



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia



Avaliação funcional dos comportamentos-problema de uma pessoa com o diagnóstico de depressão

Letícia Guedes Nóbrega

Orientadora: Prof^a Dr^a Ilma A. Goulart de Souza Britto

Goiânia, fevereiro de 2014



Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia



Avaliação funcional dos comportamentos-problema de uma pessoa com o diagnóstico de depressão

Letícia Guedes Nóbrega

Orientadora: Prof^a Dr^a Ilma A. Goulart de Souza Britto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para qualificação, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Goiânia, fevereiro de 2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Nóbrega, Letícia Guedes.

N754a Avaliação funcional dos comportamentos-problema de uma
pessoa com o diagnóstico de depressão [manuscrito] / Letícia
Guedes Nóbrega. – 2014.

92 f. : il. ; graf. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Goiás, Mestrado e Doutorado em Psicologia, 2014.

“Orientadora: Profª. Dra. A. Goulart de Souza Britto”.

1. Avaliação do comportamento. 2. Depressão. I. Título.

CDU 616.89-008.454(043)

Dedico este trabalho ao meu “pai do coração”, Reinaldo, que sempre foi e tem sido uma das pessoas que mais me incentivam a “ser a melhor” nas diversas áreas de minha vida, porque sem dúvida eu posso afirmar que ele é. Obrigada por ser um brilhante modelo de caráter, humildade e sabedoria, e me ensinar a ser uma pessoa íntegra. Amo-o sem medidas!

AGRADECIMENTOS

Não há dúvidas que meu primeiro agradecimento é a Deus, por todas as bênçãos e maravilhas que tem feito em minha caminhada. Honro a ti, Senhor, por ter me dado o dom da vida, e por ter sido agraciada por ser cristã fiel e discípula de teus ensinamentos. Toda honra e toda glória a ti, pai.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Ilma- A Goulart de Souza Britto pela condução desta pesquisa de maneira tão dedicada e competente. Enfatizo que a senhora foi responsável por me capacitar enquanto pesquisadora e a levar-me a conhecer ainda mais acerca da ciência Análise do Comportamento. Sem dúvida, me possibilitou uma enorme aprendizagem, sem a qual não poderíamos chegar à construção de um trabalho tão importante como este. Muito obrigada!

À minha amada mãe, Mara, a quem não consigo mensurar o tamanho do meu amor, porque dela é o infinito do meu sentimento, obrigada pelos cuidados diários e o amor verdadeiro que dispensa a mim dia a dia.

Ao meu pai, Paulo, por sempre apoiar e incentivar a minha trajetória, por confiar em meus projetos e me dar forças para correr atrás. Eu o amo imensamente, obrigada por sempre orar por mim.

Ao meu irmão, Leonardo, por ser muito mais que um irmão, mais sempre o “meu pequeno” pelo qual eu sempre vou zelar, cuidar e amar. Você é uma das pessoas mais importantes e significativas de minha vida, vou estar ao seu lado até meu último dia. Aos meus irmãos, Pablo e Lorena, o meu eterno agradecimento e amor.

Ao presentinho de Deus em minha vida, Rogério, meu noivo. Obrigada por tornar possível a realização de mais um de meus sonhos, ao seu lado sinto-me forte e capaz de vencer o impossível. Eu nunca ameí ninguém como amo a você! O meu eterno

agradecimento e gratidão pelo cuidado, carinho e amor que despende a mim todos os dias.

Aos “pais que escolhi”, Márcia e Reinaldo, por tudo. A palavra “tudo” é a única que me cabe descrever a vocês. Nunca vi amor mais que o meu por vocês e o de vocês por mim. Obrigada por me proporcionarem realizar mais um sonho, o de concluir o mestrado, e de me terem como filha, fazendo até mais do que um casal de pais costuma fazer.

Aos meus avós, Iara e Airton (*in memoriam*), por terem sido os melhores modelos de comportamento a se seguir. Vó, obrigada pelo carinho e preocupação comigo e por me amar tão profundamente, o meu sentimento pela senhora é recíproco. Vô, como eu gostaria que o senhor tivesse aqui neste momento, seus ensinamentos e sabedoria estão guardados em meu coração. Amo-os pra sempre.

Aos meus tios, Meire e Marcelo, por serem tão presentes em minha vida e tão especiais, os considero do fundo do coração. E oro a Deus por tê-los sempre comigo, auxiliando para que eu me torne uma pessoa melhor a cada dia.

Aos meus primos, Murilo, Victor e Renata, por se interessarem por minha profissão, meus projetos, e estarem sempre dispostos a contribuir para torná-los reais. Vocês trazem alegria aos meus dias, é muito bom estar com vocês. Amo a cada um.

Aos meus sogros, Eliara e Benedito, e a minha cunhada, Priscilla, pela consideração e carinho a mim disponibilizados, sou-lhes eternamente grata por terem aberto a casa de vocês para me receber e pelo zelo que têm comigo.

Às minhas amigas de longa data: Rejane, Tamires, Maru, Bruna, Natália, Ana Paula, Fabiana, Fernanda, Juliana. Por terem tido compreensão pela minha ausência, porém nunca me privando do amor de vocês, da preocupação e do auxílio quando necessário. Isso se chama amizade, obrigada por serem tão fiéis.

Aos meus irmãos, Rogério, Fernanda, Daniel, Paula, Thiago, Diene, Carlos, Lorena e Augusto por sempre orarem pela minha vida e pelos meus projetos. Vocês foram

ferramenta importantíssima para que eu chegasse até aqui. Muito obrigada pelas palavras de sabedoria e fortalecimento.

Agradeço, também, a Isabela por todo auxílio, bem como à Roberta Marcon por sempre estar disposta e pronta a ajudar e por ter-me disponibilizado instrumentos para a realização da coleta de dados.

Às minhas secretárias, Adriana e Kézia, por toda a ajuda que tem me dado ao longo desse tempo que estamos juntas, agradeço por todo cuidado comigo e com as participantes deste estudo. Sou muito grata a cada uma de vocês.

Agradeço as participantes deste estudo pela confiança a mim depositada, pelo compromisso e por terem me concedido a oportunidade de “fazer a diferença” na história de vocês.

Lista de Figuras

Figura 1 - Frequência de RP e RD na aplicação e replicação da subcondição atenção-comentário de P1.....	33
Figura 2 - Frequência de RP e RD na aplicação e replicação da subcondição de atenção-comentário de P2.....	34
Figura 3 - Frequência de RP e RD na aplicação e replicação da subcondição de atenção-contato físico de P1.....	35
Figura 4 - Frequência de RP e RD na aplicação e replicação da subcondição de atenção-contato físico de P2.....	36
Figura 5 - Frequência de RP e RD na aplicação e replicação da subcondição de atenção-sinal de reprovação de P1.....	37
Figura 6 - Frequência de RP e RD na aplicação da subcondição de atenção-sinal de reprovação de P2.....	38
Figura 7 - Frequência de RP e RD na aplicação e replicação da condição de demanda de P1.....	39
Figura 8 - Frequência de RP e RD na aplicação e replicação da condição de demanda de P2.....	40
Figura 9 - Frequência de RP e RD na aplicação e replicação da condição de sozinho para P1 e P2.....	41
Figura 10 - Frequência de RP e RD na aplicação e replicação da condição de controle para P1.....	42
Figura 11 - Frequência de RP e RD na aplicação e replicação da condição de controle de P2.....	43
Figura 12 – Frequências de RD e de RA durante as aplicações e replicações de P1.....	45

Figura 13 – Frequências de RD e de RA durante as aplicações e replicações de P2.....	46
Figura 14. RD e RP de P1 durante as fases do delineamento de reversão-replicação.....	47
Figura 15. RD e RP de P2 nas diferentes fases do delineamento de reversão-replicação.....	47

Lista de Tabelas

Tabela 1. Delineamentos de múltiplos elementos e de reversão-replicação, seguido por <i>follow-up</i>	27
Tabela 2. Exemplos de relatos depressivos das participantes e categorias segundo o DSM-IV-TR.....	28
Tabela 3. Informações fornecidas pela filha acerca dos comportamentos de P1.....	30
Tabela 4. Informações fornecidas pela mãe acerca dos comportamentos de P2.....	31
Tabela 5. Eventos antecedentes e consequentes aos comportamentos da participante P1...	32
Tabela 6. Eventos antecedentes e consequentes aos comportamentos da participante P2...	32

Sumário

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos.....	vi
Lista de figuras.....	viii
Lista de tabelas.....	ix
Sumário.....	xi
Resumo	xii
Abstract.....	xiii
Introdução	1
Fontes de controle do comportamento emocional de depressão.....	4
O estudo do comportamento da pessoa com o diagnóstico de depressão.....	8
Avaliação funcional indireta, direta e experimental.....	13
Objetivos do presente estudo.....	15
Método	17
Participantes.....	17
Material e Ambiente	19
Procedimento	20
I - Avaliação funcional indireta por meio de entrevista.....	21

II - Avaliação funcional por meio de observação direta dos.....	22
III- Avaliação funcional (experimental) ou análise funcional	23
IV- Delineamento de reversão-replicação, seguido por follow-up.....	23
V- Tratamento dos dados	25
Resultados	30
Discussão	48
Referências.....	56
Anexos	61
Anexo A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Participante	62
Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Familiar	69
Anexo C . Entrevista para Avaliação Funcional	75
Anexo D. Comunicado para seleção da participante da pesquisa	78

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo analisar funcionalmente os comportamentos-problema apresentados por duas pessoas com o diagnóstico psiquiátrico de depressão maior. Ambas as participantes eram do sexo feminino, sendo que uma delas era casada e a outra solteira. As participantes relataram ter recebido esse diagnóstico desde a adolescência. Para a realização da avaliação dos antecedentes e consequentes dos relatos depressivos foram empregadas as estratégias de avaliação funcional indireta, direta e experimental com o uso do delineamento de múltiplas condições. Por meio desse delineamento foram manipuladas quatro condições principais: condição de *atenção*, *demanda*, *sozinho* e de *controle*. A condição de atenção foi subdividida em três subcondições: atenção-comentário, atenção-contato físico e atenção-sinal de reprovação. Para intervir nos comportamentos-problema das participantes optou-se por usar um programa de intervenção com o uso do reforçamento diferencial alternativo. Para essa finalidade foi empregado o delineamento de reversão-replicação no formato ABAB seguido por *follow-up*. Assim, objetivou-se reduzir os comportamentos-problema, enquanto novos comportamentos desejados fossem instalados. Os resultados sugerem que o reforçador atenção social que foi manipulado nas diferentes condições exerceu controle sobre os relatos depressivos de ambas as participantes, cujas frequências diminuíram ao longo do programa de tratamento. Esses achados foram discutidos em termos da importância do uso do processo de avaliação funcional para classes de comportamentos-problema de pessoas com diagnósticos de depressão.

Palavras chave: análise do comportamento; antecedente-consequente; análise funcional; depressão.

ABSTRACT

The present study had as objective to functionally analyze the problem behaviors presented by two people with the psychiatric diagnosis of major depression. Both participants were women, one of whom was married and the other single. The participants reported receiving this diagnosis since adolescence. To perform the evaluation of antecedents and consequences of depressive reports, were employed strategies of indirect functional assessment, direct and experimental with the use of the outlining of multiple conditions. Through this outlining four main conditions were manipulated: attention condition, demand, lonely and control. The attention condition was subdivided into three subconditions: attention-comment, physical contact-attention and attention-sign of disapproval. To intervene in problem-behaviors of the participants, it was opted to use an intervention program using the alternative differential reinforcement. For this purpose was employed the outlining of reversal-replication in ABAB format followed by follow-up. Thus, the objective was to reduce problem-behaviors, while new desired behaviors were installed. The results suggest that the social attention reinforcer that has been manipulated in the different conditions have exerted control over depressive reports of both participants, whose frequencies have decreased throughout the treatment program. These findings were discussed in terms of the importance of the use of functional assessment process for classes of problem-behaviors in people with diagnoses of depression.

Keywords: behavior analysis; antecedent-consequent; functional analysis; depression.

O termo depressão tem sua origem no latim '*depressione*', e foi cunhado no século XVII com o significado literal de abaixamento. Desde então, a palavra depressão faz referência ao achatamento, abaixamento (resultante de pressão ou peso), bem como alegoricamente sendo diminuição, redução e letargia (Cavalcante, 1997). Assim, o termo depressão foi difundido nas culturas populares e científicas, bem como em suas linguagens, mantendo semelhanças com o sentido metafórico com o qual originalmente foi descrito. Por isso, o 'abatimento físico e moral' de quem é por ela acometido, corresponde adequadamente à expressão depressão, até porque a utilização de palavras que designam sentimentos começou a ser utilizada como forma de metáforas (Skinner, 1989).

O episódio depressivo maior é a depressão mais grave e comumente diagnosticada. Os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR (APA, 2000/2003), indicam que para o episódio depressivo maior devem estar presentes, por um período mínimo de duas semanas, um humor deprimido, insônia ou hipersonia, perda ou ganho de peso, agitação ou retardo psicomotor, culpa excessiva, redução da capacidade de concentração, lentidão de pensamento ou indecisão, ideias recorrentes de morte ou suicídio, além de perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Para o diagnóstico, o indivíduo deve experimentar pelo menos quatro sintomas dos mencionados acima, e deve preencher o critério de que a ocorrência desses sintomas deve persistir na maior parte do dia, praticamente todos os dias, pelo menos duas semanas consecutivas.

O indivíduo depressivo apresenta, portanto uma gama de topografias comportamentais, como: choros frequentes e excessivos; relatos de desânimo acerca de todas as situações com elevada frequência; e de inatividade. Uma forma de explicação desse padrão relatado é de que esses traços façam parte da "essência" da pessoa e/ou de

sua “personalidade”, ou seja, esse indivíduo apresenta uma “tendência depressiva” (Ferreira & Tourinho, 2011).

Para Dougher e Hackbert (2003) existem outros problemas frequentes que são típicos da depressão e podem ser observados na grande maioria das pessoas com o diagnóstico, como: a ruminação, expressões de desamparo, desesperança, insatisfação crônica, raiva, uso abusivo de substâncias psicoativas, problemas de relacionamento interpessoal e dificuldades laborais.

Já a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 2008) descreve a depressão em relação à intensidade dos sintomas. Também, por meio do predomínio do tipo de sintomas apresentados. Quanto à intensidade tem-se: (a) leve; (b) moderada; e (c) grave, já quanto ao predomínio dos sintomas, classificam-se em: (1) depressão atípica; (2) depressão ansiosa; (3) depressão psicótica; (4) distímia; e (5) transtorno bipolar de humor.

A maioria dos profissionais de saúde mental mantém como principal referencial para o diagnóstico e tratamento da depressão o DSM-IV-TR e a CID-10. No primeiro encontra-se uma extensa classificação de subtipos de depressão. Essa classificação é importante para profissionais que optam por determinados psicofármacos baseando-se nos critérios descritos nesses manuais (Melo & Teixeira, 2012).

O transtorno depressivo tem números importantes quanto a sua prevalência, ao longo da vida atinge cerca de 2 a 12% de indivíduos do sexo masculino e 5% a 26% no sexo feminino (Kaplan & Sadock, 1997). Sua incidência pode chegar a até 10% em pessoas que receberam atendimento médico geral e aproximadamente 15% de indivíduos internados em hospitais gerais. Porém, quanto a suas causas há inúmeras hipóteses, algumas atribuem serem os fatores genéticos, outras hormonais como efeitos pós- parto, estressores psicossociais, bem como modelos comportamentais (Demetrio, 1997).

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2001) descreve a depressão como sendo um problema de saúde pública. Aponta que 5 a 10% dos indivíduos necessitam de tratamento para o transtorno e que entre 8 a 20% possuem o risco de desenvolverem a depressão ao longo de suas vidas (WHO, 2001). Botega, Furlanetto e Fráguas-Jr. (2003) afirmam que a cada 20 pessoas, pode-se esperar que pelo menos uma delas seja acometida por um episódio de depressão moderado ou grave. Assim, esse evento aumenta as chances de comprometimento na qualidade de vida do indivíduo, bem como aumenta a possibilidade de haver comorbidades.

A OMS alerta que o transtorno depressivo, será no ano de 2030 a “doença” mais comum e frequente no mundo. Entretanto, há inúmeros questionamentos acerca do que denominam de depressão, e quais seriam as suas possíveis causas e tratamentos eficazes.

Para a causa da depressão postulam-se sentimentos internos. Desta forma, a definição de depressão como fenômeno psicológico na maioria das vezes, leva a descrições internalistas pela visão tradicional, por exemplo, como uma personalidade imutável, e a uma essência própria do indivíduo, ou seja, ele *é* deprimido, como se fosse um atributo relativo à experiência particular dele, *consigo mesmo*, deixando de lado qualquer explicação externalista (Ferreira & Tourinho, 2011).

Os indivíduos diagnosticados como deprimidos experienciam sentimentos, imagens e pensamentos negativos e aversivos na maior parte do tempo, e uma das formas que utilizam para controlá-los é tentando reprimi-los e/ou controlar essas experiências privadas imensamente incômodas. Nota-se, portanto, que os sintomas individuais de depressão indicam pessoas com um repertório de déficits e excessos comportamentais, como disposto no sistema categorial adotado pelo DSM IV. Contudo, a restrição quanto ao seu uso se dá pelo fato desse sistema enfatizar a topografia de determinado comportamento

e negligenciar a identificação e a análise das relações contingenciais que estão em vigor (Cavalcante, 1997).

Campos (2007) coloca que para se chegar a um consenso a partir das várias posições que existem acerca da depressão, é necessária que haja a evolução do conhecimento nas mais diversas áreas que buscam compreender este transtorno, inclusive na clínica. Os conceitos até então disponibilizados pela literatura científica descrevem os sintomas em indivíduos com o diagnóstico de depressão, entretanto, com base nos pressupostos da análise do comportamento, isto não é suficiente, pois os analistas dão ênfase não em sintomas, mas nas funções que aquele comportamento possui.

Portanto, para que a ciência evolua, busque programas de intervenção e contribua para o aperfeiçoamento dos diagnósticos, são importantes que sejam avaliadas as variáveis em vigor, os comportamentos-problema, bem como as suas funcionalidades no ambiente em que operam. Pelo fato da depressão ter se tornado hoje um mal que acomete em números alarmantes, a nossa sociedade, surgiu a necessidade e o interesse pelo estudo e pela análise dos aspectos comportamentais que estão envolvidos nesse quadro, e quais seriam os aspectos da história de vida de um indivíduo que o deixam vulnerável a tal. Para isso cada vez mais se tem buscado explicações através da abordagem funcional.

Fontes de controle do comportamento emocional e da depressão

De início, o comportamento emocional não é facilmente descrito. Catania (1998/1999) afirma que a linguagem das emoções de um indivíduo é complicada: fala-se de emoções com base tanto em situações quanto no comportamento que ocorre nessas situações. As operações que fazem aparecer certas mudanças no comportamento em processo consistem em dois tipos principais: a retirada de reforçadores primários

poderosos e a apresentação de estímulos que foram emparelhados com tais reforçadores por meio do condicionamento clássico (Martin & Pear, 2007/2009; Millenson, 1967/1975).

As operações que dão origem a certos comportamentos emocionais podem, se efetuadas frequentemente, provocar mudanças corporais agudas, por exemplo, a retirada de reforçadores generalizados pode ter relação com o fenômeno ‘tristeza’ (Millenson, 1967/1975). Desse modo, a perda de um emprego ou a morte de um amigo, ser estuprado ou eventos semelhantes provocam tristeza porque de uma só vez, uma variedade de reforçadores é perdida. Outros exemplos: apresentação de reforçadores produz a emoção ‘satisfação’ e a apresentação de estímulos aversivos produz ‘ansiedade’. Já a retirada de estímulos aversivos ‘alívio’, enquanto que a combinação de um estímulo positivo com um negativo (comer torta de chocolate e engordar) produz, ‘culpa’ (Martin & Pear, 2007/2009; Millenson, 1967/1975).

Ferster (1973) acrescenta que a interrupção do reforçamento para respostas que anteriormente produziam reforçadores pode ser dada, em função de algumas mudanças no ambiente que tornam menos acessíveis reforçadores que eram disponíveis. Portanto, se ocorrem mudanças nas contingências de reforçamento e o indivíduo não se adequa a elas, suas respostas não são reforçadas, entrando em extinção. Com efeito, é gerado o quadro de pouco reforçamento característico da depressão, pois a pessoa depressiva deixa de responder certos tipos de atividade junto com uma incidência relativamente alta de reclamações, choro e irritabilidade (Ferster, 1973).

Torna-se então necessário, sugere Ferster (1973), a mensuração da frequência de ocorrência dos comportamentos de um depressivo, e assim sua comparação com as respostas de outra pessoa que não possua o diagnóstico. Para o entendimento da depressão não é possível atribuir uma causa única ou um único processo, pois o repertório de um

deprimido é composto de inúmeras atividades que ele deixa de executar e de se engajar, bem como baixa frequência de emissão de comportamentos adequados (Ferster, 1973).

Fester (1973) notou ainda que nos repertórios dos deprimidos, ocorre um déficit importante de atividades reforçadoras, uma amplitude de repertórios de fuga ou esquiva de contextos e situações que no passado eram fontes de reforço. Assim, observa-se que esses comportamentos de fuga e de esquiva levam esses indivíduos a se afastarem cada vez mais do ambiente e do convívio social, acarretando assim, um déficit de reforçamento (Baptista, Vargas, & Baptista, 2008).

Tradicionalmente, classifica-se a depressão segundo o resultado da emissão de excessos comportamentais inadequados (e. g., hipersonia, ganho de peso, agitação psicomotora), seja por déficit (e. g., insônia, humor deprimido, perda de peso, indecisão) comparados aos déficits dos adequados (e. g., interações sociais, interesse nas atividades diárias), os mesmos serão resultados de inúmeros processos. Para sua compreensão, portanto, é necessária a investigação da relação entre os antecedentes e consequentes dos comportamentos-problema. E entender a relação de funcionalidade entre as variáveis e as ações envolvidas (Cavalcante, 1997; Martin & Pear, 2007/2009).

Por outro lado, são comuns entre as pessoas depressivas as histórias de punição e sem possibilidade de fuga. Seligman e Maier (1967) utilizaram uma caixa experimental, dividida em dois compartimentos, cujo piso eletrificado liberava choques nas patas dos cães que não podiam escapar. Quando receberam os primeiros choques, os cães emitiram respostas de fuga, como saltar para o outro lado da caixa, mas isso não cancelava os choques. Posteriormente, a frequência dos comportamentos de fuga deixara de ocorrer, ou seja, os cães simplesmente pararam de responder ao receber os choques.

Os trabalhos sobre o desamparo aprendido demonstraram que a repetida estimulação aversiva incontrolável e sem fuga, resulta em uma redução comportamental

generalizada e interfere com os efeitos subsequentes do reforço contingente. O fato comum nos estudos sobre o desamparo aprendido é que animais expostos a eventos aversivos incontroláveis deixam de mostrar sensibilidade aos reforçadores. A passividade apresentada pelos sujeitos é a de que, ao invés deles atuarem em seu meio modificando-o, eles permaneceram passivos, recebendo os estímulos aversivos (Hünziker, 2001; Seligman & Maier, 1967; Seligman, 1977). Com efeito, pessoas expostas a contextos aversivos, onde não conseguem obter reforçadores e sendo comum estimulação aversiva da qual não têm possibilidade de fugirem ou esquivarem podem desenvolver um quadro depressivo (Hünziker, 2001). Pessoas deprimidas que se comportam de modo passivo diante de eventos aversivos, mesmo tendo um repertório bem estabelecido de enfrentamento a esse tipo de evento, na maioria das vezes não respondem a situações que poderiam lhe gerar reforçadores (Abreu, 2011).

Parece que as experiências traumáticas com eventos aversivos incontroláveis exercem efeitos deletérios sobre o comportamento. A proposta do desamparo tem sido usada no estudo da bioquímica da depressão, uma vez que o aspecto incontrolável do ambiente pode determinar a depleção de neurotransmissores relacionados com o sistema neuroquímico de reforçamento. Os pesquisadores têm dado ao desamparo um alto grau de confiabilidade como modelo da depressão dentro das neurociências, pois alterações neuroquímicas encontradas em indivíduos deprimidos foram encontradas em animais submetidos a eventos aversivos incontroláveis (Hünziker, 2001; Willner, 1985).

Todos os pontos acima sinalizaram que fontes de controle do comportamento, como extinção prolongada, punição incontrolável e a perda de reforçadores generalizados podem contribuir para a probabilidade de um quadro como a depressão. Não há associação entre os comportamentos típicos do deprimido e o seu sentimento de depressão, como se este ocasionasse os primeiros. Ressalta-se que ações, descrições e sentimentos podem ser

originados pelos componentes respondentes e operantes das emoções, embora estas não sejam facilmente descritas ou definidas. Tal dificuldade pode ser atribuída em parte às múltiplas fontes de controle sobre a nomeação de comportamentos que são descritos como emocionais. Portanto, o comportamento deprimido não é fruto do sentimento de depressão, mas ocorre juntamente com este, em função desses fatores (Martin & Pear, 2007/2009; Skinner, 1974/2006).

Oliveira (2004) propõe que o comportamento depressivo deve ser compreendido através da análise das contingências que estão vigorando no ambiente do indivíduo. Desse modo, se faz necessário que a interação da pessoa que se deprime seja avaliada. Para os analistas do comportamento, a depressão não é vista como um transtorno mental, mas como padrões de interações complexas resultantes da relação organismo-ambiente que devem ser abordados por meio do processo de avaliação funcional.

O estudo do comportamento da pessoa com o diagnóstico de depressão

A abordagem analítico-comportamental sinaliza que o entendimento das variações comportamentais observadas em pessoas com diagnóstico de depressão implica em identificar as variáveis aprendidas ao longo de suas histórias de interação, além de observar como as mesmas estão produzindo e mantendo o comportamento da pessoa depressiva. É imprescindível o levantamento dos eventos antecedentes e consequentes ao comportamento-problema chamado de depressão, uma investigação, portanto, das contingências depressoras (Abreu, 2006).

É importante dentro da abordagem analítico-comportamental a compreensão do porquê uma pessoa com transtorno depressivo maior comporta-se como tal em dada situação e num dado momento, e quais são as consequências geradas por estes comportamentos. Deste modo, o papel desempenhado pelo analista do comportamento é

entender quais são os eventos antecedentes e consequentes que originaram o repertório de comportamentos desadaptativos apresentados; e para esta finalidade podem ser utilizadas as manipulações de variáveis. Para, além disso, é fundamental compreender quais são os fatores que se encontram envolvidos em sua manutenção, quais sejam, as consequências (Lopes, Lopes & Lobato, 2006).

Desta forma, para a perspectiva analítico-comportamental da depressão, a mesma só pode ser compreendida como um padrão complexo de comportamentos que ocorrem na interação de um organismo com o seu ambiente. Avalia-se, então, que não há outra forma de entendimento do comportamento depressivo se não o de recorrer a avaliação funcional em relação ao contexto em que o comportamento depressivo ocorre (Cavalcante, 1997).

Ressalta-se que, além da importância da utilização do método experimental, por meio da análise funcional do comportamento depressivo, é importante o entendimento de qualquer padrão de resposta, através da compreensão e reconhecimento dos três níveis de determinação do comportamento: filogênese, ontogênese e cultura. Essas três instâncias são responsáveis pela seleção de qualquer comportamento existente, são elas: o (1) filogenético ou a história da espécie, diz respeito à genética do indivíduo, sua estrutura biológica, e é responsável, inclusive, pela variabilidade das espécies; o (b) ontogenético ou a história de vida da pessoa está correlacionado a história de aprendizagem do indivíduo, ou seja, como alguém aprende aquele repertório típico da pessoa com depressão (e. g. choro excessivo, falta de interação social, ausência de atividades laborais ou acadêmicas, falta de apetite); e o (c) cultural, ou seja, as regras e as condutas sociais estabelecidas por meio do convívio social e da interação (Skinner, 1953/1970; Todorov & Hanna, 2010).

Para Ferreira e Tourinho (2011) a compreensão do fenômeno depressão como complexo e multifacetado, à luz da análise do comportamento, traz algumas implicações. Implica deixar de atribuir-lhe características pré-definidas, invariáveis, na medida em que

pode incluir uma ampla gama de relações de diferentes graus de complexidade. Implica, na intervenção, desviar o foco dos *sintomas*, para os arranjos de contingências envolvidas na ocorrência dessas relações.

Conclui-se, portanto, que os problemas de comportamento apresentados por pessoas “acometidas” pela depressão são multideterminados, pois sofrem influência de variáveis filogenéticas, ontogenéticas e culturais. Assim, todo e qualquer comportamento sofre influências genéticas, porém elas são mínimas, estando associada apenas a estrutura biológica necessária para o comportamento. O que é fundamental analisar, e que os analistas do comportamento devem ficar atentos, é a identificação de quais são as variáveis que mantêm o responder de uma pessoa, ou seja, suas histórias ontogenéticas e culturais, esses dois níveis importantes de seleção do comportamento (Ferreira & Tourinho, 2011).

Para a compreensão do comportamento depressivo ou qualquer outro tipo de comportamento, deve ser considerada tanto a evolução biológica, os fatores ambientais quanto a cultura na qual o indivíduo está inserido, pois estes fatores determinam quais são os comportamentos esperados da pessoa, ou seja, adequados, bem como quais são os inadequados e destoam do ambiente, os chamados de psicopatológico. Entretanto, as variáveis biológicas e culturais possuem uma limitação quanto a sua identificação e sua manipulação no contexto clínico, pois são difíceis de serem manipuladas em um *setting* terapêutico (Sturmey, Ward-Horner, Marroquin & Doran, 2007).

Propõem Ferreira e Tourinho (2011) que a cultura e a história de vida, por exemplo, são de suma importância para a aprendizagem do indivíduo. A interação social acaba possibilitando a aprendizagem de determinadas contingências sociais específicas, quando esta aprendizagem se dá de modo ruim e inadequado favorece o surgimento (diferenciação) de “sentimentos, emoções” e repertórios de comportamento – problema, alguns dos quais são denominados mais tarde pela sociedade com o nome de depressão.

Em um recente estudo conduzido por Lam, Marra e Salzinger (2005), foi utilizado o paradigma do condicionamento verbal a fim de investigar como se dava a variação intercultural na descrição dos sintomas provenientes da depressão unipolar. Os resultados do mesmo apontaram que os relatos feitos por pessoas acometidas pela depressão acerca dos sintomas somáticos ou psicológicos são condicionados pelo reforçamento social.

Os resultados deste estudo corroboram com os achados de Nazroo et al. (1998) que realizaram um estudo sobre as diferenças entre os sexos na experiência emocional chamada de depressão. Concluiu-se que a aprendizagem dos relatos verbais possui diferença quanto aos gêneros, ou seja, são condicionados socialmente de maneira diferente, mulheres tateiam a depressão diferentemente dos homens.

Portanto, assim como o comportamento verbal negativo sofre influência do reforçamento social, o mesmo pode ocorrer com o comportamento do deprimido como um todo: a recusa em participar de quaisquer atividades, o choro excessivo e a inatividade, por exemplo, influenciam no ambiente em que o indivíduo está inserido, em sua família e nas pessoas que estão a sua volta, e, além disso, pode retroagir sobre ele (Britto, 2003).

É visto que o verbal negativo do sujeito é um fator importante na intervenção, apesar da grande maioria dos analistas de comportamento focar-se na baixa frequência de comportamentos emitidos por pessoas depressivas, bem como na compreensão das contingências que estão operando naquele contexto. Todavia, sabe-se que é o estado afetivo negativo a queixa principal que motiva os sujeitos a buscarem auxílio e tratamento nos consultórios de saúde mental (Dougher & Hackbert, 2003).

Grande parte dos sujeitos com depressão acaba procurando auxílio profissional após terem perdido alguma fonte de reforço muito vigorosa em suas vidas, como o falecimento de um parente próximo, a saída de um filho de casa ou até mesmo a demissão de um emprego. É sabido que quem não possui um repertório amplo e adequado de

comportamentos, quando perde um reforço que era o maior e único responsável pela manutenção do repertório do indivíduo, acaba descrevendo aquela situação com uma conotação insuportável, e isso agrava o problema. Entretanto, há outros que por possuírem um repertório favorável, acabam por encontrar novas fontes de reforço que suplantam a perda (Dougher & Hackbert, 2003).

Salienta-se, dessa forma, que a depressão é observada em indivíduos que experienciam a perda de importantes agentes reforçadores. Em contrapartida, é notado, também, que esse repertório problema leva o ambiente social da pessoa à liberação de outros reforçadores contingentes a comportamentos inadequados, ou seja, a atenção social, aumentando, assim, a frequência de repertórios inapropriados (Azevedo et al., 2009).

Como já mencionado, devido à estimulação aversiva na história de vida de pessoas com depressão, é correto afirmar que ela pode ser ocasionada tanto por um histórico de punição quanto de extinção (Dougher e Hackbert, 2003). A extinção nada mais é do que a suspensão de um estímulo reforçador a um comportamento que anteriormente era reforçado, fazendo com que a probabilidade do mesmo ocorrer diminua em frequência, ou seja, retorne ao seu nível operante. Deste modo, um comportamento que anteriormente apresentava elevada frequência, quando há a supressão do reforço é notada a redução dessa resposta (Conte & Silveira, 2004; Martin & Pear, 2007/2009; Moreira & Medeiros, 2007).

Outro exemplo típico é quando ocorre o rompimento de um relacionamento amoroso, como o companheiro apresenta um enorme valor reforçador para o indivíduo, e faz parte de classes de respostas do tipo lazer e/ou atividade social, logo, quando ocorre o fim da relação, há também uma grande perda de reforço. É importante salientar, que, pessoas diagnosticadas com depressão crônica são aquelas cuja história de vida é marcada

por contingências de punição prolongada, sem a possibilidade de fuga, e com escassas situações onde é liberado o reforço (Correia & Borloti, 2011).

Não há dúvidas de que diferentes relações ambientais podem gerar ou não o comportamento depressivo. Dependendo do modo pelo qual o indivíduo responde as demandas de seu ambiente podem torná-lo mais ou menos suscetível aos problemas. Porém, nem todas as pessoas que perderam sua função laboral, um ente querido, ou foram acometidas por uma enfermidade enfrentam, necessariamente a depressão.

Avaliação funcional indireta, direta e experimental.

Os analistas do comportamento usam dois termos para identificar as variáveis que controlam comportamentos específicos: avaliação funcional e análise funcional. O termo avaliação funcional diz respeito às atividades envolvidas em buscar informações e formular hipóteses relacionadas aos comportamentos-problema. Já o termo análise funcional é usado quando são testadas as hipóteses por meio da manipulação sistemática de eventos ambientais para verificar as funções desses eventos no controle do comportamento (Cone, 1997; Martin & Pear, 2007/2009).

Nas palavras de O'Neill, et al. (1997) uma avaliação funcional é um processo para reunir informações que podem ser usadas para maximizar a eficácia do suporte comportamental. Os processos usados na condução de uma avaliação funcional podem assumir diferentes formas e alcançar altos níveis de precisão. Desse modo, o processo de avaliação funcional consiste de um método formal para identificar os eventos antecedentes e consequentes que mantêm comportamentos-problema (Hanley, 2012; Iwata & Dozier, 2008).

Avaliação funcional indireta. Métodos com informantes, isto é, respostas informadas em entrevistas, escalas ou questionários são facilmente obtidas, razão pela qual

esses métodos são utilizados na maioria das vezes por profissionais. Embora os métodos indiretos sejam recomendados, eles se mostram insuficientes como base para o desenvolvimento de um programa de intervenção. Justifica-se o seu uso quando há dificuldades de que sejam coletados dados por observação direta (Iwata & Dozier, 2008; Martin & Pear, 2007/2009; O'Neill, et al., 1997).

Avaliação funcional direta. A observação sistemática e direta tem sido, há muito tempo, a base do uso aplicado de procedimentos comportamentais. Ou seja, os métodos descritivos pelos quais dados observacionais são retirados do comportamento-alvo e do contexto em que ocorre. Esse método tem uma longa tradição dentro da abordagem analítico-comportamental, como o principal método de coleta de dados de linha base e de avaliação dos efeitos do tratamento (Iwata & Dozier, 2008; O'Neill, et al., 1997).

Não é, no entanto, adequado para a identificação de relações funcionais, uma vez que métodos descritivos fornecem informação apenas sobre eventos e sua ocorrência. Eles não fornecem informações sobre as propriedades funcionais dos eventos ou as relações funcionais entre os eventos (Iwata & Dozier, 2008; O'Neill, et al., 1997). Em função das limitações com os métodos com informantes e descritivos, a análise funcional ou experimental tem emergido como o padrão para a avaliação da pesquisa clínica (Iwata & Dozier, 2008).

Análise funcional. O termo análise funcional foi usado por B. F. Skinner para se referir ao efeito de uma variável sobre a outra, portanto, às 'relações de causa e efeito', isto é, a demonstração empírica de relações funcionais entre o ambiente e o comportamento (Skinner, 1938, 1953/1970). Desta forma, esse termo é usado dentro da abordagem analítico-comportamental para referir-se a procedimentos experimentais nos quais os eventos ambientais são manipulados de modo sistemático para testar seus efeitos sobre o

comportamento alvo (Hanley, 2012; Iwata & Dozier, 2008; Martin & Pear, 2007/2009; O'Neill, et al., 1997). Hanley, Iwata e McCord (2003) notaram que na literatura analítico-comportamental o termo 'funcional' tem sido utilizado para (a) demonstrar o efeito que um comportamento tem sobre o ambiente, ou seja, as suas consequências. Também para se (b) referir à relação entre duas variáveis, na qual uma varia (variável dependente) na presença da outra (variável independente).

No entanto, há na literatura, diferente conotação para o termo análise funcional que é também chamado de (1) avaliação funcional experimental (Martin & Pear (2007/2009; O'Neill, et al., 1997), (2) metodologia de análise funcional – *functional analysis methodology* (Hanley, 2012; Iwata & Dozier, Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman & Richman, 1982/1994) e (3) análise funcional (experimental) – *functional analysis (experimental)* (Hagopian, Dozier, Rooker & Jones, 2013). Estes termos são as vezes usados de modo intercambiável pelos analistas do comportamento. Não obstante, o termo análise funcional não é utilizado apenas pelos analistas do comportamento. Disciplinas como a biologia, economia, física, matemática e medicina também fazem uso do mesmo (Hanley et al., 2003).

Esclarece-se que esse modelo padrão e compreensivo para conduzir a análise funcional foi descrito por Iwata, et al. (1982/1994) sob a denominação de metodologia de análise funcional. A abordagem é caracterizada como experimental no sentido de que a análise funcional permite testar hipóteses e identificar relações causais (Britto, Bueno, Elias & Marcon 2013; Hagopian, Dozier, Rooker & Jones, 2013). Pelo seu emprego nos estudos dentro análise do comportamento aplicada, destaca-se a generalidade desta abordagem que tem sido replicada, discutida e ampliada para estudar os diferentes tipos de comportamentos-problema (Beavers, Iwata & Lerman, 2013).

Em suma, torna-se relevante avaliar a tecnologia de avaliação funcional tanto pela forma, isto é, pelos procedimentos conduzidos para identificar e tratar os problemas comportamentais, quanto pelas consequências responsáveis pelo resultado final: o de contribuir para o desenvolvimento de uma tecnologia de avaliação que atenda aos desafios impostos pela complexidade de se estudar o comportamento como objeto de estudo científico que, tem sido descrito como *sintomas* de atividades subjacentes e, por conseguinte, submetido a tratamento medicamentoso (Britto, 2012; Britto, et. al., 2013).

Objetivos do presente estudo

Este estudo investigou funcionalmente os eventos antecedentes e consequentes que produziram e mantiveram os comportamentos-problema de pessoas com o diagnóstico psiquiátrico de transtorno depressivo maior. Para essa finalidade foi utilizado o delineamento de múltiplas condições, envolvendo as condições desenvolvidas por Iwata et al. (1982/1994) como condições de *atenção, demanda, sozinho e controle*.

Um segundo objetivo consistiu em intervir nos comportamentos-problema com o uso do delineamento de reversão e replicação, no formato ABAB, seguido por *follow-up* para extinguir comportamentos-problema e instalar novos comportamentos.

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa duas pessoas, ambas do sexo feminino e com o diagnóstico psiquiátrico de transtorno depressivo maior. As participantes foram nomeadas de “P1” e de “P2”, respectivamente.

P1 – com 43 anos de idade, única filha de uma prole de quatro, casada pela segunda vez, mãe de três filhos, duas meninas de 21 e 18 anos e um menino de 4 anos de idade. Aos sete anos de idade perdeu um dos irmãos em um acidente de carro. Casou-se aos 20 anos e engravidou da primeira filha aos 22 anos. Após o nascimento da filha teve depressão pós – parto. Relatou que olhava as pessoas, pela janela de seu apartamento, fazendo as suas atividades diárias e imaginava que nunca mais poderia fazer nada de prazeroso. Quando a filha completou pouco mais de dois anos, ela e o marido começaram a se desentender, até que um dia ele pegou todos os pertences dele e foi embora da casa, deixando P1 e a filha. Com isso, P1 acabou indo fazer terapia e diz ter melhorado, com três meses de tratamento, o ex – marido a procurou e decidiram reatar o relacionamento. Com apenas um mês após o retorno da relação, e o restabelecimento do marido de volta a antiga casa do casal, ela ficou grávida de sua segunda filha e aos três meses de gravidez apresentou outros episódios depressivos que a levou a buscar um psiquiatra. Iniciou o uso de medicamentos como o Prozac® do terceiro ao nono mês de gravidez. Após o nascimento da filha teve depressão pós-parto pela segunda vez.

Aos 32 anos de idade separou-se do marido. Após se separar, deu continuidade ao tratamento medicamentoso e procurou outro psiquiatra. Nesta época, misturava álcool com o remédio receitado para dormir (Rivotril®), além de utilizar, também, um medicamento para emagrecer receitado por sua ginecologista (Sibutramina®). Essa ação ocasionou-lhe outra crise depressiva, da qual a família tomou ciência da gravidade e a mãe a conduziu a

tratamento espiritual. Depois de ocorrida a separação do então casamento, apaixonou-se por uma pessoa de mesmo sexo e só concretizou a relação após um ano, devido à culpa e confusão de sentimentos que experienciou. Após quatro anos dessa nova relação resolveram se separar, esse namoro foi marcado com histórico de agressão física e verbal.

Transcorridos seis meses do término da antiga relação conheceu o atual marido, e após dois meses começaram a se relacionar. Após alguns meses de namoro P1 ficou grávida, e então ela e o marido decidiram morar na mesma casa. Após o nascimento do filho do casal, P1 relatou que o seu humor deprimido se agravou. Relatou que não tem paciência de lidar com o filho caçula, e acabou atribuindo as atividades e responsabilidades com ele para a filha mais velha. Apesar de permanecer casada, relatou que não vive bem com o marido, deseja o divórcio. A participante fazia uso de Rivotril® 2,5ml antes de dormir e Wellbutrin ® 150mg.

P2 – 25 anos, nascida em Goiânia, é filha única, autônoma, solteira e residia com a mãe. O pai nunca a registrou, e, portanto não possuía contatos com ele. Fazia uso de maconha e também foi diagnosticada como hipocondríaca. Durante toda a infância de P2, a mãe trabalhou fora e fazia às vezes mais de três turnos. P1 relatou que a mãe, apesar de ausente, foi muito cuidadosa, amável e sempre atendia os seus desejos e dava-lhe presentes.

Em relação aos problemas na infância, P1 relatou que quando tinha cinco anos teve um princípio de convulsão e queda, foi levada ao médico neuropsiquiatra que a submeteu a cinco anos de tratamento com Tegretol®. Afirmou que após esse acidente nunca mais foi a mesma, e devido a uma calcificação no cérebro, relacionado à queda: P2 dizia que passou a ser uma criança sem atrativos, sem graça, manhosa, chorona e infeliz. Conta que não possui nenhuma foto enquanto criança sorrindo. Nesta época, foi diagnosticada por psiquiatra como depressiva. Durante a infância conviveu com a mãe, sem proximidade

com seus parentes. As tias a compararam com as primas, dizendo que as primas eram mais bonitas e inteligentes. No colégio apresentou dificuldade de aprendizagem. Lembra-se que nas brincadeiras de infância sempre era a mulher traída, a largada pelo marido e a vítima.

Aos 12 anos começou a preocupar-se com o peso, pois se encontrava com sobrepeso, além de apresentar sentimentos de inferioridade, comia excessivamente e depois se sentia culpada. Aos 16 anos teve o seu primeiro e único namorado, cuja relação já dura mais de nove anos. E aos 17 anos iniciou sua vida sexual.

Descreveu o seu namorado como de boa índole, calmo, porém muito acomodado, inclusive em relação à baixa frequência de atividade sexual que possuem e por ele não manifestar interesse em casar-se com ela. Aos 23 anos, o avô materno tentou o suicídio. Em uma dessas tentativas ele acabou sofrendo uma queda e fraturando o fêmur, o que o levou a fazer uma cirurgia que não obteve sucesso e acabou morrendo no hospital.

Devido à falta de investimento do namorado na relação, dirigiu-se a um centro espírita e lá pediu que a partir daquela data não tivesse o mesmo sentimento por ele. A partir daí começou a manter relacionamentos extraconjugais com outros rapazes, e não consegue mais ficar sem se envolver com outras pessoas que não o namorado, e nem cessar essa conduta.

Apesar de sair com esses rapazes e ingerir álcool, P2 relatou que não gosta de bebidas alcoólicas, porém que é a única forma que ela encontra de parecer interessante e atraente a esses novos casos. Descreve-se como uma pessoa desinteressante e pior que as outras. Argumenta que está se destruindo e que ela sente-se roubada dela mesma.

Atualmente, quando não está trabalhando, passa o tempo todo deitada e dormindo. No início deste estudo, P2 fazia uso das seguintes medicações: Rivotril® 2mg a tarde e 2mg a noite e Sibutramina® 15mg a tarde.

Ambientes e Materiais

Este estudo foi desenvolvido em dois ambientes. O primeiro deles foi o consultório particular da pesquisadora. No consultório havia duas poltronas, colocadas uma de frente para outra, com uma mesa de apoio no centro, um sofá de dois lugares, uma mesa de escritório com três cadeiras, um banheiro, dois armários, fax e ar condicionado.

No ambiente terapêutico foi disponibilizada, também, uma filmadora de fitas VHS, que ficou localizada próxima as participantes, em cima da mesa de escritório. Já o outro ambiente utilizado para condução da pesquisa foi a sala de recepção da clínica. Nessa sala continham um balcão, onde ficava a funcionária da secretaria, além de nove cadeiras avulsas, um aparelho de TV, purificador de água, revisteiro, quadro decorativo, dois banheiros, feminino e masculino e um aparelho de ar condicionado.

Foi utilizado um instrumento, a entrevista de avaliação funcional de O'Neill et al. (1997), traduzida e adaptada por Oliveira e Britto (2011) foi utilizada. Também, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexos A e B). Além desses, foram utilizados, canetas, lápis, folhas de papel *chamex*, impressora, *notebook*, lenço de papel, pastas de plástico, com abas de elástico, borracha, prancheta, apontador, caneta, relógio, revistas, guloseimas, barras de cereais, chocolates, jornais, livros de psicologia acerca do tema “educação parental”, livros de nutrição.

Procedimento

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – COEP, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Para selecionar as participantes do estudo, a pesquisadora recorreu a cartazes informativos, com a informação sobre a seleção de pessoas com o diagnóstico psiquiátrico de depressão como possíveis participantes de pesquisa (Anexo D) e que após o estudo ser finalizado, estas pessoas iriam receber

atendimento terapêutico gratuito. Esses cartazes foram afixados nos murais da PUC Goiás, constando os telefones de contato da pesquisadora.

Os critérios de inclusão: (a) possuir idade superior a 18 anos; (b) apresentar diagnóstico psiquiátrico de transtorno depressivo maior; (c) estar disponível a frequentar durante duas vezes na semana as sessões da pesquisa; (d) autorizar um dos membros da família (pai, mãe, cônjuge, ou irmãos) a fornecer à pesquisadora informações importantes acerca de sua história de vida, bem como de queixas e comportamentos-problema. Os critérios de exclusão para esta pesquisa são: (a) não assumir o compromisso de comparecer as sessões da pesquisa por duas vezes na semana; (b) não autorizar algum membro de sua família (pai, mãe, cônjuge ou irmãos) a cooperarem com o estudo por meio do fornecimento de informações sobre a sua história de vida.

Responderam aos anúncios três pessoas. Destes, dois foram selecionados por atender aos critérios de inclusão desta pesquisa. Um terceiro não foi selecionado, pois possuía o diagnóstico médico – psiquiátrico de transtorno bipolar do humor. O não selecionado foi encaminhado, pela pesquisadora, para o Centro de Estudos, Pesquisas e Práticas Psicológicas – CEPSI, da PUC Goiás, onde poderia se candidatar a tratamento psicológico.

I- Avaliação funcional indireta.

Para a obtenção dos comportamentos – problema das participantes utilizou-se da entrevista de avaliação funcional cuja finalidade era identificar os comportamentos-problema apresentados e em quais contextos ou momentos eles ocorriam com maior ou menor probabilidade. Assim, a entrevista teve por objetivo a identificação dos comportamentos – problema das participantes, bem como as consequências produzidas por esses comportamentos em suas interações. Foram avaliadas: (a) quais eram os eventos que

geravam respostas emocionais negativas nas participantes; (b) quais eram os ambientes em que essas respostas ocorriam com maior frequência; (c) na presença de quais pessoas e executando quais atividades esses comportamentos eram mais prováveis; (d) quais eram os eventos que desencadeavam os comportamentos inadequados; (e) com quais pessoas essas respostas inapropriadas tinham menor chance de ocorrer; e (f) quais eram as atividades que esses indivíduos mais gostavam.

Foram investigados, também: (a) o que o familiar sabia sobre os comportamentos inapropriados da participante; (b) se houveram tentativas para a diminuição desses comportamentos; além de (c) tempo de duração desses problemas, ou seja, há quanto tempo esses comportamentos estão sendo um problema a participante e ao seu ambiente social. Esclareceu-se aos entrevistados que a entrevista tinha como objetivo, a coleta de dados que iriam possibilitar à pesquisadora a compreensão de qual a função dos comportamentos-problema descritos até o momento, ou seja, a identificação das variáveis antecedentes e consequentes de cada uma das respostas indicativas de estados emocionais negativos e relatos negativos das participantes P1 e P2.

Responderam a entrevista a filha de P1 e a mãe de P2. A entrevista foi aplicada individualmente. O tempo médio de duração de cada uma das entrevistas foi de aproximadamente 60 minutos. As entrevistas de avaliação funcional foram registradas em vídeo. Ao término da participação do familiar de cada um das participantes, a pesquisadora agradeceu pelas informações e disse sobre a importância daquelas informações para a correta condução deste estudo.

II- Avaliação funcional direta.

Os dados de avaliação funcional por observação direta por meio de observação na sala de espera, onde as recepcionistas foram treinadas pela pesquisadora para observarem e

anotarem a frequência dos comportamentos das participantes. Os comportamentos observados na sala de espera por aproximadamente 10 minutos compreendiam o tempo entre a chegada da participante e o convite, feito pela pesquisadora, para adentrar a sala de pesquisa. Foram observados os eventos antecedentes e consequentes relacionados aos comportamentos-problema das participantes. Os diversos momentos de interação com as secretárias foram registrados de maneira cursiva. Como por exemplo, (a) interação entre as participantes e a recepcionista da clínica; (b) a interação entre as participantes e outros clientes da clínica; (c) os comportamentos apresentados enquanto aguardavam na sala de espera.

Foi possível observar que as participantes apresentavam uma série de déficits comportamentais, como: não interagir com as secretárias, bem como com outros clientes que se encontravam nas dependências da clínica, não cumprimentarem as pessoas e permanecerem calados e sem interação social alguma até chegar a hora de serem chamados a adentrar o consultório da pesquisadora.

III- Análise funcional.

Para o estudo dos eventos antecedentes e consequentes que controlavam os comportamentos-problema das participantes foi utilizado o delineamento de múltiplas condições. As quatro condições principais foram: (1) condição de *atenção*, (2) condição de *demanda*, (3) condição de *sozinho* e (4) condição de *controle*.

A condição de *atenção* foi subdividida em três categorias: (1.1) *atenção-comentário*; (1.2) *atenção-contato físico* e (1.3) *atenção-sinal de reprovação*. Após a aplicação das diferentes condições foi aplicado o delineamento de reversão-replicação ABAB seguido por *follow-up*.

Delineamento de múltiplas condições.

(1.1) *Atenção-comentário: as coisas vão melhorar.* Pesquisadora e participante separadas por uma mesa e a pesquisadora respondia a participante com uma ou duas palavras. Quando a participante relatava falas que possuíam conteúdo de estado emocional negativo (e.g., a vida é muito difícil; as coisas estão muito ruins; eu não aguento mais essa situação), a pesquisadora se calava, dirigia o olhar para a participante e em seguida apresentava o comentário: “As coisas vão melhorar”.

(1.2) *Atenção-contato físico.* Pesquisadora e participante separadas por uma mesa e a pesquisadora respondia a participante com uma ou duas palavras. Quando da ocorrência de fala falas negativas (e.g., eu me sinto muito mal; não tenho vontade de fazer nada), a pesquisadora imediatamente inclinava o seu corpo para frente, olhava nos olhos da participante e tocava o braço direito da participante.

(1.3) *Atenção-sinal de reprovação.* Pesquisadora e participante separadas por uma mesa e a pesquisadora respondia a participante com uma ou duas palavras. Após a emissão de qualquer fala negativa da participante, a pesquisadora olhava fixamente para os olhos da participante e então com expressão facial séria ao mover a cabeça de um lado para o outro em sinal de reprovação.

(2) *Demanda: executar tarefas.* A pesquisadora ofereceu a participante uma tarefa difícil as participantes. A pesquisadora entregava folhas de papel *chamex* em branco para as participantes, e de 3 em 3 minutos pedia para que elas escrevessem frases que achassem interessantes daqueles livros que elas estavam em mãos. Para P1 foi disponibilizados livros sobre “educação parental” que consistia no tema em que ela apresentava maior dificuldade, já para P2 foram escolhidos livros de nutrição, pois além da participante estar acima do peso e esse fato a incomodar bastante, P2 tinha aversão por leitura. Após cada emissão de

fala negativa, a tarefa era retirada e depois de transcorridos três minutos, eram oferecidos as demandas.

(3) *Sozinha*. A pesquisadora disse a participante que iria pegar algo nas dependências externas ao consultório, e deixou a participante na sala experimental sozinha pelo tempo de aproximadamente 5 minutos, enquanto a filmadora permaneceu ligada.

(4) *Controle*. A pesquisadora disponibilizou alguns materiais que eram reforçadores as participantes. Dentre esses materiais continham: jornais, revistas, comestíveis, em cima de uma mesa que ficava localizada entre a poltrona da pesquisadora e a poltrona da participante, portanto ao alcance dela. Então a pesquisadora pegou uma folha de papel e começou a fazer anotações, dando a instrução para a participante de que ela poderia ficar a vontade.

Após a aplicação das condições houve replicação desta sequência na ordem inversa. As sessões ocorreram duas vezes por semana, tendo sido realizadas seis sessões por dia com duração de 5 minutos cada e intervalo de 3 minutos entre elas. Todas as sessões dessas condições foram registradas em vídeo.

Após a conclusão da análise funcional foi aplicado um programa de tratamento com o uso do delineamento de reversão replicação seguido por *follow-up*.

IV- Programa de tratamento

O delineamento de reversão-replicação no formato ABAB, seguido por *follow-up* foi usado para intervir nos comportamentos-problema de P1 e P2 com a finalidade de reduzir as frequências de relatos verbais indesejados, bem como aumentar das frequências dos relatos verbais desejados. A variável dependente, *respostas verbais*, foi categorizada sobre duas classes de respostas: relatos depressivos (RD) e relatos positivos (RP). Assim, a análise do material ocorreu sobre essas duas categorias de respostas verbais mencionadas,

relatos positivos (RP) e relatos depressivos (RD), ambos registrados em vídeo. Desse modo, todas as sessões dos delineamentos de múltiplas condições e de reversão-replicação passaram por transcrição literal. Os vídeos foram reprisados todas às vezes necessárias para a transcrição literal e correta de todos os RD e RP das participantes. Para a identificação desses relatos, após a transcrição, utilizou-se de duas cores para sinalizar as falas: as RD com a cor verde; as RP com a cor vermelha.

Assim, para o tratamento dos comportamentos-problema apresentados pelas participantes utilizou-se do reforçamento diferencial de respostas alternativas (DRA), cujo procedimento envolveu a extinção (EXT) dos comportamentos indesejados da participante, ou seja, suas falas negativas, combinado com o reforçamento positivo de comportamentos alternativos desejados, suas verbalizações positivas.

Linha de base – As sessões dessa fase foram conduzidas sem o estabelecimento de manipulação experimental. A pesquisadora anotava os comportamentos-problema da participante. O conteúdo verbal das sessões foram temas livres.

Fase de tratamento com o uso de DRA. Nas sessões de tratamento com o uso de DRA, a cada comportamento-problema da participante (e.g., eu chorei muito ontem à tarde), a pesquisadora não emitia comentário algum sobre o que havia sido dito pela participante, num procedimento de retirada da atenção social. Já para o comportamento desejado (e.g., essa semana foi relativamente boa) a pesquisadora olhava nos olhos da participante, sorria, assentia afirmativamente com a cabeça, chamava-a pelo nome e lhe disponibilizava atenção social: Ótimo! Muito bom! Que ótimo! Fico feliz!

Fase de follow-up – Após transcorrerem 30 dias da última sessão da pesquisa, ou seja, ao término da aplicação de todos os procedimentos das fases dos dois delineamentos propostos, foi realizada a sessão de *follow-up* com as participantes P1 e P2. Essa sessão foi conduzida conforme as sessões de linha de base, como descrito acima. A Tabela 1, a

seguir resume as condições do delineamento de múltiplas condições e as fases do delineamento de reversão-replicação seguido por *follow-up* aplicado.

Tabela 1 - Delineamentos de múltiplas condições e de reversão-replicação, seguido por *follow-up*

	<i>Condição</i>	<i>Sessões</i>	<i>Duração</i>	<i>Variáveis Manipuladas</i>
Delineamento de múltiplos elementos	1. At Comen.	1 ^a e 12 ^a	5min	Atenção após o RD: as coisas irão melhorar.
	1. At C. fisic.	2 ^a e 11 ^a	5min	Após RD, tocar o braço direito da participante.
	1. At S. repro.	3 ^a e 10 ^a	5min	Após RD, mover a cabeça de um lado para o outro em sinal de reprovação.
	2. Demanda	4 ^a e 9 ^a	5min	Folheie esse livro e aponte-me as frases que julgar interessantes. Se RD, havia suspensão da demanda.
	3. Sozinho	5 ^a e 8 ^a	5min	Participante sozinho, filmadora ligada durante sessão.
	4. Controle	6 ^a e 7 ^a	5min	Sala com materiais: jornais, revistas e comestíveis.
	<i>Fase</i>	<i>Sessões</i>	<i>Duração</i>	<i>Variáveis Manipuladas</i>
Delineamento de reversão-replicação e follow. up	LB I	4	30min	Não houve consequências para os relatos verbais.
	INT I	4	30min	Liberação de DRA para os RD e EXT para os RP .
	LB II	4	30min	Não houve consequências para os relatos verbais.
	INT II	4	30min	Liberação de DRA para as RD e EXT para as RP.
	<i>Follow-up</i>	1	30min	Registros de RD e RP

Tratamento dos dados - Após serem aplicados os dois delineamentos propostos, para cada uma das participantes, foram iniciados a transcrição literal dos materiais registrados em vídeo. Foram transcritas, de maneira cursiva, todas as respostas verbais apresentados pelas participantes, na ordem correta em que ocorreram. Os vídeos foram reprisados quantas vezes fossem necessárias para possibilitar a transcrição correta e fidedigna de todas as respostas verbais emitidas pelas participantes. Esse procedimento ocorreu na análise de todas as fases de linha de base, bem como na intervenção e na fase de *follow-up*.

A Tabela 2 exemplifica alguns dos tipos de RD emitidos pelas participantes segundo os critérios do DSM-IV-TR para o episódio depressivo maior. Foi considerado RP qualquer fala considerada apropriada por uma comunidade verbal, por exemplo: “Boa tarde!”.

Tabela 2 - Exemplos de relatos depressivos das participantes e categorias segundo o DSM-IV-TR.

Relatos Depressivos	Categoria segundo o DSM-IV-TR
P1: “Sempre fui chorona, aquela coisa manhosa e sofrida”.	Humor deprimido
P1: “Desde criança sempre gostava de interpretar a mulher traída, a que era abandonada pelo marido e nunca bem sucedida.”	Sentimento de desvalia
P1: “Quando assisto algo sofrido é como se eu estivesse me enxergando, nada na minha vida nunca dá certo.”	Humor deprimido e sentimento de desvalia
P1: “Parece que eu gosto de viver nessa "fossa", pois eu sempre fui negativa durante toda a minha vida”	Sentimento de auto recriminação
P1: “Nunca tive ninguém para me apoiar, a vida não tem sentido para mim, inútil viver.”	Humor desesperançado e pensamentos sobre morte
P2: “Eu me sinto só, sou uma pessoa triste, choro muito”.	Humor deprimido
P2: “Sempre me senti limitada, parece que eu nunca pertenci à classe de meus colegas na escola ou em qualquer outro lugar.”	Sentimento de desvalia
P2: “Nunca destaquei em nada, sensação de não pertencimento; só não me mato por causa de minhas filhas.”	Sentimento de desvalia e pensamentos sobre morte.
P2: “Não estou com a cabeça boa pra me permitir ter desejo sexual, as pessoas não tem coragem de me dizer as coisas.”	Perda de interesse ou desejo sexual
P2: “Meu filho tem atitudes ruins que as minhas filhas não tinham, meu marido sempre me desencoraja.”	Sentimento de culpa

Nas subcondições de atenção foram registradas as RD e as RP, das participantes: (a) antes de a pesquisadora disponibilizar atenção e (b) após cada atenção disponibilizada pela pesquisadora. Em relação à condição de demanda, os RD eram registrados após a instrução da tarefa dada pela pesquisadora. Já os RP foram registrados antes da

pesquisadora instruir a tarefa a ser executada. Nas condições de sozinho e de controle qualquer fala que ocorreu, seja RD ou RP, passou por registro.

Em relação ao segundo delineamento aplicado, o de reversão-replicação, todas as sessões foram transcritas, as da fase de linha de base e de intervenção. Após a finalização da transcrição, a pesquisadora buscou identificar a emissão das duas categorias de falas RD e RP. Para tal, foi utilizado o mesmo procedimento, descrito anteriormente, para a sinalização específica das RD e RP. O passo seguinte consistiu em realizar a contagem, separadamente, das RD e RP e depois a identificação das frequências e percentuais de cada uma dessas falas em ambos os delineamentos. Para a fase de análise dos dados a pesquisadora contou com a participação de outros dois profissionais, que não pertenciam à área de psicologia, com o intuito de avaliar a fidedignidade dos dados propostos neste estudo. Dessa forma, realizou-se o teste de concordância dos dados.

Cálculo do Índice de Concordância

A fim de preservar a fidedignidade dos dados, obtidos através da transcrição de modo cursivo desta pesquisa, contou-se com a colaboração de outras duas pessoas, que não fossem as pesquisadoras, como observadores independentes para o cálculo do índice de concordância. Utilizou-se da fórmula: $[\text{concordância} / (\text{concordância} + \text{discordância})] \times 100$.

Assim, foram analisados os índices de concordância acerca das categorias comportamentais definidas pelas pesquisadoras, ou seja, falas positivas e falas negativas durante as fases de linha de base, intervenção e de *follow-up*. Os percentuais de concordância variaram entre 84% e 93% entre as sessões analisadas do presente estudo.

Resultados

Os dados do presente estudo obtidos por meio de observação indireta, a entrevista de avaliação funcional com familiares que conviviam diretamente com as participantes e os dados de observação direta são apresentados em formato de tabelas. Os dados obtidos por meio da análise funcional com a aplicação do delineamento de múltiplas condições e os do programa de tratamento com o uso do delineamento de reversão-replicação, seguido por *follow-up* são apresentados no formato de figuras.

Os dados de cada participante serão apresentados de modo individual. Em primeiro lugar, serão apresentados os dados referentes à P1, em seguida à P2.

A Tabela 3 e a Tabela 4, respectivamente apresentam as informações obtidas com a aplicação da entrevista de avaliação funcional com membros familiares acerca das topografias comportamentais apresentados por P1 e por P2, dos eventos que as desencadeavam, bem como os eventos reforçadores.

Tabela 3 - Informações fornecidas pela filha acerca dos comportamentos de P1

<i>Topografias comportamentais</i>	<i>Eventos que as desencadeavam</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Ações: brigar e gritar com o marido e filhos. - Relatos: de que nada vai dar certo. - Respostas fisiológicas: choros, irritabilidade. - Frequência: todos os dias. - Intensidade: várias vezes ao dia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente: Em casa quando chegavam o marido ou alguém - Horário: maior frequência ao final da tarde. - Pessoas: dificuldades com o marido, filhos. - Atividades: ao dar banho no filho caçula, fizer comida, corrigir os filhos.
<i>Eventos Reforçadores</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Objetos: Revistas e jornais, roupas, objetos de decoração. - Atividades: filmes, shopping e restaurantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Local: lojas de roupa, local de trabalho. - Metas: não ter mais depressão.

Os dados da Tabela 3 indicam que a filha informou certos tipos de ações da participante como as de brigar e gritar com o marido e os filhos. Relatou as suas falas de que nada vai dar certo, seus choros e irritabilidades. Afirmou que a mesma apresentava dificuldades de interagir-se com o marido e os filhos. A filha de P1 informou ainda que os eventos que desencadeavam tais comportamentos eram quando chegavam pessoas em seu

ambiente familiar. Quanto aos eventos reforçadores, os dados da tabela indicam que P1 manifestava contentamentos diante de idas a shoppings e a restaurantes, objetos como livros, revistas ou peças de decorações e, que a meta da participante era a de não vivenciar episódios depressivos. Estes dados estão resumidos na Tabela 3.

Conforme demonstram os dados da Tabela 4 as topografias comportamentais indicadas pela mãe foram certos tipos de ações de P2 como as de que ela se recusava a seguir instruções de quem quer que as tenham apresentado. Que eram frequentes os relatos de que ela não se achava bonita e o de não conseguir fazer nada direito. Que suas respostas de choros e de irritabilidade eram frequentes e que a participante se afastava do convívio familiar e social.

Tabela 4 - Informações fornecidas pela mãe acerca dos comportamentos de P2

<i>Topografias comportamentais</i>	<i>Eventos que as desencadeavam a</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Ações: recusar instruções, aparentar tristeza e desânimos; permanecer deitada durante o dia. - Relatos: não se achava bonita e não conseguir fazer nada direito. - Resposta fisiológica: choros; irritabilidade. - Frequência: todos os dias. - Intensidade: respostas altas de choro e isolamento do convívio familiar e social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente: em sua casa na presença de terceiros - Horário: maior frequência pela manhã e a tarde. - Pessoas: com a mãe e o namorado. - Atividades: qualquer atividade em que tenha que realizar leituras, falar sobre a aparência ou alimentação.
<hr/>	
<i>Eventos Reforçadores</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Objetos: revistas, roupas. - Atividades: comer demasiado desenhar, pintar e conversar com amigos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Local: festas, boates e bares. - Metas: terminar o curso de graduação e emagrecer.

Já em relação aos eventos que desencadeavam esses comportamentos a mãe informou que os mesmos eram mais frequentes na própria casa de P2 e junto aos colegas quando ela tinha que realizar leituras e atividades relacionadas com a sua faculdade ou quando era dito algum assunto quanto à alimentação, dietas relacionadas ao fato da participante estar acima do peso recomendado.

A mãe de P2 relatou inclusive que, a participante chorava e brigava frequentemente com o atual namorado. Também que P2 comia de modo compulsivo principalmente

quando frequentava festas boates e bares. Esses e outros dados estão resumidos na Tabela 4.

Tabela 5 - Eventos antecedentes e consequentes de comportamentos-problema de P1.

<i>Eventos antecedentes</i>	<i>Comportamentos-problema</i>	<i>Eventos consequentes</i>
Recepcionista cumprimenta P1.	P1 cumprimenta a recepcionista com tom de voz inaudível.	P1 abaixa a cabeça e mexe no celular até entrar para a sessão.
Recepcionista oferece café a P1.	P1 recusa com a cabeça baixa e tom de voz	P1 olha para cima/baixo e lados.
Recepcionista oferece a P1 as novas revistas que chegaram para os clientes.	P1 com a cabeça baixa vai buscar a revista junto a recepcionista.	P1 não diz nada e folheia a revista.

Os dados apresentados na Tabela 5 e na Tabela 6 apontam as relações entre alguns eventos antecedentes e os consequentes dos comportamentos-problema de P1 e de P2 na primeira sessão com a pesquisadora. Destacam que, no consultório, as participantes responderam a todas as perguntas de forma ampla, porém em todo o tempo desviava o olhar ou para os lados ou para o teto do consultório, choravam enquanto mantiveram-se caladas ou com postura rígida.

Tabela 6 - Eventos antecedentes e consequentes de comportamentos-problema de P2.

<i>Eventos antecedentes</i>	<i>Comportamentos-problema</i>	<i>Eventos consequentes</i>
Recepcionista dá boa tarde a P2 e pergunta como ela está.	P2 começa a se queixar para a recepcionista e sua respiração fica ofegante.	Recepcionista responde a ela atentamente.
Recepcionista oferece café a P2.	P2 recusa o café com expressão facial séria e diz que está muito acima do peso e que precisa emagrecer.	P2 começa a lacrimejar e abre uma revista, folheia.
P2 chega a recepção e tem vê um rapaz sentado na cadeira que ela tem costume em sentar	P2 dirige para outra cadeira com expressão séria e cabeça baixa.	O rapaz é chamado a entrar. P2 imediatamente sai do lugar que estava sentada e vai sentar no local que o rapaz ocupava anteriormente.

A Figura 1 apresenta a frequência acumulada de RD (relatos depressivos) e de RP (relatos positivos) emitidos por P1 na aplicação e na replicação da condição de atenção-comentário.

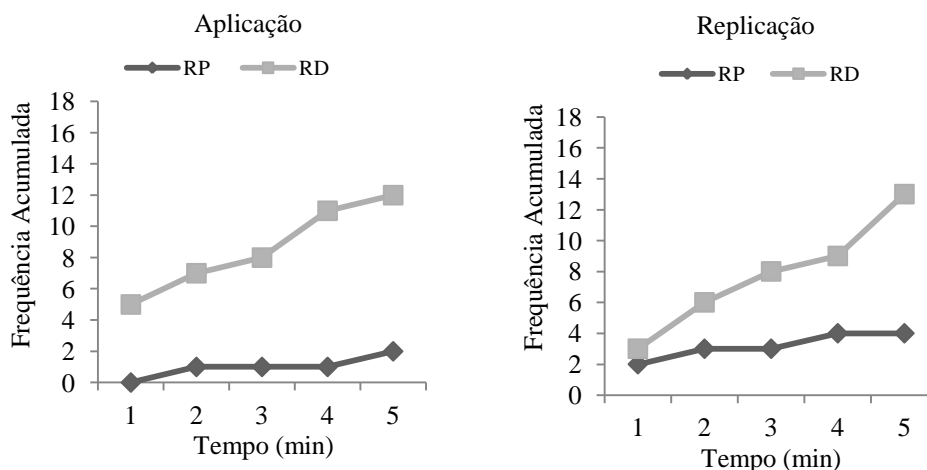


Figura 1 - Frequência acumulada de RP e RD na aplicação e replicação da atenção-comentário de P1.

Os dados da Figura 1 demonstram que na aplicação da subcondição atenção-comentário observou-se um total cumulativo de 12 RD emitidos por P1. Os dados da figura indicam que no primeiro minuto foram registrados 5 emissões, no segundo minuto 2, no terceiro minuto 1, no quarto 3 e no quinto minuto 1 ocorrências. Já se tratando dos RP, os mesmos variam entre 0 e 1 ocorrência por minuto. No primeiro minuto não houve ocorrência, no segundo e quinto minutos foram registrados 1 RP por minuto. No terceiro e quarto minutos não ocorreram nenhum relato, portanto o total cumulativo de 2 RP, conforme indica a figura acima.

A Figura 1 apresenta também a frequência acumulada de RD e de RP emitidas por P1 na condição de replicação da subcondição atenção-comentário. Foram acumulados 13 RD durante a sessão, sendo 3 no primeiro minuto, 3 no segundo, 2 no terceiro, 1 no quarto e 4 relatos no quinto minuto. Com relação aos RP houve variações de 1 a 2 por minuto. No

minuto 1 foram 2 ocorrências, nos minutos 2 foram 1 ocorrência, no minuto 3 registrou-se 0 ocorrências, no minuto 4 foram 1 relato e no 5 minuto observou-se 0 relatos, acumulando 4 RD durante sessão.

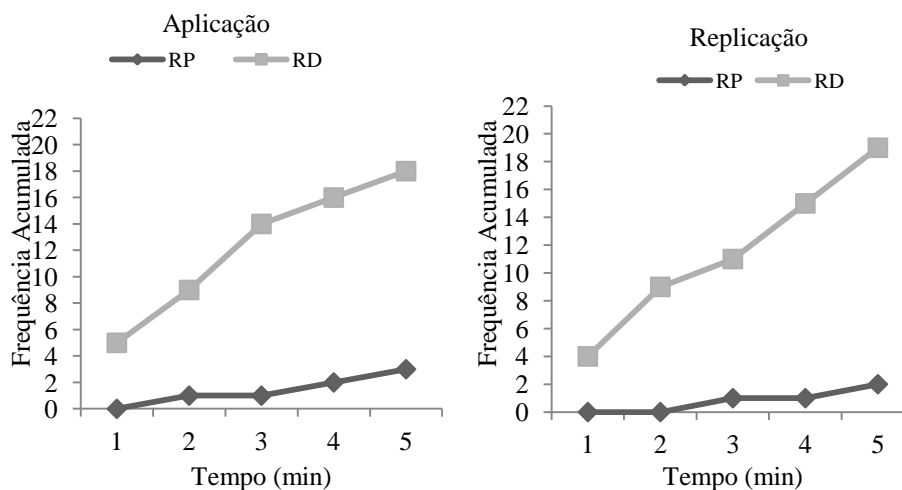


Figura 2 - Frequência acumulada de RP e RD na aplicação e replicação da de atenção-comentário de P2.

Já os dados mostrados na Figura 2 apontam as frequências acumuladas de P2 que obteve o total de 18 RD na sessão. Observou-se nos minutos 1, 2, 3, 4, 5 a emissão de respectivamente 5, 4, 5, 2 e 2 RD. Em relação aos RP a variação observada foi de um a zero por um minuto, sendo registrado o total de 3 durante a sessão. P2 emitiu uma fala no minuto 1, 0 nos minutos 2 e 3, e uma fala no minuto 4 e 5.

Na replicação da sessão da subcondição atenção-comentário, os dados de P2 variaram de RD entre 2 e 5 por minuto, alcançando então, 19. A figura mostra que foram quatro no minuto 1, cinco no minuto 2, dois no minuto 3, e quatro nos minutos 4 e 5. Em contrapartida, os RP de P2 variaram de 0 a 1 ocorrência por minuto. Observou-se nos dois primeiros minutos nenhuma emissão, nos minutos 3 e 5 ocorreram 1 relato cada e no minuto 4 não houve ocorrência como demonstra a Figura 2.

A Figura 3 apresenta os dados das aplicações da subcondição atenção-contato físico.

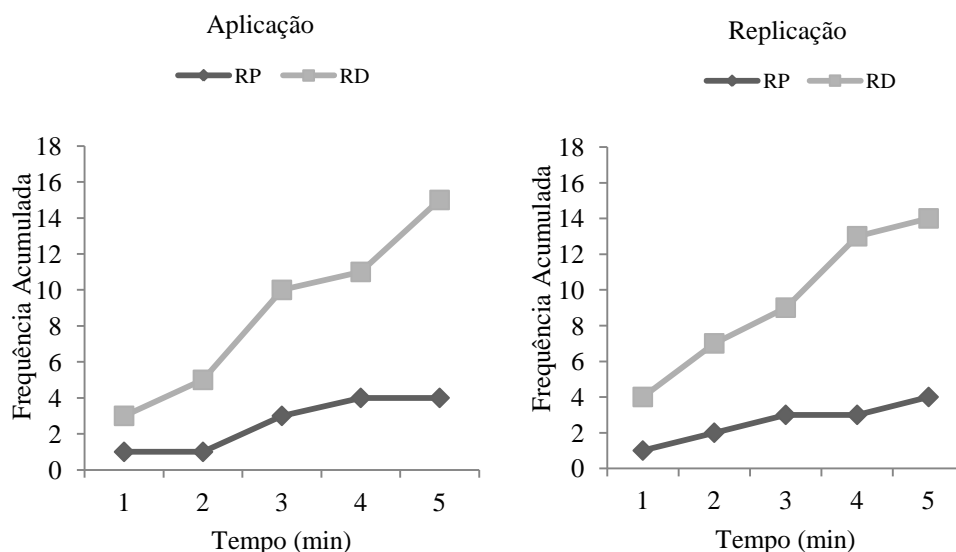


Figura 3 - Frequência acumulada de RP e RD na aplicação e replicação de atenção-contato físico de P1.

Na aplicação da subcondição atenção-contato físico, os dados demonstraram que a ocorrência de RD para P1 variou de 1 a 4 por minuto, portanto 15 na aplicação. Nos minutos 1, 2, 3, 4 e 5 ocorreram precisamente 3, 2, 4, 1 e 4 falas. Já os RP variaram de 0 a 2 relatos por minuto, 4 emissões na sessão, no minuto 1 foram registradas 1 emissão, no minuto 2 e 5 não ocorreram registros, no minuto 3 foram 2 relatos e no minuto 4 observou-se 1 ocorrência.

Durante a fase de replicação da condição atenção-contato físico, as emissões de RD variaram de 1 a 14 por minuto, totalizando 14 ao longo da sessão. No último minuto da sessão foram registradas 1 ocorrência e nos minutos 1, 2, 3, e 4 foram registradas respectivamente 4, 3, 2 e 4 RD. A ocorrência de RP variou de 0 a 1 por minuto. No primeiro minuto registrou-se 1 relato, no minuto 2 ocorreu 1, no minutos 3 notou-se 1

ocorrência, no minuto 4 nenhuma e no minuto 5 foram 1 relato, acumulando 4 RP. Tais dados podem ser observados na Figura 3.

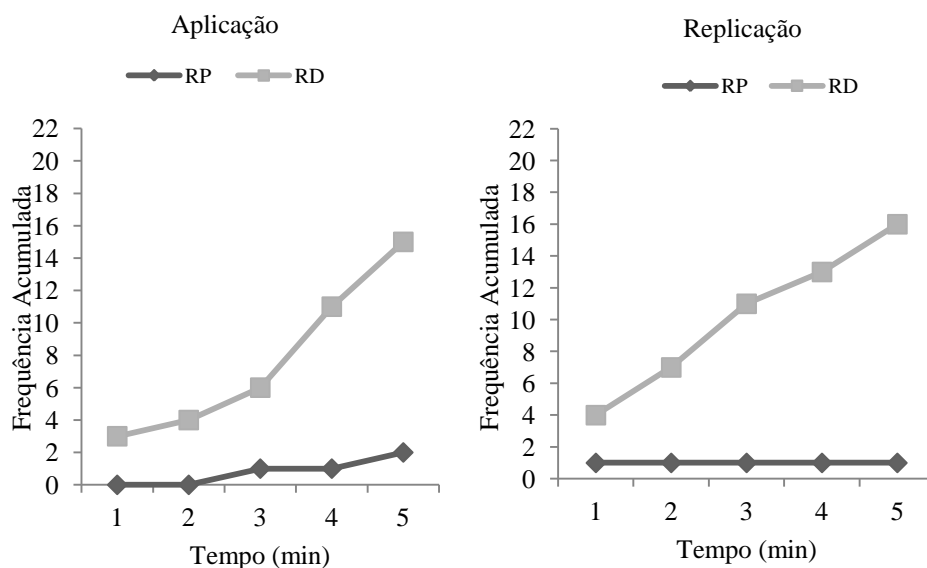


Figura 4 - Frequência acumulada de RP e RD na aplicação e replicação de atenção-contato físico de P2.

Os dados da Figura 4 da aplicação da subcondição atenção-contato físico para P2, apontam que ela emitiu 15 RD na sessão. Foi observado que no minuto 1 foram registrados 3 emissões, no segundo minuto 1, no terceiro minuto 2, no quarto minuto 5 e no quinto minuto 4. Porém, os resultados dos RP de P2 apontam a variação de 0 a 1 ocorrências por minuto. No primeiro e segundo minuto não houve ocorrência, no terceiro e quinto minutos foram registrados 1 RP, e no quarto minuto 1 relato, totalizando 2 RP.

Já na replicação da subcondição atenção-contato físico, obteve-se um total acumulado de 16 RD na sessão, sendo 4 no primeiro minuto, 3 no segundo, 4 no terceiro, 2 no quarto e 3 relatos no quinto minuto. Em relação aos RP, P2 apresentou 1 relato no primeiro minuto e nenhuma ocorrência nos demais minutos, ao todo, 1 RP na sessão.

Na Figura 5 estão acumuladas as frequências das aplicações da subcondição atenção-sinal de reprovação de P1 cujo total foi de 11 RD durante a sessão.

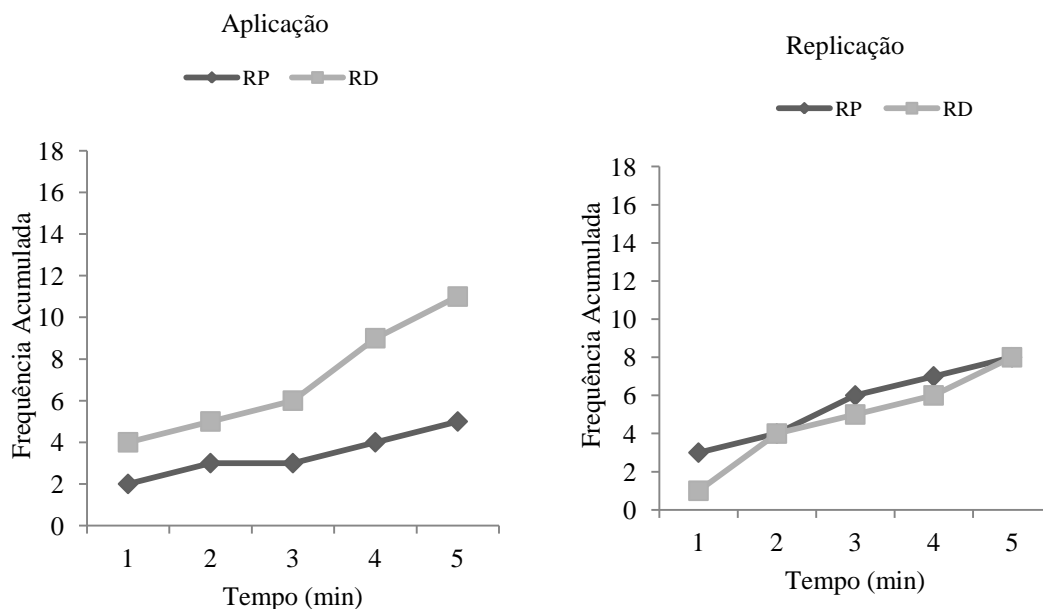


Figura 5 - Frequência acumulada de RP e RD na aplicação e replicação de atenção-sinal de reprovação de P1.

Observou-se nos minutos 1, 2, 3, 4, 5 a emissão de 4, 1, 1, 3 e 2 RD. Porém, em relação aos RP houve variações de 0 a 2 por minuto, sendo registrado o total acumulado de 5 durante a sessão. Observou-se que P1 apresentou 2 falas no minuto 1, 1 fala no minuto 2 e nenhuma no minuto 3, e 1 relato nos minutos 4 e 5.

Na sessão de replicação da subcondição atenção-sinal de reprovação as ocorrências de RD de P1 teve variação de 1 a 3 por minuto, acumulando 8 RD na sessão. Observou-se um no minuto 1, três no minuto 2, um no minuto 3, um no minuto 4 e por último dois no minuto 5. Os RP variaram de um a três por minuto. Observou-se nos minutos 1, 2, 3, 4, 5 respectivamente 3, 1, 2, 1 e 1 RP, portanto, 8 falas como demonstra a Figura 5.

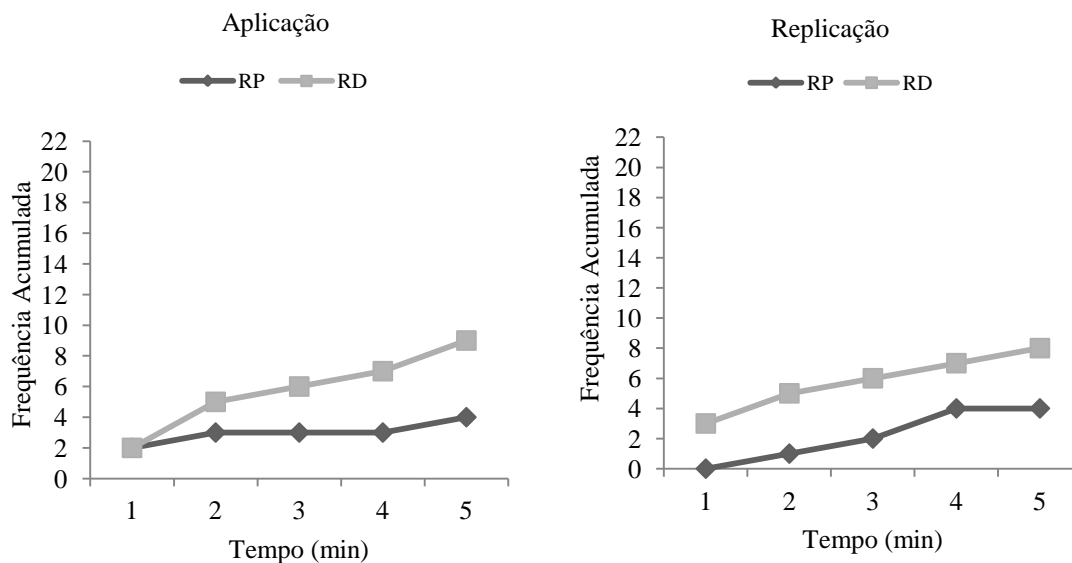


Figura 6 - Frequência acumulada de RP e RD na aplicação e replicação de atenção-sinal de reprovação de P2.

Na subcondição atenção-sinal de reprovação os dados de P2 apontam que a frequência de emissão de RD variou entre 1 a 3 ocorrências na sessão, totalizando, 9 RD, conforme indica a figura. No minuto 1 nota-se ocorrências de 2 relatos, seguidos de 3 no minuto 2, 1 nos minutos 3 e 4, e 2 no minuto 5. Em se tratando dos RP foi observada a variação de 1 a 2 emissões por minuto, acumulando 4 RP nos cinco minutos. No minuto 1 foram 2, no minutos 2 e 5 tiveram 1 relato cada, e nos minutos 3 e 4 não foram computadas nenhuma ocorrência.

Já na fase de replicação, a frequência de RD de P2 variou de 1 a 3 ocorrências por minuto, totalizando 8 RD na sessão. Nos minutos 1 houveram 3 relatos, no minuto 2 foram 2, e nos minutos 3, 4 e 5 tivemos 1 relato em cada um dos minutos. Já as frequências dos RP variaram de 0 a 2 por minuto. Observou-se nos minutos 1, 2, 3, 4 e 5 respectivamente, 0, 1, 1, 2 e 0 RP, portanto, 4 falas como podemos notar na Figura 6.

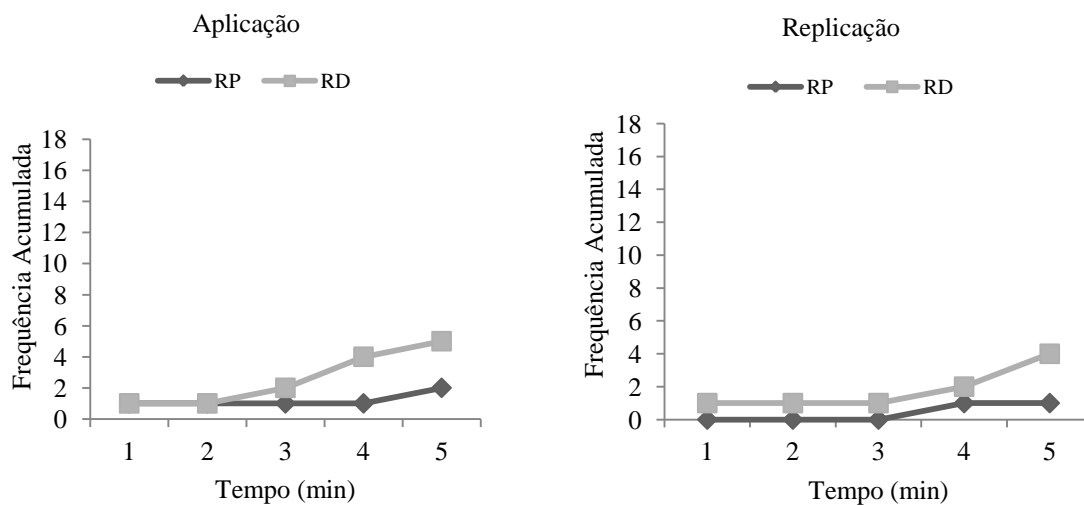


Figura 7 - Frequência acumulada de RP e RD na aplicação e replicação da condição de demanda de P1.

A Figura 7 demonstra os dados da aplicação e replicação da condição demanda para P1 onde as ocorrências de RD variaram de 0 a 2 por minuto, totalizando 5 RD ao longo da sessão. Houve o registro de 1 ocorrência de RD no minuto 1, no minuto 2 não houve fala, no minuto 3 foram 1 relato, no minuto 4 ocorreram 2 e no último minuto 1 RD. Quanto a ocorrência de RP variaram de 0 a 1 por minuto, totalizando 2 falas na sessão. Nos minutos 2, 3 e 4 não ocorreram nenhum relato, e nos minutos 1 e 5 ocorreram 1 fala em cada.

Na replicação da condição de demanda os RD variaram de 0 a 2 ocorrências por minuto, totalizando 4 RD na sessão. No primeiro e quarto minutos ocorreram 1 relato, já no segundo e terceiro minutos não ocorreram nenhuma fala e no quinto 2 ocorrências. Em relação à frequência de RP houve uma variação de 0 a 1. Nos minutos 1, 2, 3 e 5, não houve ocorrências, e no minuto 4 foi computado um relato. O total acumulado de RP na sessão foi de 1.

Os resultados coletados e demonstrados na Figura 8 indicam que na aplicação da condição de demanda P2 obteve 35 RD.

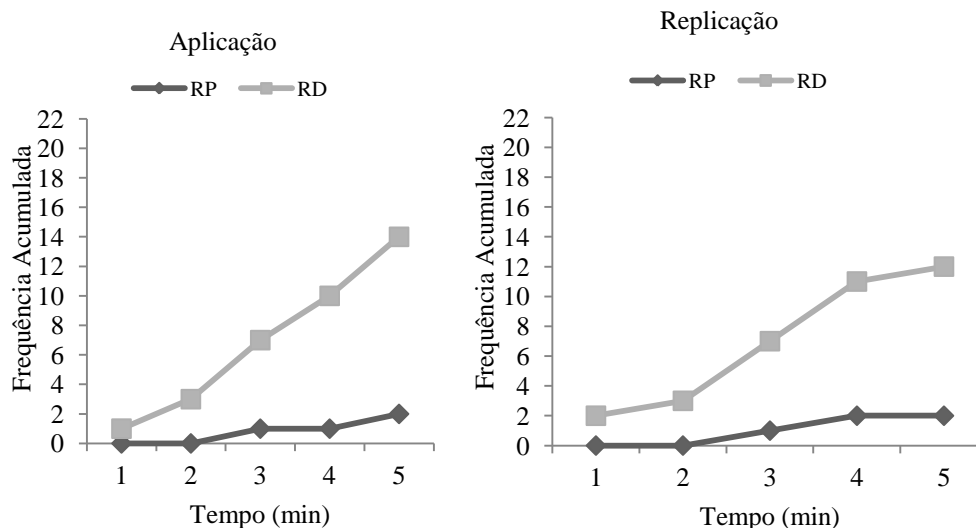


Figura 8 - Frequência acumulada de RP e RD na aplicação e replicação da condição de demanda de P2.

Observa-se que no minuto 1 foram registrados 1 emissão, no segundo minuto 2, no terceiro minuto 4, no quarto 3 e no quinto minuto 4 ocorrências. Em relação à frequência de RP houve variação entre 0 e 1 ocorrência por minuto. No primeiro e segundo minuto não houve ocorrências, no terceiro minuto foram registrados 1 RP, no quarto minuto não houve relato, e no quinto e último minuto registrou – se 1 relato, totalizando 2 RP na sessão.

Na replicação da condição de demanda a frequência acumulada foi de 12 RD para P2, sendo 2 no primeiro minuto, 1 no segundo, 4 no terceiro, 4 no quarto e 1 relato no quinto minuto. Em relação às ocorrências de RP, P2 houve variação de 0 a 1 por minuto. No minuto 1 e 2 não houve ocorrência, no minuto 3 registrou-se 1 e no minuto 1 e no minuto 5 não houve emissão, somando 2 RP.

Na Figura 9 nota-se a frequência 0 da aplicação, bem como da replicação da condição sozinha para as duas participantes.

Os dados obtidos na condição sozinha mostram que não houve nenhuma ocorrência de RP e de RD tanto para a participante P1 quanto para P2. Ambas tiveram zero emissão ao longo dos cinco minutos da sessão, isso ocorreu tanto na aplicação da condição quanto em sua replicação.

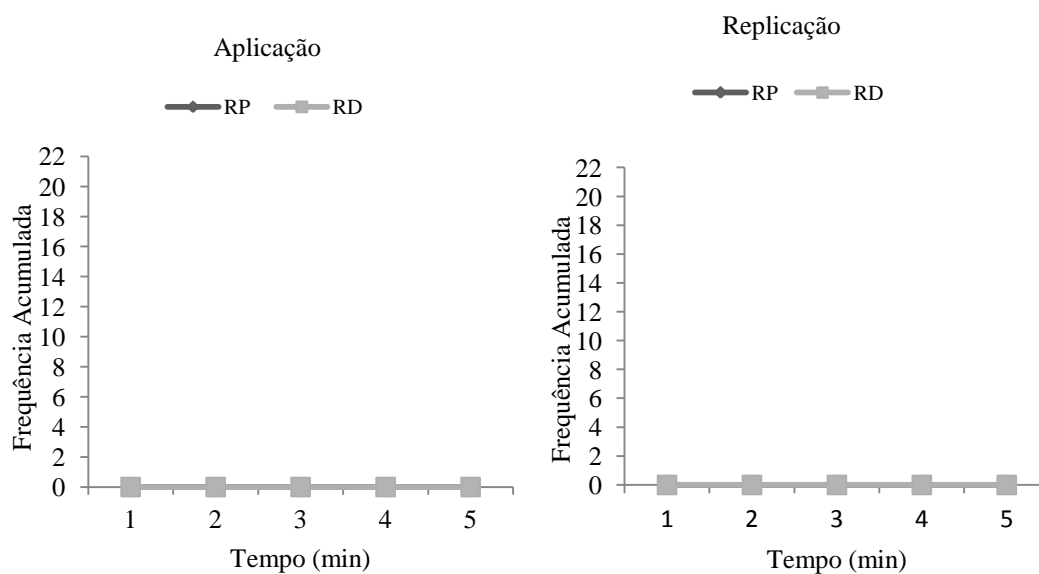


Figura 9 - Frequência acumulada de RP e RD na aplicação e replicação da condição de sozinho para P1 e P2.

Na condição de controle os dados demonstram que a frequência de RD da participante P1 variou entre 0 a 1 ocorrência por minuto, totalizando, assim 2 relatos depressivos na sessão, como podemos ver abaixo.

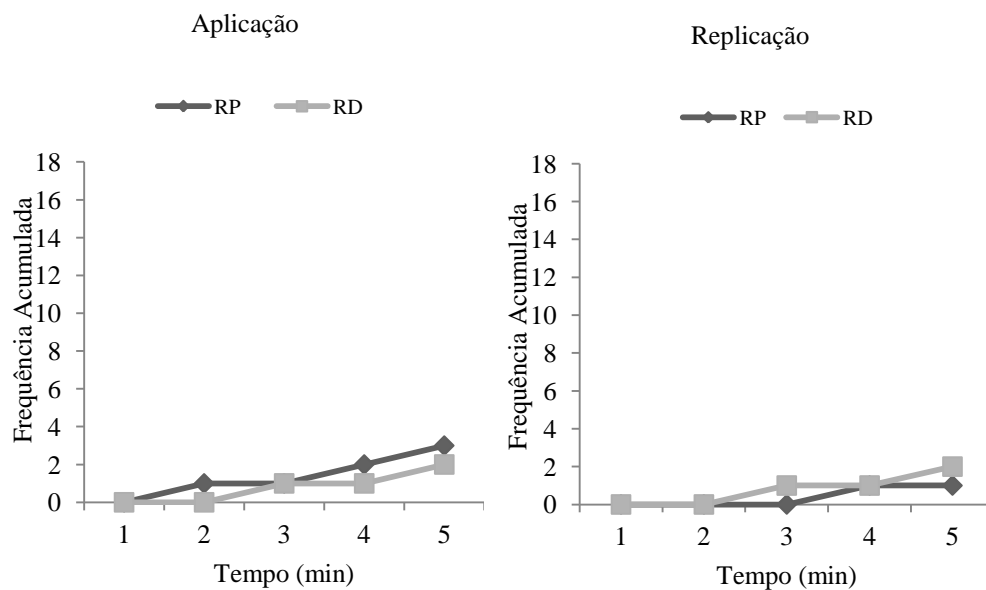


Figura 10 - Frequência acumulada de RP e RD na aplicação e replicação da condição de controle para P1.

Observou-se que não houve registro nos minutos 1, 2 e 4, contudo nos minutos 3 e 5 houve 1 relato em cada minuto. Já em relação aos relatos positivos (RP) houve variação de 0 a 1, totalizando 3 relatos positivos ao longo dos cinco minutos. Observou-se que no minuto 1 foram 0, nos minutos 2, 4 e 5 tiveram 1 relato em cada, e no minuto 3 não foi computado nenhuma ocorrência.

Em relação à replicação, a frequência de P1 em relação aos RD variou de 0 a 1 ocorrências por minuto, totalizando 2 relatos durante a sessão. Nos minutos 1 e 2 não houve ocorrência, e no minuto 3 houve 1 fala, no minuto 4 não houve ocorrência e no minuto 5 uma ocorrência. Já as ocorrências dos RP variaram de 0 a 1 por minuto. Observou-se nos minutos 1, 2, 3 e 5 nenhuma ocorrência de relato positivo. Porém, no minuto 4 ocorreu 1 relato. Totalizando, portanto, 1 fala como podemos notar na Figura 10.

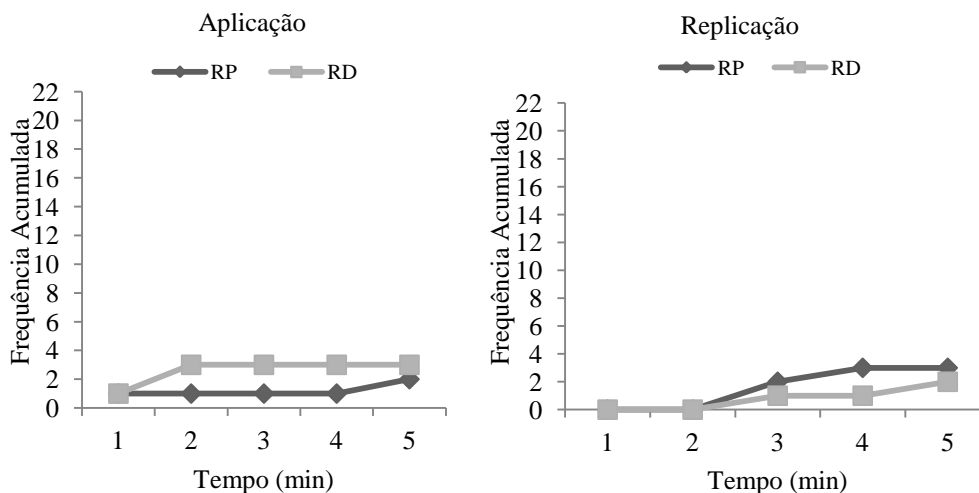


Figura 11 - Frequência acumulada de RP e RD na aplicação e replicação da condição de controle de P2.

Já a participante P2 na aplicação da condição controle obteve os seguintes dados: quanto à ocorrência de RD variou de 1 a 2 emissões por minuto, totalizando, portanto 3 na aplicação. No minuto 1, ocorreu apenas 1 emissão, já no minuto 2 foram 2 relatos e nos minutos 3, 4 e 5 não ocorreram falas em nenhum dos minutos. Já os relatos positivos (RP) variaram de 0 a 1 por minuto, chegando ao total de 2 emissões na sessão. Nos minutos de 2 a 4 não foram registradas nenhuma emissão, e nos minutos 1 e 5 ocorreram 1 registro em cada minuto.

Durante a fase de replicação da condição de controle, as emissões da participante P2 quanto aos RD variaram de 0 a 1 por minuto, somando 2. No minuto 3 e no último minuto da sessão foram registradas 1 ocorrência de relato depressivo em cada e nos minutos 1, 2 e 4 não houve nenhuma emissão. Os dados acerca da frequência de RP de P2 mostram a variação de 0 a 2 por minuto. No primeiro e segundo minuto não há registro, no terceiro minuto foram 2 ocorrências e no quarto 1 relato, no último minuto notou – se que

não houve emissão de relatos positivos, totalizando 3 RP durante a sessão. Tais dados podem ser observados na Figura 11.

A Figura 12 resume a frequência total dos RD registradas na manipulação das diferentes condições do delineamento de múltiplos elementos durante as fases de aplicação e replicação de P1. No detalhamento dos dados apresentados na Figura 12 observou-se que durante a aplicação a frequência total de RD foi maior nas subcondições de atenção-comentário 43 e atenção-contato físico 44. Observou-se que obteve frequência zero na condição sozinha.

Em relação às RP, verificou-se que os maiores percentuais ocorreram na subcondição atenção-sinal de reprovação 17 e na condição controle 7. Na Figura 12 também são apresentados os percentuais da fase de replicação de P1 das condições e subcondições do delineamento de múltiplas condições do presente estudo. No detalhamento dos dados apresentados na Figura abaixo, observou-se que os maiores percentuais de RD foram nas subcondições atenção-contato físico 47 e atenção-comentário 39. Na condição sozinha registrou-se o percentual de zero ocorrência na replicação.

Já em relação aos RP, nota-se que os maiores percentuais de acordo com a figura abaixo apresentada ocorreram nas subcondições de atenção-sinal de reprovação 28 e atenção-comentário 16. Na condição sozinha foi registrado um percentual zero de RP.

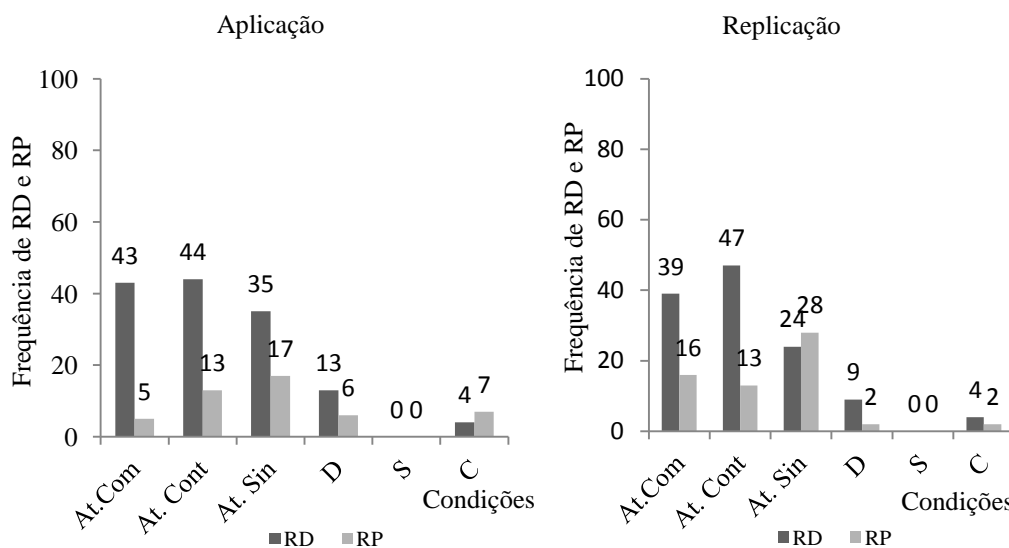


Figura 12 – Frequências de RD e de RP durante as aplicações e replicações de P1.

Na Figura 13 apresentada abaixo, temos a frequência total dos RD de P2 durante a fase de aplicação e replicação das diferentes condições do delineamento de múltiplos elementos deste estudo. Observou-se que durante a aplicação a frequência total de RD foi maior nas subcondições de atenção-comentário 62 e atenção-contato físico 39, já na condição sozinha foi registrada frequência zero.

Em se tratando dos RP, verificou-se que os maiores percentuais ocorreram na subcondição atenção-sinal de reprovação 15 e na subcondição atenção-comentário 8. Também são apresentados na Figura 13 os percentuais da fase de replicação de P2 das condições e subcondições do delineamento de múltiplas condições. No detalhamento dos dados apresentados, observou-se que os maiores percentuais de RD foram às subcondições atenção-comentário 58 e atenção-contato físico, 51. E na condição sozinha registrou-se zero ocorrência na replicação.

Quanto aos RP, os maiores percentuais ocorreram nas subcondições de atenção-sinal de reprovação 11 e controle 8 de acordo com a Figura 13. Na condição sozinha foi registrado um percentual zero de RP.

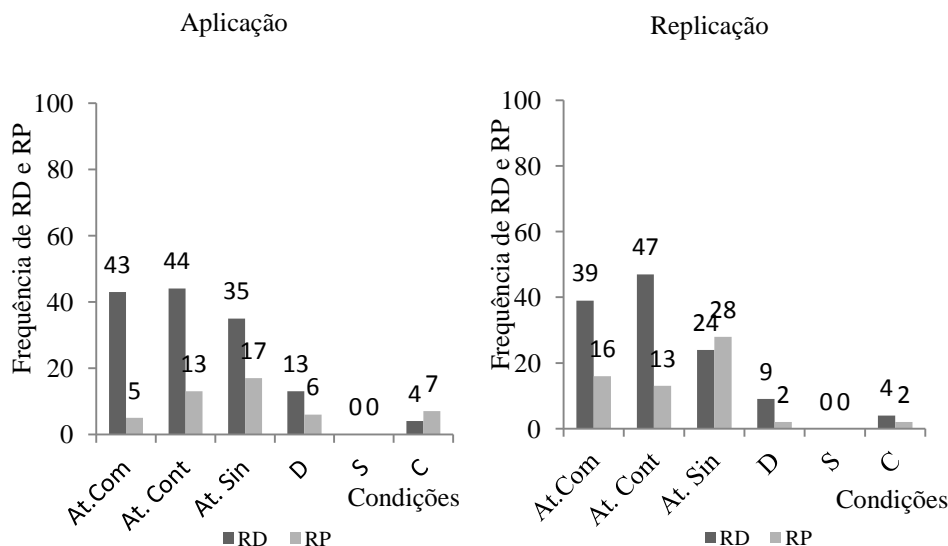


Figura 13 – Frequências de RD e de RP durante as aplicações e replicações de P2.

Na Figura 14 encontram-se os dados da aplicação do delineamento de reversão-replicação de P1. Durante a linha de base as frequências de RP foram menores que as de RD. No entanto, durante a fase de tratamento de intervenção I os RD diminuíram enquanto as RP aumentam. Já na segunda linha de base, as RP diminuíram e os RD aumentaram novamente. No entanto, na intervenção II os RP aumentaram e os RD diminuíram, e durante o *follow-up*, após o termino dos trabalhos, as frequências dos RP foram maiores novamente em relação aos RD, como demonstram os dados da Figura 14, a seguir.

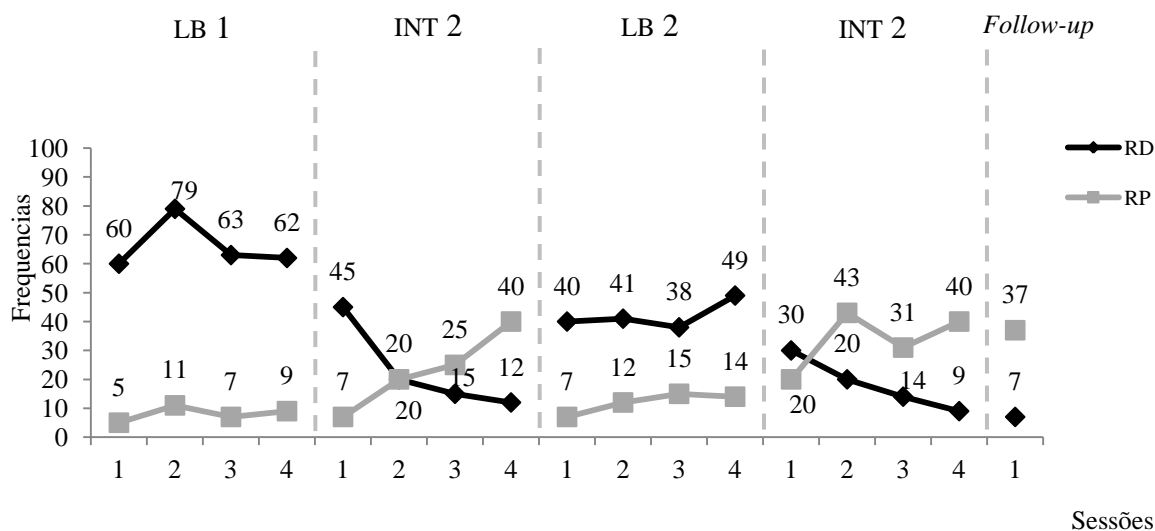


Figura 14 - RD e RP de P1 durante as fases do delineamento de reversão-replicação.

Já na Figura 15 são demonstradas as frequências obtidas com o P2 na aplicação do delineamento de reversão-replicação. Na linha de base as frequências de RP foram menores que as de RD. Entretanto, durante a fase de intervenção I os RD diminuíram e os RP aumentam. Na linha de base II, novamente os RP diminuíram e os RD aumentaram. Já na intervenção II os RP aumentaram e os RD diminuíram, e no *follow-up*, as frequências dos RP foram maiores novamente em comparação aos RD, como demonstram os dados abaixo.

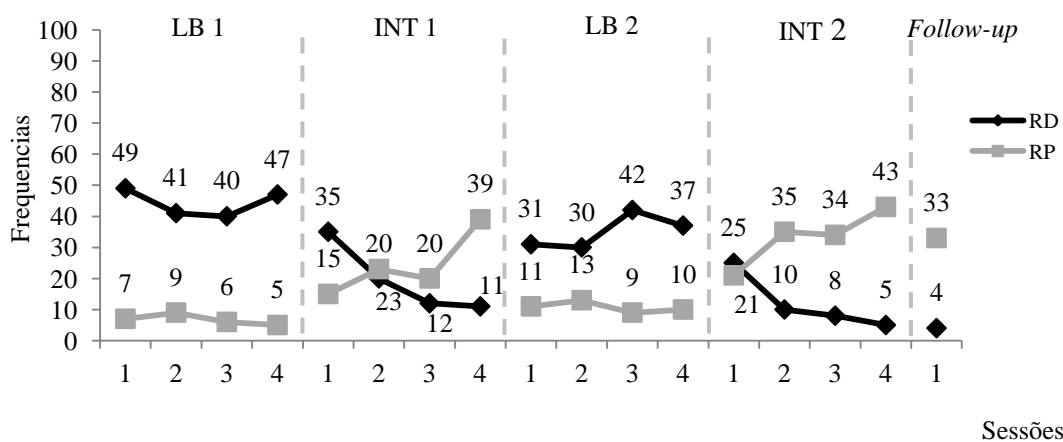


Figura 15 - RD e RP de P2 nas diferentes fases do delineamento de reversão-replicação.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo estudar o controle exercido pelos eventos antecedentes e consequentes sobre as respostas verbais de duas pessoas que possuíam o diagnóstico psiquiátrico de depressão. Para esta finalidade, foram utilizadas estratégias de avaliação funcional indireta, direta e análise funcional (experimental).

Desse modo, as estratégias para a condução do processo de avaliação funcional incluíram procedimentos indiretos, diretos e experimentais (Iwata & Dozier, 2008; Martin & Pear, 2007/2009; O'Neil et al., 1997). Objetivou-se também aplicar um programa de tratamento no qual topografias comportamentais que compõe os critérios para o episódio depressivo fossem colocadas em extinção.

A definição das respostas verbais das participantes como relatos depressivos, em termos mensuráveis, tornou-se um pré-requisito para o planejamento das manipulações dos eventos antecedentes e consequentes, bem como do programa de intervenção. Isto porque os programas de tratamento comportamental envolvem observações frequentes e monitoramento de comportamentos-alvo (Martin & Pear, 2007/2009).

Em relação aos procedimentos experimentais, as participantes do presente estudo foram expostas a diferentes condições de *atenção*, *demandas*, *sozinho* e *controle*, tanto nas aplicações como nas replicações dessas condições. Estas condições foram usadas por Iwata et al., (1982/1994) para estudar o comportamento de autoinjúrias apresentados por crianças com o diagnóstico de autismo e atraso no desenvolvimento.

De modo mais específico, foi investigado o controle exercido pelos eventos antecedentes e consequentes nos relatos depressivos das participantes. Com isso, foi especificada a manipulação sistemática desses eventos, enquanto seus efeitos sobre as frequências dos RD e RP eram observadas e registradas. Com tais estratégias, a

metodologia de análise funcional (Iwata et al, 1982/1994) foi usada para identificar os eventos que antecederam e consequenciaram os relatos depressivos das participantes nas diferentes condições experimentais.

Com o uso do delineamento de múltiplas condições durante a análise funcional a condição de atenção foi subdividida em outras três subcondições: *atenção-comentário*, *atenção-contato físico* e *atenção-sinal de reprovação*, não manipuladas por aqueles autores. A alta frequência de RD registradas nessas condições não deixa dúvidas de que as respostas verbais de P1 e de P2 mudavam como resultados das manipulações dessas condições.

Ainda que com variações, ambas as participantes obtiveram as maiores frequências de RD na subcondição *atenção-comentário* tanto na fase de aplicação, quanto na de replicação. Possivelmente, o relato da pesquisadora “As coisas vão melhorar” tenha funcionado como reforçador.

Já na subcondição *atenção-sinal de reprovação* ocorreram as menores frequências de RD seja para P1 ou P2, e houve o aumento das frequências de RP. Parece que o gesto da pesquisadora de balançar a cabeça em sinal de reprovação tenha adquirido efeito punitivo para as emissões de RD nas fases de aplicações e de replicações desta condição. Esse fato sugere, portanto, que ocorreu a diminuição das frequências de RD e o consequente aumento dos RP.

Durante as aplicações e replicações da condição de *demanda* as frequências de RD foram menores, se comparado aos dados obtidos nas subcondições de atenção, entretanto, também se notou a diminuição das frequências de RP, portanto, dos verbais públicos. Isto se deu em função de que nessa condição as participantes encontravam-se engajadas na tarefa que foi oferecida pela pesquisadora. Desta forma, a interação verbal com a

pesquisadora acabava diminuída. Entretanto, P2 descrevia aquela atividade como aversiva, que acabou emitindo relatos claros a fim de se esquivar da atividade proposta.

Quanto aos dados da condição *sozinho*, verifica-se que não houve nenhuma emissão de RD e RP para nenhuma das participantes. Como a pesquisadora se ausentava da sala experimental as participantes não emitiam nenhum tipo de falas. A atenção social tem um alto valor reforçador para os indivíduos, logo, se ela é retirada se estabelece uma condição de privação de contato social.

Já na condição de *controle*, seja na aplicação ou replicação, os dados demonstram que a frequência de RD foi baixa, pois nesta condição as participantes eram deixadas com vários comestíveis e reforçadores e a pesquisadora dizia que precisava fazer umas anotações e que elas poderiam ficar a vontade. Dessa forma, nota-se que apesar da pesquisadora não se ausentar fisicamente da sala experimental, ela acabava por aparentar possibilidade de contato verbal com as participantes. Porém, assim como na condição de demanda, nesta condição foi possível notar que os RP também foram baixos, as participantes deixaram de emitir verbais públicos.

Em relação aos eventos antecedentes e consequentes que controlaram os relatos depressivos das participantes, os dados do presente estudo apontam que, possivelmente a atenção social funcionou como uma variável motivacional. Os dados apontam que os RD das participantes mudavam como resultado das manipulações das condições de atenção. Já na condição de demanda os RD permitiam o escape ou a fuga das tarefas instruídas. Este tipo de resposta poderia produzir-lhes, também adiar, minimizar ou eliminar tarefas difíceis (Martin & Pear, 2007/2009).

Neste sentido, Marcon e Britto (2011) defendem que a atenção social pode ter adquirido valor reforçador o que favoreceria as ocorrências de respostas verbais

inapropriadas: se a atenção social é escassa, instalar-se-ia uma condição de privação de atenção, o que alteraria a efetividade da atenção social. Assim, a atenção social tornar-se-ia um potente reforçador. Segundo as autoras o pouco acesso à atenção funciona como operação motivadora, que estabeleceria a atenção como um reforçador e, assim, evocaria quaisquer respostas que, no passado, produziram atenção social.

Os achados do presente estudo corroboram com os estudos já realizados, uma vez que o processo de avaliação funcional produz resultados relevantes sobre os comportamentos-problema de pessoas que possuem diagnóstico psiquiátrico: as FD ocorreram, com maior frequência, nas condições de *atenção* e de *demandas* e, com menor frequência, na condição *controle*. Porém, não ocorreram na condição de *sozinho* (Britto et al., 2010; Bueno & Britto, 2013; Curado, 2012; DeLeon et al., 2003; Dixon et al., 2001; Lancaster et al., 2004; Marcon, 2010; Moura, 2012; Novais & Britto, 2013; Santana, 2008; Wilder et al., 2001), dentre tantos outros.

O programa de intervenção proposto tinha por objetivo a instalação de respostas verbais apropriadas (RP) no repertório das participantes, e pretendia-se, também, diminuir a frequência de seus relatos depressivos como demonstrado pelos dados. Pretendia-se, dessa forma, tornar a interação das participantes no seu ambiente social mais reforçadora, e, portanto, melhor aceitação junto a seus filhos e marido (P1), a mãe e o namorado (P2).

Quando da aplicação do delineamento de reversão-replicação, com o uso do DRA, observou-se uma importante diminuição na frequência dos RD e consequente aumento dos RP de ambas participantes. Esses dados corroboram os achados em outros estudos de que os tratamentos programados, com o uso de reforçamento diferencial alternativo de comportamentos apropriados e consequente extinção dos verbais inapropriadas das participantes, como descrito nos estudos (Bueno, 2013; Bueno & Britto, 2013; De Leon et al., 2003; Lancaster et al., 2004., Dixon et al., 2001; Novais & Britto, 2013; Wilder et al.,

2001; Santana, 2008), dentre outros. É importante colocar, também, que as altas frequências observadas na fase de *follow-up* sugerem que as frequências de RD se mantiveram baixas e as de RP continuaram altas pela possibilidade de efeito positivo da intervenção proposta.

É importante salientar que as condições aplicadas e estudadas no presente estudo evidenciaram que os reforçadores sociais disponibilizados pelo contexto social e familiar das participantes foram uma das variáveis responsáveis por manter as respostas verbais inapropriadas da participante em alta frequência. Deste modo, a partir do estabelecimento de novas relações, as participantes começaram a emitir maior número de respostas verbais apropriadas em diferentes contextos, como o clínico e no ambiente familiar.

Uma implicação dos achados do presente estudo permite afirmar que respostas verbais das participantes aqui definidas como relatos depressivos, em função de as mesmas possuírem o diagnóstico de depressão maior, parece como apontam os dados, depender de contato social. Muito do padrão de comportamentos complexos que a pessoa depressiva apresenta, por exemplo, não realização de determinadas atividades, seguidas de fugas ou esquivas, choros e reclamações podem ocorrer em função de que as pessoas que com ela convivem, desconhecem as contingências de extinção ou de punição as quais ela responde.

Isso se justifica em função das convicções culturais, de que a depressão é o indicio ou uma manifestação de atividades subjacentes que ocorrem dentro da pessoa, tais como estados mentais inferidos ou manifestações de marcadores biológicos desconhecidos (Britto, 2012; 2013). O que a pessoa depressiva faz ou deixa de fazer é de importância secundária em relação ao rótulo que justificaria seus comportamentos: ‘você tem depressão’.

Cumprido salientar que os dados obtidos com avaliação funcional indireta, por meio da entrevista para avaliação funcional (Martin & Pear, 2007/2009; O’Neil et al., 1997;

Oliveira & Britto, 2011) respondida pela mãe de P1 e a filha de P2, forneceram alguns dados que possibilitaram identificar o controle pelos antecedentes sobre os comportamentos depressivos das participantes. No entanto, as entrevistadas atribuíram os comportamentos-problema apresentados por P1 e P2, como sintomas de depressão, compatível com a abordagem tradicional para o que culturalmente, se convencionou chamar de ‘doença mental’ (Britto, 2005, 2012, 2013).

Os critérios do DSM-IV-TR, (2000/2003) indicam estados de humor deprimido que dura duas semanas e incluem sentimentos de menos valia e de indecisão, sono alterado, mudanças no apetite e no peso ou perda perceptível de energia a ponto de uma atividade ou movimento o mais suave requerer enorme esforço. O episódio depressivo é acompanhado também pela perda de interesse nas coisas e pela incapacidade de experimentar prazer, incluindo interações com a família e amigos ou tarefas relacionadas ao trabalho. Enfim, predominam-se no repertório comportamental da pessoa depressiva, relatos de tristeza ou de angústias, quais sejam relatos depressivos como definidos no presente estudo.

As participantes que vivenciaram estados emocionais negativos, possivelmente aprenderam que o seu ambiente social, também diferenciava e modelava a forma e a função de suas respostas, como demonstraram os dados do presente estudo. Isso porque o comportamento que foi punido por estimulação aversiva ou conseqüenciado pela ausência de reforçadores pode sofrer uma redução abrupta. Remoção de reforçadores generalizados possui relação com o fenômeno “tristeza”, por exemplo, a perda de ente queridos. Cada indivíduo tem um padrão comportamental único, resultante de sua história pessoal de reforçamento, assim como tem um sistema nervoso condicionável e com características próprias, resultantes também de sua história de interação com o ambiente externo (Martin & Pear, 2007/2009; Millenson, 1967/1975; Skinner, 1953/1970).

A análise do comportamento é embasada na filosofia do behaviorismo radical, proposta por B. F. Skinner. Essa abordagem visa o entendimento dos atuais determinantes ambientais de um dado comportamento, seja o comportamento depressivo ou não. Além disso, pretende compreender o porquê um repertório está operando no ambiente, ou seja, é uma abordagem funcionalista, assim busca entender quais os comportamentos servem para as pessoas. Um analista do comportamento tem como prioridade observar a interação entre um organismo e seu ambiente, chegando, portanto ao que está na manutenção do comportamento. Ele também se interessa pela idiosincrasia, a análise e o tratamento de cada pessoa individualmente ao invés de um grupo de diagnóstico (Sturmey et al., 2007).

Segundo a abordagem funcional, o termo psicopatologia se remete a problemas de comportamentos apresentados pelos indivíduos, seja por excesso e/ou déficit comportamental, sendo assim, o comportamento emitido pela pessoa não estaria em consonância com o contexto. Dessa forma, para a abordagem tradicional a depressão seria considerada como um *transtorno mental*, cujo controle é buscado por meio de medicamentos (DSM-IV-TR, 2000/2003).

Já a abordagem funcional, descreve-a como déficits e excessos comportamentais, que geram consequências aversivas tanto a pessoa que os emite quanto ao ambiente no qual essa pessoa está inserida e com o qual interage. Assim, os *sintomas* descritos neste transtorno, nada mais são que repertórios comportamentais que ocorrem com intensidade e frequência que acaba gerando prejuízo, pois são repertórios inadequados para aquele contexto ou circunstância (Sturmey et al., 2007; Martin & Pear, 2007/2009).

Desse modo, o modelo funcionalista trabalha de maneira diferente do tradicional, no qual os manuais tradicionais são embasados. O primeiro propõe que os comportamentos, classificados como psicopatológicos, não sejam analisados através de uma etiologia desconhecida. Ele sugere que sejam identificadas as circunstâncias em que o

comportamento denominado de psicopatológico ocorre, bem como sejam identificadas a sua causa e o que o mantém, ou seja, quais são suas consequências (Sturmey et al., 2007). Por meio da identificação da função do comportamento depressivo, é que os analistas do comportamento serão capazes de propor intervenções eficazes que irão modificá-los como apontam os dados do presente estudo. Sugere-se que no contexto clínico os analistas do comportamento possam incluir também em suas intervenções os familiares de seus clientes, a fim de treiná-los para serem capazes de manipular os comportamentos-alvo das pessoas com diagnóstico de depressão, e, portanto, alterá-los.

Referências

- Abreu, P. B. (2006). Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(6), 322-328.
- Abreu, P. R. (2011). Novas relações entre interpretações funcionais do desamparo aprendido e do modelo comportamental de depressão. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 24(4), 788-797.
- Associação Americana de Psiquiatria (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR*. Tradução organizada por C. Dornelles. 4a Edição. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 2000).
- Azevedo, L. A.; Almeida, T. C. & Moreira, A. H. (2009). “O resfriado da psiquiatria”: a depressão sob o ponto de vista analítico-comportamental. *Transformações em Psicologia*, 2(1), 65-85.
- Beavers, A. G., Iwata, B. I. & Lerman, D. C. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46, 1-21.
- Baptista, M. N.; Vargas, J. F. & Baptista, A. S. D. (2008). Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. *Avaliação Psicológica* 7(2) 235 – 247.
- Botega, N. J., Furlanetto, L., Fraguas Jr., R. (2002). Depressão no paciente clínico. Em: N. J. Botega. *Prática psiquiátrica no hospital geral: inter-consulta e emergência*. (pp. 203-22). Porto Alegre: Artmed.
- Britto, I. A. G. S. (2003). A Depressão Segundo o Modelo do Behaviorismo Psicológico de Arthur Staats. Em: M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: clínica, pesquisa e aplicação* (Vol. 12, pp. 60-68). Santo André: ESETec Editores Associados.
- 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 – expondo a variabilidade* (Vol. 16, pp. 38-44). Santo André, SP: ESETec.
- Britto, I. A. G. S (2012). Psicopatologia e Análise do Comportamento: Algumas reflexões. *Boletim Contexto*, 37(2), 55-76. (ABPMC).
- Britto, I. A. G. S (2013). Abordagem funcional para o ataque de pânico e ansiedade. Em A. B. Pereira (org.), *Psicologia na PUC Goiás na contemporaneidade*. Goiânia: Editora da PUC Goiás.
- Britto, I. A. G. S., Rodrigues, I. S., Alves, S. L., & Quinta, T. L. S. S. (2010). Análise funcional de comportamentos verbais inapropriados de um esquizofrênico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 67-72.

- Britto, I. A. G. S., Bueno, G. N., Elias, P. V. O. & Marcon, R. M (2013). Sobre a função do comportamento-problema. Em A. B. Pereira (Org.), *Psicologia da PUC Goiás na Contemporaneidade*, (pp. 29-44). Goiânia: Editora PUC Goiás.
- Bueno, L. N. (2013). *Depressão: Intervenção pela abordagem analítico-comportamental*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. (disponível em http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/index.php).
- Bueno, G. N., & Britto, I. A. G. S. (2013). *A Esquizofrenia de acordo com a Abordagem Comportamental*. Curitiba: Juruá.
- Campos, A. P. A. (2007). *Análise Comportamental em depressivos*. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia Clínica - PUC - Campinas), Campinas.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Tradução de D. G. Souza. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1998).
- Correia, K. M. L & Borloti, E. (2011). Mulher e depressão: uma análise comportamental – contextual. *Acta Comportamentalia*, 3(19), 359-373.
- Cavalcante, S. N. (1997). Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia Ciência e Profissão*, 17(2), 2-12.
- Cone, J. D. (1997). Issues in functional analysis in behavioral assessment. *Behavior Research and Therapy*, 35, 259-275.
- Conte, F. C. S. & Silveira, J. M. (2004). Extinção e terapia. Em: C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: práticas clínicas* (pp. 144-151). São Paulo: Roca.
- Curado, F. F. (2012). *Estudo de relações funcionais da resposta emocional de irritação*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. (disponível em http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/index.php).
- DeLeon, 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 verbal attention. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(1), 101-104.
- Dixon, M. R., Benedict, H. & Larson, T. (2001). Functional analysis and treatment of inappropriate verbal behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34(3), 361-363.
- Demetrio, F. N. (1997). Depressão: Bases anatomo fisiológicas. Em D. R. Zamignani (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo - comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. Vol. 3, pp. 150 - 158. Santo André: ARBytes Editora.

- Dougher, M. J. & Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 167-184.
- Ferreira, D. C. & Tourinho, E. Z. (2011). Relação entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: interpretação analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(1), 20-36.
- Ferster, C. B. (1973). A Functional analysis of depression. *American Psychologist*, 857-870.
- Hagopian, L. P., Dozier, C. L., Rooker, G. W. & Jones, B. A. (2013). Assessment and treatment of severe problem behavior. In G. J. Madden, W. V. Dube, T. D. Hackenberg, G. P. Hanley & K. A. Lattal (Editores), *Handbook of Behavior Analysis* (Vol. 2, pp. 353-386). Washington: APA Handbook in Psychology.
- Hanley, G. P. (2012). Functional assessment of problem behavior: dispelling myths, overcoming implementation obstacles, and developing new lore. *Behavior Analysis in Practice*, 5(1), 54-72.
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 147-185.
- Hunziker, M. H. L. (2001). O desamparo aprendido e a análise funcional da depressão. m: D. R. Zamignani (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (Vol. 3, pp. 145-153). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 197-209. (Reedição de *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 3, 3-20, 1982).
- Iwata, B. A. & Dozier, C. L. (2008). Clinical application of functional analysis methodology. *Behavior Analysis in Practice*, 1(1), 3-9.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Lam, K., Marra, C., & Salzinger, K. (2005). Social reinforcement of somatic versus psychological description of depressive events. *Behavior Research and Therapy*, 43(9), 1203-1218.
- 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(3), 395-399.

- Lopes, E. J.; Lopes, R. F. F. & Lobato, G. R. (2006). Algumas considerações sobre o uso do diagnóstico classificatório nas abordagens comportamental, cognitiva e sistêmica. *Psicologia em Estudo*, 1(11), 45- 54.
- Marcon, R. M. (2010). *O comportamento verbal do esquizofrênico sob múltiplas condições de controle*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. (disponível em http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/index.php).
- Martin, G. & Pear, J. (2009). *Modificação de Comportamento: o que é e como fazer*. Tradução organizada por N. C. Aguirre & H. J. Guilhardi. 8a Edição. São Paulo: Roca. (Trabalho original publicado em 2007).
- Melo, L. F. S.; & Teixeira, G. (2012). Depressão: uma perspectiva analítico comportamental. *Revista de Psicologia* 108 – 110.
- Millenson, J. R. (1975). *Princípios de Análise do Comportamento*. Tradução de A. A. Souza e D. Costa. Brasília: Coordenada. (Trabalho original publicado em 1967).
- Marcon, R. M. & Britto, I. A. G. S. (2011). Operações motivadoras e atenção social: Eventos relevantes para comportamentos-problema de esquizofrênicos. *Revista Perspectivas em Análise do Comportamento*, 2(2), 192-202.
- Moreira, M. B. & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios Básicos de Análise do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Moura, L. F. (2012). *Estudo de falas inapropriadas sob múltiplas condições de controle*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. (disponível em http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/index.php
- Novaes, M. R. & Britto, I. A. G. S. (2013). Comportamentos-problema de uma criança vítima de abuso sexual. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15(1), 04-19.
- O'Neil, R. E.; Horner, R. H.; Albin, R. W.; Sprague, J. R.; Storey, K. & Newton, J. S. (1997). *Functional assessment and program development for problem Behavior: a practical handbook*. Pacific grove: Books/Cole.
- Oliveira, E. H. P. D. (2004). *Reforçadores generalizados e o comportamento depressivo em contexto clínico*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia. (disponível em <http://pergamum.pucgoias.edu.br/pergamum/biblioteca/index.php>).
- Oliveira, I. J. S. & Britto, I. A. G. S. (2011). *Síndrome de Down: modificando comportamentos*. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID – 10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. D. Caetano (Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Santana, L. A. M. (2008). *Comportamento verbal e esquizofrenia: estratégias operantes de intervenção*. Dissertação de mestrado, não publicada, Pontifícia Universidade Católica de Goiás. (Disponível em: http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/index.php).
- Seligman, M. E. P. (1977). *Desamparo sobre depressão, desenvolvimento e morte*. Tradução organizada por M. T. A. Silva. São Paulo: Editora Hucitec. (Trabalho original publicado em 1942).
- Seligman, M.E.P. & Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Skinner, B. F. (1938). The concept of the reflex in the description of behavior. *Journal of General Psychology*, 5, 427- 458.
- Skinner, B. F (1989). *Recent issues in the analysis of behavior*. Columbus, OH: Merrill.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciência e Comportamento Humano*. Tradução organizada por J. C. Todorov & R. Azzi. Brasília: UnB/FUNBEC. (Trabalho original publicado em 1953).
- Skinner, B. F. (2006). *Sobre o Behaviorismo*. Tradução organizada por M. P. Villalobos. São Paulo: Editora Cultrix. (Trabalho original publicado em 1974).
- Sturmey, P. Ward-Horner, J. Marroquin, M. & Doran, E. (2007). Structural and functional approaches to psychopathology and case formulation. In: P. Sturmey (Editor). *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 1-21). San Diego: Elsevier Inc.
- Todorov, J. C. & Hanna, E. S. (2010). Análise do Comportamento no Brasil. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 26(especial), 143-154.
- 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(1), 65-68.
- Willner, P. (1985). *Depression: A psychobiological synthesis*. New York: John Wiley and Sons.

Anexos

Anexo A – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Participante)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor(a) esta sendo convidado a participar desta pesquisa que fará investigação sobre eventos ou situações que ocorrem em seu dia a dia, gerando-lhe respostas emocionais negativas como, por exemplo, tristeza, angústia, culpa e medo, desesperança, vergonha, falta de vontade para realizar atividades que antes lhe eram prazerosa, dentre outras.

Motivos que justificam a realização desta pesquisa. Esta pesquisa justifica-se em função de haver (a) escassez de estudos aplicados sobre depressão na análise do comportamento; (b) a alta prevalência de depressão na comunidade; (c) relevância de estudos dessa natureza para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, ação que é requerida pelo Código de Ética profissional do Psicólogo.

Assim, após a leitura completa desse documento, coloco-me disponível para esclarecer dúvidas que surgirem e, caso esteja de acordo em participar desta pesquisa de forma voluntária, está sendo convidado(a) a assinar este documento em duas vias, para que uma delas fique em seu poder e a outra em poder das pesquisadoras responsáveis.

É importante deixar claro que, a qualquer momento, após o início da pesquisa você desejar cessar sua participação, basta comunicar essa decisão às pesquisadoras responsáveis, adiante descritas, para que a coleta de dados seja cessada imediatamente.

Em caso de qualquer outro tipo de dúvida sobre esta investigação de caráter científico, por favor, procure o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás pelo telefone: (62) 3946-1512. A seguir, algumas informações sobre a pesquisa.

Título: Avaliação funcional da depressão.

Profissionais responsáveis: Prof^a. Dr^a. Ilma Aparecida Goulart de Souza Britto, professora do Departamento de Psicologia e dos Programas de Pós Graduação em Psicologia *Lato Sensu* e *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, e Letícia Guedes Nóbrega, psicóloga clínica (CRP 09/8005) e mestranda do curso de Pós-graduação em Psicologia *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, que estarão disponíveis para maiores esclarecimentos através dos telefones: (62) 8422-4447 (Letícia Guedes) e (62) 9979-0708 (com Dr^a Ilma Goulart).

Objetivo da pesquisa: Esta pesquisa terá por objetivo estudar as situações ou eventos que lhe geram respostas emocionais negativas, já descritas no início deste documento. Estudar também as consequências por elas produzidas na forma com que se comporta. Terá, ainda, por objetivo, favorecer-lhe a redução das respostas emocionais negativas e o aumento de comportamentos que lhe gerem maior qualidade de vida, por meio de encontros semanais com a pesquisadora.

Procedimento da pesquisa: Em sala de pesquisa, você se sentará em frente a pesquisadora e a ela narrará eventos ou situações de sua história de vida que podem ter contribuído a sentir respostas emocionais negativas, por exemplo, tristeza contínua, perda de sono ou do apetite, choros, culpas dentre outras. Em função de que a pesquisadora colete todos os relatos que você vier a fazer, esses encontros serão registrado com o apoio de uma câmera filmadora. Após a sua permissão, a pesquisadora entrevistará também pessoas de seu convívio, por você indicada, com a finalidade de melhor entender suas respostas emocionais e as consequências que lhe têm gerado, assim como ao seu ambiente social, ou seja, família, amigos, trabalho, escola, igreja etc. Durante seus encontros iniciais com a pesquisadora serão anotados, em folhas de registros, alguns comportamentos específicos, que aqui serão chamados de comportamentos indesejados, como por exemplo, falar de modo que nada vai dar certo, desviar os olhos, dentre outros. Nessa fase da

pesquisa, não fará qualquer tipo de interrupção em suas ações, em suas falas, pois esse é o momento de conhecer como esse comportamento foi aprendido e como ele está sendo mantido. Após a observação pela pesquisadora de que alguns desses comportamentos indesejados, em algumas sessões, a pesquisadora passará, a dar atenção apenas para quando você se comportar diferentes dos comportamentos indesejados, ou por alguns minutos tocar a sua mão, como exemplo, olhar nos olhos, falar positivamente, dentre outros que serão considerados como comportamentos desejados. Gradualmente, a pesquisadora incentivará você a emitir mais comportamentos desejados.

Período de participação: As sessões estão previstas para ocorrerem no período de no máximo seis meses, com a duração de até 50 minutos cada, duas vezes na semana com a previsão de 30 encontros.

Desconfortos e Riscos que podem ser produzidos por esta pesquisa: Poderá ocorrer desconforto inicial em função de a pesquisadora ser-lhe pessoa alheia ao seu convívio, até este momento. Outro desconforto que poderá ocorrer é o de relatar sua história de vida, em especial os eventos ruins, os quais podem ter gerado em você respostas emocionais negativas.

Porém, destaca-se que a pesquisadora vai utilizar métodos alternativos para reduzir, ao máximo os desconfortos/riscos, acima previstos. Por exemplo, para reduzir os desconfortos/riscos produzidos por essa nova interação entre o senhor(a) e a pesquisadora, esta se apresentará, transmitindo-lhe dados sobre sua formação profissional e acadêmica, bem como sobre a análise do comportamento. Também salientará que a condução desta pesquisa ainda contará com o suporte de sua orientadora, a qual é professora-doutora, e psicóloga. Portanto, com competência para auxiliar a ambos no encaminhamento de soluções para qualquer problema que possa surgir dessa interação. Além disso, em função de a pesquisadora também ser psicóloga, disporá de recursos técnicos para acolher o

sofrimento, assim como as respostas de ansiedade, bem como as respostas emocionais negativas, já descritas, dentre outras que possam surgir a partir de seus relatos sobre sua história de vida.

Serão considerados, ainda, os seguintes riscos: (a) de você não aderir às atividades propostas; e (b) de você irritar-se com as atividades propostas. Em relação ao risco (a): será selecionado um nova participante que atenda aos critérios e demandas do estudo; para o risco (b) a pesquisadora mestranda interromperá a sessão e procurará entender as razões dessa irritação e, caso necessário, acionará a pesquisadora orientadora do estudo para lhe assistir de forma ampla. Caso essa resposta persista, você poderá deixar a pesquisa, em qualquer momento. E, caso queira, será encaminhado a outro profissional da psicologia que atua na Clínica Escola de Psicologia da PUC Goiás o qual dará continuidade, gratuita ao apoio psicológico que vinha recebendo.

Benefícios da Pesquisa – Como esta pesquisa aplicará os procedimentos próprios da análise do comportamento, é esperado que ela gere à pessoa de seu convívio a oportunidade de aprender a controlar suas respostas ansiosas, de reduzir suas respostas emocionais negativas e de adquirir comportamentos mais eficientes à sua interação social, com a finalidade de melhorar a qualidade de sua vida.

Destaca-se, também, que como seus encontros com a pesquisadora ocorrerão duas vezes por semana, caso haja necessidade de apoio da pesquisadora em outros dias, além daqueles que foram acordados entre ambos, você poderá contar com a pesquisadora por meio de seu celular, já mencionado, ou à sua orientadora.

Confidencialidade - Todos os dados da presente pesquisa serão confidenciais e somente usados, pelas pesquisadoras responsáveis, para fins científicos, sendo o registro em vídeo apenas utilizado para descrição precisa dos dados. Diante da provável publicação dos resultados do estudo em revista e/ou eventos científicos, fica, de antemão, estabelecido que

o seu nome não será divulgado. Destaca-se, ainda, que todo material produzido por esta pesquisa (vídeos e folhas de registros), quando de seu término será incinerado em sua presença, bem como as folhas de registros de ocorrência dos comportamentos objeto da pesquisa.

Ressarcimento Financeiro - Para o cumprimento de todas as finalidades desta pesquisa, salienta-se que não estão previstos gastos financeiros algum a você, uma vez que a pesquisadora arcará com os custos do transporte habitual de seu uso, de sua residência à clínica e da clínica à sua residência. Portanto, a pesquisadora lhe repassará o valor, em dinheiro, para substanciar esse tipo de transporte, usualmente utilizado por você, para cada encontro. A pesquisadora, também, arcará com todos os custos clínicos previstos por esta pesquisa, portanto, sua participação será de forma gratuita.

Indenização - A pesquisadora assumirá responsabilidade social e financeira, caso seja determinado, judicialmente, que o dano observado e reclamado tenha sido provocado por esta pesquisa.

Participação Voluntária - Ratifica-se, portanto, que a sua participação nesta investigação é voluntária e será iniciada mediante a assinatura nas duas versões deste documento, ou seja, versões idênticas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhe garante a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Local e data: _____, ____/____/____.

Assinatura do(a) participante

Profa. Dra. Ilma Aparecida Goulart de Souza Britto – Professora Orientadora

Letícia Guedes Nóbrega, psicóloga – Pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG
nº _____, concordo em participar do estudo intitulado “Avaliação funcional da depressão” como sujeito (participante). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Letícia Guedes Nóbrega sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome do sujeito: _____

Assinatura do sujeito: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceitação do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligada à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Observações complementares:

Anexo B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (familiar)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, que fará investigação sobre eventos ou situações que ocorrem no dia a dia da pessoa de seu convívio, que geram-lhe fortes respostas emocionais negativas, como por exemplo, tristeza intensa, angústia, desesperança, choro frouxo, culpa, medo, vergonha, falta de vontade para realizar atividades, que antes eram-lhe prazerosas, dentre outras.

Motivos que justificam a realização desta pesquisa – Esta pesquisa justifica-se em função de haver: (a) escassez de estudos aplicados sobre depressão na análise do comportamento; (b) a alta prevalência de depressão na sociedade; (c) relevância de estudos dessa natureza para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, ação que é requerida pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo.

Assim, após a leitura completa deste documento, coloco-me disponível para esclarecer dúvidas que surgirem e, caso esteja de acordo a participar desta pesquisa, de forma voluntária, está convidado(a) a assinar este documento, em duas vias, para que uma delas fique em seu poder e outra em poder das pesquisadoras responsáveis.

É importante deixar claro que, a qualquer momento, após o início da pesquisa, você desejar cessar sua participação, basta comunicar essa decisão às pesquisadoras responsáveis, adiante descritas, para que a coleta de dados seja cessada, imediatamente.

Em caso de qualquer outro tipo de dúvida sobre essa investigação científica, por favor, entre em contato com o Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás, telefone (62) 3946-1512.

A seguir, algumas informações sobre a pesquisa.

Título: Avaliação funcional da depressão.

Profissionais responsáveis - Dra Ilma A. Goulart de Souza Britto, professora de Graduação e Pós-graduação *Lato e Stricto Sensu* e pesquisadora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás; e Letícia Guedes Nóbrega, Psicóloga Clínica (CRP 09/8005), mestranda do curso de Pós-graduação em Psicologia *Stricto Sensu* da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, estarão disponíveis, em qualquer momento, a maiores esclarecimentos, seja de forma pessoal ou através dos telefones, abaixo.

Telefones para contato com as pesquisadoras responsáveis: (62) 8422-4447 (com Letícia Guedes); (62) 9979-0708 (com Dra Ilma Goulart).

Objetivos da Pesquisa – Esta pesquisa terá por objetivo estudar as situações ou eventos que geram respostas emocionais negativas na pessoa de seu convívio, já descritas no início deste documento; bem como estudar as consequências por elas produzidas na forma com que se comporta. Terá, também, por objetivo, favorecer à pessoa de seu convívio a redução das respostas emocionais negativas e o aumento de comportamentos que gerem maior qualidade de vida para essa pessoa, por meio de encontros semanais com a pesquisadora.

Procedimento da Pesquisa – Em um consultório, você se sentará em frente à pesquisadora, e a ela narrará situações ou eventos de sua história de vida da pessoa de seu convívio que lhe tenham favorecido sentir respostas emocionais negativas. Com a finalidade de que a pesquisadora colete todos os relatos que vier a fazer, esses encontros serão registrados com o suporte de uma câmera filmadora.

Período de Participação – Os encontros estão previstos para ocorrer em 2014. Seus encontros, com a pesquisadora ocorrerão duas vezes por semana, com duração de até 50 minutos cada. Esta pesquisa prevê a realização de 2 encontros.

Desconfortos e Riscos que podem ser produzidos por esta pesquisa – Poderá ocorrer desconforto inicial em função de a pesquisadora ser-lhe pessoa alheia ao seu convívio, até este momento.

Porém, destaca-se que a pesquisadora vai utilizar métodos alternativos para reduzir, ao máximo os desconfortos/riscos, acima previstos. Por exemplo, para reduzir os desconfortos/riscos produzidos por essa nova interação entre o senhor(a) e a pesquisadora, esta se apresentará, transmitindo-lhe dados sobre sua formação profissional e acadêmica, bem como sobre a análise do comportamento. Também salientará que a condução desta pesquisa ainda contará com o suporte de sua orientadora, a qual é professora-doutora, e psicóloga. Portanto, com competência para auxiliar a ambos no encaminhamento de soluções para qualquer problema que possa surgir dessa interação. Além disso, em função de a pesquisadora também ser psicóloga, disporá de recursos técnicos para lhe acolher.

Serão considerados, ainda, os seguintes riscos: (a) de você não aderir às atividades propostas; e (b) de você irritar-se com as atividades propostas. Em relação ao risco (a): será selecionado um nova participante que atenda aos critérios e demandas do estudo; para o risco (b) a pesquisadora mestranda interromperá a sessão e procurará entender as razões dessa irritação e, caso necessário, acionará a pesquisadora orientadora do estudo para lhe assistir de forma ampla. Caso essa resposta persista, você poderá deixar a pesquisa, em qualquer momento.

Benefícios da Pesquisa – Como esta pesquisa aplicará os procedimentos próprios da análise do comportamento, é esperado que ela gere à pessoa de seu convívio a oportunidade de aprender a controlar suas respostas ansiosas, de reduzir suas respostas emocionais negativas e de adquirir comportamentos mais eficientes à sua interação social, com a finalidade de melhorar a qualidade de sua vida.

Confidencialidade - Todos os dados da presente pesquisa serão confidenciais e somente usados, pelas pesquisadoras responsáveis, para fins científicos, sendo o registro em vídeo apenas utilizado para descrição precisa dos dados. Diante da provável publicação dos resultados do estudo em revista e/ou eventos científicos, fica, de antemão, estabelecido que o seu nome não será divulgado. Destaca-se, ainda, que todo material produzido por esta pesquisa (vídeos e folhas de registros), quando de seu término será incinerado em sua presença, bem como as folhas de registros de ocorrência dos comportamentos objeto da pesquisa.

Ressarcimento Financeiro - Para o cumprimento de todas as finalidades desta pesquisa, salienta-se que não estão previstos gastos financeiros algum a você, uma vez que a pesquisadora arcará com os custos do transporte habitual de seu uso, de sua residência à clínica e da clínica à sua residência. Portanto, a pesquisadora lhe repassará o valor, em dinheiro, para substanciar esse tipo de transporte, usualmente utilizado por você, para cada encontro. A pesquisadora, também, arcará com todos os custos clínicos previstos por esta pesquisa, portanto, sua participação será de forma gratuita.

Indenização - A pesquisadora assumirá responsabilidade social e financeira, caso seja determinado, judicialmente, que o dano observado e reclamado tenha sido provocado por esta pesquisa.

Participação Voluntária - Ratifica-se, portanto, que a sua participação nesta investigação é voluntária e será iniciada mediante a assinatura nas duas versões deste documento, ou seja, versões idênticas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhe garante a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Local e data: _____

Assinatura do(a) participante, RG e CPF

Assinatura da Orientadora – Prof^a Dr^a Ilma A. Goulart de S. Britto

Assinatura da Pesquisadora – Letícia Guedes Nóbrega

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO
(FAMILIAR)**

Eu, _____, RG
nº _____, concordo em participar do estudo intitulado “Avaliação funcional da depressão” como familiar ou pessoa próxima da participante, pessoa com queixa de depressão. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Letícia Guedes Nóbrega sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome do sujeito: _____

Assinatura do sujeito: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceitação do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligada à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Observações complementares:

Anexo C - Entrevista para Avaliação Funcional

Entrevista para Avaliação Funcional

Nome: _____ Idade: ____ Sexo: ____

Data da avaliação: ____/____/____

Relato depressivo	Frequência	Duração	Observações
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			
10)			
11)			
12)			
13)			
14)			

2) Definição dos eventos que desencadeiam as falas inapropriadas:

a) HORÁRIO: **quando** as falas têm maior/menor probabilidade de ocorrer?

Maior probabilidade _____

Menor Probabilidade _____

b) LOCAL: **onde** as falas têm maior/menor probabilidade de ocorrer?

Maior probabilidade _____
Menor probabilidade _____

c) PESSOAS: **com quem** as falas têm maior/menor probabilidade de ocorrer?

Maior probabilidade _____
Menor probabilidade _____

d) ATIVIDADE: **quais atividades religiosas** têm maior/menor probabilidade de produzir as falas?

Maior probabilidade _____
Menor probabilidade _____

3) O comportamento verbal da pessoa diagnosticada como esquizofrênica é afetado se:

a) Você lhe pede uma tarefa difícil _____

b) Se quer algo, mas não consegue: _____

c) Se você lhe dá uma ordem: _____

d) Se você muda sua rotina: _____

4) Como a pessoa esquizofrênica se comporta na igreja:

5) A pessoa diagnosticada como esquizofrênica segue instruções? (enumere)

6) O que você sabe sobre a história dos comportamentos indesejáveis dessa pessoa diagnosticada como esquizofrênica?

7) Houve tentativas de diminuir tais problemas? Descreva-as.

8) Por quanto tempo esses comportamentos indesejáveis tem sido um problema?

Obrigado por sua participação!

Anexo D – Comunicado para seleção da participante da pesquisa

SELEÇÃO DE PARTICIPANTE

Estou fazendo uma pesquisa no mestrado com o tema “depressão”, dessa forma, preciso de um participante que cumpra os critérios abaixo:

- (a) possua idade superior a 18 anos;
- (b) apresente diagnóstico médico - psiquiátrico de transtorno depressivo maior;
- (c) esteja disponível a frequentar as sessões da pesquisa;
- (d) autorize um dos membros da família (pai, mãe, cônjuge, ou irmãos) a fornecer à pesquisadora informações importantes acerca de sua história de vida.

O candidato selecionado receberá atendimento psicoterápico gratuito. Os interessados favor entrar em contato pelo número (62) 8422-4447, falar com a psicóloga Letícia Guedes.

