



Universidade Católica de Goiás
Vice-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa
Departamento de Psicologia
Programa de Pós *Stricto Sensu* em Psicologia
Subprograma Análise Aplicada do Comportamento

A ESQUIZOFRENIA SOB A PERSPECTIVA DOS PRINCÍPIOS DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Autora: Elaine Miranda

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ilma Aparecida Goulart de Souza Britto

Goiânia
Setembro de 2005



Universidade Católica de Goiás
Vice-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa
Departamento de Psicologia
Programa de Pós *Stricto Sensu* em Psicologia
Subprograma Análise Aplicada do Comportamento

A ESQUIZOFRENIA SOB A PERSPECTIVA DOS PRINCÍPIOS DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Autora: Elaine Miranda

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ilma Aparecida Goulart de Souza Britto

Goiânia
Setembro de 2005

Com todas as minhas fraquezas
criei um mundo no qual todas as
coisas que faço são positivamente
reforçadoras. Eu reconstruí um
mundo no qual posso me conduzir
bem.

B. F. Skinner (1990)

Dedico este trabalho a meus pais, que de forma compreensível, entenderam a importância e realização do mesmo, e que sempre estiveram ao meu lado, emprestando-me o apoio e o incentivo indispensáveis à consecução do objetivo final.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus queridos e estimados pais, Expedito e Glorinha por não haverem medido esforços no sentido de propiciar-me tranqüilidade, entusiasmo e segurança na longa elaboração deste trabalho.

Aos meus diletos filhos Larissa e Danilo a quem, ao longo do tempo em que me empenhei na pesquisa realizada, privei de horas sem fim do familiar convívio.

À minha dedicada irmã Flávia, pela prestimosa colaboração em todos os momentos, que se transformou em segunda mãe de meus filhos, suprimo minha ausência.

A todos os amigos e demais familiares que nunca faltaram com sua palavra de incentivo, constituindo significativo fator de estímulo e renovação da força indispensável para que todos os óbices fossem superados.

Endereço especial agradecimento aos examinadores: Prof. Dr. João Cláudio Todorov, Prof^a Dr^a Maria Amália Pie Abib Andery e à Prof^a Dr^a Kátia Barbosa Macêdo, por terem aceitado o convite para comporem a banca, valorizando sobre maneira todo o esforço por mim despendido até aqui.

Não poderia deixar de apresentar o meu preito de gratidão àquela sem cuja participação nada seria possível. Refiro-me à participante, que de maneira abnegada se prestou a propiciar-me os indispensáveis subsídios, que comporiam, ao final, a essência desta tese. Estendo ainda meus agradecimentos à laboriosa equipe de médicos, enfermeiros e funcionários da Instituição de que era residente a participante.

À minha colega Keila, que esposando o mesmo ideal, muito colaborou para que o entusiasmo fosse mantido intacto, mesmo nos momentos de maiores dificuldades.

Deixei para o final o agradecimento a quem pela sua cultura, pelo seu acendrado amor à sublime missão de ensinar, pela reconhecida capacidade de realização, se transformou, ao mesmo tempo, durante toda pesquisa por mim realizada, em colaboradora, orientadora, professora, amiga e 'mãe'. Refiro-me à Prof^a Dr^a Ilma Goulart de Souza Britto, que sempre se mostrou pronta a esclarecer as dúvidas, indicando caminhos sem deixar de reforçar a dedicação, que jamais poderá faltar em qualquer trabalho de fôlego.

Encerrando este elenco de agradecimentos, elevo ao supremo criador dos seres e das coisas - razão maior de tudo que existe de bom, a minha imorredoura gratidão por haver-me permitido o convívio com tantas pessoas amáveis, causa insofismável de todo e qualquer sucesso possível de ser alcançado.

SUMÁRIO

Epígrafe.....	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Sumário.....	v
Lista de Figuras.....	vii
Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
Introdução.....	1
Algumas Considerações sobre a Ciência Comportamental.....	6
A Análise do Comportamento em Contextos Psiquiátricos.....	10
O que é a Esquizofrenia?.....	21
O Modelo Sócio-psicológico para a Esquizofrenia.....	30
Métodos de Caso Único: N=1.....	34
Método.....	37
Participante.....	37
Ambiente.....	37
Materiais.....	38
Procedimento.....	39
Teste de Concordância.....	53
Resultados.....	54
Discussão.....	71
Referências.....	78
Anexos.....	86

Anexo A – Comunicado para Recrutar Participantes.....	87
Anexo B – Publicação do Jornal Flash – UCG.....	88
Anexo C – Termo de Consentimentos e Esclarecimentos.....	89
Anexo D – Formulário de Observação.....	91
Anexo E – Entrevista para Avaliação Comportamental.....	92
Anexo F – Folha de Registro com Intervalos de Tempo.....	95
Anexo G – Folha de Registro para Frequência de Comportamentos .	96

Lista de Figuras

Figura 1. Representação gráfica do comportamento: Manter contato olho a olho	55
Figura 2. Representação gráfica do comportamento: Sozinha, sem atenção	58
Figura 3. Representação gráfica do comportamento: Dar tapas, empurrar e fazer ameaças	60
Figura 4. Representação gráfica do comportamento: Recusar a participar das tarefas ou eventos	64
Figura 5. Representação gráfica do comportamento: Executar uma atividade durante o tempo livre	65
Figura 6. Representação gráfica do comportamento: Beber água no copo	67
Figura 7. Representação gráfica do comportamento: Bater palmas	69

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi investigar o comportamento de uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica crônica e retardo mental no contexto psiquiátrico, em uma unidade particular conveniada com o SUS. Para essa finalidade foram utilizados os princípios da Análise Aplicada do Comportamento. A participante foi uma pessoa do sexo feminino, com 57 anos, solteira, semi-analfabeta, descendente de família de poucos recursos econômicos e que houvera sido internada em várias instituições especializadas para tratamentos psiquiátricos, desde os 18 anos de idade. A escolha da participante foi resultante de vários fatos marcantes de sua vida, desde a sua adolescência. Observações diretas dos comportamentos da participante e entrevistas com a equipe de enfermagem e médicos permitiram informações importantes. Por meio dessas informações, foi possível a coleta de subsídios que colaboraram para a identificação de comportamentos-problema que foram registrados em Formulários de Observações e Folhas de Registro. Foram selecionadas sete classes de comportamentos-problema para sofrerem intervenção como, por exemplo, manter contato olho a olho, permanecer isolada sentada num banco do pátio, participar dos eventos da instituição, etc. Para o controle dos procedimentos foi utilizado o Delineamento de Reversão do tipo ABAB, seguido por *Follow-up*. O delineamento foi iniciado com a coleta de dados de Linha de Base I. A seguir foram realizadas as sessões nas fases de Intervenções I e II. Nas intervenções foram utilizados procedimentos de reforçamento positivo, modelagem e extinção. Os resultados demonstraram que os procedimentos da Análise Aplicada do Comportamento foram efetivos para controlar os comportamentos-problema apresentados pela participante. Os resultados foram discutidos em termos da metodologia aplicada, dos efeitos alcançados e da corroboração dos dados com a teoria. Concluída a fase de pesquisa, pôde-se afirmar que as modificações comportamentais apresentadas pela participante foram de certa forma, consideráveis, e constituem resultantes dos procedimentos que a mesma foi submetida.

Palavras-chave: intervenção comportamental, comportamentos-problema, esquizofrenia.

ABSTRACT

The main intention of this present work was to investigate the behavior of a person diagnosed with chronic schizophrenia and mental retardation in a psychiatric context, in a private unit partners with SUS. Due to this work principles of the Behavior Analyses Applied were used. The participant was a female person, 57 years old, single, semi-illiterate, who came from a low economic family and who had already been admitted to many institutions specialized in psychiatric treatments, since 18 years old. The participant's choice was a result of many marked facts in her life, since her adolescence. Direct observations of the participant's behaviors and interviews with the nursery staff and doctors allowed important information. Through these information, it was possible to collect subsidies which collaborated on identifying the problematic-behaviors which were registered in Observations Formularies and Registration Sheets. Seven problematic-behaviors classes were selected to suffer intervention as, an example, maintain eye contact, remain isolated and sat on a bench in the patio, participate in events from the institution etc. To control the procedures the Reversion Delineation type ABAB, followed by Follow-up was used. The delineation was started with the collection of information from the Base line I. The followings were sections in Interventions' stages I and II. In the interventions procedures of positive reinforcement, modeling and extinction were used. The results demonstrate that the procedures from the Behavior Analyses Applied were effective to control the problematic-behavior from the participant. The results were discussed in terms of applied methodology, from the effects reached and the linking from information and theory. After concluding the research part, the behavior modifications from the participant were considerable, and are results of the procedures from which she was submitted.

Key words: behavior intervention; problematic-behavior; schizophrenia.

A ESQUIZOFRENIA SOB A PERSPECTIVA DOS PRINCÍPIOS DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Em seus primórdios, os estudos na psicologia, remetiam às análises das operações da consciência quando era solicitado a um sujeito que relatasse o seu conteúdo. Este método, conhecido como introspecção, refletia a convicção da época em que importantes questões da psicologia pertenciam ao domínio dos processos mentais num mundo mental consciente.

Em 1913, Watson lançou um manifesto afirmando que a psicologia deveria livrar-se do método introspectivo de eventos mentais e optar pelo comportamento propriamente dito como matéria de estudo. Seu livro: *Psicologia do ponto de vista de um Behaviorista*, editado em 1919 estabeleceu a posição do behaviorismo relacionado ao estudo do comportamento humano em termos de estímulos e respostas psicológicas. Anos após, Skinner publicou, em 1938, o livro *O Comportamento dos Organismos*. Neste livro foram enfatizadas as relações entre o comportamento e os eventos ambientais, bem como as operações de reforçamento como demonstraram os experimentos relatados (Stokes, 2004).

Neste livro, Skinner também alertava que os fatos do comportamento não eram tratados em si mesmos, mas considerados como algo a ser explicado, ou mesmo, justificado por fatos prévios no sistema nervoso. Alertava ainda que as respostas operantes eram produzidas pelas contingências de reforçamento. Tornava-se, então, relevante identificar o

contexto em que cada resposta era estabelecida e como ela se mantinha, dado sua função no ambiente. Na proposta skinneriana, o comportamento complexo não é uma combinação de reflexos adquiridos (Chiesa, 1994; Costa, 2002).

Skinner (1945) propõe a possibilidade da ciência do comportamento lidar com os fenômenos dos eventos privados. Ao descrever sobre a existência e a importância dos eventos internos e admiti-los como objetos de uma análise científica do comportamento, sua proposta diferenciava-se da postura de Watson, a qual assumia uma concepção mecanicista de explicação comportamental.

Não obstante, Skinner (1945) recusou usar a distinção física e mental porque para ele todos os eventos internos são físicos. Como exemplo, afirma que sua dor de dente, um evento interno, era tão física quanto sua máquina de escrever. Não vejo razão, disse ele, porque uma ciência não possa considerar o processo através do qual um vocabulário descritivo de uma dor de dente é adquirido e mantido.

Através de seu sistema, Skinner (1953/1970) afirma que “o hábito de buscar dentro do organismo uma explicação do comportamento tende a obscurecer as variáveis que estão ao alcance de uma análise científica. Estas variáveis estão fora do organismo, em seu ambiente imediato e em sua história ambiental” (p. 26). Deste modo, a objeção aos estados internos, não é a de eles não existirem, mas de que são irrelevantes para uma análise funcional. A análise funcional está voltada para a identificação das relações sistemáticas entre o comportamento e alterações no ambiente com o qual o organismo interage.

Para Skinner (1953/1970), os eventos interiores não são diferentes dos eventos públicos. Ambos são eventos naturais, físicos, com as mesmas propriedades e sujeitos às mesmas leis. Diferenciam-se, contudo quanto à acessibilidade. Os eventos públicos podem ser observados por vários organismos, e os eventos internos são observáveis pela própria pessoa. O problema, portanto não é de natureza, mas de acesso.

Longe de ignorar os eventos internos, Skinner (1974/1985) esclarece que estes são pistas para o comportamento passado e as condições que o afetaram, para o comportamento presente e as condições que o afetam, como também, para as condições relacionadas com o comportamento futuro.

Com efeito, Skinner (1980) declara que o analista do comportamento não manipula os eventos internos. Ele manipula não o medo como um instinto adquirido, mas os estímulos aversivos; não a ansiedade, mas os estímulos pré-aversivos; não a fome, mas a ingestão de alimentos. Para essa habilidade é necessário planejar programas de contingências de instrução que possam submeter o comportamento ao controle desse tipo de contingências complexas.

Na ciência skinneriana, qualquer condição presente, quando um comportamento for reforçado, adquire controle, uma vez que sua frequência tende ser superior na sua condição. Tal condição torna-se um aspecto essencial da ocasião em que, se um comportamento for emitido, será reforçado.

Skinner (1980) formulou as relações que constituem as contingências de reforço ao especificar as interações entre um organismo e o seu meio

ambiente: (a) a ocasião na qual ocorreu o comportamento; (b) o próprio comportamento e (c) as conseqüências reforçadoras. Todorov (1982) argumenta: uma contingência de três termos especifica uma situação presente ou antecedente que pode ser descrita em termos de estímulos discriminativos pela função controladora que exercem sobre o comportamento. Se algum comportamento do organismo for emitido na presença de tais estímulos, tem como conseqüência, alguma alteração no ambiente que não ocorreria se tal comportamento fosse emitido na ausência dos referidos estímulos.

Para observar as interações entre um organismo e o seu ambiente, o dado mais relevante é a freqüência de resposta. Os tipos de conseqüência, que aumentam a freqüência podem ser positivos ou negativos, dependendo de serem reforçadores quando aparecem ou desaparecem. O que disso resulta, não é a topografia, mas a probabilidade de ocorrência, observada como nível de emissões (Skinner, 1980).

Torna-se importante declarar que o estudo do comportamento requer procedimentos que revelem efeitos das operações sobre o comportamento (Baron & Perone, 1998). Desta forma, o analista do comportamento utiliza-se da descrição de contingências e hipotetizam as relações funcionais como ferramentas para o estudo de interações organismo-ambiente. As interações organismo-ambiente podem ser vistas como um *continuum*. A passagem da psicologia para a biologia ou para as ciências sociais é, na maioria das vezes, questão apenas de adaptação de limites (Todorov, 1989).

Neno (2003) aponta que a proposta skinneriana se volta para as funções dos comportamentos e para os modos através dos quais as

mudanças por eles produzidos afetam a probabilidade de comportamento futuro. Neste sentido, a análise funcional pode ser utilizada para identificar as relações de tríplice contingência, responsáveis pela aquisição e manutenção de repertórios comportamentais.

As condições com as quais se procura fazer uma análise funcional ao identificar a função do comportamento, precisam ser consideradas ao definir que contingências estão mantendo este ou aquele comportamento. Matos (1999) esclarece que não existe comportamento patológico para o analista do comportamento, uma vez que se ele ocorre, é porque de algum modo, é funcional e não tem necessariamente valor de sobrevivência.

O poder derivado da análise do comportamento determina a ciência do comportamento. Seus métodos são os da ciência, e sua matéria de estudo são o comportamento e as leis que regem as relações entre este e as variáveis que o controlam. Neste sentido, De Rose (2005), afirma que na análise comportamental, o termo comportamento não se refere à topografia de ações, mas às relações. O compromisso do analista do comportamento é acompanhado da convicção de que o controle das variáveis deve ser buscado no ambiente do organismo. Esta formulação não nega contribuições de fatores genéticos, biológicos, bioquímicos, neurológicos ou outros do organismo (Baron & Perone, 1998; Chiesa, 1994).

Desse modo, a análise do comportamento se diferencia das demais abordagens dentro da psicologia pela caracterização de um grau de coerência interna em relação aos métodos de coleta, análise e interpretação de dados não encontrados nas outras disciplinas. Sua metodologia é ditada por um conjunto de critérios objetivos, na qual observa-se um

comprometimento com a origem teórica bem como pela individualidade dos organismos. Além de contar que seu objeto de estudo é meticulosamente definido e aceito pela comunidade de pesquisadores como sendo o comportamento em relação com o ambiente (Baum, 1999).

Baldwin e Baldwin (1986), relatam que poucas disciplinas desenvolveram teorias com um potencial peculiar como fez a ciência do comportamento. A análise do comportamento pode facilitar o uso amplo da ciência comportamental, pois se preocupa em unificar a pesquisa básica com as observações meticulosas nos ambientes naturais. As teorias diferem em seus aspectos formais procedentes de sua construção. Assim, o desenvolvimento cumulativo de uma ciência fornece a resposta final quanto à importância de seus dados (Staats, 1996).

Morris, Lazo e Smith (2004) afirmam que Skinner ao aplicar princípios seletivos e empiristas de sua ciência para outras ciências, formulou a filosofia do behaviorismo radical. Ao estender sua ciência e filosofia para o comportamento humano, Skinner também apresentou importantes contribuições para a análise aplicada do comportamento. Em suas obras Skinner estabeleceu a ciência do comportamento e formulou sua filosofia. Seu trabalho foi seminal ao demonstrar estilo científico, conteúdo e fundamento filosófico.

Algumas Considerações sobre a Ciência Comportamental

Não se pode negar a dificuldade encontrada na aplicabilidade da ciência ao comportamento humano. Todavia, estudos controlados no

laboratório e em ambientes naturais têm dado evidência que o comportamento pode ser efetivamente tratado através da aplicação direta dos princípios do comportamento operante. Torna-se necessário avaliar o comportamento humano como realmente parece ser: livre de interpretações e preconceitos peculiares do ser humano.

O comportamento humano é uma matéria laboriosa de se entender, não pela sua inacessibilidade, mas pela sua complexidade. Considerado como um processo evanescente, o comportamento não tem a facilidade de ser imobilizado para observação, o que requer por parte de cientistas, técnicas da engenhosidade comportamental (Skinner, 1953/1970).

Na perspectiva skinneriana é defendido que o entendimento científico de ordem humana só alcançará suas metas, após um longo percurso, orientado por formulações claras e objetivas, buscando assim sanar os inúmeros problemas do comportamento humano que afetam o mundo contemporâneo (Chiesa, 1994).

Baer, Wolf e Risley (1968) definem a análise aplicada do comportamento como uma legítima disciplina de pesquisa com várias dimensões básicas: o estudo deve ser "*aplicado, comportamental e analítico*; além disso, tem que ser, *tecnológico, sistemático conceitualmente, efetivo e que deve demonstrar certa generalidade*" (p. 92, itálicos do original). Desse modo, os autores descreveram as atividades científicas, clínicas e profissionais que tais termos explicitaram.

Assim como em outras ciências, o desenvolvimento técnico de controle comportamental utilizado na psicologia contribui para progressos nos instrumentos de medida, para a coleta e análise de dados, bem como

para a ampliação de antigas técnicas para novas áreas, justificando assim, sua relevância para o controle comportamental (Sidman, 1960).

Moore e Cooper (2003) esclarecem que os domínios da pesquisa básica, análise aplicada e prestações de serviços são vistos como um *continuum* das atividades analítica-comportamentais pelas suas implicações para os programas de treinamento, uma vez que tais programas combinam características da pesquisa básica, pesquisa aplicada e prestação de serviços analítico-comportamentais.

Assim, a análise comportamental atua em diferentes domínios: na descrição dos princípios estabelecidos pela análise experimental do comportamento, na análise aplicada do comportamento e na prestação de serviços. Moore e Cooper (2003) esclarecem ainda, que a análise experimental do comportamento sustenta aquele *continuum* da atividade analítica-comportamental, com a análise aplicada no meio e prestação de serviços no final. Os conceitos filosóficos e teóricos do behaviorismo radical informam e sustentam tais domínios.

Na ciência básica, o comportamento do cientista é controlado pela aquisição de novas informações e pelo desenvolvimento de novas teorias, contemplando assim, qualquer comportamento e qualquer variável que possa estar relacionada a ele. Já na aplicada, o controle do comportamento do cientista é legitimado não apenas pelo conhecimento, mas também por novos conhecimentos à medida que estes se relacionam com o impacto do conhecimento sobre problemas práticos que possam ser eficazes na melhoria do comportamento em questão (Lattal,2005).

Baer et al. (1968) argumentam que a análise científica comportamental tem se preocupado em buscar vários contextos na tentativa de produzir relatos descritivos gerais de mecanismos que podem gerar inúmeras formas individuais assumidas pelo próprio comportamento, o que favorece a possibilidade de sua aplicabilidade para o comportamento problema. Assim, é provável se obter, por parte da sociedade, subsídios necessários para a aplicação científica comportamental quando relacionada a comportamentos socialmente relevantes, que podem levar a uma condição melhor da sociedade.

A preocupação por parte dos analistas do comportamento em tentar solucionar os problemas de ordem humana, por meio de melhorias na validação e na confiabilidade das observações através do desenvolvimento de tecnologias observacionais, vem conquistando credibilidade dentro da ciência e tem demonstrado através de evidências, que a análise do comportamento pode ser eficaz e funcional (Lattal, 2005).

Torna-se necessário ressaltar a importância da interação de ambas as ciências do comportamento: ciência básica e ciência aplicada, no sentido de atuarem de forma interligadas em prol do conhecimento, pois cada uma é controlada por um conjunto de assuntos e de circunstâncias próprios em seus ambientes naturais. Daí a necessidade da interdependência de ambas para o surgimento de novas idéias, novas pesquisas, novas contribuições de outras áreas da psicologia e de outras ciências, bem como averiguação da confiabilidade, da validade e da generalização dos processos e dos mecanismos comportamentais que estão sob inquirição.

Roediger (2005) afirma que as análises comportamentais funcionam em qualquer contexto no qual a predição e o controle do comportamento sejam relevantes, e que é notória a ação de analistas comportamentais em produzirem soluções para os problemas do comportamento humano.

A Análise do Comportamento em Contextos Psiquiátricos

Pesquisas realizadas nas décadas de 1950 e 1960 dentro dos princípios da análise do comportamento em pessoas diagnosticadas por psiquiatras como esquizofrênicas, demonstraram que o comportamento não é mágico, misterioso ou fora de controle. Tais pesquisas tiveram êxitos em demonstrar como as técnicas de controle do comportamento foram eficazes na modificação de vários tipos de comportamentos-problema.

Lindsley (1956, citado por Staats & Staats, 1973) adotou o método do operante livre para estudos de psicóticos institucionalizados. Esse autor ficou conhecido pelo uso imaginoso que fez do método do operante livre. Lindsley demonstrou que o comportamento de alguns esquizofrênicos foi fortalecido com dinheiro, o de outros com cigarros, doces, figuras de nus femininos e masculinos, além do que, para um dentre eles, ver um gatinho tomar leite foi o reforço mais efetivo. Ao manipular o reforço, foi possível estudar comportamentos diferentes como o altruísmo – puxar uma alavanca e produzir leite para um gato faminto ou o interesse homo e heterossexual – nus artísticos como reforçadores. Em outro estudo com drogas, Lindsley verificou que as sessões terapêuticas com uma estudante de enfermagem

foram seis vezes mais efetivas do que 100 mg de Iproniazide para conseguir que um esquizofrênico respondesse.

O estudo realizado por Lidz, Cornelison, Terry e Fleck (1958, citado por Staats & Staats, 1973) fez referências à crença de dois irmãos esquizofrênicos de que “discordância” significava prisão de ventre. Sendo analisadas histórias de aprendizagem de ambos, verificou-se que sempre que os filhos discordavam da mãe, a mesma lhes dizia que estavam com prisão de ventre e lhes dava um clister. O procedimento utilizado condicionou um significado fora do comum à palavra “discordância”, envolvendo o controle de estímulo inadequado na aprendizagem de comportamentos extremos.

Este estudo ofereceu evidências que ilusões, sentimentos de grandiosidade, negação dos indícios da realidade e outras formas de comportamentos característicos dos esquizofrênicos são aprendidos. Quando as contingências de reforçamento são transmitidas pelos pais, padrões de comportamentos inadequados podem ser modelados.

May e Robertson (1960, citado por Staats & Staats, 1973) utilizaram reforçamento contingente à resposta de modelar comportamentos para o ajustamento de pacientes psicóticos. O procedimento chamado de “treino de hábito” envolvia dois grupos: experimental e controle. O grupo experimental recebeu um programa de atividades sociais e diversões num período de seis meses, que incluiu treino em vestir-se e hábitos pessoais. Pacientes que se apresentavam bem em vários aspectos, eram reforçados imediatamente. Contrariamente, o grupo de controle não recebeu nenhum programa, nem reforçamento sistemático. Os resultados demonstraram considerável

progresso clínico do grupo experimental, comparado com o grupo controle em relação à aparência física.

King e Armitage (1958, citado por Staats & Staats, 1973) demonstraram que pacientes esquizofrênicos adquiriram e mantiveram comportamento de complexidade crescente (reposta motora, verbal e interpessoal), em decorrência do uso de reforçadores como doce e cigarros, em comparação com um grupo controle composto por participantes submetidos à terapia convencional. Assim, constata-se que o uso adequado de reforço extrínseco pode encontrar aplicação em variadas formas de comportamentos-problema.

Ayllon e Michael (1964) demonstraram como aumentar a frequência do comportamento de alimentar-se sozinha de uma paciente psicótica que era alimentada “a colheradas” no leito. O tratamento consistiu na manipulação de duas variáveis, visto que a paciente era exigente com roupas limpas. A enfermeira foi instruída da seguinte maneira: dê o alimento para a paciente com colher; mas de vez em quando, de modo a parecer ocasional, deixe cair um pouco de comida na sua roupa.

A paciente, como gostava de roupas limpas, deveria escolher entre alimentar-se só, mantendo suas roupas limpas, ou ser alimentada pelos demais, arriscando a ter suas roupas manchadas. Assim, sempre que a paciente comia sozinha, a enfermeira permanecia um tempo ao seu lado.

Durante a intervenção, a enfermeira iniciava a alimentação com a colher; em seguida, após duas colheradas fartas, a enfermeira deixava cair o alimento no vestido da paciente. O comportamento da enfermeira era contínuo até a paciente solicitar a colher, ou então, a enfermeira continuava

fornecendo o alimento até o fim da refeição. Os comportamentos apresentados pela paciente incluíram: (a) retirar a colher da mão da enfermeira depois de algumas manchas de alimento no vestido, (b) alimentar-se por si só e (c) fechar a boca de modo que o alimento, a colheradas, fosse interrompido.

Assim, a fuga de um estímulo aversivo (manchas de comida na sua roupa) como uma fonte de reforçamento negativo para o comportamento de alimentar-se sozinha redundou em resultado positivo. Além disso, a utilização do reforçamento social positivo provocou, além do aumento do peso, o aumento da freqüência comportamental consistente em alimentar-se pela suas próprias mãos.

Ayllon e Haughton (1964), utilizaram alimento para reforçar a aquisição de uma nova resposta em pacientes psicóticos. A recusa de alimentar-se foi interpretada em termos de dinâmicas internas da “doença mental” do paciente, sendo tratada por meio de alimentação por colheradas, por sonda, alimentação intravenosa e eletrochoque. Tratamentos esses que se mostraram ineficazes. Os reforçadores sociais para o comportamento de recusar-se a se alimentar foram eliminados. Os pacientes deveriam responder a um chamado para uma refeição dentro de um tempo estipulado. Usando o acesso ao refeitório como reforçador, os pacientes rapidamente adquiriram a nova resposta estabelecida.

Isaacs, Thomas e Goldiamond (1964) modelaram a reinstalação bem sucedida do comportamento verbal no repertório de um participante descrito como esquizofrênico, institucionalizado por alguns anos e mudo durante 19 anos. O participante permanecia sentado, imóvel e olhando para frente

mesmo quando lhe ofereciam cigarros. Quando o experimentador tirou um cigarro do bolso, acidentalmente deixou cair um pacote de goma de mascar. Os olhos do paciente moveram-se para a goma e o experimentador deu início ao procedimento de modelagem.

Durante as duas primeiras semanas, o experimentador segurava um pedaço de goma e esperava que os olhos do participante se movessem em direção à mesma. Após a relação ter sido estabelecida entre (presença da goma de mascar, o movimentar dos olhos e a obtenção do reforço), o experimentador manteve a mesma condição ambiental, suspendendo o reforço até que um leve movimento labial ocorresse. Em seguida, após a relação anterior ter sido estabelecida, o experimentador suspendia o reforço até que algum som vocal ocorresse. À medida que as relações foram sendo estabelecidas, o experimentador reforçava sons sucessivamente mais próximos da palavra "goma". Ao final de 18 sessões o participante dizia espontaneamente: "goma, por favor" e respondeu a perguntas sobre seu nome e idade.

Ayllon, Haughton e Hughes (1965) modificaram o comportamento de uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica crônica, hospitalizada havia 23 anos, que passava a maior parte do tempo na cama ou num divã. Os reforçadores foram cigarros, posto que a paciente era fumante inveterada. Durante o período de linha de base, a paciente permaneceu a maior parte do tempo (60%) em que estava acordada na cama e algum tempo (20%) sentada ou andando, mas nunca carregando uma vassoura. Durante este período, teve apenas um cigarro por refeição. Os experimentadores

definiram uma topografia de resposta: a paciente estar em pé, numa posição ereta e carregando uma vassoura.

Durante a modelagem, uma enfermeira lhe dava uma vassoura e outra lhe dava um cigarro. Após isso, a paciente pegou a vassoura por si mesma. Posteriormente, o comportamento foi mantido por intervalo variável. O porcentual de tempo durante o qual a paciente carregava a vassoura aumentou. Como consequência, a paciente apresentava um comportamento compulsivo que consistia em ficar em pé, segurando uma vassoura. Quando observada através de um espelho unilateral, seu comportamento foi descrito por um profissional de outra abordagem com as seguintes palavras: seu andar consistente e compulsivo, ao segurar a vassoura pode ser considerado como um ritual ou ação mágica. Sua vassoura pode ser vista como: (a) uma criança que lhe dá amor e, em troca, ela lhe dedica devoção; (b) um símbolo fálico; (c) o cetro de uma rainha onipotente, dentre outros. Todavia, a paciente continuou a carregar a vassoura até que se retirou o reforço, isto é, no período de extinção. Assim, o comportamento de segurar a vassoura decresceu ao tempo que houve um aumento do comportamento anterior de ficar na cama.

Ayllon e Azrin (1978) descrevem o uso da retirada do reforçamento com alimento, para controlar o comportamento de roubar alimentos de uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica crônica. A pessoa pesava cerca de 112 quilos e durante os nove anos de internação, nunca pesara menos que isso. Tentativas para controlar seu furto resultaram infrutíferas. O experimentador removia a paciente da sala de refeições toda vez que ela furtava comida. Quando o furto passou a resultar em perda das refeições, foi

rapidamente eliminado. Em consequência a paciente perdeu peso, pois comia apenas o alimento que lhe fora prescrito.

Recentemente, Wilder, Masuda, O'Connor e Baham (2001) estudaram as variáveis que mantinham as vocalizações bizarras emitidas por um paciente com o diagnóstico de esquizofrenia crônica do tipo indiferenciado, por meio de breves análises funcionais. Durante o período do estudo, o paciente fazia uso semanal de 25 mg de Prolixin®, uso diário de 100 mg de Loxapine® e 600 mg de Seroquel®. O tratamento consistia na extinção das vocalizações bizarras e reforçamento diferencial das vocalizações apropriadas.

Análises funcionais de verbalizações bizarras foram randomicamente alternadas num delineamento de múltiplos elementos, em quatro condições: a de demanda, de atenção, de ficar só e de controle:

- (1) durante a condição de demanda o terapeuta perguntava ao paciente sobre eventos simples de sua vida diária e respondia a ele, brevemente com verbalizações apropriadas com uma, duas ou três palavras. Quando as falas bizarras ocorriam, o terapeuta dizia: “ok, isso pode ser também estranho para você. Dê um tempo” e se afastava do participante durante 30 segundos;
- (2) durante a condição de atenção, o terapeuta sentava-se na mesa em frente ao participante, mas não fazia contato visual com ele e respondia as questões apropriadas com apenas uma palavra. Contingente com o comportamento alvo (fala bizarra), o terapeuta mantinha contato visual com o participante, inclinando-se para frente na cadeira e fazia um discurso com falas bizarras;

- (3) durante a condição de ficar só, o participante permanecia na sala e nenhuma contingência foi apresentada tanto para falas bizarras ou falas apropriadas. Esta condição foi testada para determinar se as falas bizarras ocorriam na ausência de reforçadores sociais;
- (4) durante a condição de controle, o terapeuta sentou-se em frente ao participante e fazia perguntas sobre temas apropriados. O terapeuta respondia de forma apropriada às sentenças, mantendo contato visual com o participante. Contingente às falas bizarras, o terapeuta não olhava e não conversava com o participante durante 10 segundos.

Um delineamento de reversão foi utilizado para avaliar a eficácia do tratamento que consistia no reforçamento diferencial alternativo para as falas apropriadas (DRA) e na extinção para as falas bizarras. Durante as fases de intervenção, o terapeuta respondia atentamente e fazia contato visual com o participante quando as vocalizações eram adequadas. Já nas emissões de falas bizarras, o terapeuta olhava para outro lado e falava de modo bizarro durante 10 segundos.

Os percentuais médios obtidos das falas bizarras demonstraram que as vocalizações bizarras durante a condição atenção foram 26%, na demanda 2%, controle 5% e na condição sozinho 0%. O tratamento possibilitou também um aumento nas vocalizações apropriadas e importante diminuição das vocalizações bizarras. Este procedimento foi efetivo em reduzir as vocalizações bizarras e aumentar as vocalizações apropriadas. Wilder et al. (2001) sugerem que as vocalizações bizarras em indivíduos

diagnosticados como esquizofrênicos podem ser mantidas pelas conseqüências sociais tais como atenção.

Dixon, Beneditc e Larson (2001) examinaram a possível função do comportamento verbal de uma pessoa adulta, de 25 anos de idade, diagnosticada como psicótica devido à presença de alucinações auditivas e retardo mental. Durante o período do estudo, o paciente fazia uso diário de 750 mg de Divalproex Sodium®, 4 mg de Risperidone® e 100 mg de Rhioridazine®.

As análises funcionais foram conduzidas através de um delineamento de múltiplos elementos em quatro condições: de atenção, ficar só, de demanda e de controle, juntamente com um delineamento de reversão. Os resultados das análises funcionais indicaram que o comportamento verbal inapropriado foi completamente mantido pela atenção social. Estes resultados foram replicados através de várias contingências de reversão, indicando que o tratamento foi efetivo no controle verbal do participante.

De Leon, Arnold, Rodriguez-Catter e Uy (2003) afirmam que a fala bizarra de indivíduos diagnosticados com vários transtornos psiquiátricos pode ser mantida pelo reforçamento positivo em forma de atenção. Análises funcionais foram conduzidas para examinar mais de perto variáveis que influenciam falas bizarras. Um delineamento de reversão foi usado para avaliar os efeitos do conteúdo de atenção somente sobre as falas bizarras, ou seja, a atenção do terapeuta foi contingente às falas bizarras. Todas as afirmações não bizarras foram ignoradas.

Numa segunda análise, foi utilizado um delineamento de múltiplos elementos para examinar os efeitos do conteúdo da atenção à proporção de

falas bizarras e falas não bizarras. Numa condição, a atenção contingente aos conteúdos bizarros, o terapeuta respondia todas as afirmações do participante: se bizarra ou não bizarra, com afirmações contendo conteúdos bizarros. Na outra condição, a atenção contingente aos conteúdos não bizarros, o terapeuta respondia a tudo que o participante falava com falas contendo conteúdos não bizarros.

Os resultados demonstraram elevados níveis da fala bizarra nas condições de atenção, sugerindo que falas bizarras eram sensíveis ao reforçamento positivo na forma de atenção. Os resultados deste estudo são também consistentes com a noção de que o conteúdo da atenção do terapeuta influenciava a topografia das falas através de outras funções do estímulo. Todavia, a natureza exata destas funções necessita ser investigada.

Em nosso contexto Britto, Rodrigues, Santos e Ribeiro (no prelo) utilizaram os princípios de reforçamento e extinção para mudar as verbalizações bizarras de um participante do sexo masculino, com 49 anos de idade, diagnosticado como esquizofrênico crônico desde os 20 anos de idade. A intervenção foi realizada nas classes de respostas: falas bizarras tais como “o diabo não me deixa sorrir” e falas apropriadas que incluíam verbalizações sem conteúdos psicóticos.

Durante as sessões das fases de Linha de Base as falas bizarras e falas apropriadas ocorreram mais ou menos com a mesma freqüência. Entretanto, nas sessões das fases de Intervenção quando as falas apropriadas foram seguidas de um potencial reforçador e as falas bizarras ignoradas, houve mudanças importantes nas freqüências das classes de

comportamento verbal: as falas apropriadas reforçadas ocorreram em dobro da frequência da Linha de Base, e o comportamento verbal psicótico não reforçado, praticamente, desapareceu. Os dados da pesquisa revelaram que o comportamento verbal do paciente diagnosticado como esquizofrênico crônico, por quase 30 anos, pôde ser controlado pelo reforço social combinado com extinção.

Lancaster, LeBlanc, Carr, Brenske, Peet e Culver (2004) apresentam algumas considerações sobre estudos supracitados da análise experimental nas intervenções baseadas na análise funcional com participantes únicos para demonstrar o controle operante sobre falas bizarras. Naqueles estudos foi identificada a atenção como contingência mantenedora para reforçar tais verbalizações. Os autores salientam, entretanto, que não têm sido publicados casos nos quais, análises funcionais indicaram reforçamento automático ou funções não operantes para as falas bizarras. Segundo os autores, há evidências na literatura de variáveis biológicas em muitos transtornos associados com falas bizarras e não seria surpreendente sugerir a presença de viés na literatura analítica-comportamental. Pesquisadores comportamentais apresentam casos com referências ao controle operante enquanto os profissionais médicos acrescentam outras causas.

Para investigar esta questão, os autores selecionaram aleatoriamente quatro participantes de uma amostra de 120 pacientes de uma unidade para este tipo de tratamento, com dois diagnósticos: retardo mental e esquizofrenia. O procedimento consistiu em análise funcional com atenção para as falas bizarras para dois participantes; e para os outros dois, não havia o reforçamento social para suas vocalizações bizarras.

Desse modo, foram programados pelos autores, tanto a função social como não social para a fala bizarra. O estudo possibilitou o controle das vocalizações bizarras dos participantes com dois diagnósticos. O reforçamento social não-contingente reduziu as falas bizarras, enquanto a atenção contingente aumentou suas freqüências. Os dados indicaram que as funções analisadas em ambos os casos podem ser identificados, auxiliando na regulação das funções sociais para a fala bizarra. Essa pesquisa sugere estudos adicionais na investigação com intervenção comportamental, os quais devem ser benéficos quando variáveis sociais e regras, em combinação ou não com intervenções farmacológicas.

O que é a Esquizofrenia?

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR, 2002) apresenta critérios diagnósticos para a esquizofrenia, com descrição dos sintomas característicos, presentes no período de tempo especificado e que incluem delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, embotamento afetivo etc.

O manual descreve ainda que nos pacientes esquizofrênicos, pode-se encontrar um misto de manifestações positivas que são caracterizadas por distorções ou exageros do pensamento inferencial, chamados de delírios da percepção (alucinações), da linguagem e comunicação (discurso desorganizado) e do monitoramento comportamental amplamente desorganizado; e os negativos compreendidos quanto à intensidade da

expressão emocional, denominada de embotamento afetivo, na fluência e produtividade do pensamento (alogia) e na iniciação de comportamentos dirigidos a um objetivo (avolição).

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) apontam três fatores relevantes nos sinais e sintomas da esquizofrenia, os quais podem exercer fundamental importância para o diagnóstico. Um deles diz respeito a patognomonias da esquizofrenia, ou seja, cada sinal ou sintoma clínico verificado na esquizofrenia pode ser encontrado em outros transtornos psiquiátricos. O outro fator refere-se à modificação dos sintomas em relação ao tempo; isto significa uma suposta tendência de variações de alucinações em contextos sociais, enquanto que o terceiro fator leva em consideração o nível educacional, intelectual, afiliação cultural do indivíduo.

A etiologia da esquizofrenia é um desafio para a psiquiatria. O DSM-IV-TR (APA, 2002) esclarece que “não foram identificados parâmetros laboratoriais diagnosticados de esquizofrenia” (p. 309), ou seja, a etiologia da esquizofrenia é desconhecida. No entanto, o manual aponta uma variação de medidas realizadas que mostraram diferenças entre grupos de indivíduos com esquizofrenia, tais como redução do tecido cerebral, hipertrofia dos ventrículos laterais, menor volume de substância branca ou cinzenta no cérebro, dentre outras. O manual esclarece ainda que tais “achados laboratoriais anormais podem também ser notados como uma complicação da esquizofrenia ou de seu tratamento” (p. 310), uma vez que “certas medicações antipsicóticas muitas vezes produzem efeitos colaterais” (p. 306).

Autores como Cohen (1997) e Gauhin, Burney e McBurney (2001) são unânimes em afirmar que a esquizofrenia é uma desordem debilitante que afeta 1% da população mundial, sendo descrita por eles como uma desintegração do *self*. No entanto, defendem que a esquizofrenia não é uma doença da civilização, mas uma provável invenção arbitrária da sociedade.

Javitt e Coyle (2004) afirmaram que no Brasil, estimativas do Ministério da Saúde indicaram que entre 0,7% e 1% da população sofre ou já teve um surto de esquizofrenia. O estudo apresenta os dados oficiais apontados pelo Ministério da Saúde entre janeiro e outubro de 2003: aproximadamente 131 mil pacientes com diagnóstico de esquizofrenia foram internados em hospitais psiquiátricos conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando aos cofres públicos gastos de cerca de R\$ 214 milhões.

Sonenreich (1977) fala sobre a possibilidade de fatores exógenos e endógenos em relação à esquizofrenia; no entanto, as divergências permanecem, pois os resultados apresentados pela maioria dos estudos não esclarecem a etiologia contribuindo para o debate que permanece na tentativa de buscar as possíveis causas de algo que não se sabe exatamente o que é.

Bachneff (1991) investigou imagens funcionais do cérebro através da tomografia por emissão de pósitrons (PET) e imagens por ressonância magnética (MRI). Os resultados demonstraram hipofrontalidade e hiperfrontalidade cerebral, isto é, alterações no fluxo sanguíneo no cérebro em pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas, quando comparadas com sujeitos controles. No entanto, os dados do estudo apontam que

“hiperfrontalidade e hipofrontalidade poderiam ser a consequência e não a causa dos sintomas” (p. 860).

Por outro lado, Szasz (1978) argumenta que o que se denomina esquizofrenia não existe. Esquizofrenia não é uma doença, mas o nome de uma suposta doença. Embora não exista esquizofrenia, existem, disse ele, inúmeros indivíduos que são chamados de esquizofrênicos. Muitas dessas pessoas comportam-se e falam de uma forma que difere do comportamento e da fala de muitas outras pessoas. Irreverentemente, este autor, pergunta: “o que é que tudo isso tem a ver com a medicina, ou com a Psiquiatria, que é ostensivamente uma especialidade médica?” E responde: “Nada” (p. 193).

Ao fazer um ataque devastador aos conceitos psiquiátricos sobre a esquizofrenia, Szasz (1978) afirma também, que os psiquiatras ao rotularem pessoas como portadoras de esquizofrenia, baseiam-se tão somente em sua autoridade médica, e não em qualquer trabalho científico, empírico ou em alguma descoberta da medicina.

O diagnóstico psiquiátrico já foi empiricamente questionado por Rosenhan (1973). Este autor conseguiu internar oito pessoas (quatro psicólogos, um psiquiatra, um pediatra, um pintor e uma dona de casa) em diferentes hospitais psiquiátricos com a queixa de “ouvir vozes”. Indagados sobre as vozes, as pessoas haviam sido instruídas a responder que elas não eram claras, mas se referiam a algo vazio (“*empty*”), oco (“*hollow*”) e pancada (“*thud*”). Todas as outras informações dadas aos psiquiatras eram verdadeiras.

As pessoas foram admitidas como pacientes e receberam o diagnóstico de esquizofrenia. Uma vez admitidos, os falsos pacientes

cessaram de simular quaisquer sintomas e comportaram-se normalmente. Observaram tudo e fizeram anotações. Inicialmente essas anotações eram feitas longe do olhar dos funcionários, mas logo perceberam que não havia necessidade de discrição, pois os médicos e enfermeiros passavam pouquíssimo tempo com os pacientes.

Mesmo assim, permaneceram na instituição pelo período de 7 a 52 dias e receberam, ao todo, 2100 pílulas de medicamentos. É interessante que os outros pacientes logo reconheceram os falsos pacientes. Quando um deles sentou-se do lado de fora da sala de refeições, meia hora antes do almoço, esse comportamento foi interpretado pelos psiquiatras como a natureza aquisitiva oral da síndrome.

Após serem liberados com o diagnóstico de esquizofrenia em remissão, Rosenhan (1973) requisitou os arquivos sobre a permanência dos falsos pacientes. Em nenhum dos documentos havia qualquer menção à desconfiança de que estivessem mentindo ou que aparentassem não serem esquizofrênicos. Após a obtenção desses resultados, este autor, revelou a um dos hospitais o que fizera e disse que repetiria a experiência nos próximos 3 meses. Assim, sendo avisada quanto aos falsos pacientes não enviados, a equipe daquele hospital diagnosticou 193 pessoas como prováveis falsos pacientes.

Britto (2004a) analisou delírios e alucinações como classes de comportamentos problemas sob o enfoque de uma ciência natural, com base nas contribuições da teoria do comportamento verbal dentro da perspectiva da análise do comportamento. Foi proposta que para o entendimento dos fatores que contribuem para a ocorrência de comportamentos-problema, é

necessária uma avaliação funcional que inclua não só a observação como também a manipulação de variáveis importantes para identificar em que circunstâncias tais comportamentos ocorrem.

Um aspecto digno de nota sobre tudo isso é que as categorias diagnósticas apresentadas pelos manuais DSM dizem respeito à avaliação topográfica de comportamentos com listas de sintomas descritivos que devem estar presentes para garantir o diagnóstico. Neste ponto, conforme sugeriram Zamignani e Andery (2005), a avaliação do comportamento por critérios topográficos é incompatível ou insuficiente quando o profissional visa a uma análise das contingências responsáveis pela aquisição e manutenção do comportamento.

Banaco (1999) esclarece ainda que as listas de sintomas é vista pela análise do comportamento apenas pelo seu caráter estritamente topográfico e descritivo, sendo, portanto, constituídos sob critérios estatísticos de normalidade e que as categorias explicitadas nos manuais psiquiátricos apresentam padrões comportamentais como sintomas de mecanismos biológicos, subjacentes, o que na visão dos analistas comportamentais, tornam-se insuficientes como explicações.

Sidman (1995) salientou que pacientes institucionalizados que apresentam problemas em suas interações com a equipe provavelmente receberão drogas “para acalmá-los”. Todavia, drogas psiquiátricas são, disse ele, técnicas de contracontrole úteis para profissionais que são incapazes de identificar as causas ambientais do comportamento que supostamente devem tratar.

As proposições da análise do comportamento diferentemente da psiquiatria, defendem que os transtornos são vistos como dificuldades específicas de cada pessoa em seus contextos de vida. Desvios de normas sociais são vistos como problemas diferentes em culturas diferentes e em diferentes contextos, ou seja, a “anormalidade” de ordem social é vista como critério relativo e não universal como apresenta a psiquiatria.

Quanto ao comportamento bizarro do esquizofrênico, normalmente chama a atenção por trazer dificuldades para as pessoas que o manifestam e para os que as cercam. Quando as modificações parecem caracterizadas por tais dificuldades, tornam-se, muitas das vezes, desagradáveis e nocivas, e o comportamento é, rotineiramente, denominado psicótico. Tal denominação pode auxiliar apenas para fins práticos, na preservação da sociedade de pessoas de tais comportamentos ditos fora da normalidade (Lundin, 1977).

Os comportamentos do psicótico sugerem duas importantes questões: a primeira, que permite serem tais comportamentos considerados como sendo um transtorno a ser tratado; e a segunda, constitutivos de sintomas de perturbações subjacentes. O significado pode ser identificado na postura imobilizada, na gesticulação ou nas falas do psicótico. Segundo Skinner (1980) o importante não é o que o psicótico faz, mas o que ele deixa de fazer. O comportamento que apresenta é problema, simplesmente porque não é característico da situação. “O problema não consiste em achar na estrutura do comportamento observado algum indício de como fazê-lo desaparecer, mas, antes, em exigir o comportamento que está faltando” (p. 186).

Skinner (1979) afirma que o comportamento psicótico é simplesmente uma parcela do comportamento humano. O que é chamado na literatura psiquiátrica de sintoma, é compreendido pelos analistas comportamentais como comportamento, e como tal deve ser analisado. Neste sentido, os analistas do comportamento têm procurado responder questões complexas sobre o por quê de os indivíduos se comportarem de maneira como fazem.

Skinner (1964) também relata que um dos aspectos fundamentais do comportamento é a sua probabilidade de emissão. Experimentalmente esse aspecto é reconhecido como a frequência com que um organismo que se comporta de determinado modo, sob circunstâncias específicas. Tal frequência é vista como uma variável notadamente adequada e, através da mesma, a investigação dos fatores causais tende a tornar-se cada vez mais proveitosa. Na tentativa de se buscar compreender e até mesmo explicar comportamentos-problema, deve-se levar em consideração as variáveis externas, mesmo porque, deste modo, os analistas comportamentais estarão assegurados por uma ciência, por um amplo conjunto de práticas experimentais e de sistemas mensuráveis.

Britto (2005) afirma que a convivência com uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica é difícil: as pessoas da família ficam confusas e aflitas diante da pessoa que apresenta um repertório comportamental que foge aos padrões estabelecidos pelas contingências sociais. A pessoa demonstra uma indiferença emocional, negligenciando comportamentos de autocuidado, não respondendo às demandas do ambiente sócio-verbal ao qual está exposta: afasta-se dos amigos, não trabalha e parece contentar-se com uma existência irresponsável, indiferente e sem objetivos. O repertório

verbal se torna cada vez mais escasso, com falas estranhas sobre fatos e personagens, evidenciando insensibilidade às relações sociais.

Cameron (1947, citado por Lundin, 1977) enfatizou possíveis variáveis independentes da história de vida do indivíduo, que podem ser responsáveis por modificações comportamentais, incluindo relacionamentos familiares anteriores, punições, conflitos e frustrações excessivas dentre outros. Assim, a posição de que os comportamentos inadequados se caracterizam por um resultado de uma história complexa de condicionamento incomum, cada indivíduo tende a exibir comportamentos distintos entre si.

Dessa forma, qualquer repertório de comportamento deve ser reconhecido pela interação de três conjuntos de variáveis ambientais na seleção e variação que, segundo Skinner (1991), atuam sobre o homem: a filogênese que se refere às características herdadas no processo evolutivo da espécie, incluindo as características genéticas, a ontogênese, referindo-se ao repertório de comportamentos adquiridos pelo indivíduo ao longo de sua história de interações e aprendizagem; e por fim, a cultura, relacionada às práticas culturais de determinado grupo social e sua relação com o comportamento de cada indivíduo deste grupo.

Pode-se afirmar que não havia uma ciência do comportamento bem estabelecida antes do modelo de seleção por conseqüências proposta por Skinner em sua vasta obra, uma vez que listas de sintomas demonstram que o comportamento não é explicado em termos de contingências filogenéticas ou ontogenéticas. Com base neste modelo, Andery (1997) aponta que uma ciência abrangente do comportamento em sua unidade metodológica e epistemológica pode ser efetivada a partir do modelo de seleção por

conseqüências, que daria a esta ciência unidade a partir de seu modelo causal:

“O que torna um comportamento uma coisa a ser estudada de um só ponto de vista, não importa se filogenético (instintivo, não aprendido incondicionado, típico da espécie), individual ou cultural é o mesmo modelo causal (...) este modelo opera de forma tal que é possível interpretar qualquer evento como sendo multi-determinado, mas com uma determinação que não é mecânica. Os mesmos princípios – reprodução (com erro) / variação e seleção – podem e devem ser usados na descrição de todo o comportamento” (p. 201).

O Modelo Sócio-psicológico para a Esquizofrenia

Ullmann e Krasner (1975) buscaram alternativas no sentido de explicar as implicações da esquizofrenia numa perspectiva comportamental dentro do modelo sócio-psicológico. Após várias pesquisas empíricas, observações, experiências pessoais e até mesmo avaliações críticas das teorias, os autores desenvolveram o modelo sócio-psicológico da esquizofrenia, servindo como base de sustentação para os terapeutas comportamentais. Não obstante, o modelo sócio-psicológico a ser apresentado, a seguir, terá apenas valor histórico, uma vez que este modelo, por si mesmo, não foi suficiente para alterar as práticas sociais vigentes que garantissem mudanças importantes em relação a este problema.

A essência do modelo sócio-psicológico proposto por Ullmann e Krasner (1975) refere-se a uma falha para uma seqüência comportamental,

resultando disso a não sinalização dos estímulos de forma discriminativa em que local e em que época um determinado comportamento acarretaria conseqüências reforçadoras. Dito de outra maneira, deixa de ser emitido o operante, “atenção para tais estímulos observados pelas outras pessoas”. O aspecto importante neste modelo sócio-psicológico é a suposta integridade da capacidade de atentar do indivíduo; sendo este, presente no repertório psicológico do mesmo, o que pode propiciar uma disponibilidade em condições mais apropriadas (Mackinger, 1988).

Ullmann e Krasner (1975) defendem a importância de reforçadores na história de vida do indivíduo, nos quais modelam o repertório comportamental e que as diferenças entre comportamento adaptativo e comportamento desadaptativo resultam nas diferenças nos padrões de reforçamento a que os indivíduos foram submetidos. Sendo o comportamento desadaptativo visto como impróprio pelas pessoas importantes na vida de um indivíduo, as quais controlam os estímulos reforçadores.

Estes autores atentam para a contribuição de outros processos sociais na formação da “sintomatologia”, como seja a classificação do indivíduo como esquizofrênico, os fatores iatrogênicos nocivos relacionados com o ambiente hospitalar e atitudes por parte de profissionais da área da saúde, denominado de “atitude de auxílio”, como sendo o aspecto responsável pela modelagem dentre outras técnicas conhecidas da formação de comportamentos.

Quanto às possíveis implicações envolvidas para identificação das causas da esquizofrenia, ainda não se conhece nenhum fator específico. O

que se encontra na literatura são afirmações hipotéticas como, por exemplo: fatores genéticos que poderiam produzir uma predisposição à esquizofrenia aliada a fatores ambientais que contribuiriam para o desenvolvimento de diferentes graus do transtorno em diferentes indivíduos (Mackinger, 1988).

O conjunto de críticas aos critérios de normalidade pode ser relativo. Entendido desta forma, o comportamento “anormal” passa a ser visto como comportamento-problema, ou seja, nem patológico, nem anormal. Assim, as práticas terapêuticas podem ser mais eficazes em relação às normas do contexto social, auxiliando o indivíduo a se estruturar de forma mais substancial para obter melhores condições de enfrentamento de situações produzidas por práticas culturais e psicológicas fundamentadas em concepções de “patologia” e de “normalidade” e, como consequência, tende a possibilitar uma aproximação por parte dos terapeutas. Sendo assim, a intervenção em certos comportamentos por parte dos analistas do comportamento, dependerá não somente de uma avaliação estritamente individual, mas também da análise funcional que visa a identificar as variáveis mantenedoras desses comportamentos (Gongora, 2003).

Uma questão relevante, diz respeito à forma de se explicar as regularidades observadas no “doente mental” que compõem o corpo da psiquiatria descritiva. Regularidades essas que podem ser bem menos freqüentes do que geralmente se supõe. Inúmeras contradições acerca do agrupamento de pessoas institucionalizadas e rotuladas como “doentes mentais” são detectadas e mantidas pelas contingências sociais. O que se pode perceber no âmbito psiquiátrico é que a maior parte dos casos apresenta apenas poucos dos sintomas específicos que compõem uma

síndrome, enquanto inúmeras pessoas institucionalizadas apresentam comportamentos específicos que pertencem a mais do que uma síndrome, o que levaria numa perspectiva médica à constituição de rótulos que não correspondem ao comportamento realmente presente (Ullmann & Krasner, 1975).

O papel da aprendizagem é crítico neste modelo. Para Ullmann e Krasner (1975) qualquer comportamento que aumente o reforçamento positivo ou auxilie na redução de estímulos aversivos tende a aumentar em frequência. O “doente mental” é considerado em nossa sociedade como um indivíduo incapacitado, portanto, está em posição de exigir indulgência de outras pessoas. Sendo assim, o profissional da área da saúde mental tende a contribuir para a promoção das regularidades observadas em comportamentos desadaptativos, principalmente quando o psiquiatra durante as primeiras entrevistas com o paciente, focaliza e reforça com atenção, o que lhe for conveniente. Geralmente, o psiquiatra procurará por comportamentos sintomáticos, nos quais permitirá a declaração da existência de uma suposta síndrome, legitimando a hospitalização do indivíduo.

Quando da hospitalização deste paciente em instituições, o mesmo sofre pressões para se comportar de maneira apropriada, assumindo posturas passivas, dóceis e mansas de um “bom paciente”. Este tipo de exigência pode desfavorecer em termos de prognóstico, da esquizofrenia; visto que a apatia e o alheamento constituem os sintomas mais difíceis deste transtorno. Assim, esses sintomas podem muito bem se originar do treinamento fornecido ao paciente para não ser assertivo ou até mesmo

desconhecedor dos seus direitos como seres humanos (Ullmann & Krasner, 1975).

Outro fator merecedor de destaque e comentado pelos autores acima se refere ao ambiente hospitalar típico, onde há uma redução notável de contatos sociais e de estimulação sensorial. Visto pelos autores como uma possibilidade hipotética de que os efeitos de déficit social e sensorial envolvidos neste processo podem ser equiparados à produção de comportamentos similares às psicoses. Assim, inúmeras respostas condicionadas podem ser desadaptativas e como consequência tendem a prejudicar o indivíduo. O que devemos considerar na problemática do desenvolvimento de respostas desadaptativas é o do porque ou, mais precisamente, de como tais padrões comportamentais podem ser mantidos.

Métodos de Caso Único: N=1

Métodos de pesquisa exercem um papel fundamental nos esforços para descrever, explicar e controlar os fenômenos naturais. Consenso sobre procedimentos e práticas apropriadas permite ao pesquisador comparar e integrar suas observações com a de outros pesquisadores. Os métodos de um pesquisador expressam o que pode ser considerado importante em seu campo de estudo (Baron & Perone, 1998).

Skinner (1980) afirma que um dado natural numa ciência do comportamento é a probabilidade de determinado fragmento de comportamento ocorra num momento dado. A análise experimental lida com tal probabilidade em termos de frequência de respostas (p.229). Na maioria

das ocasiões, o número de organismos estudados é pequeno, porém quase sempre a quantidade de tempo em que se observa qualquer organismo é muito maior que nos delineamentos estatísticos.

Ao analisar as relações funcionais entre o comportamento e outros eventos, mostrou-se necessário estudar o comportamento de um organismo único, a cada evento. Um pequeno número de sujeitos é estudado ao longo de várias condições experimentais nas quais o próprio comportamento do organismo permanece como unidade de análise. Programas de pesquisa na análise comportamental têm favorecido delineamentos em que o sujeito é o seu próprio controle (Baron & Perone, 1998; Castro, 1976; Sidman, 1960).

Martin (2001) esclarece que delineamentos de N=1 não devem ser confundidos com um estudo de caso, uma vez que tais delineamentos incluem fases para demonstrar que mudanças observadas no desempenho são realmente causadas pelo tratamento. Os principais delineamentos de sujeito único são: (a) delineamento de reversão; (b) delineamento de linha de base múltipla entre ambientes, participante ou comportamento e (c) delineamento de tratamentos alternados ou de múltiplos elementos.

O programa de trabalho do analista do comportamento é focado na realização da análise funcional da interação comportamento-ambiente, a partir de unidade tríplice de contingência, que inclui o comportamento e os seus contextos ambientais, antecedentes e conseqüentes. Desta forma, a análise da dinâmica das variadas relações existentes pode se estabelecer entre o ambiente e o comportamento a qual só é possível de ser realizada através de um trabalho de investigação experimental com N=1 (Matos, 1990).

Martone e Zamignani (2002) defendem a retomada de uma linha de investigação sobre a esquizofrenia pelos analistas de comportamento como uma alternativa às práticas psicodinâmicas tradicionais. Os desenvolvimentos de pesquisas e publicações nesta área se fazem necessárias, posto que se trata “de um problema socialmente relevante e para o qual as soluções até então encontradas são, no mínimo, insatisfatórias” (p. 314).

O uso dos métodos da análise aplicada do comportamento com profissionais devidamente instruídos, pode produzir resultados efetivos para problemas que ainda residem no domínio psiquiátrico. Com base nos conhecimentos obtidos no laboratório, programas de pesquisa aliados a intervenções foram estabelecidos em vários ambientes naturais com grande impacto sobre a maneira de lidar com classes de comportamentos-problema. O analista do comportamento procura, sempre que possível, promover a aquisição ampla de comportamentos requeridos à vida na comunidade e enfraquecer comportamentos considerados inadequados, bem como estender o atendimento a todos os ambientes.

O objetivo desta pesquisa foi investigar o comportamento de uma pessoa institucionalizada e diagnosticada como esquizofrênica crônica, utilizando procedimentos da análise aplicada do comportamento. Pretende-se constatar, ao final, que tais procedimentos podem modificar o comportamento do esquizofrênico; uma vez que em nosso contexto, inovações para este tipo de tratamento ainda não estão bem difundidos.

Método

Participante

A participante era uma pessoa do sexo feminino, 57 anos, solteira, semi-analfabeta, sendo a penúltima filha de uma prole de oito irmãos e que houvera sido diagnosticada como portadora de dois diagnósticos psiquiátricos: esquizofrenia e transtorno mental crônico. Consta em seu prontuário que a mesma foi internada em várias unidades psiquiátricas após ter sido vítima de estupro aos 18 anos de idade. Ao ser perseguida pelo estuprador começou a apresentar delírios constantes. Apesar de não constar no prontuário da participante, há rumores de ter a mesma, há anos atrás, cometido um homicídio.

Durante a realização do estudo a participante recebeu doses diárias: Hedantol® 100 mg, Rivotril® 40 gotas, Haldol® 5 mg, Amplictil® 100 mg, Rohypnol® 1 mg, Cefalexina® 500 mg e Carnabol® 1 g. Também, medicamento de depósito, de nome Anatsol® que lhe era administrado via intramuscular em ampolas de 1 ml. A participante apresentava ainda dificuldade de locomoção devido a uma artrose crônica constatada no joelho direito.

Ambiente

O estudo foi conduzido em uma instituição psiquiátrica e filantrópica, de orientação espiritualista. Esta unidade foi fundada por um grupo de pessoas que pretendiam desenvolver atividades assistenciais a pacientes psiquiátricos. A unidade valoriza várias universidades, com as quais colabora recebendo alunos de graduação em suas dependências para aulas

práticas além de estágio supervisionado. Esta unidade é conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS), localizada num terreno de 6.200 m², numa área construída de 2.500 m².

Atualmente, a estrutura física compreende: um refeitório, uma cozinha, um anfiteatro, quatro consultórios, duas salas para atendimento, uma sala para reuniões, uma sala para procedimentos médicos, uma sala para administração, uma farmácia, dois postos de enfermagem, duas enfermarias clínicas, um almoxarifado, dois pátios - um reservado para os pacientes do sexo masculino e outro para as de sexo feminino -, uma rouparia, um arquivo, uma horta, um campo de vôlei gramado, um centro de recreação, um bebedouro coletivo, um banheiro coletivo no pátio, 55 leitos, dos quais 32 são reservados para mulheres e os 23 restantes para homens.

A estrutura funcional é composta de um administrador, três recepcionistas, oito médicos, um farmacêutico, um psicólogo, uma assistente social, um terapeuta ocupacional, um nutricionista, um enfermeiro, um cozinheiro, um empregado de manutenção, 20 técnicos em enfermagem e 15 funcionários que fazem parte de serviços gerais.

Por ser uma instituição terciária com alta rotatividade, mas também com alguns poucos pacientes estáveis, foi selecionada uma pessoa que residia em suas dependências há mais de 10 anos.

Materiais

Os materiais utilizados nas sessões foram:

- Uma prancheta;
- Uma câmera filmadora VHS;
- Uma fita de vídeo VHS;

- Estojo de doze lápis de giz de cera;
- Copos de plástico descartáveis;
- Colheres de plástico descartáveis;
- Pratos descartáveis;
- Um par de sandálias havaianas® verde;
- Comestíveis (pamonha de sal, bolo de cenoura, queijo minas, pães de queijo, mortadela de frango, requeijão, biscoito de polvilho, abacates, bombons e balas diversas);
- Agasalho;
- Batom;
- Esmalte;
- Folhas de registro.

Procedimento

Na tentativa de buscar uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia, foram feitos contatos com três psiquiatras, sem retorno. Solicitou-se a colaboração da Universidade Católica de Goiás na divulgação da pesquisa, através da rádio universitária com três chamadas diárias no período de 15 dias, além de cartazes em pontos estratégicos (Anexo A) e uma publicação no jornal de circulação interna (Anexo B). Algumas pessoas se apresentaram, mas não preencheram os critérios para o presente estudo.

Durante este período a orientadora do presente trabalho foi convidada a colaborar em um projeto numa instituição psiquiátrica, o que facilitou o início da pesquisa. Quando do primeiro contato estabelecido com a instituição, a mestranda apresentou o projeto de pesquisa, ocasião em que foram destacados os objetivos do estudo e o tempo provável de duração dos

trabalhos. Em reunião realizada entre representantes da instituição e a mestranda, mereceram destaques, pela sua importância, as questões de natureza ética a serem respeitadas e a garantia de se manter o sigilo profissional ao longo de todo o trabalho. A instituição foi informada que os resultados do estudo seriam divulgados em eventos ou revistas científicas. Após a assinatura dos Termos de Consentimento de Participação na Pesquisa (Anexo C), os trabalhos foram iniciados.

Observações diretas dos comportamentos da participante proporcionaram informações claras e úteis. Para essa finalidade foi construído o Formulário de Observação. Neste formulário foram registrados os comportamentos problemas, as funções observadas para obter algo ou evitar alguma atividade além de espaços para breves comentários sobre fatos considerados relevantes. A precípua finalidade do Formulário de Observação foi o registro fiel das ocorrências dos comportamentos problemas e suas durações, o que pode ser bem visualizado no Anexo D. Para melhor definição dos comportamentos-problema foram filmadas quatro sessões em momentos e lugares distintos: filmagem no refeitório, no quarto e no pátio, perfazendo um total de uma hora e vinte minutos.

A mestranda por meio de Entrevistas para Avaliação Comportamental solicitou informações da equipe de enfermagem com relação aos comportamentos problemas da participante que foram comparados com os comportamentos obtidos pelo Formulário de Observação. Os principais resultados da Entrevista para Avaliação Comportamental dirigida à equipe de enfermagem foi à especificação dos momentos mais problemáticos, identificação dos fatores que predizem a ocorrência de comportamentos-

problema e a possível identificação das funções dos comportamentos em termos de resultados ou conseqüências. A Entrevista para Avaliação Comportamental dirigida à equipe de enfermagem se encontra no Anexo E.

Todavia, foram encontradas algumas divergências, posto que diferentes entrevistados não concordaram em todos os detalhes com relação ao ambiente, funções do comportamento ou sugestões para a intervenção. Alguns, inclusive, se mostraram céticos sobre possíveis mudanças nos comportamentos da participante, aconselhando à mestrandia que se mantivesse atenta à probabilidade de vir a ser atingida pelas suas unhas.

Foi apresentada à participante uma lista de comestíveis para a identificação dos potenciais reforçadores. Itens previamente identificados junto à equipe de enfermagem foram utilizados, tais como, pão de queijo, bolo de cenoura, requeijão, pamonha, mortadela de frango, abacate, queijo minas, etc. A mestrandia anotava em uma folha de registro, os nomes dos itens escolhidos pela participante além de oportunizar solicitação de algo mais. Assim, tornou-se possível estabelecer um escalonamento hierárquico entre os diversos reforçadores utilizados, quer de natureza comestível, não comestível e social.

A participante apresentava comportamentos incomuns, dentre eles: recusava-se a participar de qualquer atividade indicada pelos profissionais da instituição, não interagia e nem olhava nos olhos das pessoas tanto do sexo feminino como do sexo masculino. Além disso, permanecia grande parte do dia deitada no leito ou assentada num banco no pátio, mantendo-se sempre isolada dos demais internos. Urinava e defecava no pátio. Agressões a funcionários e pacientes eram freqüentes. Dormia sozinha em

seu quarto, por precaução, para não agredir outros pacientes. Mantinha um velho cobertor enrolado na cabeça. Bebia água do vaso sanitário ou da torneira do banheiro sem uso de qualquer vasilhame – copo, caneca, etc.

Foram selecionados para sofrer intervenção os seguintes comportamentos:

- Manter contato olho a olho com a mestrandia e depois com outras pessoas mesmo que por alguns segundos;
- Sozinha, sem atenção;
- Dar tapas, empurrar pessoas e fazer ameaças;
- Recusar-se a participar das tarefas ou eventos;
- Executar uma atividade que possa fazer para ocupar-se durante o tempo livre;
- Beber água no copo de plástico;
- Interagir socialmente, batendo palmas ao ritmo de uma música.

Com relação às sessões, as mesmas foram realizadas no pátio, no quarto da participante, no seu toalete e no refeitório. As sessões foram realizadas três vezes por semana nos períodos matutino e vespertino durante quatro meses consecutivos. A duração das sessões variou de trinta a quarenta minutos.

Um Delineamento de Reversão no formato ABAB, seguido de *Follow-up* foi utilizado para demonstrar controle experimental dos procedimentos. Cada comportamento da participante foi observado e dados de Linha de Base (LB-I) foram coletados em quatro sessões para cada comportamento. Após a Linha de Base (LB-I), foi iniciada a Intervenção I (INT-I) que durou seis sessões para cada comportamento. A seguir houve um retorno à fase

de Linha de Base (LB-II) com quatro sessões, que foi seguida novamente por um período de Intervenção II (INT-II) que durou seis sessões. Essas intervenções foram iniciadas para cada comportamento da participante e após o Delineamento de Reversão ser completado para o primeiro comportamento selecionado, repetiu-se tal procedimento para o segundo, terceiro, quarto, quinto, sexto e sétimo comportamento.

O Delineamento de Reversão (ABAB), seguido de *Follow-up* foi iniciado com a coleta de dados para o comportamento de manter contato olho a olho com a mestrandia e depois com outras pessoas, seguido de um conjunto de ABAB para os comportamentos: (a) sozinha, sem atenção; (b) dar tapas, empurrar pessoas e fazer ameaças; (c) recusar-se a participar de tarefas ou eventos; (d) executar uma atividade que possa fazer para ocupar-se do tempo livre (realização de um desenho livre); (e) beber água no copo de plástico e (f) interagir socialmente para obter atenção (bater palmas no ritmo da música).

Todos os dados coletados foram registrados nas Folhas de Registro (Anexo F). A Folha de Registro apresenta um cabeçalho com espaço para iniciais do nome da participante, a data da sessão, a fase do delineamento, a atividade a ser desenvolvida e o tempo da sessão dividido em intervalo por minuto: quatro intervalos de 15 segundos para registro dos comportamentos. A escolha da duração de intervalos foi feita pelas diretrizes das observações etológicas que sugerem intervalos curtos para comportamentos cuja frequência é alta (Britto, Oliveira & Sousa, 2003).

De modo similar, foi construída também Folha de Registro que registrava a frequência ou não frequência de comportamentos em termos de ocorrência simples (Anexo G).

A Folha de Registro foi dividida em duas partes:

- 1ª parte: a parte superior contendo todos os itens supracitados com espaço em branco para as anotações.
- 2ª parte: a parte inferior havia espaços quadriculados para o registro do comportamento nos intervalos requeridos pela pesquisadora: (·) Ocorrências e (x) Não Ocorrências.

A seguir é apresentada uma descrição de cada comportamento da participante. Os procedimentos seguidos na fase de Linha de Base I e II (sem reforçadores), na Intervenção I e II (Modelagem, Reforçamento Positivo e Extinção). Após transcorrer um mês sem contato com a participante foi realizado o *Follow-up*.

Manter contato olho a olho. O contato olho a olho foi definido como olhar direcionado a outra pessoa na metade superior do seu rosto, mesmo que por até três segundos. As sessões para o comportamento de olhar foram realizadas: no quarto e no pátio.

1. Linha de Base I e Linha de Base II:

As sessões da Linha de Base I para o comportamento de olhar nos olhos tiveram início quando a mestrandia instruiu a participante: "Olhe dentro dos meus olhos!". Se a participante olhasse para a mestrandia, seu comportamento era anotado na folha de registro. Se a participante não olhasse para a mestrandia este comportamento também era registrado. Na

emissão desses comportamentos - olhar ou não olhar nos olhos - a participante não era reforçada.

2. Intervenção I e Intervenção II – Modelagem e Reforçamento

Positivo:

Nestas fases a mestranda falou para a participante: “Olhe dentro dos meus olhos!”. Se a participante olhasse para a mestranda, ela era imediatamente reforçada e o seu comportamento de olhar, anotado na Folha de Registro. Para modelar esse comportamento a mestranda reforçava qualquer movimento dos olhos. Após ter estabelecido esta relação, a mestranda suspendeu os reforçadores até que a participante olhasse dentro de seus olhos. Os procedimentos usados foram de Modelagem e Reforçamento Positivo.

Progressivamente, a mestranda foi conduzindo a participante a manter contato olho a olho com outras pessoas. Sempre era indicada uma nova pessoa e assim foram exigidos contatos visuais com internos, pessoal da enfermagem ou funcionários da instituição de ambos os sexos. Ao disponibilizar os reforçadores a mestranda sempre chamava a participante pelo nome, olhava dentro de seus olhos e sorria. Na intervenção I os reforçadores foram comestíveis e reforçadores sociais. A duração das sessões para o contato visual da participante foi 30 minutos.

As primeiras sessões para o registro do contato olho a olho foram realizadas no pátio. A mestranda conduzia a participante para outros lugares da instituição onde os internos estavam realizando atividades recreativas, folheando revistas ou participando de reuniões para alguma reivindicação. Naquelas ocasiões a mestranda sempre apontava uma pessoa e instruía a

participante a manter contato visual com a pessoa selecionada. Na fase de Intervenção II o contato olho a olho foi reforçado com os reforçadores sociais.

Sozinha, sem atenção. Esta classe foi definida pela topografia comportamental apresentada pela participante que caracterizava ausência de movimentos: a participante permanecia cabisbaixa, isolada, enrolada no cobertor, sentada num banco do pátio ou deitada num leito, por horas. A resposta de aproximar-se de uma pessoa foi definida como verbalizações espontâneas, perguntas ou comentários feitos pela participante a outras pessoas internas ou da equipe de enfermagem.

1. Linha de Base I e Linha de Base II:

A mestrandia instruiu a participante a se aproximar de uma pessoa e conversar com ela: “Quero que você se aproxime dela e lhe diga: Bom dia!” (a mestrandia apontava para a pessoa). Se a participante se aproximasse e falasse com ela, mesmo por alguns minutos, o número de intervalos em que ocorria a resposta era anotado na folha de registro. Se a participante não se aproximasse, seu comportamento era registrado. Na emissão dos dois comportamentos (aproximar ou não aproximar) os comportamentos da participante não eram reforçados.

2. Intervenção I e Intervenção II - Modelagem e Reforçamento Positivo:

Na primeira sessão da fase de Intervenção I, a mestrandia pedia à participante para aproximar-se de alguém indicado pela mesma com quem deveria conversar um pouco. A mestrandia dizia à participante: “Quero que você se aproxime dela e lhe diga: Bom dia!” (apontava a pessoa). Se a

participante olhasse para a pessoa este comportamento era reforçado. Após ter estabelecido esta relação, a mestranda suspendia o reforço até que ocorresse outro movimento da participante em relação à pessoa indicada.

Desse modo, uma relação foi estabelecida entre os movimentos da participante e a obtenção de comestíveis. A mestranda suspendeu os reforçadores até que a participante emitisse algum som vocal com uma pessoa indicada. Com o estabelecimento desta estratégia, a mestranda reforçou as aproximações e vocalizações da participante até que ela prolongasse as conversações. A mestranda progressivamente modelava a participante a se aproximar e conversar com a pessoa.

Se a participante realizasse a tarefa indicada, seu comportamento era imediatamente reforçado e tinha sua resposta registrada. O comportamento de aproximar-se foi reforçado com reforçadores sociais e comestíveis: a mestranda olhava nos olhos da participante, sorria e falava: “Parabéns!” ou lhe dava um abraço, usava a expressão muito bem, dando-lhe em seguida um comestível.

Nas sessões seguintes a mestranda sempre exigia um tempo maior de interação por parte da participante para disponibilizar os reforçadores. Já nas sessões da fase de Intervenção II a mestranda retirou os comestíveis e apresentava contingente ao comportamento de interagir socialmente (aproximar e conversar com alguém) os reforçadores sociais.

Dar tapas, empurrar pessoas e fazer ameaças. Quando da aproximação de pessoas, embora cabisbaixa, olhando de modo oblíquo, a participante levantava o braço direito ou esquerdo, dependendo de sua posição, estendia a mão e batia na pessoa, empurrando-a. Enquanto forçava

esse contato emitia verbalizações com um certo padrão sonoro ao franzir as sobrancelhas: “Sai daqui, vou furar seu olho ou vou matar você”. O enfraquecimento dessa classe de resposta permitiria que as outras pessoas se aproximassem da participante e ao mesmo tempo o comportamento de agredir poderia se tornar irrelevante.

1. Linha de Base I e Linha de Base II:

A mestranda aproximava-se da participante no pátio e conversava com a mesma por aproximadamente 5 minutos. Em seguida convidava pessoas de ambos os sexos para se aproximarem da participante e com ela conversarem. A mestranda falou: “Vou chamar alguém para conversar com nós duas, ok?”. Se a participante emitisse ou não emitisse as respostas agressivas, num tempo de 40 minutos, as respostas (dar tapas, empurrar ou fazer ameaças) eram anotadas na folha de registro e essas respostas não eram extintas.

2. Intervenção I e Intervenção II - Reforçamento Positivo e Extinção:

Nas sessões de Intervenção I, a mestranda após ter interagido com a participante durante 5 minutos no pátio, convidou algumas pessoas para se aproximarem e conversarem com a participante. A mestranda falava: “Vou chamar alguém para conversar com nós duas, ok?”. Se a participante conversasse com as pessoas, sua resposta era reforçada. Se durante a interação ocorressem tapas, empurrões ou quaisquer das verbalizações: “Sai daqui, vou furar seus olhos ou vou matar você”, a mestranda imediatamente ignorava a participante e dirigia sua atenção para outra pessoa ao tempo em que lhe dava as costas, por um período de 1 a 2

minutos e só retornava sua atenção para a participante após ter transcorrido esse tempo.

A mestranda registrou a frequência dos comportamentos agressivos em todas as sessões da fase de Intervenção I e II que tiveram a duração de 45 minutos. Os reforçadores utilizados na fase de Intervenção I para as interações sem agressão foram os comestíveis concomitantes com os reforçadores sociais (“Parabéns!”, “Continue assim!”). Na fase de Intervenção II foram utilizados os reforçadores sociais.

Recusar-se a participar das tarefas ou eventos. A participante era deixada no quarto, deitada no leito por um longo período do dia, enrolada no cobertor. Mantinha-se distante do grupo e não se orientava para execução de atividades promovidas pela instituição: atividade física (caminhadas, alongamento), assistir televisão, dançar, fazer trabalhos manuais (colagem, pinturas, cartões), folhear revistas ou participar de qualquer atividade ali desenvolvida.

1. Linha de Base I e Linha de Base II:

A pesquisadora dava instruções para a participante se aproximar do grupo que geralmente se reunia no centro de recreação: “Quero que você se aproxime daquele grupo” (a mestranda apontava em direção ao grupo), “Observe o que eles estão fazendo e permaneça junto a eles por 2 minutos”. Se a participante emitisse um dos dois comportamentos de (aproximar ou não aproximar, observando o grupo) a mesma não era reforçada e sua resposta era anotada na folha de registro durante um período de 30 minutos relativos à sessão.

2. Intervenção I e Intervenção II – Modelagem e Sinal de Aprovação:

Nas primeiras sessões da Intervenção I, a participante era convidada pela mestrandia a sair do leito e assentar-se no banco do pátio, próximo do centro de recreação, onde se encontrava o grupo. Enquanto ela estivesse levantando-se da cama e indo à direção da porta, era imediatamente reforçada. Posteriormente, a pesquisadora solicitava: “Vá até aquele grupo de pessoas (indicava o grupo) e observe o que eles estão fazendo, tá?”. Quando da recusa da participante, a mestrandia dizia: “Eu te levo até lá, vamos juntas, está bem?”. A mestrandia cedeu o braço de apoio para a participante e juntas foram ao encontro do grupo.

A emissão do comportamento de se aproximar e permanecer junto ao grupo durante as atividades foi registrada e reforçada com o Sinal de Aprovação (Balançar a cabeça em sinal de aprovação! Verbalizar: “Muito bem!”, “Isso!”, “Estou muito feliz com você!”, “Está certo!”, “Faça isso sempre!”) emitido pela mestrandia. As sessões para o comportamento de aproximar-se das pessoas em alguma atividade tiveram a duração de 30 minutos.

Executar uma atividade que possa fazer para ocupar-se durante o tempo livre. Foi selecionada a atividade desenho livre. O desenho livre consistia em a participante pegar os lápis de cor e fazer quaisquer riscos numa folha de papel em branco. A participante escolhia a cor e pegava com a mão direita o lápis, levava em direção à folha de papel e iniciava a atividade (desenho livre). O comportamento era considerado findado quando a mesma realizava vários desenhos no período de 30 minutos - tempo de duração da sessão.

1. Linha de Base I e Linha de Base II:

A mestranda aproximava-se da participante com o material de desenho (prancheta, folhas de papel e um estojo contendo 12 lápis de giz de cera coloridos) e solicitava à mesma que desenhasse algo que poderia ser uma casa, uma flor ou qualquer coisa de sua preferência. Na emissão dos dois comportamentos (desenhar ou não desenhar) a participante não era reforçada, mas sua resposta era registrada na Folha de Registro.

2. Intervenção I e Intervenção II – Reforçamento Positivo e Extinção:

Nas fases de Intervenção I e II a participante era solicitada a desenhar algo de sua preferência. Era colocado à sua frente o estojo aberto com os lápis de cera e folhas de papel em branco. Se a participante emitisse qualquer outro comportamento, a mestranda se afastava dela por um período de até 2 minutos levando consigo o material disposto.

Se a participante realizasse a atividade, a mestranda registrava os intervalos, a partir do contato direto com os lápis de cera até o final da atividade. O comportamento de desenhar foi reforçado socialmente (“Isso!”, “Ficou bom!”, “Muito bem!”). As sessões para o comportamento de desenhar tiveram a duração de aproximadamente 30 minutos.

Beber água no copo de plástico. Esse comportamento foi definido como beber água no copo de plástico quando sentisse sede.

1. Linha de Base I e Linha de Base II:

A pesquisadora, após aproximar-se da participante no quarto, instruía a mesma a beber água no copo (mostrava-lhe o copo e informava que ia deixar perto da torneira do seu toalete). Quando fosse necessário, a participante tinha que pegar o copo enchê-lo de água e beber. Se ela

atendesse ou não a sugestão de beber água no copo, sua resposta era anotada na folha de registro. Na emissão de ambos comportamentos a resposta não era reforçada.

2. Intervenção I e Intervenção II - Reforçamento Social e Extinção:

Tanto para as Intervenções I como para as Intervenções II as instruções foram as mesmas. A pesquisadora fornecia o copo de plástico pedindo para a participante beber água no copo quando sentisse necessidade. Se a mesma realizasse o comportamento solicitado, reforçava-se socialmente (“Parabéns!”, “Muito bem!”, “Assim é melhor!”) e em seguida suas respostas eram anotadas na folha de registro. Qualquer outro comportamento emitido era ignorado. O tempo das sessões foi de 30 minutos.

Interagir socialmente batendo palmas ao ritmo de músicas. Este comportamento consistia em ensinar à participante meios apropriados de interagir socialmente, batendo palmas em condições sob as quais, estes comportamentos poderiam obter algum tipo de atenção da equipe de recreação ou mesmo de outros pacientes em relação a ela. A participante, sentada numa cadeira no centro de recreação, estendia os braços para frente num ângulo de 90° e batia palmas no ritmo da música durante a dança, participando assim dos ritmos das atividades propostas pela equipe de recreação.

1. Linha de Base I e Linha de Base II:

A pesquisadora convidava a participante a se aproximar do grupo de internos que se reuniam no centro de recreação no pátio, quando estavam escutando música ou dançando. Em seguida, solicitava a participante para

bater palmas no ritmo da música. Cada palma emitida era anotada na Folha de Registro. Independente de a participante bater ou não bater palmas, não havia reforço.

2. Intervenção I e Intervenção II – Reforçamento Social:

A mestranda pedia à participante para bater palmas ao se aproximar do grupo de internos na atividade de dança. Qualquer comportamento da participante que se aproximasse da solicitação requerida era imediatamente reforçado. Foi registrado o número de palmas batidas pela participante na folha de registro.

As sessões tiveram a duração de 30 minutos. Os reforçadores utilizados na atividade de bater palmas foram os reforçadores sociais: a mestranda olhava nos olhos da participante, sorria e falava: “Parabéns!”, “Muito bem!”, “Isso mesmo!”.

Teste de Concordância

O teste de concordância entre observadores tem como função medir em que pontos os profissionais treinados em metodologia de observação estão de acordo com relação aos dados referentes ao mesmo material registrado. Para tanto, contou-se com a colaboração de um avaliador com conhecimentos prévios em técnicas de observação para que fosse realizado o teste de concordância dos dados obtidos, garantindo, assim, a fidedignidade dos mesmos. Para o cálculo do índice foi utilizada a fórmula:

$$[\text{Concordância} / (\text{Discordância} + \text{Concordância})] \times 100$$

Os percentuais de acordo variaram entre 88,2% e 96,2% para todas as classes comportamentais estudadas.

Resultados

Os dados obtidos foram apresentados em forma de gráficos. Os dados demonstram as condições antecedentes que foram manipuladas fazendo uso do Delineamento de Reversão. O Delineamento de Reversão ABAB seguido por *Follow-up* envolveu (a) coleta de dados durante uma fase inicial ou linha de base (LB-I), quando a variável de interesse não estava presente; (b) condução de uma segunda fase de tratamento ou manipulação (INT-I), na qual o evento ou a situação de interesse estava presente; e (c) repetição da alternância dessas condições de linha de base (LB-II) e manipulação (INT-II) para estabelecer um padrão claro que mostre a relação entre a variável manipulada e as mudanças nas freqüências dos comportamentos-problema. Após um intervalo de aproximadamente 30 dias foi realizado o *Follow-up*.

A seguir, são apresentados nas Figuras de 1 a 7 os resultados referentes às classes de comportamentos-problema da participante do presente estudo que sofreram intervenção durante as fases do Delineamento de Reversão.

Contato Olho a Olho

Na Figura 1 são mostrados os dados sobre o comportamento de manter contato olho a olho. Verifica-se que os comportamentos de olhar nos olhos da mestrande e olhar nos olhos de outras pessoas obtiveram freqüência zero nos intervalos das sessões de Linha de Base I (LB-I).

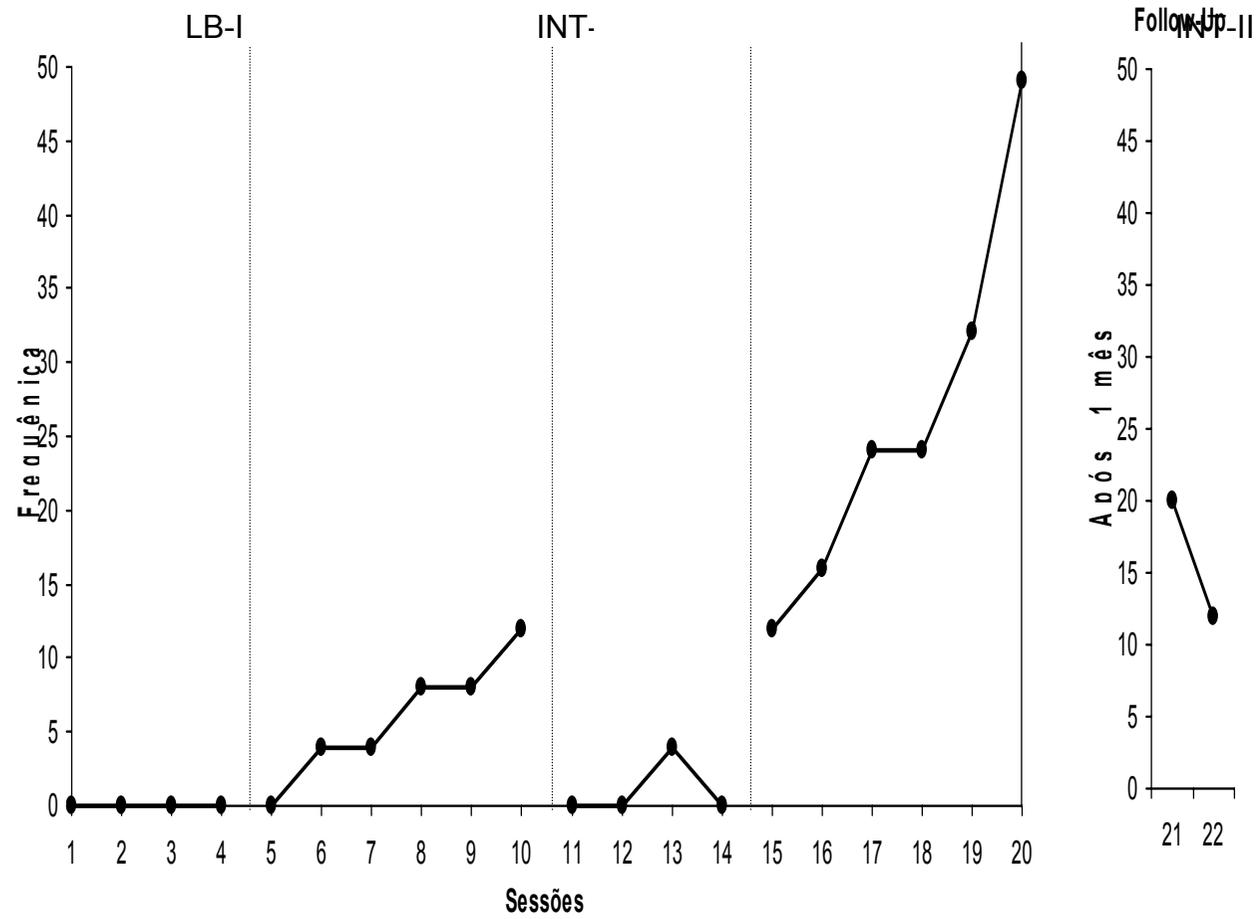


Figura 1: Frequência de manter contato olho a olho

Em relação à ocorrência do comportamento da primeira sessão na fase de Intervenção I (INT-I), os dados da Figura 1 indicam que esse comportamento se manteve com a mesma frequência nas sessões anteriores: zero. Esta frequência aumentou para quatro na segunda e terceira sessões, respectivamente. Manteve-se em oito na quarta e quinta. Na última sessão da fase de Intervenção I, houve o aumento da frequência para 12 intervalos. Durante esta fase o contato ocular foi seguido pelos reforçadores.

Pode-se verificar que as frequências do contato ocular durante as sessões da fase de Linha de Base II (LB-II), caiu para zero ocorrência com a retirada dos reforçadores. Manteve-se em zero nas segunda e quarta sessões. Os dados da Figura 1 indicam que houve apenas a ocorrência de 4 na terceira sessão e durante toda a fase de LB-II. Durante as sessões de LB-II os reforçadores não eram disponibilizados.

Pelos dados da Figura 1 verifica-se que durante as sessões da fase de Intervenção II (INT-II), houve, notadamente, um aumento da frequência do contato ocular quando seguidos pelos reforçadores. Na primeira sessão a frequência foi 12 e 16 na segunda. Alcançou e manteve-se com 24 na terceira e quarta sessão, respectivamente. Aumentou para 32 na quinta. Estas ocorrências aumentaram ainda mais, finalizando na sexta sessão, quando atingiram 49 frequências de contato visual da participante em relação a outras pessoas.

Após um período de 30 dias deu-se início as sessões da fase *Follow-up*. Os dados da Figura 1 revelam uma gradativa diminuição com relação à frequência do comportamento de manter contato olho a olho. Alcançou 20 e

12 freqüências na primeira e segunda sessão do *Follow-up*, porém com uma freqüência bem maior que nas fases de Linha de Base I e II.

Sozinha, sem Atenção

Na Figura 2 são mostradas as freqüências dos intervalos para os comportamentos que denotavam ausência de movimentos da participante: permanecer só, sem atenção durante as fases do Delineamento de Reversão aplicado.

Na primeira sessão da fase de LB-I o comportamento de permanecer sozinha, sentada num banco do pátio e sem atenção ocorreu nos 120 intervalos. Na segunda sessão, 116. Retornou e se manteve em 120 intervalos nas terceira e quarta sessões durante a fase de LB-I, o que sugere uma certa regularidade de ausências de movimento, como indicam os dados da Figura 2.

Pode-se verificar que na fase de Intervenção I a freqüência de intervalos na primeira sessão para o comportamento de permanecer só foi 108. Diminui para 48 na segunda sessão. Já nas terceira e quarta sessões a freqüência dos intervalos diminuiu notadamente, alcançando zero ocorrências. Recupera-se para 52 intervalos na quinta e diminui para 20 intervalos na sexta e última sessão da fase de Intervenção I.

Durante o retorno à fase de Linha de Base II, na primeira sessão a freqüência de intervalos do comportamento de permanecer só, no pátio, alcançou 80 intervalos, diminuiu para 56 intervalos na segunda sessão, aumentou para 108 intervalos na terceira, retornando para 80 na quarta e última sessão da fase de LB-II.

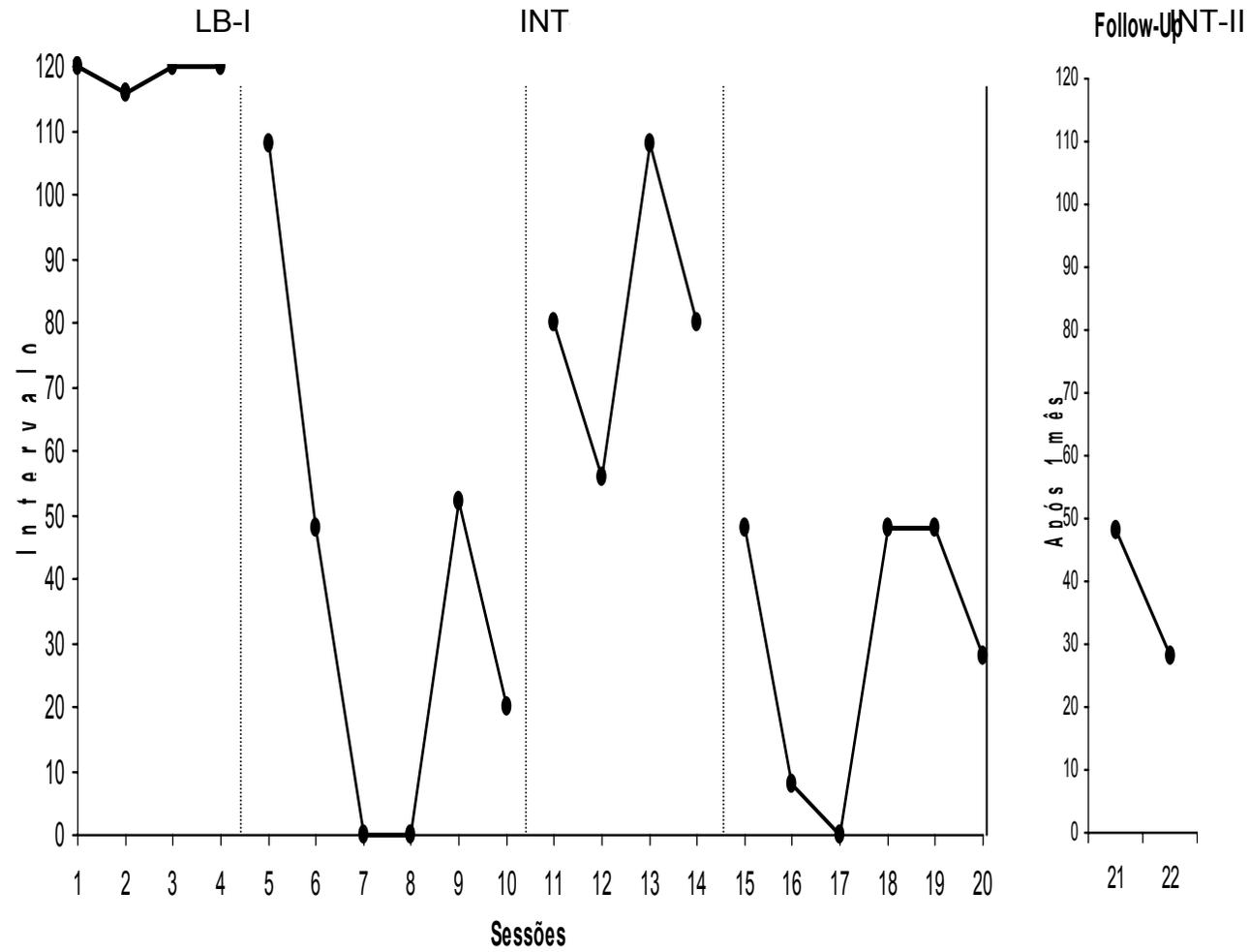


Figura 2: Intervalo do comportamento de ficar sozinha, sem atenção

Durante as sessões da fase de Intervenção II os dados da Figura 2 indicam que a frequência dos intervalos para o comportamento de permanecer isolada diminuiu para 48 intervalos na primeira sessão. Esses intervalos diminuem ainda mais alcançando oito na segunda sessão e zero na terceira. Retorna e se mantém com 48 intervalos na quarta e quinta sessão. Já na sexta e última sessão da fase de Intervenção II a ocorrência de intervalos para o comportamento de permanecer sozinha, sem atenção diminuiu para 28.

Após um período de 30 dias deu-se início às sessões da fase *Follow-up*. Os dados da Figura 2 revelam uma diminuição na frequência do comportamento de se manter sozinha, sem atenção de 48 para 28 intervalos de tempo nas duas sessões daquela fase.

Dar Tapas, Empurrar Pessoas e Fazer Ameaças

A Figura 3 mostra a frequência do comportamento da participante deste estudo consistente em agredir as pessoas. Na Linha de Base I, o comportamento de dar tapas, empurrar e fazer ameaças ocorreu uma vez na primeira sessão, subindo para duas vezes na segunda, caindo para zero na terceira e retornando para uma vez na última sessão da fase de LB-I.

Já nas sessões da fase de Intervenção I, os dados da Figura 3 indicam que a emissão do comportamento de agredir ocorreu três vezes na primeira sessão, caiu para zero ocorrência na segunda, terceira e quarta sessões. Voltou a ocorrer uma vez na quinta e retornou para zero na sexta e última sessão da fase de Intervenção I.

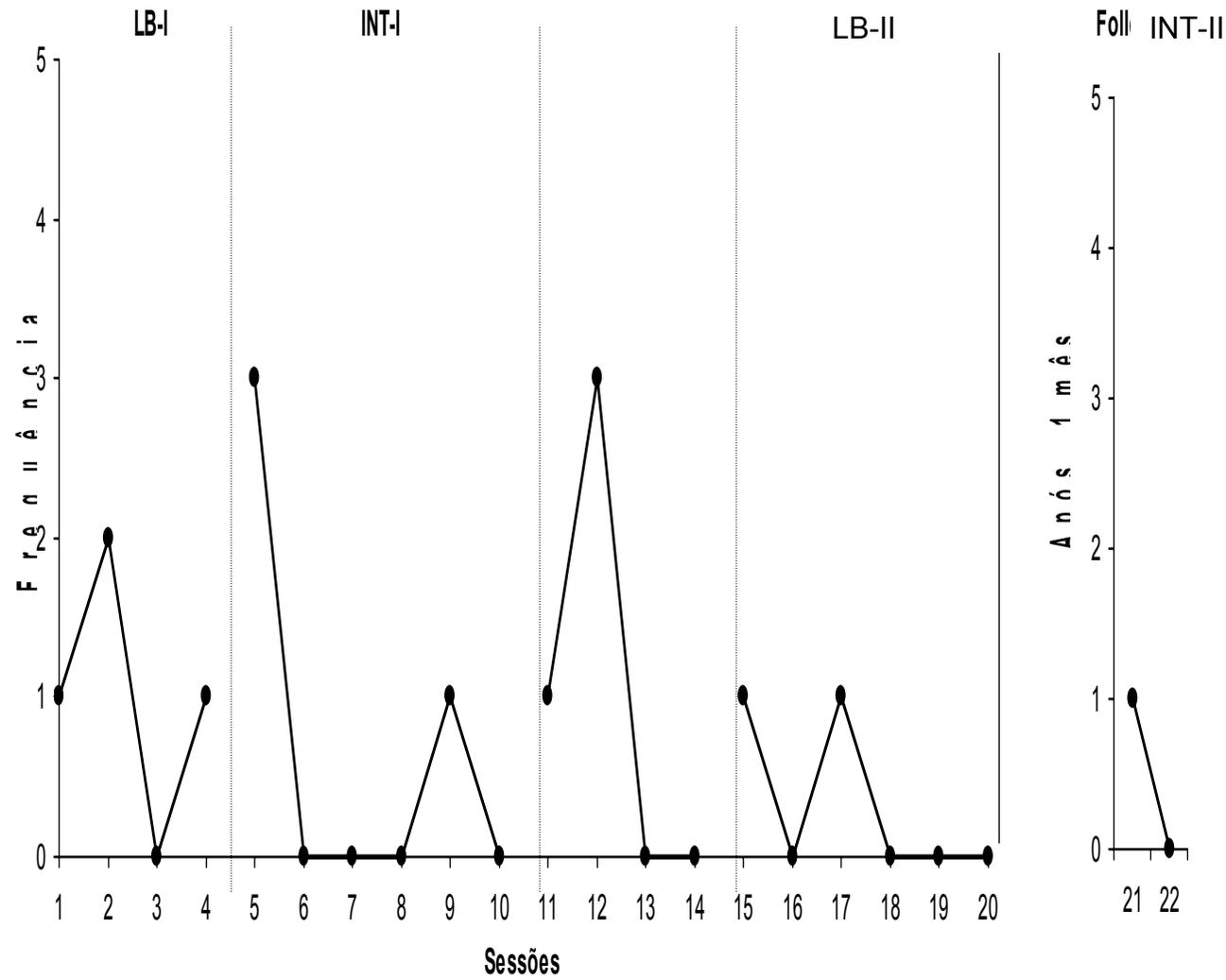


Figura 3: Frequência de dar tapas, empurrar e fazer ameaças.

Retornando à fase de Linha de Base II, os dados da Figura 3 apontam para uma ocorrência na primeira sessão, aumentou para três na segunda sessão e alcançou a frequência zero nas terceira e quarta sessões, respectivamente.

Pelos dados da Figura 3, verifica-se que o comportamento de agredir durante as sessões da fase de Intervenção II oscilaram nas frequências. Ali fica demonstrada uma ocorrência na primeira sessão, zero na segunda, retornando para uma vez na terceira e mantendo-se zero nas demais sessões dessa fase.

Após um período de trinta dias deu-se início às sessões da fase *Follow-up*. Os dados da Figura 3 revelam uma diminuição da ocorrência do comportamento de agredir da participante que caiu de um, para zero ocorrência.

Recusar-se a Participar das Tarefas

Em relação ao comportamento de recusar-se a participar das tarefas ou atividades programadas na instituição, os dados apresentados na Figura 4 indicam as frequências dos intervalos dessa classe de respostas.

Durante as sessões de Linha de Base I o comportamento da participante em manter-se distante do grupo e não se orientar para execução das atividades alcançou 120 intervalos, indicando a ausência de interações da participante para as atividades orientadas para seus pares.

Com relação às sessões da fase de Intervenção I, a frequência de intervalo dessa classe de resposta obteve na primeira sessão, 68 ocorrências de não participação, declinando para 32, na segunda, recuperando os níveis de intervalos para 100, na terceira sessão, 48 para a

quarta, caindo para 28, na quinta e elevando-se para 104 na sexta, conforme dados registrados na Figura 4 na fase de Intervenção I.

Durante o retorno à fase Linha de Base II a frequência dessa classe de resposta de não participar das atividades ocorreu em 120 intervalos na primeira sessão. Diminuiu para 100 na segunda. Recuperou e mantiveram os níveis de intervalos para 120 nas terceira e quarta sessões, respectivamente. Tais dados estão resumidos na Figura 4.

Já na fase de Intervenção II esta classe de resposta diminuiu para 40 intervalos na primeira sessão, 32 na segunda e 44 na terceira. Obteve a frequência de 56 na quarta, alcançando 76 na quinta e declinando para 40 na última sessão da fase de Intervenção II.

Os dados da Figura 4 indicam uma certa regularidade nas frequências dos intervalos daquela classe de respostas. No início dos trabalhos a participante recusava-se participar de qualquer que fosse a atividade. No entanto, sob as ações dos reforçadores pode-se observar notáveis mudanças no comportamento da participante: de recusa para aceitar e participar nas atividades programadas.

Após um período de 30 dias deu-se início as sessões da fase *Follow-up*. Os dados da Figura 4 revelam que a recusa da participante para as atividades diminuíram de 44 para 36 intervalos daquela classe de resposta, ou seja, o comportamento de participar das tarefas aumentou em suas ocorrências.

Executar uma Atividade que Possa Fazer para Ocupar-se do Tempo Livre

Os dados apresentados na Figura 5 referem-se às classes de respostas em relação ao executar uma tarefa que poderia ser facilmente

realizada pela participante para ocupar-se na maior parte de seu tempo livre. Foi selecionada a tarefa de desenhar, qualquer que fosse o desenho.

Nas quatro sessões da fase de Linha de Base I o comportamento da participante em realizar esta atividade selecionada teve frequência zero, como demonstrado na Figura 5.

Na primeira sessão da fase de Intervenção I, a frequência dessa classe de resposta alcançou 28 intervalos e 24 na segunda. Diminuiu e manteve-se em 16 intervalos nas terceira e quarta sessões. Retornando para 24 na quinta e diminuindo ainda mais para 20, na sexta e última sessão da fase de Intervenção I.

Durante a fase de Linha de Base II, esta classe de resposta caiu para zero em todas as quatro sessões, igualmente como ocorrera na fase de LB-I.

Quando foi iniciada a fase de Intervenção II as frequências de intervalos foram de 28 na primeira sessão, 32 na segunda e, novamente 28 na terceira, aumentou para 36 na quarta e diminuiu para 12 na quinta, alcançou 16 na sexta, resultando num total de 152 minutos de realização da tarefa de desenhar quando seqüenciada pelos reforçadores. Tais dados estão resumidos na Figura 5.

Após um período de 30 dias deu-se início as sessões da fase *Follow-up*. Os dados da Figura 5 revelam uma diminuição de intervalo de tempo de 36 para 20 nas duas sessões da emissão desta classe de resposta que consistia em desenhar, selecionada como atividade requerida a ser executada pela participante.

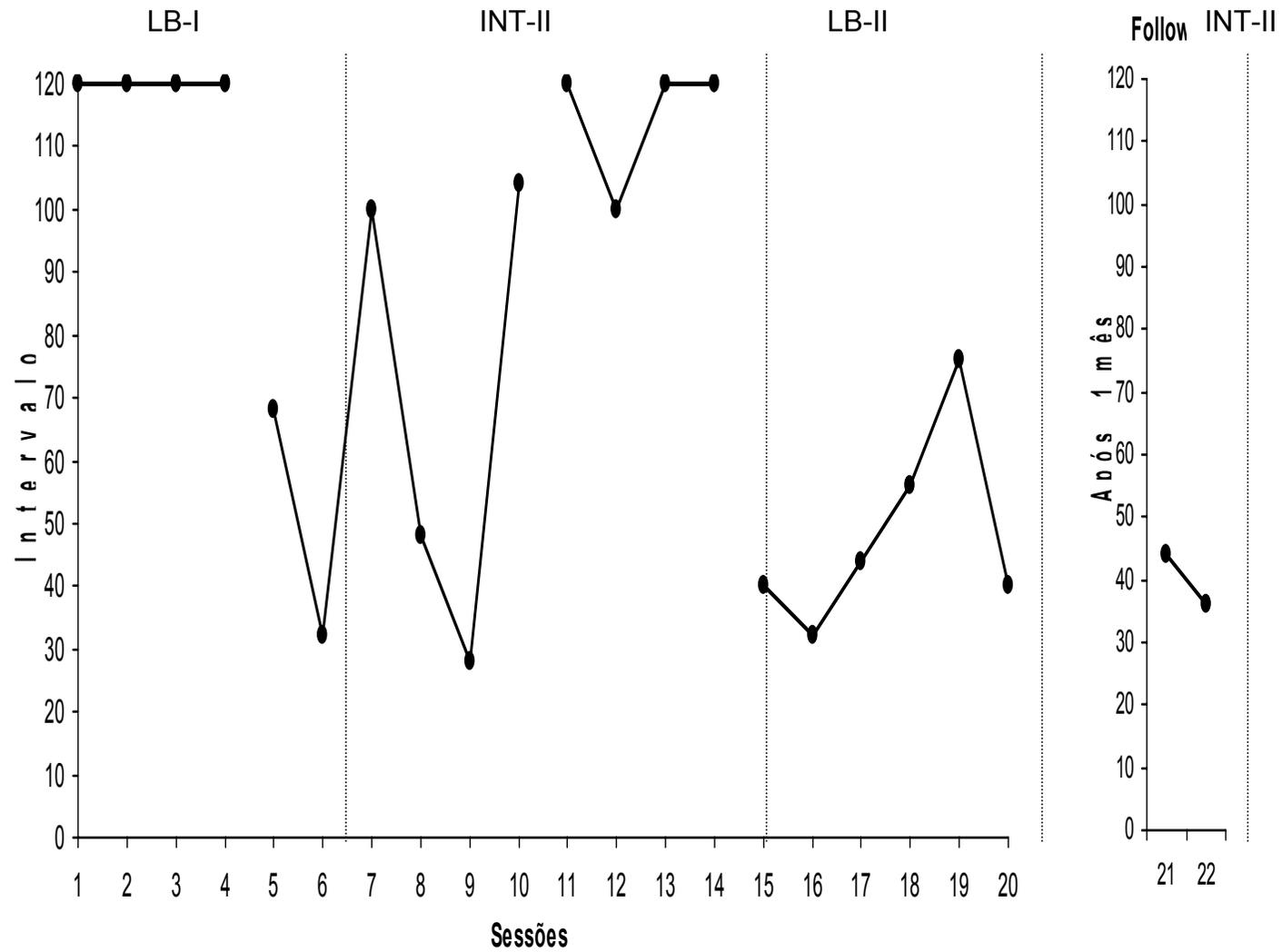


Figura 4: Intervalo de recusar-se a participar das tarefas ou eventos.

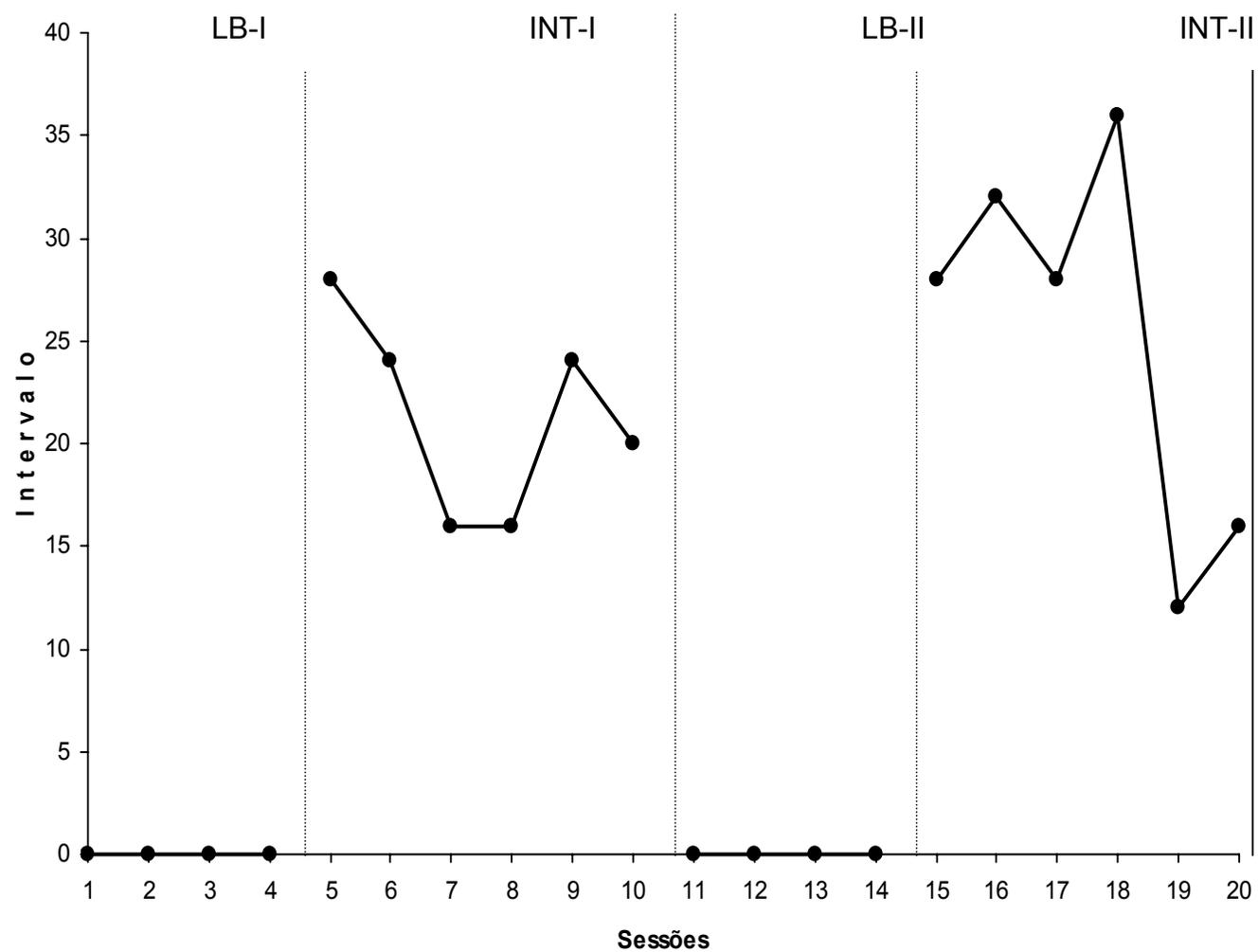


Figura 5: Intervalo para executar uma atividade durante o tempo livre.

Beber Água no Copo de Plástico

A Figura 6 apresenta os dados sobre o comportamento de beber água no copo de plástico. Observa-se que durante a fase de Linha de Base I a frequência do comportamento de beber água no copo de plástico foi zero nas quatro sessões daquela fase.

Durante a Intervenção I a frequência deste comportamento ocorreu uma vez nas duas primeiras sessões. Aumentou para duas vezes na terceira e manteve-se em uma vez na quarta e quinta sessão. Na última sessão da fase de Intervenção I esse comportamento obteve novamente duas ocorrências.

Em relação ao retorno à Linha de Base II, a frequência desse comportamento se manteve em zero ocorrência em três sessões. Teve uma ocorrência apenas na terceira sessão, conforme indicam os dados da Figura 6.

Observa-se que na fase de Intervenção II este comportamento ocorreu regularmente uma vez nas três primeiras sessões, duas vezes na quarta, retornando a uma vez nas duas últimas sessões na fase de Intervenção I.

Após um período de 30 dias deu-se início as sessões da fase *Follow-up*. Os dados da Figura 6 revelam uma diminuição da frequência do comportamento de beber água no copo de plástico que diminuiu de uma ocorrência para zero.

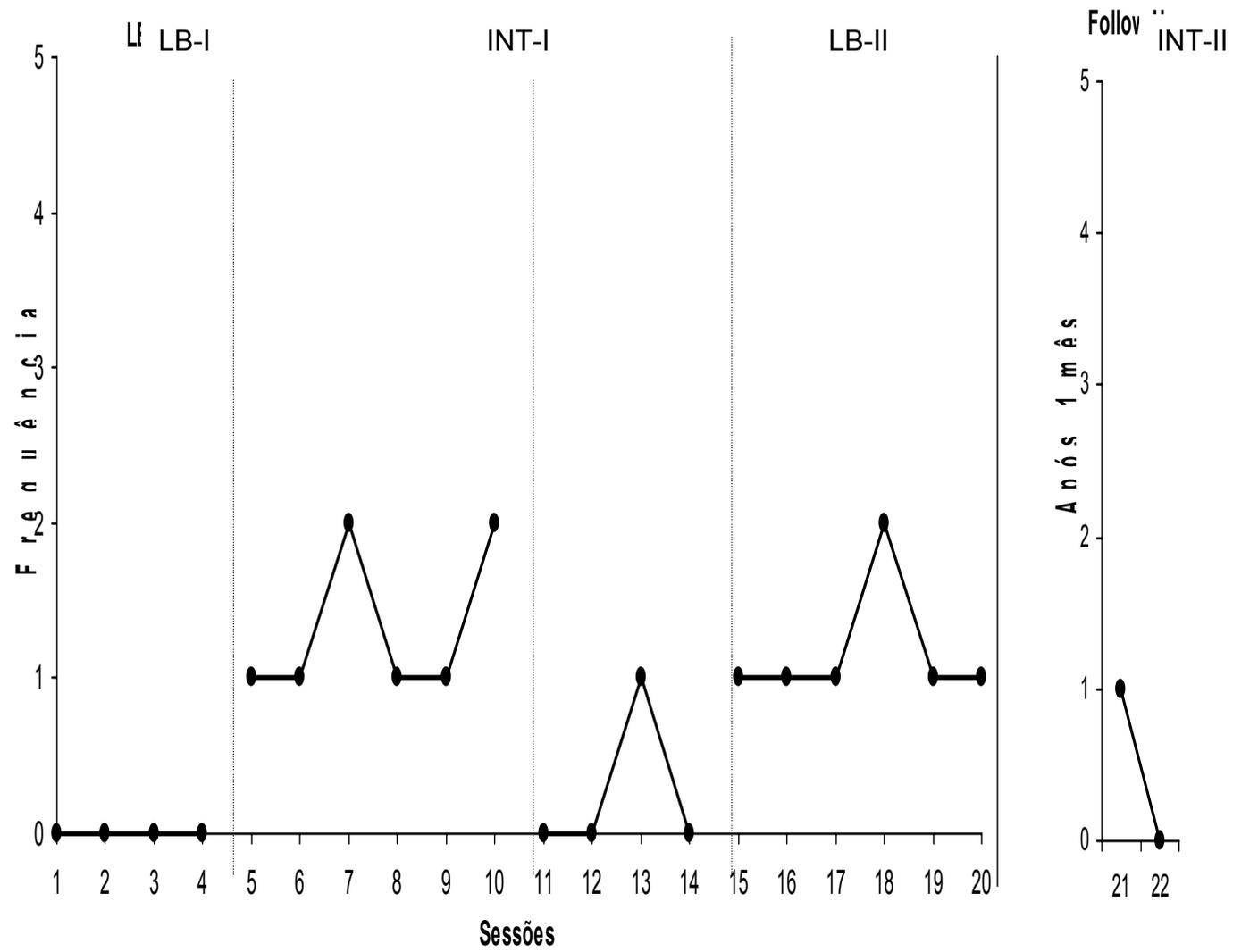


Figura 6: Frequência de beber água no copo.

Interagir Socialmente Batendo Palmas ao Ritmo de uma Música

Os dados apresentados na Figura 7 referem-se às condições em que a participante, sentada numa cadeira estendia os braços para frente num ângulo de 90° e batia palmas no ritmo de músicas na sala de recreação ou dança. Este comportamento consistia em interagir socialmente com outras pessoas na sala de recreação em condições sob as quais ela até, então, não obtivera sucesso.

Nas quatro sessões da fase de Linha de Base I, a participante não se comportou batendo palmas na tentativa de obter sobre si a atenção ao interagir com os pares, o que não ocorreu no centro de recreação, onde a frequência deste comportamento foi zero.

Os dados apresentados na Figura 7 demonstram que durante a fase de Intervenção I, a frequência que este comportamento obteve na primeira sessão foi cinco ocorrências. Manteve-se constante em seis ocorrências nas segunda, terceira e quarta sessões. Diminuiu para cinco na quinta e retornou para seis na última sessão daquela fase.

Durante o retorno à Linha de Base II a frequência do comportamento de bater palmas diminuiu em suas ocorrências, voltando aos níveis de frequência zero, como nas quatro sessões da fase de LB-I.

Na Figura 7 observa-se que durante a fase de Intervenção II o comportamento de bater palmas teve a frequência de 12 ocorrências na primeira sessão, aumentou para 20 na segunda, caiu na terceira para 16 e dez na quarta, retornando sua frequência para 17 na quinta e diminuiu para 12 na última sessão daquela fase de Intervenção II.

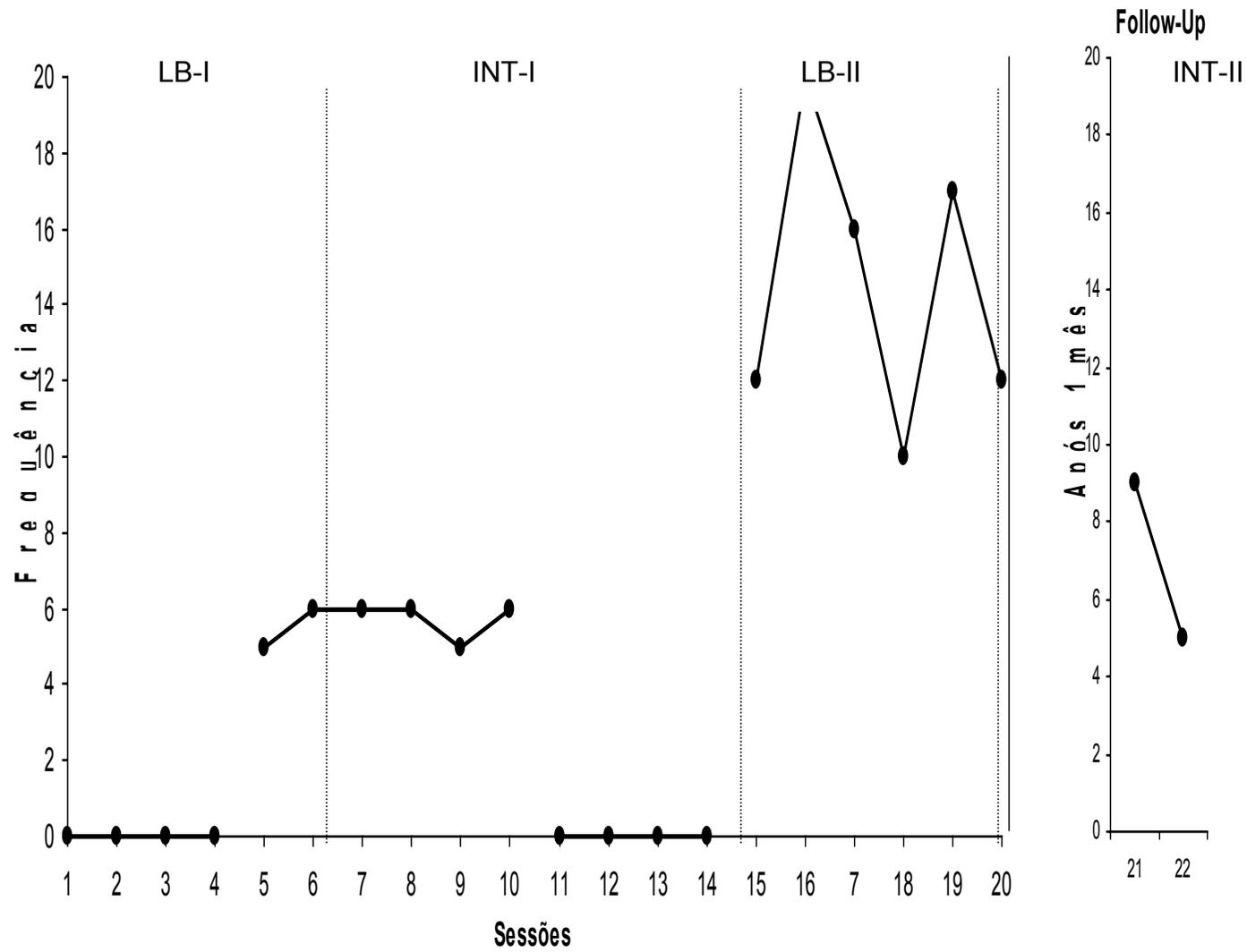


Figura 7: Frequência de bater palmas

Após um período de 30 dias deu-se início as duas sessões da fase *Follow-up*. Os dados da Figura 7 revelam uma diminuição da freqüência do comportamento de bater palmas: nove e cinco ocorrências, respectivamente.

Discussão

Os resultados do presente estudo mostraram que a intervenção foi efetiva em modificar consideravelmente os comportamentos-problema apresentados pela participante com duplo diagnóstico: esquizofrenia crônica e retardo mental. Tais achados são consistentes com os estudos presentes na literatura demonstrando que a teoria proposta por Skinner e seus seguidores é a que tem produzido resultados mais efetivos em intervenções em contextos psiquiátricos. Mais uma vez foi confirmado a eficácia dos procedimentos da análise aplicada do comportamento. Ficou evidente pelos dados obtidos que as intervenções foram melhores que a não intervenção.

Observa-se na literatura tradicional que os problemas comportamentais apresentados por uma pessoa que se comporta de maneira bizarra são diagnosticados como transtornos mentais psicóticos. No entanto, tais problemas comportamentais apresentados por tais pessoas em instituições são mantidos pelas contingências sociais vigentes. Estudos sobre estes transtornos e/ou tratamentos são conduzidas por psiquiatras tendo psicólogos como coadjuvantes. O comportamento por si mesmo não tem sido objeto de estudo. Explicações etiológicas com base em achados laboratoriais ainda não foram encontradas. Permanecem explicações simplistas que hipotetizam processos orgânicos ou processos mentais os quais são insatisfatórios de uma perspectiva da ciência comportamental.

Não se pode negar a quantidade de problemas que surgiram antes do início dos trabalhos. A busca de um participante, por exemplo, constituiu num obstáculo de difícil transposição, o que provocou, por várias vezes, o

adiamento da coleta de dados. Pelo espaço de 30 dias o Jornal Flash e a emissora de rádio da Universidade Católica de Goiás divulgaram anúncios oferecendo oportunidade aos interessados em participar do estudo que se pretendia realizar.

A busca continuava, até que uma instituição onde se encontravam internadas algumas dezenas de pacientes, de ambos os sexos, permitiu selecionar a participante do presente estudo. A participante ao mesmo tempo em que bebia água do vaso sanitário, desfechava tapas em qualquer pessoa que dela se aproximasse; recusava-se a participar de atividades, defecava onde quer que se encontrava, negligenciava em sua higiene pessoal, além de manter-se, na maioria das vezes, cabisbaixa e com poucos movimentos. Apresentava também musculatura rígida, não respondia às demandas do ambiente institucional, não apresentava comportamentos dirigidos a algum alvo, não interagia com os pares, mantendo-se em completo isolamento, por horas seguidas. Tais topografias comportamentais dão evidência para a construção de listas de sintomas compatíveis com as descrições encontradas nos manuais psiquiátricos tradicionais que mantêm ainda, a tradição cartesiana, para explicar tais fenômenos.

Ao serem estabelecidos os primeiros contatos houve uma maior relação entre a pesquisadora e a participante, favorecendo de maneira positiva o processo de desenvolvimento da pesquisa, principalmente no que se refere à intervenção. Lembrando-se que a intervenção em certos comportamentos-problema depende não só de uma avaliação estritamente individual, mas também, da análise funcional que visa a identificar os

comportamentos-alvo, bem como as variáveis que antecedem e mantêm tais comportamentos (Gongora, 2003).

À proporção em que os contatos iam se realizando, foi possível observar a evolução das respostas emitidas pela participante, no que se refere à interação que, aos poucos foi sendo estabelecida entre ela e a pesquisadora. Essa interação era facilmente identificada pela maneira mais espontânea com que a participante ia, aos poucos, respondendo as solicitações que lhe eram apresentadas.

Com a intervenção, esperava-se mudar a probabilidade de ocorrência de comportamentos desejados que possibilitariam melhor adequação da participante ao seu ambiente institucional, bem como intervir nos comportamentos problemas emitidos por ela. Assim, o objetivo da intervenção foi identificar um conjunto de medidas que tornassem os comportamentos-problema irrelevantes e ensinar comportamentos requeridos para as atividades ali desenvolvidas.

A eficácia dos procedimentos utilizados no presente estudo ficou de tal monta comprovada, que no início de cada contato, a participante respondia às contingências programadas especialmente no que diz respeito aos reforçadores: procurando visualmente nos objetos conduzidos pela pesquisadora, palpando seus bolsos do jaleco e até mesmo se expondo a receber o costumeiro cumprimento através de um abraço. Outra comprovação da eficácia de tais procedimentos foi materializada pela aceitação da participante em pernoitar em comum com as demais internas no mesmo alojamento, o que não acontecia anteriormente. Tal fato veio corroborar com as afirmações de Skinner (1980) no sentido de adquirir

controle comportamental, quando da emissão do comportamento desejado, sendo imediatamente reforçado; a probabilidade deste comportamento tende a ser superior na presença deste reforçador.

A participante do presente estudo não fugiu à regra, tendo a princípio, apresentado modificação em seus comportamentos problemas sob os efeitos dos arranjos das contingências programadas, em especial, o reforçamento positivo. No que se refere aos reforçadores sociais que eram sempre disponibilizados com mais freqüência e, independente dos demais reforçadores, foi possível observar na fase de Intervenção II, para esta participante, efeitos ainda mais positivos.

As figuras representativas dos diversos comportamentos são eloqüente comprovação da relevância dos reforçadores na modificação dos comportamentos-problema, como por exemplo: manter contato olho a olho; sozinha, sem atenção; dar tapas, empurrar e fazer ameaças, dentre outros.

Outro aspecto digno de nota pôde ser observado por ocasião do *follow-up*: a participante apresentou visível redução na freqüência de todos os comportamentos selecionados pela pesquisadora, porém, com uma freqüência mais alta do que observada na Linha de Base. Em relação ao comportamento de beber água no copo, o ambiente não disponibilizava o material, (copo) o que talvez, explique a ocorrência deste comportamento no *follow-up*.

Várias classes de comportamentos problemas de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia foram estudadas através da manipulação das variáveis de reforçamento nas décadas de 1950 e 1960. Naquelas investigações princípios como reforçamento positivo e negativo, extinção e

saciação foram utilizadas. Neste e naqueles estudos, procedimentos relativamente simples produziram resultados bem sucedidos, isto é, os resultados demonstram que os pesquisadores tiveram êxito na modificação de vários tipos de comportamentos-problema, sem recorrer a construtos hipotéticos. Os dados apresentados são inquestionáveis em relação às mudanças produzidas.

Ficou mais uma vez confirmada a posição skinneriana demonstrada nos procedimentos de modelagem dos estudos da análise do comportamento. Os comportamentos humanos complexos foram desenvolvidos, fortalecidos, mantidos e extintos pelas condições contextuais das contingências de reforço. De fato, se arranjarmos um tipo particular de consequência, muda-se o comportamento.

O presente estudo permite ainda outras conclusões. Pode-se afirmar que fatores outros de ordem material e humana atuam como antecedentes que dificultam o tratamento de portadores de problemas comportamentais, rotulados por alguns como esquizofrênicos. Estes fatores são constituídos dentre outros, pela deficiência de instalação física, especialmente as públicas, pelo despreparo, na maioria dos casos, do corpo de atendentes, além das dotações orçamentárias, sempre insuficientes para empreitadas de tão grande magnitude.

Neste ponto, não se poderia omitir diante de fatos graves representados pelo uso e abuso dos medicamentos prescritos as pessoas que são diagnosticadas como portadoras de transtornos mentais psicóticos. De fato, na quase totalidade dos casos, a prática se compõe em disponibilizar drogas, cujo efeito é simplesmente impor as pessoas períodos

de limitação de sua conduta, sem nenhum proveito na melhoria do comportamento, uma vez que nem ao menos são avaliados em seus efeitos. Esse fato desfavorece em termos de prognóstico, da chamada esquizofrenia; visto que a passividade, apatia e o alheamento constituem as características mais difíceis desta problemática comportamental. Torna-se, então, necessário que os analistas de comportamento “estendam seus métodos para o estudo de problemas que atualmente ainda residem no domínio psiquiátrico” (Britto, 2005, p. 39).

Pessoas institucionalizadas que apresentam problemas em suas interações com a equipe recebem diversas drogas, inclusive via injetável, com intuito de “acalmá-las”. Segundo Sidman (1995), são drogas psiquiátricas de contracontrole útil para profissionais despreparados, incapazes de identificar as causas ambientais do comportamento que supostamente devem se ocupar.

Por paradoxal que possa parecer, não se pode combater decididamente tal procedimento, uma vez que o “mal” apresentado por alguns considerados esquizofrênicos, não foi, ainda, devida e seguramente diagnosticado. Assim, profissionais de saúde mental, por não conhecerem os determinantes do comportamento, preferem considerar os comportamentos-problema como sintomas de um processo interior hipotético que explicaria a existência dos sintomas.

Ora, no mínimo duas tarefas devem ser encetadas: uma, na segura identificação da origem do “mal” titulado como esquizofrenia; e a outra, uma preparação honesta e competente do pessoal a que será entregue atuar em tão árido terreno.

O problema pode ser então o seguinte, como argumenta Britto (2004b), que as tentativas de tratar os transtornos mentais psicóticos vão desde as idéias bizarras - por que não se definiram se eles são causados por alguma anormalidade no cérebro das pessoas - à prática de internamentos, punições, eletrochoques, psicocirurgias ou o uso e abuso de medicamentos. Esta autora afirma ainda, que estudos sistemáticos sobre os achados laboratoriais não somente têm falhado em dar respostas para o problema, como há uma expectativa de que o problema em si mesmo talvez não tenha sido formulado corretamente.

Poder-se-ia, portanto, afirmar como Rutherford (2003), que as primeiras replicações sistemáticas do paradigma do operante livre com adultos, desenvolvido por Ogden Lindsley, com base no trabalho de B. F. Skinner, entre 1953 e 1965, intitulado The Behavior Research Laboratory, e que a história, bem como a extensão dos princípios operantes para o comportamento humano tiveram implicações significativas na aplicação dos métodos operantes para o estudo da psicopatologia, como demonstraram os dados do presente estudo.

REFERÊNCIAS

- Andery, M. A. P. A. (1997). O modelo de seleção por conseqüências 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.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). Porto Alegre: ARTMED.
- Ayllon, T. & Azrin, N. (1978). *O emprego de fichas-vale em hospitais psiquiátricos*. São Paulo: EPU/EDUSP.
- Ayllon, T. & Haughton, E. (1964). Control of the behavior of schizophrenics by food. Em A. W. Staats (Ed.), *Human learning - Studies extending conditioning principles to complex behavior* (pp. 458-465). New York: Holt, Rinehart and Winton, Inc.
- Ayllon, T. & Michael, J. (1964). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. Em A. W. Staats (Ed.), *Human learning - Studies extending conditioning principles to complex behavior* (pp. 445-457). New York: Holt, Rinehart and Winton, Inc.
- Ayllon, T. Haughton, E. & Hughes, H. B. (1965). Interpretation of symptoms: Fact or fiction. *Behavior Research Therapy*, 2, 87-97.
- Bachneff, S. A. (1991). Positron emission tomography and magnetic resonance imaging: A review and a local circuit neurons

- hypo(dys)function hypothesis of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 30, 857-886.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Baldwin, J. D. & Baldwin, J. L. (1986). *Princípios do comportamento na vida diária* (Vol. 1). Englewood Cliffs, N. Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva – Da reflexão teórica à diversidade da aplicação* (pp. 75-82). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Baron, A. & Perone, M. (1998). Experimental design and analysis in the laboratory study of human operant behavior. Em K. A. Lattal & M. Perone (Eds.), *Handbook of research methods in human operant behavior* (pp. 45-91). New York: Plenum Press.
- Baum, W. M. (1999). *Compreender o behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Britto, I. A. G. S., Oliveira, J. A. & Sousa, L. F. D. (2003). A relação terapêutica evidenciada através do método de observação direta. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. V.(2),139-149.
- Britto, I. A. G. S. (2004a). Sobre delírios e alucinações. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6 (1), 61-71.

- Britto, I. A. G. S. (2004b). As implicações práticas do conceito de doença mental. *Estudos*, 31, 157-172.
- Britto, I. A. G. S. (2005). Esquizofrenia: Desafios para a ciência do comportamento. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 16. Expondo a variabilidade* (pp. 38-52). São Paulo: ESEtec Editores Associados.
- Britto, I. A. G. S., Rodrigues, M. C, A., Santos, D. C. O. & Ribeiro, M. A. (no prelo). Avaliação funcional de delírios e alucinações.. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*.
- Castro, L. (1976). Diseño experimental sin estadística - Usos y restricciones em su aplicación a las ciencias de la conducta. México: Editorial Trillas.
- Chiesa, M. (1994). *Radical behaviorism: The philosophy and the science*. Boston: Authors Cooperative Inc., Publishers.
- Cohen, S. B. (1997). The maladapted mind classic readings in evolutionary psychopathology. University of Cambridge: edited by.
- Costa, N. (2002). *Terapia analítico-comportamental: Dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista*. Santo André, SP: ESEtec Editores Associados.
- De Leon, I. G., Arnold, K. L., Rodriguez-Catter, V., & Uy, M. L. (2003). Covariation between bizarre and nonbizarre speech as a function of the content of attention. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 101-104.
- De Rose, J. C. (2005). Análise comportamental da aprendizagem de leitura e escrita. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 1, 1, 29-50.

- Dixon, M. R., Benedict, H. & Larson, T. (2001). Funcional analysis and treatment of inappropriate verbal behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 361-363.
- Gauhin, S. J. C., Burney, D. H. & McBurney, D. H. (2001). Schizophrenia. Psychology. An Evolutionary Approach.
- Gongora, M. A. N. (2003). Noção de psicopatologia na análise do comportamento. Em C. E. Costa, J. C. Luzia & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 93-109). São Paulo: ESETec Editores Associados.
- Isaacs, W., Thomas, J. & Goldiamond, I. (1964). Application of operant conditioning to reinstate verbal behavior in psychotics. Em A. W. Staats (Ed.), *Human learning - Studies extending conditioning principles to complex behavior* (pp. 446-471). New York: Holt, Rinehart and Winton, Inc.
- Javitt, D. C. & Coyle, J. T. (2004). Decifrando a esquizofrenia. *Scientific American*. Ano 2 (21), 48-55.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lancaster, B. M., LeBlanc, L. A., Carr, J. E., Brenske, S., Peet, M. M. & Culver, S. J. (2004). Functional analysis and treatment of the bizarre speech of dually diagnosed adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37, 395-399.
- Lattal, K. A. (2005). Ciência, tecnologia e análise do comportamento. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp.15-26). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Lundin, R. W. (1977). *Personalidade: Uma análise do comportamento*. São Paulo: EPU.
- Mackinger, H. (1988). Esquizofrenia. Em H. W. Lettner & B. P. Rangé (Orgs.), *Manual de psicoterapia comportamental* (pp.175-187). Rio de Janeiro: Manole.
- Martin, G. L. (2001). *Consultoria em psicologia do esporte – Orientações práticas em análise do comportamento*. Campinas: Instituto de Análise do Comportamento.
- Martone, R. C. & Zamignani, D. R. (2002). Esquizofrenia: A análise do comportamento tem o que dizer? Em H. J. Guilhardi, M B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 10. Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 305-316). São Paulo: ESETec Editores Associados.
- Matos, M. A. (1990). Controle experimental e controle estatístico: A filosofia do caso único na pesquisa comportamental. *Ciência e Cultura*, 42 (8), 585-592.
- Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Revista de Estudos de Psicologia*, 16, 3, 8 -18.
- Moore, J. & Cooper, J. O. (2003). Some proposed relations among the domains of behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 26 (1), 69-84.
- Morris, E. K., Lazo, J. F. & Smith, N. G. (2004). Whether, when and why Skinner published on biological participation in behavior. *The Behavior Analyst*, 27 (2), 153 -169.

- Neno, S. (2003). Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2, 151 -165.
- Roediger, H. L. (2005). O que aconteceu com o Behaviorismo? *Revista Brasileira de Análise do Comportamento. Brazilian Journal of Behavior Analysis*, Vol.1 nº.1, 1-6.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250 - 258.
- Rutherford, A. (2003). Skinner boxes for psychotics: Operant conditioning at Metropolitan State Hospital. *The Behavior Analyst*, 26(2), 267-279.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific reseach*. New York: Basic Books.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. Campinas: Editorial Psy.
- Skinner, B. F. (1945). The operacional analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52.
- Skinner, B. F. (1964). Critique of psychoanalytic concepts and theories. Em A. W. Staats (Ed.), *Human learning – Studies extending conditioning principles to complex behavior* (pp. 387-395). New York: Holt, Rimehart and Winton, Inc.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciência e comportamento humano*. (J. C. Todorov & R. Azzi, trads.). Brasília: Ed. Universidade de Brasília (Obra publicada originalmente em 1953).
- Skinner, B. F. (1979). O que é comportamento psicótico? Em T. Millon (Org.), *Teorias da Psicopatologia e Personalidade* (pp.188-196). Interamericana: Rio de Janeiro.

- Skinner, B. F. (1980). Contingências do reforço e o planejamento da cultura. Em *Coleção Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural.
- Skinner, B. F. (1985). *Sobre o behaviorismo*. (M. P. Villalobos, trad.) São Paulo: Cultrix (Obra publicada originalmente em 1974).
- Skinner, B. F. (1990). Can psychology be a science of mind? *American Psychologist*, 45 (11), 1206-1210.
- Skinner, B. F. (1991). Questões recentes na análise comportamental: São Paulo: Papyrus (Obra publicada originalmente em 1989).
- Sonenreich, C. (1977). *Esquizofrenia: A literatura e a clínica dos casos assim chamados*. São Paulo: Manole.
- Staats, A. W. & Staats, C. K. (1973). Comportamento humano complexo. São Paulo: EPU.
- Staats, A. W. (1996). *Behavior and personality: Psychological behaviorism*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Stokes, T. (2004). A genealogy of applied analysis. Em I. K. S. Budd, B. C. Etzel & T. Stokes (Eds.), *A small matter of proof: The legacy of Donald M. Baer* (pp. 257-272). Reno: Context Press.
- Szasz, T. (1978). *Esquizofrenia - O símbolo sagrado da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Todorov, J. C. (1982). Behaviorismo e análise experimental do comportamento. *Cadernos de Análise do Comportamento*, 3, 10-23.
- Todorov, J. C. (1989). A psicologia como estudo de interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 3, 325-347.
- Ullman, L. P. & Krasner, L. (1975). A psychological approach to abnormal behavior. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

- Wilder, D. A., Masuda, A., O'Connor, C. & Baham, M. (2001). Brief functional analysis and treatment of bizarre vocalizations in an adult with schizophrenia. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 65-68.
- Zamignani, D. R. & Andery, M. A. P. A. (2005). Interação entre terapeutas comportamentais e clientes diagnosticados com transtorno obsessivo-compulsivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (1), 109 –119.

Anexos

Anexo A

COMUNICADO

O Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Goiás está recrutando pessoas que foram diagnosticadas por Psiquiatras como ***ESQUIZOFRÊNICAS*** para participarem de uma pesquisa em nível de mestrado.

A pesquisa será conduzida pelas mestrandas Elaine Miranda e Keila Leal sob orientação da Prof.^a Dr.^a Ilma A. Goulart de Souza Britto.

Os interessados deverão dirigir-se ao LAEC – Laboratório de Análise Experimental do Comportamento, Área 4, localizado à Avenida Universitária n.º 1440 – Setor Universitário, às quartas e quintas-feiras das 10:00 às 11:30 hs da manhã, no período de 05/05/2004 à 20/05/2004. Procurar as referidas mestrandas.

Anexo B

PESQUISA SOBRE ESQUIZOFRENIA RECRUTA PARTICIPANTES

O Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Goiás está recrutando pessoas que foram diagnosticadas por psiquiatras como esquizofrênicas para participarem de uma pesquisa que está sendo realizada no âmbito do Mestrado em Psicologia. A pesquisa será conduzida pelas mestrandas Elaine Miranda e Keila Leal, sob orientação da Profa. Dra. Ilma A. Goulart de

Souza Britto, sem ônus de participação e com o benefício de tratamento terapêutico, abordagem comportamental.

Os interessados devem dirigir-se ao LAEC - Laboratório de Análise Experimental do Comportamento, Área 4, localizado à Av. Universitária nº 1069 - Setor Universitário, às quartas e quintas-feiras, das 10h às 11h30 da manhã, no período de 19/05 a 24/06/2004.

Anexo C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTOS

Esta Instituição permite que uma investigação científica sobre uma pessoa institucionalizada e diagnosticada como esquizofrênica participe de um estudo. Este estudo constará de várias etapas durante um período aproximado de seis meses com sessões semanais. Como responsável pela Instituição, você deverá assinar este documento em duas vias: uma será sua, e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa, a Instituição não sofrerá nenhum tipo de prejuízo. Em caso de dúvidas procure o Comitê de Ética em Pesquisa da UCG pelo telefone: 0 (xx) (62) 3227-1071. A seguir, algumas informações sobre a pesquisa.

Título/Projeto: A Esquizofrenia sob a Perspectiva dos Princípios da Análise do Comportamento.

Profissionais responsáveis: Profa. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto, professora da Universidade Católica de Goiás, e Profa. Elaine Miranda, psicóloga clínica, professora da Universidade Católica de Goiás e mestranda do Curso de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, que estarão disponíveis para esclarecer suas dúvidas através do telefone: 9978.02.14.

Descrição da pesquisa: O presente estudo tem como objetivo contribuir para a qualidade do serviço oferecido à população do Estado de Goiás, investigando o comportamento de uma pessoa institucionalizada e diagnosticada como esquizofrênica, utilizando procedimentos da Análise Aplicada do Comportamento.

Procedimento da pesquisa: Se o responsável pela Instituição concordar com a investigação, serão feitas filmagens de no máximo quatro sessões com a participante em locais variados dentro da Instituição.

Participação: A participação é voluntária, iniciando-se mediante assinatura no documento. O responsável pela Instituição poderá retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo.

Confidencialidade: Todos os dados da presente pesquisa serão confidenciais e somente usados pelos pesquisadores responsáveis para fins científicos. Nenhum nome ou resultado individual será divulgado, permanecendo em total sigilo. Esta pesquisa objetiva fornecer dados que auxiliem pesquisadores visando a contribuir para maiores esclarecimentos em metodologias, bem como demonstrar a utilização de procedimentos da análise aplicada do comportamento na modificação de comportamentos-problema.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTOS

Eu, _____, responsável pela Instituição, fui informado (a) sobre a pesquisa “A Esquizofrenia sob a Perspectiva dos Princípios da Análise Aplicada do Comportamento” e consinto a autorização, sabendo que algumas sessões do trabalho serão filmadas. Concordo, inclusive, com a possível publicação dos resultados desta pesquisa em forma de dissertação, resumos e/ou em artigos científicos publicados em periódicos especializados.

Assinatura do(a) responsável pela Instituição

Assinatura da orientadora

Assinatura da Pesquisadora

Local e data: _____.

Anexo E Entrevista

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Data Entrevista _____

1) Descrição dos Comportamentos:

	Comportamento	Topografia	Frequência	Duração	Intensidade
a)					
b)					
c)					
d)					
e)					
f)					
g)					

2) Defina os eventos que desencadeiam os **comportamentos problemas**:

a) HORÁRIO: **quando** os comportamentos têm maior/menor probabilidade

Maior probabilidade _____

Menor Probabilidade _____

b) AMBIENTE: **onde** os comportamentos têm maior/menor probabilidade de ocorrer?

Maior probabilidade _____

Menor probabilidade _____

c) PESSOAS: **com quem** os comportamentos têm maior/menor probabilidade de ocorrer?

Maior probabilidade _____

Menor probabilidade _____

d) ATIVIDADE: **quais atividades** têm maior/menor probabilidade de produzir os comportamentos?

Maior probabilidade _____

Menor probabilidade _____

3) O comportamento da pessoa seria afetado se:

a) Você lhe pedisse uma tarefa difícil _____

b) Participante quisesse algo, mas não conseguisse: _____

c) Se você lhe disse uma ordem: _____

d) Se você mudasse sua rotina: _____

4) Como a pessoa se comunica com as pessoas?

Pedir atenção: _____

Pedir alimentos: _____

Indicar dor física: _____

Rejeitar uma situação: _____

Indicar descontentamento: _____

5) A pessoa segue instruções? (enumere)

6) Quais as coisas que a pessoa gosta?

6.1 Comestíveis: _____

6.2 Objetos: _____

6.3 Atividades: _____

6.4 Outros: _____

7) O que você sabe sobre a história dos comportamentos indesejáveis
dessa pessoa?

7.1) Houve tentativas de diminuí-los?

7.2) Por quanto tempo isto tem sido um problema?

Obrigada pela sua colaboração!

