



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**A Importância da Análise Molar para uma  
Intervenção Analítico-Comportamental Eficaz em uma  
Queixa de Medo de Dirigir**

Gisele Cecílio G. de Lima

Brasília  
Novembro de 2011.



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**A Importância da Análise Molar para uma  
Intervenção Analítico-comportamental Eficaz em uma  
Queixa de Medo de Dirigir**

Gisele Cecílio G. de Lima

Monografia apresentada ao Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento como requisito parcial a conclusão do curso de especialização. Orientadora: Ana Karina C. R. de Farias

Brasília  
Novembro de 2011



**Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento**

**Folha de Avaliação**

**Título:** A Importância da Análise Molar para uma Intervenção Analítico-comportamental Eficaz em um Caso de Fobia de Dirigir

**Autora:** Gisele Cecílio G. de Lima

Data da Avaliação: 18 de novembro de 2011

**Banca Examinadora:**

---

Prof. MsC. Ana Karina C. R. de-Farias  
Orientadora

---

Prof. Esp. André Dutra  
Examinadora Convidada

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Verneque  
Examinadora Convidada

Brasília  
Novembro de 2011

Ao IBAC que me proporcionou esta oportunidade tão importante para meu crescimento profissional, em especial Gustavo Tozzi, Ana Karina, Andréa Dutra, Felipe Burle, Marianna Braga e Lorena, os quais fizeram grande diferença em minha formação.

## Sumário

Folha de Avaliação -----	i
Dedicatória -----	ii
Agradecimentos -----	iii
Lista de Tabelas -----	v
Resumo -----	vi
Introdução -----	1
Método -----	14
Participante -----	14
Queixa/Demanda -----	14
Materiais e Ambiente -----	14
Procedimento -----	15
Resultados -----	18
1. Repertório e Contingências de Reforçamento Atuais -----	18
2. Análises Funcionais Moleculares -----	20
3. Controle instrucional -----	21
4. Relacionamentos Relevantes -----	21
5. Relação Terapêutica -----	22
6. História de Vida -----	23
6.1. Familiar-----	23
6.2. Sócio-Afetiva -----	24
6.3. Acadêmico-Profissional -----	25
6.4. Médico-Psicológico-----	26
7. Hipóteses Levantadas pela Terapeuta-----	26
8. Análises Molares -----	27
9. Objetivos Terapêuticos -----	28
10. Mudanças Observadas -----	28
Considerações Finais-----	30
Referências Bibliográficas -----	37
Anexos -----	40

Anexo 1. Termo de autorização, modelo padrão utilizado no IBAC-----	41
Anexo 2. Atividades de registro -----	42
Anexo 3. Exercícios para ajudar no autoconhecimento -----	43
Anexo 4. Atividade para ajudar identificar reforçadores -----	48

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Algumas das análises funcionais feitas no decorrer do período em que os 19 atendimentos ocorreram.-----	18
Tabela 2. Algumas das análises molares realizadas no decorrer dos 19 atendimentos.-----	24

## Resumo

Este estudo teve como objetivo mostrar a relevância, para uma intervenção analítico-comportamental eficaz, de se fazer uma investigação ampla, envolvendo não só uma análise molecular das contingências atuais, mas também uma análise funcional molar e histórica, com identificação de padrões comportamentais que possam estar diretamente relacionados com a queixa atual. Objetivou também, ressaltar que eventos privados (pensamentos ou sentimentos) não são causas primárias de comportamentos, embora possam influenciar a emissão de outros comportamentos. O processo terapêutico ocorreu em 19 sessões até o momento da elaboração deste trabalho, sendo escolhida como principal estratégia de intervenção, a ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso), a partir das análises funcionais e identificação de padrões comportamentais como baixa autoconfiança e esquiva de situações de possíveis erros seguidos de constrangimento, associado ao que se denomina intolerância emocional ligada ao erro. Ao término da 19ª sessão, a cliente já apresentava mudanças significativas nos comportamentos de fuga e esquiva com aumento da tolerância e autoconfiança, o que ocasionou uma melhora em sua qualidade de vida. O processo de intervenção ainda não foi concluído, portanto, pretende-se continuar com as estratégias a fim de que, dentre outras modificações comportamentais, a cliente chegue a emitir o comportamento de dirigir com tranquilidade e segurança.

**Palavras-chave:** Análise Comportamental Clínica, análise molar, medo de dirigir.



Pode-se dizer que o medo é um sentimento que sempre esteve presente nos organismos. Isto porque é importante para sobrevivência e perpetuação da espécie. Trata-se de uma resposta a um sinal de perigo real, que represente ameaça à vida, ou mesmo irreal. Portanto, pode dizer que a ocorrência de medo é necessária, desde que em níveis considerados “normais”, ou seja, como reação normal de defesa, sem comprometer a rotina da pessoa, impedindo-a de realizar atividades triviais do dia a dia (Bellina, 2003; Corassa, 2000).

O medo, mais especificamente de dirigir (tema do presente estudo), atinge uma quantidade significativa de pessoas e pode chegar a um comprometimento importante na vida delas, levando-as a uma vida de muitas limitações e de dependência de outros para realizar atividades rotineiras. Isto geralmente gera sofrimento a essas pessoas. Relatos em ambiente clínico mostram que existe um desejo de se libertar desta situação, porém acompanhado de uma sensação de incapacidade, descrédito e tristeza.

Bellina (2003) relatou uma pesquisa feita com 4000 pessoas que apresentavam medo de dirigir. Os resultados mostraram que 85% eram mulheres, o que mostra que a fobia de dirigir ocorre principalmente entre elas. A pesquisa revelou que 40% dessas pessoas tiveram alguma experiência de acidente com carro, mas não estavam dirigindo e 28% nunca sofreram acidente envolvendo carro. Isto vem demonstrar que as causas do medo de dirigir, como em outras fobias, não estarão necessariamente relacionadas diretamente ao evento fóbico.

Considera-se importante fazer uma breve explanação sobre medo e fobia. O medo geralmente é considerado como um comportamento mais comum entre as pessoas, com função de alerta a situações vistas como perigosas, sem maiores comprometimentos à

vida das pessoas. Já a fobia é vista como um medo exagerado, excessivo, em que há uma incapacidade da pessoa em realizar determinadas atividades regulares (Corassa, 2000). Neste sentido, a fobia de dirigir seria o medo desmedido de dirigir ao ponto de impossibilitar a pessoa de realizar tal comportamento, desencadeando grande desconforto e forte ansiedade apenas ao imaginar a situação de estar ao volante de um carro. As duas nomenclaturas podem ser utilizadas de várias formas. O medo pode estar dentro da definição de fobia; porém, o que se propõe neste trabalho é que o mais importante não é se medo e fobia são fenômenos realmente diferentes, se o que os difere seria a intensidade, ou se a diferença seria, talvez, apenas uma questão de adequação social, mas sim compreender todas as variáveis envolvidas no processo de aquisição e manutenção de tais comportamentos ditos fóbicos.

De acordo com DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, editado pela Associação Americana de Psiquiatria, 2002, em sua quarta edição revisada), o medo excessivo e irracional de dirigir, juntamente com o comportamento de esquiva do ato de dirigir e a presença de sinais de ansiedade intensa ao dirigir (taquicardia, sudorese, mal estar gástrico, tremores, etc.), pode ser classificado como um transtorno fóbico específico. Classificações como essas do DSM-IV-TR podem levar muitos profissionais a realizarem diagnósticos precipitados e rotulativos, que acabam dificultando uma intervenção que seja eficaz, por falta de uma investigação mais ampla que pudesse identificar variáveis ambientais relacionadas.

Que fatores, então, estariam envolvidos na fobia de dirigir? Impedindo tantos indivíduos de lidar com a rotina que, para a maioria das pessoas, é natural, mas para eles acaba sendo completamente aversivo? O que pode ser feito para ajudar? Diante de questões como essas, o presente trabalho objetiva mostrar a relevância de considerar a história de vida de uma pessoa (eventos ontogenéticos) e também eventos socioculturais

na investigação dos fatores que determinam a fobia de dirigir, fazendo a análise funcional molar, ou seja, de uma classe mais ampla de respostas, a qual envolve classes menores.

Para os analistas comportamentais, pautados nos princípios da filosofia do Behaviorismo Radical de Skinner (Skinner 1974/1982), o medo é um comportamento privado (pensamentos e emoções), e deve ser considerado e estudado da mesma forma que qualquer comportamento público. Isto significa dizer que o medo, como qualquer outro comportamento, é determinado nas relações da pessoa com o ambiente no qual ela está inserida, e isso envolve não só o presente, mas também a história passada desta pessoa. Portanto, o medo não pode ser considerado causa primária de outros comportamentos da pessoa. O que não significa dizer que eventos privados, como o medo, não influenciam comportamentos (Abreu-Rodrigues & Sanabio, 2001; Delitti, 2000; Delitti & Meyer, 1995). Em resumo, para a Análise Comportamental Clínica, eventos privados são comportamentos e, assim como os comportamentos públicos, resultam da história genética e ambiental de cada pessoa. E, embora não possam ser a causa primária de outros comportamentos, podem assumir diversas funções de estímulos e assim influenciar a emissão de comportamentos subsequentes.

Segundo Delitti e Meyer (1995), as pessoas buscam a terapia trazendo a certeza de que a causa dos seus sofrimentos são sentimentos ou pensamentos (eventos privados). A análise do Comportamento visa mudanças de comportamentos públicos e privados, a partir da identificação das contingências que estão atuando. “Dados da história de vida são frequentemente necessários para que esta análise seja bem feita” (p. 271). De acordo com essas autoras, os clientes não sabem dizer de forma objetiva os comportamentos que precisam ser mudados e, principalmente, as contingências envolvidas e apenas fazer perguntas sobre os fatos não será suficiente.

Como disse Baum (1994/2006):

“Causas mentais do comportamento são fictícias. As origens do comportamento encontram-se na hereditariedade e no ambiente, presente e passado. Em razão das ficções mentais parecerem explicações, elas tendem a impedir a investigação das origens ambientais do comportamento, que levariam a uma explicação científica satisfatória” (p. 69).

Para a Análise Comportamental Clínica (Andery, 1997; Baum, 1994/2006; Cirino, 2001a, 2001b; Cavalcante, & Tourinho, 1998; Delitti, 1997; Delitti & Meyer, 1995; Marçal, 2005, 2010), é necessária uma investigação mais ampla, além da topografia (forma), para explicar os comportamentos. Na fobia, além dos comportamentos respondentes envolvidos (taquicardia, palpitações, sudorese, tremores musculares, mal estar gástrico, tonturas, etc.), ocorrem comportamentos operantes (fuga e esquivas). Por isso, a fobia precisa ser interpretada por meio de análises funcionais, pois sua frequência ocorrerá de acordo com suas consequências. E, como todo padrão comportamental (que se refere a classes mais amplas de respostas), deve ser analisada nos três níveis de variação e seleção do comportamento, ou seja, tanto ao que se refere ao biológico (nível filogenético), como à história de reforçamento no decorrer da vida da pessoa (nível ontogenético) e também no que diz respeito às práticas culturais da comunidade verbal a qual essa pessoa pertence (nível cultural). Portanto, é na interação da pessoa com as variáveis ambientais tanto atuais, como históricas, que se conseguirá compreender como tais comportamentos foram adquiridos e estão sendo mantidos.

Segundo Moreira e Medeiros (2007), fazer a análise funcional de um comportamento é buscar a sua função e não a sua estrutura ou forma (topografia). “Comportamentos de mesma topografia podem ter funções muito distintas (..) ainda tem os casos das respostas que possuem topografias bem distintas e que apresentam funções

semelhantes” (p. 147). Significa dizer que é preciso fazer uma análise funcional do comportamento e não uma análise topográfica, pois os seus determinantes serão encontrados na sua função e não na sua forma.

O presente trabalho pretende mostrar que uma análise funcional molecular, ou seja, de comportamentos específicos ou de classe restrita, poderá não ser suficiente para se chegar a uma intervenção bem sucedida, sendo necessário se fazer uma análise funcional molar, isto é, de classe de comportamento mais ampla, para que se tenha subsídios para a escolha de estratégias de intervenção mais eficazes. Considera-se como intervenção bem sucedida aquela em que podem ser observadas mudanças generalizadas de classes amplas de comportamentos no ambiente natural da pessoa. Uma intervenção com ênfase nas contingências atuais e históricas envolvidas e que, de fato, possa vir a modificá-las.

Há também casos em que apenas as contingências atuais não podem explicar um padrão comportamental em uma análise mais ampla. Quanto a isso, diz-se:

“Um exemplo clássico disso envolve o subproduto da punição chamado de respostas incompatíveis. As respostas incompatíveis são negativamente reforçadas por evitar que um comportamento anteriormente punido seja emitido. Esse tipo de comportamento, claramente determinado por contingências prévias, impede o contato com as contingências atuais e, por conseguinte, impede que elas exerçam o controle sobre o comportamento” (Moreira & Medeiros, 2007, p. 150).

Nos casos de fobia de dirigir, como em outras fobias, a Análise Comportamental Clínica considera importantes as análises funcionais de contingências atuais envolvidas, porque, por meio destas análises moleculares, será possível identificar as variáveis que podem estar mantendo o comportamento fóbico como, por exemplo, situações aversivas

relacionadas ao ato de dirigir. É possível perceber que, a partir de experiências de reforçamento negativo, a pessoa passa a apresentar um aumento na frequência de comportamentos de fuga e esquivas com relação a situações ligadas ao dirigir. Porém, o terapeuta pode ser tentado a achar que a identificação destas relações contingenciais atuais serão suficientes para explicar e compreender os comportamentos de esquivas de dirigir, e colocar a ênfase da intervenção na análise das condições atuais da vida da pessoa, sem fazer uma investigação histórica mais detalhada.

Percebe-se, então, a importância de se considerar a história de vida da pessoa que apresenta a fobia de dirigir, para identificar possíveis fatores históricos envolvidos na aquisição deste comportamento. Baum (1994/2006) comenta sobre alguns behavioristas que, há mais de seis décadas, vêm sugerindo que o comportamento não pode ser compreendido focalizando a atenção apenas em eventos atuais, o que seria fazer uma análise funcional molecular ou microanálise. Para esses cientistas, deveriam ser realizadas macroanálises, ou análises históricas, as quais eles chamaram análises molares. Eles defendiam que o comportamento atual depende não só de eventos presentes, mas também de muitos eventos passados.

Marçal (2007) também ressalta a importância da análise da história de vida e da identificação de padrões comportamentais. Ele diz que a interpretação na clínica pode tornar-se limitada quando é dada ênfase às contingências atuais e enfoque restrito a alguns comportamentos específicos, por não considerar os aspectos relacionados à história de vida da pessoa, como tende a acontecer em análises comportamentais aplicadas. Segundo o autor, “a história de vida tem relação direta com o desenvolvimento de padrões comportamentais que uma pessoa apresenta” (p. 319). A identificação de tais padrões ajudará o terapeuta a ter uma visão mais ampla do caso, e assim permitir que ele tenha parâmetros melhores para estabelecer os objetivos clínicos.

O autor diz ainda que os padrões comportamentais “são pertinentes com contingências às quais estiveram expostos ao longo da vida” (p. 319). Neste sentido, pretende-se mostrar a importância da análise funcional molar por ser não apenas histórica, mas por olhar a fobia como parte de uma ampla classe de comportamentos.

De acordo com Baum (1994/2006), as explicações históricas não se baseiam em causas imediatas, mas referem-se a efeitos cumulativos de muitos eventos ao longo de muito tempo. “Tal como a filogênese, a história de reforço se refere a muitos eventos do passado, e foram eles, todos juntos que produziram o comportamento presente” (p. 93).

Ainda com relação à importância da análise histórica, Cirino (2001) disse algo bastante interessante:

“Em termos comportamentais, cada vez que nos comportamos é como se tivéssemos ‘narrando’ fatos já ocorridos, ou contingências anteriormente vividas. Se for assim, o importante é definir qual é o comportamento atual e em que medida tal comportamento é afetado por contingências ocorridas no passado, ou seja, da história” (p. 157).

Como dito anteriormente, para o analista do comportamento, será sempre preciso uma investigação mais ampla a fim de identificar relações contingenciais atuais e históricas que contribuíram para a aquisição de tais comportamentos de fuga e esquiva. Isto porque ele sabe que a análise de contingências atuais ajuda a perceber as variáveis mantenedoras dos comportamentos, mas não serão suficientes para explicar como tais contingências passaram a controlá-los. A partir de uma análise molar (histórica), podem-se identificar eventos históricos que contribuíram para a aquisição de padrões comportamentais, os quais poderão estar diretamente relacionados aos comportamentos fóbicos. No caso em estudo, verificou-se que padrões comportamentais aprendidos ao

longo da história de vida estavam diretamente ligados à impossibilidade de dirigir (fobia).

Alguns autores (e.g., Bellina, 2003; Corassa, 2000; Pastore, 2008) têm desenvolvido estudos sobre fobia de dirigir. Estes conseguiram identificar alguns padrões comportamentais comuns nas pessoas que apresentam tal fobia. Entre os padrões comportamentais descritos, estão o alto nível de exigência consigo mesmas, alto nível de responsabilidade e organização. Em geral, são pessoas que têm medo de errar, ressentem-se com as críticas e exigem de si e dos outros uma conduta sempre acertada e um alto desempenho. Sofrem antecipadamente pelo erro que podem cometer.

Bellina (2003), em seu livro “Dirigir Sem Medo”, no capítulo 3, o qual tem como título: “Quando Errar Não é Humano”, descreve a história de uma mulher que passou exatamente por esse processo. É apresentado um relato desta mulher, a qual diz que, a cada dia, convencia-se de que não conseguiria dirigir e que percebeu, com o tempo, que a sua falta de autoconfiança foi estendendo para outras áreas da sua vida. “Tornei-me uma pessoa para quem qualquer erro passou a ser algo simplesmente inadmissível” (p. 44). A autora ressaltou que o medo faz com que as pessoas adiem o comportamento a ser realizado. Afirma também que, aos poucos, foi identificando na história desta mulher eventos que contribuíram para a aquisição de um padrão comportamental perfeccionista que interferiu diretamente em sua dificuldade de dirigir como em muitas outras coisas: “Foi interessante, à medida que tivemos a oportunidade de conhecer a história de Célia, perceber o quanto situações que marcaram a sua infância e adolescência foram sendo costuradas em uma trama de experiências que veio desaguar nos sintomas por ela apresentados” (p. 47).

Percebe-se, nas pessoas com fobia de dirigir, uma grande necessidade de ter controle sobre as situações, um querer programar as situações antecipando e analisando



cada detalhe, a fim de ter garantia de que não haverá erro. No entanto, sabe-se que isto não é possível, especialmente em relação ao trânsito. Ao dirigir, não se tem como prever e programar tudo, muito menos a garantia de que o erro não ocorrerá. Assim, esta forte necessidade de controle não pode ser suprida, e comportamentos de fuga e esquiva tornam-se cada vez mais frequentes na vida da pessoa.

Nos casos de fobia de dirigir, alguns eventos, chamados, na Análise Comportamental Clínica, de operações estabeledoras, podem favorecer o enfrentamento da situação ou mesmo levar a pessoa a buscar ajuda profissional. Verneque, Moreira e Hanna (2009) explicam operações estabeledoras como eventos que alteram, momentaneamente, o valor reforçador de um determinado estímulo (efeito estabeledor do reforço) e, com isso, alteram, momentaneamente, a probabilidade de respostas que produzem esse estímulo (efeito evocativo) (ver também Abreu-Rodrigues & Sanabio, 2001). Segundo Verneque e cols., as operações estabeledoras podem estar relacionadas à privação, onde aumentam o valor reforçador do estímulo, e aumentam a probabilidade da emissão do comportamento relacionado à privação. Alguém que está privado de água terá aumento na probabilidade de emitir comportamentos que produzam água. A operação estabeledora pode também ser de saciação. Neste caso, o valor reforçador de um estímulo diminuiria, e também a probabilidade de emissão do comportamento. Se alguém acabou de beber bastante água, é menos provável que emita, momentaneamente, comportamentos que produzam água. Os autores falam ainda de um terceiro tipo de operação estabeledora, que seria a estimulação aversiva. Eles sugerem como exemplo o estar em um ambiente muito quente: uma alta temperatura seria operação estabeledora, aumentando a probabilidade da emissão de comportamentos que reduziriam o calor. Segundo os autores, operações estabeledoras substituiriam o conceito tradicional de motivação: “a delimitação de motivação como operações

ambientais que alteram o valor de consequências e evocam respostas não é recente e parece importante para o desenvolvimento da análise do comportamento” (p. 298).

Em casos de fobia de dirigir, operações estabelecidas podem ser de suma importância e estariam relacionadas à privação da liberdade de se locomover para onde deseja e de suprir necessidades rotineiras, à estimulação aversiva da dependência em relação a outras pessoas, causando constrangimento e limitações, ou das críticas e cobranças sociais. Abrir mão de dirigir pode se tornar algo muito doloroso para a pessoa, pela limitação de sua liberdade, pelo constrangimento que a dependência pode produzir e assim, despertar a motivação para buscar a mudança.

Na fobia de dirigir, como em outros casos de fobia, pode haver uma tendência de o terapeuta fazer a relação equivocada do medo como causa primária do comportamento de esquiva de dirigir, dando ênfase a esta topografia juntamente com os comportamentos respondentes. Isto representaria um enfoque em análise funcional molecular (de comportamentos específicos, classe menores ou restritas). Como dito anteriormente, para os analistas comportamentais, eventos privados não causam comportamentos. Cabe ao terapeuta, investigar, classes mais amplas de comportamentos (análise funcional molar), para se chegar a um entendimento melhor de como a pessoa adquiriu tal comportamento e, assim, poder definir e elaborar estratégias de intervenções focadas em padrões amplos de comportamentos e conseqüentemente, mais eficazes, envolvendo contingências atuais e históricas.

Após realizar as análises funcionais moleculares e molares, e identificar os padrões comportamentais, como eles foram aprendidos, e como estão sendo mantidos, certamente o terapeuta terá subsídios para definir estratégias analítico-comportamentais com maior probabilidade de resultados eficazes. Dentre as várias estratégias possíveis, o presente estudo ressaltará a Terapia de Aceitação e Compromisso (Acceptance and

Therapy Commitment – ACT), usada como estratégia de intervenção no caso em estudo. A escolha foi feita mediante a identificação dos padrões comportamentais de intolerância ao erro, fuga experiencial e baixa autoconfiança. A ACT utiliza-se de estratégias variadas, como metáforas e paradoxos, a fim de promover uma maior tolerância emocional e também reduzir o controle instrucional que possa estar dificultando a vivência de contextos mais adequados. Estas estratégias vão ajudar o cliente a aceitar pensamentos e sentimentos como inevitáveis e a assumir um compromisso de mudança (Brandão, 1999; Hayes, 1987).

Segundo Brandão (1999, p. 150), “a ACT é um enfoque psicoterapêutico embasado na análise do comportamento que tem por objetivo enfraquecer a esquiva emocional e aumentar a capacidade para mudança comportamental”. De acordo com este autor, as pessoas que buscam ajuda na clínica querem ampliar seus repertórios de esquiva eficazes, com o objetivo de controlar suas emoções, pensamentos e lembranças perturbadoras, os quais acreditam serem a causa dos seus problemas. Esta é uma percepção comum porque é o que se aprende socialmente. Aprendemos desde muito cedo, com nossa comunidade sócio-verbal, a relacionar as emoções e pensamentos às nossas ações, considerando os eventos privados como causa dos nossos comportamentos. Então, aprendemos que precisamos controlar nossos pensamentos e sentimentos para obtermos uma mudança de comportamento. A discussão que Hayes (1987) faz com a ACT é de que, como eventos privados não causam comportamentos públicos e não podem ser controlados, a pessoa, numa tentativa sem fim de controlá-los, se vê em um buraco sem saída. O autor defende que a tentativa de se ter controle sobre os pensamentos e sentimentos só os fortalecem cada vez mais. Daí o objetivo da ACT de ajudar a pessoa a perceber estas coisas e desconstruir o equívoco ensinado pela

comunidade sócio-verbal, a fim de aprender novas formas de se comportar em novos contextos.

Com relação às estratégias de intervenção da ACT proposta por Hayes (1987, 1988, 1993, citado por Brandão, 1999), pode-se apontar:

- Desamparo Criativo: mostrar ao cliente que, dentro do contexto no qual ele trabalha, realmente não existe solução. A intenção seria o cliente começar a ver que o problema dele é justamente o tentar controlar os sentimentos e pensamentos, pois não é possível. Essa percepção provocaria uma condição criativa, mostrando que seria necessário olhar para o problema de forma diferente do que vinha fazendo;
- Tentativa de controle dos eventos privados como problema: ajudar o cliente a perceber que ele, como todos, aprendeu desde criança, na comunidade sócio-verbal, que os eventos privados precisam ser controlados e esta tentativa de controle é que é o problema. Com esse entendimento, o cliente tende a diminuir seu acedimento ao que a sociedade ensina sobre evitar pensamentos e sentimentos desagradáveis;
- Escolher mudar as ações e não os sentimentos: ajudar o cliente a entender que só as ações (comportamentos públicos) são passíveis de controle e mudança, os sentimentos não; e
- Abandonar a luta e assumir compromisso com a mudança: mostrar que é preciso abandonar a luta contra seus eventos privados desagradáveis, entrar em contato com eles, expor-se a eles. O cliente passará a vivenciar os sentimentos, pensamentos e sensações os quais vinha evitando. É importante que isso seja feito inicialmente no ambiente terapêutico, na sessão, através de atividades. Depois disso, o terapeuta ajudará o cliente a se comprometer com a mudança de

comportamentos, onde os eventos privados não poderão mais ser usados como justificativa para não agir.

O presente estudo apresenta um atendimento clínico baseado na ACT, com o objetivo de mostrar a relevância de se realizar análises funcionais molares, a fim de identificar os padrões comportamentais da cliente e compreender como tais padrões foram adquiridos no decorrer de sua história de vida. A queixa inicial referia-se a um medo que a impedia de dirigir. Defende-se, aqui, que só podemos compreender o porquê de a pessoa emitir determinados comportamentos fóbicos (fuga e esquiva), e o que de fato está controlando tais comportamentos, fazendo uma investigação ampla, que vá além de análises topográficas dos comportamentos, conhecendo toda a história de vida e de reforçamento desta pessoa, através de análises funcionais. Sem a clara compreensão dos padrões comportamentais, de como estes foram adquiridos e estão sendo mantidos atualmente, dificilmente o terapeuta terá condições para definir objetivos terapêuticos eficazes. Somente a partir das análises funcionais, especialmente as molares, será possível encontrar os determinantes dos comportamentos (estímulos antecedentes e consequentes). “Uma vez que encontremos os determinantes do comportamento, podemos predizê-lo (prever sua ocorrência) e controlá-lo (aumentar ou diminuir deliberadamente sua probabilidade de ocorrência. Esse é o objetivo da análise do comportamento” (Moreira & Medeiros, 2007, p. 149). Quando são considerados padrões amplos de comportamentos, onde uma classe de respostas maior abrange outras, já se está realizando uma intervenção possivelmente mais eficaz.

## **Método**

### **Participante**

Mulher, 59 anos, separada há 9 anos, graduada em letras, classe social médio-baixa, funcionária pública.

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 1.

### **Queixas e Demandas**

A cliente queixou-se de sua impossibilidade de dirigir por causa de medo. Relatou uma necessidade de dirigir, já que dependia de parentes e amigos ou ônibus e táxi para fazer os traslados envolvidos em sua rotina pessoal. Ela verbalizou: “Preciso muito dirigir, mas não consigo. Tenho um medo enorme que em impede.”

Além disso, verificou-se, até a sexta sessão, um medo generalizado à exposição pública que sinalizasse possível erro seguido de reprovação, tendo como consequência um alto grau de constrangimento. A cliente posteriormente relatou que tinha verdadeiro pavor de falar em público.

### **Ambiente**

Os atendimentos ocorreram em consultório clínico particular de psicoterapia. Em ambiente bastante aconchegante e acolhedor, com poltronas voltadas de frente uma para outra; iluminação e decoração suaves; levemente perfumado.

## **Procedimento**

Foram realizadas 19 sessões terapêuticas semanais, de 50 minutos cada, até o momento em que a presente monografia foi redigida. Os atendimentos foram feitos de acordo com a Análise Comportamental Clínica, a qual está fundamentada em princípios teóricos do Behaviorismo Skinneriano.

- Em primeiro lugar, procurou-se desenvolver uma relação terapêutica intensa, transparente, de confiança, acolhedora, reforçadora e não punitiva. Tal relação foi de suma importância, já que as relações da cliente fora do consultório, ao longo de sua vida haviam sido muito punitivas e pouco reforçadoras. A cliente pôde se sentir segura e à vontade para se expor na presença da terapeuta;
- Foram feitas análises funcionais dos comportamentos de fuga e esquiva, a partir de atividade de registro, segundo modelo disponível no Anexo 2, na qual a cliente registrava, fora do consultório, as situações, as respostas emitidas e as consequências das respostas, no seu dia a dia. No consultório, as situações eram analisadas individualmente, e a terapeuta fazia perguntas e comentários a fim de ajudá-la a perceber as relações das contingências envolvidas, entender o porquê de seus comportamentos, para modificá-los. Algumas destas análises serão mostradas posteriormente nos resultados. Registros de níveis de ansiedade para estas situações também foram discutidos nas sessões, o que ajudou na compreensão do controle aversivo e instrucional sob os quais ela se comportava.
- Foram feitas análises molares, de padrões comportamentais amplos como a esquiva de situações de possível erro seguido de constrangimento ou punição, baixa autoconfiança, e auto-exigência. Foram identificadas classes menores de

comportamentos que tais padrões abrangem, eventos históricos relacionados e contingências atuais que podem estar mantendo estes padrões comportamentais. Verificou-se que estes padrões comportamentais, em especial a esquiva em situações de possível erro, estavam bastante relacionados à impossibilidade de dirigir que a cliente relatava. Exercícios de autoconhecimento, cujos modelos encontram-se demonstrados no Anexo 3. Estes foram preenchidos durante as sessões e feitos, posteriormente, questionamentos a respeito das respostas do tipo: o que você faz que te leva a achar que esta característica é marcante em você? Ou há alguma situação específica em que você age assim? Ou em que situações é mais frequente você se sentir assim?

- Decidiu-se utilizar a ACT como estratégia de intervenção, pois se percebeu que seus objetivos, descritos anteriormente neste trabalho, correspondiam às demandas da cliente. A intervenção teve como ênfase, então, trabalhar com os padrões amplos de comportamentos, especialmente a esquiva de situações de possível erro. Foi iniciado um processo para melhorar a tolerância emocional, aceitação ao erro e compromisso para a mudança, e reduzir o controle instrucional.
- A realização de um “Exercício experiencial”, baseado nos objetivos da ACT, mostrou um resultado surpreendente, promovendo um progresso significativo da cliente. Este exercício consistiu em levar a cliente a reviver eventos históricos identificados como relacionados à aquisição dos padrões comportamentais citados anteriormente, conduzindo-a, imaginariamente, a retornar àqueles momentos, vendo-se naqueles contextos, a fim de que ela percebesse as diferenças das contingências e de seus repertórios comportamentais em relação aos contextos atuais.



- O exercício, cujo modelo encontra-se no Anexo 4, foi utilizado durante as sessões e teve como propósito identificar o que era reforçador para a cliente, e assim tentar promover de alguma forma maior acesso a estes reforçadores ou se possível, descobrir outros reforçadores. Percebeu-se que reforçadores mais potentes para ela estavam relacionados ao estar em casa ou fazer coisas em casa, o que confirma o controle aversivo de situações de exposição social e também do quanto sair era estímulo aversivo para ela.

## Resultados

Os resultados serão apresentados através da formulação comportamental elaborada durante os 19 atendimentos com esta senhora.

### Formulação Comportamental

#### 1. Repertório e Contingências de Reforçamento Atuais

- Alta frequência de comportamentos de fuga e esquiva em relação às situações que sinalizassem desempenho com possíveis falhas seguidas por desaprovações e constrangimento. Mais especificamente, dirigir e falar em público;
- Trabalhava 8 horas por dia. Estava indo de ônibus e almoçava em um restaurante próximo ao trabalho;
- Fazia hidroginástica duas vezes por semana. Dependia de carona com amigas.
- Nas quartas e domingo à noite, frequentava os cultos em uma igreja e, para isso, dependia de carona ou ia andando;
- Aos sábados à tarde, fazia um trabalho voluntário em uma creche. Para ir, também dependia de carona ou iria de táxi. À noite, participava de um grupo de mulheres da igreja, o qual acontecia em sua casa;
- Morava com um sobrinho de 23 anos. Às vezes, ela corria o risco de andar na garupa da moto pegando carona com ele. Uma sobrinha, que morou muitos anos com ela, às vezes, podia levá-la em algum lugar se precisasse;
- Estimulações aversivas: aulas práticas de direção, situações de falar em público no trabalho e outras situações que sinalizassem reprovação seguida de constrangimento. A cliente também relatava comentários de parentes que não acreditavam que um dia a veriam dirigindo;

- Operações estabelecidas envolvidas: o supermercado próximo à sua casa fechou e as pessoas não estavam tão disponíveis para levá-la aos lugares como antes. Alterações no trabalho passaram a exigir que ela ministrasse cursos de capacitação profissional regularmente;
- Comprou um carro com o objetivo de deixar o sobrinho dirigir apenas para levá-la e buscá-la no trabalho e ir para o trabalho dele, até que resolvesse a questão de tirar a carteira de motorista. Porém, o acordo com o sobrinho deu errado e o carro estava guardado na garagem na casa da sobrinha;
- Um mês antes do início da terapia, tentou colocar o carro na garagem de sua casa, com ajuda de uma sobrinha. Bateu em um poste, derrubando-o sobre o muro da casa do vizinho. Neste momento, ela percebeu que uma falha ao volante poderia tirar a vida de alguém. Imediatamente, pensou: “eu não posso dirigir” (lembrou-se de quando tentou dirigir pela primeira vez e bateu em uma árvore. “Foi como estar revivendo aquele dia de novo”);
- Tomou uma decisão: “ou eu dirijo, ou vendo o carro e vou administrar esta questão de outra forma”; e
- Ela tinha acesso a reforçadores: recebia apoio de colegas de trabalho e das amigas da igreja.

Percebeu-se que a cliente tinha uma vida ativa, ou seja, a incapacidade de dirigir não a levou a abandonar suas atividades de rotina. Porém, a dependência para realizá-las causava grande sofrimento e angústia e a cliente sempre relatava seu forte desejo em se libertar e ter independência.

## 2. Análises Funcionais Moleculares

A Tabela 1 apresenta algumas das análises funcionais feitas no decorrer do período em que os 19 atendimentos ocorreram.

Tabela 1. Microanálises funcionais de comportamentos emitidos pela cliente em estudo. R+ refere-se a reforçamento positivo; R- a reforçamento negativo; P+ à punição positiva; P- à punição negativa; Fq à frequência da resposta; ↑ à aumento de frequência; e ↓ à diminuição de frequência.

ANTECEDENTES	RESPOSTA	CONSEQUÊNCIA	REFORÇO/FQ
Ter tudo o que precisava perto de casa e pessoas para levar aos lugares	Pedir carona, andar, pegar taxi (acomodar)	Livrar-se dos estímulos aversivos relacionados: machucar alguém, críticas e respondentes (alívio emocional – não falhar e não causar danos)	R- Fq ↑
Supermercado próximo à casa fechou (OE). Pouca disponibilidade das pessoas para levá-la	- Iniciar o processo para aprender a dirigir.	- Recebeu apoio de amigas da igreja; ----- - Os parentes demonstraram descrédito (insegurança, receio, medo): “eles podem estar certos”	R+ Fq ↑ ----- P+ Fq ↓
Diante da necessidade de se locomover no dia a dia	- Comprou um carro - Fazer aulas de direção	- Erros nas aulas de direção; - Acidente na porta de casa	P- Fq ↓
Sobrinho usar o carro sem autorização	(Ficou muito chateada) - Evitou falar sobre isso - fingiu não saber	- Esquiva-se do conflito com o sobrinho.	R- Fq ↑
O acordo com o sobrinho em relação ao carro não deu certo	- Deixou o carro na garagem da casa de uma sobrinha - Voltou a andar de ônibus ou depender de caronas. (medo, insegurança)	- evitou estímulos aversivos relacionados a aprender a dirigir - Evitou conflito com o sobrinho	R- Fq ↑
Mudança da direção no trabalho Alteração de projetos (OE)	- enfrentar o desafio - ministrar cursos (falou em público)	- Sucesso ao ministrar curso - melhorou sua tolerância ao erro (autoconfiança, alegria, entusiasmo)	R+ Fq ↑

### 3. Controle Instrucional

Verificou-se que o controle instrucional era muito presente na vida desta cliente, ou seja, ela apresentava uma alta frequência de comportamentos governados por regras – tanto relacionados às formuladas por ela mesma (autorregras), como vindo das pessoas com quem convivia, em especial alguns parentes. Neste sentido, identificaram-se algumas das principais regras relacionadas às demandas da cliente, como: “Não posso errar. Uma falha minha pode machucar ou até tirar a vida de alguém”; ou “melhor não fazer do que correr o risco de ser ridicularizada”. Percebeu-se que padrões comportamentais, como de esquivar a situações de possível erro seguido de constrangimento, poderiam estar sob controle destas regras. Já outros padrões comportamentais, como auto exigência ou baixa autoconfiança, poderiam estar sob o controle de regras como: “Tenho que corresponder à expectativa dos outros”; ou ainda “Eu não sou tão boa quanto dizem que eu sou. Por isso, não mereço os elogios”..

Percebeu-se que a palavra ou a opinião de algumas pessoas exercia forte controle nos comportamentos da cliente, em especial, uma sobrinha por parte do ex-marido que havia morado com eles por muitos anos, dois irmãos e o próprio ex-marido. Palavras como “você é tão desajeitada pra fazer as coisas, como será capaz de dirigir?” ou “Não consigo acreditar que um dia ainda verei você dirigindo.” Ou ainda “o problema não é dirigir, mas sofrer um acidente”, parecem ter se tornado verdadeiras regras na vida desta cliente e mantinham um controle sobre padrões comportamentais de esquivar, de auto confiança, de auto exigência.

### 4. Relacionamentos Relevantes<sup>1</sup>

- Márcia: sobrinha por parte do ex-marido, morou com ela por muitos anos.

Relação muito forte que perdurou após a separação. Exercia controle aversivo e

---

<sup>1</sup> Todos os nomes utilizados são fictícios.

controle instrucional sobre ela. “O que ela diz tem muito valor pra mim”, “me sinto dominada. Fico na dependência da aprovação dela assim como me ex-marido me controlava”. Foi a Socorro quem disse: “o problema não é dirigir, mas ter um acidente”;

- Paulo: Sobrinho que morava com ela. Relação de mãe e filho, porém sem autoridade de mãe. Ele era desobediente, não ajudava quase nada em casa e ela não conseguia ser assertiva com ele, preferindo evitar conflitos. Falava apenas em casos extremos, como quando ele levou a namorada pra dormir lá e ela disse que não aceitaria e que ele não repetisse o fato. Porém, na maioria das vezes, ela tem um comportamento de fuga e esquiva em relação ao sobrinho, evitando um possível conflito com ele;
- Sônia: Sobrinha. Já morou com ela. Tem sempre palavra de apoio e incentivo, mas hoje não convive muito com ela;
- Colegas de trabalho: Fonte de reforçadores positivos para a cliente. Especialmente para os comportamentos de insegurança e auto exigência. Davam apoio e incentivo para as apresentações em público e elogios de seu desempenho em geral; e
- Amigas da igreja: bastante reforço positivo. Sabe que pode contar com elas sempre em quaisquer circunstâncias. São muito unidas. Encontram-se várias vezes na semana, no grupo, na igreja, na hidroginástica;

## **5. Relação Terapêutica**

A relação cliente-terapeuta foi intensa desde o início, com excelente interação, apresentando um forte vínculo e confiança. A cliente apresentou alta frequência nas sessões, e um bom engajamento nas atividades propostas. Como já foi dito

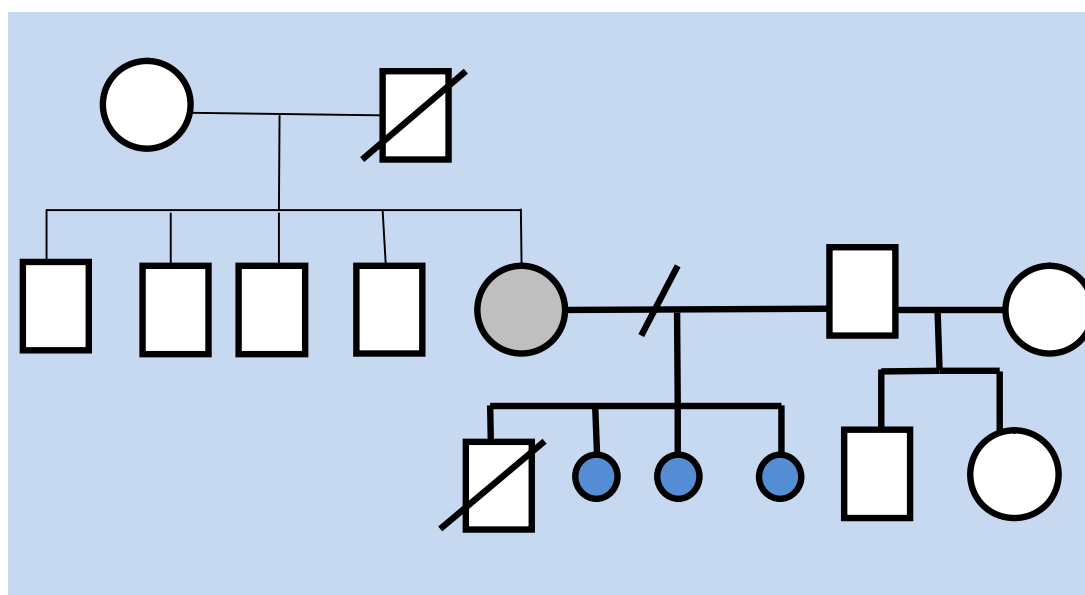
anteriormente, a cliente tinha na terapeuta uma relação não punitiva e bastante acolhedora e reforçadora, o que a deixava segura em falar sobre qualquer assunto. Este fator foi importante porque, através dos relatos verbais da cliente, especialmente sobre os eventos históricos aversivos, envolvendo os comportamentos privados, a terapeuta pôde ter acesso a dados fundamentais para as análises funcionais, principalmente as molares.

## 6. História de Vida

### 6.1. Familiar

A Figura 1 apresenta um genograma da família.

Figura 1. Genograma.



- : Cliente
- : Abortos e partos prematuros com morte do feto
- ☒ : morte
- ⊥ : Separação

Nasceu e foi criada no interior de Goiás há quase 60 anos (cultura rígida). Mais velha de cinco filhos, sendo a única mulher, primeira filha, primeira neta e primeira

sobrinha. Segundo a cliente, o pai foi muito ausente, tem poucas lembranças dele. A mãe foi omissa, pois trabalhava dia e noite na casa da avó para compensar o fato de todos morarem lá, na dependência da avó. A cliente não se lembrava de alguma vez sua mãe ter sentado com ela para conversar ou explicar alguma coisa. Foi muito paparicada pela avó até completar 7 anos, a avó a superprotegia. Quando todos tinham que ajudar nas atividades domésticas, ela dizia que não queria fazer e a avó mandava outro fazer a parte dela. Tinha uma relação muito forte com um tio paterno. Quando este tio casou, ela se sentiu abandonada e, quando ele teve a primeira filha, foi ainda mais difícil. Disse que sofreu muito quando perdeu a atenção que tinha do tio. Dos quatro irmãos, mantinha um bom relacionamento com dois, e um relacionamento conflituoso com os outros dois.

## **6.2. Sócio-Afetivo**

Começou a namorar com 13 anos. Ele morava fora e se viam duas vezes ao ano. Casou-se com esse primeiro namorado aos 19 anos e, aos 21 anos, teve seu primeiro filho (ver Figura 1). Depois, teve uma sequência de perdas de bebês, envolvendo um parto prematuro em que o bebê veio a falecer com 8 dias, um aborto espontâneo no 5º mês de gestação, e uma morte do bebê no procedimento do parto. Quando tinha 48 anos, perdeu , seu único filho, que estava com 27 anos, em um acidente em uma cachoeira. Um ano depois, separou-se do marido ao descobrir que ele mantinha um relacionamento estável com outra mulher, com a qual ele tinha um filho.

Meses antes da morte de seu filho, havia começado a frequentar uma igreja, na qual havia feito amizades importantes que lhe deram apoio nestes momentos muito difíceis. Por um tempo, alimentava esperança de restauração do casamento, o que não aconteceu. Quando iniciou terapia, vivia muito bem sozinha e não pensava na



possibilidade de ter outro companheiro. Tinha um sobrinho que morava com ela na casa em que ela tinha 50% de posse, de acordo com a partilha de bens com o marido.

### **6.3 Acadêmico-Profissional**

Quando criança, estudou em escola muito rígida, na qual o erro era punido severamente. Relatou muitas situações em que foi ridicularizada na escola. Tinha estrabismo acentuado, motivo de muitas chacotas. Era canhota, o que não era aceitável na época e, por isso, demorou a aprender escrever e era motivo de punição (chacotas) constante. Disse que até a 4ª série primária era participativa na escola, comunicativa, liderava eventos, encenava. Repetiu a 5ª série. Ela afirmou: “Fui murchando, passei a fugir das situações sociais nas quais eu tivesse que falar qualquer coisa.”

Antes de fazer pedagogia, fez um curso para instrumentadora auxiliar de médico e chegou a trabalhar em hospitais por causa da parte prática do curso. Em um dos plantões, ocorreu um grave acidente, no qual um bebê caiu de suas mãos e veio a falecer. Colegas e médico disseram que a queda não era o motivo da morte. Ela disse ter aceitado isso e não ter se culpado pelo fato. Depois, formou em pedagogia e trabalhava como professora na educação infantil. Segundo ela, seu pavor de falar em público não afetava neste caso. Deixou a sala de aula após a morte do filho e separação do marido, pois achou que seu trabalho havia perdido muito em qualidade. No momento em que se sentia muito realizada e satisfeita com o trabalho, aconteceu a mudança de diretoria e a exigência em ministrar cursos, a qual lhe causou muita angústia e medo de ter que abandonar o trabalho.

#### **6.4. Médico-Psicólogo**

Como citado anteriormente, a cliente teve partos prematuros, abortos e complicações. Era seu primeiro contato com psicólogo porque tinha resistência, não acreditava e achava desnecessário. Não chegou a tomar medicações como antidepressivos. Um ano antes do início da terapia, fez uma cirurgia de catarata nos olhos, a qual corrigiu sua hipermetropia também. A cirurgia foi um sucesso e não precisava usar óculos de forma alguma, o que era muito reforçador para ela.

#### **7. Hipóteses Levantadas pela Terapeuta**

- Pai ausente, mãe omissa e exigente, escola muito rígida e altas expectativas familiares quanto ao seu desempenho levaram a um padrão comportamental auto-exigente e a uma intolerância ao erro. “Na escola e na família, não podia errar”; “qualquer palavra que sugere correção me desestrutura completamente”;
- Acidentes com carro ao tentar dirigir, críticas e descrédito de parentes puniram positivamente seu comportamento de dirigir, aumentando a frequência de comportamentos de fuga e esquivas de situações, como aprender a dirigir e falar em público, que sinalizam uma possível falha e graves consequências ou ainda reprovação. “A opinião dos outros me afeta bastante. Tenho medo que reprovem o que estou fazendo”; e
- Vários eventos de perdas (e.g., perdas de bebês após o parto, erro no trabalho, morte do filho, traição do marido), nos quais havia incontrolabilidade. Houve generalização para o dirigir, o qual ela via da mesma forma: “Não há nada que eu possa fazer para evitar um problema grave”. Então, passou a evitar situações de exposição com possibilidade de errar e ser constrangida por isso ou causar danos irreversíveis em consequência do erro.

## 8. Análises Molares

A Tabela 2 apresenta algumas das análises molares realizadas no decorrer dos 19 atendimentos.

Tabela 2. Análises Molares de padrões comportamentais da vida da cliente em estudo.

<b>Padrão Comportamental</b>	<b>Classe de Comportamentos</b>	<b>Eventos relacionados</b>	<b>Históricos</b>	<b>Contingências atuais que fortalecem e enfraquecem</b>
-Esquiva de situações de possível erro	- Fuga e esquiva de situações relacionadas a dirigir - Fuga e esquiva de situações de falar em público - Fuga e esquiva de situações que precise mostrar desempenho	- Mãe muito crítica e punitiva -Escola extremamente rígida e professores muito críticos e exigentes -Experiências aversivas ao tentar aprender a dirigir (acidente com carro-ela ao volante) -Experiências aversivas na escola e no trabalho de erros seguidos de crítica e punição		- Familiares críticos e punitivos - Experiências aversivas ao tentar aprender a dirigir (outro acidente com ele ao volante do carro) - Ambiente familiar com cobrança -Expectativas altas da chefe e alguns colegas no trabalho com relação ao desempenho dela - Evita constrangimentos em público - Evita contato com estímulos aversivos de tentar dirigir - Admiração por parte de colegas de trabalho e familiares - Ter os trabalhos prontos e bem realizados
- Auto-exigente	- Querer sempre desempenho perfeito  -Sofrer por dias quando acha que alguma coisa saiu errado	- Expectativas altas dos familiares em relação ao desempenho dela - Histórias de perdas: um filho de 27 anos e 3 bebês em gestação, no parto e recém nascido.		
-Baixa autoconfiança	- Constranger-se ao receber elogios por achar que não merece. -Descontrolar-se quando acha que alguém não está gostando do seu desempenho	-Pai ausente -Avó super protetora até 8 anos e depois muito exigente - Mãe ausente e muito exigente - Abandono do tio aos 5 anos. - chacotas na escola -Esposo muito crítico e punitivo -Esposo ter abandonado ela por outra		-Nova chefe muito exigente e punitiva  -Familiares críticos e punitivos (demonstram descrédito na capacidade dela)

## **9. Objetivos Terapêuticos**

- Promover a tolerância emocional – tolerância ao erro, à culpa, a partir da aceitação e compromisso (ACT).
- Autoconhecimento, com o propósito de melhorar a autoconfiança;
- Ampliar repertório de comportamentos assertivos.

## **10. Mudanças Observadas**

Na sessão 13, foi realizado o “Exercício experiencial”, descrito anteriormente. A cliente escolheu um evento da escola, de quando tinha 8 anos de idade, no qual havia sido muito constrangida por um professor, por causa de um erro banal na prova, e fortemente ridicularizada publicamente pelos colegas em sala de aula. No momento em que ela estava bem envolvida naquela cena, a terapeuta perguntou: “se você pudesse estar lá do jeito que é agora, o que gostaria de fazer ou de dizer?” Neste momento, ela disse várias coisas, representativamente, àquele professor e pôde-se perceber o quanto aquele fato, como outros, havia mesmo influenciado na aquisição do padrão comportamental de intolerância ao erro. Então, questionou-se se naquela época, naquele contexto, ela teria condições ou repertório para dizer e fazer o que havia acabado de fazer. Ela disse: “de forma alguma, certamente que não.” Quando a terapeuta disse que a grande questão era que ela não era mais aquela menina, naquele contexto, ela começou a chorar compulsivamente por vários minutos, até o término daquela sessão. Não conseguindo esperar até a próxima sessão, a cliente telefonou para a terapeuta, para agradecer. A partir daquele exercício, foi incrível como a cliente se tornou sensível às relações contingenciais e houve uma baixa significativa no comportamento de fuga e esquiva anteriormente citados.

A utilização de estratégias da ACT mostrou-se eficaz no caso da cliente em questão, pois condizia com as demandas identificadas de intolerância emocional e forte controle instrucional. Ao final das 19 sessões, já foi possível verificar uma significativa melhora na aceitação da cliente e no compromisso para continuar mudando seus comportamentos. A cliente já era capaz de ministrar os cursos de formação, exigidos em seu trabalho, com facilidade e excelentes resultados e com ausência quase que total de comportamentos respondentes relacionados à ansiedade, que ela sempre apresentava antes e durante as apresentações. Também foi observado que os comportamentos de fuga e esquiva em relação a dirigir começavam a diminuir.

A cada sessão, a cliente conseguia descrever seus comportamentos, as situações em que eles ocorriam e demonstrava boa sensibilidade às relações contingenciais, conseguindo muitas vezes descrevê-las.

## Considerações Finais

Embora a intervenção não tenha sido concluída com as 19 sessões, e o processo terapêutico ainda estivesse em andamento, considerou-se que a intervenção foi bem sucedida até o momento em que a presente monografia foi redigida, mediante as mudanças ocorridas. Diante dos resultados observados, constataram-se alguns pontos que foram destacados no decorrer deste trabalho, especialmente ao que tange à influência de eventos históricos (e.g., escola muito rígida) na aquisição de padrões comportamentais mantidos no presente. Neste sentido, pôde-se reafirmar o que defenderam autores citados anteriormente (Andery, 1997; Baum, 1994/2006; Cirino, 2001a, 2001b; Cavalcante, & Tourinho, 1998; de-Farias, 2010; Delitti, 1997; Marçal, 2010) sobre a importância de uma análise funcional molar ou histórica, indo além da topografia do comportamento, considerando não só as contingências ambientais atuais, mas também a história passada, para fazer uma escolha de estratégias de intervenção mais eficazes.

Como disseram Cavalcante e Tourinho (1998): “Na perspectiva contextualista do behaviorismo radical, não há propriedades básicas ou formais que definam o comportamento, pois este se define por uma relação” (p. 145). A queixa inicial da cliente referia-se ao medo de dirigir. Neste sentido, como é tendência na área, poderia ter sido feito um diagnóstico precipitado e rotulativo, baseado na topografia, o qual resultaria em uma intervenção focada em uma classe específica de comportamento (no caso, esquiva de dirigir). Esta intervenção teria grande possibilidade de ser ineficaz. No entanto, foi realizada, seguindo os propósitos da Análise Comportamental Clínica, uma investigação ampla, além da topografia, ou seja, através de análises não só moleculares e atuais, mas molares e históricas, identificando padrões comportamentais amplos,

assim como classes menores de comportamentos que estes padrões abrangiam, eventos históricos relacionados à aquisição dos mesmos e contingências atuais que fortaleciam ou enfraqueciam a ocorrências de tais padrões amplos. Desta forma, a ênfase da intervenção foi dada aos padrões amplos de comportamentos, e não apenas à classe específica, considerando-se a intervenção como bem sucedida ou eficaz.

Com enfoque na topografia, a intervenção provavelmente estaria focada direta e especificamente na esquiva de dirigir “por causa” do medo, antes de identificar variáveis ambientais, no presente e no passado, que contribuíram para a aquisição de padrões comportamentais amplos, dos quais a esquiva de dirigir fazia parte como uma classe menor, sendo o medo um efeito ou resposta colateral (e não a causa do problema). Uma intervenção com ênfase no comportamento de esquiva de dirigir teria como estratégias, provavelmente, apenas técnicas comportamentais tradicionais, como a dessensibilização sistemática, com a finalidade de modificar comportamentos específicos. Neste sentido, considera-se que as reais demandas não seriam resolvidas e, portanto, a intervenção não seria eficaz.

No caso em estudo, a partir de uma intervenção com ênfase em padrões amplos de comportamentos, especialmente a esquiva de situações de possíveis erros seguidos de constrangimento, pôde-se iniciar o trabalho com classes menores, as quais o padrão amplo abrangia, e que foram identificadas como menos aversivas e, portanto, mais possíveis de serem modificadas. Neste sentido, iniciou-se o trabalho de aceitação e compromisso (usando objetivos da ACT) para comportamentos de esquiva de falar em público, já que a classe de esquiva de dirigir foi identificada, hierarquicamente, como a mais aversiva, com maior nível de ansiedade. A partir da melhora na tolerância emocional com relação ao falar em público, já foi possível observar o início de uma redução na frequência de comportamentos de esquiva de imaginar-se dirigindo.

Novamente, a partir de uma análise molar bem feita, percebeu-se que a questão envolvia um padrão comportamental maior, no caso a esquiva de qualquer situação de exposição pública que sinalizasse possibilidade de erro seguido de constrangimento ou de consequências graves. Este padrão abrangia classes menores como falar em público, situações de desempenho e dirigir. Percebeu-se que a aquisição deste padrão amplo de comportamento estava diretamente relacionada a eventos históricos bastante significativos, especialmente situações de perdas muito graves em pouco tempo (situações de incontrolabilidade) e experiências aversivas ao tentar dirigir (condicionamento do medo). A cliente passou a ver o dirigir da mesma forma que as situações de incontrolabilidade: “Não há nada que eu possa fazer ou nada que eu faça poderia evitar...” e o medo foi condicionado a partir de experiências negativas ao tentar dirigir.

Sobre a proposta da ACT, considera-se importante ressaltar que, enquanto grande parte das intervenções conhecidas fala em vencer o medo de dirigir ou “Dirija sem medo”, o que a ACT propõe é justamente enfrentar o medo, ou seja, “Dirija, mesmo com medo”. Portanto, apenas a partir de uma investigação ampla, por meio de uma análise molar bem feita, foi possível se chegar a todas essas considerações e a uma intervenção analítico-comportamental eficaz.

Identificar fatores históricos que contribuíram para aquisição de um padrão comportamental de esquiva a situações de erro e de baixa autoconfiança, descritos nos resultados e, a partir desta identificação pensar em estratégias mais direcionadas como a ACT, foi muito significativo para um resultado bem sucedido. Isto comprova a relevância de se considerar os três níveis de seleção do comportamento ao se fazer a análise clínica: filogenético (biológico), ontogenético (história de reforçamento no decorrer da vida) e cultural (práticas culturais da comunidade verbal a qual essa pessoa



pertence). Portanto, foi na análise da interação da pessoa com as variáveis ambientais tanto atuais, como históricas, que pôde-se compreender, no caso em estudo, como tais comportamentos foram adquiridos e estão sendo mantidos.

De acordo com Andery (1997), baseada na abordagem de Skinner, a qual considera o comportamento humano como um produto destes três níveis de seleção por consequências, “o comportamento tipicamente humano só pode ser compreendido em termos da ação de cada um destes níveis e especialmente de sua interação”. Segundo a autora, necessariamente, “os padrões comportamentais complexos, estão relacionados tanto à história natural e pessoal das pessoas, como às práticas culturais” (p. 205). A autora diz ainda que a Análise do Comportamento deve continuar se ocupando de compreender os comportamentos, mas não conseguirá fazer isso se não considerar os três níveis de seleção.

Por meio da análise histórica, também foi possível identificar a contribuição significativa da comunidade verbal, na qual esta pessoa estava inserida desde a infância, na aquisição dos comportamentos (representa o terceiro nível de seleção – cultural). Eventos históricos foram descritos nos resultados mostrando uma comunidade verbal de práticas rígidas, bastante punitiva e pouco reforçadora, contribuindo significativamente para a aquisição dos padrões comportamentais citados acima.

Algumas operações estabeledoras foram decisivas para que a pessoa do caso em estudo tomasse a decisão de buscar ajuda profissional e se sentisse motivada para a mudança. Percebeu-se que estas operações estabeledoras estavam relacionadas à privação e estimulação aversiva, assim como definido por Verneque e cols. (2009). Tais operações foram descritas nos resultados e envolviam perda significativa de liberdade (privação) e o desconforto e constrangimento da dependência (estimulação aversiva).

Comprovou-se também que os eventos privados não causam comportamentos. A incapacidade de dirigir desta pessoa não era causada pelo medo (evento privado), mas pelas interações com o ambiente no decorrer da sua vida, contribuindo para aquisição de um padrão comportamental de intolerância ao erro, auto-exigência, inferioridade e baixa autoconfiança, levando a uma alta frequência de comportamentos de fuga e esquiva relacionados a situações de desempenho com possibilidade de erro, seguido de constrangimento ou reprovação. E, assim, mais uma vez reforça a necessidade de se fazer uma investigação ampla, para se chegar a um entendimento do caso e elaborar estratégias de intervenções mais eficazes, focando não só as contingências atuais, mas também as históricas envolvidas, para então, modificá-las.

Segundo Delitti (1997), o analista do comportamento parte do princípio que o comportamento tem uma função, buscando descobrir em quais contingências tal comportamento se instalou e como ele se mantém. “Esta descoberta se faz pela análise funcional que, em clínica, envolve pelo menos três momentos da vida do cliente: sua história passada, seu comportamento atual, e sua relação com o terapeuta” (p. 39). A autora chega a dizer que o sucesso da terapia “depende da inter-relação entre estes três momentos da análise funcional” (p. 42). Aqui, ela toca em uma questão, a qual se considerou de grande importância no caso em estudo, que é a relação terapêutica. Como pôde ser observado nos resultados apresentados neste trabalho, conseguiu-se estabelecer uma relação intensa de confiança entre terapeuta e cliente, o que foi fundamental para o bom andamento do processo terapêutico, principalmente para a identificação das contingências envolvidas tanto na aquisição como na manutenção dos comportamentos em análise. Uma boa relação terapêutica favoreceu o relato verbal de eventos históricos e atuais, públicos e privados, que possibilitaram a descoberta de que a autora fala. A partir dos dados coletados através dos relatos verbais da cliente, foi possível perceber as

relações contingenciais no ambiente desta pessoa no passado e no presente, e, assim, escolher estratégias mais eficazes.

Dentre as várias estratégias possíveis, escolhemos a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). A escolha foi feita mediante a identificação dos padrões comportamentais, principalmente de intolerância ao erro, o qual estava bem presente e comprometendo outras áreas além da impossibilidade de dirigir, como, por exemplo, a grande dificuldade de falar em público.

Cavalcante (1999) diz algo interessante sobre a coerência que há entre a ACT e a Análise do Comportamento pela forma como lida com eventos privados:

“A lógica externalista está fundamentada na suposição de que quando o interno participa da relação, isso ocorre por força de uma relação com eventos que são externos. A proposição da Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT (Hayes, 1987; Hayes e Wilson, 1994; Hayes e Cols, 1999) como modelo terapêutico amparado na análise do comportamento, mostra-se coerente com esta leitura do comportamento humano, tanto ao reconhecer a legitimidade de inclusão dos eventos privados no campo de investigação do terapeuta, como ao interpretar tais eventos como funcionalmente constituídos no contexto de relações com estímulos dotados de dimensões públicas. No que diz respeito aos supostos envolvidos na referência aos eventos privados, a compatibilidade com a análise do comportamento existe e o modelo pode ser considerado original na introdução daqueles fenômenos como elementos importantes no delineamento da intervenção” (p. 116).

Considera-se que o presente trabalho alcançou o objetivo de mostrar, por meio de um caso de queixa de medo de dirigir, que só podemos compreender o porquê de uma pessoa emitir determinados comportamentos fóbicos (fuga e esquiva), e o que de fato

está controlando tais comportamentos, fazendo uma investigação ampla, que vá além das análises funcionais atuais, conhecendo toda a história de vida e de reforçamento desta pessoa. E de que, sem a clara compreensão dos padrões comportamentais, de como estes foram adquiridos e estão sendo mantidos atualmente, dificilmente o terapeuta terá condições para definir estratégias terapêuticas realmente eficazes.

No entanto, sabe-se que ao estudo realizado caberia uma investigação bibliográfica mais aprofundada, a qual se pretende realizar posteriormente. Sugere-se a continuidade de atendimentos dentro do modelo da ACT e busca de outras ferramentas que possam ser utilizadas juntamente com esta, a fim de que o processo terapêutico continue até que esta pessoa consiga emitir comportamentos de dirigir.

## Referências Bibliográficas

- Abreu-Rodrigues, J. & Sanabio, E. T. (2001). Eventos privados em uma psicoterapia externalista: Causa, efeito ou nenhuma das alternativas? Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 7. Expondo a variabilidade* (pp. 206-216). Santo André: ESETec.
- Andery, M. A. (1997). O modelo de seleção por consequências e a subjetividade. Em R.A. Banaco (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 199-208). Santo André: ARBytes.
- Baum, W. M. (1994/2006). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura* (M. T. A. Silva, M. A. Matos, G. Y. Tomanari, & E. Z. Tourinho, Trads.). Porto Alegre: Artmed.
- Bellina, C. C. O. (2005). *Dirigir Sem Medo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cavalcante, S. N. & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 14*, 139-147.
- Cavalcante, S. N. (1999). *Análise funcional na terapia comportamental: Uma discussão das recomendações do behaviorista contextualista*. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Psicologia, Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
- Cirino, S. (2001a). O que é história comportamental. Em H. J. Guilhard, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 7. Expondo a variabilidade* (pp. 153-158). Santo André: ESETec.

- Cirino, S. (2001b). Detecção da história de reforçamento: Problemas metodológicos para lidar com a história passada. Em H. J. Guilhard, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 8. Expondo a variabilidade* (pp. 137-147). Santo André: ESETec.
- Corassa, N. (2000/2006). *Vença o Medo de Dirigir: Como superar-se e conduzir o volante da própria vida*. São Paulo: Gente.
- Corassa, N. (2007). *Seu carro Sua Casa sobre Rodas: Que tipo de motorista você é?* Curitiba: Juruá.
- Delitti, M. (1997). Análise funcional: o comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delitti (Org.), *Sobre o Comportamento e Cognição: Vol. 2. A prática da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 37-44). Santo André: ARBytes.
- Delitti, M. & Meyer, S. B. (1995). O uso dos encobertos na prática clínica comportamental. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos* (pp. 269-274). Campinas: Editorial Psy.
- Marçal, J. V. S. (2005). Refazendo a história de vida: quando as contingências passadas sinalizam a forma de intervenção clínica atual. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 15. Expondo a variabilidade* (pp. 258-273).
- Marçal, J. V. S. (2007). Análise comportamental clínica de casos de transtorno do pânico: Sintomas iguais, intervenções diferentes. Em R. R. Starling (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 19. Temas clássicos* (pp. 314-325). Santo André: ESETec.
- Moreira, M. B. & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios Básicos de Análise do*

*Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Pastore, R. (2008/2010). *Sem Medo de Dirigir*. São Paulo: Alaúde.

Rozestraten, R. J. A. (1988). *Psicologia do Trânsito: Conceitos e Processos*

*Básicos*. São Paulo: EPU, Editora da Universidade de São Paulo.

Verneque, L. M., Moreira, M. B. & Hanna, E. S. (no prelo). Motivação. Em M. M.

Hubner (Org.), *Temas Clássicos da psicologia sob a ótica da análise do*

*comportamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Zamignami, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-

comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia*

*Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.

## **Anexos**



**Anexo 1. Termo de autorização, modelo padrão utilizado no IBAC****AUTORIZAÇÃO PARA SUPERVISÃO DE CASO  
E ARQUIVAMENTO DE RELATÓRIOS**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) da identidade nº \_\_\_\_\_ estou ciente e concordo  
que as sessões de Terapia Analítico-Comportamental conduzidas pelo(a) terapeuta  
\_\_\_\_\_ sejam regularmente  
discutidas em supervisões de grupo e descritas formalmente em relatórios escritos, de  
acordo com a legislação estabelecida pelo Conselho Federal de Psicologia. Ademais,  
autorizo que tais relatórios sejam arquivados pelo(a) terapeuta e pelo(a) supervisor(a)  
do Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, tendo em vista a  
obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços  
psicológicos que, neste caso, se refere à atividade de estágio supervisionado do Curso  
de Especialização em Análise Comportamental Clínica. Foi-me assegurado que, nas  
referidas supervisões em grupo, minha identidade será mantida em sigilo, bem como  
quaisquer dados que possam identificar a mim ou meus familiares.

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

\_\_\_\_\_  
Cliente/Responsável

\_\_\_\_\_  
Aluno(a)/Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Coordenação Clínica

\_\_\_\_\_  
Supervisor(a)

## Anexo 2. Atividades de Registro.

### REGISTRO DE COMPORTAMENTOS

1. Escreva os comportamentos que você acha que precisam ser modificados.
2. Defina o comportamento:  
 O que você realmente fez? Observe e registre todos os momentos em que você fez este comportamento durante a semana.  
 Observe também em que situações você fez isso. O que você e as outras pessoas fazem antes e depois deste comportamento.  
 Que consequências (positivas ou negativas) você recebe depois que fez este comportamento?

DIA/ hora	COMPORTAMENTO (o que você fez)	O QUE ACONTECEU ANTES (atividade em andamento)	CONSEQUÊNCIAS POSITIVAS/NEGATIVAS (inclui sentimentos)	LOCAL E QUEM ESTAVA PRESENTE

### Registro de Ansiedade

Dia/ hora	Quando?	Onde?	Quem estava presente?	Nota de 0 a 10

**Anexo 3. Exercícios para ajudar no autoconhecimento.****DE 0 A 10, ESCREVA O QUANTO CADA CARACTERÍSTICA REPRESENTA VOCÊ:**

- Nível de exigência de si
- Nível de exigência com outros.
- Autonomia
- Dependência em relação aos outros.
- Impulsividade
- Persistência.
- Controlador
- Controlado pelos outros
- Perfeccionista
- Seguidor de Regras
- Não seguidor de regras
- Passivo
- Com iniciativa
- Necessidade de reconhecimento
- Tolerância à frustração
- Confiança em si
- Boa auto estima
- Consegue dizer o que quer

ASSINALE AS CARACTERÍSTICAS QUE VOCÊ ACHA QUE  
MAIS REPRESENTAM VOCÊ:

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> autoritário  | <input type="checkbox"/> carinhoso    |
| <input type="checkbox"/> sincero      | <input type="checkbox"/> conformado   |
| <input type="checkbox"/> inseguro     | <input type="checkbox"/> arrogante    |
| <input type="checkbox"/> paciente     | <input type="checkbox"/> flexível     |
| <input type="checkbox"/> calado       | <input type="checkbox"/> acomodado    |
| <input type="checkbox"/> persistente  | <input type="checkbox"/> calmo        |
| <input type="checkbox"/> impulsivo    | <input type="checkbox"/> produtivo    |
| <input type="checkbox"/> extrovertido | <input type="checkbox"/> amigável     |
| <input type="checkbox"/> educado      | <input type="checkbox"/> compreensivo |
| <input type="checkbox"/> tranquilo    | <input type="checkbox"/> orgulhoso    |
| <input type="checkbox"/> agressivo    | <input type="checkbox"/> indiferente  |
| <input type="checkbox"/> exigente     | <input type="checkbox"/> revoltado    |
| <input type="checkbox"/> prestativo   | <input type="checkbox"/> se queixar   |
| <input type="checkbox"/> controlador  |                                       |
| <input type="checkbox"/> ciumento     | <input type="checkbox"/> sedutor      |
| <input type="checkbox"/> pacificador  |                                       |
| <input type="checkbox"/> agitado      | <input type="checkbox"/> irritado     |
| <input type="checkbox"/> explosivo    |                                       |

- **O que as pessoas acham de você? E o que você faz que as levam a pensar assim?**

- **O que existe de melhor e pior em você?**

- **O que você mais ouve ou ouviu a seu respeito?**

Que sentimentos são comuns em você? Coloque a intensidade de 0 a 10.

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> raiva       | <input type="checkbox"/> calma              |
| <input type="checkbox"/> medo        | <input type="checkbox"/> angústia           |
| <input type="checkbox"/> alegria     | <input type="checkbox"/> indiferença        |
| <input type="checkbox"/> tristeza    | <input type="checkbox"/> solidão            |
| <input type="checkbox"/> desânimo    | <input type="checkbox"/> desejo sexual      |
| <input type="checkbox"/> euforia     | <input type="checkbox"/> paixão             |
| <input type="checkbox"/> ansiedade   | <input type="checkbox"/> nojo               |
| <input type="checkbox"/> entusiasmo  | <input type="checkbox"/> esperança          |
| <input type="checkbox"/> abandono    | <input type="checkbox"/> cobrança (pressão) |
| <input type="checkbox"/> perseguição | <input type="checkbox"/> outros: _____      |

## IDENTIFICANDO REGRAS

Toda vez que você identificar alguma regra, valor ou lei máxima seus, anote. Esta identificação não implica em concordância com a mesma.

Exemplos:

- *Não converso com estranhos.*
- *Não gosto de pessoas que falam alto.*
- *Nunca posso me atrasar, quem se atrasa é relaxado.*
- *Devo sempre ser educado*

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anexo 4. Exercícios para ajudar identificar reforçadores.**

**Saber o que tem valor para você:**

- 1. Quais as prioridades na sua vida?**
- 2. Se você pudesse escolher a sua vida, como ela seria?**
- 3. Se você pudesse, o que você gostaria de remover de sua vida?**
- 4. O que lhe dá mais prazer?**
- 5. O que mais você sente falta na vida?**