “para ser boa, tenho que saber de tudo que acontece à minha volta”. Pessoas próximas necessitando de ajuda.	Fazer perguntas em excesso sobre o problema apresentado e resolvê-los sem que a pessoa solicite. Ex. levar a filha à consulta, entrar no consultório e responder às perguntas do médico (Controladora).	Domínio e controle sobre a vida das outras pessoas. Êxito nas soluções propostas para os problemas. Reconhecimento.	Evita críticas, evita frustrar as expectativas dos outros e de si.	Críticas: apontada como uma pessoa invasiva, chata.	↑
Excessivas cobranças, situações emocionais conflituosas, convites a eventos sociais.	Frequentes queixas de dor e diz que não pode ir (Vitimização).	Atenção, cuidados.	Evita ser cobrada pelos familiares e a fazer as tarefas obrigatórias e indesejadas.	Críticas: “manha”, “preguiça”.	↑

Quadro 1. Algumas análises funcionais moleculares dos padrões comportamentais da cliente realizadas no decorrer da psicoterapia. Ref. é sigla de reforçamento. ↓ refere-se à baixa frequência. ↑ refere-se à alta frequência.

<b>Características comportamentais</b>	<b>Histórico que favorece</b>	<b>Condições mantenedoras</b>	<b>Comportamentos específicos</b>	<b>Onde, quando ocorre</b>	<b>Quando é “funcional”</b>	<b>Quando não é “funcional”</b>
Auto exigência, Perfeccionismo	Pais exigentes, ser cobrada. Ser desqualificada pela mãe, ser criticada pelos familiares. Tratamento diferenciado em relação aos irmãos. Muitas responsabilidades em casa	Exigência de atenção aos detalhes no ambiente de trabalho e em casa. Condição diferenciada em relação aos irmãos.	Refaz e revisa os trabalhos buscando evitar erros. Gasta tempo excessivo na elaboração das tarefas. Detalhista. Comportase para atender as expectativas dos outros (ser uma boa pessoa, ter um bom desempenho)	Trabalho, casa, relações sociais.	Bons desempenhos, reconhecimento, dever cumprido.	Desgasta relações, constantemente tensa, somatização (dor crônica). Desgaste emocional.
Controladora	Responsabilidades: irmãos, casa, concurso, trabalho. Modelo da mãe.	Os demais (marido, filhas e colegas de trabalho) deixam tudo sob sua responsabilidade.	Exige, vigia e critica quem não faz igual a ela. Faz perguntas em excesso. Resolve problemas quando não é solicitada.	Casa, trabalho, execução de tarefas.	Melhores resultados, domínio sobre o que ocorre a sua volta, domínio sobre os outros.	Assumir além do que pode, desgaste emocional, irritabilidade.
Vitimização	A mãe a obrigava a fazer todas as atividades domésticas, estudar e	Excesso de responsabilidades, não colaboração dos membros da família, não	Queixar-se das dores, verbalizações autodepreciativas (“sou uma inútil, um zero à	Casa, trabalho, relações sociais.	Esquivar-se das atividades que vê como obrigatórias e	Desgasta relações, críticas dos familiares.

	cuidar dos irmãos. Tratamento diferenciado em relação aos irmãos. Filha de um relacionamento extraconjugal	cooperação. Tratamento diferenciado em relação aos irmãos. Diagnóstico de dor crônica e as limitações impostas pela doença.	esquerda”).		indesejadas. Carinho, cuidado, atenção.	
--	--	---	-------------	--	--	--

Quadro 2. Algumas análises funcionais molares dos padrões comportamentais da cliente realizadas no decorrer da psicoterapia.



#### 4. Hipóteses Levantadas pelo Terapeuta

- História de aprendizagem, com elevado grau de exigência e muitas responsabilidades, contribuiu para o desenvolvimento e manutenção de um repertório comportamental “inadequado”. A verbalização de Joana mostrava o quanto ela sentia o peso de todos esses eventos: “sempre levei o mundo nas costas”;
- Os comportamentos de dor e de queixas adquiriram uma função em sua vida. Por meio desses, aprendeu a se relacionar com o mundo e as pessoas à sua volta, aprendeu a dar sentido à sua vida e a seus sentimentos;
- A dor era também utilizada para se esquivar de experiências dolorosas, situações aversivas, como sair com marido, realizar atividades obrigatórias e indesejadas, voltar às suas atividades laborais;
- Como Joana não se permitia vivenciar novas contingências em sua vida, acabou por ter um repertório comportamental empobrecido, o que dificultava o contato com novas situações, constituindo-se um círculo vicioso;
- Os comportamentos de Joana possuíam um forte controle instrucional. Eram governados por regras que ouvia desde criança. Estas acabaram por se tornar autorregras, favorecendo pouca flexibilidade de pensamento e pouca variabilidade de comportamentos. Algumas de suas autorregras eram: “Quem é forte consegue controlar seu sofrimento e pensamentos negativos. Como sou filha adotiva, sou fraca e não consigo controlá-los”;
- Permanecia em uma condição constante de não aceitação do que vivenciava, intolerância emocional em relação a seus sentimentos e um estado de fusão cognitiva.

## 5. Objetivos Terapêuticos

- Permitir que a cliente acessasse as análises funcionais moleculares e molares, no intuito de proporcionar uma melhor compreensão das condições determinantes e mantenedoras de seus comportamentos públicos e privados e o que estes têm como consequências;
- Criar uma comunidade verbal diferente da que Joana vivenciava, por meio do acesso a novas contingências estabelecidas na própria relação terapêutica e o contato com contextos sócio-verbais diferentes dos contextos da literalidade, razão e controle;
- Enfraquecer padrões de esquiva experiencial, promovendo a aceitação, tolerância emocional e a capacidade para mudança;
- Desenvolver novos repertórios comportamentais que fossem mais favoráveis;
- Promover um estado de difusão cognitiva;
- Proporcionar o autoconhecimento.

## 6. Mudanças Observadas

Até a elaboração do presente estudo, Joana havia apresentado progressos consideráveis em relação ao início dos atendimentos. Era capaz de discriminar as contingências que determinavam seus padrões comportamentais. O acesso e a compreensão das análises funcionais moleculares e molares permitiram que entrasse em contato com as condições que mantinham seus comportamentos. Agora ela compreendia que a maioria de seus comportamentos públicos e, principalmente, comportamentos privados aconteciam em decorrência do que havia vivido anteriormente e não porque ela era uma “inútil”, “acomodada”. Fatos vividos no

passado e uma história de reforçamento haviam influenciado a aquisição de vários de seus padrões.

Joana ainda apresentava padrões de fuga e esquiva diante de algumas situações aversivas (exclusivamente no seu relacionamento conjugal). Porém, já compreendia que estas situações funcionavam como estímulos discriminativos para suas crises de dor crônica. Verbalizações do tipo: “Preciso organizar minha vida e me fortalecer, para me separar dele” eram presentes.

Joana também conseguiu estabelecer um melhor padrão de assertividade, ao falar não diante de tarefas que sabia que não podia de fato realizar. Quando percebia que a própria dor era um padrão de fuga e esquiva, permitia-se vivenciar algumas situações mesmo sentindo-a. Com uma frequência ainda não adequada, começou a praticar atividade física (caminhada). Passou a procurar mais suas amigas, das quais estava afastada há algum tempo. Contudo, nestes encontros sociais, Joana ainda se comportava de modo a obter validação e aceitação por parte do outro. Frequentemente, perguntava para as amigas se estava incomodando. Estes encontros propiciaram o desenvolvimento de algumas habilidades sociais.

Uma das maiores mudanças observadas no processo de psicoterapia foi a decisão tomada por Joana de retornar às suas atividades laborais. A cliente entrou com um pedido de recolocação profissional, junto à Secretaria de Educação de seu Município, para mudança de função, já que a atividade de ser professora exigia que ficasse muito tempo em pé e a realização de movimentos repetitivos que poderia piorar seu quadro de dor crônica. O pedido ainda não havia sido atendido quando da redação deste trabalho.

A utilização de estratégias da ACT mostrou-se eficaz no caso da cliente, pois a conduziu a novos contextos sócio-verbais. Até a elaboração do presente trabalho,

eram poucos os momentos em que “levava tudo ao pé da letra”, tentava justificar, dar razões e controlar seus sentimentos e pensamentos.

Joana passou por um processo de aceitação de que ela e os outros podiam falhar, de que ela não podia ter o controle sobre tudo e todos que estavam à sua volta e, principalmente, aceitou que a dor fazia parte de sua vida e a não viver em função de seu estado físico. Mesmo com a presença da dor, Joana aprendeu que poderia ter uma boa qualidade de vida.

Algumas das mudanças apresentadas por Joana estão expostas no Quadro 3, onde se fez uma relação entre as etapas, metas estabelecidas pela ACT e os comportamentos da cliente.

O Quadro 3 é uma adaptação do modelo desenvolvido por Conte (1999).

Etapas da ACT	Comportamentos da Cliente	Instrumentos utilizados
Desamparo criativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode experimentar a discriminação do sentimento de dor e as respostas corporais que ele produzia;</li> <li>• Verificou que não tinha controle sobre seus sentimentos: eles apareciam com ou sem o seu consentimento;</li> <li>• Percebeu que quanto mais tentava escapar, não sentir a dor, mais ela a sentia. Permanecer nessa tentativa apenas intensificava e mantinha o problema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios de autoconhecimento;</li> <li>• Metáforas das nuvens no céu e do buraco.</li> </ul>
Controle de eventos privados como problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificou seus comportamentos de tentativa de controle dos sentimentos e os eventos ambientais que os determinavam;</li> <li>• Percebeu que seu problema não consistia em não conseguir se esquivar de seus sentimentos;</li> <li>• Percebeu que as dores que sentia eram um fato em sua vida e que não podia controlá-las.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade de registro de rotina (acesso ao quanto tentava controlar, não sentir o que estava sentindo em relação aos seus problemas);</li> <li>• Metáfora do tigre e do polígrafo.</li> </ul>
Eu, como contexto e comportamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferenciou o ser, fazer, do sentir, pensar. O fato de sentir e pensar, não significa que ela seja exatamente esses pensamentos e sentimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metáfora do tabuleiro de xadrez e do computador.</li> </ul>
Escolha da direção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminou os estímulos aos quais deveria responder para fazer as escolhas e agir;</li> <li>• Vivenciou a oportunidade de mudar suas ações, em vez de esperar que seus sentimentos mudassem para que depois as ações ocorressem;</li> <li>• Identificou que poderia assumir papéis diferentes dos que vinha assumindo (pessoa queixosa e com dor crônica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercício dos quadrantes;</li> <li>• Questionamentos a respeito de seus valores e se a maneira como vinha se comportando diante de sua vida estava equivalente a esses valores;</li> <li>• Metáfora do ônibus.</li> </ul>
Abandono a luta com os sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceitou que a dor é algo que não pode ser eliminada. Em decorrência disso, sentimentos e pensamentos autodepreciativos diminuem de frequência;</li> <li>• Processo ainda em andamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metáfora do monstro dentro do baú;</li> <li>• Questionamentos reflexivos.</li> </ul>

Compromisso com a mudança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminou algumas contingências que determinam seus comportamentos;</li> <li>• Engajou-se na prática de atividade física;</li> <li>• Realizou, em frequência ainda muito baixa, atividades que lhe são prazerosas (busca por reforçadores positivos);</li> <li>• Processo ainda em andamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionamentos reflexivos.-</li> </ul>
---------------------------	---	--

Quadro 3. Etapas da ACT e mudanças observadas no comportamento da cliente (adaptado de Conte, 1999). Algumas das metáforas utilizadas podem ser consultadas no Anexo II.

## Considerações Finais

O caso clínico apresentado ilustra o quanto o tema dor crônica é complexo. Trata-se de um processo multideterminado, sendo necessária a junção de diferentes áreas do conhecimento para a sua compreensão mais ampla. Devido a isso, o assunto coloca para os profissionais de saúde e pesquisadores desafios constantes.

O estudo de caso evidencia algumas limitações da Psicologia ao se trabalhar com um assunto cujo diagnóstico é essencialmente clínico, dependendo apenas de exame físico. Dor crônica é frequentemente confundida com outros diagnósticos, devido ao fato de a patologia vir acompanhada de um conjunto de sintomas comuns a outras doenças. Geralmente, os exames laboratoriais trazem resultados sem nenhuma relação com as queixas apresentadas pela pessoa.

Neste ponto, a Análise Comportamental Clínica sai à frente de outras abordagens psicoterápicas por enfatizar a funcionalidade dos sintomas na vida da pessoa e não a sua topografia, já que patologias diferentes podem ter a mesma sintomatologia. É importante ressaltar, ainda, que terapeutas que trabalham com essa abordagem levam em consideração o fato de os comportamentos serem multideterminados. Desta forma, um quadro de dor crônica é determinado e influenciado não somente por fatores atuais da vida da pessoa, mas também por fatores filogenéticos (seleção natural, base biológica), fatores ontogenéticos (histórias passadas de interação com o ambiente) e fatores culturais (alteram o comportamento social de uma pessoa).

Para Hunziker (2010), a Análise Comportamental Clínica colabora na compreensão do tema por trabalhar com os pressupostos filosóficos do Behaviorismo Radical e por destacar as diferentes relações que podem ser estabelecidas entre o

organismo e o seu ambiente, o que pode gerar processos de aprendizagem que se relacionam diretamente com a resposta da dor.

No comportamento de dor, o ambiente em que o organismo está inserido é social, e a relação e interação com esse meio se dá a partir do significado que o organismo dá ao mundo e a si mesmo. Como apontado por alguns autores no decorrer do presente trabalho (Baum, 1994/1999; Skinner, 1989/1991; Tourinho, 2006), a comunidade verbal, grupo de pessoas que fala entre si e que reforça as verbalizações umas das outras, exerce um papel importante na aquisição desses significados, por reforçar todos os comportamentos públicos e privados apresentados por estas. Porém, dependendo da relação de contingência que se estabelece entre antecedente-resposta-consequente, a dor acaba por adquirir algumas funções na vida da pessoa como: estratégia de se relacionar com os outros, dar sentido à sua vida, sentir-se aceita, obter carinho, resolver problemas, além de se eximir de várias responsabilidades no trabalho, em casa, na vida social, nos compromissos diários.

No estudo de caso apresentado, fica claro que a dor crônica adquiriu as funções expostas acima, estabelecidas a partir de uma história de reforçamento e punição. A cliente apresentava dificuldades que iam além das relações interpessoais. Tarefas simples que para a maioria das pessoas faziam parte da rotina diária, em casa ou no ambiente de trabalho, para a cliente podiam levar a um estado de exaustão. Esta experiência era inaceitável para a cliente e incompreensível para as pessoas que estavam à sua volta. O prejuízo funcional advindo desta situação reforçava a sensação de invalidez, ao sentir-se inadequada para o desempenho das atividades de seu dia -a- dia. Ganhos secundários como obtenção de cuidados por parte das filhas, marido, amigas e isenção em algumas responsabilidades eram adquiridos e reforçavam a queixa de dor. Como apontado por Martins e Vandenberghe (2007),



isto é o suficiente para se estabelecer uma fonte de manutenção da dor, ou seja, um círculo vicioso.

O acesso às contingências vigentes na história de vida da cliente foram possíveis devido às análises funcionais moleculares e molares. Marçal (2005) aponta que tão importante quanto conhecer a história da espécie para compreender a sua formação biológica, e conhecer a história da humanidade ou das práticas culturais para compreender porque as sociedades são assim constituídas, é também de essencial importância conhecer nossa história de vida para sabermos por que somos do jeito que somos. Isso nos faz remeter a alguns dos pressupostos filosóficos do Behaviorismo Radical, quando se fala que todo comportamento é determinado, acontece em um contexto e depende da interação com o meio em que ocorre.

As análises funcionais molares mostraram quais fatores históricos favoreceram as características comportamentais da cliente, que condições mantiveram tais comportamentos e, ainda, onde e quando estes ocorriam, o que permitiu compreender que contingências estiveram presentes na sua vida.

Por meio das análises funcionais moleculares, foi possível o acesso às principais consequências (reforçamento positivo, reforçamento negativo e punição) das respostas emitidas por Joana. Aqui, cabe uma hipótese a ser investigada nos atendimentos futuros com a cliente: os comportamentos de Joana eram realmente punidos? Esta dúvida foi gerada por se perceber que, mesmo recebendo muitas críticas (o que, em princípio, é considerado como punição), suas respostas se mantinham em alta frequência. As críticas das pessoas que estavam à sua volta não seriam consideradas reforçamento positivo por proporcionarem a Joana o acesso à atenção do outro? Vale lembrar que, ao longo de toda a sua vida, Joana esteve muito privada de reforçadores afetivos.

Pensando nas análises funcionais apresentadas, todo o comportamento de dor da cliente foi determinado por contingências passadas e atuais. Na história de vida de Joana, estiverem presentes padrões estressores e punitivos de relações familiares, negligência e abuso moral na infância, relações coercitivas, conflitos e sobrecarga familiar, grandes responsabilidades impostas e vivências traumáticas. Alguns dos padrões comportamentais apresentados pela cliente, como a vitimização, possivelmente, já faziam parte de seu repertório comportamental. Tais padrões podem ter iniciado uma cascata de eventos que exacerbava a sensibilidade a condições aversivas no longo prazo, contribuindo para efeitos persistentes e negativos sobre a saúde física e emocional da cliente.

As contingências às quais a cliente estava exposta, favorecerem o estabelecimento de alguns padrões, como comportamento fortemente governado por regras (*Pliance* e *Augmenting*), o que lhe trouxe grande insensibilidade às contingências e pouca variabilidade comportamental; *déficits* nas habilidades sociais e baixo repertório de enfrentamento advindos de um contexto familiar e social que dispunha de poucos reforçadores; controle verbal excessivo; esquiva emocional diante de situações aversivas; não equivalência entre seus valores e sua forma de se comportar; não aceitação de tudo que vivia e intolerância emocional aos seus comportamentos privados. Estes fatores contribuíram para que Joana vivenciasse contextos sócio-verbais pautados pela literalidade (“levava tudo ao pé da letra”), dar razões (eventos mentalistas justificavam seus comportamentos) e controle (tentava controlar os eventos internos que acreditava serem a causa de seus comportamentos). Além de favorecerem um estado de fusão cognitiva, ou seja, passou a acreditar que o que ela era, seu significado como pessoa, era exatamente o que ela pensava sobre si e o que os outros verbalizavam sobre ela. Assim, a dor crônica não era algo que fazia

parte da vida de Joana, mas era ela própria. Desta forma, instalou-se um contexto favorável para a utilização da ACT. A aplicação de suas ferramentas de trabalho proporcionou uma boa intervenção terapêutica, favorecendo uma melhor qualidade de vida para a cliente.

Porém, observou-se que o nível sócio-cultural da cliente, um baixo repertório verbal e um baixo repertório de autoconhecimento prejudicaram a utilização da ACT como abordagem no início do processo terapêutico. A cliente apresentava dificuldades em entender as ferramentas utilizadas. As metáforas eram compreendidas de forma literal, não eram feitas associações entre o que era apresentado e as relações contingenciais que determinavam e mantinham seus comportamentos. Na medida em que os atendimentos seguiram, tais dificuldades foram trabalhadas na própria relação terapêutica e a cliente acessou os objetivos definidos na terapia e o que eles significavam. Sendo assim, a ACT passou a ter uma maior aplicabilidade.

Vandenberghe (2005) afirma que sentimentos são efeitos colaterais de contingências e não podem ser controlados. A dor não é algo que tem que ser controlada para se poder viver, mas um motivo para mudar algumas opções fundamentais na vida, de superar certas limitações e de enfrentar de maneira criativa os desafios da interação com o seu universo.

Para haver a mudança, é preciso a aceitação, que significa viver sem defesas e aceitar os eventos como eles são e não como eles pretendem ser. Com dor não é diferente, a recontextualização pode resultar em oportunidades de crescimento e compreensão. Aceitar a dor e sentimentos aversivos pode aumentar a capacidade de agir e pode configurar um contexto de mudança. A vivência direta e intensa dos eventos privados pode redirecionar a vida da pessoa. No entanto, quando esta deixa

de investir tudo na luta contra a dor, a atenção se volta para outras variáveis como parte do problema. Assim, é possível redefinir outras fontes de estimulação para a retomada da vida (Vandenberghe, 2005).

Com as intervenções terapêuticas proporcionadas pela ACT, Joana vem entrando em contato consigo mesma e com sua história de vida. Dessa maneira, compreendeu que mudanças comportamentais que favoreçam uma melhor qualidade de vida somente acontecerão se desconstruir contextos sócio-verbais que mantêm seus problemas. Joana ainda continua em atendimento terapêutico, com vistas a desenvolver repertório comportamental de enfrentamento de situações aversivas e de contato com contingências reforçadoras.

### Referências Bibliográficas

- Andery, M. A. P. A. (1997). O modelo de seleção por consequências e a subjetividade. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 1. Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 199-208). Santo André: ARBytes.
- Baum, W. B. (1994/1999). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Artmed.
- Brandão, M. Z. S. (1999). Abordagem contextual na clínica psicológica: Revisão da ACT e proposta de atendimento. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão à diversidade na aplicação* (pp. 149-155). Santo André: ESETec.
- Brino, A. L. F., & Souza, C. B. A. (2005). Comportamento verbal: uma análise da abordagem skinneriana e das extensões explicáveis de Stemmer, Hayes e Sidman. *Interação em Psicologia*, 9 (2), 251-260. Retirado no dia 08/11/2012, do site [http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/36570\\_4595.PDF](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/36570_4595.PDF)
- Carvalho, S. P. M. (2011). *Validação dos Conceitos de Atenção Plena e Evitamento Experiencial segundo a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) na Explicação do Comportamento Alimentar. Indicações para o Tratamento da Obesidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Braga - Portugal. Retirado no dia 20/10/2012 do site [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8922/1/tese\\_sonia\\_formatado.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8922/1/tese_sonia_formatado.pdf)
- Conte, F. C. S. (1999). A terapia de aceitação e compromisso e a criança: uma exploração com o uso de fantasias a partir do trabalho com argila. Em R. R.

- Kerbaudy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão à diversidade na aplicação* (pp. 121-132). Santo André: ESETec.
- de Rose, J. C. C. (1997). O que é comportamento? Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 1. Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 79-81). Santo André: ARBytes.
- Dutra, A. (2010). Esquiva Experencial na Relação Terapêutica. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 201-214). Porto Alegre: Artmed.
- Guimarães, S. S. (1999). Introdução ao Estudo da Dor. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Dor: Um Estudo Multidisciplinar* (pp. 13-30). São Paulo: Summus Editorial.
- Hayes, S. C. (1987). Um enfoque contextual para mudança terapêutica (Texto traduzido). Em N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Grilford Press.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de Aceitação e Compromisso: Modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, X, 81-104. Retirado no dia 24/10/2012, do site <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v10n1/v10n1a08.pdf>
- Hunziker, M. H. L. (2010). Comportamento de dor: Análise funcional e alguns dados experimentais. *Temas em Psicologia*, 18, 327-333. Retirado no dia 24/08/2012, do site <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a06.pdf>
- Lobato, O. (1992). O problema da dor. Em J Mello Filho (Org.), *Psicossomática Hoje* (pp. 165-177). Porto Alegre: Artmed.

- Marçal, J. V. de S. (2005). Refazendo a História de Vida: Quando as contingências passadas sinalizam a forma de intervenção clínica atual. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 15. Expondo a variabilidade* (pp. 258-273). Santo André: ESETec.
- Marçal, J. V. de S. (2010). Behaviorismo Radical e Prática Clínica. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 30-48). Porto Alegre: Artmed.
- Martins, M. A., & Vandenberghe, L. (2006). Psicoterapia no Tratamento da Fibromialgia: Mesclando FAP e ACT. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 18. Expondo a variabilidade* (pp. 238-248). Santo André: ESETec.
- Martins, M. A., & Vandenberghe, L. (2007). Intervenção Psicológica em Portadores de Fibromialgia. *Revista Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica*, 8 (4), 1103-1112. Retirado no dia 15/08/2012, do site [http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2007/volume\\_8/n%C3%BAmero\\_4/pdf/Pag\\_1103\\_1112\\_vol\\_08\\_n\\_04.pdf](http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2007/volume_8/n%C3%BAmero_4/pdf/Pag_1103_1112_vol_08_n_04.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.
- Menegatti, C. L., Amorim, C., & Avi, G. D. S. (2005). Abordagem comportamental à queixa de dor. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 15. Expondo a variabilidade* (pp. 169-174). Santo André: ESETec.

- Moreira, M. B., Todorov, J. C., & Nalini, L. E. G. (2006). Algumas considerações sobre o responder relacional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, VIII (2), 192-211. Retirado no dia 17/10/2012 do site <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v8n2/v8n2a07.pdf>
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios Básicos de Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Portnoi, A. G. (1999). *Dor, Stress e Coping: Grupos Operativos em Doentes com Síndrome de Fibromialgia*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Queiroz, M. A. M. (2009). *Psicoterapia comportamental e fibromialgia: Alvos para intervenção psicológica*. Santo André: ESETec.
- Rachlin, H. (2010). Dor e Comportamento. *Temas em Psicologia*, 18, 429-447. Retirado no dia 24/08/2012, do site <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a16.pdf>
- Silva, J. L. (2012). *Análises funcionais molares associadas à Terapia de Aceitação e Compromisso em um caso de transtorno obsessivo-compulsivo*. Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Análise Comportamental Clínica, Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, Brasília.
- Silva, C. C., & de-Farias, A. K. C. R. (2010). Comportamento Governado por Regras: Um estudo de caso. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 231-250). Porto Alegre: Artmed.
- Skinner, B. F. (1953/2000). *Ciência e Comportamento Humano*. (J. C. Todorov & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes.



- Skinner, B. F. (1974/1982). *Sobre o Behaviorismo*. (M. P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix/EDUSP.
- Skinner, B. F. (1981/2007). Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, IX, 129-137. Retirado no dia 12/11/2012, do site <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/150/133>
- Skinner, B. F. (1989/1991). *Questões recentes na análise comportamental*. Campinas: Papirus.
- Teixeira, M. J., & Okada, M. A. (2001). *A Dor na Antiguidade: Punição dos Deuses à qualidade sensorial*. São Paulo: Aventis.
- Tourinho, E. Z. (2006). *O autoconhecimento na Psicologia Comportamental de B. F. Skinner*. Santo André: ESETec.
- Vandenberghe, L. (2005). Abordagens Comportamentais para a Dor Crônica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 47-54. Retirado no dia 14/08/2012, do site <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24816.pdf>
- Vandenberghe, L., & Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de Grupo Embasada em Psicoterapia Analítico Funcional como Abordagem Terapêutica para Dor Crônica: Possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7, 137-151. Retirado no dia 14/08/2012, do site <http://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/FerroVandenberghe05.pdf>
- Wielenska, R. C., & Banaco, R. A. (2010). Síndrome da Fadiga Crônica: A perspectiva Analítico-Comportamental de um caso clínico. *Temas em Psicologia*, 18, 415-424. Retirado no dia 15/08/2012, do site <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a14.pdf>
- Zilio, D. (2011). Algumas considerações sobre a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e o problema dos valores. *Revista Perspectivas*, 2, 159-165.

Retirado no dia 24/10/2012, do site

<http://www.revistaperspectivas.com.br/ojs/index.php?journal=perspectivas&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=45&path%5B%5D=57>

## **Anexos**

**Anexo 1. Termo de Autorização, modelo disponibilizado pelo IBAC.****AUTORIZAÇÃO PARA  
COMUNICAÇÃO ORAL E PUBLICAÇÃO PARA ESTUDO DE CASO**

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

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

---

**Cliente/Responsável**

---

Aluno (a)/Terapeuta

---

Supervisor (a)

---

Coordenação Clínica

## **Anexo 2. Algumas metáforas utilizadas.**

### **1. Metáfora das nuvens no céu**

“Olhe para o céu e observe como ele é composto. Temos a imensidão azul e as nuvens brancas ou escuras. Essas nuvens são permanentes ou passageiras? São estáticas ou dinâmicas? Agora imagine você como sendo a imensidão azul e seus sentimentos e pensamentos como as nuvens. O que você conseguiria me falar sobre isso? As nuvens fazem somente parte do céu azul, elas não são o céu. São algo dinâmico, que vêm e vão. Assim são como nossos pensamentos e sentimentos, eles não são você, fazem somente parte de algo maior, a sua pessoa.”

### **2. Metáfora do buraco**

“Imagine um grande campo. Você está com os olhos vendados e lhe é dada uma ferramenta e lhe é passada a ordem para correr pelo campo. Você não sabe, mas há buracos no campo e eles estão espaçados. Você acaba caindo dentro de um deles e tenta sair. Você não sabe exatamente o que fazer, de maneira que pega a ferramenta que parece útil e tenta sair. A ferramenta que foi dada a você é uma pá. Você cava e cava, mas cavando a única coisa que acontece é aprofundar ainda mais o buraco e você vai ficando cada vez mais preso. Então, você tenta outras coisas. Tenta calcular como foi que caiu no buraco, pensa que poderia ter ido por outro caminho, ou virado à esquerda, ou virado à direita. Porém, pensar nisso não faz nenhuma diferença, pois você continuará no buraco. Outra coisa que você pode fazer, dentro do buraco, é tentar descobrir de que outras formas a pá pode ajudá-lo a sair do buraco. O que não está claro para você é que a pá não é a ferramenta que tirará você desse lugar. Porém, não adianta eu falar que ferramenta seria essa, pois enquanto você estiver determinado a somente cavar, não verá outra forma de sair do buraco. A forma como

vem agindo diante da situação não tem levado você aos resultados que espera. O que está errado? O que fazer?”

### **3. Metáfora do tigre**

“Seus sentimentos e pensamentos são como um filhote de tigre que se aproxima de você e lhe dá patadas na perna, pedindo por comida. Essas patadas são inconvenientes e incômodas, e você deseja se livrar delas; para isso, você dá um pedaço de carne a esse filhote. A princípio, parece funcionar, porque o tigre pega o pedaço de carne e se afasta por um tempo para comê-lo, e depois fica temporariamente saciado; mas logo ele sente fome novamente, e retorna para lhe dar patadas na perna, querendo mais comida. O que você precisa levar em conta é que, agindo assim, você está alimentando um tigre: ele irá crescer e se desenvolver, e com o tempo, as patadas não vão apenas incomodar, mas machucar e ferir; e quando você pensar que não, esse tigre poderá devorá-lo. E não há garantia nenhuma de que ele vá embora! No entanto, se você simplesmente deixá-lo dar patadas na sua perna, ele não irá crescer. Isso será incômodo: você vai precisar se acostumar com a presença dele, vai tropeçar de vez em quando... mas com o tempo, vai aprender a fazer as coisas com ele do seu lado. E quem sabe, quem sabe, ele não desiste e vai embora?”