

OMNIA

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

SANTOS JUNIOR, Jair Garcia dos; VERONEZ, Fulvia de Souza. Análise do comportamento em âmbito hospitalar: um estudo de caso. *Omnia Saúde*, v.7, n.1, p.41-49, 2010.

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO EM ÂMBITO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO

FUNCTIONAL ANALYSIS OF BEHAVIOR IN THE HOSPITAL: A CASE STUDY

Jair Garcia dos Santos Junior

Psicólogo (FAI)

Fulvia de Souza Veronez

Doutora em Ciências da Reabilitação (HRAC/USP)

RESUMO

O psicólogo insere-se nos hospitais para ter como objetivo o trabalho com agravantes emocionais decorrentes da doença física; tal profissional se vê em um espaço amplo de atuação. A doença física não desencadeia apenas reações entre os pacientes ou os familiares, ela atinge também toda a equipe de saúde. Em alguns casos, a pessoa hospitalizada (usuário) pode apresentar comportamentos agressivos decorrentes das afecções e, com isso, eliciar comportamentos respondentes/operantes nos enfermeiros, médicos, assistentes sociais, ou em toda equipe de saúde. Em contexto hospitalar, a análise comportamental segue os princípios teóricos e experimentais focados na inter-relação entre o comportamento, as condições que o estabelecem e suas conseqüências. A unidade da análise do comportamento, então, envolve um evento antecedente, a resposta, e por fim a conseqüência, que mantém este comportamento inicial. O objetivo deste trabalho é ilustrar uma situação de controle comportamental, amenizando o sofrimento dos usuários decorrente da presença ou permanência nos hospitais. No trabalho apresentado, a análise funcional do comportamento foi utilizada em um caso de internação por afecção na coluna, que foi escolhido por apresentar dados bastante elucidativos.

Palavras-chave: Análise Funcional do Comportamento. Hospital. Afecções na coluna. Psicologia Hospitalar.

ABSTRACT

The psychologist inserting in hospitals to aim to work with aggravating emotional arising from physical illness; such work is seen in a broad area of expertise. Physical disease not only triggers reactions among patients and family, she also reaches the entire health care team. In some cases, the hospitalized person (user) can produce aggressive behavior resulting from diseases and thereby elicit behaviors respondents / operating in the nurses, doctors, social workers, or any health care team. Therefore, the psychologist should be part, not just the hospital, but work in interdisciplinary teams to discuss the

patient as a whole. In the hospital, behavioral analysis follows the theoretical principles and experimental studies focused on the interrelationship between behavior, the conditions that set and its consequences, namely the triple contingency. The unit of behavior analysis, then, involves an antecedent event, response, and finally the result, which maintains the original behavior. In the work presented, the functional analysis of behavior was used in a case of hospitalization due to illness in the column, which was chosen for presenting data quite enlightening.

Keywords: Functional Analysis of Behavior. Hospital. Disorders in the column. Hospital Psychology. Health Psychology.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi concebido a partir de uma experiência de estágio supervisionado em psicologia hospitalar/institucional, enquanto estudante acadêmico de Psicologia, em um hospital público. O local escolhido para o relato de caso foi a unidade de internação que faz parte do hospital geral. A escolha deste local é devido à demanda de atendimento. Os pacientes geralmente ficam sob observação e tratamento por um período muito grande, em alguns casos, pode ultrapassar um mês de internação. O período de permanência elevado nestes locais podem ocasionar estados corporais (ansiedade) agravando os sintomas fisiológicos.

Todavia, o processo de intervenção em ambiente hospitalar acontece de forma rápida e direta. Em alguns casos, como no pronto atendimento, por exemplo, o paciente pode permanecer internado por algumas horas e, depois da alta, não mais aparecer no hospital. O atendimento psicoterápico foi realizado em consonância com essas exigências. O objetivo principal do atendimento psicológico em âmbito hospitalar volta-se para os comportamentos do paciente dentro do contexto hospitalar, onde, a permanência neste local não deve ser aversiva para o enfermo. Como intervenção psicológica, o psicólogo deve produzir contingências favoráveis para amenizar possíveis fontes de estimulação aversiva.

Por ser um local que ocorrem mortes, o hospital está contingente a sinalizadores pré-aversivo para os usuários, gerando o que a comunidade verbal chama de ansiedade. Algumas auto-regras são criadas a partir de contingências supersticiosas, formados por comportamentos governados por regras, ‘hospital é lugar onde pessoas morrem, não quero morrer, não vou ao hospital’. Um bom trabalho esperado do psicólogo é desconstruir essas auto-regras e instalar novas contingências, pois o próprio número de pessoas beneficiadas com os atendimentos hospitalares já é dado de realidade suficiente para manejar estas contingências.

Barros (2003, p.240) relata que “o surgimento de uma doença física vem sempre acompanhado de uma doença emocional”. Tal hospitalização trás uma quebra na rotina, tanto do enfermo, quanto das pessoas as quais ele convive. Com isso, relatando um pouco mais o trabalho desta autora, podemos caracterizar melhor o objetivo do psicólogo em hospitais:

“À medida que escuta a pessoa, não devolve sua harmonia anterior, mas lhe possibilita adquirir recursos para lidar com a angústia advinda do

real, da nova situação por ele enfrentada. (...) Em seu trabalho junto ao paciente internado, o psicólogo hospitalar exerce atividade preventiva, assiste emocionalmente à população hospitalar e familiar, conferindo uma visão integrativa do sujeito. Favorece a comunicação equipe-paciente-família, promovendo a busca de soluções criativas no processo de adaptação e readaptação. Como elemento integrante da equipe, intervém nas mais variadas situações que se relacionam à complexidade dos fatores psíquicos que emergem durante o processo de tratamento da doença física, buscando a humanização do atendimento dentro da instituição hospitalar” (p. 240).

Análise funcional do comportamento no âmbito hospitalar

A análise do funcional do comportamento compõe o estudo das variáveis das quais o comportamento é função (Skinner, 1998). Como a análise do comportamento tem sua origem em metodologias científicas sua aplicação segue essa mesma vertente; ela precisa: (a) definir um problema, (b) propor uma maneira de avaliar o problema, (c) desenvolver e descrever formas para selecionar o problema, (d) fazer intervenção em direção ao problema e (e) avaliar os resultados da intervenção (GORAYEB; GUERRELHAS, 2003).

A análise comportamental insere-se neste contexto hospitalar com uma maior abrangência no olhar biológico, visto que, muitos dos comportamentos são mantidos por contingências que nem sempre são visualizadas pelos médicos. Neste contexto, faz-se necessário a utilização de uma análise funcional minuciosa, investigando os antecedentes e conseqüentes que mantêm o comportamento dos usuários do sistema de saúde. Em alguns casos, as próprias afecções podem estar sendo reforçadoras ao indivíduo que adoece.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é ilustrar uma situação de controle comportamental, amenizando o sofrimento dos usuários decorrente da presença ou permanência nos hospitais. Especificamente, procurou-se orientar os pacientes e acompanhantes, favorecendo a contenção das ansiedades familiares; intervir, como acompanhante psicológico com os pacientes em tratamento específico; realizar acompanhamento terapêutico em situações de crise; orientação quanto ao bem-estar dos pacientes em geral; encaminhamento para tratamento conveniente em caso de necessidade.

METODOLOGIA

O trabalho teve duração de um ano, num total de 125 horas de atendimentos supervisionados prestados nas unidades de internação. Durante esse período, foram realizadas atividades de atendimentos individuais ao paciente hospitalizado e seus familiares/acompanhantes nas unidades de internação feminina e masculina, orientações e contenção com tentativa de dissipação da tensão em situações de crise; avaliações e encaminhamentos no pré e pós-cirúrgico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pretende-se apresentar aqui um caso atendido na unidade de internação com queixa de dores lombares. O recorte do atendimento foi escolhido por ter sido um modelo de intervenção bastante elucidativo, nele ficou bem claro a forma como a análise comportamental pode ser realizada em âmbito hospitalar.

O atendimento foi realizado em uma mulher de 41 anos, que em nossos relatos chamaremos de Fernanda. Casada, mãe de um filho com 16 anos. Após o casamento morou algum tempo em Campinas. Só recentemente voltou a morar em Adamantina, depois de ter feito uma cirurgia neurológica para a retirada de um aneurisma. Fernanda faz parte de uma família extensa e sempre foi criada junto dos familiares. “Sempre fomos apegados um ao outro, nos finais de semana é costume se reunir na casa de alguém para almoçar ou fazer algo em família”. Relata também, que dentro da família sempre se mostra como uma pessoa alegre e bem disposta, “se eu estou quieta no meu canto, todo mundo já vem me perguntar se estou com alguma coisa. Às vezes estou no meu canto, e lá vem o pessoal me perguntar por que estou quieta”.

No primeiro contato com a cliente, esta relata estar internada devido um processo de desgaste na coluna, tem bico de papagaio, hérnia de disco e sacro dorsal. Havia passado pelo médico no dia e este resolveu interná-la, “ele fez isso porque travei de novo. Sempre quando acontece isso ele me interna para tomar medicação, fico uns dias e volto para casa. Teve uma vez que travei tanto que chegou a travar o pescoço”. Ultimamente, as internações vêm ocorrendo com frequência, no último ano, a cliente já passou por cinco internações, uma média de uma internação a cada dois meses.

A cliente trabalhava com confecção, trabalhou como costureira por algum tempo em uma fábrica de roupas. “Na primeira fábrica que trabalhei era bom, a gente fazia ginástica, tinha todo um cuidado com os funcionários. Nesta última era só trabalho, se produzisse dez peças, no outro dia tinha que produzir quinze”. No momento, encontra-se afastada do trabalho devido às afecções na coluna. Provavelmente, o afastamento ocorreu desde as suas primeiras internações. Está em tratamento e, por recomendação médica, está proibida de exercer várias atividades. “Ele (médico) me proibiu de fazer tudo que eu gostava. Não posso mais andar, dançar; nossa! Adoro dançar”. Apesar das proibições médicas a cliente ainda continua exercendo algumas atividades em casa, no dia da internação relata que andou muito porque precisou ajudar um conhecido. “Tive que levar meu amigo no médico. Ele precisava passar por um psiquiatra e só tinha em Tupã. Como não tinha ninguém para levar ele eu acabei indo. O duro que andei demais e acabei travando de novo”.

Posteriormente reporta que com a cirurgia para a retirada do aneurisma ganhou uma superproteção pelos seus familiares, principalmente quando se refere a choques ou esbarrões em sua cabeça. “Esses dias caí no banheiro e bati a cabeça justamente no lugar da cirurgia, quando meu marido viu deu mais trabalho do que eu. Tive que sentar e pedir para que ele ficasse calmo. Esses dias mesmo eu e meu irmão trombamos, bati a minha cabeça na dele. Nossa! Ele já levantou e veio me alisando como se tivesse acontecido algo”.

Como hipótese, pôde-se sugerir que o comportamento de esforçar-se é mantido pelo tentar se afastar da condição de superproteção. Segundo relatos da cliente, muitos de seus comportamentos poderiam estar funcionando para provar que é uma pessoa normal, que não está nesta condição de afastamento, e desgaste de seu corpo. Surge a hipótese de que esse comportamento de esforçar-se demasiadamente estaria sendo mantido pela aprovação dos familiares e amigos.

Apesar do trabalho do psicólogo hospitalar estar mais pautado neste âmbito, muito dos comportamentos dos pacientes fora deste local contribuem para mantê-los hospitalizados. No presente estudo de caso, por exemplo, a intervenção realizada teve como cerne contingências comportamentais instaladas fora do ambiente hospitalar. Como o relato do caso demonstrou, a cliente estava de passagem no hospital pela quinta vez, lembrando-se que as cinco vezes ocorreram em menos de um ano. De acordo com os relatos da cliente o processo de hospitalização ocorre quando há um desgaste físico, quando a cliente se esforça com algum exercício físico. Como a mesma tem hérnia de disco, com compressão do sacro dorsal, os desgastes exacerbam a pressão exercida nos discos, resultando no que a cliente chama de “travar”. Nas falas da cliente: “isso ocorre todas as vezes que eu abuso”. Nesta última internação a cliente relata que havia andado muito, por isso acabou hospitalizada. “Um vizinho meu precisou ir num médico em Tupã, ele precisou ser internado lá. Como não tinha ninguém para levar ele, eu fui. Como fomos de ônibus, tive que andar muito, e isso resultou na internação”.

O relato de ajudar aos outros é muito marcante nas falas da cliente. Em uma análise mais acurada procuramos investigar quais as funções deste comportamento para a cliente. Tentou-se verificar com esta a necessidade de tais ajudas, quais eram as ligações dessas ajudas com as internações. Em um dos seus relatos, quando foi questionada sobre as possíveis ligações de seu esforço físico com as internações diz: “eu sei que fisicamente isso não me faz bem, mas emocionalmente sim”.

Com os relatos de Fernanda verificou-se que havia passado por uma cirurgia neurológica para a retirada de um aneurisma, que poderia haver risco de morte, ou seqüelas. A própria cirurgia funcionou como estímulo sinalizador pré-aversivo (CATANIA, 1999; GUILHARDI, 2004), visto que a cliente não sabia quais eram as conseqüências: “o médico uns dias antes me explicou tudo que poderia acontecer. Poderia morrer como acontecer alguma seqüela, estava ciente de tudo”. Como a cliente relata posteriormente: “poderia ter acontecido qualquer coisa e não aconteceu, foi um milagre. Não tive nenhuma seqüela”. Provavelmente, o não ter acontecido nada de mal (punição), o ‘milagre’ pode ter funcionado como um esquema de reforçamento acidental (SKINNER, 1998) gerando comportamentos supersticiosos. Todavia, nem todos os comportamentos supersticiosos são acidentais, pode haver uma ligação mínima, principalmente quando há a retirada de um estímulo aversivo (SKINNER, 1998). No caso da cliente, por exemplo, a estimulação aversiva retirada (não ter seqüelas) funcionou como um esquema reforçador.

Um outro fator que chama a atenção é a atividade profissional da cliente. O trabalho de costureira em uma fábrica de confecções teve alguns fatores a serem observados. Outra hipótese a ser investigada seria se o excesso de trabalho teria relação com o desgaste físico da cliente. A literatura está repleta de trabalhos reportando o estudo afecções decorrentes de atividades laborais e o desgaste na coluna provocado pela posição

sentada (ZARDO, et al., 1998; BARRETO, 2000; HUET & MORAES, 2002; ZAPATER et al., 2004). A própria permanência em posição sentada e estática vem sendo relatada como prejudicial às estruturas da coluna, sobretudo em trabalho que requer essa posição por longos períodos, como é o caso das costureiras. Seria necessário um maior número de atendimentos para propor umnexo causal entre a atividade laboral da cliente e suas afecções na coluna. Apesar do relato de atividade intensa, seria prematuro dizer que nesta atividade há umnexo causal entre a atividade laboral e o processo de desgaste na coluna, uma vez que este processo vem sofrendo várias críticas (JACQUES, 2007). O trabalho atém-se a relatar a hipótese como relevante, propondo uma maior investigação para um diagnóstico mais preciso.

Com a análise do caso, a priori sugeriu-se que haveria uma ligação contingente aos comportamentos de ajudar e as dúvidas advindas do contexto da cirurgia. Estaria ajudando porque teria uma dívida adquirida pela sua boa saúde.

Numa análise funcional, é possível perceber que o comportamento analisado pela tríplice contingência, as internações seriam apenas um efeito colateral, e neste caso não teria uma função para a cliente. A internação não seria reforçador, e sim, teria um efeito punitivo. Visto que, o que reforçaria é a aprovação das pessoas e não a internação. Catania (1999) reporta que o efeito da punição é o oposto do reforçamento. O primeiro diminui o responder, enquanto o segundo aumenta o responder. “Tudo isso é feito [punição] com a intenção de reduzir tendências de se comportar de certa maneira. O reforço estabelece essas tendências; a punição destina-se a acabar com elas” (SKINNER, 1998, p. 199). Neste caso, os comportamentos que levam a internação hospitalar não estariam sendo punidos, uma vez que houve um aumento na sua ocorrência.

Em outro recorte dos relatos de Fernanda observamos outra passagem, onde a cliente reporta sobre a superproteção que recebe da família desde ato cirúrgico. Segundo seus relatos “em muitos momentos faço algo para que eles parem de me proteger, para mostrar que sou capaz. Muitas vezes me esforço para me sentir normal de novo”. Poderíamos sugerir que existe um esquema de reforço negativo, com a apresentação do estímulo aversivo (superproteção) a cliente comporta-se para fugir (esquivar-se) deste. Mas também não explicariam as internações. De acordo com Skinner (1998):

“A única maneira de dizer se um dado evento é reforçador ou não para um dado organismo sob dadas condições é fazer um teste direto. Observamos a frequência de uma resposta selecionada, depois tornamos um evento a ela contingente e observamos qualquer mudança na frequência. Se houver mudança, classificamos o evento como reforçador para o organismo sob as condições existentes” (p.80).

Partindo do referencial acima exposto podemos sugerir que as internações são reforçadas pelo comportamento de superproteção que a cliente supostamente considera aversivo.

A superproteção familiar é o que mantém o comportamento da cliente de continuar internada. Com o atendimento buscou-se evidenciar a cliente que o esforçar-se estava aumentando a probabilidade de cuidados dos familiares. Estes comportamentos, que a princípio parece aversivo, eram reforçados positivamente todas as vezes que a cliente é internada. A única forma de mudar um comportamento é mudar as contingências.

Apesar de o trabalho ter ocorrido apenas em um atendimento, com duração aproximada de duas horas, houve uma coleta de dados bem abrangente, com uma boa elucidação das contingências das quais os comportamentos da cliente são função. A própria intervenção alcançou um resultado satisfatório, visto que a cliente conseguiu visualizar melhor as contingências que a mantém no contexto hospitalar. Com apenas um atendimento, provavelmente não foi o suficiente para manter uma mudança contingencial permanente, mas é um passo a mais para uma maior instrumentalização do repertório comportamental mais adaptado.

Sugere-se, para um melhor aproveitamento do processo psicoterápico, a orientação aos familiares da cliente, visto que muitos de seus comportamentos são mantidos por estes. Em muitos casos, a orientação familiar possibilita o controle maior nas contingências de reforçamento que mantém o comportamento de um familiar. A familiar tende a dar uma atenção maior a um de seus membros quando este vem a sofrer algum tipo de perda, como forma de recompensa da situação perdida. Como neste caso o próprio reforçamento mantém o comportamento indesejado, sugere-se que para uma maior eficácia na manutenção da extinção dos comportamentos indesejados o papel da família é indispensável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os fatores acima exposto pode-se concluir que a participação do psicólogo em âmbito hospitalar contribuiu para amenizar o sofrimento dos usuários decorrentes da presença ou permanência nos hospitais. Com o auxílio da análise funcional do comportamento podemos investigar detalhadamente as contingências que mantém o comportamento da cliente de ser internada. Amenizar o sofrimento proporcionado pela internação no hospital ficou mais fácil investigando a função que estes comportamentos têm para a cliente. Com a mudança das contingências, podemos esperar uma mudança no comportamento, instalando um repertório mais adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, M. *Cadernos de saúde do trabalhador: A indústria do vestuário e a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras*. São Paulo, 2000.

BARROS, T. M. Psicologia e saúde: intervenção em hospital geral. In: CAMINHA, R. M. et al., *Psicologia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.239-245, 2003.

CATANIA, A. C. *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

GUILHARDI, H. J. Terapia por contingências de reforço. In: ABREU, C. N. & GUILHARDI, H. J. (Org.). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Roca, 2004.

GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v.5, n.1, p.11-19, 2003.

HUET, M. & MORAES, A. Apoio ergonômico para a região sacro-ílio-lombar na posição sentada em viagens de longa distância. *Fisioterapia Brasil*. v.3, n.5, p.291-305, 2002.

JACQUES, M. G. O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, v.19 n.spe1, p.97-116, 2007.

SKINNER, B.F. *Ciência e comportamento humano*. 10ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ZAPATER, A. R.; SILVEIRA, D. M.; VITTA, A.; PADOVANI, C. R. & SILVA, J. C. P. Postura sentada: a eficácia de um programa de educação para escolares. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.1, p.191-199, 2004.

ZARDO, E. A; MILLMAN, R. & SCAFFARO, L. A. Avaliação dos pacientes com hérnia discal foraminal tratados cirurgicamente no Hospital São Lucas no período de 1990 a 1995. *Revista Brasileira de Ortopedia*, v.33, n.5, p.413-416, 1998.