ISSN 1982-3541
2014, Vol. XVI, no. 2, 125 - 147

Revista Brasileira
de Terapia Comportamental
e Cognitiva

Dor Crônica e Terapia de Aceitação e Compromisso: um Caso Clínico

Chronic Pain and Acceptance and Commitment Therapy: a Case Report

Danielle Diniz de Sousa ✉
Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

Ana Karina C. R. de-Farias ✉✉
Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD - Gama),
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

RESUMO

A dor crônica é um fenômeno complexo que envolve múltiplos elementos biológicos, neuroquímicos, emocionais, psicossociais e socioculturais. Tal patologia traz para a pessoa que a sente perdas sociais, familiares e profissionais. O presente estudo teve como objetivo evidenciar a importância das estratégias de intervenção utilizadas pela Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no bom desenvolvimento do processo terapêutico, utilizando-se de um estudo de caso de dor crônica. Para isso, fez-se um apanhado histórico da evolução da doença em nossa civilização, conceituou-se e classificou-se o termo dor crônica, explicando-o de acordo com a Análise Comportamental Clínica. Foram realizadas 43 sessões de psicoterapia, ao longo de 1 ano e 10 meses. As análises funcionais moleculares e molares, a compreensão das contingências atuais e históricas, proporcionaram o acesso às condições estabelecedoras e mantenedoras dos padrões comportamentais da cliente que favoreciam a permanência do quadro de dor crônica. A partir dessa compreensão, intervenções terapêuticas utilizadas pela ACT foram de fundamental importância para a melhoria de qualidade de vida da cliente: promoveram a tolerância emocional e a aceitação em relação aos estados emocional e físico vivenciados por ela, assim como possibilitaram mudanças comportamentais relevantes.

Palavras-chave: dor crônica; Análise Comportamental Clínica; Terapia de Aceitação e Compromisso.

✉ danielledsousa@hotmail.com
✉✉ akdefarias@gmail.com

ABSTRACT

Chronic pain is a complex phenomenon that involves multiple biological, neurochemical, emotional, psychosocial and sociocultural elements. This pathology causes social, family and professional losses in the life of those who suffer it. The present study aimed to highlight the importance of intervention strategies used by Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in order to develop the therapeutic process, using a chronic pain case study. Therefore, a historical overview about this disease evolution in our civilization was conducted and chronic pain was conceptualized, classified and explained according to the Clinical Behavior Analysis perspective. Forty-three psychotherapy sessions were carried out in a period of 1 year and 10 months. The molecular and molar functional analysis, the understanding of historical and actual contingencies, provided access to the establishing and maintaining conditions of the patient´s behavioral patterns which enable the permanence of the chronic pain. Based on this, therapeutic interventions used by ACT were of fundamental importance to the patient quality of life improvement: they promoted emotional tolerance and acceptance in relation to the physical and emotional states experienced by the patient as well as enabled relevant behavioral changes.

Keywords: chronic pain; Clinical Behavior Analysis; Acceptance and Commitment Therapy.

A dor é provavelmente o mais primitivo sofrimento do homem, diante do qual, ao contrário do que acontece com o frio e a fome, ele fica totalmente impotente. Embora com uma conotação desagradável, acaba por exercer funções fundamentais para o organismo, como alerta ou alarme, indicando que alguma coisa não está bem, além de sinalizar um desequilíbrio no organismo que desencadeia eventos fisiológicos para restaurar a homeostase (Guimarães, 1999).

Todas as pessoas, exceto os portadores de insensibilidade congênita, sabem o que é dor e já a sentiram em algum momento de sua vida. Porém, é difícil para as pessoas descreverem a própria dor, e mais difícil ainda é conhecermos e mensurarmos a experiência de dor de outras pessoas. A dor é uma experiência individual com características únicas do organismo associada à sua história de vida e ao contexto na qual ela ocorre.

A International Association for the Study of Pain (IASP), fundada em 1973, com o objetivo de integrar as múltiplas áreas subjacentes ao estudo da dor, define dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões (...). A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências prévias, relacionadas a danos" (Mersky, 1979, *apud* Portnoi, 1999, p. 13). Nessa concepção, a dor é considerada um fenômeno multifatorial, cuja sensação e percepção variarão individualmente, de acordo com a influência de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Portnoi, 1999).

Atualmente, os estudiosos da área rejeitam uma definição tradicional da dor diretamente relacionada à natureza do tecido danificado. Possuem uma visão mais flexível, reconhecendo as características individuais e as variáveis psicossociais como mediadoras da experiência dolorosa (Guimarães, 1999).

A dor pode ser vivenciada para cada pessoa com muitas peculiaridades. Essas características podem também variar para uma mesma pessoa a cada situação dolorosa. A descrição de uma condição de dor depende de sua localização (se pontual ou difusa), qualidade (formigamento, perfuração, etc.), intensidade, frequência (ininterrupta ou episódica), natureza (orgânica ou psicogênica), etiologia (variável desencadeadora) e duração (tempo em que o episódio doloroso permanece) (Guimarães, 1999).

A classificação mais conhecida é a que se utiliza da duração da dor como referencial, podendo ser aguda ou crônica. A dor aguda tem duração relativamente curta, de minutos a algumas semanas, e decorre de lesões teciduais, processos inflamatórios ou moléstias. Ainda que conhecida e sentida em algum momento da vida por todas as pessoas, a experiência de dor aguda é um processo complexo, que não se limita à alteração dos tecidos, mas que põe em jogo toda uma série de mecanismos neurofisiológicos, hormonais e psicológicos que vão caracterizar a reação de alarme e preparar o organismo para a ação luta-fuga. Costuma ser acompanhada por alterações neurovegetativas e pode ser influenciada por fatores psicológicos, embora estes raramente tenham um papel primário na sua ocorrência. Costuma desaparecer após o tratamento correto. A resposta emocional básica do indivíduo à dor aguda, na medida em que ela representa um evento ameaçador, é a ansiedade aguda e todas as reações físicas que a acompanham (Lobato, 1992; Portnoi, 1999; Teixeira & Pimenta, 1994, *apud* Guimarães, 1999).

A dor crônica tem duração extensa, de vários meses a vários anos, e geralmente acompanha o processo da doença ou está associada a uma lesão já tratada. Complexa em termos fisiopatológicos, diagnósticos e, mais especialmente, terapêuticos, põe em cheque o conhecimento e a paciência dos profissionais envolvidos. Não poucas vezes os pacientes com dor crônica são despachados de forma sumária por seus clínicos, devido às queixas constantes de não melhoria, quaisquer que sejam os recursos terapêuticos utilizados. Com o passar do tempo, a dor torna-se o centro da vida do indivíduo e de sua família, e passa, ela mesma, a constituir-se como doença (Guimarães, 1999; Lobato, 1992).

Na sua forma crônica, a dor deixa de ter a função de alerta e frequentemente dá origem a alterações fisiológicas (distúrbios do sono, apetite), emocionais (depressão, ansiedade), comportamentais (incapacidade física, dependência de terceiros) e sociais (conflitos familiares, problemas ocupacionais). Seu diagnóstico e tratamento são mais difíceis, quando comparados à dor aguda (Portnoi, 1999).

Diversas são as teorias, de cunho fisiológico e de cunho psicológico, que estudam os processos de dor. Por se tratar de um estudo na área de Psicologia, o presente trabalho abordará as teorias de cunho psicológico, especificamente as voltadas para uma abordagem comportamental. A Análise Comportamental Clínica (ACC) é de fundamental importância para a compreensão do tema em questão, ao utilizar os pressupostos filosóficos do Behaviorismo Radical que são: determinismo, externalismo, interacionismo, contextualismo, selecionismo e monismo (Marçal, 2010; Skinner, 1953/2000).

Na natureza, um evento não ocorre ao acaso, mas em decorrência de fenômenos que aconteceram anteriormente. Desta forma, o presente pode ser explicado a partir do passado e o futuro não pode ser utilizado para explicar o presente. É desta concep-

ção sobre o mundo natural que surge o conceito de que a natureza é determinada e, como o ser humano faz parte da natureza, deve ser interpretado a partir de uma visão determinista, na qual o que determina suas ações é o ambiente, ou seja, o que é externo ao comportamento deste ser humano. Entende-se por ambiente tudo a que o organismo é sensível, ou seja, tudo que pode controlar comportamentos desse organismo, incluindo ele próprio e seus demais comportamentos. Esta concepção externalista é contrária à visão mentalista, na qual o comportamento é controlado, determinado por entidades internas ao organismo.

Comportamento é a forma pela qual os organismos interagem com o seu meio. Refere-se às atividades dos organismos que mantêm relações de contingência (dependência) com o ambiente. Os comportamentos são classificados como respondentes, quando uma resposta é eliciada por um estímulo antecedente (*e.g.*, comida na boca – evento antecedente – provoca salivação – resposta); e operantes, aqueles em que o organismo opera sobre o ambiente, modifica este ambiente e tais modificações levam, por sua vez, a modificações no comportamento subsequente (*e.g.*, falar, dirigir um carro); públicos, aqueles que outras pessoas podem observar diretamente (*e.g.*, fazer contas em um papel, chorar); privados, aqueles que podem ser diretamente percebidos e observados somente pela pessoa que se comporta (*e.g.*, sentir, pensar). Dessa forma, tanto os comportamentos públicos como os comportamentos privados são determinados e provenientes da interação do organismo com seu meio.

Tais comportamentos ocorrem dentro de um contexto e são determinados de acordo com um modelo de seleção por consequências, ou seja, certos estímulos consequentes (denominados reforçadores) fortalecem a probabilidade de ocorrência de uma classe de respostas que o produziram, enquanto que a apresentação de estímulos aversivos ou punidores suprimem essas respostas. Identificar relações entre os comportamentos dos indivíduos, seus antecedentes e consequências, é a essência da ACC. Porém, investigar somente as contingências atuais não é suficiente. Análises mais amplas, como as análises molares, são necessárias por enfatizarem o papel da história geral de vida do indivíduo como determinante da forma como se comporta atualmente (Marçal, 2005).

Vale ressaltar que o comportamento é multideterminado. Ele precisa ser explicado por meio da interação de variáveis que são filogenéticas, ontogenéticas e culturais (Marçal, 2010; Skinner, 1981/2007). As variáveis filogenéticas afetam o comportamento na medida em que fornecem padrões constantes de comportamento (instintos e padrões fixos de ações) que servem à sobrevivência e à reprodução. As variáveis ontogenéticas (história de reforço e punição) explicam a evolução do comportamento durante a vida de um indivíduo, na medida em que modelam/refinam o comportamento emitido. As variáveis culturais alteram o comportamento social de um indivíduo (Baum, 1994/1999).

Pensando em dor como um comportamento, tem-se o entendimento de que ela não acontece ao acaso, sofre influência do meio em que o organismo viveu e vive, e também o influencia. Os processos históricos da espécie (variáveis filogenéticas) respondem pelas características do organismo que foram selecionados ao longo da evolução, permitindo aos indivíduos sentirem dor ao terem contato com certas condições do ambiente. Ao longo da evolução, também foram selecionadas outras características

do organismo que permitem ao indivíduo aprender com suas experiências dolorosas particulares, sua história de vida (variáveis ontogenéticas). O relato da dor é reforçado pelas práticas culturais de um grupo (Hunziker, 2010). Assim, o conceito de dor é individual por um caminho próprio de cada pessoa e do meio sócio-cultural a que pertence. Portanto, a percepção de dor no adulto é essencialmente função das experiências que teve durante o seu desenvolvimento (Menegatti, Amorim & Avi, 2005).

Ainda é pressuposto filosófico do Behaviorismo Radical que os seres, tanto humanos como não-humanos, têm uma única natureza, que é a material. Tanto os comportamentos públicos quanto os privados ocorrem na mesma dimensão natural. Skinner afasta a metafísica, o que vai além do físico (por exemplo, a mente, a consciência), do saber científico e acaba com o dualismo mente-corpo, um problema conceitual herdado da Filosofia (Skinner, 1974/1982). Quem se comporta é o organismo e não a mente.

Nessa concepção monista, dor ou sofrimento são igualmente membros de uma grande classe de comportamentos denominados sentimentos, que têm como características comuns o fato de serem privados, ou seja, diretamente acessíveis apenas ao indivíduo que os sentem. O que sentimos são condições corporais que aprendemos a discriminar/nomear por intermédio do reforçamento da comunidade verbal (Skinner, 1989/1991). Uma comunidade verbal ensina o indivíduo a emitir uma dada resposta verbal provendo estímulos reforçadores quando esta resposta ocorre na presença de um dado estímulo discriminativo (Baum, 1994/1999; Tourinho, 2006).
Desta forma, a consciência que temos do que sentimos dentro de nós é resultado de uma construção social. Quando alguém descreve a sua dor, está descrevendo um comportamento privado e a comunidade verbal não tem acesso aos estímulos que controlam o relato. Porém, a linguagem possibilitou a pessoa a identificar e descrever muitos de seus estados orgânicos. Assim, os significados da dor são respostas aos estímulos privados, mas também produtos das contingências sociais. As explicações variam de acordo com os tipos de respostas aceitas pela comunidade verbal. Nesse contexto, a dor adquire dupla função. É considerada como respondente na medida em que está correlacionada a algum estímulo antecedente (*e.g.*, um ferimento). Porém, se o problema de dor crônica, juntamente com a pessoa que a tem, estão inseridos em um contexto, que pode ser entendido como o ambiente que oferece reforçamento contingente à dor, então, pode-se desenvolver um problema de dor operante (Martins & Vandenberghe, 2006).

Quando afetado pela dor, o indivíduo acaba sinalizando (com contrações faciais, movimentos bruscos) para sua comunidade verbal este aspecto de sua experiência privada, o que permite que possa ser socorrido quando entra em contato com estímulos danosos. Por esta razão, parte do aprendizado social se ocupa em identificar os estímulos pré-aversivos condicionados e as respostas que eles provocam, para que se tenha maior controle sobre o aparecimento e a atenuação ou eliminação da dor. Por observações públicas de eventos que produzem dores e nossas reações reflexas a eles, a comunidade verbal ensina o indivíduo a verbalizar sobre o fenômeno doloroso. Assim, o indivíduo, de forma geral, aprende a sinalizar para os outros que sente dor por meio do comportamento verbal (Wielenska & Banaco, 2010).

A comunidade verbal tem, então, um papel importante e determinante na forma como as pessoas sen-

tem e verbalizam seus comportamentos privados. Acaba por ensinar a forma como nos comportamos diante do mundo, o nosso conhecimento a respeito desse mundo e nosso conhecimento a respeito de nós mesmos, ou seja, nosso autoconhecimento. O autoconhecimento, na ACC, pode ser concebido em termos de uma discriminação de estados privados, instalada a partir do reforçamento de discriminações de eventos públicos. Corresponde, ainda, a uma discriminação de estímulos gerados pelo próprio indivíduo que se conhece, isto é, autoconhecimento é autodiscriminação (Skinner, 1974/1982; Tourinho, 2006).

É importante ressaltar que o indivíduo só se engaja em comportamentos autodiscriminativos a partir de contingências providas pela comunidade verbal. Skinner (1974/1982) cita que o autoconhecimento é apontado como requisito para que o indivíduo elabore regras que digam respeito ao próprio comportamento. A regra é um estímulo verbal antecedente que descreve/especifica as contingências. O conceito de comportamento governado por regras é utilizado para referir-se ao caso do indivíduo que, ao ser exposto a uma dada situação, já possui informações de como comportar-se a fim de obter os reforços ali disponíveis. Sendo assim, o comportamento foi estabelecido sem que o indivíduo precisasse se expor às contingências originais da situação até que seu comportamento fosse por elas modelado. São operantes verbais com múltiplas funções, podendo alterar a função de estímulos discriminativos, de operações estabelecedoras e de estímulos punidores e reforçadores (Skinner, 1969/1984).

Porém, quando o indivíduo segue uma regra, pode comportar-se de acordo com ela mesmo que as contingências sejam alteradas. Isto é, seu comportamento pode tornar-se menos sensível às alterações das contingências ambientais. O comportamento aprendido por exposição direta é, por outro lado, mais sensível às mudanças de contingências que o aprendido por regras. Assim, caso a relação entre resposta e as consequências se modifique, o comportamento governado por regras levará mais tempo para se adaptar a essa nova condição (Lowe, 1984, *apud* Tourinho, 2006). Tal insensibilidade proporciona pouca variabilidade comportamental.

Pensando em dor crônica como um comportamento operante, ou seja, sua probabilidade de ocorrência é função dos eventos que a antecedem e a seguem, pode-se falar que ter/sentir dor é uma forma de o indivíduo expressar o conhecimento que tem a respeito de si mesmo, de autodiscriminar-se, de expor sua subjetividade. Este comportamento foi reforçado ao longo de uma história de vida, a partir do momento em que a comunidade verbal lhe ensinou a se comunicar dessa maneira. A dor crônica torna-se uma parte real da condição presente do indivíduo, uma característica definidora de sua própria identidade. Queixar-se da dor acaba por ter, assim, uma função que não é a de apenas sinalizar estímulos nocivos que colocam a saúde e sobrevivência em risco. Passa a ser, também, um importante meio de obtenção ou de atenuação de situações aversivas (Wielenska & Banaco, 2010). O indivíduo passa a ter acesso a alguns ganhos que muitas vezes não são possíveis pela própria inabilidade em consegui-los.

Elaborando regras a respeito do próprio comportamento de dor, o indivíduo vivencia situações sob o controle de estímulos que lhe permitiram se comportar de uma maneira adequada em momentos anteriores. Desta forma, fica insensível às novas contingências ocasionadas pelas mudanças de con-

textos. Comportamentos que antes eram reforçados positivamente, agora são punidos ou colocados em extinção. Tal insensibilidade às contingências permite o desenvolvimento de padrões tidos como "inadequados", tais como fuga e esquiva diante de contextos que agora são aversivos.

O organismo evita uma condição aversiva quando age no sentido de reduzir qualquer indicação de perda de coisas que são reforçadoras para ele (um evento importante, pessoas significativas) (Skinner, 1953/2000). Desse modo, quando um estímulo aversivo se aproxima, qualquer comportamento que converta o estímulo em menos inofensivo será reforçado. Assim, a dor, mesmo sendo aversiva, pode ser bem sucedida por distanciar da pessoa outra estimulação ainda mais aversiva (Queiroz, 2009).

A esquiva emocional impede que a pessoa entre em contato com as contingências reais em sua vida. No contexto da dor, a experiência dolorosa é reforçada quando a pessoa abandona atividades como o trabalho, vida social e atitudes que poderiam melhorar sua qualidade de vida, tornando mais poderosos os comportamentos de dor. Estes comportamentos associados a estratégias de esquiva aumentam a probabilidade de novas respostas aversivas e dolorosas, estabelecendo uma fonte de manutenção da dor. Nesse círculo vicioso, novos papéis e significados vão sendo atribuídos à dor, diante das adversidades, dos relacionamentos e dos estressores do cotidiano. A dor se torna uma estratégia para solução de problemas, um recurso utilizado para substituir os comportamentos de tomada de decisões assertivas e, assim, o repertório sócio-verbal da pessoa fica sob controle aversivo (Martins & Vandenberghe, 2007).

As estratégias de fuga e esquiva podem ser eficazes para lidar com níveis baixos de estimulação aversiva. Porém, a utilização desta estratégia para lidar com estímulos dolorosos intensos aumenta consideravelmente os níveis de estresse e a magnitude da dor. O processo de esquiva ainda retira do indivíduo reforçadores essenciais em sua vida (Queiroz, 2009).

A dor, nas suas diferentes nuances, é um sentimento inerente à vida: pode ser minimizada, mas não excluída; pode ser benéfica, necessária à sobrevivência, mas pode também se tornar um problema. O enfrentamento dessas contingências, que pode depender de haver ou não alternativas vigentes, vai determinar a qualidade de vida dos indivíduos a elas submetidos (Hunziker, 2010).

Nesse sentido, as tentativas de solucionar os problemas são frequentemente ineficazes e geram frustração, sentimentos de invalidez, angústia, desespero, isolamento, culpa, intolerância à dor e, sobretudo, desamparo resultante da busca incessante e sem sucesso pelo controle da dor e de todos os sentimentos advindos dela. É atuando nesse contexto de tentativas de controle do que a pessoa sente que a Terapia de Aceitação e Compromisso (Acceptance and Commitment Therapy – ACT) tem um papel fundamental, pois, ao abandonar a luta contra a dor, a pessoa pode redirecionar a sua vida e abandonar tentativas improdutivas de controlá-la.

A ACT, abordagem terapêutica desenvolvida por Hayes e Wilson, em 1999, faz parte da chamada "terceira onda" na Terapia Comportamental, por dar um novo enfoque à prática clínica, trazendo uma visão contextual de eventos privados onde anteriormente dominaram tentativas diretas de controlar e modificar sentimentos e pensamentos. É

um enfoque psicoterapêutico embasado na Análise do Comportamento que tem como objetivo desenvolver comportamentos concorrentes aos comportamentos "inadequados" que são mantidos em decorrência dos contextos sócio-verbais presentes na comunidade do indivíduo, permitindo que as pessoas experienciem mais diretamente o mundo, para que o seu comportamento se torne mais flexível e as suas ações mais consistentes com os seus valores. As tentativas de controle levariam à não aceitação e esquiva de determinados sentimentos e à fusão cognitiva como forma de solucionar problemas psicológicos. A abordagem é direcionada para a (i) promoção da desfusão cognitiva; (ii) para a aceitação, que significa vivenciar eventos privados (pensamentos, sentimentos, sensações corpóreas e imagens ou sentimentos referentes à história de vida) de forma plena, isto é, com redução da esquiva experiencial; e (iii) para o aumento da tolerância emocional no contexto terapêutico. A ACT procura construir um trabalho curativo visando mudanças profundas nas táticas de vida do paciente, que estão relacionadas às melhoras em termos de remissão da dor e qualidade de vida (Dutra, 2010).

O comportamento governado por regras, segundo essa abordagem, pode favorecer o surgimento de padrões comportamentais como a esquiva experiencial. Um sujeito pode esquivar-se de situações com as quais ele nunca teve contato, mas que são verbalmente relacionadas a estímulos aversivos condicionados em sua história de aprendizagem e passam a compartilhar as funções desses. Com isso, o repertório comportamental fica empobrecido e mantido por estimulação aversiva. A esquiva experiencial ocorre quando eventos privados passam a ser alvos de controle verbal. Quando as experiências privadas são produtos de eventos aversivos, a pessoa passa a evitá-las para não entrar em contato com tais eventos (Dutra, 2010; Silva & de-Farias, 2013).

A ACT define esquiva experiencial como uma tentativa de não sentir sinais, sensações, sentimentos e pensamentos. A pessoa que aprende a evitar pensamentos negativos, emoções desagradáveis ou outros sinais privados aversivos, pode se sentir melhor em curto prazo, mas perde, ao mesmo tempo, o contato com fontes de informação valiosas sobre o que está ocorrendo em sua vida, além de não obter os benefícios do autoconhecimento advindos de emoções que sinalizam o tipo de contingência em operação (Dutra, 2010; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

No intuito de enfraquecer os padrões de esquiva experiencial, a ACT utiliza-se de metáforas, exercícios e paradoxos procurando promover a aceitação das ambiguidades e das contradições da realidade, desenvolvimento de padrões interpessoais novos, descoberta e explicação de valores. Com isso, altera-se a função dos estímulos aversivos e estabelecem-se condições que ajudem a conscientizar a pessoa de que suas emoções são produtos de contingências ambientais (Dutra, 2010; Vandenberghe, 2005).

A sociedade estabelece uma série de contextos verbais que alteram nossa compreensão e dificultam a convivência com os sentimentos. Geralmente, quando os clientes chegam à terapia, não só têm problemas, mas lutam contra eles, e acreditam que são causados por algo, que devam fazer algo para resolvê-los ou controlá-los e que tais problemas são insolúveis (Hayes, 1987).

Três aspectos do contexto sócio-verbal normal da ação humana contribuem para o estabelecimento dos fatores citados acima: o impacto do significado

literal dos eventos verbais sobre o comportamento (contexto da literalidade); a aceitação de razões verbais, dadas como explicações válidas para o comportamento individual (contexto de dar razões); o treinamento social no sentido de que um controle cognitivo e emocional pode e deveria ser atingido como meio para viver uma vida bem sucedida (contexto do controle) (Brandão, 1999).

No contexto da literalidade, as palavras ganham significados e os eventos são categorizados do ponto de vista conceitual, com base na maneira como a comunidade verbal refresca constantemente as relações entre vários estímulos. As palavras passam a significar mais coisas além daquelas a que elas se relacionam diretamente, podendo evocar comportamentos públicos e privados "inadequados", uma vez que a pessoa pode ignorar o responder com base na utilidade experimentada (Brandão, 1999; Hayes, 1987). No entanto, nesse contexto, não acontece necessariamente um processo verbal consciente. As palavras realmente se tornam as coisas às quais se referem. Assim, quando uma pessoa ouve "você é preguiçosa", o comportamento dela sob esse contexto é o de se comportar como se fosse de fato preguiçosa, e não como se apenas tivesse ouvido uma frase.

No contexto de dar razões, certos eventos explicam outros. A comunidade verbal reforça relações entre pensamentos ou sentimentos e ações, mantendo a ideia de que os eventos privados são as causas do comportamento. Sendo assim, as pessoas acabam por obter ganhos secundários por atribuírem suas mudanças comportamentais à ocorrência de comportamentos privados (Brandão, 1999; Hayes, 1987).

Já o contexto do controle é consequência dos dois primeiros contextos. Aqui se acredita que certas coisas devem mudar antes que outras possam fazê-lo. Se as ações são causadas por eventos internos, para se conseguir uma mudança de ação, é necessário, primeiro, controlar os pensamentos e sentimentos que as geram (Brandão, 1999; Hayes, 1987).

Segundo o manual escrito por Hayes e Wilson, em 1999, existem seis diferentes processos, que são as metas centrais de intervenção na ACT. A combinação desses processos pretende alcançar a flexibilidade psicológica com a quebra dos contextos citados anteriormente, ou seja, a habilidade de um ser humano consciente em experienciar por completo os resultados emocionais e cognitivos e em alterar o seu comportamento em prol de valores escolhidos.
A primeira meta consiste em estabelecer um estado de desamparo criativo. Aqui, o principal objetivo é mostrar ao cliente que, dentro do contexto no qual ele trabalha (literalidade, razão e controle), não existe uma solução. Cria-se uma nova comunidade verbal que opere dentro de um contexto diferente. Para isso, desafiam-se esses contextos, comportando-se de uma maneira que não se encaixe neles. A ACT utiliza-se do paradoxo, uma maneira rápida de afrouxar o sistema verbal com o qual a pessoa chega à terapia, a partir do momento em que coloca o cliente em uma posição insustentável (Brandão, 1999; Hayes, 1987).

Na segunda, afirma-se que o problema está nas tentativas de controlar seus pensamentos e sentimentos. O objetivo é mostrar ao cliente que a forma pela qual fomos socializados é que faz parecer que eventos privados necessitem ser controlados e que essa tentativa de controle é que se constitui no problema.
A terceira meta permite distinguir as pessoas de seu comportamento. Seu objetivo é levar o cliente a discriminar a pessoa que ele chama de EU e o proble-

ma de comportamento que o cliente quer eliminar. Separar o que a pessoa é, faz, do que ela pensa, sente (Brandão, 1999; Hayes, 1987).

Na quarta, escolhe-se e valoriza-se uma direção. O objetivo é levar o cliente a escolher mudar ações e não sentimentos, pois a ação é passível de controle, enquanto sentimentos e pensamentos não o são. Abandonar a luta é o objetivo da quinta meta. Leva-se o cliente a deixar de lutar contra seus pensamentos e sentimentos, e a aceitá-los. É importante que a pessoa vivencie as sensações, sentimentos e pensamentos dos quais se esquivava. Na sexta meta, assume-se o compromisso com a mudança. Aqui a pessoa está preparada para empreender uma ação diretiva para mudar a qualidade de sua vida. Os eventos privados são desconsiderados como justificativa para não agir (Brandão, 1999; Hayes, 1987). O alvo não é mudar os conteúdos dos problemas, mas buscar a transformação mais ampla dos contextos que os mantêm. Muito disso passa pelo jogo dialético de aceitação da vivência como ela é, e de compromisso com a mudança, de aceitação dos eventos privados aversivos e de contato intenso com as contingências (Cordova & Kohlenberg, 1994; Hayes, 2002, *apud* Vandenberghe, 2005).

Na ACT, o comportamento de dor é considerado na sua função estratégica de relacionar-se com os outros e também nos seus aspectos privados, na forma como a pessoa a usa para definir a experiência de si, dando sentido aos seus sentimentos. Para a pessoa que sofre de dor crônica, a perda de papeis sociais, familiares e profissionais pode levar a uma crise de significado da vida. A não aceitação de todo o processo está no fato de que essa dor ocorre na ausência de um dado que possa justificá-la. A inabilidade de fugir de todo esse problema desqualifica a pessoa. Tal fato é ainda mais reforçado pela comunidade verbal que ensina que a incapacidade de resolver a dor é uma falta de controle (Vandenberghe, 2005). A proposta da ACT é, então, abandonar as tentativas de controlar a dor, o que implica a necessidade de reconstruir novos contextos sócio-verbais, reconhecendo-a e aceitando-a como algo que faz parte de sua vida, descobrindo que viver com dor não implica incapacidade, que vale a pena viver mesmo com ela. O presente trabalho tem como objetivo evidenciar a importância das estratégias de intervenção da ACT no desenvolvimento do processo terapêutico, utilizando-se de um caso de dor crônica.

CASO CLÍNICO

Joana, 48 anos, casada, professora, buscou psicoterapia por prescrição da reumatologista. O diagnóstico de dor crônica foi formulado 2 anos antes de ela procurar a terapia, mas a cliente vinha consultando médicos há 5 anos, na tentativa de encontrar uma justificativa e solução para as constantes dores que sentia pelo corpo e que a impediam de desenvolver algumas de suas atividades.

Inicialmente, não relatou uma queixa específica: "estou aqui, no consultório, a pedido de minha médica e não sei como uma psicóloga poderia me ajudar, pois minhas dores são físicas, estão no meu corpo". Na primeira sessão, enfatizou, por várias vezes: "não invento as dores, realmente as sinto".

No decorrer dos atendimentos, foram identificados alguns padrões comportamentais (*e.g.*, baixo repertório para enfrentamento, fuga e esquiva de condições aversivas, busca de controle em diversas situações, necessidade de validação e aceitação por parte do outro, *déficit* de habilidades sociais, grande controle por

regras) que determinavam a manutenção de alguns comportamentos "inadequados" de Joana.

Até o momento em que o presente trabalho foi redigido, haviam sido realizadas 43 sessões de psicoterapia, com duração de 50 minutos cada, ao longo de 1 ano e 10 meses, com alguns períodos de interrupção. Em primeiro lugar, procurou-se desenvolver uma relação terapêutica intensa, pautada no acolhimento, audiência não punitiva, validação dos sentimentos apresentados, transparência e confiança. Isso foi de suma importância ao se levar em consideração que Joana vinha de um processo de privação de reforçadores sociais.

Os comportamentos da cliente estavam sob controle de reforçamento positivo, reforçamento negativo e punição. Tais contingências levavam Joana a interagir com seu meio de forma contraditória e "inadequada", pois ora recebia atenção e era isenta de algumas responsabilidades, ora recebia críticas por não desenvolver as atividades do trabalho e de casa. O comportamento queixoso em relação às dores que sentia também era punido pelas pessoas que viviam à sua volta.

O estabelecimento de vínculo de confiança foi necessário para que a cliente relatasse acontecimentos aversivos importantes em sua vida e que estavam diretamente relacionados ao quadro de dor crônica. Era necessário trabalhar a aceitação de sua condição física, a tolerância emocional em relação a seus comportamentos privados, estabelecer novos contextos sócio-verbais diferentes da literalidade, dar razões e controle, promover um estado de desfusão cognitiva, além de estabelecer estratégias para o compromisso com a mudança de comportamento.

Trabalhou-se a questão de que a dor crônica era um fato em sua vida e que provavelmente essa situação iria acompanhá-la por longos períodos. Assim, escolhas precisariam ser tomadas, apesar do custo emocional que isso lhe exigiria. Ela poderia continuar controlando sua dor e se vitimizando diante disso ou poderia aceitar sua condição física, tolerar seus sentimentos e pensamentos e procurar ter acesso a reforçadores que lhe proporcionassem uma melhor qualidade de vida. A dor poderia ser um grande limitador para a realização de suas atividades. Porém, a cliente não vivenciava uma condição frequente de dor, com crises constantes, a ponto de essa condição a impedir de realizar tais atividades.

Ferramentas como a utilização de exercícios práticos e metáforas foram essenciais, além de estabelecer um conjunto de novas contingências diferentes das vivenciadas pela cliente e enfraquecer o domínio da linguagem sobre a sua experiência. Foram feitos, ainda, questionamentos reflexivos (nos quais a terapeuta se isentou de emitir regras para a cliente) sobre a condição atual na qual a cliente vivia (relação com esposo, filhas, colegas), que consequências a dor lhe trazia, em que momento surgiu a primeira crise de dor, o que acontecia antes e depois de ter crises e como a sua forma de agir impactava as pessoas que viviam à sua volta. Essas questões favoreceram o esclarecimento dos contextos familiar, laboral, social de Joana. Além disso, questionamentos sobre a história de vida da cliente, como a dinâmica familiar de quando era criança e adolescente, como enfrentava situações que não lhe eram agradáveis, como lidava com questões como responsabilidade, exigências, aceitação por parte do outro, etc., foram importantes para o acesso às contingências em que Joana esteve inserida. Tais questionamentos tinham o objetivo de levar Joana a refletir que ela poderia viver de forma

muito enriquecedora mesmo com a dor, o que significava reavaliar todos os seus valores.

Quando se identificava que estava se esquivando de algum assunto aversivo, por meio do choro ou desvio do tema, bloqueou-se esse padrão: a terapeuta fazia perguntas de forma a não permitir a fuga. Teve-se o cuidado de não tornar o momento muito mais aversivo.

O registro de rotina, em que a cliente, por uma semana, descreveu tudo o que fazia durante manhã, tarde e noite, mostrou que ações Joana fazia no decorrer de seu dia que possibilitavam maior ou menor controle de seus comportamentos privados. Ficou claro que a cliente, desde o momento em que foi afastada de seu trabalho, deixou de ter uma rotina fixa. Passava a maior parte de seu tempo imersa em perguntas sobre as causas de seus problemas. Vivia um estado de fusão cognitiva, no qual a literalidade, o dar razões para seus problemas e o controlar tudo o que pensava e sentia faziam parte de seu contexto sócio-verbal. Além disso, esse contexto proporcionou uma privação de reforçadores sociais importantes, como o próprio afastamento do trabalho e a não participação em atividades sociais.

Utilizou-se o exercício dos quadrantes com o intuito de Joana discriminar do que ela estava realmente abrindo mão. A forma como vinha se comportando, sua maneira de ver e significar toda a situação levavam-na a uma perda de reforçadores significativos em sua vida, o que justificava crises de depressão leve. Nesta tarefa, a cliente tinha que pontuar as atividades de que gostava e fazia; não gostava e fazia; gostava e não fazia; não gostava e não fazia. Evidenciou-se o quanto a cliente, desde o diagnóstico de dor crônica, havia deixado de fazer coisas importantes para ela. A partir disso, foi possível listar as atividades prazerosas que Joana poderia realmente voltar a fazer, as quais lhe permitiriam tirar o foco da dor.

Após a identificação de padrões comportamentais relevantes (baixo repertório para enfrentamento, fuga e esquiva de condições aversivas, busca de controle em diversas situações, necessidade de validação e aceitação por parte do outro, *déficit* de habilidades sociais, forte seguimento de regras), a terapeuta modelou o comportamento verbal da cliente de modo que esta pudesse realizar análises funcionais moleculares e molares, descrevendo as relações entre os padrões, os contextos onde ocorriam, e as consequências para determinadas respostas.

Devido às características comportamentais da cliente (a saber, forte controle por regras, com predomínio do contexto da literalidade), com o objetivo de diminuir o controle dos contextos verbais, a terapeuta eximiu-se de emitir regras. Seguindo os pressupostos da ACT, o processo terapêutico caracterizou-se por um enfoque mais vivencial que analítico, mas não excluiu este último. Exercícios práticos foram bastante utilizados, juntamente com as demais ferramentas da ACT (sendo alguns deles apresentados no Quadro 3). Essas vivências permitiram que a cliente levasse para fora do ambiente terapêutico o que estava sendo trabalhado e favoreceram seu contato com as contingências naturais que determinavam e mantinham seus comportamentos.

RESULTADOS

1. Repertório e Contingências de Reforçamento Presentes no Início da Terapia

A vida da cliente girava em torno da dor crônica. Queixar-se de dor era a forma como ela se relacio-

nava com o mundo à sua volta. Joana não trabalhava desde que foi diagnosticada com a doença. Seu ambiente de trabalho era exigente, favorecendo a dedicação constante. Esta dedicação levava a bons resultados por parte da cliente que, por sua vez, contribuíam para o surgimento de novas exigências.

Em casa, assumia muitas responsabilidades e o marido e as filhas não faziam as atividades domésticas. Nas poucas relações sociais que estabelecia, era vista como a pessoa que fazia tudo "certinho". A dor crônica invalidava tudo o que as pessoas pensavam a seu respeito. Porém, obtinha ganhos como atenção e se eximir de algumas responsabilidades que vivenciava de uma forma aversiva.

O ambiente social e familiar em que Joana vivia era sinalizador constante de ameaças relacionadas ao não ser eficiente, ser improdutiva, não dar "conta do recado". Este controle aversivo estabelecia repertórios de fuga e esquiva. Supõe-se que a dor crônica fosse um exemplo desse padrão comportamental.

Joana vivia em um ambiente com privações afetivas. Recebia atenção, carinho e cuidado do marido e das filhas quando apresentava crises de dor: era levada para o hospital pelo marido, e as filhas perguntavam, com frequência, como se sentia. Passada a crise, "tudo voltava para a normalidade, cada um na sua vida própria". O marido voltava a trabalhar o dia inteiro e, em casa, envolvia-se com bebida; as filhas ocupavam-se com suas atividades. Joana voltava a sentir-se "como um zero à esquerda".

2. HISTÓRICO DA CLIENTE

Familiar. Joana foi a segunda filha de cinco filhos, sendo quatro mulheres e um homem. O pai faleceu quando ela estava com 26 anos e a mãe ainda era viva. Moraram no interior até o falecimento do pai. Era casada e tinha duas filhas (de 20 e 17 anos).

Na infância e adolescência, tinha uma relação conflituosa com sua mãe. Comportava-se para evitar punições imprevisíveis e, geralmente, incontroláveis. Não tinha carinho e atenção: "era como se eu não existisse". Mantinha um padrão de exigência consigo mesma na tentativa de agradá-la ou ter acesso a um mínimo de atenção. O pai era quem lhe dava carinho, mas ele sofria as consequências do comportamento controlador e punitivo de sua esposa. Era omisso a tudo o que ela fazia com Joana. Relatou que, desde muito pequena, era responsável pelos afazeres domésticos, pelos cuidados com o irmão mais novo e com os animais (a casa possuía um quintal grande e criavam patos, galinhas, porcos). Contava com a ajuda de uma empregada doméstica que apenas cozinhava. Os pais trabalhavam fora.

Tinha um tratamento diferenciado de seus irmãos. Dormia no menor quarto da casa, não tinha roupas tão boas, não fazia suas refeições na mesma mesa que os demais. Sua mãe a via como uma empregada, e a punia com castigos e surras, sem motivo aparente.

Possuía uma relação distante com os irmãos. Eles apenas estudavam, enquanto ela tinha uma série de outras atividades para desenvolver. Em idade escolar mais avançada, os irmãos foram estudar na capital. Os quatro irmãos fizeram faculdade; a cliente concluiu seu ensino médio, optando pelo Magistério.

Aos 15 anos, as tias revelaram que era filha adotiva e compreendeu o porquê de sua mãe se comportar de forma tão diferente com ela. Nasceu de um relacionamento extraconjugal do seu pai biológico, que

era irmão do pai adotivo. Sua mãe adotiva se recusou a adotá-la, mas o pai a quis.

Aos 24 anos, casou-se. Relatou que não estava interessada nele, mas ele insistiu tanto que acabaram iniciando o relacionamento. Joana viu uma oportunidade de sair de casa, sair do controle de sua mãe. Verbalizou que não teve orientações sobre sexo. Por este motivo, engravidou logo após o casamento.

Após o falecimento do pai, com o objetivo de conseguir algo melhor para sua família (marido desempregado e filha pequena), mudou-se sozinha para a capital. Conseguiu trabalhar como auxiliar em uma creche e, 6 meses após, já com um trabalho para o marido, trouxe-o com sua filha. Com 27 anos, teve sua segunda filha. A responsabilidade de "fazer dar certo" era imposta a ela, pois o marido não concordou, inicialmente, com sua vinda para a nova cidade.

Dez anos após a mudança, o marido começou a se envolver com bebida e relacionamentos extraconjugais (os quais ele negava). Bebia todos os dias, as filhas reclamavam da ausência do pai. A cliente afirmou que nunca teve um bom relacionamento com seu marido, não existiam conversas, somente discussões. Joana pensava em separação, porém, não possuía habilidades para tomar essa decisão. A primeira crise de dor crônica da cliente aconteceu após ter a certeza de que o marido a traía.

Com as filhas, existiam conversas abertas (sobre sexo, drogas, estudos), carinho, compreensão e acolhimento. Sua maior preocupação era em que suas filhas não sofressem o que ela sofreu.

Aos 42 anos, concluiu curso superior e, no ano seguinte, passou em um concurso público. Verbalizava serem esses, juntamente com suas filhas, seus maiores troféus.

Afetivo-sexual. Ao longo de sua história, não vivenciou contingências que lhe permitiram desenvolver um repertório adequado de habilidades sociais. Sem amigos, possuía apenas colegas com os quais mantinha relacionamentos superficiais. Teve como namorado somente seu marido.

A cliente sentia-se rejeitada e "mal olhada pelos outros" por ser filha adotiva. Comportamentos privados depreciativos e de menos-valia faziam parte de sua vida e influenciavam diretamente sua relação com os que estavam à sua volta.

Depois de casada, possuía um contato social restrito à sua família (marido e filhas) e às colegas do trabalho. Afastada desse ambiente, devido à sua condição física, passava todo o tempo em sua residência. Para Joana, a dor crônica era uma condição que a impedia de manter os contatos sociais já existentes e estabelecer novas relações. Quando a chamavam para sair, queixava-se de dores. Desta forma, acabava por ficar muito privada dessas relações e de todos os reforçadores que elas poderiam proporcionar.

Joana tinha como rotina passar o dia todo deitada (em sua cama e no sofá da sala), assistir à televisão e fazer algumas atividades domésticas no intuito de evitar a cobrança do marido e filhas. Apresentava variações no horário de dormir (entre 0h e 02 h) e, por este motivo, acordava muito tarde (por volta das 11 h). Acordava cedo (5 h) somente quando necessitava agendar alguma consulta em hospital.

Não conseguia fazer atividades físicas, o que era indicado para a melhoria de seu bem estar. Relatava

não gostar desse tipo de atividade e seu estado físico não permitia fazer caminhadas ou hidroginástica. Quando se dispunha a fazer algo nesse sentido, solicitava a ajuda de uma das filhas ou marido. No entanto, vinha às sessões de psicoterapia sozinha, de ônibus. O consultório ficava cerca de 31 Km de sua residência, e distante da parada de ônibus.

Saúde. Joana relatava não apresentar sérios problemas de saúde anteriores ao seu diagnóstico de dor crônica. No entanto, a cliente, mesmo antes do surgimento da dor crônica, apresentava comportamentos públicos e privados que indicavam depressão, baixa autoestima, culpa e vitimização.

3. ANÁLISES FUNCIONAIS MOLECULARES E MOLARES

Os Quadros 1 e 2 destacam, respectivamente, as análises funcionais moleculares e molares de alguns padrões comportamentais apresentados pela cliente no decorrer dos atendimentos. Estas análises permitiram a formulação de hipóteses apresentadas abaixo.

Quadro 1. Algumas análises funcionais moleculares dos padrões comportamentais da cliente realizadas no decorrer da psicoterapia. Ref. é sigla de reforçamento. â refere-se à baixa frequência. á refere-se à alta frequência.

Antecedentes	Respostas	Consequências			
		Ref. Positivo	Ref. Negativo	Punição	Frequência (↓ ou ↑)
Exigências dos familiares e do trabalho.	Prontifica-se a fazer as tarefas, refaz as tarefas quando acha que não ficou da forma como ela ou os outros gostariam (Autoexigência/Perfeccionismo).	Admiração e reconhecimento por fazer o correto, aceitação.	Evita frustrar as expectativas dos outros e de si mesma.	_	↑
Autorregra: "para ser boa, tenho que saber de tudo que acontece à minha volta". Pessoas próximas necessitando de ajuda.	Fazer perguntas em excesso sobre o problema apresentado e resolvê-los sem que a pessoa solicite. Ex.: levar a filha à consulta, entrar no consultório e responder às perguntas do médico (Controladora).	Domínio e controle sobr e a vida das outras pessoas. Êxito nas soluções propostas para os problemas. Reconhecimento.	Evita críticas, evita frustrar as expectativas dos outros e de si.	Críticas: apontada como uma pessoa invasiva, chata.	↑
Excessivas cobranças, situações emocionais conflituosas, convites a eventos sociais.	Frequentes queixas de dor e diz que não pode ir (Vitimização).	Atenção, cuidados.	Evita ser cobrada pelos familiares e a fazer as tarefas obrigatórias e indesejadas.	Críticas: "manha", "preguiça".	↑

4. HIPÓTESES LEVANTADAS PELO TERAPEUTA

- O elevado grau de exigência e muitas responsabilidades contribuiu para o desenvolvimento e manutenção de um repertório comportamental "inadequado". Uma verbalização de Joana mostrava o quanto ela sentia o peso desses eventos: "sempre levei o mundo nas costas";
- Os comportamentos de dor e de queixas adquiriram a função de se relacionar com o mundo e as pessoas à sua volta, aprendeu a

Quadro 2. Algumas análises funcionais molares dos padrões comportamentais da cliente realizadas no decorrer da psicoterapia.

Características comportamentais	Histórico que favorece	Condições mantenedoras	Comportamentos específicos	Onde, quando ocorre	O que mantém	Problemas
Autoexigência, Perfeccionismo	Pais exigentes, ser cobrada. Ser desqualificada pela mãe, ser criticada pelos familiares. Tratamento diferenciado em relação aos irmãos. Muitas responsabilidades em casa	Exigência de atenção aos detalhes no ambiente de trabalho e em casa. Condição diferenciada em relação aos irmãos.	Refaz e revisa os trabalhos, buscando evitar erros. Gasta tempo excessivo na elaboração das tarefas. Detalhista. Comporta-se para atender às expectativas dos outros (ser uma boa pessoa, ter um bom desempenho).	Trabalho, casa, relações sociais.	Bons desempenhos, reconhecimento, dever cumprido.	Desgasta relações, constantemente tensa, somatização (dor crônica). Desgaste emocional.
Controladora	Responsabilidades: irmãos, casa, concurso, trabalho. Modelo da mãe.	Marido, filhas e colegas de trabalho deixam tudo sob sua responsabilidade.	Exige, vigia e critica quem não faz igual a ela. Faz perguntas em excesso. Resolve problemas quando não é solicitada.	Casa, trabalho, execução de tarefas.	Melhores resultados, domínio sobre o que ocorre à sua volta, domínio sobre os outros.	Assumir além do que pode, desgaste emocional, irritabilidade.
Vitimização	A mãe a obrigava a fazer todas as atividades domésticas, estudar e cuidar dos irmãos. Tratamento diferenciado em relação aos irmãos. Filha de um relacionamento extraconjugal	Excesso de responsabilidades, não colaboração dos membros da família. Tratamento diferenciado em relação aos irmãos. Diagnóstico de dor crônica e as limitações impostas pela doença.	Queixar-se das dores, verbalizações autodepreciativas ("sou uma inútil, um zero à esquerda").	Casa, trabalho, relações sociais.	Esquivar-se das atividades que via como obrigatórias e indesejadas. Carinho, cuidado, atenção.	Desgasta relações, críticas dos familiares.

dar sentido à sua vida e a seus sentimentos por meio deles;
- A dor era também utilizada para se esquivar de experiências dolorosas, situações aversivas, como sair com marido, realizar atividades obrigatórias e indesejadas, voltar às suas atividades laborais;
- Como não se permitia expor-se a novas contingências, acabou por ter um repertório comportamental empobrecido, o que dificultava o contato com novas situações, constituindo-se um círculo vicioso;
- Os comportamentos de Joana possuíam forte controle instrucional, favorecendo pouca flexibilidade/variabilidade de comportamentos públicos e privados. Algumas de suas autorregras eram: "Quem é forte consegue controlar seu sofrimento e pensamentos negativos. Como sou filha adotiva, sou fraca e não consigo controlá-los"; e
- Permanecia em uma condição constante de não aceitação do que vivenciava, intolerância emocional em relação a seus sentimentos e um estado de fusão cognitiva.

5. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

- Permitir que a cliente acessasse as análises funcionais moleculares e molares, no intuito de proporcionar uma melhor compreensão das condições determinantes e mantenedoras de seus comportamentos públicos e privados e o que estes tinham como consequências;
- Criar uma comunidade verbal diferente da que Joana vivenciava, por meio do acesso a novas contingências estabelecidas na própria relação terapêutica e o contato com contextos sócio-verbais diferentes dos contextos da literalidade, razão e controle;
- Enfraquecer padrões de esquiva experiencial, promovendo a aceitação, tolerância emocional e a capacidade para mudança;
- Desenvolver novos repertórios comportamentais que fossem mais favoráveis;
- Promover um estado de desfusão cognitiva; e
- Proporcionar o autoconhecimento.

6. MUDANÇAS OBSERVADAS

Até a elaboração do presente estudo, Joana havia apresentado progressos consideráveis em relação ao início dos atendimentos. Era capaz de discriminar as contingências que determinavam seus padrões comportamentais. O acesso e a compreensão das análises funcionais moleculares e molares permitiram que entrasse em contato com as condições que mantinham seus comportamentos. Agora, ela compreendia que a maioria de seus comportamentos públicos e, principalmente, comportamentos privados aconteciam em decorrência do que havia vivido anteriormente e não porque ela era uma "inútil", "acomodada".

Joana ainda apresentava padrões de fuga e esquiva diante de situações aversivas relacionadas ao casamento. Porém, já compreendia que estas situações funcionavam como estímulos discriminativos para suas crises de dor crônica. Verbalizações do tipo: "Preciso organizar minha vida e me fortalecer, para me separar dele" eram presentes.

Conseguiu estabelecer um melhor padrão de assertividade, ao falar "não" diante de tarefas que sabia que não podia de fato realizar. Quando percebia que a própria dor era um padrão de fuga e esquiva, permitia-se vivenciar algumas situações, mesmo sentindo-a. Com uma frequência ainda não adequada, começou a praticar atividade física (caminhada).

Quadro 3. Etapas da ACT e mudanças observadas no comportamento da cliente (adaptado de Conte, 1999). As metáforas utilizadas podem ser consultadas, por exemplo, emDahl e Lundgren (2006), Hayes e cols. (1999), e Hayes e cols. (2012).

Etapas da ACT	Comportamentos da Cliente	Instrumentos utilizados
Desamparo criativo	• Pôde experimentar a discriminação do sentimento de dor e as respostas corporais que ele produzia; • Verificou que não tinha controle sobre seus sentimentos: eles apareciam com ou sem o seu consentimento; • Percebeu que, quanto mais tentava escapar, não sentir a dor, mais ela a sentia. Permanecer nessa tentativa apenas intensificava e mantinha o problema.	• Exercícios de autoconhecimento. Por exemplo, observar e anotar (para que pudesse refletir posteriormente) antecedentes e consequentes relacionados a respostas tidas como inadequadas, no intuito de identificar seus padrões comportamentais, o que os determinavam/mantinham; • Metáforas das nuvens no céu e do buraco.
0Controle de eventos privados como problema	• Identificou seus comportamentos de tentativa de controle dos sentimentos e os eventos ambientais que os determinavam; • Percebeu que seu problema não consistia em não conseguir se esquivar de seus sentimentos; • Percebeu que as dores que sentia eram um fato em sua vida e que não podia controlá-las	• Atividade de registro de rotina (acesso ao quanto tentava controlar, não sentir o que estava sentindo em relação aos seus problemas); • Metáfora do tigre e do polígrafo.
Eu, como contexto e comportamento	• Diferenciou o ser e fazer, do sentir e pensar. O fato de sentir e pensar não significava que ela fosse exatamente esses pensamentos e sentimentos.	• Metáfora do tabuleiro de xadrez e do computador.
Escolha da direção	• Discriminou os estímulos aos quais deveria responder para fazer as escolhas e agir; • Vivenciou a oportunidade de mudar suas ações, em vez de esperar que seus sentimentos mudassem para que, depois, as ações ocorressem; • Identificou que poderia assumir papéis diferentes dos que vinha assumindo (pessoa queixosa e com dor crônica).	• Exercício dos quadrantes; • Questionamentos a respeito de seus valores e se a maneira como vinha se comportando diante de sua vida estava equivalente a esses valores; • Metáfora do ônibus.
Abandono da luta contra os sentimentos	• Aceitou que a dor era algo que não podia ser eliminado. Em decorrência disso, sentimentos e pensamentos autodepreciativos diminuíram de frequência; • Processo ainda em andamento.	• Metáfora do monstro dentro do baú; • Questionamentos reflexivos.
Compromisso com a mudança	• Discriminou algumas contingências que determinavam seus comportamentos; • Engajou-se na prática de atividade física; • Realizou, em frequência ainda muito baixa, atividades que lhe eram prazerosas (busca por reforçadores positivos); • Processo ainda em andamento.	• Questionamentos reflexivos.

Passou a procurar mais suas amigas, das quais estava afastada há algum tempo. Contudo, ainda se comportava de modo a obter validação e aceitação por parte do outro. Frequentemente, perguntava para as amigas se estava incomodando. Estes encontros propiciaram o desenvolvimento de algumas habilidades sociais.

Uma das maiores mudanças observadas foi a decisão de retornar às suas atividades laborais. A cliente entrou com um pedido de recolocação profissional, já que a atividade de ser professora exigia que ficasse muito tempo em pé e a realização de movimentos repetitivos que poderiam piorar seu quadro de dor crônica. O pedido ainda não havia sido atendido quando da redação deste trabalho.

A utilização de estratégias da ACT mostrou-se eficiente no caso da cliente, pois a conduziu a novos contextos sócio-verbais. Eram poucos os momentos em que "levava tudo ao pé da letra", tentava justificar, dar razões e controlar seus sentimentos e pensamentos. Joana passou por um processo de aceitação de que ela e os outros podiam falhar, de que não podia ter o controle sobre tudo e todos e, principalmente, que a dor fazia parte de sua vida. Mesmo com a presença da dor, aprendeu que poderia ter uma boa qualidade de vida, a não viver em função de seu estado físico.

Algumas das mudanças apresentadas por Joana estão expostas no Quadro 3, em que se fez uma relação entre as etapas, metas estabelecidas pela ACT e os comportamentos da cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema dor crônica é complexo, com diagnóstico essencialmente clínico, dependendo apenas de exame físico. Trata-se de um processo multideterminado, sendo necessária a junção de diferentes áreas do conhecimento para a sua compreensão mais ampla. Dor crônica é frequentemente confundida com outros diagnósticos, devido ao fato de vir acompanhada de um conjunto de sintomas comuns a outras doenças.

A ACC sai à frente de outras abordagens psicoterápicas por enfatizar a funcionalidade dos sintomas e não a sua topografia, já que patologias diferentes podem ter a mesma sintomatologia. Leva em consideração o fato de os comportamentos serem multideterminados. Um quadro de dor crônica é determinado não somente por fatores atuais da vida da pessoa, mas também por fatores históricos filogenéticos (base biológica), ontogenéticos e culturais.

A ACC colabora na compreensão do tema por destacar as diferentes relações que podem ser estabelecidas entre organismo e ambiente, o que pode gerar processos de aprendizagem que se relacionam diretamente com a resposta de dor (Hunziker, 2010). A interação com o meio se dá a partir do significado que o organismo dá ao mundo e a si mesmo (Baum, 1994/1999; Skinner, 1989/1991; Tourinho, 2006). Dependendo da relação de contingência que se estabelece entre antecedente-resposta-consequente, a dor acaba por adquirir funções tais como: estratégia de se relacionar com os outros, dar sentido à sua vida, sentir-se aceita, obter carinho, resolver problemas, além de se eximir de várias responsabilidades.

A dor crônica de Joana adquiriu as funções expostas acima. A cliente apresentava dificuldades que iam além das relações interpessoais. Tarefas antes simples e rotineiras podiam levá-la a um estado de exaustão. Esta experiência era inaceitável para a

cliente e incompreensível para as pessoas que estavam à sua volta. O prejuízo funcional advindo desta situação eliciava a sensação de invalidez/inadequação. Ganhos secundários, como obtenção de cuidados e isenção de algumas responsabilidades, reforçavam a queixa de dor. Como apontado por Martins e Vandenberghe (2007), isto é o suficiente para se estabelecer uma fonte de manutenção da dor, ou seja, um círculo vicioso.

O acesso às contingências vigentes na história de vida da cliente foram possíveis devido às análises funcionais moleculares e molares. Marçal (2005) aponta que tão importante quanto conhecer a história da espécie para compreender a sua formação biológica, e conhecer a história da humanidade ou das práticas culturais para compreender porque as sociedades são assim constituídas, é também essencial conhecer nossa história de vida para sabermos porque somos do jeito que somos. Isso nos remete a alguns dos pressupostos filosóficos do Behaviorismo Radical, quando se fala que todo comportamento é determinado, acontece em um contexto e depende da interação com o meio em que ocorre (Baum, 1994/1999; Marçal, 2010; Skinner, 1953/2000).

As análises funcionais molares permitiram compreender contingências que estiveram presentes na sua vida. Por meio das análises funcionais moleculares, foi possível o acesso às principais consequências das respostas emitidas por Joana. Aqui, cabe uma hipótese a ser investigada em atendimentos futuros: os comportamentos de Joana eram realmente punidos? Esta dúvida foi gerada por se perceber que, mesmo recebendo muitas críticas (o que, em princípio, é considerado como punição), suas respostas se mantinham em alta frequência. As críticas das pessoas que estavam à sua volta não seriam consideradas reforçamento positivo por proporcionarem a Joana o acesso à atenção do outro? Vale lembrar que, ao longo de toda a sua vida, Joana esteve muito privada de reforçadores afetivos.

Seus comportamentos de dor foram determinados por contingências passadas e atuais. Em sua história, estiveram presentes padrões estressores e punitivos, negligência e abuso moral na infância, relações coercitivas, conflitos e sobrecarga familiares, grandes responsabilidades impostas. Alguns dos padrões comportamentais apresentados pela cliente, como a vitimização, possivelmente já faziam parte de seu repertório comportamental. Tais padrões podem ter iniciado uma cascata de eventos que exacerbariam a sensibilidade a condições aversivas no longo prazo, contribuindo para efeitos persistentes e negativos sobre a saúde física e emocional da cliente.

As contingências às quais a cliente estava exposta favoreceram o estabelecimento de padrões como forte controle por regras, o que lhe trouxe insensibilidade às contingências e pouca variabilidade comportamental; déficits nas habilidades sociais e baixo repertório de enfrentamento; esquiva emocional diante de situações aversivas; não equivalência entre seus valores e sua forma de se comportar; não aceitação de tudo que vivia e intolerância emocional aos seus comportamentos privados. Estes fatores contribuíram para que Joana vivenciasse contextos sócio-verbais pautados pela literalidade (“levava tudo ao pé da letra”), dar razões (eventos internos eram usados como justificativas de seus comportamentos) e controle (tentava controlar os eventos internos que acreditava serem a causa de seus comportamentos). Havia um estado de fusão cognitiva, ou seja, acreditava que o que ela era, seu significado como pessoa, era exatamente o que ela pensava sobre si e o que

os outros verbalizavam sobre ela. A dor crônica não era algo que fazia parte da vida de Joana, mas era ela própria. Desta forma, instalou-se um contexto favorável para a aplicação dos conceitos e das ferramentas de trabalho da ACT, o que proporcionou uma boa intervenção terapêutica, favorecendo melhor qualidade de vida para a cliente.

Porém, observou-se que um baixo repertório verbal e de autoconhecimento prejudicaram a utilização da ACT como abordagem no início do processo terapêutico. A cliente apresentava dificuldades em entender as ferramentas utilizadas. As metáforas eram compreendidas de forma literal, não eram feitas associações entre o que era apresentado e as relações contingenciais que determinavam e mantinham seus comportamentos. Esses fatores tornaram ainda mais relevante a aplicação de vivências e exercícios práticos, assim como o cuidado com a utilização de intervenções verbais. As dificuldades foram trabalhadas na própria relação terapêutica, a cliente acessou os objetivos da terapia e o que eles significavam, e a ACT passou a ter uma maior aplicabilidade.

Sentimentos são efeitos colaterais de contingências e não podem ser controlados. A dor não é algo que tem que ser controlada para se poder viver, mas um motivo para mudar algumas opções fundamentais na vida, de superar certas limitações e de enfrentar de maneira criativa os desafios da interação com o seu universo (Vandenberghe, 2005).

Para haver mudança, é preciso a aceitação, ou seja, a redução de respostas de esquiva. A recontextualização pode resultar em oportunidades de crescimento e compreensão. Aceitar a dor e sentimentos aversivos pode aumentar a capacidade de agir. A vivência direta e intensa dos eventos privados pode redirecionar a vida da pessoa. Quando esta deixa de investir tudo na luta contra a dor, a atenção se volta para outras variáveis como parte do problema. Assim, é possível redefinir outras fontes de estimulação para a retomada da vida (Vandenberghe, 2005).

Com as intervenções terapêuticas, Joana vem entrando em contato consigo mesma e com sua história de vida. Compreendeu que mudanças comportamentais que favoreçam uma melhor qualidade de vida somente acontecerão se desconstruir contextos sócio-verbais que mantêm seus problemas. Joana ainda continua em atendimento terapêutico, com vistas a desenvolver repertório comportamental de enfrentamento de situações aversivas e de contato com contingências reforçadoras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baum, W. B. (1994/1999). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura* (M. T. A. Silva, M. A. Matos & G. Y. Tomanari, trad.). Porto Alegre: Artmed.

Brandão, M. Z. S. (1999). Abordagem contextual na clínica psicológica: Revisão da ACT e proposta de atendimento. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva: Da reflexão à diversidade na aplicação* (pp. 149-155). Santo André: ESETec.

Dahl, J. & Lundgren, T. (2006). Acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of chronic pain. Em R. A. Baer (Org.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 285-306). San Diego: Elsevier Academic Press.

Dutra, A. (2010). Esquiva Experiencial na Relação Terapêutica. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 201-214). Porto Alegre: Artmed.

Guimarães, S. S. (1999). Introdução ao Estudo da Dor. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Dor: Um Estudo Multidisciplinar* (pp. 13-30). São Paulo: Summus Editorial.

Hayes, S. C. (1987). A Contextual aproach to therapeutic change. Em N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Grilford Press.

Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de Aceitação e Compromisso: Modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, X,* 81-104.

Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, *40*(7), 976–1002.

Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nova York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy*: *The process and practice of mindful change* (2ª ed.). New York: Guilford Press

Hunziker, M. H. L. (2010). Comportamento de dor: Análise funcional e alguns dados experimentais. *Temas em Psicologia, 18,* 327-333.

Lobato, O. (1992). O problema da dor. Em J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática Hoje* (pp. 165-177). Porto Alegre: Artmed.

Marçal, J. V. de S. (2005). Refazendo a História de Vida: Quando as contingências passadas sinalizam a forma de intervenção clinica atual. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 15. Expondo a variabilidade* (pp. 258-273). Santo André: ESETec.

Marçal, J. V. de S. (2010). Behaviorismo Radical e Prática Clínica. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 30-48). Porto Alegre: Artmed.

Martins, M. A., & Vandenberghe, L. (2006). Psicoterapia no Tratamento da Fibromialgia: Mesclando FAP e ACT. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 18. Expondo a variabilidade* (pp. 238-248). Santo André: ESETec.

Martins, M. A., & Vandenberghe, L. (2007). Intervenção Psicológica em Portadores de Fibromialgia. *Revista Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica, 8*, 1103-1112.

Menegatti, C. L., Amorim, C., & Avi, G. D. S. (2005). Abordagem comportamental à queixa de dor. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 15. Expondo a variabilidade* (pp. 169-174). Santo André: ESETec.

Portnoi, A. G. (1999). *Dor, Stress e Coping: Grupos Operativos em Doentes com Síndrome de Fibromialgia.* Tese de Doutorado não publicada. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Queiroz, M. A. M. (2009). *Psicoterapia comportamental e fibromialgia: Alvos para intervenção psicológica.* Santo André: ESETec.

Rachlin, H. (2010). Dor e Comportamento. *Temas em Psicologia, 18,* 429-447.

Silva, J. L. & de-Farias, A. K. C. R. (2013). *Análises funcionais molares associadas à Terapia de Aceitação e Compromisso em um caso de transtorno obsessivo-compulsivo*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 15, 37-56.

Skinner, B. F. (1953/2000). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes.

Skinner, B. F. (1969/1984). *Contingências de reforço* (R. Moreno, trad.). São Paulo: Abril Cultural.

Skinner, B. F. (1974/1982). *Sobre o Behaviorismo* (M. da P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix/EDUSP.

Skinner, B. F. (1981/2007). Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, IX,* 129-137.

Skinner, B. F. (1989/1991). *Questões recentes na análise comportamental* (M. da P. Villalobos, trad.). Campinas: Papirus.

Tourinho, E. Z. (2006). *O autoconhecimento na Psicologia Comportamental de B. F. Skinner.* Santo André: ESETec.

Vandenberghe, L. (2005). Abordagens Comportamentais para a Dor Crônica. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18*, 47-54.

Wielenska, R. C., & Banaco, R. A. (2010). Síndrome da Fadiga Crônica: A perspectiva Analítico-Comportamental de um caso clínico. *Temas em Psicologia, 18*, 415-424.

Zilio, D. (2011). Algumas considerações sobre a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e o problema dos valores. *Revista Perspectivas, 2*, 159-165.

Recebido em 3 de abril de 2013
Enviado para revisão em 3 de outubro de 2013
Aceito em 19 de novembro de 2013