



Universidade Católica de Goiás
Vice-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa
Departamento de Psicologia
Programa de Pós *Stricto Sensu* em Psicologia
Mestrado em Processos Clínicos

Efeitos das Estratégias Operantes em uma Pessoa com o Diagnóstico de Esquizofrenia e Família

Gabriela Rodrigues Felipe

Goiânia, Abril , 2009



Universidade Católica de Goiás
Vice-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa
Departamento de Psicologia
Programa de Pós *Stricto Sensu* em Psicologia
Mestrado em Processos Clínicos

Efeitos das Estratégias Operantes em uma Pessoa com o Diagnóstico de Esquizofrenia e Família

Gabriela Rodrigues Felipe

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade Católica de Goiás como requisito parcial à obtenção ao título de Mestre em Psicologia.

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

Goiânia, Abril, 2009

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

Folha de Avaliação

Autora: Gabriela Rodrigues Felipe

Título: Efeitos das Estratégias Operantes em uma Pessoa com o Diagnóstico de Esquizofrenia e Família

Data de Avaliação: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Ilma A. Goulart de Souza Britto (Presidente)
Universidade Católica de Goiás

Prof^ª. Dra. Maly Delitti (Membro Efetivo)
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof^ª. Dra. Sheila Murta Giardini (Membro Suplente)
Universidade Católica de Goiás

Prof^ª. Dra. Denise Teles Freire Campos (Membro Efetivo)
Universidade Católica de Goiás

Dedico este trabalho aos meus
pais Sebastião e Maria Salete

“... os principais problemas enfrentados
hoje pelo mundo só poderão ser
resolvidos se melhorarmos nossa
compreensão de comportamento
humano.”
(Skinner, 1974 pg. 08)

Agradecimentos

Agradeço à Deus pelo dom da vida, pela sabedoria, oportunidade e esperança de um futuro melhor.

Aos meus pais Sebastião e Maria Salete pela oportunidade, apóio e dedicação.

Aos meus irmãos Rodrigo e Anita pelo incentivo, à minha cunhada Letícia pela força, às minhas sobrinhas Geovana e Lara que me alegravam nas horas difíceis e de cansaço.

À minha “prima/irmã” Rosanne que mesmo com a distância me apoiou e incentivou para o meu crescimento intelectual.

À todos da minha família que compreenderam a minha ausência nas reuniões familiares.

Aos meus amigos e amigas do mestrado que compartilharam os momentos de dúvida, de dificuldades e de cansaço.

À participante desta pesquisa, que sem ela não poderia ter realizado um trabalho de tanta importância e crescimento como foi este em minha vida pessoal e profissional.

À toda equipe do CAPS que se prontificou para indicação de uma participante que se enquadrasse no perfil do sujeito do meu projeto.

À todos meus amigos e amigas que compreenderam e apoiavam nas horas difíceis e compreenderam minha ausência.

Aos membros da banca que apesar de terem uma agenda cheia, disponibilizaram de tempo para concretização deste trabalho.

E finalmente a minha orientadora Dra. Ilma que me ajudou com seu amplo conhecimento literário, apóio nas horas difíceis e pela sua disponibilidade de tempo para as orientações, estas que foram de grande valia e de conhecimento.

Muito obrigada a todos que contribuíram para a execução deste trabalho.

Índice

Dedicatória	i
Agradecimentos	iii
Índice	iv
Lista de Figuras	v
Lista de Tabelas	vi
Lista de Apêndices	vii
Resumo	viii
Abstract	ix
Introdução	01
Análise Funcional e Treino de Habilidades Sociais em Esquizofrênico e Família	01
Análise Funcional do Comportamento	21
A Esquizofrenia segunda a Psiquiatria	26
Treino de Habilidades Sociais	28
Objetivos do presente estudo	34
Método	35
Participante	35
História de Vida	35
Ambientes e Materiais	38
Procedimento	39
Delineamento Experimental	41
Linha de Base de ambos os delineamentos	43
Intervenção I: Análise Funcional das falas inapropriados	43
Intervenção II: Treino de habilidades sociais	45
Intervenção III: Reforçamento diferencial de comportamentos verbais alternativos e retirada da atenção social do delineamento reverso	46
Resultados	51
Discussão	58
Referências	65
Apêndice 1	70
Apêndice 2	72

Lista de Figuras

Figura 1.	Número de FA e FI no Delineamento de Intervenções Alternadas	52
Figura 2.	Frequência de FA e FI no Delineamento de Retirada ou Reversão	56
Figura 3.	Quantidade de falas apropriadas e inapropriadas por subcategorias no delineamento de intervenções alternadas	57
Figura 4.	Quantidade de falas apropriadas e inapropriadas por subcategorias no delineamento de retirada ou reversão	57

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Fases dos delineamentos de intervenções alternadas e de retirada aplicados	43
Tabela 2.	Exemplos das subcategorias de falas inapropriadas da participante	49
Tabela 3.	Fragmentos de uma análise da relação entre os elementos verbalizados.	53
Tabela 4.	Ensaio comportamental com a participante.	54
Tabela 5.	Trechos da fala da participante e de sua filha.	55

Lista de Apêndices

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	70
Apêndice 2. Folha de Registro	72

Resumo

O objetivo do presente estudo foi o de investigar o comportamento verbal de uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica há 28 anos, em uma unidade de saúde mental, utilizando-se dos princípios da análise do comportamento. A participante era uma pessoa do sexo feminino, casada, mãe de três filhos, residia com o marido e com um histórico de duas internações em instituições psiquiátricas, sendo a primeira aos 24 anos de idade e a última aos 35 anos. A participante fazia uso diário dos medicamentos: Haloperidol 5mg, Pamergan 25mg e Risperidona 2mg. A participante foi selecionada entre os pacientes em atendimento no CAPS. As atividades da pesquisa incluíram sessões experimentais no formato de atendimento clínico na casa da participante. Todas as sessões foram registradas em vídeo e transcritas na íntegra, o que possibilitou a análise do comportamento verbal da participante e sua categorização em falas apropriadas e falas inapropriadas. Para o controle dos procedimentos foram utilizados dois delineamentos experimentais. No delineamento de intervenções alternadas no formato A-B-A-C-A. O delineamento de intervenções alternadas consistiu na alternância entre as condições de linha de base (A) que foi conversas livres e de diferentes intervenções, sendo (B) análises funcionais, (C) treinamento das habilidades sociais que foi dividido em duas fases, a primeira com a participante e a segunda com um membro da família para orientar a família como lidar com essas dificuldades existentes. Ao todo, durante esse delineamento foram realizadas dezessete sessões. O delineamento de retirada ou reversão no formato A-B-A. O delineamento de retirada ou reversão consistiu de uma fase de linha de base (A) antes da fase de intervenção, (B) que se caracterizou pelo reforçamento diferencial alternativo (DRA) dos comportamentos verbais apropriados e procedimentos de retirada da atenção social para os comportamentos verbais inapropriados (EXT) e (A) uma espécie de 'retorno à linha de base'. Outras nove sessões foram realizadas até ao prazo final da coleta de dados. Os resultados demonstraram que o reforço social influenciou no comportamento verbal da participante e que os procedimentos de intervenção da análise do comportamento foram efetivos para diminuição das falas inapropriadas e aumento das falas apropriadas. Os resultados foram discutidos em termos da metodologia aplicada, dos princípios comportamentais, dos efeitos alcançados e da corroboração dos dados da literatura. Pode-se afirmar com este estudo que as modificações comportamentais apresentadas pela participante foram relevantes.

Palavras chave: comportamento verbal inapropriado; análise funcional; treino de habilidades sociais; esquizofrenia.

Abstract

The objective of this study was to investigate the verbal behavior of a person diagnosed as schizophrenic for 28 years in a mental health unit, using the principles of behavior analysis. The participant was a person of the female, married, mother of three children, lived with her husband and with a history of two admissions to psychiatric institutions, with the first 24 years of age and last for 35 years. The participant had daily use of drugs: haloperidol 5mg, 25mg and Pamergan Risperidone 2mg. The participant was selected among patients in care in CAPS. The research activities included experimental sessions in the form of clinical care in the home of the participant. All sessions were recorded on video and transcribed in full, which allowed the analysis of verbal behavior of the participant and their categorization into appropriate words and inappropriate words. For the control procedures were used two experimental designs. In the design of interventions in alternate format ABAC. The design of alternative interventions was the alternation between the conditions of the baseline (A) which was free and talk to different interventions, and (B) Functional analysis, (C) training of social skills has been divided into two phases, the first with the participant and the second with a family member to guide the family to deal with these difficulties. In all, during this design were seventeen sessions. The design of withdrawal or reversal in the ABA. The design consisted of withdrawal or reversal of the baseline phase (A) before the intervention phase, (B) which is characterized by alternative differential reinforcement (DRA) of verbal behavior and appropriate procedures for withdrawal of social attention to the behavior inappropriate verbal (EXT) and (A) a kind of 'return to the baseline. " Other nine sessions were held until the final period of data collection. The results showed that the strengthening influence the social behavior of verbal participant and that the procedures for the analysis of behavior intervention were effective in reduction of inappropriate words and increase the appropriate lines. The results were discussed in terms of applied methodology, principles of behavior, the effects achieved and the corroboration of data. You can say to this study that the behavioral changes made by the participant were relevant.

Key words: inappropriate verbal behavior, functional analysis, social skills training; schizophrenia.

Efeitos das Estratégias Operantes em uma pessoa com o Diagnóstico de Esquizofrenia e Família

As primeiras aplicações e replicações sistemáticas das estratégias operantes com adultos diagnosticados como esquizofrênicos aconteceram nas décadas de 50 e 60, com Skinner e Lindsley, (aluno de doutorado de Skinner) no Metropolitan State Hospital em Waltham, Massachusetts. Esses trabalhos foram importantes para a construção da história e extensão dos princípios operantes ao comportamento humano mais complexo, bem como contribuiu para o avanço de pesquisas ao promover a aplicação dos métodos operantes à compreensão das psicopatologias (Britto, Rodrigues, Santos & Ribeiro, 2006; Rutherford, 2003).

Lindsley, em 1956, (citado por Staats e Staats 1963/1973) desenvolveu uma câmara de condicionamento operante na qual o comportamento de pacientes esquizofrênicos poderia ser observado e manipulado. Na sala continha uma cadeira, um cinzeiro de plástico, uma alavanca e dispositivos para apresentar estímulos discriminativos e liberar reforçadores. A alavanca consistia em um puxador de ferro semelhante aos de máquinas de vender cigarros e doces, a qual podia ser puxada até mais de 10.000 vezes por hora. Os reforçadores foram variados, incluindo dinheiro, doce, figuras de nus e cigarros. Os reforçadores foram administrados contingentes ao acionamento do puxador e de acordo com um esquema de reforçamento pré-estabelecido. Em outra sala, dispositivos do condicionamento operante controlavam a apresentação dos estímulos, o esquema de reforçamento, registrava a frequência das respostas na alavanca e assim por diante. Os resultados do estudo apontaram que durante o reforçamento em razão fixa o comportamento psicótico aparecia apenas

durante as pausas depois do reforçamento e que nenhum comportamento psicótico foi exibido quando sob controle de esquema de razão fixa.

Em 1962, Lindsley (citado por Reese 1978) estudou os efeitos de uma droga quando foram medidas duas classes de respostas: (a) puxar uma alavanca que era reforçada intermitentemente com doce ou cigarro e (b) responder vocal alucinatório, registrado através de um microfone oculto. O comportamento vocal não era reforçado. Foram obtidos os registros das duas classes de comportamento em sessões de 5 horas de duração. Nas sessões experimentais aplicou-se ao paciente 20 mg de Benactizina. Dezoito minutos após a aplicação da droga, começaram os comportamentos vocais alucinatórios, que continuou por mais 3 horas. A resposta manual de puxar a alavanca foi suprimida, começando sua supressão 18 minutos após a ingestão da droga. Durante a quarta hora, esta resposta voltou a apresentar frequência alta e estável. Com base nestes resultados o autor concluiu que a Benactizina era uma droga mais alucinatória do que terapêutica, o que foi posteriormente testada por outras pesquisas.

Ayllon e Haughton (1964a) utilizaram procedimentos de reforçamento positivo e extinção para modificar o comportamento verbal de uma paciente diagnosticada com esquizofrênica crônica, com 16 anos de hospitalização. Suas falas psicóticas referiam-se à família real e as referências que fazia de si mesma como rainha. Foram registradas duas classes de respostas: (a) respostas verbais psicóticas incluindo referências à realeza e (b) respostas verbais neutras. As duas classes de respostas tanto foram reforçadas como extintas durante várias fases do experimento. Tanto o reforço como a extinção foi controlada pela equipe de enfermagem. O reforçamento era dar a paciente um cigarro e conversar com ela durante 3 minutos. A extinção, por sua vez, consistia na retirada de ambos: cigarro e atenção social.

Durante a linha de base, as respostas verbais psicóticas e neutras ocorreram com a mesma frequência. Quando o comportamento verbal psicótico foi reforçado teve sua frequência aumentada, enquanto as respostas neutras quase desapareceram. Quando as contingências de reforçamento foram invertidas, constatou-se que o mesmo ocorreu no conteúdo do comportamento verbal.

Ayllon e Houghton (1964b) demonstraram a importância dos estímulos verbais no controle do comportamento em um grupo de pacientes psicóticos sobre o aviso da hora de refeição. A queixa era a de que muitos pacientes não respondiam de forma alguma à chamada enquanto outros respondiam depois de algum tempo. Foi iniciado o seguinte procedimento: se o paciente respondesse à chamada para a refeição dirigindo-se ao refeitório no prazo de 30 minutos, ele obtinha a refeição. Se não respondesse dentro desse período, ele encontraria o refeitório fechado. Observou-se que os pacientes ficaram sob controle da chamada para a refeição dentro do limite de tempo. Após o tempo entre a apresentação do estímulo discriminativo verbal e o fechamento do refeitório foram reduzidos para 20 minutos, depois para 15. Assim, a chamada para a refeição passou a ter controle discriminativo sobre o comportamento exigido.

Ayllon e Michael (1964a) utilizaram a extinção para controlar o comportamento psicótico de pacientes hospitalizados. O estudo foi realizado com uma paciente que visitava frequentemente a sala de enfermagem interrompendo e prejudicando o trabalho das enfermeiras. Frequentemente, a paciente era tomada pela mão e o seu corpo empurrado para fora da enfermaria. Tal comportamento persistia por mais de dois anos e foi registrada uma frequência média de 16 vezes ao dia. Durante o período de extinção as enfermeiras foram instruídas a ignorar a paciente e não lhe dar atenção quando entrasse na enfermaria: nem lhe diziam que saísse, nem chamavam o vigilante para que a levassem embora. Os resultados desse experimento

demonstraram que o comportamento de visitar a sala de enfermagem decresceu, dentro de oito semanas, de 16 para duas visitas diárias.

Em outro estudo de Ayllon e Michael (1964b), o procedimento empregado foi extinção e saciação para tratar quatro pacientes masculinos com atraso no desenvolvimento, que armazenavam jornais, papéis, revistas e coisas semelhantes, carregando-as debaixo de suas roupas em contato com a pele provocando erupções. Presumiu-se que o comportamento de armazenar era mantido pela atenção que recebiam das enfermeiras quando elas retiravam os objetos. Os procedimentos envolveram a retirada da atenção (extinção) e apresentação de toalhas e revistas (saciação) dos pacientes disponibilizando um grande número de revistas dentro da enfermaria. Os resultados mostram uma diminuição gradual na frequência do comportamento de armazenar em nove semanas, de uma média de 35 revistas diárias armazenadas para oito revistas.

Um estudo bastante citado na literatura foi desenvolvido por Isaacs, Thomas e Goldiamond (1964) que descreveram o modo pelo qual utilizaram os procedimentos de modelagem usando o chiclete como um estímulo discriminativo para o tratamento de mutismo em um paciente diagnosticado como esquizofrênico catatônico que se mostrava mudo havia 19 anos. O paciente permanecia sentado impassível e imóvel, olhando para frente numa posição descrita como catatônica. Quando o experimentador tirou um cigarro do bolso, acidentalmente deixou cair um pacote de goma de mascar. Os olhos do paciente moveram-se para a goma.

A partir deste fato, foi iniciado o procedimento de modelagem quando o experimentador segurava um pedaço de goma e esperava até que os olhos do paciente se movessem em direção à mesma. Uma sucessão de movimentos dos olhos seguidos de movimentos faciais, movimentos dos lábios, vocalização, emissões de palavras e, finalmente, comportamento verbal espontâneo foi exigido para a

obtenção da goma de mascar. No fim da sexta semana após 18 sessões, quando o experimentador dizia “diga goma, goma” o paciente espontaneamente disse “goma, por favor,”. Em seguida passou a responder perguntas sobre seu nome e idade e, gradualmente o processo foi ampliado e o paciente passou a falar com vários funcionários do hospital.

Ayllon, Haughton e Hughes (1965) demonstraram que o comportamento bizarro de uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica crônica pode ser produzido e eliminado experimentalmente pela manipulação das contingências de reforço. A paciente estava hospitalizada havia 23 anos e permanecia a maior parte do tempo deitada numa cama ou num divã. Uma vez que a paciente era fumante inveterada, cigarros foram usados como reforçadores. Os pesquisadores modelaram a resposta sintomática: a paciente deveria estar em pé, numa posição ereta e carregando uma vassoura. Durante a modelagem, uma enfermeira lhe entregava uma vassoura e a outra lhe dava um cigarro. Em seguida, para ganhar o cigarro a paciente deveria pegar a vassoura. Após estabelecer esta relação, o comportamento de segurar a vassoura foi mantido por meio de um esquema de intervalo variável. O intervalo médio foi gradualmente aumentado e a porcentagem de tempo durante o qual a paciente carregava a vassoura aumentou, na mesma extensão em que o intervalo foi aumentado, para uma média de 30 minutos. O comportamento da paciente de estar em pé, carregando uma vassoura enquanto caminhava foi observado por um renomado profissional de saúde mental que assim o descreveu: seu andar compulsivo, ao segurar uma vassoura, assim como o faz, pode ser considerado como um ritual ou ação mágica. Sua vassoura pode ser vista como: uma criança a que lhe dá amor e, em troca, ela lhe dedica devoção; um símbolo fálico; e ainda, um modo mágico com o qual a paciente realiza seus desejos, expressos de uma forma muito distante de nosso modo sólido, racional e convencional de agir e de pensar. Não

obstante, a paciente continuou carregando a vassoura até que se retirou o reforço, isto é, quando foi iniciado o processo de extinção. À medida que o comportamento de segurar a vassoura decresceu, o comportamento anterior de ficar na cama aumentou.

Ayllon e Azrin (1968/1974) apresentaram vários estudos realizados em instituições psiquiátricas com o objetivo de determinar a eficácia do procedimento de reforçamento em manter o comportamento desejado. Os comportamentos estudados consistiam no desempenho de trabalhos e atividades que os pacientes poderiam escolher a partir de uma lista de tarefas afixada na enfermaria. Todos os experimentos seguiram o delineamento experimental do tipo ABA, no qual cada paciente servia como seu próprio controle. O procedimento padrão para o reforçamento consistia em fornecer fichas contingentes ao comportamento desejado e possibilitar sua troca por uma gama de reforçadores. Os desempenhos variavam, por exemplo, escolhas de tarefas disponíveis, comportamentos de autocuidado, interação social mais adequada com a equipe do hospital, participar de atividades como trabalhos manuais fora da enfermaria, dentre outras. Da mesma forma os reforçadores variavam desde cigarros, comestíveis, roupas ou certos privilégios. Os resultados demonstraram que o procedimento de reforçamento foi eficaz para manter o desempenho dos comportamentos desejados.

Liberman, Teigen, Parrerson e Baker (1973) estudaram o comportamento verbal de quatro participantes, sendo estes: dois homens e duas mulheres, diagnosticados como esquizofrênicos paranóicos crônicos, os quais permaneceram internados por uma média de 17 anos. A fala apropriada dos participantes foi à classe de respostas reforçadas através da exposição destas as contingências de reforço social num delineamento de linha de base múltipla. Durante o período de linha de base aconteceram quatro entrevistas de 10 minutos por dia com cada participante e à

noite reforçadores eram liberados de forma não contingente às ocorrências das falas durante as entrevistas.

Na intervenção os procedimentos consistiram em: a) interrupção da entrevista no momento em que a fala inapropriada aparecia (o enfermeiro-terapeuta seguia um roteiro de tópicos para conversação que incluíam circunstâncias envolvendo a hospitalização, sentimentos sobre hospitalização, relações familiares, finanças, educação anterior e atividades atuais. O enfermeiro-terapeuta pulava de um tópico para outro da seqüência, para controlar a possibilidade de alguns tópicos evocassem mais falas inapropriadas do que outros); b) bate papo informal à noite com o enfermeiro-terapeuta por até 30 minutos, com direito a lanches (cafés, biscoitos, frutas etc.) e cigarros numa proporção direta ao montante das falas apropriadas acumuladas durante a entrevista diurna, durante o bate-papo noturno o enfermeiro-terapeuta reconhecia verbalmente qualquer comportamento verbal.

Tais procedimentos sofreram algumas variações em três fases de intervenção. Os resultados indicaram que as falas apropriadas dos participantes durante as entrevistas diárias aumentaram expressivamente em função da introdução do tratamento contendo procedimentos de extinção e reforçamento. As falas apropriadas dos quatro participantes alcançaram um aumento médio de 350% em relação às exigências durante a ocorrência da entrevista diurna. Estes aumentos foram mantidos em três participantes mesmo quando estes foram confrontados diretamente com suas idéias delirantes. Portanto, foi demonstrado que as contingências ambientais modificaram efetivamente o comportamento verbal do esquizofrênico.

Rutherford (2003) relata que no final da década de 50 e início da década de 60 foi desenvolvida uma variedade de estudos com estas características. A autora observou um aumento nas pesquisas sobre condicionamento operante do

comportamento verbal as quais se destacaram por pesquisas desenvolvidas, inicialmente pela análise experimental em câmaras operante e depois pela análise do comportamento aplicada, em especial através da utilização de procedimentos de reforçamento. A década de 70 também foi vasta na análise de contingências, acrescentado estudos envolvendo punição ou *time-out*, o que gerou severas críticas aos tratamentos e pesquisas comportamentais sobre participantes psiquiátricos. Provavelmente, devido a estas críticas a produção científica sobre esquizofrenia declinou significativamente nas décadas de 80 e 90.

Nesse período ocorreram inovações com o uso de metodologia de análise funcional para o estudo do comportamento humano mais severo. Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman e Richman (1982/1994) desenvolverem estratégias mais completas em que comportamentos problemas foram observados sob múltiplas condições de controle para testar o efeito de diferentes fontes de reforçamento: condição de atenção, condição de demanda, condição de controle e condição de sozinho.

Com base nos procedimentos de uma metodologia de análise funcional, Wilder, Masuda, O'Connor e Baham (2001) manipularam as falas inapropriadas e apropriadas de um homem de 43 anos com o diagnóstico de esquizofrenia crônica do tipo indiferenciado. Nos procedimentos foram utilizados um delineamento de reversão e um delineamento de múltiplos elementos para investigar quatro condições: a) condição de demanda, b) condição de atenção, c) condição sozinho e d) condição de controle. Os percentuais apontam aumento das falas inapropriadas na condição de atenção quando comparados às outras condições. As falas inapropriadas praticamente desapareceram durante as fases de intervenção e as falas apropriadas tiveram a frequência aumentada. Os resultados sugerem que as falas inapropriadas foram mantidas pela atenção social.

Para investigar as possíveis funções das falas inapropriadas, Dixon, Benedict e Larson (2001) desenvolveram um estudo, cujo participante era uma pessoa adulta com diagnóstico de retardo mental e transtorno psicótico não especificado. O participante fazia uso diário dos seguintes medicamentos: Divalpeox Sodium, Risperidona e Thioridazine.

As sessões foram realizadas em uma sala de observação equipada com mesa e cadeira. O comportamento verbal inapropriado foi definido como falas fora do contexto, comentários sexuais inapropriados ou declarações psicóticas. As falas apropriadas foram definidas como vocalizações que não especificasse nenhuma das características das falas definidas como inapropriadas.

Foram realizadas quatro condições de tratamento envolvendo análise funcional estabelecidas no delineamento de linha de base múltipla – atenção, demanda, sozinho e controle. Durante a condição atenção, se o participante emitisse verbalizações inapropriadas, o pesquisador interagiu por 10 segundos de atenção em forma de comentários. Durante a condição demanda, o pesquisador apresentava tarefas acadêmicas simples. Durante a condição de sozinho, ele era deixado sozinho na sala e era observado através do espelho. Durante a condição controle, o participante tinha acesso a atividades de sua preferência. O pesquisador liberava atenção a cada 30 segundos e o comportamento inapropriado não era consequenciado.

As intervenções consistiram em reforçamento diferencial dos comportamentos selecionados: as falas apropriadas eram reforçadas com atenção social e as inapropriadas não recebiam nenhum tipo de reforço. Os resultados das análises funcionais indicam que as falas inapropriadas do participante eram mantidas pela atenção social. O estudo mostrou que durante as intervenções houve diminuição das falas inapropriadas e aumento das falas apropriadas.

Na pesquisa de De Leon, Arnold, Rodriguez-Catter e Uy (2003), verificou-se que a fala bizarra de indivíduos diagnosticados com vários transtornos psiquiátricos pode ser mantida pelo reforçamento positivo em forma de atenção. Análises funcionais foram conduzidas para examinar variáveis que influenciam falas bizarras. Foi usado um delineamento de reversão para avaliar os efeitos do conteúdo de atenção somente sobre as falas bizarras, ou seja, a atenção do terapeuta foi contingente às falas bizarras. Todas as afirmações não bizarras foram ignoradas. Numa segunda análise, foi utilizado um delineamento de múltiplos elementos para examinar os efeitos do conteúdo da atenção à proporção de falas bizarras e não bizarras. Numa condição, a atenção contingente aos conteúdos bizarros, o terapeuta respondia todas as afirmações do participante: se bizarra ou não bizarra, com afirmações contendo conteúdos bizarros. Na outra condição, a atenção contingente aos conteúdos não bizarros, o terapeuta respondia a tudo que o participante falava com falas contendo conteúdos não bizarros.

De Leon e cols. (2003) demonstraram que quando o reforço social tem relação com o conteúdo bizarro (no caso do referido estudo a fala padrão era “Isto não faz sentido!”) e é utilizado contingente à fala bizarra ocorre um aumento significativo desta. Num outro delineamento, no mesmo experimento, observou-se também que a atenção contingente às duas classes de respostas (bizarras e não bizarras) com conteúdo não relacionado às falas bizarras evocou mais respostas verbais não bizarras.

Lancaster, LeBlanc, Carr, Brenske, Peet e Culver (2004) apresentam algumas considerações sobre estudos supracitados da análise experimental nas intervenções baseadas na análise funcional com participantes únicos para demonstrar o controle operante sobre falas bizarras. Em estudos anteriores foi identificada a atenção como contingência mantenedora para reforçar tais verbalizações. Os autores salientam,

entretanto, que não têm sido publicados casos nos quais, análises funcionais indicaram reforçamento automático ou funções não operantes para as falas bizarras. Segundo os autores, há evidências na literatura de variáveis biológicas em muitos transtornos associados com falas bizarras e não seria surpreendente sugerir a presença de viés na literatura analítica-comportamental. Pesquisadores comportamentais apresentam casos com referências ao controle operante enquanto os profissionais médicos acrescentam outras causas. Para investigar esta questão, os autores selecionaram aleatoriamente quatro participantes de uma amostra de 120 pacientes de uma unidade, com dois diagnósticos: retardo mental e esquizofrenia. O procedimento consistiu em análise funcional com atenção para as falas bizarras para dois participantes; e para os outros dois, não havia o reforçamento social para suas vocalizações bizarras.

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

Miranda (2005) investigou o comportamento de uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica crônica e retardo mental que residia numa instituição psiquiátrica há mais de 30 anos. A participante do sexo feminino, 57 anos, solteira, fora estuprada aos 18 anos de idade e, desde então, apresentou comportamentos

inapropriados que justificaram suas internações em várias instituições, além do uso diário de medicamentos como Haldol, Amplictil, Anatensol, dentre outros.

A participante apresentava comportamentos inapropriados, tais como, recusa em participar de atividades, não interagia e não olhava nos olhos das pessoas, permanecia deitada ou sentada num banco do pátio, mantendo um cobertor enrolado na cabeça, sempre isolada dos demais internos. Urinava e defecava no pátio. Agressões a funcionários e internos eram freqüentes. Dormia sozinha em seu quarto por precaução, para não agredir os outros. Bebia água do vaso sanitário ou da torneira do banheiro sem o uso de qualquer vasilhame.

Após duas fases de intervenção nessas classes comportamentais, via procedimento de modelagem, reforçamento positivo/negativo, esmaecimento e extinção, houve mudanças acentuadas nos comportamentos inapropriados apresentados pela participante que chegou, inclusive, a participar de reuniões e festas realizadas pela equipe de terapia ocupacional e a dividir seus aposentos com outra interna após intervenção. Estes comportamentos se mantiveram um mês após a fase de intervenção, o que foi verificado a partir dos dados obtidos no *follow-up*. Experimentos que têm utilizado delineamentos de retirada têm possibilitado melhor compreensão das variáveis que afetam os comportamentos inapropriados, o que justifica seu uso no presente estudo.

Silva (2005) desenvolveu uma pesquisa com uma participante com o diagnóstico de esquizofrenia crônica que residia há mais de 20 anos em instituição psiquiátrica. A participante era uma mulher de 38 anos, se recusava a desenvolver qualquer atividade proposta pela equipe de enfermagem. Para demonstrar o controle experimental dos procedimentos foi utilizado um delineamento de reversão ABAB seguido por *follow-up*. Foram selecionadas as seguintes classes de respostas para receber a intervenção: agarrar ou unhar os braços das pessoas; varrer o pátio;

executar uma atividade na qual possa se ocupar no tempo livre; mandos por pamonha, etc.

Os resultados evidenciaram redução da frequência dos comportamentos de agarrar ou unhar as pessoas; aumento de ocorrências do comportamento de limpar o pátio; aumento significativo da emissão do comportamento de desenhar (descrito como executar uma atividade que possa se ocupar no tempo livre); os mandos por pamonha alcançaram zero ocorrência no final da intervenção II e no *follow-up*.

Os resultados deste experimento foram consonantes com os estudos da literatura sobre a aplicação dos princípios operantes ao comportamento verbal do esquizofrênico. Foi demonstrada a efetividade dos procedimentos de intervenção utilizados ao ser alcançado um aumento dos comportamentos apropriados e uma redução dos comportamentos inapropriados, os quais faziam parte do repertório da participante.

Britto e cols. (2006) estudaram o comportamento verbal diagnosticado como inapropriados de um participante do sexo masculino, de 49 anos, com o diagnóstico de esquizofrenia crônica. A intervenção foi realizada em duas classes de respostas: (a) falas inapropriadas que incluíam verbalizações com conteúdos alucinatorios e (b) falas apropriadas que incluíam verbalizações sem conteúdo alucinatorio. Para registro e fidedignidade dos dados, todas as sessões foram filmadas.

Foram utilizados os procedimentos de reforçamento positivo e extinção pelas auxiliares de pesquisa em sessões com uma hora de duração duas vezes por semana. As falas apropriadas foram seguidas de um sinal de aprovação que tinha função de reforçador social. Para as falas inapropriadas, as auxiliares de pesquisa agiam como se estivessem interessadas em alguma outra coisa e, às vezes, afastava-se do participante, em um procedimento de extinção. O controle experimental foi obtido por meio de um delineamento de reversão do tipo ABAB seguido de *Follow-up*.

Durante as sessões da fase de Linha de Base I, as falas inapropriadas e falas apropriadas ocorreram mais ou menos com a mesma frequência. Nas sessões de Intervenção I falas apropriadas foram seguidas por um reforçador e as falas inapropriadas ignoradas, houve uma acentuada mudança no comportamento verbal do participante. As falas apropriadas ocorreram com frequência bem maior que na fase de Linha de Base I e as falas inapropriadas diminuíram. Durante o processo de reversão, Linha de Base II, ambas as classes de respostas voltaram aos níveis da Linha de Base I. Quando os procedimentos usados na Intervenção I foram reintroduzidos nas fases de Intervenção II e após uma pausa de trinta dias, também no *Follow-up*, constataram-se mudanças mais importantes nas frequências das duas classes de comportamento verbal: as falas apropriadas reforçadas ocorreram o dobro da frequência da Linha de Base I e o comportamento verbal inapropriado não reforçado quase desapareceu. Os dados do estudo sugerem que o comportamento verbal da participante com o diagnóstico de esquizofrenia pode ser controlado pelo reforço social e extinção.

Isso pode ser verificado em um estudo apresentado por Iwata e cols., (1982/1994) que estudaram a relação funcional entre comportamento auto-agressão e eventos específicos do ambiente. Os comportamentos auto-agressivos de nove participantes os quais apresentavam comportamentos de auto-agressão e algum grau de atraso no desenvolvimento eram observados durante períodos breves, com repetidas exposições em uma serie de condições análogas. Cada condição diferenciava ao longo de um ou mais dos seguintes dimensões: (1) jogar materiais (presente versus ausente), (2) demanda do experimentador (alto versus baixo), e (3) atenção social (ausência versus não-contingente versus contingente).

O reforçamento positivo era disponibilizado em forma de atenção social contingente ao comportamento problema em uma condição definida como atenção.

Já para o reforçamento negativo era disponibilizada uma tarefa com instruções difíceis, a menos que o comportamento inapropriado ocorresse, esta condição chamada de demanda. Como condições de controle, o participante era deixado sozinho numa sala sem nenhuma instrução; também condições intercaladas com acessos aos objetos preferidos ou brincadeiras sem demandas.

Os resultados mostraram variabilidade dentre os participantes. Seis dos nove participantes apresentaram um nível mais alto de auto-agressão que eram associados consistentemente com estímulos específicos da condição, sugerindo que a variabilidade inter-sujeito era função de características distintas de um ambiente social e/ou físico. Estes dados são discutidos com base na hipótese de que ocorria motivação intrínseca para a ocorrência do comportamento de auto-agressão. E esses comportamentos de auto-agressão foram altamente influenciados pela atenção social e demanda, em especial, do que pelas demais condições, controle e sozinho.

Britto, Rodrigues, Alves e Quinta (submetido) estudaram os comportamentos verbais inapropriados um participante do sexo masculino, com 34 anos de idade, solteiro, primeiro grau incompleto, não trabalhava e residia com a mãe. A mãe relatou que o filho foi espancado e estuprado por marginais aos 19 anos, foi internado quatro vezes em instituições psiquiátrica sendo a primeira aos 21 anos de idade ocasião que recebeu o diagnóstico de esquizofrenia do tipo paranóide, fazia uso diário de Haloperidol 10mg, Fenegan 50mg, Risperidona 4mg, Neozine 200mg e Diazepan 10mg.

Os comportamentos do participante foram expostos a diferentes condições: 1. Atenção; 2. Demanda; 3. Atenção-não-contingente; 4. Sozinho. Esta seqüência foi obtida por sorteio. Após as quatro primeiras sessões houve outras quatro com a inversão das condições (4, 3, 2 e 1).

1- Condição de atenção. Nesta condição a pesquisadora e o participante encontravam-se na sala experimental, sentados um de frente para o outro. Para as emissões das falas apropriadas do participante a pesquisadora não fazia contato visual e respondia a ele com uma ou duas palavras. Quando o participante emitia falas inapropriadas a pesquisadora respondia fazendo contato visual com ele, inclinava o corpo em sua direção e falava a seguinte frase: “Você poderia falar de maneira diferente!”. A disponibilização da atenção social para as falas inapropriadas duravam mais ou menos 10 segundos.

2- Condição de demanda. Nessa condição a pesquisadora, de pé, posicionava-se ao lado do braço direito do participante, que se encontrava sentado em frente à mesa com pincéis, tubos de tinta nas cores variadas e instruía o participante a pintar livremente uma cartolina branca. Quando da recusa em desenvolver a atividade, a pesquisadora pegava em sua mão direita para ajudá-lo cumprir a tarefa. A cada ocorrência de fala inapropriada a pesquisadora soltava a sua mão e se afastava dele durante mais ou menos 30 segundos. Depois de transcorrido esse período de tempo a pesquisadora voltava para junto do participante e o ajudava a executar a tarefa.

3- Condição de atenção-não-contingente. Nessa condição a pesquisadora disponibilizou livros, revistas semanais e mensais além de jornal diário em cima da mesa. Sentou-se na cadeira em frente do participante pegou um dos livros, o abriu e aparentava ler. De 30 em 30 segundos a experimentadora olhava em direção do participante e apresentava atenção-não-contingente na forma de uma sentença extraída de uma lista de 12 previamente elaboradas, por exemplo, ‘o dia hoje está chuvoso’, ‘a praça vai ficar pronta

logo', 'a televisão está ligada', etc. A seqüência das sentenças era repetida até ao final da sessão.

4- Condição de sozinho: condição na qual a experimentadora solicitava ao participante que a aguardasse na sala. Após esta orientação a pesquisadora ausentava-se da sala, deixando o participante sozinho e a filmadora ligada.

Os resultados mostraram que os maiores percentuais das sentenças de vocalizações inapropriadas do participante foram obtidos na condição de atenção (38% e 29%), seguidos pelos percentuais da condição de demanda (22% e 24%). Já nas condições de sozinho e atenção-não-contingente os percentuais de falas inapropriadas foram o de zero. Os dados do presente estudo demonstram que na condição atenção-não-contingente o participante verbalizou durante toda a sessão de modo apropriado. Já na condição de sozinho a ocorrência de fala apropriada foi a de zero.

Nas duas condições de atenção demonstrou que estas afetaram o comportamento verbal do participante diferencialmente. Enquanto a solicitação 'você deveria falar de maneira diferente' produziu um alto percentual de verbalizações inapropriadas. Já a condição de atenção-não-contingente praticamente não produziu nenhum efeito sobre estas verbalizações. Os resultados indicam de modo inequívoco que os comportamentos verbais inapropriados emitidos pelo participante, foram sensíveis às condições de atenção e demanda.

Outro estudo que envolveu procedimentos de dois tipos de delineamentos, sendo um de intervenções alternadas e outro de reversão foi realizado por Santos (2007) para intervir nos comportamentos inapropriados de um participante esquizofrênico. Este do sexo masculino, 55 anos de idade, segundo filho de uma prole de sete filhos, solteiro, de nível socioeconômico médio e ensino médio completo, seis

internações psiquiátricas e se encontrava em tratamento em um CAPS na cidade de Goiânia. O participante tocava instrumentos musicais, fazia parte de uma banda e era compositor. Apresentou sua primeira crise quando seu irmão mais novo faleceu. Fazia uso constante dos seguintes medicamentos: Haldol 5mg, Fenegan 25mg, Risperidona 2 mg e Diazepan 10mg.

O delineamento de intervenções alternadas constituiu-se de seis condições sendo elas: Linha de Base I (conversa - livre) com três sessões, Intervenção I (reforçamento diferencial para as falas apropriadas e suspensão da atenção para as falas inapropriadas) com quatro sessões, Linha de Base II (conversa - livre) com três sessões, Intervenção II (reforçamento e análise funcional das falas inapropriadas) com cinco sessões, Linha de Base III (conversa - livre) com quatro sessões e *Follow-up* iniciada após sete dias da última sessão da condição anterior.

Já no delineamento de reversão houve a Linha de Base IV (conversa - livre) com quatro sessões, Intervenção III (treino de habilidades sociais para promoção de comportamentos apropriados) com cinco sessões, Linha de Base V (conversa - livre) com quatro sessões e *Follow-up* que foi realizado após sete dias da última sessão da condição anterior, sendo composta de três sessões envolvendo atividades de conversa - livre. Todas as sessões foram registradas em vídeo e transcritas, o que possibilitou a análise do comportamento verbal do participante. Os resultados demonstraram que as falas inapropriadas foram diminuídas e as falas apropriadas aumentadas em todas as intervenções realizadas.

Recentemente, Santana (2008) fez uma replicação direta do estudo realizado por Britto e cols., (submetido) como também interviu nos comportamentos verbais inapropriados descritos como sintomas de esquizofrenia. O participante foi uma pessoa do sexo masculino, 24 anos, solteiro, escolaridade fundamental incompleta e

com um histórico de várias internações em instituições psiquiátricas. O participante foi abandonado pela mãe após o parto e adotado pela avó paterna com quem residia até o momento. Constava em seu prontuário o uso de vários medicamentos como Amplictil, Sonebom, Fenegan, Akineton, Haldol, Diazepan e Neozine que foram recomendados em decorrência de mudança de psiquiatras na rede de saúde pública. Na época da coleta de dados fazia uso de Haldol 15mg, Akineton 4 mg e Neozine 200mg.

No delineamento de múltiplos elementos os comportamentos verbais do participante foram expostos a quatro condições: atenção; sozinho; atenção-não-contingente e demanda. Para as intervenções via delineamento de reversão estabeleceu-se o reforçamento social para as falas apropriadas e a suspensão da atenção social para as falas inapropriadas. Os resultados demonstraram que as falas inapropriadas foram elevadas nas condições de atenção seguida pelas condições de demanda. Nas condições sozinho a frequência de falas inapropriadas foi a de zero. Já nas condições de atenção-não-contingente praticamente não houve fala inapropriada, o participante verbalizou naquelas condições de modo apropriado. Quanto aos efeitos da atenção social contingente para as falas apropriadas (reforçamento diferencial de comportamentos-verbais alternativos, DRA), os resultados evidenciaram importante aumento desse tipo de fala e uma redução para zero ocorrência das falas inapropriadas sob os efeitos da retirada (EXT) da atenção social.

Britto (2004) aponta para a necessidade de estudos sobre o comportamento verbal do esquizofrênico. A autora esclarece que para estudar as falas inapropriadas de uma pessoa diagnóstica como esquizofrênica, deve-se investigar a sua história de vida, observar o que ele faz, o que ele vê, ouve e toca a quem ele se dirige, dentre outros comportamentos. Identificar em quais circunstâncias cada um desses eventos ocorre e não ocorre. Para que haja entendimento dos fatores que contribuem para a ocorrência

de comportamentos inapropriados, é necessário que faça uma avaliação funcional e que inclua não só a observação, mas também a manipulação de variáveis importantes.

O que pode ser observado nos estudos disponibilizados na literatura da área é que, em situação experimental, quando dos efeitos dos procedimentos utilizados ficou demonstrada a importância das estratégias operantes para o estudo do comportamento humano mais complexo; e como, também tais estudos contribuem para o avanço do conhecimento nesta área.

Torna-se, portanto importante estudar o efeito das falas inapropriadas sobre a própria pessoa diagnosticada como esquizofrênica, ou seja, “o efeito das locuções sobre seus próprios comportamentos subsequentes. Se os relatos verbais delirantes se mantêm, de algum modo são efetivos para a obtenção de reforçadores” (Britto & cols., 2006, p. 76).

Um fato que merece ser destacado diz respeito às terminologias para descrever o comportamento verbal do esquizofrênico. Na literatura são encontradas terminologias como: problemas comportamentais, falas alucinantes, delirantes, irracionais, bizarras, psicóticas, inadequadas e inapropriadas. Não há consenso entre os pesquisadores, e sendo assim, foi utilizada no presente estudo, a terminologia de falas inapropriadas para os delírios e alucinações; e para explicitar falas cujos elementos de ligação entre as palavras não são considerados inapropriados pela comunidade verbal utilizou-se a terminologia falas apropriadas.

Análise Funcional do Comportamento

A Análise do Comportamento é uma área de conhecimento que dá ênfase na função do comportamento. A ocorrência de qualquer comportamento nunca ocorre ao acaso e sempre há uma função. Assim, uma resposta dita “estranha” não deve ser vista

como patológica, mas sim como sendo uma maneira de lidar com ambientes complexos.

E para entender o porquê da ocorrência desses comportamentos mais complexos, os analistas do comportamento buscam as relações funcionais entre eventos, isto é, identifica os antecedentes e/ou conseqüentes às respostas de um organismo. Se um determinado comportamento ocorre, este deve ser analisado em termos de contingências (Skinner, 1953/1978; Skinner, 1969). O que acontece? Em quais circunstâncias? Com quais conseqüências? O motivo para fazer e tentar responder a estas perguntas se encontra na busca de variáveis que controlam o comportamento segundo o raciocínio do paradigma behaviorista. Todo esse processo é realizado através da análise funcional do comportamento.

Essa análise representa um modelo de interpretação e investigação dos fenômenos naturais que está presente na proposta skinneriana de constituição da psicologia como ciência do comportamento. Originalmente, o conceito foi empregado por Skinner com o sentido atribuído pelo físico Ernst Mach: identificação de relações ordenadas entre eventos da natureza (Neno, 2004).

Partindo das descrições do que é uma análise funcional, alguns pesquisadores dessa área de conhecimento propõem modelos básicos para a realização de uma análise funcional do comportamento. Matos (1999) apresentou um desses modelos através de cinco passos: 1) definir precisamente o comportamento de interesse; 2) identificar e descrever o efeito comportamental; 3) identificar relações ordenadas entre variáveis ambientais e o comportamento de interesse e identificar relações entre o comportamento de interesse e outros comportamentos existentes; 4) formular predições sobre os efeitos de manipulações dessas variáveis e desses outros comportamentos sobre o comportamento de interesse; e 5) testar essas predições.

Esses passos enfatizam a identificação da relação dos elementos entre si de uma contingência tríplice.

Meyer (1997) identificou três dificuldades para executar essa tarefa no contexto terapêutico. A primeira dificuldade diz respeito à identificação da unidade de análise ou à definição de classes de respostas devido à natureza dinâmica e à variabilidade do comportamento, especialmente na prática clínica onde as queixas dos clientes não indicam os comportamentos que devem ser alterados. A segunda dificuldade estaria na identificação de classes de eventos antecedentes e conseqüentes, devido à possibilidade desses estímulos controlarem o comportamento, tanto por características físicas, como por características funcionais, além dos efeitos que várias conseqüências diferentes podem trazer para as respostas analisadas. E a terceira dificuldade se refere à representação de onde colocar os outros fatores, além dos contidos na tríplice contingência, que são necessários para a compreensão, controle e previsão do comportamento.

Considerando essas dificuldades, os modelos mais recentes de análise funcional, que guardam coerência interna com os pressupostos do behaviorismo skinneriano especificam, cada vez melhor, os elementos envolvidos com a contingência tríplice, identificando mais eventos antecedentes do que os estímulos discriminativos imediatamente anteriores às respostas. São os estímulos condicionais e contextuais (Sidman, 1986), que estão envolvidos com os conceitos de operações estabelecedoras (Michael, 1993), de regras e auto-regras (Zettle, 1990). Esses modelos podem identificar outros eventos como resposta além da resposta motora expressa, por exemplo, os eventos privados, como sentimentos e pensamentos (Tourinho, 1997). E, de acordo com Catania (1999), ainda identificam melhor os

eventos conseqüentes, com base nos estudos sobre as diversas combinações de esquemas de reforçamento.

Dessa maneira, o conhecimento produzido na pesquisa básica tem sido aplicado para o desenvolvimento de novos modelos de análise funcional, que na clínica se integram a modelos de atendimento clínico, demonstrando a íntima relação da análise funcional com a terapia analítico-comportamental. São formas diversas de atuar na prática clínica que mantêm um compromisso com o arcabouço teórico-filosófico do behaviorismo radical.

Follette, Naugle, & Linnerooth (2000) descrevem a seqüência de passos para se conduzir uma análise funcional numa intervenção clínica. Primeiro deve-se identificar características do participante (descrição do repertório inicial, atributos positivos, déficits, definição de objetivos). Segundo, organizar essas características numa análise dos problemas do cliente em termos de princípios comportamentais. Terceiro, planejar uma intervenção baseada na avaliação. Quarto, introduzir a intervenção. Quinto, avaliar os resultados (o que ocorre continuamente durante todo o processo de tratamento). E, por fim, considerar a avaliação e intervenção como completas, caso os resultados sejam os esperados, ou reformular a análise funcional do caso, se os resultados não foram os esperados.

Costa e Marinho (2002) propõem um modelo de como apresentar análises funcionais em clínica mantendo a concisão das formas esquemáticas de apresentação de dados, possibilitando a compreensão da análise elaborada, sob a forma de contingências de três termos (antecedente-comportamento-conseqüência). As autoras incluem no elo chamado antecedentes, aspectos da história de vida do cliente, regras desenvolvidas e respostas encobertas. No elo comportamentos, aparecem respostas

públicas formando classes de respostas e no elo conseqüências ficam listadas as classes de estímulos reforçadores (positivos e negativos) e estímulos aversivos.

Costa (2002) ao definir terapia analítico-comportamental como a aplicação dos “princípios da Análise do Comportamento no contexto clínico, objetivando identificar e analisar funcionalmente as variáveis externas que estão controlando os comportamentos do cliente, a fim de modificá-los quando desejado” (p. 11), também lista etapas do processo terapêutico que são semelhantes aos passos indicados por Hayes e Follette (citados por Neno, 2003) para condução de uma análise funcional:

- 1) Avaliação: identificar a queixa, coletar dados da história de vida, identificar comportamento-problema e também comportamentos saudáveis, pessoas e situações potencialmente reforçadoras, enfatizando os determinantes atuais dos comportamentos. Estabelecer relação terapêutica;
- 2) Devolução: formular hipóteses para comportamentos isolados (microanálise) e hipóteses mais amplas para explicar a situação atual do cliente a partir de inter-relações entre seus diversos comportamentos (macroanálise), a partir de análises funcionais;
- 3) Intervenção: modificar os comportamentos que estão trazendo conseqüências aversivas para o cliente e aumentar a freqüência de comportamentos que produzam conseqüências reforçadoras. Avaliar a efetividade da intervenção; e
- 4) Acompanhamento: proceder a alta do cliente, estabelecendo espaço de tempo entre as sessões até que os contatos sejam feitos apenas por telefone, verificando se os ganhos obtidos durante a terapia se mantêm. Do contrário, sugerir nova avaliação.

Meyer (2003) apresenta um procedimento ainda mais sistematizado para a realização de uma análise funcional em clínica. Primeiro, identificar o comportamento de interesse, enunciado tanto em termos de ação ou omissão de ação, como em termos de classe de ações, através da observação do comportamento e/ou

da obtenção de relatos de outras pessoas. Segundo, descrever o comportamento-alvo quanto à frequência, duração e intensidade com que ocorre. Terceiro, identificar as relações ordenadas entre o comportamento de interesse identificado e as variáveis ambientais, assim como entre o comportamento de interesse e outros comportamentos existentes.

Um quarto e último passo do procedimento apresentado por Meyer é a introdução de um tratamento com base na identificação das relações ordenadas do item anterior, propondo-se novas contingências ou ensinando o cliente a conduzir a própria análise funcional.

Essas tentativas demonstram uma evolução no sentido de sistematizar a tarefa de elaboração de análises funcionais nas intervenções clínicas, sendo uma contribuição para descrever procedimentos desenvolvidos pelo terapeuta analítico-comportamental em suas diferentes atuações na busca de soluções para aliviar o sofrimento humano.

Um comportamento pode ser considerado mais complexo devido à dificuldade em identificar suas variáveis controladoras como aqueles emitidos pelo esquizofrênico. Para que o comportamento verbal inapropriado emitido por pessoa esquizofrênica não seja considerado como sintoma de processo mental subjacente, torna-se necessário estudar como esse tipo comportamento verbal se desenvolve, funciona e qual função exerce para a pessoa que o emite.

Muitos estudiosos da ciência do comportamento (Ayllon, & Michael, 1964; Britto & cols, 2006; Britto & cols, 2008; DeLeon, & cols, 2003; Dixon, & cols, 2001; Isaacs, & cols, 1964; Kodak, Northup, & Kelley, 2007; Lancaster & cols, 2004; Liberman & cols, 1973; Mace, Webb, Sharkey, Mattson, & Rosen, 1988; Santos, 2007; Silva, 2005; Wilder, & cols, 2001) com interesse de compreender o

funcionamento desses comportamentos verbais complexos emitidos por indivíduos denominados esquizofrênicos, usaram a análise funcional como instrumento para identificar as relações de dependência entre os eventos antecedentes e conseqüentes.

A Esquizofrenia segundo a Psiquiatria

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), da Associação Americana de Psiquiatria – APA (2000/2002) adverte que para diagnosticar a esquizofrenia é necessário que a pessoa apresente no mínimo dois dos seguintes quesitos: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico, sintomas negativos, ou seja, embotamento afetivo, alogia ou abulia, e ter duração de um mês desses sintomas.

Conforme a APA (2002), a esquizofrenia inicia-se na primeira metade da faixa dos 20 anos para homens e no final da faixa dos 20 para as mulheres; indivíduos com início precoce são geralmente do sexo masculino. As prevalências entre adultos com frequência se situam na faixa de 0,5 a 1,5%. Parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com esquizofrenia têm propensão dez vezes maior para esquizofrenia do que a população em geral, e em gêmeos monozigóticos são maiores que em gêmeos dizigóticos.

Assim, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) define a esquizofrenia como transtorno mental grave cuja remissão dos sintomas não é comum. No início da doença os sintomas negativos podem ser proeminentes, mas posteriormente aparecem os sintomas positivos. Para maior esclarecimento, os sintomas negativos são definidos pela restrição da expressão emocional, da fluência do pensamento e da iniciação de comportamentos dirigidos a um objetivo, já os sintomas positivos incluem exageros no raciocínio lógico, que são

os delírios, e da percepção, que são as alucinações, da linguagem/comunicação e do controle comportamental. A esquizofrenia traz ao paciente um prejuízo tão severo que é capaz de interferir amplamente na capacidade de atender às exigências da vida e da realidade.

Culturalmente o esquizofrênico representa o estereotipo do "louco", um indivíduo que produz grande estranheza social devido ao seu desprezo para com a realidade reconhecida. Agindo como alguém que rompeu as amarras da concordância cultural, o esquizofrênico menospreza a razão e perde a liberdade de escapar às suas fantasias.

Esses transtornos esquizofrênicos se caracterizam, em geral, por distorções características do pensamento, da percepção e por inadequação dos afetos. Usualmente o paciente com esquizofrenia mantém clara sua consciência e sua capacidade intelectual. Mas os prejuízos cognitivos na esquizofrenia afetam funções como atenção, memória e funcionamento intelectual (Wong & Van Tol, 2003).

Mueser (2003) se referem aos déficits cognitivos, experiências sensoriais e comportamentos estranhos e sintomas negativos. Ainda ausência ou diminuição das emoções, expressividade afetiva embotada, pobreza da fala, anedonia, apatia, retardo psicomotor e inércia física. A depressão e as idéias suicidas são muito freqüentes na esquizofrenia e aproximadamente 10% das pessoas com este transtorno morrem por suicídio.

O DSM-IV-TR sugere como tratamento o uso de neurolépticos. Para realização do diagnóstico, ele tem por base a crença em fatores hereditários, pré-natais e da infância, como também por problemas de personalidade ou por fatores orgânicos que são desconhecidos.

Estudos realizados com cérebros de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia revelaram uma diminuição no peso cerebral e aumento no volume dos ventrículos, além de anormalidades da matéria branca, volume hipocampal reduzido e localização irregular de células corticais (Salum, Pereira, & Guimarães, 2007). Apesar desses achados, não se sabe ainda se estes são devidos à esquizofrenia ou efeitos iatrogênicos de seu tratamento.

Ainda assim, torna-se necessário estudar o papel do reforço social em relação à esquizofrenia. Relatos verbais inapropriados são descritivos de delírios e alucinações, justificando o diagnóstico e, até mesmo, o internamento da pessoa; mesmo porque, uma ampla compreensão dessa categoria psiquiátrica continua distante (Britto e cols., 2006).

Treino de Habilidades Sociais

Para definir comportamento socialmente hábil dependem de um contexto mutável, considerando a cultura e os padrões de comunicação dentro desta mesma cultura, dependendo de fatores como idade, sexo, classe social e educação. Não há um critério absoluto e único de habilidade social. Um comportamento apropriado em uma situação pode ser inapropriado em outra situação semelhante.

Para Caballo (2006) o comportamento socialmente hábil refere-se a conteúdos, que são expressões do comportamento, e suas conseqüências, que são os reforços sociais. Espera-se que o comportamento social hábil gere mais reforço positivo que castigo. Assim, torna-se importante avaliar o comportamento das pessoas e as reações que seu comportamento gera no outro.

Sendo assim, o comportamento socialmente hábil é um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que

expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado a situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas.

Lucca (2004) vê as interações sociais como a principal habilidade de nossa espécie, enfatizando que se comportar de forma adequada em situações sociais define nossa competência como ser humano. As habilidades sociais podem ser consideradas como imprescindíveis para o desenvolvimento sócio-emocional e o ajustamento do indivíduo.

Alguns estudiosos desse processo, como Del Prette e Del Prette (2002), afirmaram que os componentes comportamentais das habilidades sociais são referentes a aspectos observáveis, subdivididos em verbais de conteúdo, verbais de forma e não verbais.

Para Caballo (2006), há três tipos de comportamentos referentes às habilidades sociais, como: no comportamento assertivo o indivíduo expressa seus sentimentos, necessidades, direitos e opiniões sem violar os direitos dos outros. Ser assertivo é respeitar a si mesmo e aos outros, é expressar suas necessidades, seus direitos e objetivos. Sendo que, o principal objetivo da asserção é a comunicação, ter e conseguir respeito, verbalizando de forma clara, direta e não ofensiva às próprias necessidades e opiniões. O comportamento assertivo maximiza as conseqüências favoráveis e minimiza as desfavoráveis. O indivíduo que se comporta desta forma, se defende em relações interpessoais e tem confiança em si mesmo para mudar quando for necessário. Indivíduos que se comportam assertivamente têm diminuição da ansiedade, relações mais íntimas e significativas, maior respeito consigo mesmo e uma melhor adaptação social.

O comportamento não-assertivo envolve falta de respeito às próprias necessidades, incapacidade de expressar sentimentos, pensamentos e opiniões, violando os próprios direitos, permitindo aos outros que violem sua integridade, bem como evitação de conflitos a todo custo. A não asserção leva o indivíduo a ter falta de comunicação ou comunicação indireta ou incompleta. Pode sentir-se incomodado, tornando-se hostil ou irritado com outra pessoa, sente-se mal consigo como resultado de ser incapaz de expressar suas opiniões ou sentimentos de culpa e inferioridade, ansiedade, depressão, baixa auto-estima, faz coisas que não deseja fazer, não consegue relaxar e é amigável com todos. São pessoas passivas.

E o comportamento agressivo, em que o indivíduo defende seus direitos, pensamentos, sentimentos de forma desonesta, inapropriada, violando os direitos de outras pessoas. O comportamento agressivo pode ser de forma direta que inclui ofensas verbais, insultos, ameaças, comentários humilhantes e de forma indireta que inclui comentários sarcásticos, rancorosos e murmúrios maliciosos. O objetivo da agressão é vencer, por meio de humilhação, de forma a dominar as demais pessoas de modo que cheguem a se tornar mais fracas e menos capazes de expressar e defender seus direitos e necessidades, forçando outras pessoas a perderem.

Hayes, Halford e Vanghese (1995) desenvolveram um programa de treinamento em habilidades sociais para avaliar a generalização das habilidades em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Neste estudo foi utilizado um grupo de treinamento de habilidades sociais e um grupo de discussão, com a participação total de 63 pessoas. Para os dois grupos foram estabelecidas 45 horas de sessão no período de 18 semanas e posteriormente nove sessões de follow-up. O treinamento em habilidades sociais foi direcionado para o desenvolvimento de habilidades interpessoais, resolução de problemas sociais, auto-administração dos sintomas e o uso positivo do tempo. Enquanto para o grupo de discussão eram estabelecidas

sessões de debate sobre diversos temas. Dos resultados avaliados verificaram que não houve diferenciação entre os grupos quanto às taxas de recaídas e quanto ao funcionamento geral do participante e os resultados sobre a generalização das habilidades sociais se demonstraram inconsistentes.

Bandeira, Machado, Barroso, Gaspar e Silva (2003), afirmaram que pesquisas realizadas observaram déficits em pacientes psicóticos das habilidades sociais verbais, não-verbais e paralinguísticas. Apresentam dificuldades de expressar insatisfação ou necessidade e de solicitar mudanças no comportamento do interlocutor, volume de voz mais baixo, menor duração da fala, maior frequência e duração de silêncios, frequência menor de gestos de apoio à fala e afeto menos modulado e menos congruente com a situação. Além disso, a clareza, articulação e ritmo da fala estavam igualmente deficitários assim como a impressão geral de competência social e de auto-afirmação na defesa de seus direitos. Portanto, as dificuldades específicas de habilidades sociais de pacientes psiquiátricos transcendem os contextos culturais.

Os pacientes psiquiátricos apresentam déficits também nas habilidades sociais processuais. Estas habilidades se referem à capacidade do indivíduo de gerar comportamento flexível, em resposta a mudanças nos estímulos sociais dos interlocutores e das situações, requerendo para isto o monitoramento vigilante dos estímulos verbais e não-verbais dos interlocutores, tais como suas expressões e pistas de seu comportamento, utilizando-as para monitorar seu próprio comportamento.

Alguns itens importantes para o treinamento das habilidades sociais são: iniciar, manter e encerrar conversação, fazer pedidos, responder a pedidos, pedir a alguém para mudar um comportamento indesejável, responder a críticas e fazer e receber elogios (Caballo, 2003; Falcone, 2002; Del Prette & Del Prette, 2001a).

Para iniciar uma conversação é necessário aproximar-se de pessoas que pareçam acessíveis e dispostas a conversar, não ficar escolhendo a frase perfeita e evitar comentários negativos. Para ter continuação pode-se fazer um comentário, perguntar a opinião da outra pessoa e revelar informações pessoais como gostos e atitudes. Saber encerrar uma conversa é tão importante quanto saber mantê-la. Deve-se manter o foco da conversa, adotar posturas corporais de encerramento e fazer uma síntese do assunto em pauta para fechar a conversa.

Fazer pedidos é uma forma simples e direta de satisfazer desejos. Um pedido adequadamente formulado conduz a satisfação pessoal e satisfação na interação. Já o responder a pedidos é uma das habilidades de comunicação mais difíceis. Este comportamento é semelhante ao de fazer pedidos, envolve autoconsciência e consciência do outro. Pedir a alguém para mudar um comportamento indesejável também exige habilidade, pois a outra pessoa pode não responder favoravelmente às nossas expressões.

Responder a críticas, mesmo mantendo boas relações sociais, envolve probabilidade de receber críticas dos outros. Somente após a crítica ter se esgotado, pode-se expressar o que se deseja, e se estiver equivocado não deve defender-se, e se achar que tem razão, a defesa só pode iniciar-se após a crítica ter se esgotado.

Fazer e receber elogios são características positivas de uma pessoa. É comum em nossa cultura a ausência de reconhecimento quando alguém faz algo positivo ou que nos agrada, os elogios funcionam como reforçadores sociais, que aumentam a frequência dos comportamentos elogiados.

De acordo com Murta (2005), a avaliação das habilidades sociais visa à identificação de déficits e excessos comportamentais, seus antecedentes e seus conseqüentes, respostas emocionais concomitantes e crenças distorcidas que estejam contribuindo para a não emissão de comportamentos socialmente habilidosos.

Pessoas com diagnósticos psiquiátricos, principalmente esquizofrênicos, encontram dificuldades em se inserirem na comunidade em função dos seus déficits em habilidades básicas para manejo de situações cotidianas e de habilidades sociais, sobretudo para lidar com conflitos interpessoais. Segundo a autora, para facilitar a reinserção social desta população é necessário intervenções junto à família do paciente e o treino de habilidades sociais.

Bandeira, Machado e Pereira (2002) esclarecem que no processo de reintegração social de pessoas esquizofrênicas, quando realizado programas de treinamento em habilidades sociais, proporciona a eles maior autonomia o que contribui para redução da sobrecarga nos familiares cuidadores. De acordo com Tarrier (2005) há evidências que defendam a eficácia da intervenção familiar na redução de recaídas na esquizofrenia e aumento de habilidades e motivação para enfrentar posteriores problemas.

Segundo Bandeira e Ireno (2002), as pessoas com diagnósticos psiquiátricos, como esquizofrênicos possuem vulnerabilidade às situações estressantes e seus déficits de habilidades sociais e de comportamentos assertivos dificultam o enfrentamento de situações interpessoais problemáticas que ocorrem no dia-a-dia, elevam o nível de estresse destes pacientes e contribuem para a recorrência de sintomas e hospitalizações frequentes. Estas dificuldades colocam em risco o seu funcionamento social na comunidade, interferindo com o processo de sua reinserção social.

Goldsmith e McFall (1975), afirmam que o objetivo principal do Treino de Habilidades Sociais é desenvolver comportamentos hábeis, que gerem mais reforços positivos que conseqüências aversivas em contingências sociais.

Partindo de todas as discussões sobre comportamentos emitidos por esquizofrênicos, a importância de uma análise funcional para uma intervenção se

justifica, uma vez que, a análise funcional permite identificar o que mantém o comportamento e assim, alterar as condições que o influencia.

Objetivos do presente estudo

O objetivo do presente trabalho foi o de avaliar o efeito das estratégias operantes sobre a frequência das falas apropriadas e das falas inapropriadas de uma pessoa diagnosticada como esquizofrênica em uma unidade de saúde mental. E, também orientar a família como lidar com as dificuldades comportamentais de um de seus membros.

Método

Participante

Participou do presente estudo uma mulher com 51 anos de idade, a quarta filha de uma prole de oito filhos, casada, mãe de três filhos, residia com o marido em um bairro de pessoas do nível socioeconômico médio e possuía ensino fundamental. Constava em seu prontuário que a participante foi diagnosticada como esquizofrênica aos 23 anos de idade quando os delírios e as alucinações começaram mais ou menos 5 meses antes da gravidez do seu terceiro filho. Desde então, passou por duas internações em instituições psiquiátricas, sendo a primeira aos 24 anos de idade e a última aos 35 anos.

A participante sempre se apresentava à instituição com um saco plástico envolvido da região abdominal. Os sacos plásticos eram os de armazenar lixo, de cor azul ou preta e de tamanhos variados; quando não tinha sacos grandes, ela usava dois ou até três sacos pequenos para envolver toda a região abdominal, pois estes eram amarrados por baixo de suas vestes. Durante a realização do presente estudo a participante fez uso diário dos medicamentos: Haldoperidol 5mg, Pamergan 25mg e Risperidona 2mg.

História de vida

Segundo informações apresentadas pela filha e pela irmã da participante, esta passou toda sua infância sem conturbações na fazenda. A exigência da família era a ajudar a mãe e os irmãos nos trabalhos de casa. Sempre foi uma criança saudável, porém tímida. Durante a sua formação escolar não apresentou dificuldades de aprendizagem e terminou os estudos depois de casada.

Aos 14 anos de idade começou a namorar um rapaz que queria casar com sua irmã e como sua irmã já era comprometida, sua mãe sugeriu ao rapaz que namorasse e casasse com ela (a participante), pois segundo relatos da mãe ao rapaz, a participante era uma moça muito boa e prendada. Iniciaram o namoro, um ano depois se casaram e foram morar com a sogra que era viúva. Após o casamento sua sogra começou a lhe dar ordens, não deixava que a participante trabalhasse em casa e nem levantasse cedo, uma vez que a sogra da participante gostava de arrumar o café pro filho. A participante deveria se levantar depois que a mesa estivesse posta. Após dois anos de casada a participante engravidou e por duas vezes abortou. Nesse período sua sogra começou a agredi-la verbalmente. Engravidou-se novamente e conseguiu que a gravidez fosse até o final e nasceu uma menina.

Quando a menina estava com mais ou menos sete meses sua qualidade de vida piorou: a sogra agredia a participante verbalmente com palavras rudes e abusivas; como as agressões verbais aumentavam a cada dia a participante resolveu responder a elas, pois segundo os relatos da participante já não suportava mais as humilhações que estava passando. O clima da casa ficou hostil e a sogra começou a exigir que trabalhasse em casa e colocava defeito em tudo o que fazia, dizendo a participante que ela não sabia cuidar de casa e muito menos do marido e da menina (a filha).

A participante teve a segunda filha em uma gravidez sem intercorrências apesar da difícil convivência com a sogra. Ao comunicar aos familiares a segunda gravidez às agressões verbais aumentaram ainda mais e comentários desabonadores sobre sua pessoa eram frequentes tanto para os familiares e a comunidade próxima à sua residência.

Aos 23 anos de idade começou a emitir falas sem nexos, a maioria delas envolvia a sogra e outros familiares. Esse foi um período difícil para a família, pois

todos sabiam da difícil convivência entre a sogra e a participante. De início, as pessoas próximas a participante pensavam que tudo que ela estava falando era real, mas aos poucos perceberam que não tinha como todas aquelas falas serem verdadeiras e, então, levaram a participante em um médico em que foi diagnosticada como esquizofrênica. Cinco meses após o diagnóstico a participante engravidou do terceiro e último filho. Esse período de gestação foi o mais crítico, pois a partir daí ela começou a relatar uma história sem nexos que se fazia presente em relatos verbais até a época da coleta de dados.

A participante relatou que quando foi dar a luz do seu terceiro filho enquanto ficava esperando em um quarto no hospital para que a dilatação fosse adequada o suficiente para o parto normal os médicos abusaram sexualmente dela, aplicaram-lhe uma anestesia e implantaram um aparelho cheio de fios que fica no abdômen e nas pernas para que os outros a atormentassem com falas que a perturbava. Que sempre, segundo ela, os médicos fizeram isso a mando de sua sogra e da irmã de sua sogra, pois elas pagaram aos médicos uma propina no valor de R\$200.000,00. Que até a época da coleta de dados, ela consultara todos os advogados, delegados, juizes, promotores e prefeitos de sua cidade solicitando que eles abrissem um processo para que ela pudesse reivindicar seus direitos. Pois tais acontecimentos acabaram com sua saúde e que ela precisava de tratamento; quando eles falaram que não podiam ajudá-la, respondia que eles também foram corrompidos pela família porque eles (família) têm medo que tenham que pagar por tudo que fizeram a ela e sendo assim, dão dinheiro para que eles não a ajudem.

Para criar seus filhos contava com a ajuda do marido e de uma irmã, mas com o passar do tempo seu marido tornou-se alcoólatra o que afetou sua saúde, chegando a ser internado em uma instituição psiquiátrica para tratar do alcoolismo

(além dos problemas com o álcool, o marido foi diagnosticado com Transtorno Bipolar). Devido às vozes que ela ouvia, mudava-se constantemente de casa, pois achava que os vizinhos estavam lhe observando e fornecendo informações aos que lhe prejudicaram. Como consequência de tudo isso, a participante afastou-se do convívio social, não tinha amigos e as únicas pessoas que mantinha relação era com os filhos.

Sua filha relatou a pesquisadora suas inquietações em relação ao fato da mãe andar constantemente com um saco plástico envolvido na região abdominal e, também o fato de tomar banho diariamente com um short. Atualmente, ela não falava com nenhum de seus irmãos porque supunha que eles estavam envolvidos no que fizeram com ela e sempre agredia verbalmente as pessoas que dela se aproximavam.

Ambiente e Materiais

A participante foi selecionada entre os pacientes em atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹ localizado em Goiânia e a participante residia em uma cidade no interior do estado de Goiás, o CAPS conta com a parceria do Ministério de Saúde. Esta era uma instituição municipal pública que prestava serviços multiprofissionais a pessoas portadoras de transtornos mentais graves.

O contato com a instituição foi estabelecido somente para a seleção da participante porque as atividades da pesquisa foram realizadas na residência da própria participante, em um local reservado para a coleta de dados. Todas as

¹ O CAPS foi uma resposta governamental aos intensos movimentos sociais de luta pela reforma psiquiátrica. Surgiram desta forma, com o intuito de substituir a hospitalização através, não somente, do tratamento ambulatorial (acompanhamento clínico) do portador de “transtorno mental grave” e de seus familiares, mas, acima de tudo, da reinserção social dos usuários, de forma a capacitá-los para o trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários com o objetivo último de reinserção social.

atividades com a participante aconteceram em uma sala de jantar com aproximadamente 10m³, mobiliado com uma cristaleira, uma mesa com seis cadeiras. A sala foi equipada com uma filmadora da marca Sony, modelo DCR-SR42 instalada sobre um tripé. Também foi utilizado um cronômetro, folhas de registros, lápis, canetas e DVDs.

Todas as atividades da pesquisa incluíram sessões experimentais num formato de atendimento clínico. Para tal, a participante e a pesquisadora sentavam-se à mesa em cadeiras dispostas uma em frente à outra. A filmadora ficava posicionada sobre um tripé no canto da mesa, ao lado da pesquisadora permitindo a focalização da participante de frente.

Procedimento

Num primeiro momento, para execução do projeto do presente estudo entrou-se em contato com um CAPS localizado em Goiânia com a finalidade de apresentar o projeto, solicitar autorização para início dos procedimentos e pedir a colaboração dos profissionais da unidade para selecionar o participante. Após obtenção da assinatura do Termo de Consentimento pelo coordenador da unidade, o projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, onde foi avaliado pelos profissionais da Liga de Saúde Mental para posteriormente ser avaliado e autorizado pelo Secretário de Saúde de Goiânia. Em seguida, retornou a instituição para confirmar a autorização do secretário de saúde. Posteriormente, foi encaminhamento à Pro-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (COEP/PROPE/UCG) tendo sido aprovado sob o nº 3507.0.000.168-07. Só após a liberação deu-se início a seleção do participante.

Os critérios para a seleção do participante foram: a) pessoa acima de 18 anos; b) estar escrito no prontuário o diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia; c) apresentar comportamento verbal com conteúdos delirante e/ou alucinatório; d) encontrar-se em tratamento na unidade; e) ser indicado por profissionais para participar da pesquisa; f) participante e membro da família assinar o Termo de Consentimento. Critérios de exclusão para a participação na pesquisa: a) pessoas não diagnosticadas como esquizofrênicas; b) pessoas com este diagnóstico, mas que não apresentasse comportamento verbal delirante e/ou alucinatório; c) pessoas com este diagnóstico, mas que por motivos outros, não comparecesse à unidade de saúde mental para as sessões; d) pessoa com este diagnóstico que recusasse participar da pesquisa.

O primeiro contato com os pacientes para finalidade deste trabalho foi realizado pelos próprios funcionários da instituição, que agendavam um horário para uma entrevista com a pesquisadora. A entrevista era marcada no mesmo dia em que os pacientes tinham atividades na instituição. As entrevistas ocorreram apenas com a presença da pesquisadora, do paciente e durava aproximadamente 35 minutos. A pesquisadora informou aos pacientes da unidade que a entrevista se tratava de um trabalho na área de psicologia e mantinha uma conversa sobre temas relacionados a atividades desenvolvidas pelos pacientes na instituição e sobre fatos gerais relacionados à sua vida, foram entrevistados quinze pacientes na instituição.

Selecionada a participante foi realizada uma entrevista com a mesma. Durante a entrevista foi explicado a participante os objetivos da pesquisa, a duração, a garantia do sigilo das informações e da sua identificação, bem como a permissão para a divulgação dos resultados da pesquisa em eventos científicos; a possibilidade de retirada do consentimento, se assim desejar, a qualquer momento do processo,

sem nenhum dano para o mesmo. Também foi oferecida maiores explicações acerca do estudo aos membros da família e assim, foram obtidas as assinaturas dos documentos pela participante e membros de sua família (Anexo A).

Dadas às dificuldades peculiares da pesquisa com sujeitos humanos, as sessões foram conduzidas na própria residência da participante e realizadas diariamente, com a duração aproximada de vinte minutos e num período de dois meses e meio. Antes de iniciar o programa de intervenção foram realizadas duas sessões com a filha e com a irmã da participante a fim de obter informações sobre a história e aspecto atuais relacionados à sua vida.

O programa de intervenção foi desenvolvido na tentativa de modificar as classes de comportamento verbal definidas como falas inapropriadas ocasião em que foram incluídos procedimentos direcionados exclusivamente a diminuição desses tipos de verbalizações. Entretanto, outros elementos verbais foram avaliados em relação ao programa de intervenção, mas sem serem submetidos à intervenção.

Delineamento Experimental

Para o controle dos procedimentos foram utilizados dois delineamentos experimentais de caso único. 1) Delineamento de intervenções alternadas no formato A-B-A-C-A. O delineamento de intervenções alternadas consistiu na alternância entre as condições de linha de base e de diferentes intervenções. Esse delineamento envolveu uma fase inicial de coleta de dados de linha de base (A) quando a variável de tratamento não estava presente; duas fases (B e C) de tratamentos ou intervenções diferenciadas. Ao todo, durante esse delineamento foram realizadas dezessete sessões experimentais no formato terapêutico. 2) Delineamento de retirada no formato A-B-A.

O delineamento de retirada consistiu de mais uma fase de linha de base (A) antes da fase de intervenção (B); a fase de intervenção foi retirada (A) uma espécie de 'retorno à linha de base'. Outras nove sessões foram realizadas até ao prazo final da coleta de dados.

Nas sessões de intervenções a pesquisadora executou o programa pré-estabelecido: Intervenção I que se caracterizou pelas análises funcionais de várias classes de comportamento verbal, uma vez que as mesmas diferiram de classe para classe.

Intervenção II treinamento das habilidades sociais com a participante e com um membro da família do delineamento de intervenções alternadas.

Intervenção III que se caracterizou pelo reforçamento diferencial alternativo (DRA) dos comportamentos verbais apropriados e procedimentos de retirada da atenção social para os comportamentos verbais inapropriados (EXT) do delineamento de reversão ou retirada.

Desse modo, foram totalizadas vinte e seis sessões com duração de aproximadamente vinte minutos cada. As sessões ocorreram até três vezes por semana. Todas as sessões foram registradas em vídeo.

A Tabela 1 resume as fases aplicadas dos dois delineamentos experimentais do programa de intervenção do presente estudo.

Tabela 1. Fases dos delineamentos de intervenções alternadas e de retirada aplicados.

Delineamento	Condição	Sessão	Duração	Procedimento
Delineamento de intervenções alternadas	Linha de Base I (LB I)	1ª e 2ª	20 minutos	Participante e pesquisadora conversam sobre temas diversos.
	Intervenção I (INT I)	3ª à 7ª	20 minutos	Análise funcional da fala inapropriada.
	Linha de Base II (LB II)	8ª à 10ª	20 minutos	Participante e pesquisadora conversam sobre temas diversos.
	Intervenção II (INT II)	11ª à 15ª	20 minutos	Treino das habilidades sociais da participante juntamente com os familiares para lidar com a fala inapropriada.
	Linha de Base III (LB III)	16ª e 17ª	20 minutos	Participante e pesquisadora conversam sobre temas diversos.
Delineamento de retirada ou reversão	Linha de Base IV (LB III)	18ª e 19ª	20 minutos	Participante e pesquisadora conversam sobre temas diversos.
	Intervenção III (INT III)	20ª à 24ª	20 minutos	Procedimentos de DRA de fala apropriada e retirada da atenção social para a fala inapropriada.
	Linha de Base V (LB IV)	25ª e 26ª	20 minutos	Participante e pesquisadora conversam sobre temas diversos.

Linha de base de ambos os delineamentos

As sessões de linha de base dos delineamentos de intervenções alternadas (A-B-A-C-A) e do delineamento de retirada (A-B-A) se constituíram da atividade de conversas livres entre a participante e a pesquisadora. A participante falava livremente sobre qualquer assunto com a pesquisadora.

Intervenção I: Análise funcional das falas inapropriadas

O procedimento de análise funcional dos comportamentos verbais vocais definidos como falas inapropriadas se caracterizou pela busca das relações funcionais que mantinham o comportamento verbal da participante de forma a evidenciar as condições relevantes para a ocorrência daquela fala. A análise das falas

inadequadas consistia em buscar as variáveis das quais aquela fala era função via argumentações estabelecidas pela pesquisadora. Assim, frente a todas as falas inapropriadas emitidas pela participante, a pesquisadora expunha de maneira seqüenciada uma análise da relação dos elementos verbalizados, oportunizando que a participante averiguasse a relação funcional entre seu comportamento verbalizado e os efeitos produzidos por sua fala, qual seja, a função do comportamento verbal inapropriado e seus efeitos.

As relações seqüenciais do comportamento verbal da pesquisadora para a participante foram estabelecidas de modo claro e objetivo. A finalidade era obter elocuições da participante que produzisse uma conseqüência reforçadora na tentativa de alterar os efeitos dos relatos inapropriados. Perguntas quanto aos antecedentes imediatos das falas inadequadas do tipo ‘quando’, ‘como’, ‘onde’, ‘com quem’, ‘o que’, em quais circunstâncias isso ocorreu’ e ‘quais as atividades o precederam’ foram freqüentes. Para controlar os conseqüentes, a pesquisadora argumentava: o que aconteceu depois de você ter falado desse modo, o que você fazia quando isso ocorria ou ainda demonstrava a impropriedade dos elementos verbais contidos entre as palavras verbalizadas. Por outro lado, inferências entre as palavras de ligação foram minimizadas.

Foi nas condições sob as quais o comportamento verbal inapropriado da participante ocorria que a experimentadora atuava na tentativa de encontrar as relações funcionais que controlavam o seu comportamento verbal. As relações entre as palavras de ligação foram identificadas e especificadas. Contudo, não se tratava de uma atribuição valorativa à fala inapropriada, ou seja, de ser dito diretamente à participante que o conteúdo daquela fala era errado ou inapropriado, mas, exclusivamente de evidenciar a relação funcional entre as verbalizações da

participante, ao colocar em relevo os elementos contidos em cada relato inapropriado verbalizado à experimentadora.

Intervenção II: Treino de habilidades sociais

O procedimento de treino de habilidades sociais consistiu de cinco sessões e foi dividido em duas etapas. A primeira etapa consistiu nas três primeiras sessões desta intervenção onde a pesquisadora demonstrava verbalmente que as elocuições da participante não ocasionaram conseqüências reforçadoras, que eram incompreensíveis de acordo com um padrão acústico relacionado às práticas reforçadoras de uma comunidade verbal. A segunda etapa consistiu nas duas últimas sessões desta intervenção onde o treino foi realizado com a família para lidar com as falas inapropriadas.

Tal procedimento caracterizou-se de uma intervenção direcionada a diminuição do comportamento verbal da participante caracterizado como inapropriado e avaliados como não característicos de situações; também não compunham a classe de comportamentos verbais definidos como falas apropriadas.

Nesta primeira etapa a pesquisadora realizou ensaios comportamentais com a participante com a finalidade de promover comportamentos apropriados para a mesma em termos da efetividade de suas funções, em determinados contextos. Assim, foi ensaiado pela experimentadora situação em que a participante pudesse realizar interações sociais, iniciar, manter e encerrar conversas, fazer pedidos, responder a pedidos, pedir alguém para mudar um comportamento indesejável, responder a críticas, receber e fazer elogios, treino no volume da voz e duração da fala com o propósito de diminuir os comportamentos verbais inapropriados.

O fornecimento de instruções se caracterizou por esclarecimentos sobre os objetivos do treinamento da habilidade sociais bem como a apresentação de instruções sobre as propostas feitas pela pesquisadora no sentido de propor à participante comportamento necessário em uma situação de interação interpessoal.

O treino com a família foi realizado com o objetivo de orientar a família a lidar com os comportamentos verbais inapropriados da participante e ajudar na promoção de comportamentos verbais apropriados. A família foi orientada a responder as falas apropriadas da participante com ‘dicas’ do tipo, “agora sim, entendi o que você disse” ou “fica melhor quando você fala desse jeito” ou “gosto quando a senhora fala desse jeito”.

E diante das falas inapropriadas ‘dicas’ do tipo “não gosto quando a senhora fala assim”, “não compreendi o que você disse” ou “prefiro quando você fala de modo que eu entenda” ou “você sabe que não deve falar desse jeito”. Por exemplo, quando a participante emitia uma fala como: “Eles estão aplicando injeção em mim”, o ouvinte, uma pessoa da família responderia “você sabe que não deve falar desse jeito dos médicos e enfermeiras”; e quando a participante emitia uma frase apropriada como: “As coisas estão muito caras” o ouvinte responderia “gosto quando você fala desse modo”. Assim, a família foi orientada a seqüenciar suas conversações, além de instruir a participante a iniciar e manter interações sociais com pessoas de sua comunidade.

Intervenção III: Reforçamento diferencial de comportamentos verbais alternativos e retirada da atenção social

O delineamento de reversão foi iniciado com mais duas sessões de linha de base (LB-IV). Após a obtenção dos dados dessa fase iniciou-se a terceira intervenção

(INT-III). Para essa intervenção optou-se pelo reforçamento diferencial de comportamento verbal alternativo (DRA) com a apresentação de até 10 segundos de atenção contingente e procedimentos de retirada da atenção, extinção (EXT). O reforçamento diferencial dos comportamentos verbais alternativos se caracterizou pela disponibilização de reforçadores sociais aos comportamentos verbais definidos como falas apropriadas emitidas pela participante. Após a emissão de falas apropriadas a pesquisadora fazia breve contato visual com ela, inclinava o corpo em sua direção ao reforçar verbalmente a participante junto a gestos como o assentimento com a cabeça e/ou sorrisos. Já frente à emissão de comportamentos verbais definidos como falas inapropriadas estabeleceu-se a suspensão de qualquer forma de atenção fornecida pela pesquisadora. Quando a participante emitia uma fala inapropriada, a pesquisadora desviava o olhar de sua direção, olhava para o lado da sala ou mesmo se afastava dela num procedimento de retirada da atenção social e só voltava a interagir com a participante quando ela emitia falas apropriadas.

Após a aplicação das linhas de base (LB I, II, III, IV e V) e intervenções (INT I, II e III) dos dois delineamentos utilizados, foi iniciada a transcrição das vinte e seis sessões registradas em vídeo. Inicialmente utilizou-se do registro contínuo, onde todas as verbalizações do participante sejam falas apropriadas e inapropriadas, foram transcritas na seqüência em que ocorreram. Para melhor visualizar, as falas da participante foram coloridas de vermelho e as falas da pesquisadora de azul, sendo separadas sucessivamente. Os relatos com conteúdos inapropriados foram sublinhados, para facilitar a contagem. Assim, os dados foram computados e anotados em folhas de registro construídas no formato de tabelas para esta finalidade (Anexo A). Em seguida procedeu-se a identificação das categorias as falas inapropriadas e suas respectivas freqüências.

Foram definidas como falas as emissões verbais da participante cuja função era relatar eventos da história de vida anterior ou atual, ou seja, relatos das experiências pessoais, produto de sua história irreal ou factual, à pesquisadora. As falas apropriadas e as falas inapropriadas foram definidas apenas para comportamentos verbais vocais.

As verbalizações apropriadas foram definidas pelos elementos que não estavam presentes nas definições de vocalizações inapropriadas ou relatos que faziam referência a elementos comuns característico do contexto. Na tentativa de garantir uma maior acurácia na delimitação do comportamento como uma fala inapropriada ou apropriada foi feita várias leituras das sessões transcritas e as verbalizações consideradas apropriadas e inapropriadas da participante foram identificadas.

Foram consideradas, portanto, falas apropriadas as que apresentaram de forma: (a) coerente (palavras cujos elementos eram relacionados), (b) contextualizada (em relação ao ambiente de pesquisa, à sua vida atual ou passada e em relação às suas próprias verbalizações), (c) compreensivas (próprias da comunidade verbal ou que se referissem a eventos naturais – encobertos ou não). Por exemplo, “Meu marido não está bem de saúde, preciso cuidar dele.”; “Ele já cuidou muito de mim e hoje eu quem cuido dele, ele está precisando da minha ajuda”.

Como falas inapropriadas foram consideradas as palavras ou sentenças que inseridas no contexto verbal da participante faziam referência a elementos incomuns, místicas, coercitivas, sem nexos, interrompidas, ecóicas quando comparados as práticas convencionadas de uma comunidade verbal. Também referisse a elementos de ligação entre as palavras compreendidas apenas pela pessoa que verbaliza esse tipo comportamento, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2. Exemplos das subcategorias de falas inapropriadas da participante.

Falas inapropriadas	Definição	Exemplo
Mística	Fala com temas relativos a fatos misteriosos ou espirituais quando comparados a relação entre os elementos de ligação contidos entre as palavras.	-“Eu sou digna de Deus, faço parte de três legiões de Maria”. - “Deus castigou a minha sogra... foi a fúria de Deus”. - “Deus vai acabar com a injúria dos ateus”.
Coercitiva	Fala que expressa ação ou probabilidade de ação de alguém contra a sua pessoa que não corresponde as práticas das pessoas com as quais interagiu.	- “Eles me filmam tomando banho pra entregar as fitas pro delegado”. - “Eles pagaram propina para acabarem comigo; falaram que ia estourar minha cabeça.
Sem nexos	Fala onde os elementos de ligação entre as palavras não se relacionam de forma adequada (colocação ilógica das palavras dentro de um período) e/ou interrupção abrupta de um relato para outro sendo uma fala de difícil compreensão para comunidade verbal.	-“Hoje quando tava voltando do CAPS eles falaram: lagosta o caviar já vem”. - “Eles estão falando pra eu render”. - “Aplicam injeção no meu braço sem que eu os veja”
Incomum	Fala relativa a eventos estranhos para a comunidade verbal, mas que não se enquadram nas categorias Mística, Coercitiva e Sem nexos.	- “Porque eles me perturbam em todas as cidades que eu vou”. - “Eles implantaram um chip dentro de mim para poder ficar me atormentando”.
Ecóica	Fala ecoada sob controle do mesmo estímulo verbal ou com o mesmo padrão sonoro do estímulo verbal.	- “Eles falaram pra eu me entregar, pra eu me entregar, entregar pra polícia federal”. -“ Renda, renda, já falei pra você rendá”.
Interrompida	Fala não concluída.	- “Eu falei pra ele...” - “Minha filha não acredita que...”

A Tabela 2 faz referência a outros exemplos de falas apropriadas e inapropriadas da participante, com o diferencial que neste quadro são demonstradas ocorrências de falas em cada condição de intervenção.

A partir das transcrições dos dados registrados em vídeo foi possível quantificar a frequência das falas e, também, categorizá-las, ou seja, qualificar os elementos contidos nos relatos verbais da participante. A contagem e categorização

foram feitas ao longo de várias leituras das transcrições das sessões. Deste modo, foi feito o registro das falas apropriadas e inapropriadas.

As folhas de registro continham um cabeçalho no qual foi descrito o tipo de intervenção, nome da participante e o número da sessão experimental, além de espaço para o registro das falas apropriadas e inapropriadas, suas ocorrências e linhas para anotar os intervalos de tempo (Anexo B). A técnica de registro utilizada para mensuração dos dados foi a de registro de eventos.

Para obter a concordância entre observadores, um segundo observador analisou 100% das sessões. Contou-se para esta fase com uma mestra em psicologia, com experiência em transcrição de comportamentos, bem como experiência em categorização de dados de pesquisa.

Para a confiabilidade dos registros foi utilizada a fórmula padrão: concordância dividida por discordância mais concordância, multiplicado por 100. Os cálculos foram efetuados separados para as falas apropriadas (FA) e para as falas inapropriadas (FI). O menor índice de concordância encontrado durante o estudo foi de 89%, o maior foi de 100% e a média de concordância foi de 95%.

Resultados

Os resultados serão apresentados em forma de tabelas e figuras. Por se tratar de dois tipos de delineamentos: delineamentos de intervenções alternadas e delineamento de retirada ou reversão, os dados obtidos foram apresentados separadamente para cada delineamento utilizado. Foram analisados em ambos os delineamentos duas classes de comportamentos verbais de uma participante com o diagnóstico de esquizofrenia que, no presente estudo, foram categorizadas como falas apropriadas (FA) e falas inapropriadas (FI).

Os dados foram descritos via delineamento de intervenções alternadas composto por três fases de linha de base (LB I, LB II e LB III) e mais duas fases de intervenção (análise funcional - INT I e treino de habilidades sociais – INT II, treinamento esse que foi subdividido em outras duas fases: a primeira com a participante e a segunda com a família).

A frequência de comportamentos verbais da participante durante as duas sessões de linha de base praticamente se mantiveram estáveis. Os dados na Figura 1 mostram que durante a primeira sessão da fase LB I houve 21 emissões de FA e 35 de FI. Na segunda sessão, a frequência das falas apropriadas diminuiu (19 FA) e a frequência das falas inapropriadas aumentou (38 FI).

Nas cinco sessões da INT I houve mudanças na frequência de FA e FI. Os dados apontam uma notável redução da frequência de FI (28, 17, 9, 5 e 3, respectivamente) e aumento da frequência de FA (30, 32, 40, 45 e 51, respectivamente) quando o comportamento verbal da participante foi analisado funcionalmente. Tais dados estão resumidos na Figura 1.

A LB II foi composta de três sessões. Os dados na Figura 1 mostram que houve pequenas oscilações na frequência de FA (50, 43 e 45, respectivamente). E na

freqüência de FI houve uma diminuição quando comparadas aos dados da LB I (8, 10 e 13, respectivamente).

Na INT II foi realizado o treinamento de habilidades sociais em duas etapas distintas. Na primeira etapa, o treinamento foi realizado com a participante, sendo composto por três sessões. Na segunda etapa, o treinamento foi realizado com a família da participante, sendo composto por duas sessões. Nessa intervenção, houve oscilações na freqüência de FA (45, 30, 43, 38 e 41, respectivamente). Em relação às FI ocorreu oscilação nessa freqüência quando o treinamento foi realizado com a participante, pois quando o treinamento foi realizado com a família os dados da Figura 1 mostram menor freqüência de FI até então obtida (7, 22, 9, 4 e 2, respectivamente). Já na LB III que foi composta de mais duas sessões, os dados na Figura 1 apontam os efeitos das últimas intervenções; as freqüências de FA se mantiveram estáveis e o mesmo ocorrendo com as FI.

Número de falas apropriadas e inapropriadas

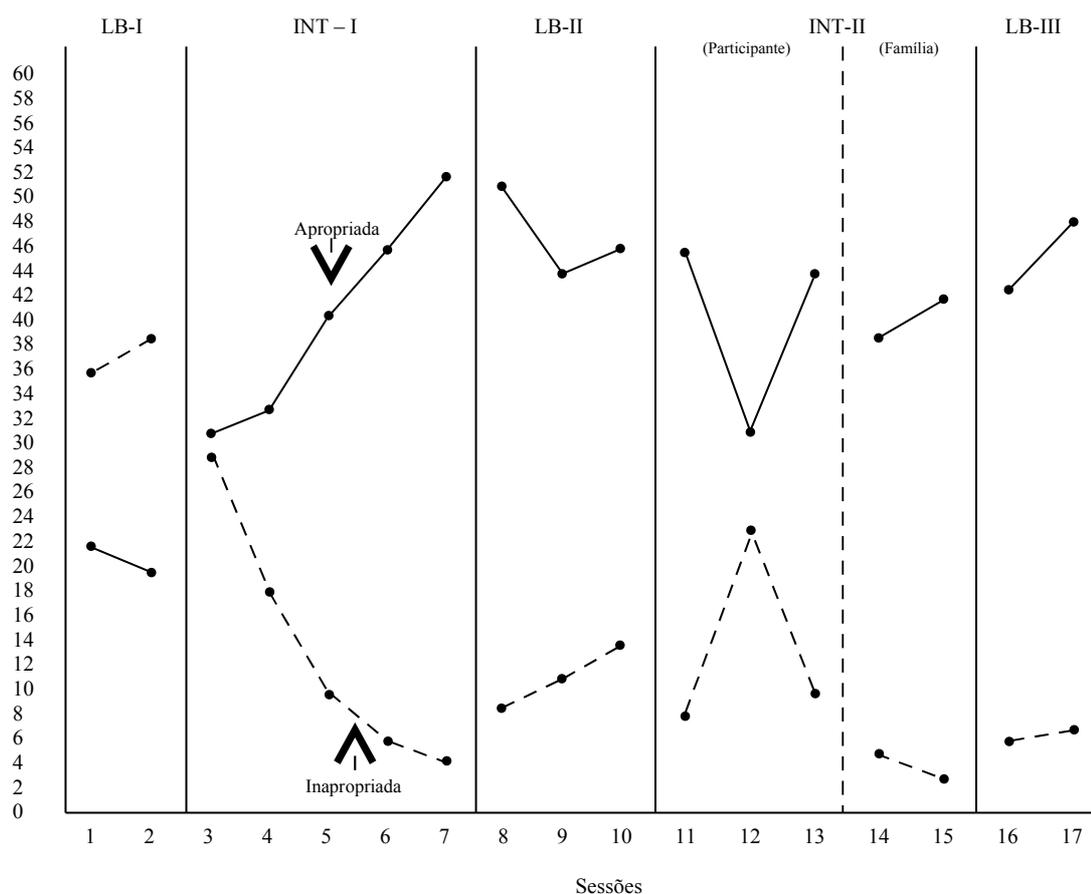


Figura 1. Número de FA e FI no Delineamento de Intervenções Alternadas.

A Tabela 3, exemplifica um fragmento de uma das várias análises funcionais realizadas durante a quarta sessão, sendo esta a segunda sessão da INT 1, ocasião em que a participante relatou a pesquisadora que possuía uma pedra de gelo dentro de seu corpo. Os dados contidos entre os elementos dos episódios verbais explicitam as variáveis das quais o comportamento verbal inapropriado da participante sob análise funcional, era função.

Tabela 3. Fragmentos de análise da relação entre os elementos verbalizados.

Falas da Participante	Falas da Pesquisadora
“vou contar uma coisa pra senhora: tenho uma pedra de gelo dentro de mim e por isso, sinto muito frio na barriga!”	“onde você sente essa pedra de gelo dentro da sua barriga?”
“aqui (apontando) no meio da minha barriga tem uma pedra de gelo bem grande, por isso sinto muito frio aqui!”	“como é possível essa pedra de gelo permanecer dentro de você?”
“é porque eles implantaram uns fios dentro de mim, por isso fica frio lá dentro, é por causa da pedra de gelo.”	“e a temperatura de dentro do corpo, é a mesma que a de fora do corpo?”
“não... É diferente!”	“como é então a diferença?”
“dentro da gente é mais quente do que de fora porque tem o sangue e os outros órgãos e por isso fica mais quente.”	“por favor, dê-me uma pedra de gelo!”
“sim vou pegar... (a participante vai à cozinha e volta com uma pedra de gelo)... Aqui está!”	“obrigada... Agora olha aqui, o que está acontecendo com essa pedra gelo que está na minha mão (a pesquisadora fechava e abria a mão e o gelo começou a se derreter)?”
“to olhando...”	“(pausa)... O que você está observando?”
“a pedra de gelo está derretendo...”	“Se você me fala que dentro do corpo é mais quente e se você vê que o gelo está derretendo na minha mão, como você me explica essa pedra de gelo dentro da barriga?”
“Eeeee, pensando bem não tem como eu ter	“É. Não há pedra de gelo dentro de você”

uma pedra de gelo dentro de mim não, eu sinto é arrepios, né?”

A Tabela 4 apresenta um ensaio comportamental entre a participante e a pesquisadora durante o treinamento de repertórios verbais adequados.

Tabela 4. Ensaio comportamental com a participante.

Falas da Pesquisadora	Falas da Participante
“A senhora foi até a porta da rua e uma vizinha estava lá, o que a senhora fez?”	“Nada!”
“A senhora gostaria de se apresentar a ela?”	“ela não vai gostar de mim?”
“E por que ela não gostaria da senhora?”	“Sei não, não fiz nada de mal pra ela!”
“Então como não fez nada de mal pra ela, não tem motivos para não gostar, não é mesmo?”	“Isso é verdade, acho que vai ser bom fazer novas amizades!”
“Então, vamos ensaiar?”	“Vamos!”
(A pesquisadora arranja as condições para o ensaio) “Chega até lá e se apresenta. Fale o seu o nome, diz que é a nova vizinha, pergunta o nome dela e assim o assunto vai aumentando.”	“Ta... Oi, como você ta? Sou a Fulana, mudei pra cá agora, como é seu nome?”
“Tô bem e a senhora? Me chamo Maria.”	“Você mora sozinha?”
“Não, moro com meu marido e duas filhas, e a senhora?”	“Eu moro só com meu marido, tenho duas filhas e um filho, mas já estão todos casados.”
“Ah, vamos entrar pra tomar uma xícara de café? ”	“Vamos sim... Obrigada, seu café tava muito bom, mas tenho que ir, meu marido ta sozinho. Depois você vai lá em casa pra toma um café comigo também.”
“Vou sim, depois a senhora volta. Tchau!”	“Tchau, foi um prazer conhecer você!”
“O prazer foi meu.”	“Espero você lá em casa ta!”

A Tabela 5 mostra a aquisição de repertório verbal por parte da participante e subsídios para iniciar uma conversa com o objetivo de aumentar suas interações sociais. Nessa tabela apresenta um fragmento de sessão entre a participante e a filha.

Tabela 5. Trechos da fala da participante e de sua filha

Falas da Participante	Falas da Família
“Não agüento mais, eles estão falando que dentro de mim ta cheio de sapos e cobras!”	“Não gosto quando a senhora fala assim!”
“Eles falaram, mas pensando bem não tem como ter isso dentro de mim não porque se tivesse eu já teria morrido de tétano.”	“Gosto quando a senhora fala que não tem como essas coisas serem verdadeiras; fico feliz!”

Os episódios verbais expostos na Tabela 5 mostram como a família foi treinada para lidar com a FI da participante.

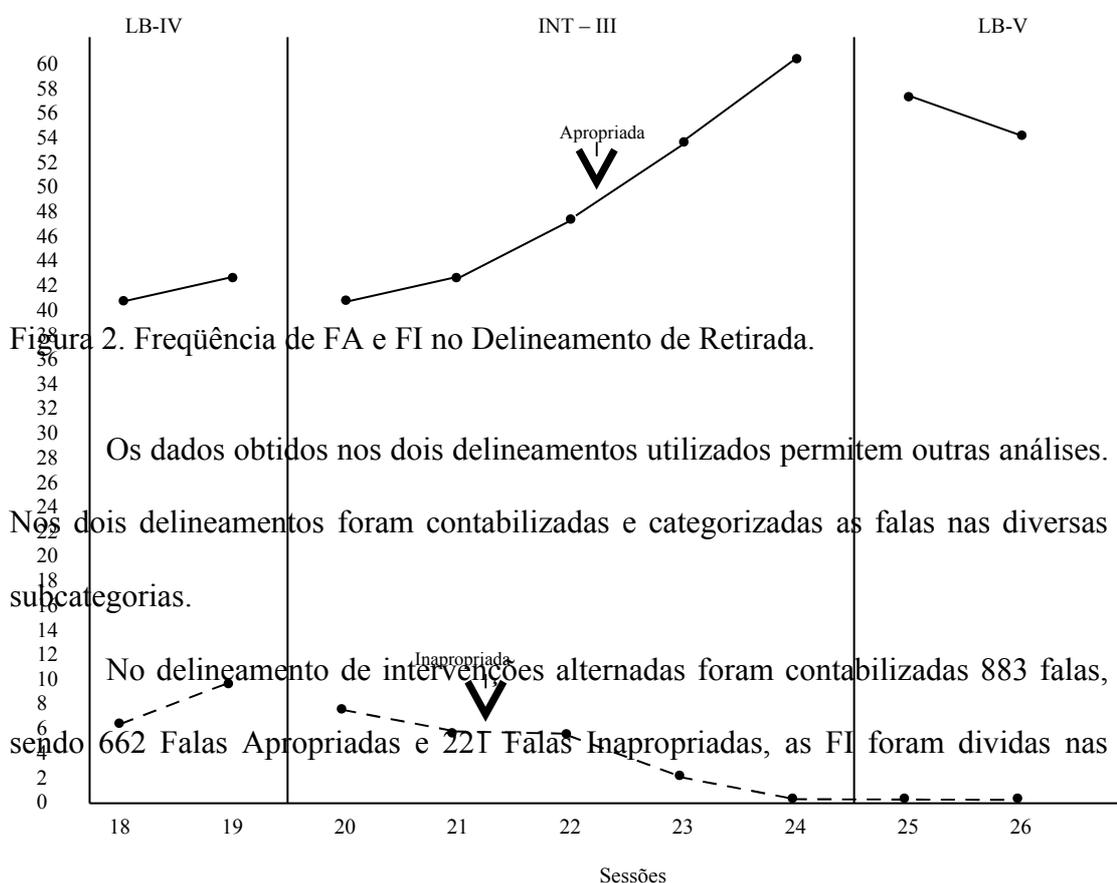
O presente estudo teve também como objetivo intervir nas emissões das FI para reduzir ainda mais suas ocorrências num delineamento de retirada. Este delineamento foi composto por duas fases de Linha de Base (LB IV, LB V) e mais uma fase de Intervenção (INT III). Foi utilizado o reforçamento diferencial de comportamentos verbais alternativos (DRA) e retirada da atenção social num procedimento de extinção (EXT). A Figura 2 resume os dados obtidos sob os efeitos desse delineamento.

As Fases de LB IV e LB V foram compostas de cinco sessões. A frequência de falas inapropriadas na LB IV foram baixas, entre 6 e 9. E na LB V, não ocorreram falas inapropriadas nas três sessões, como mostra a Figura 2.

A INT III consistiu no reforçamento diferencial alternativo (DRA) dos comportamentos verbais apropriados da participante e na extinção dos comportamentos verbais inapropriadas (EXT). Essa fase foi composta por cinco sessões. Os dados mostram que as FA tiveram frequência alta (40, 42, 47,53 e 60,

respectivamente) e as FI teve diminuição na frequência (7, 5, 5, 2 e zero), obtendo no final da intervenção nenhuma FI. Os dados da Figura 2 demonstram de forma inequívoca que o DRA combinado com a EXT foi um importante instrumento para zerar as ocorrências das FI da participante.

Número de falas apropriadas e inapropriadas



seguintes subcategorias: 63 Místicas, 58 Coercitivas, 45 Sem nexos, 25 Incomuns, 10 Ecóicas e 20 Interrompidas.

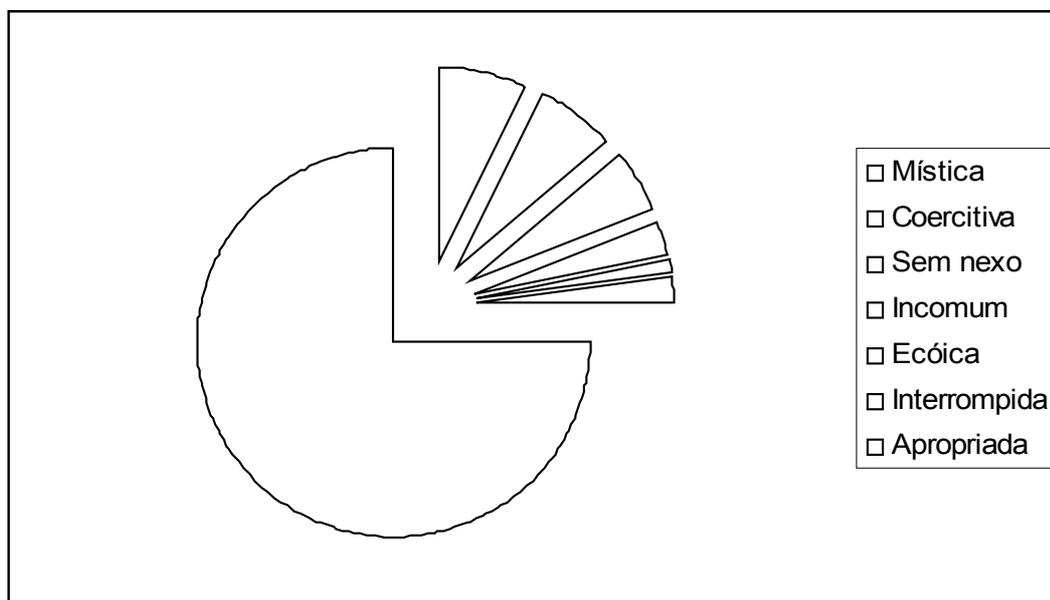


Figura 3. Quantidade de falas apropriadas e inapropriadas por sub-categorias no delineamento de intervenções alternadas.

No Delineamento de Retirada ou Reversão foram contabilizadas 468 falas, sendo 434 Falas Apropriadas e 34 Falas Inapropriadas, as FI foram divididas nas seguintes subcategorias: 8 Místicas, 9 Coercitivas, 4 Sem nexos, 5 Incomuns, 5 Ecóicas e 3 Interrompidas.

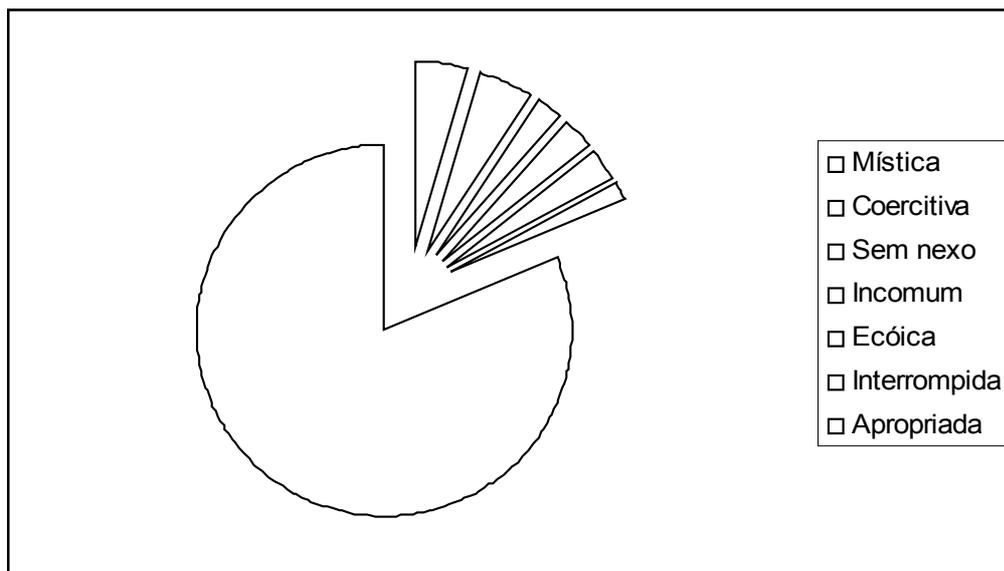


Figura 4. Quantidade de falas apropriadas e inapropriadas por sub-categorias no delineamento de retirada ou reversão.

Discussão

O objetivo do presente estudo foi o de avaliar algumas estratégias de intervenção para aumentar a frequência das falas apropriadas e diminuir/reduzir as falas inapropriadas de uma participante diagnosticada como esquizofrênica numa unidade de saúde pública, além de orientar a família como lidar com as dificuldades no repertório comportamental de um de seus membros.

Os achados do presente estudo demonstram que foi possível verificar a eficácia do programa de intervenção utilizado para promoção do repertório comportamental apropriado em uma pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia na tentativa de reduzir seus comportamentos verbais inapropriados. O programa de intervenção mostrou-se efetivo na redução das falas inapropriadas e aumento das falas apropriadas da participante.

Em ambos os tipos de delineamentos (intervenção alternativa e retirada) ocorreram a diminuição na frequência de respostas inapropriadas e aumento na frequência de respostas apropriadas da participante, principalmente no delineamento

de reversão. Esses dados mostram o efeito de contingências programadas, por exemplo, reforçamento positivo/extinção nas respostas da participante, como observado em outros estudos (Ayllon & Haughton, 1964a/1964b; Ayllon, & cols., 1965; Ayllon & Azrin, 1968/1974; De Leon & cols., 2003; Lancaster & cols., 2004; Dixon & cols., 2001; Liberman, & cols., 1973; Wilder & cols., 2001; Miranda, 2005; Silva, 2005; Britto, & cols., 2006; Santos, 2007; Santana, 2008).

Ao analisar as contingências do presente estudo, observou-se que comportamentos inapropriados se mantinham porque eram frequentemente reforçados pelo contexto em que a participante se encontrava. E a partir do programa de intervenção programado arranjam-se novas contingências que possibilitaram o estabelecimento de novas respostas no repertório comportamental da participante. Em dois procedimentos de intervenção, quando a participante emitia uma fala inapropriada a pesquisadora analisava o que aconteceu depois dela ter falado desse modo. O que ela fazia quando isso ocorria e demonstrava a impropriedade dos elementos verbais contidos entre as palavras verbalizadas. E, ainda num procedimento de extinção desviava a atenção imediatamente à fala inapropriada e sob efeito do reforçamento diferencial de comportamentos verbais alternativos reforçava a fala apropriada. Assim, as verbalizações inapropriadas foram extintas do repertório verbal da participante como demonstra os dados da Figura 2.

Portanto, os dados do presente estudo demonstram de modo inequívoco que no delineamento de retirada houve um aumento na frequência das falas apropriadas e uma redução para zero ocorrência das falas inapropriadas durante a fase de intervenção o que se manteve na última fase de linha de base.

Outros aspectos que foram observados, um diz respeito às topografias comportamentais da participante enquanto se expressava durante as sessões

experimentais. Foi observado que quando a participante verbalizava as falas apropriadas (FA) ela se expressava de forma mais lenta, sorria, olhava para a pesquisadora. Quando emitia falas inapropriadas (FI), a participante falava de modo mais rápido, desviava seu olhar da pesquisadora e ficava com o semblante do rosto sério.

Outros dados obtidos com o delineamento de intervenções alternadas em que foi realizado também o treino de habilidades sociais com a participante e depois com a família. Observou-se que durante a LB I a frequência de FA foi bem menor que a frequência de FI. Este foi um período de adaptação da participante com a pesquisadora em que foi observado que o repertório verbal da participante girava em torno de suas queixas.

Na INT I observou-se que a participante iniciava seu responder apropriado, que suas falas inapropriadas não condiziam com as práticas verbais de sua comunidade. Ao intervir nas falas inapropriadas da participante questionando como, de que forma tais comportamentos aconteciam a intervenção se mostrou eficaz na redução de suas falas inapropriadas. Um bom exemplo disso foi quando da análise do relato da participante sobre uma pedra de gelo dentro de seu corpo.

Os dados obtidos não deixam dúvidas sobre os efeitos de uma análise da relação dos elementos verbalizados. A participante verbalizou que não tinha como haver uma pedra de gelo dentro de seu corpo. E isso foi possível quando a pesquisadora com uma pedra de gelo na mão analisou as contingências com a participante mostrando que sua fala estava contradizendo com o que esta sendo observado naquela sessão.

Outro exemplo interessante foi quando a participante emite uma FI e ela mesma fez a análise de sua fala, por exemplo: “Hoje todo mundo vai virar pato!

Pensando bem, não tem como gente virar pato, pato é animal e nós somos gente! Já to conseguindo diferenciar umas coisas que me vem na mente, acho isso muito bom por que assim, não faço papel de boba, de doida!“. Nessas análises observadas, pôde-se verificar que o procedimento utilizado estava sendo eficaz, promovendo a mudança de comportamentos inapropriados.

E importante também foi observar a modificação de outros comportamentos inapropriados da participante. Ela parou de usar o saco plástico que ficava envolvido na região abdominal do seu corpo. Esse era um comportamento que ocorria há anos e que incomodava seus familiares. Posterior às intervenções a participante relembrou estes fatos e criticou a si mesma sobre como pode pensar que já teve uma pedra de gelo dentro dela e que usou um saco plástico na região abdominal.

Na LB II teve uma frequência de FA bem maior que a das FI. Na INT II ao realizar o treino de habilidades sociais/verbais com a participante, esta adquiriu habilidades que tinha dificuldades, como dialogar com pessoas que não faziam parte do seu ciclo social. E no treino de habilidades sociais realizado com a família, esta foi instruída em como lidar com as falas inapropriadas da participante e orientada sobre as dificuldades que poderiam surgir no dia a dia.

Com a intervenção realizada com a família, verificou o aumento de FA e diminuição das FI da participante. Esse dado foi muito importante, pois mostra o quanto o controle social estava reforçando, mantendo os comportamentos inapropriados da participante. Pouco adiantaria se ajudássemos uma pessoa, sem modificar o contexto em que ela se encontra, pois ali provavelmente estão às contingências mantenedoras dos comportamentos inapropriados, e isso foi de fato observado nesse caso.

Conforme Del Prette e Del Prette (2001b), o treino assertivo pode propiciar um conjunto de habilidades sociais de enfrentamento que compõem, da mesma

forma que as habilidades empáticas, de comunicação interpessoal, profissional, entre outras, o repertório hábil de um indivíduo. O treino de habilidades sociais fundamenta-se na relação entre o indivíduo e seu meio social, se mostra muito eficaz para reinserção social, para modificação de comportamentos e acaba por orientar a família a lidar com esses problemas, a ajudá-la a conviver em sociedade e isso só poder ser construído em um clima de respeito, aceitação e compreensão das necessidades da participante.

Ainda nessa INT II com a participante, verificou-se que houve uma variação na frequência de FA e FI. A pesquisadora pôde observar que na 12ª sessão teve o aumento na frequência de FI. Supõe-se que isso pode ser devido a uma viagem que a participante teve que realizar para acompanhar seu marido ao médico. A participante relatou que nos períodos que tem que acompanhar o marido ao médico os “tormentos” aumentam. “Eles me perturbam o tempo todo, ficam falando que estão me vigiando e que está fotografando tudo pra poder entregar pra polícia federal.” Após a 13ª sessão, aquiesceram as demandas da intervenção e a frequência das FA aumentou e a das FI diminuiu. E na LB III houve aumento na frequência de FA e diminuição na frequência de FI.

Após a LB III iniciou-se o delineamento de retirada, isso na décima oitava sessão. Nesse delineamento na LB IV a frequência de FA e FI se manteve como na LB III. E na INT III em que usou o DRA para todos os comportamentos verbais apropriados da participante e EXT da atenção para os comportamentos inapropriados, observou-se que a frequência de FI diminuiu gradativamente chegando a zero e a frequência de FA aumentou. Dados como estes confirmam os achados da literatura da área em que verificaram que falas inapropriadas eram mantidas por reforço social.

E por último, realizou a LB V com o propósito de verificar se a frequência encontrada na INT III foi mantida. Observou-se que nenhuma FI foi emitida e as FA se mantiveram, apresentando uma leve diminuição.

Os dados do presente estudo foram semelhantes aos obtidos em pesquisas realizadas em nosso contexto conduzidas por Britto e cols., (2006), Britto e cols., (submetido), Santos (2007) e Santana (2008). O presente estudo foi também uma replicação sistemática. Mais uma vez pode ser observado que respostas verbais inapropriadas foram reduzidas após serem submetidas a procedimentos de reforçamento diferencial e extinção.

Com a execução deste trabalho pode-se constatar que a pessoa que tem o diagnóstico de esquizofrenia mantém o comportamento verbal inadequado pela atenção social; as falas inapropriadas se submetem a princípios de reforçamento e extinção; há uma relação com o meio ambiente; o indivíduo pode aprender a se comportar de forma apropriada; a família e a comunidade precisam ser treinadas para lidar de forma efetiva no comportamento dessa natureza. Estes foram aspectos importantes observados nessa pesquisa e que devem ser considerados em pesquisas futuras sobre o assunto.

Como foi observado nesse estudo e apontado também por Abreu e cols., (1993), umas das grandes dificuldades na vida de uma pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia é a não manifestação das habilidades sociais, que podem ocorrer por uma soma de vários fatores: dificuldades em responder habilmente que é potencializada pelos medicamentos, pelo isolamento social, pela perda de reforçadores naturais, pelo abandono das metas, por hospitalizações repetidas e pela redução do convívio com pessoas com comportamentos adaptados.

O comportamento assertivo foi constituído em classes de habilidades sociais, que se refere à capacidade que o indivíduo tem de se manter em interações sociais, defender seus direitos, expressar suas opiniões, sentimentos, necessidades e insatisfações e solicitar mudanças de comportamentos das outras pessoas, sem desrespeitar os direitos dos outros (Caballo, 2006; Del Prette e Del Prette (2001a), Goldsmith & McFall, 1975; Murta, 2005).

A participante apresentava poucas habilidades sociais e verbais assertivas no início dos trabalhos. A pesquisadora notou que houve no começo certa resistência por parte da participante, mas que posteriormente novos comportamentos foram estabelecidos, tanto que nas últimas sessões a participante já conseguia chegar ao CAPS e conversar com pacientes e profissionais adequadamente, comportamentos que anteriormente ela não imitia.

A sensibilidade da participante à pesquisa foi crucial para os resultados obtidos. A participante obteve resultados satisfatórios com contribuição ao envolvimento e dedicação ao trabalho proposto, confiança para com a pesquisadora e seguimento das orientações fornecidas durante as sessões das intervenções.

Nesse trabalho houve uma boa aceitação por parte da participante, dos familiares e dos profissionais do CAPS. A pesquisadora foi convidada pela médica psiquiatra da instituição a desenvolver trabalhos voluntários, onde foram realizados projetos com esquizofrênicos e com familiares. A pesquisadora manteve contato com a participante até no final da construção deste trabalho, as falas apropriadas continuam com alta frequência e as inapropriadas desapareceram do repertório verbal da participante como indicou os dados do presente estudo.

Referências

- Abreu, P.; Souza, S.; & Lobato, M. I. (1993). Abordagens Psicossociais. Em D. Caetano, O. Frota-Pessoa & L. P. C. Bechelli (orgs), *Esquizofrenia Atualizações em Diagnóstico e Tratamento* (pp. 283-291). São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte: Livraria Atheneu Editora.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: ARTMED. (Original publicado em 2000).
- Ayllon, T.& Haughton, E. (1964 a). Modification of symptomatic verbal behavior of mental patients. *Behavior Research Therapy*, 2, 87-97.
- Ayllon, T.& Haughton, E. (1964 b). Control of the behavior schizophrenic by food. Em: A. W. Staats (Ed.). *Human learning – studies extending condition principles to complex behavior* (pp. 458-465). New York: Holt, Rinehart and Winton, Inc.
- Ayllon, T.& Michael, J. (1964 a). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. Em: A. W. Staats (ed.), *Human learning – Studies extending conditioning principles to complex behavior* (pp.466-471). New York: Holt, Rinehart and Winton, Inc.
- Ayllon, T.& Michael, (1964 b). Strong Behavior treated by extinction, or extinction combined with reinforcement for incompatible behavior. Em: A. W. Staats (Ed.) *Human learning – Studies extending conditioning principles to complex behavior* (pp. 449-451). New York: Holt, Rinehart and Winton, Inc.
- Ayllon, T., Haughton, E. & Hughes, H. B. (1965). Interpretation of symptoms: facts or fiction. *Behavior Research Therapy*, 2, 1-7.
- Ayllon, T.& Azrin, N. O. (1968/1974). *O emprego de fichas-vale em hospitais psiquiátricos*. São Paulo: EPU.
- Bandeira, M. & Ireno, E. M. (2002). Reinserção social de psicóticos: Avaliação global do grau de assertividade, em situações de fazer, e receber críticas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 665-6675.
- Bandeira, M., Machado, E. L. & Pereira, E. A. (2002). Reinserção social de psicóticos: Componentes verbais e não verbais do comportamento assertivo, em situações de fazer e receber críticas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 89-104.
- Bandeira, M., Machado, E. L., Barroso, S. M., Gaspar, T. R. & Silva, M. M. (2003). Competência social de psicóticos: o comportamento de olhar nas fases de escuta e de elocução de interações sociais. *Estudos em Psicologia*, 8(3), 479-489.
- Britto, I. A. G. S., Rodrigues, I. S., Alves, S. L. & Quinta, T. L. S. S. (submetido). Análise Funcional de Comportamentos Verbais Inapropriados de um Esquizofrênico.

- Britto, I. A. G. S. (2004). Sobre delírios e alucinações. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1), 61-71.
- Britto, I. A. G. S., Rodrigues, M. C. A., Santos, D. C. O. & Ribeiro, M. A. (2006). Reforçamento diferencial de Comportamentos Verbais Alternativos de um Esquizofrênico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(1), 73-84.
- Britto, I. A. G. S. (2009). Esquizofrenia: intervenções operantes. Em: R. C. Wielenska (org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (No Prelo). Santo André: ESETec.
- Britto, I. A. G. S. ; Rodrigues, I. S., Alves, S. L. & Quinta, T. L. S. S. (2009). Análise Funcional de Comportamentos Verbais Inapropriados de um esquizofrênico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* (No Prelo).
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V. E. (2006). *Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais*. São Paulo: Editora Santos.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre.
- Costa, N. (2002). Terapia analítico-comportamental: Dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista. Santo André, SP: ESEtec Editores Associados.
- Costa, S. E., & Marinho. M. L. (2002). Um modelo de apresentação de análise funcional do comportamento. *Revista de Estudos de Psicologia PUC-Campinas*, 19 (3), 43-54.
- De Leon, I. G., Arnold, K. L., Rodriguez-Catter, V., & Uy, M. L. (2003). Covariation between bizarre and nonbizarre speech as a function of the content of attention. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 101-104.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001a). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho de grupo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001b). O uso de vivências no treinamento de habilidades sociais. Em M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.), *Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 117-136). Londrina: Editora UEL.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2002). *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e Educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Dixon, M. R., Benadict, H. & Larson, T. (2001). Functional analysis and treatment of inappropriate verbal behavior. *Journal of Applied Analysis*, 34: 361-363.

- Falcone, E. O. (2002). Contribuições para o treinamento em habilidades de interação. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento* (pp.91-103). Santo André: ESETec.
- Follette, W. C.; Naugle, A. E. & Linnerooth, P. J. N. (2000). Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. Em M. J. Dougher (Org.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 99-125). Reno, Nevada: Context Press.
- Goldsmith, J. B. & McFall (1975). Development and evaluation of an interpersonal skills-training program for psychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 84: 51-58.
- Hayes, R. L., Halford, W. K. & Vanghese, F. T. (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy*, 26, 433-449.
- Isaacs, W., Thomas, J. & Goldiamond, I. (1964). Application of operant conditioning to reinstate verbal behavior in psychotics. Em A. W. Staats (Ed.), *Human learning - Studies extending conditioning principles to complex behavior* (pp. 446-471). New York: Holt, Rinehart and Winton, Inc.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E. & Richman, G. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 197-209. (Reedição do *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 3-20, 1982).
- Kodak, T., Northup, J., & Kelley, M. E. (2007). An evaluation of the types of attention. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40 (1), 167-171.
- 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.
- Liberman, R. P., Teigen, J., Parrerson, R., & Baker, V. (1973). Reducing delusional speech in chronic, paranoid schizophrenics. *Journal of Behavior Analysis*, 34(3), 361-367.
- Lucca, E. (1994). Competência Social em crianças portadoras de deficiência mental. Dissertação de Mestrado. PUC Campinas.
- Mace, F. C., Webb, M. E., Sharkey, R. W., Mattson, D. M., & Rosen, H. S. (1988). Functional analysis and treatment of bizarre speech. *Journal of Behavior Analysis*, 34 (3), 361-367.
- Matos, M. A. (1999 a). Análise funcional do comportamento. *Revista Estudos de Psicologia – PUC – Campinas*, 16 (3), 8-18.
- Matos, M. A. (1999 b). Com que o behaviorismo radical trabalha? Em R. A. Banaco (org.) *Sobre Comportamento e Cognição* (pp.45-53). Santo André: ESETec.

- Meyer, S. B. (1997). O conceito de análise funcional. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (Vol. 2, pp.31-36). São Paulo: ARBytes.
- Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. Em: Costa, C. E.; Luzia, J. C.; Sant'anna, H. H. N. Primeiros passos em análise do comportamento e cognição. Santo André: ESETec, 75-91.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, 196-206.
- Miranda, E. A. (2005). *Esquizofrenia sob a perspectiva dos princípios da análise do comportamento*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade Católica de Goiás. Goiânia.
- Mueser, K. T. (2003). Tratamento Cognitivo-Comportamental da Esquizofrenia. Em V. E. Caballo (org.), *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos* (pp. 591-613). São Paulo: Editora Santos.
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 281-291.
- Neno, S. (2003). Análise Funcional: Definição e Aplicação na Terapia Analítico-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), pp. 151-165.
- Reese, E. P. (1978). Análise do comportamento humano. Tradução de G. P. Witter. Rio de Janeiro: José Olímpio Editor. (Trabalho original publicado em 1966).
- Rutherford, A. (2003). Skinner Boxes for Psychotics: Operant Conditioning at Metropolitan State Hospital. *The Behavior Analyst*, 26, 267-269.
- Salum, C., Pereira, A. C. C. I. & Guimarães, E. A. D. D. B. (2007). Dopamina, Óxido Nítrico e suas Interações em Modelos para o Estudo da Esquizofrenia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (2), 186-194.
- Santana, L. A. M. (2008). *Comportamento verbal e esquizofrenia: estratégia operante de intervenção*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade Católica de Goiás. Goiânia.
- Santos, D. C. O. (2007). *Análise da fala psicótica via estratégias operantes de intervenção*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Universidade Católica de Goiás. Goiânia.
- Sidman, M. (1986). Normal sources of pathological behavior. In R. Ulrich, T. Stachnik & J. Mabry (Eds.), *Control of Human Behavior* (pp.42-52). New Jersey: Scott, Foresman and Company.

- Silva, K. P. L. (2005). *Análise aplicada e o comportamento diagnosticado como esquizofrênico*. Dissertação de mestrado (não publicada). Universidade Católica de Goiás. Goiânia.
- Skinner, B. F. (1953/2003). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, trans.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1969). O que é comportamento psicótico? Em T. Millon (Org.), *Teorias da Psicopatologia e Personalidade* (pp.188-196). Interamericana: Rio de Janeiro.
- Staats, W. S. & Staats, C. K. (1963/1973). *Comportamento humano complexo*. (C. M. Bori, tradução) São Paulo:EPU.
- Tarrier, N. (2005). Intervenções Cognitivo-Comportamentais Familiares e Individuais. Em: M. Maj & N. Sartorius, *Esquizofrenia* (pp. 184-185). Artmed Editora: Porto Alegre.
- Tourinho, E. Z. (1997). Estudos Conceituais na Análise do Comportamento. *Temas em Psicologia da SBP*, 7(3), 213-222.
- 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.
- Wong, A. H., & Van Tol. H. H. (2003). Schizophrenia: From phenomenology to neurobiology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 269-306.
- Zettle, D. R. (1990). Comportamento governado por regra: Uma resposta do behaviorismo radical ao desafio cognitivo. (H. J. Guilhardi e P. P. Queiroz, Trad.) *The Psychological Record*, 40, 41-49.

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta é uma pesquisa da área da psicologia, com o título: Efeitos das estratégias operantes em pessoa diagnosticada em esquizofrenia e família; que terá como responsáveis Dr^a Ilma A. Goulart de Souza Britto, professora da Universidade Católica de Goiás, e Gabriela Rodrigues Felipe, psicóloga clínica – CRP – 09/005229, mestranda do Curso de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Goiás – matrícula nº 2007.1.055.002.0011-1, que estarão disponíveis para esclarecer suas dúvidas através do telefone: 0 (xx) (62) 9944-5462. Caso aceite, você participará de entrevista que terá o formato de uma sessão de atendimento psicológico, do tipo que você já está acostumado a ter, só que nesse caso será filmado e gravado, a sua participação é voluntária, iniciando mediante assinatura do documento. Caso seja necessária a desistência de participação na presente pesquisa, você e ou sua família poderão se abster das atividades da pesquisa no momento que desejar, sem que haja qualquer prejuízo. Todas as sessões de entrevistas serão filmadas, para fins de registro e avaliação do trabalho realizado, após registros e avaliações concluídos, as filmagens serão destruídas. Este trabalho terá a duração de aproximadamente de três meses. As sessões serão estabelecidas de acordo com sua disponibilidade. Caso autorize a realização das atividades que compõem a presente pesquisa, assine ao final deste documento, que está em três vias: uma delas é sua, uma de um membro da família e a outra minha (pesquisadora responsável). Caso seja necessário após a coleta dos dados da pesquisa, vocês precisarem de atendimento psicoterapêutico ou de apoio psicológico, será disponibilizado no CEPSI/UCG. Caso seja necessário, em qualquer momento poderá ser estabelecida a interrupção do trabalho, sem que haja qualquer penalização ou constrangimento. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás pelo telefone: 0 (xx) (62) 3946-1071. Todos os dados da presente pesquisa serão confidenciais e somente usados pelos pesquisadores responsáveis para fins científicos. Qualquer informação sobre a identificação dos participantes fica restrita a pesquisadora que desenvolverá o presente trabalho, sendo garantido total sigilo. A pesquisa trata-se do uso de técnicas psicológicas cujo o objetivo é te ajudar e oferece

riscos mínimos e as fitas em que as sessões serão gravadas serão destruídas após término do trabalho. Como benefícios da sua participação podemos apontar: 1. Promoção de comportamentos desejáveis; 2. Redução dos comportamentos problemas; 3. Possibilidade de comunicar-se funcionalmente; 4. Melhoras no repertório verbal; 5. Aprender novas habilidades verbais; 6. Corrigir possíveis erros e 7. Lidar com eventos mais complexos.

Participante.

Membro da família.

Gabriela Rodrigues Felipe – Pesquisadora responsável.

Apêndice 2

Folha de Registro

Nome da participante:

Tipo de intervenção:

Número da sessão:

TEMPO	FALA APROPRIADA	FALA INAPROPRIADA
1º minuto		
2º minuto		
3º minuto		
4º minuto		
5º minuto		
6º minuto		
7º minuto		
8º minuto		
9º minuto		
10º minuto		
11º minuto		
12º minuto		
13º minuto		
14º minuto		
15º minuto		
16º minuto		
17º minuto		
18º minuto		
19º minuto		
20º minuto		
TOTAL		

Registro de frequência das subcategorias de falas inapropriadas.

TIPO DE INTERVENÇÃO:	
Mística	
Coercitiva	
Sem nexos	
Incomum	
Repetitiva	
Interrompida	
TOTAL	

Registro da frequência das subcategorias de falas inapropriadas por tempo.

TIPO DE INTERVENÇÃO:	
1 à 20 segundos	
21 à 40 segundos	
41 à 60 segundos	
Maior que 61 segundos	