

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO
E DA APRENDIZAGEM

GABRIELA RIZZO PEROSI

**DIMENSÕES SOCIAIS DA PSICOPATOLOGIA: UM ESTUDO
SOBRE A INFLUÊNCIA DE PRÁTICAS CULTURAIS**

BAURU
2019

GABRIELA RIZZO PEROSI

**DIMENSÕES SOCIAIS DA PSICOPATOLOGIA: UM ESTUDO
SOBRE A INFLUÊNCIA DE PRÁTICAS CULTURAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem da Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho” – Campus de Bauru/SP, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Kester Carrara.

BAURU

2019

Perossi, Gabriela Rizzo.

Dimensões sociais da psicopatologia: um estudo sobre a influência de práticas culturais / Gabriela Rizzo Perossi, 2019
118 p.

Orientador: Kester Carrara

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2019

1. Análise do Comportamento. 2. Psicopatologia. 3. Práticas culturais. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de GABRIELA RIZZO PEROSI, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 26 dias do mês de fevereiro do ano de 2019, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro da Seção Técnica de Pós-graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Prof. Dr. KESTER CARRARA - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof. Dr. JAN LUIZ LEONARDI do(a) Mestrado Profissional em Análise do Comportamento / Paradigma - Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, Prof^a Dr^a ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de GABRIELA RIZZO PEROSI, intitulada **Dimensões sociais da psicopatologia: um estudo sobre a influência de práticas culturais**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Prof. Dr. KESTER CARRARA

Prof. Dr. JAN LUIZ LEONARDI

(participação por telefone)

Prof^a Dr^a ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA

AGRADECIMENTOS

“A educação é aquilo que sobrevive depois que tudo
o que aprendemos foi esquecido”
B. F. Skinner

É com um misto de sensações que chego ao final do mestrado. Apesar de todos os percalços, fica a doçura ao regressar a “casa” que me acolheu na graduação, ensinando-me muito mais do que conhecimentos acadêmicos. Retornar sob a orientação do professor Kester, que acompanhou meus primeiros passos em iniciação científica, com um tema de pesquisa ao qual dedico minha atuação profissional e tenho tanto carinho foi gratificante.

Agradeço ao Kester pela orientação sempre gentil e precisa, pela competência e respeito com que conduziu este processo. Gratidão pela confiança em minha capacidade e por ter permitido minha autonomia como pesquisadora.

Ao Jan Leonardi e Alessandra Turini Bolsoni-Silva, profissionais que admiro e respeito, por aceitarem o convite para banca, compartilharem seus conhecimentos e reflexões.

À Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Campus de Bauru por ter oportunizado um ambiente para aprendizado, pesquisa e encontros desde minha formação como psicóloga ao mestrado.

Ao meu companheiro de vida, André, que a UNESP me apresentou, por seu cuidado e amor em todos esses anos, por me ajudar a ser uma pessoa melhor e apoiar incondicionalmente meus sonhos.

Aos meus pais e familiares por entenderem as ausências e por tudo que fizeram por mim em todos esses anos.

Aos meus clientes da clínica e do Ambulatório de Saúde Mental, que, ao dividirem seu sofrimento comigo, impeliram-me a questionar e estudar o adoecimento.

Aos colegas do GEPEDEC pelas sugestões e apontamentos.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente estiveram presentes neste momento.

em mim
eu vejo
o outro
e outro
enfim dezenas
trens passando
vagões cheios de gente centenas

o outro
que há em mim é você
você
e você

assim como
eu estou em você
eu estou nele
em nós
e só quando
estamos em nós
estamos em paz
mesmo que estejamos a sós

Paulo Leminsk

RESUMO

Os atendimentos e as estratégias tradicionalmente empregados na área da saúde parecem não ser suficientes para tratamento de forma adequada e efetiva dos sintomas. Neste sentido, dois aspectos chamam atenção: a limitação da perspectiva da doença enquanto uma patologia com base biológica e a centralidade do sujeito na explicação sobre o comportamento. Apenas a explicação biológica não parece ser suficiente para elucidação das “doenças mentais” e mesmo daquelas consideradas orgânicas, como patologias de pele, diabetes, hipertensão, cujos hábitos e experiências podem atenuar ou agravar os sintomas. Por outro lado, apesar de os determinantes sociais serem notados no plano aplicado, pouco se tem feito na área de saúde direcionado a esse aspecto e as propostas interventivas centram-se no nível individual, com frequência em uma perspectiva mentalista. Diante deste quadro, compreender a dimensão social da doença mental é de fundamental importância para a mudança de paradigma. Isto posto, compreendemos como objetivo interpretar, sob a perspectiva da análise comportamental da cultura, a influência de práticas culturais quanto à constituição e manutenção das psicopatologias. Com base nos pressupostos analítico-comportamentais na área da cultura e em dimensões aplicadas da atuação profissional na área da saúde mental, fundamentamos este estudo teórico na seleção, análise e interpretação de textos psicológicos. Discutimos a visão tradicional a respeito dos transtornos psiquiátricos, apontando as limitações explicativas da visão mentalista e patologizante acerca do comportamento inadequado considerado anormal ou atípico. Ademais, explicitamos a compreensão da Análise do Comportamento a respeito das psicopatologias, compreendendo-as como um fenômeno comportamental controlado funcionalmente por variáveis ambientais, selecionado e mantido por variáveis filogenéticas, ontogenéticas e culturais. Em uma perspectiva selecionista do comportamento, a dimensão cultural foi foco de análise, sendo repertórios comportamentais classificados como psicopatológicos e relacionados a práticas comportamentais em situação de grupo. Nesse sentido, contrapomo-nos ao entendimento da psicopatologia como produto de aspectos ou instâncias imateriais e consideramos que grande parte do comportamento é controlada pelo ambiente essencialmente

social. A título de elucidação e compreensão da influência das práticas culturais como variáveis influentes no comportamento psicopatológico, procedemos à descrição e análise de algumas contingências da cultura ocidental possivelmente relacionadas às psicopatologias, dentre elas práticas culturais individualistas, práticas culturais que promovem o enfraquecimento de contingências naturais e práticas culturais coercitivas. Por fim, ponderamos que as análises realizadas não almejam abarcar todo o fenômeno e prover soluções ao complexo comportamento classificado como psicopatológico, mas se apresentam como discussões preliminares para compreensão da dimensão cultural e planejamento de ações em saúde que considerem medidas direcionadas a grupos e não apenas a indivíduos.

Palavras-chave: análise do comportamento; behaviorismo radical; análise comportamental da cultura; psicopatologia; práticas culturais.

ABSTRACT

The therapies and strategies traditionally employed in health care are not enough to treat symptoms of adequate and effective manner. In this sense, two aspects call attention: the limitation of the perspective of the disease as a biologically based pathology and the centrality of the subject in the explanation about the behavior. Only a biological explanation does not seem to be sufficient for elucidation of "mental illness" and even those considered organic, such as skin diseases, diabetes, hypertension, whose habits and experiences may mitigate or aggravate the symptoms. On the other hand, although the social determinants are seen in the applied plan, little has been done in the area of health directed to this aspect and the interventional proposals focus on the individual level, often in a mentalist perspective. In this context, understanding the social dimension of mental illness is of fundamental importance for paradigm change. That said, we understand as objective interpreting, from the perspective of behavioral analysis of culture, the influence of cultural practices as the establishment and maintenance of psychopathology. Based on the analytical-behavioral concepts in the area of culture and on the dimensions of professional activity in the area of mental health, we are based this theoretical study in the selection, analysis and interpretation of psychological texts. We discuss the traditional view regarding psychiatric disorders, indicating explanatory limitations of the mentalistic and pathological view about the inappropriate behavior considered abnormal or atypical. In addition, we explain the understanding of Behavior Analysis regarding psychopathologies, understanding them as a behavioral phenomenon functionally controlled by environmental variables, selected and maintained by phylogenetic, ontogenetic and cultural variables. In a selective perspective of behavior, the cultural dimension was the focus of analysis, being behavioral repertoires classified as psychopathological and related to behavioral practices in a group situation. In this sense, we oppose understanding of psychopathology as a product of immaterial aspects or instances and we consider that much of the behavior is controlled by the essentially social environment. In order to elucidate and understand the influence of cultural practices as influential variables in psychopathological behavior, we proceed to the description and analysis of some contingencies of western culture possibly related to psychopathologies, among them

individualistic cultural practices, cultural practices that promote the weakening of natural and coercive cultural practices. Finally, we ponder the analysis did not aim to cover the whole phenomenon and provide solutions to complex behavior classified as psychopathology, but are presented as preliminary discussions to understanding the cultural dimension and planning of health actions what consider activities aimed at groups and not just to individuals.

Keywords: behavior analysis; radical behaviorism; behavior analysis of culture; psychopathology; cultural practices.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEE - Atendimento Educacional Especializado

APA – Associação Psiquiátrica Americana

CFE - com histórico de fracasso escolar

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM – Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FAP – Terapia Analítica-Funcional

OMS – Organização Mundial da Saúde

PICT – Procedimento de Interpretação Conceitual de Texto

SFE - sem histórico de fracasso escolar

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TAC – Terapia Analítico-Comportamental

TPB – Transtorno de Personalidade Borderline

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1. MÉTODO.....	23
1.1 Procedimento de seleção e análise	26
2. COMPREENDENDO A DOENÇA MENTAL.....	31
2.1 Modelo médico acerca da doença mental	34
2.2 Modelo quase médico acerca da doença mental.....	43
2.3 Modelo behaviorista radical acerca da doença mental	47
3. A PERSPECTIVA DA ANÁLISE COMPORTAMENTAL DA CULTURA ACERCA DO ADOECIMENTO PSICOLÓGICO.....	58
4. PRÁTICAS CULTURAIS ADOECEDORAS	71
4.1 Práticas culturais individualistas	72
4.2 Práticas culturais que promovem o enfraquecimento de contingências naturais.....	83
4.3 Práticas culturais coercitivas.....	91
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS.....	107

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Há séculos, filósofos, escritores e artistas têm se dedicado à reflexão e expressão do sofrimento humano, enquanto a Psicologia, mais recente e especificamente a Psicologia Clínica, ao estudo, análise e intervenção com pessoas em sofrimento. Vivenciarmos sentimentos desagradáveis, como tristeza, raiva, medo, desesperança é um aspecto pertencente à nossa condição humana, o que não necessariamente requer intervenções clínicas. No entanto, a depender da frequência, intensidade e prejuízo de determinados comportamentos torna-se necessário o acompanhamento psicoterapêutico e/ou psiquiátrico para melhora da qualidade de vida.

Em uma análise preliminar e genérica, podemos ficar tentados a dizer que a clínica e a cultura constituem áreas ou instâncias de estudo absolutamente distintas. A primeira dedica-se à análise e intervenção direcionadas a um sujeito, isto é, ao comportamento em particular. O objeto de estudo, nesse caso, são as relações imediatas da pessoa com o ambiente em que está inserido, cuja finalidade central consiste em “ensinar aos indivíduos a aquisição e manutenção de comportamentos mais adaptativos, buscando promover seu bem-estar e o da sociedade” (DONADONE, 2015, p.107). A segunda instância, em contrapartida – o estudo da cultura – implica a compreensão de um conjunto de comportamentos coordenados de diferentes sujeitos, caracterizando-se como uma macroanálise e tendo como foco de estudo, de modo amplificado e genérico, o bem-estar social por via das práticas culturais.

Apesar de a Psicologia Clínica dedicar-se fundamentalmente ao estudo e intervenção do comportamento em particular, podemos relacionar o mal-estar psicológico, que é predominantemente o motivo de procura por psicoterapia, às variáveis culturais. Em períodos históricos diferentes, estão presentes contingências menos ou mais favoráveis à emissão de comportamentos que produzem reforçadores positivos e, conseqüentemente, ao predomínio de sentimentos de bem ou mal-estar, evidenciando a necessidade de uma perspectiva de análise cultural acerca dos fenômenos do adoecimento psicológico.

A saúde mental é temática relevante no campo da saúde por estar intimamente relacionada ao bem-estar humano. Morrison-Valfre (2009) considera

que ser uma pessoa mentalmente saudável envolve adaptar-se a mudanças, resolver problemas, realizar competentemente as atividades do cotidiano, estabelecer metas e aproveitar a vida. Em outras palavras, como aponta a autora, a saúde mental é entendida como “a habilidade de enfrentar e adaptar-se a recorrentes tensões da vida de uma forma aceitável” (MORRISON-VALFRE, 2009, p. 1), sendo a doença mental caracterizada mediante a incompetência para lidar com a vida diária, a alteração de realidade e o prejuízo do julgamento.

A forma de existir do ser humano no mundo, as relações que tem estabelecido com os outros, o estilo de vida na modernidade parecem contribuir para o aparecimento de problemas de ordem emocional de maneira cada vez mais frequente. Entretanto, para Bandelow e Michaelis (2015), uma análise confiável do aumento nas taxas de prevalência torna-se difícil devido à ausência de dados consistentes antes dos sistemas classificatórios terem sido introduzidos. Adicionalmente, a mudança das classes e critérios diagnósticos que ocorreram no percurso histórico dos manuais diagnósticos, como a reclassificação dos transtornos de ansiedade e a introdução do transtorno de pânico como um novo diagnóstico na década de 1980, também dificulta uma análise fidedigna e comparativa com os dados históricos.

Estudos epidemiológicos apontam que milhões de pessoas em todo o mundo possuem algum tipo de transtorno mental; no entanto, os recursos direcionados a essa área não são suficientes se considerada a magnitude dos problemas resultantes desses distúrbios (MENEZES, 1996). Esta magnitude pode ser relacionada à elevada frequência, alto custo social e econômico, redução da qualidade de vida e incapacitação e, apesar destes importantes impactos, os transtornos mentais foram subestimados durante muito tempo devido à avaliação considerar primordialmente os índices de mortalidade, que são pequenos comparativamente a outras patologias (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Dentre as principais demandas de adoecimento mental, que se destacam devido à alta prevalência na população, estão a depressão e a ansiedade. Grande parcela dos pacientes que procuram as unidades de saúde apresenta queixas de sintomas ansiosos e depressivos, sejam independentes ou comórbidos, mesmo que não diagnosticados com o transtorno psiquiátrico de acordo com os critérios dos manuais de classificação. Frequentemente, esse mal-estar psicológico acarreta

agravos à saúde mental, isto é, prejuízos da funcionalidade do sujeito na sua vida cotidiana, podendo ocorrer uma interferência significativa nas atividades de trabalho, de lazer e nos relacionamentos interpessoais.

A depressão, cuja incidência é 1,5 a 3 vezes maior em mulheres do que em homens a partir da adolescência (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014), é entendida como um “padrão complexo de comportamentos, envolvendo operantes e respondentes” (WIELENSKA, 2015, p.57). Na Classificação Internacional de Doenças (CID 10), é descrita como um transtorno de humor marcado com regularidade por humor deprimido, redução da energia, perda do interesse e prazer, em que podem estar presentes diminuição da concentração e atenção, alterações de sono e apetite, ideias de culpa e inutilidade, visão pessimista do futuro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Adicionalmente, no transtorno depressivo, o humor triste, vazio ou irritável está frequentemente associado a mudanças cognitivas e somáticas, as quais alteram de forma significativa a funcionalidade do indivíduo (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014), sendo ainda associada à piora da qualidade de vida (BAPTISTA et al., 2012; BERBER; KUPEK; BERBER, 2005; FLECK et al., 2002; LOPEZ et al., 2011; TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005) e ao suicídio, visto que 60% das pessoas que atentaram contra a própria vida apresentam sintomas depressivos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006).

Os transtornos do humor tendem a ser recorrentes, ou seja, é frequente a repetição de episódios, cuja probabilidade de incidência aumenta em função do número de eventos anteriores, sendo que, nas depressões unipolares, os episódios tendem a recorrer em 75% a 80% dos pacientes (LAFER, 1996). Ademais, sua ocorrência é comórbida a patologias clínicas crônicas, como cardiopatias, neoplasias, dor crônica, doenças endocrinológicas, renais e neurológicas. Além de maior morbimortalidade, essa associação entre depressão e doenças clínicas é marcada por piores evoluções, adesão e qualidade de vida (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Do ponto de vista da Análise do Comportamento, apesar de a tristeza ter sido selecionada filogeneticamente por seu valor de sobrevivência, na depressão este sentimento ocorre em alta frequência e longa duração (WIELENSKA, 2015), apresentando prejuízos funcionais ao indivíduo e à sociedade, tais como danos nas

relações sociais, no trabalho, na qualidade de vida, nos gastos em saúde (LÔBO; VILARINHO-REZENDE; ALENCAR, 2015; WIELENSKA, 2015). De maneira geral, a característica mais proeminente é a redução da frequência de comportamentos positivamente reforçados concomitantemente com o aumento de comportamentos de fuga e esquiva de estímulos aversivos (FERSTER, 1973).

Sob este viés, a depressão é entendida como “padrões de resposta adquiridos e mantidos sob determinadas contingências e que produzem prejuízos em diversos aspectos da vida do sujeito” (LÔBO; VILARINHO-REZENDE; ALENCAR, 2015, p.80). É considerada um fenômeno complexo e multifacetado e se constitui como “um padrão de interação com o ambiente e, como produto de seleção [...] deve ser compreendida a partir da análise das contingências que a mantêm.” (CAVALCANTE, 1997, p. 6).

De acordo com Dougher e Hackbert (2003), a depressão pode estar relacionada à baixa densidade de reforço, extinção, história de punição prolongada e reforço do comportamento de angústia. Ocorre a presença de respostas respondentes condicionadas eliciadas pelos processos de reforço insuficiente, extinção e punição, comumente identificados em pessoas com depressão, como desespero, tristeza, frustração, cólera. As variáveis que produzem baixa taxa de resposta e estados afetivos típicos deste quadro podem potencializar ou minimizar contingências, assumindo funções de operações estabelecedoras e supressoras, respectivamente.

Wielenska (2015) associa depressão à exposição a contingências aversivas (intensas e breves ou moderadas e longas) de indivíduos suscetíveis biologicamente e/ou com déficits de repertório. A deficiência comportamental relatada pela autora diz respeito à incompetência do sujeito em manipular contingências aversivas ou ainda conseguir acesso a reforçadores. Além disso, destaca o aumento da frequência de respostas de fuga e esquiva da estimulação aversiva e diminuição da ocorrência de respostas que produziram reforçadores positivos.

Em face desta proposta de análise, não se constitui como um fenômeno que acomete o indivíduo, no sentido de uma doença que origina as respostas classificadas como depressivas. Efetivamente, falamos em contingências “depressoras”, isto é, que selecionam e mantêm o que intitulamos de sintomas depressivos. A análise deste transtorno é realizada preponderantemente pelas

contingências ambientais (HUNZIKER, 1997), em que ocorre a especificação das contingências “depressoras” para compreensão das variações comportamentais identificadas em pessoas diagnosticadas como depressivas (ABREU, 2006).

Outra importante demanda que ganha destaque na área da saúde são os transtornos de ansiedade. Genericamente, a ansiedade pode ser entendida como uma reação do organismo frente a possíveis ameaças que o sujeito não pode controlar, defender-se ou fugir (SALLES; LÖHR, 2005) e não implica necessariamente em prejuízo. Por vezes, pode ser benéfica para a existência humana com função motivadora para o engajamento em determinadas tarefas (ANGELOTTI; FORTES, 2006); no entanto, segundo Zamignani e Banaco (2005), torna-se uma queixa clínica, isto é, um transtorno de ansiedade

(1) quando implica em um comprometimento ocupacional do indivíduo, impedindo o andamento de suas atividades profissionais, sociais e acadêmicas, (2) quando envolve um grau de sofrimento considerado pelo indivíduo como significativo e (3) quando as respostas de evitação e eliminação ocuparem um tempo considerável do dia. (ZAMIGNANI; BANACO, 2005, p. 78-79).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 5ª Edição, os transtornos de ansiedade apresentam traços de medo e ansiedade excessivos ou com duração superior ao esperado para determinado estágio do desenvolvimento, caracterizados, respectivamente, pela “resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida [...] sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga” (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014, p. 189) e pela antecipação de ameaça futura, “frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva” (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014, p. 189).

Apesar da tendência à comorbidade dos transtornos de ansiedade entre si (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014), algumas características possibilitam a diferenciação diagnóstica. São elas: o tipo do evento aversivo (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2015; ZAMIGNANI; BANACO; 2005), isto é, o objeto ou situação que gera o sintoma ansioso; o tipo de resposta de

fuga/esquiva (ZAMIGNANI; BANACO; 2005) e o conteúdo dos pensamentos ou crenças associados (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2015).

Segundo Bandelow e Michaelis (2015), apesar de estudos prospectivos apontarem a cronicidade dos transtornos de ansiedade à medida que normalmente duram longos períodos, eles tendem a atingir o auge na meia-idade e a reduzirem na idade avançada.

Na perspectiva analítico-comportamental, a ansiedade, não necessariamente a psicopatológica, é composta por “dois componentes básicos: os respondentes (taquicardia, sudorese etc.) e os operantes motores (correr, colocar as mãos na cabeça etc.) e verbais (rezar, pensar no pior etc.)” (HESSEL; BORLOTTI; HAYDU, 2011, p. 285). Nos transtornos de ansiedade, predomina um padrão comportamental de esquiva fóbica, em outras palavras, de respostas que extingam, amenizem ou adiam eventos aversivos (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Em revisão da conceituação e da concepção teórica da Análise do Comportamento a respeito do uso do vocábulo ‘ansiedade’, Coêlho e Tourinho (2008) consideram que o termo faz referência “a componentes fisiológicos, condicionamento operante e respondente, direto e indireto, não verbal e verbal, além de relações com operações estabelecedoras e a terapia verbal” (p. 172). Entre as várias definições encontradas nos estudos analisados, os autores apontam a confluência da importância do estímulo (pré-aversivo), que sinaliza a ocorrência do estímulo aversivo e elicia respostas fisiológicas, ou seja, dos componentes respondentes da ansiedade.

No que diz respeito ao contexto cultural, Angelotti e Fortes (2006) apontam que os transtornos de ansiedade podem estar relacionados às complexas contingências presentes nas sociedades modernas, as quais produzem sujeitos com dificuldade em manter a calma e esperar, tornando a antecipação, a preocupação e o medo relativos aos eventos da vida patológicos à medida que causam sofrimento e trazem prejuízos sociais e afetivos.

Do ponto de vista comportamentalista, a ansiedade e a depressão podem ser definidas como uma rede de relações entrelaçadas, ou ainda, fenômenos comportamentais com diferentes graus de complexidade distribuídos em um continuum e que podem ser interpretadas em uma perspectiva analítico-

comportamental por meio da identificação de elementos respondentes e operantes verbais ou não verbais (FERREIRA et al., 2010).

Gonçalves et al. (2014) estudaram a prevalência de ansiedade, depressão e transtornos mentais comuns – caracterizados por sintomas de irritabilidade, insônia, dificuldade em se concentrar, fadiga e queixas somáticas (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002) que não preenchem critérios diagnósticos para depressão e ansiedade (GONÇALVES et al., 2014) – nas cidades brasileiras de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Fortaleza, identificando associações com características sócio-demográficas em pacientes da atenção primária de saúde, no caso, da Estratégia de Saúde da Família. Constataram alta prevalência de transtornos mentais comuns, depressão e ansiedade em todas as cidades estudadas, com diferenças significativas entre Porto Alegre e Fortaleza (64,3% e 57,7%, respectivamente) em comparação com o Rio de Janeiro (51,9%). Ademais, a morbidade psiquiátrica foi maior para mulheres, desempregados, pessoas com menos anos de estudo e menor renda. Os autores avaliaram que a prevalência de problemas de saúde mental é elevada na atenção primária, principalmente de transtornos mentais comuns nos países de baixa e média renda, com prevalência particularmente alta no Brasil.

Em estudo de revisão sistemática de literatura, Santos e Siqueira (2010) verificaram os índices de prevalência de transtornos mentais na população adulta brasileira. Identificaram que os transtornos de ansiedade, de humor e os somatoformes são mais prevalentes em mulheres, enquanto os transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa em homens. Nos estudos avaliados, variáveis relativas às condições socioeconômicas (desemprego, escolaridade, estado civil), de habitação e de trabalho, assim como o gênero, foram consideradas como possíveis determinantes em elevados índices de transtornos mentais.

As variáveis relacionadas ao adoecimento mental identificadas por Gonçalves et al. (2014) e Santos e Siqueira (2010) dizem respeito às características sociodemográficas, isto é, às variáveis distais. Todavia, Matos (1983) considera que apenas a identificação correlacional deste tipo de variável parece não ser suficiente para compreensão e predição do comportamento estudado, visto que diz respeito a medidas distais, globalizantes e estruturais, sendo indicada pela autora a análise de variáveis mais proximais e dinâmicas do ambiente, cujos dados biológicos e

ambientais sejam considerados como condição antecedente em uma análise funcional.

Neste sentido, em uma perspectiva de interpretação despretensiosa e em certa medida limitada de variáveis proximais, os aspectos levantados por Gonçalves et al. (2014) e Santos e Siqueira (2010) trazem hipóteses de aspectos filogenéticos, ontogenéticos e culturais que poderiam estar relacionados à prevalência dos transtornos analisados. Poderíamos considerar, a título de exemplo, em uma análise da variável gênero, que tanto as características filogenéticas selecionadas na evolução da espécie quanto as diferentes contingências sociais a que homens e mulheres vivenciam, tanto em termos da história pessoal como de práticas culturais, poderiam ser associadas ao adoecimento.

Na contemporaneidade, a apropriação de funções que eram anteriormente atribuídas aos homens, como o trabalho remunerado fora do ambiente familiar para compor ou ser a única fonte de renda, associada à manutenção da responsabilidade de cuidado dos filhos e do lar ainda sob sua quase que exclusiva responsabilidade, bem como as regras sociais sobre ser uma boa mãe e dona de casa são possíveis variáveis intervenientes na maior prevalência de mulheres deprimidas, ansiosas e com sintomas psicossomáticos.

Por outro lado, as questões relacionadas à renda, como a arrecadação financeira familiar, o desemprego e a classificação econômica do país de residência associadas a maior prevalência de transtornos mentais parecem sinalizar que, em uma cultura centrada no capital e na aquisição de bens de consumo, a restrição do ganho financeiro acarreta menor acesso a reforçadores primários e secundários e, conseqüentemente, ao adoecimento.

Outro aspecto relevante do adoecimento mental refere-se ao suicídio e tentativas suicidas. Segundo o relatório de prevenção ao suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014), estima-se que ocorreram 804.000 mortes autoprovocadas em todo o mundo no ano de 2012. No entanto, os valores podem ser superiores em razão de o suicídio ser um assunto delicado e ilegal em alguns países; portanto, provavelmente, sub-relatado ou classificado de maneira equivocada, como, por exemplo, uma morte por acidente ou outro motivo.

Em números absolutos, os três primeiros países com maior número de mortes por suicídio foram Índia (258.075), China (120.730) e Estados Unidos (43.361),

respectivamente. O Brasil ficou em oitavo lugar com o total de 11.821 mortes. Quanto aos índices de mortes autoprovocadas relacionadas à variável renda, 23,9% ocorreram em países com alta renda e 75,5% com baixa e média renda. Destaca-se também que, além da prevalência, as características e os métodos de suicídio variam significativamente entre comunidades, em diferentes grupos demográficos e ao longo do tempo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

No Brasil no que diz respeito a dados da violência autoprovocada (autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio), as notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) apresentaram um aumento considerável no período de 2011 a 2016, sendo 14.940 identificadas em 2011 e 45.468 no ano de 2016 (BRASIL, 2017a). Apesar da obrigatoriedade deste tipo de notificação e não apenas do suicídio propriamente dito, a realidade dos serviços de saúde está longe das diretrizes e normas oficiais, as quais requerem por meio da Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014, a notificação compulsória de violência doméstica, sexual, tentativa de suicídio e outras formas nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional. Casos de tentativas de suicídios, autoagressões e automutilações são frequentemente não relatados, tanto no que diz respeito à primeira tentativa como em tentativas recorrentes (BRASIL, 2014).

Dentre as diferentes populações, informações acerca das tentativas suicidas em universitários têm sido destacadas nos meios midiáticos e, portanto, serão brevemente apresentadas. Apenas no curso de medicina da Universidade de São Paulo, de janeiro a setembro de 2017 foram identificadas seis tentativas suicidas (DAMASCENO, 2017) e quatro casos de suicídio entre maio e junho de 2018 (VIEIRA, 2018). Nos cinco anos anteriores a 2017, ocorreram 22 tentativas de suicídio na Universidade Federal de São Carlos e cerca de 11% dos estudantes trancaram a matrícula devido a questões de ordem psicológica no mesmo ano na Universidade Federal do ABC (CAMBRICOLI; TOLEDO, 2017).

Os universitários estão expostos a demandas específicas que exigem determinados repertórios comportamentais para um desenvolvimento saudável. A entrada na graduação faz emergir diferentes experiências, algumas as quais o estudante não foi preparado. Na literatura, queixas comportamentais e sintomas psicopatológicos foram foco de estudos com universitários (BOLSONI-SILVA;

GUERRA, 2014; BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2014, 2016; RIBEIRO; BOLSONI-SILVA, 2011; OSSE; COSTA, 2011). Segundo Guerra e Bolsoni-Silva (2014), as diferentes demandas exigidas neste contexto, dentre elas habilidades acadêmicas e interpessoais, podem “agravar problemas de saúde mental já existentes ou podem aumentar a probabilidade de ocorrerem” (p. 430).

Em estudo com estudantes universitários que buscaram atendimento psicológico, Ribeiro e Bolsoni-Silva (2011) identificaram e caracterizaram as dificuldades e potencialidades interpessoais presentes na graduação. De maneira geral, os universitários apresentaram déficit de habilidades sociais com diferentes interlocutores, seja na faculdade e trabalho, namoro, amizade e família. Dentre as dificuldades identificadas, destacam-se os sintomas ansiosos diante de exposição em público, evitação de um relacionamento afetivo, baixa assertividade ou brigas com amigos, familiares e parceiro afetivo.

De acordo com dados do 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade de 2017, no período de 2012 a 2016, os transtornos mentais e comportamentais¹ foram considerados a segunda causa para concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, isto é, de incapacidade para o trabalho, sendo 60% da concessão por adoecimento mental devido a episódios depressivos, transtorno depressivo recorrente e transtornos ansiosos (BRASIL, 2017b).

Em consonância com este breve panorama nacional sobre o adoecimento mental, a escolha e pertinência da temática deste estudo tem relação, em parte, com a atuação no contexto clínico no serviço público de saúde, tanto no sentido preventivo como de tratamento do adoecimento mental. Com o advento da modernidade, as mudanças econômicas, políticas e sociais que interferiram no modo de viver dos seres humanos em sociedade trouxeram repercussões na área de cuidado. Ao mesmo tempo em que os importantes avanços tecnológicos e científicos aumentaram a expectativa e a qualidade de vida da população, o adoecimento psicológico e seus impactos na vida das pessoas têm assumido contornos antes nunca vistos.

Rotineiramente, nas unidades básicas e serviços especializados, deparamo-nos com demandas que sobrepujam a ideia de saúde como uma desordem orgânica do indivíduo independentemente da formação profissional. A preponderância de

¹ Classificação utilizada no 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade.

certas queixas em determinados contextos sociais e demandas específicas em determinados períodos de tempo parecem sinalizar a importância do contexto cultural na saúde.

Um exemplo ilustrativo de tal quadro, baseado em um exame introdutório e sem maiores pretensões, seria a prevalência de tentativas de suicídio e sintomas depressivos em idosos. Independentemente da história ontogenética de cada sujeito, a ocorrência repetida de casos parece indicar os determinantes culturais como parte da explicação de tais comportamentos. Em uma sociedade que comportamentos de produtividade e a atuação no trabalho têm alto valor reforçador, a perda da funcionalidade e, conseqüentemente, de reforçadores importantes; a aposentadoria da atividade laboral com frequência combinada com a redução do aporte financeiro; o aumento dos gastos com saúde e a abordagem e cuidado do idoso, em uma análise preliminar, poderiam ser levantadas como hipóteses de contingências sociais explicativas na área de Análise Comportamental da Cultura.

Ao colocarmos em pauta a ótica cultural acerca dessas demandas, não pretendemos prescindir da abordagem psicoterapêutica direcionada ao sujeito único. Inequivocamente, uma interpretação analítico-comportamental de um caso clínico exigiria a análise funcional pormenorizada para compreensão, planejamento e intervenção. Contudo, a recorrência de queixas análogas entre os usuários dos serviços de saúde sinaliza a possibilidade da presença de algumas relações que superam as idiosincrasias.

Evidentemente, não esperamos que a área da saúde seja capaz de lidar com todas as variáveis. Contudo, esses apontamentos sugestionam a necessidade de planejamento de ações que excedam os limites dos consultórios e a centralidade de explicações e intervenções focadas no indivíduo. Além do contexto psicoterapêutico, o adoecimento mental é temática importante em outras áreas de atuação do psicólogo, como educação, assistência social e organizações no que diz respeito, principalmente, à prevenção do adoecimento e promoção de saúde mental.

No contexto educacional, a falta de manejo adequado de problemas de comportamento e a escassez de propostas preventivas sobrecarregam os serviços especializados e de saúde para tratamento das demandas apresentadas. Congruente com esse panorama, Guerra et al. (2015), em estudo a respeito da demanda encaminhada ao Atendimento Educacional Especializado (AEE) destinado

a alunos com deficiências, altas habilidades e transtornos globais do desenvolvimento para favorecer o processo de ensino e aprendizagem desta população em escolas comuns, constaram uma incompatibilidade com o proposto pela legislação, visto que a maior parcela dos encaminhamentos foram de crianças sem deficiência, sendo que 69% das queixas apresentadas referiram-se a problemas de comportamento externalizantes, como desatenção/dificuldade de concentração; problema em seguir regra, agressividade, agitação, entre outros.

Com base nesses registros da literatura científica da área e nos pressupostos e princípios do comportamentalismo, delineamos a hipótese deste estudo que conjectura que a “doença mental”, cuja pertinência do termo discutiremos mais adiante, é determinada parcialmente por contingências sociais, pois consideramos que

o cenário explicativo geral do comportamento nas suas relações com o ambiente compreende uma integração entre as instâncias filogenéticas, ontogenéticas e culturais, mediada por seleção pelas consequências como norte explicativo da evolução no sentido ampliado desse termo. (CARRARA, 2016, p. 247).

Isto posto, o sofrimento humano, mais especificamente, a “doença mental” enquanto um fenômeno cultural constitui-se como objeto de estudo desta dissertação. Compreendemos como objetivo geral interpretar, sob a perspectiva da análise comportamental da cultura, a influência de práticas culturais quanto à constituição e manutenção das psicopatologias.

1 MÉTODO

Perante a necessidade de analisarmos os contextos em que vivemos para compreendermos o próprio comportamento humano, o entendimento de práticas do grupo que interferem na saúde de seus integrantes pode trazer luz a problemas humanos que acarretam importantes prejuízos funcionais, financeiros e ao bem-estar das pessoas. Inserido no contexto analítico-comportamental, o presente estudo tem como enfoque a dimensão cultural do comportamento humano categorizado como psicopatológico, tendo como referência o modelo de seleção por

consequências e a multideterminação do comportamento pela relação entre os âmbitos filogenético, ontogenético e cultural.

Trata-se de uma pesquisa teórica, entendida como uma investigação e interpretação de teorias e conceitos psicológicos (LAURENTI; LOPES; ARAÚJO, 2016), por se tratar do estudo das relações entre práticas culturais e o adoecimento mental, tendo a Análise do Comportamento como subsídio conceitual para esquadramento e interpretação do tema.

Quanto às finalidades em termos da construção de conhecimento sobre o comportamento, podemos intitulá-la reflexiva, que segundo Andery (2010) caracteriza-se pela reflexão sobre a própria Análise do Comportamento e seu desenvolvimento, cujo dado é o próprio conhecimento produzido por esta comunidade verbal. Note-se, no entanto, que além do exame de textos diversos, este estudo também trará, em alguma medida, reflexões decorrentes da experiência da autora com a área clínica² em função de seu trabalho na área de saúde mental como psicóloga.

De maneira geral, os estudos teóricos têm sido preteridos na psicologia comparativamente às pesquisas básicas e aplicadas, a despeito das confusões e problemas teórico-conceituais. No entanto, investigar teorias e conceitos dá visibilidade aos problemas desta natureza, colabora com o desenvolvimento das teorias psicológicas, visto que possibilita corrigi-las e aprimorá-las, além de contribuir com um posicionamento menos dogmático, oferecendo material para uma análise crítica e evitando a propagação de erros.

Frequentemente, a ciência ostenta a neutralidade e a imparcialidade como características valorativas e, às vezes, normativas para a atuação do cientista. A ciência contemporânea trouxe para discussão o paradigma da neutralidade científica, entendido por Laurenti (2014) como “a ideia de que a ciência, mediante a adoção de métodos e técnicas especializados, é capaz de produzir conhecimento objetivo, isento da interferência de qualquer tipo de valor particular, sejam eles pessoais, sociais, econômicos ou políticos” (p.13).

Entretanto, consideramos que estudos conceituais e teóricos englobam em certa medida o autor enquanto uma variável relevante para o produto final da

² A autora atua, profissionalmente, no contexto de saúde pública, como psicóloga em Ambulatório de Saúde Mental no interior do estado de São Paulo.

pesquisa, o que coloca em discussão a imparcialidade muitas vezes exigida e promulgada no paradigma científico moderno. Ao propormos uma interpretação analítico-comportamental de contingências sociais associadas à doença mental, não podemos preterir que a atuação do cientista e os resultados de suas pesquisas são produtos de contingências culturais. Tal como os demais comportamentos, o fazer ciência resulta de contingências individuais e culturais de um grupo específico em determinado momento histórico (HUNZIKER, 2016).

Deste modo, ponderamos que a pesquisa científica, ou melhor, o ato de pesquisar é produto de uma comunidade verbal que envolve o próprio pesquisador e, como todo comportamento está sob controle do momento histórico, da comunidade científica e de variáveis ambientais do cientista, como reforçamento (natural ou social) do comportamento de pesquisar e história de aprendizagem. Por este ângulo, o conhecimento científico não se constitui como uma verdade inquestionável e a ciência pode ser compreendida como uma prática cultural definida como a “repetição de comportamento operante análogo entre indivíduos de uma dada geração e entre gerações de indivíduos” (GLENN, 1991, p. 60), cuja produção de consequências ocorre para várias pessoas do grupo (CARRARA, 2008).

Skinner (2006) discute a questão da verdade na ciência, apontando a relação entre uma lei científica e inúmeros aspectos relacionados, que incluem o repertório do cientista, contextos passado e atual, efeitos sobre os ouvintes, fontes do comportamento do falante, entre outros. Em consonância com esse pensamento, o olhar sobre os eventos e objetos do mundo está sob controle de outras variáveis que não apenas a imagem receptada e decodificada pela retina. As aprendizagens e histórias pregressas do sujeito interferem na observação humana, assim como a cultura e seus conhecimentos e expectativas sobre o observado (ABIB, 1997). Deste modo, podemos avaliar que o comportamento do observador e suas interpretações sobre o que é visto estão intimamente relacionados ao pesquisador e, conseqüentemente, à comunidade e aos contextos histórico e social.

Contudo, a crítica à imparcialidade possibilita-nos olhar a complexidade do ato de pesquisar, que está sujeito a diferentes determinações, superando frequentemente o controle do ambiente de laboratório. Nos fenômenos humanos complexos, a discussão a respeito do controle e interferência de variáveis do pesquisador torna-se ainda mais destacada. Além disso, entender a pesquisa

científica do ponto de vista da complexidade de fatores intervenientes é em certa medida considerar a própria complexidade dos fenômenos humanos.

Neste estudo, além dos determinantes que aludem ao contexto científico, podemos considerar que a exposição às contingências de atuação profissional como psicóloga no âmbito da saúde pública, mais especificamente, a observação de queixas clínicas que poderiam ser relacionadas a variáveis culturais, podem ser caracterizadas como contexto antecedente para o comportamento de pesquisar a relação entre doenças mentais e práticas culturais.

Apesar de questionarmos a imparcialidade e manifestarmos aspectos pessoais pertinentes à escolha da temática, consideramos que a sistematização metodológica e a interpretação do objeto de estudo com base nos conceitos teórico-filosóficos da Análise do Comportamento, bem como a descrição de contingências do comportamento científico enquanto foco de análise, posicionando o lugar de fala do pesquisador, estabelecem essa pesquisa como científica. Afinal, consideramos que cientificidade não implica a desconsideração de variáveis pessoais, mas em procedimentos estruturados e delineados fundamentados em princípios teóricos e filosóficos consistentes.

Ademais, destacamos que essa proposta de análise não pretende abarcar todo o fenômeno da influência cultural na constituição de quadros psicopatológicos devido à sua dimensão e complexidade. Qualifica-se como um recorte, em que definimos e analisamos a relação entre contingências culturais e o adoecimento psicológico, sem a presunção ficcional de propor soluções definitivas aos complexos problemas humanos.

No entanto, a análise dos determinantes culturais nas doenças mentais sublinha a complexidade do fenômeno em contraposição às teorias e intervenções que reduzem à dimensão fisiológica ou de personalidade, por exemplo. Além do mais, o exame desta temática cria condições para repensarmos as estratégias utilizadas para prevenção e tratamento das psicopatologias, sinalizando a necessidade de exploração de medidas voltadas a grupos.

1.1 Procedimento de seleção e análise

Inserido na perspectiva teórica e, conseqüentemente, metodológica de Carrara (2016), Carrara e Zilio (2015) e Zilio (2016), que consideram os princípios básicos analítico-comportamentais suficientes para compreensão dos fenômenos culturais, este estudo foi norteado pela interpretação da psicopatologia enquanto comportamentos selecionados e mantidos por contingências sociais.

Em uma perspectiva parcimoniosa, entendemos que a descrição é necessária e suficiente para compreensão das práticas culturais nas psicopatologias. Isto não implica pejorativamente em uma simplificação dos fenômenos sociais, mas em uma concepção de que são, em última análise, comportamentos de indivíduos em grupo, os quais são entrelaçados e selecionados pelas conseqüências em um dado ambiente histórico e contextualizado.

Entretanto, anterior à análise da perspectiva cultural nas doenças mentais, bem como à explicitação de práticas culturais associadas ao adoecimento, consideramos necessários esclarecimentos no tocante à elucidação e posicionamento teórico-filosófico da Análise do Comportamento a respeito das psicopatologias. Explicitar a compreensão da perspectiva analítico-comportamental desses fenômenos, além de circunscrever conceitualmente a doença mental nessa perspectiva teórica, possivelmente fornece diretrizes à análise da determinação de variáveis culturais nas “doenças mentais”, na medida em que apenas diante de um modelo explicativo que considera fatores sociais como determinantes do comportamento, inclusive aquele intitulado tradicionalmente de psicopatológico, poderíamos conjecturar uma análise (comportamental) da cultura.

Para corresponder a tais expectativas e diante da consideração de que o estudo da cultura é o exame das contingências sociais, mais especificamente, das relações entre os comportamentos e o ambiente social ao longo do tempo (FERNANDES; CARRARA; ZILIO, 2017), nossa proposta de interpretação, entendida como “uma leitura do fenômeno por meio das ferramentas dispostas por uma determinada teoria” (FERNANDES, 2015), da influência de práticas culturais no adoecimento psicológico foi fundamentada na operacionalização de contingências no contexto da cultura que possivelmente estariam associadas às doenças mentais, tendo como referencial a sugestão e descrição de modelo metodológico proposto por Laurenti e Lopes (2016) a respeito dos procedimentos de interpretação para pesquisas conceituais em Psicologia.

Depois de efetuada a seleção de textos, Laurenti e Lopes (2016) propõem o Procedimento de Interpretação Conceitual de Texto (PICT) para pesquisas cujo objeto de estudo é o texto psicológico, destacando que

[...] diferentemente do que acontece com muitas pesquisas empíricas, a descrição de procedimentos metodológicos em pesquisa conceitual não tem a função de garantir a reprodutibilidade dos resultados. Trata-se, isto sim, de mostrar a maneira como uma proposta de interpretação foi construída, o itinerário interpretativo, abrindo a possibilidade de críticas que apontem falhas nesse processo, que, se corrigidas, culminariam em uma interpretação alternativa. (LAURENTI; LOPES, 2016, p. 55).

O PICT é dividido em quatro etapas. De maneira resumida, a primeira faz menção à listagem e definição de conceitos fundamentais, no que diz respeito ao problema de pesquisa, com base no texto analisado. Na segunda etapa, é realizada a caracterização das considerações do autor sobre a temática do texto entre: teses tradicionais (proposições apontadas e que serão criticadas pelo autor); críticas (asserções problemáticas das teses tradicionais) e teses alternativas (proposições substitutivas sugeridas pelo autor). Com o objetivo de visualizar a estrutura argumentativa do texto, a terceira etapa é definida pela elaboração de esquemas representativos das teses tradicionais e alternativas, além das críticas identificadas na etapa anterior. Por fim, a última fase é caracterizada pela elaboração de texto interpretativo com base nas etapas anteriores (LAURENTI; LOPES, 2016).

Baseada na estruturação metodológica proposta Laurenti e Lopes (2016) e tendo como referência este estudo teórico de cunho interpretativo sobre a relação entre fenômenos culturais e adoecimento mental foi delineado o modelo metodológico. Ressaltamos que nossa proposta de procedimentos de interpretação constitui-se como uma adaptação metodológica e não uma reprodução literal dos procedimentos adotados pelos autores.

Para fins didáticos e elucidativos, podemos dividir o método empregado em três etapas: 1) identificação e seleção de referências bibliográficas; 2) discriminação das acepções teóricas a respeito da temática desta dissertação e 3) organização de uma síntese interpretativa.

De maneira preliminar e necessária à análise, na primeira etapa realizamos a identificação e a seleção de materiais bibliográficos que subsidiaram a análise interpretativa da dimensão social do adoecimento psicológico. O acesso aos

conteúdos científicos foi realizado por meio da busca de referências bibliográficas em biblioteca, repositórios de produções textuais online e base de dados, como a disponibilizada para consulta no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) situado no endereço eletrônico <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>.

O levantamento bibliográfico foi realizado de acordo com os descritores apresentados no Quadro 1, organizados, didaticamente, de acordo com a temática explorada na síntese interpretativa. Alguns termos aparecem em mais de uma categoria por serem palavras-chave utilizadas para se referir a temas presentes em distintos momentos desta dissertação devido à importância no esquadramento da dimensão social da psicopatologia.

Quadro 1 – Descritores utilizados no levantamento bibliográfico e temas relacionados.

Temática abordada	Descritores
Compreendendo a doença mental	Psicopatologia; transtornos mentais; transtornos psiquiátricos; doença mental; modelo médico; modelo quase médico; análise do comportamento; manuais diagnósticos; Classificação Internacional de Doenças (CID); Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM); mentalismo.
Perspectiva da análise comportamental da cultura acerca do adoecimento psicológico	Análise comportamental da cultura; práticas culturais; comportamento social; cultura; metacontingência; psicopatologia; transtornos mentais; transtornos psiquiátricos; doença mental; prevenção.
Práticas culturais adoecedoras	Práticas culturais; pré-modernidade; modernidade; pós-modernidade; individualismo; práticas coercitivas; coerção; controle coercitivo; psicopatologia; transtornos mentais; transtornos psiquiátricos; doença mental.

Como sugerem Laurenti e Lopes (2016), o levantamento e seleção de fontes estiveram sob controle do problema de pesquisa e da avaliação do pesquisador sobre a pertinência das informações encontradas para atingir o objetivo do estudo. De maneira geral, como critério de inclusão, selecionamos produções textuais que versavam sobre práticas culturais, adoecimento psicológico, psicopatologia, Análise Comportamental da Cultura e saúde mental e que foram identificadas em artigos e livros com representatividade na área e fontes citadas nos textos consultados,

sempre privilegiando fontes primárias e tendo como escopo a influência de práticas culturais nas doenças mentais. Ademais, foi considerado critério para exclusão a não pertinência temática com o objeto de estudo, ou seja, materiais científicos que não discorressem acerca dos descritores pesquisados.

Diante disso, o procedimento de leitura e análise da conformidade das produções textuais quanto à proposição desta pesquisa foi realizado, preliminarmente, por meio da análise do título. Posteriormente, seguíamos ao exame do resumo e, caso se adequasse à temática, era realizada a leitura integral do texto. A título de exemplo, consideremos a interpretação analítico-comportamental acerca da doença mental. Mediante a busca de materiais com descritores relacionados a este assunto, como psicopatologia and análise do comportamento, eram excluídos textos que no título não apresentavam qualquer familiaridade temática. Em seguida, o mesmo era feito no resumo e texto completo, respectivamente.

Na consulta direta a base de dados, deparamo-nos com dificuldades em encontrar artigos científicos adequados ao objetivo do estudo. Para superar tal limitação metodológica, uma parcela significativa de materiais foi selecionada a partir de citações identificadas nos materiais encontrados. Assim, ante uma referência que teria possivelmente relevância ao estudo, procedíamos à busca ativa, seguida do mesmo procedimento de leitura utilizado na busca inicial.

É importante destacar que a consulta e o levantamento de obras relacionadas à temática, apesar de na fase inicial do processo de pesquisa caracterizar-se como principal atividade do pesquisador em contexto de estudo teórico, foi realizada durante todo o transcorrer do estudo à medida que se detectou a necessidade de complementação e ampliação das discussões realizadas.

Na segunda etapa, inicialmente, os conteúdos de interesse selecionados nos materiais foram destacados nos textos originais e descritos e interpretados em um arquivo original. Foram selecionadas teses tradicionais relacionadas à psicopatologia, que inclui a ótica médica e psicológica acerca dos transtornos mentais, em uma perspectiva patologizante, mentalista e centrada no indivíduo. Adicionalmente, consideramos as críticas da literatura analítico-comportamental a respeito das teses tradicionais e, por fim, as teses alternativas a respeito da psicopatologia tendo como referência a Análise do Comportamento, mais

especificamente, a dimensão cultural na determinação de sintomas psicopatológicos.

A terceira etapa foi caracterizada pela síntese interpretativa (Figura 1), produto da sistematização dos resultados com base na identificação das teses encontradas na segunda etapa, tendo como referência o arcabouço teórico analítico-comportamental para discussão e interpretação da temática. Neste trabalho, este processo referiu-se à interpretação da influência das contingências culturais na constituição e manutenção de quadros psicopatológicos e envolveu todo o processo de redação desta dissertação. A síntese interpretativa da rede de conceitos e teses estudadas foi apresentada em três principais seções. O primeiro diz respeito à compreensão da doença mental de acordo com o modelo médico, modelo quase médico e behaviorista radical. Em seguida, procedemos à análise do adoecimento sob a égide da ótica cultural e, por fim, identificamos e analisamos algumas práticas culturais deletérias da sociedade ocidental contemporânea possivelmente relacionadas ao sofrimento psicológico com base no percurso teórico desenvolvido durante toda a dissertação.

2 COMPREENDENDO A DOENÇA MENTAL

Atualmente, os serviços de saúde são cada vez mais procurados por pessoas com queixas relacionadas ao sofrimento psicológico, como tristeza, ansiedade e sintomas somáticos. Apesar das diferentes e importantes demandas, a sobrecarga de pessoas que buscam os serviços de saúde e os poucos recursos financeiros e de pessoal no Sistema Único de Saúde (SUS) caracterizam o panorama da saúde pública no Brasil. As filas de espera e o longo tempo para atendimento psicológico e psiquiátrico, assim como para avaliação e acompanhamento médicos nas unidades básicas, tornaram-se obstáculos ao acolhimento rápido e de qualidade da população.

Frequentemente, esse mal-estar psicológico acarreta agravos à saúde mental, isto é, prejuízos da funcionalidade do sujeito na sua vida cotidiana, em que ocorre uma interferência significativa nas atividades de trabalho, de lazer e nos

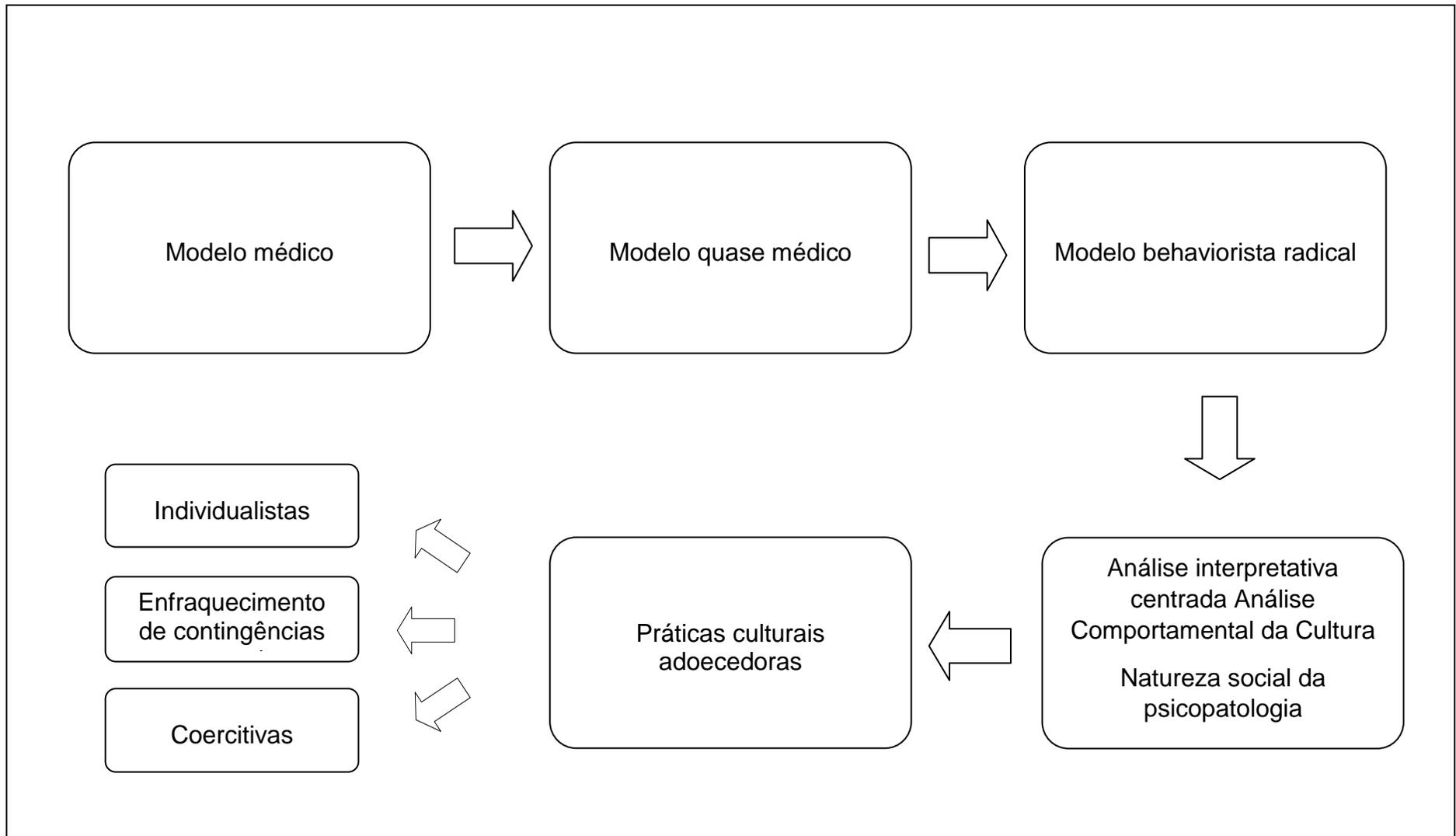


Figura 1 – Fluxograma da síntese interpretativa da análise da dimensão social da psicopatologia fundamentada na Análise Comportamental da Cultura.

relacionamentos interpessoais. A visão ocidental do sofrimento psíquico, caracterizado como doença mental, é naturalizada como objeto de intervenção das ciências médicas e “psi” com quadros nosológicos bem definidos (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

A Psicologia e a Psiquiatria dedicam-se ao estudo e intervenção com pessoas em sofrimento, sendo, mais especificamente, a psicopatologia a área dedicada aos fenômenos relacionados ao sofrimento “mental”. O termo ‘psicopatologia’ é composto pelas palavras gregas ‘psychê’, ‘pathos’ e ‘logos’, que significam, respectivamente e de maneira sintética, psiquismo (ou alma), patológico e conhecimento, resultando em um discurso sobre o sofrimento psíquico (CECCARELLI, 2005). Dessarte, como aponta Dalgalarondo (2008)

A psicopatologia, em acepção mais ampla, pode ser definida como o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano. É um conhecimento que se esforça por ser sistemático, elucidativo e desmistificante. Como conhecimento que visa ser científico, não inclui critérios de valor, nem aceita dogmas ou verdades a priori. (p. 27).

O predomínio de psicólogos e médicos na área de saúde mental pode ser relacionado em parte à própria formação acadêmica e ao histórico da profissão. A Psicopatologia está presente na graduação de Psicologia e na atuação em serviço, tendo destaque para a necessidade de comunicação em termos psicopatológicos com outros profissionais, dentre eles médicos, e ainda com os próprios clientes dado o crescente conhecimento pela população leiga da terminologia utilizada para classificar quadros sintomatológicos (MATOS; FERREIRA, 2016).

Dentre os modelos explicativos predominantes no contexto de cuidado dos transtornos mentais, na literatura analítico-comportamental, a ênfase metodológica e filosófica da abordagem da saúde mental foi subdividida em três categorias: modelo médico, modelo quase médico e modelo behaviorista radical (BANACO, 1999). Com base nessa segmentação, discutimos a compreensão da saúde mental na perspectiva psiquiátrica (médica), psicológica (quase médica) e comportamentalista nas próximas seções a fim de subsidiar a análise comportamental cultural do adoecimento mental.

2.1 Modelo médico acerca da doença mental

O modelo médico entende que “o comportamento do indivíduo é considerado anormal ou doente devido a causas subjacentes. A analogia é feita da medicina física em termos de germes, vírus, lesões e outros que tiram o organismo de seu trabalho normal e o levam à produção de sintomas” (MARINHO, 2001, p. 143). Este modelo é tradicionalmente aceito na explicação da anormalidade, seja ela física ou mental, compreendida como manifestação de causas subjacentes físicas ou psíquicas (MARINHO, 2001).

De maneira geral, nesta ótica, a psicopatologia é entendida em termos de critérios estatísticos, em que a identificação ocorre por intermédio da classificação de sintomas com base em topografias e frequências de respostas, objetivando a eliminação do comportamento-problema. De modo geral, este modelo é fundamentado na descrição, definição da etiologia, terapêutica medicamentosa e prognóstico, tendo como referências os parâmetros de saúde e doença (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2014; BANACO et al., 2012).

A Psiquiatria, como especialidade médica, surgiu como uma tentativa de adequar parte da representação social da loucura de acordo com os critérios médicos de explicação e tratamento (JIMÉNEZ, 2013). Como apontado, sua avaliação e terapêutica de quadros psicopatológicos fundamentam-se na identificação de sinais e sintomas que, a depender da frequência e intensidade com base nos parâmetros diagnósticos, indicam a presença de uma desordem psíquica. Assim, os transtornos mentais são entendidos como patologias com uma etiologia a ser identificada, enfatizando-se o diagnóstico como norteador desse modelo explicativo (MARINHO, 2001).

Grande parcela das pessoas que buscam serviços de saúde devido a queixas de sofrimento emocional apresenta comportamentos que são enquadrados em classificações baseadas em critérios diagnósticos da Associação Psiquiátrica Americana (APA) e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em uníssono com a história da medicina de classificação dos fenômenos, as doenças mentais foram categorizadas e sistematizadas a partir de observações (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010). Atualmente, os principais sistemas classificatórios utilizados são a Classificação Internacional de Doenças, atualmente em sua décima primeira edição

(CID 11), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V), em sua quinta edição.

Caracterizados como modelos classificatórios sindrômicos, os quais categorizam a existência de síndromes por intermédio de descrições topográficas de comportamentos sem pretender abordar e explorar a etiologia dos transtornos mentais (MATOS; FERREIRA, 2016), os manuais diagnósticos fundamentam-se na definição de padrões de normalidade de acordo com critérios estatísticos, em que aquilo que é considerado normal ou patológico direciona o julgamento do que deve ser tratado (BANACO, 1999).

Ceccarelli (2005) destaca que, diante da pluralidade de modelos teóricos que se dedicam ao sofrimento psíquico, os manuais buscam, por intermédio da observação direta do fenômeno, uma linguagem única e comum entre diferentes disciplinas, abordagens teóricas, pesquisadores e clínicos. Assim, caracterizam-se como “um sistema de classificação independente de qualquer apriorismo teórico” (CECCARELLI, 2005, p. 473), centrado na nosografia.

O diagnóstico de um transtorno mental, diferentemente de algumas áreas da medicina que contam com recursos de exames laboratoriais e de imagem, é realizado com base em descrições verbais em entrevista clínica, dependendo da avaliação pessoal do profissional médico (BUENO et al., 2014). Adicionalmente, consideramos que, em alguma medida, depende também do cliente e, se for o caso, acompanhante, posto que o relato das queixas é subordinado à identificação de comportamentos considerados problemáticos pelo próprio sujeito.

Ante o diagnóstico, cujas categorias são nomeações arbitrárias criadas para designar um conjunto de comportamentos observados ou ainda sentimentos e pensamentos inferidos, são definidas as estratégias terapêuticas geralmente, no caso do modelo médico, centradas no uso de psicofármacos (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2014; BANACO et al., 2012; BUENO et al., 2014), entendidos como “substâncias capazes de alterar a atividade psíquica, gerando o alívio de sintomas e alterações tanto na percepção quanto no pensamento” (BUENO et al., 2014, p. 31), que promovem a remissão de sintomas na maioria da população avaliada com base em dados comprovados estatisticamente (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2014; BANACO et al., 2012).

Banaco et al. (2012) identificam quatro critérios relacionados à categorização de um comportamento como anormal nos modelos tradicionais de psicopatologia: 1) estatística; 2) comportamento caótico; 3) reversibilidade e 4) sofrimento. O critério estatístico é baseado na ideia de que o comportamento anormal é aquele atípico, que ocorre em menor frequência na população, enquanto o segundo parâmetro refere-se à desordenação e imprevisibilidade, isto é, a ausência de leis explicativas. A reversibilidade diz respeito ao não retorno à condição de normalidade, sendo o último critério a condição de sofrimento oriunda dos sintomas.

A classificação em patologias descritas por sintomas implica em categorias diagnósticas universais. Consonante com esta ótica, Kleinmann (1987) aponta que as pesquisas em psiquiatria transcultural foram introduzidas com o objetivo de demonstrar universalidades e semelhanças entre culturas. Como em outras condições médicas com causas biológicas conhecidas, os transtornos psiquiátricos seriam manifestados em qualquer população e cultura.

Entretanto, o próprio Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V aponta que os limiares de tolerância entre normal e patológico variam entre culturas (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014). Deste modo, comportamentos análogos poderiam ser julgados sob óticas diferentes em grupos sociais distintos, como no caso do canibalismo, recriminado e punido por diversas culturas, é aceito e praticado por algumas tribos.

Tais instrumentos de classificação diagnóstica dos transtornos mentais são produtos sociais do grupo (MATOS; FERREIRA, 2016), fundamentados nos parâmetros da cultura atual, que leva em consideração a perspectiva médica, centrada na identificação de topografias e frequências de respostas para categorização e, conseqüentemente, na maioria dos casos, no uso de medicação para redução ou extinção de sintomas.

Afinada com esta compreensão dos manuais diagnósticos como produtos sociais, Prado (2013) aponta as inúmeras modificações da CID e do DSM em suas várias edições, em que categorias foram reformuladas, extintas e criadas. Não apenas os manuais, mas a própria Psicopatologia em que se baseiam acompanha o contexto sociocultural. Segundo Ceccarelli (2005), a depender do período histórico e político, diferentes tentativas de concepção do sofrimento psíquico foram realizadas no afã de entender, categorizar, analisar e tratar a doença mental.

Com isso, a despeito da Psicopatologia se propor a compreender a enfermidade de maneira amoral (DALGALARRONDO, 2008), consideramos que a classificação entre saudável e patológico, em alguma medida, admite e enquadra o comportamento entre aceitável ou inaceitável, tendo como referência os padrões comportamentais de determinada cultura em um período histórico específico.

Mesmo com o auxílio dos manuais que buscam apresentar critérios objetivos e observacionais do comportamento a fim de lidar com os pluralismos teóricos de diferentes profissionais, a avaliação, por exemplo, de um suposto sintoma de alucinação visual dependerá do contexto cultural. O comportamento será qualificado como anormal quando ocorre uma falha na aprendizagem ou extinção de comportamentos socialmente aceitos (ULMANN; KRASNER, 1975), não correspondendo às expectativas, práticas e normas do grupo.

O paradigma da neutralidade científica da modernidade parece fazer sentido no que se propõe a Psicopatologia de origem médica. Por este ângulo,

Sendo a ciência capaz de descobrir fatos sólidos isentos de qualquer compromisso com uma forma de valor particular, o conhecimento científico é, pois, objetivo. Objetividade, aqui, pode ser entendida como sinônimo de neutralidade. A objetividade, por seu turno, é a garantia de acesso à verdade, isto é, a uma representação fiel do objeto conhecido, posto que livre das perturbações do intelecto humano. Desse modo, a produção de conhecimento no modelo científico moderno segue o itinerário da neutralidade, objetividade e verdade. (LAURENTI, 2014, p. 15-16).

Os valores do cientista (ou psiquiatra) na formulação de diagnósticos corresponderiam a distorções da realidade por terem caráter pessoal, relativo e irregular. Nossa reflexão crítica sobre a busca de neutralidade dos manuais diagnósticos não é fundamentada em uma avaliação pejorativa do aperfeiçoamento de métodos e técnicas para aprimoramento da identificação e catalogação de categorias diagnósticas, isto é, não estamos nos contrapondo à evolução e revisão da catalogação dos transtornos mentais.

Em contrapartida, nossos apontamentos buscam clarificar a ausência de neutralidade, dado que os manuais e a própria Psicopatologia são construções teóricas que estão sob controle de variáveis culturais de certo período histórico. Falamos, então, de um processo de avaliação social das doenças mentais, em que o cientista ou terapeuta determina verbalmente o que é considerado patológico. Cabe ainda ressaltar que admitir as variáveis pessoais e culturais não inviabiliza a atuação

em Psicopatologia à medida que consideramos essencial para o fazer científico um posicionamento teórico-metodológico consistente.

A caracterização entre saudável e patológico é designada culturalmente e é anterior às categorizações médicas provenientes de pesquisas e estudos científicos. Ressaltamos a importância de aspectos sociais e históricos na definição daquilo que é normal e anormal, o que está intimamente relacionado ao que se entende por comportamento, experiência e linguagem humanos em dado contexto (JIMÉNEZ, 2013).

A prática de atribuição de diagnósticos pela Psicologia e Psiquiatria na área de saúde mental tem repercutido importantes discussões sobre o assunto na literatura. Matos e Ferreira (2016) fazem apontamentos críticos à cultura do diagnóstico, entendida como “o conjunto de práticas culturais que envolve a atribuição de causalidade da experiência vivida à “doença” que recebe um rótulo no diagnóstico” (p. 518), e ao impacto da classificação psicopatológica na vida de pacientes.

Para Martin e Pear (2009), ainda que o uso rótulo de padrões comportamentais possibilite a comunicação rápida de informações e a busca de tratamentos específicos pode acarretar em tratamento pejorativamente diferenciado do sujeito e foco no comportamento-problema, além de raciocínio circular a respeito do comportamento-alvo, tendo em vista que, nesta perspectiva, a doença mental é categorizada como tal por intermédio da discriminação de comportamentos psicopatológicos, os quais, de modo circular e pouco elucidativo, são explicados e justificados pela existência de uma desordem mental.

Ulmann e Krasner (1975) também salientam que ao classificar um aspecto específico do comportamento como patológico, geralmente, o rótulo é generalizado ao sujeito todo. Em acréscimo, a rotulação quando pública pode resultar na estigmatização da pessoa e no reforçamento de classes de respostas consistentes com o padrão comportamental do diagnóstico.

Estas contingências culturais podem trazer implicações à subjetividade, em virtude de alterarem o acesso a alguns reforçadores positivos e negativos, em que a pessoa passa a se comportar sob controle de contingências relacionadas à doença, reduzindo outros comportamentos que não relacionados à psicopatologia, os quais

produziriam reforçadores sociais importantes (MATOS; FERREIRA, 2016). Como aponta Matos e Ferreira (2016)

[...] a busca do sujeito por esquivar-se de tudo que funcionalmente é descrito pelo diagnóstico (e.g. eventos privados) está atrelada a uma ocupação de boa parte de sua vida (do sujeito), implicando em aproximar-se de informações sobre o diagnóstico, sobre o seu tratamento, a busca pelo testemunho de outras pessoas sobre sua “doença”, etc. Com a cultura do diagnóstico, alguns reforçadores positivos são alçados: alguma atenção social é dada para os relatos sobre a doença; assim como alguns reforçadores negativos são afastados; cobranças sociais são retiradas, etc. Ao mesmo tempo, o sujeito deixa de se comportar de modo a produzir alguns reforçadores sociais (principalmente aqueles envolvidos em comportamentos ditos como produtivos socialmente) que são gradativamente retirados. Tal retirada envolve o sujeito em contingências cada vez mais vinculadas ao próprio diagnóstico e cada vez menos produtivas em relação a outros aspectos da vida – como a família, a carreira, dentre outros. (p. 518 e 519).

No senso comum, o diagnóstico tende a ser considerado natural e verdadeiro. O transtorno mental seria o modelo explicativo causal do sofrimento e comprometimento funcional o que, de acordo com Prado (2013), pode produzir um distanciamento das causas ambientais que estão mantendo o comportamento psicopatológico, agravando o quadro. Mesmo na Psiquiatria, Britto (2012) considera a influência reducionista do dualismo mente-corpo nos modelos explicativos sobre a doença mental, à medida que os sintomas são compreendidos como manifestação da mente (inobservável) ou produto de processos orgânicos.

A compreensão de um problema comportamental como produto de variáveis intrínsecas, em um modelo de relação causal linear, pode ser interpretada como uma perspectiva mentalista do fenômeno. Entendido como “qualquer enfoque psicológico (e, mesmo, antropológico, sociológico e biológico) que considere o comportamento como resultado de processos e/ou agentes internos e/ou de outra natureza ou substância distinta daquela da conduta a ser explicada” (ZILIO; CARRARA, 2008, p.399), o mentalismo está presente na concepção dos transtornos mentais.

Incontestavelmente, não podemos abordar a Psiquiatria como uma especialidade homogênea. Assim como a Psicologia, diferentes orientações teóricas estão presentes dentro da mesma especialidade e, portanto, as críticas generalistas talvez se apliquem a uma abordagem, mas não façam sentido à outra. Considerando a perspectiva da psiquiatria biológica, fundamentalmente monista e fisicalista,

estabelecida com base em explicações dos problemas mentais e do comportamento fundamentadas no funcionamento cerebral, Corchs (2010) aponta que parte da Psiquiatria reduziu às explicações ao nível puramente orgânico ao tentar excluir as entidades imateriais.

Ainda que sejam identificadas alterações orgânicas em pessoas com diagnósticos psiquiátricos, elas podem não ser semelhantes à outra pessoa com os mesmos sintomas e não são capazes de explicar em termos de causa linear o comportamento, visto que as modificações poderiam ser causas ou consequências (MARINHO, 2001). Ademais, Corchs (2010) pontua que a explicação do comportamento humano considerando o cérebro, ainda que material, como uma entidade autônoma é falha à medida que são necessárias explicações adicionais sobre como o cérebro realiza essas ações e que, portanto, culminam em esclarecimentos que remetem ao ambiente. Neste sentido aponta que

Não tem jeito. Se admitirmos apenas a dimensão física em nossas explicações e não quisermos entrar em uma espécie de queda livre explicativa ad infinitum no mundo interior, temos de voltar às relações deste organismo com o ambiente para explicar qualquer parte do mesmo. Explicar uma parte do mundo físico por si, ao invés de por sua interação com outras partes desse universo, é como colocá-lo no centro do universo do ponto de vista explicativo, reincidindo num dos erros frequentes das ciências como um todo. (CORCHS, 2010, p. 57).

Ao considerar a dimensão anatômica e fisiológica como parte da compreensão da doença mental, favorecemos uma descrição mais completa e com maiores chances de prever e controlar o comportamento (CORCHS, 2010). Não se trata de explicar o comportamento somente por variáveis orgânicas, nem cometer o mesmo erro ao ignorar o corpo em um modelo explicativo, mas de entender a complexidade do comportamento humano e reconhecer as limitações de cada ciência, afinal não será possível abarcar todo o fenômeno em apenas uma disciplina.

Por outro lado, o uso do diagnóstico, além da importância para a comunicação entre profissionais, favorece a pesquisa e a produção científica ao considerarmos que a nomenclatura de um transtorno, como, por exemplo, a depressão, permite a reunião de todo o material teórico, experimental e aplicado a respeito desta demanda clínica. Adicionalmente, possibilita a criação de instrumentos que podem rastrear e identificar possíveis “sintomas” que estão

trazendo prejuízo e sofrimento ao sujeito, permitindo avaliações pré e pós-intervenção.

Outro aspecto criticado na literatura diz respeito ao fato de a denominação diagnóstica ser pouco elucidativa, pois é centrada na categorização topográfica de respostas. Isto é, dizer que uma pessoa está deprimida não esclarece como aquele repertório comportamental foi selecionado e que consequências mantêm o comportamento. Como apontam Hunziker e Samelo (2012), quando parece satisfatória, a suposta explicação por meio de um rótulo parece distanciar da investigação das variáveis determinantes do comportamento, isto é,

[...] apenas criam a ilusão de que explicamos o comportamento quando, na verdade, estamos apenas dando um nome a um conjunto de comportamentos. Se essa “ilusão de explicação” nos satisfaz, ela nos afasta da busca pelas reais variáveis responsáveis pelo comportamento em análise. (HUNZIKER; SAMELO, 2012, p. 53).

Evidentemente, apenas a descrição topográfica não é suficiente para a compreensão do fenômeno do adoecimento mental; no entanto, quanto à finalidade de comunicação mostra-se importante e útil (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010). Ademais, os sistemas classificatórios não se propõem a estudar a etiologia dos transtornos mentais e a descrição da forma e frequência da resposta pode auxiliar na distinção do comportamento “normal” daquele que produz prejuízo ao sujeito e aos outros e servir como subsídio para a formulação de instrumentos, que nortearão decisões acerca da estratégia terapêutica a ser utilizada e possíveis encaminhamentos.

Muitos sintomas bem como diversos transtornos são consideravelmente limitantes e trazem prejuízos significativos, como, por exemplo, esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão grave, entre outros. Em casos graves, a pessoa pode apresentar riscos aos outros e a si mesma, bem como não conseguir exercer suas tarefas e atividades cotidianas. O tratamento medicamentoso, recurso predominantemente utilizado por médicos psiquiatras, surge como uma estratégia de tratamento com papel importante no controle de sintomas que geram sofrimento e prejuízo, possibilitando, em parte, melhora da qualidade de vida e bem-estar.

Todavia, Marinho (2001) considera que o modelo médico pode acarretar como consequência o uso massivo de medicamentos, além da estratégia de

hospitalização como tratamento. O uso de psicofármacos e, em seletos casos, a internação tem sua importante função terapêutica em condições de sofrimento e crises. Todavia, é importante que o uso de medicação seja realizado de forma ponderada e o tratamento não se reduza à dimensão orgânica, visto que, de acordo como Matos e Ferreira (2016), a diminuição de sintomas devido ao uso de medicamentos em doenças e síndromes pode produzir uma explicação reducionista sobre o quadro, em que as variáveis fisiológicas assumem o status de única ou principal variável. Deste modo, outros fatores relevantes podem ser minorados ou desconsiderados, resultando em uma explicação simplista do adoecimento.

Em contrapartida, a medicação combinada com a psicoterapia pode favorecer que os sintomas não sejam reduzidos ao físico à medida que a intervenção psicológica possibilita a identificação de contingências e variáveis da história de vida relacionadas a um comportamento classificado como psicopatológico. Avaliamos que o terapeuta, ao promover e manejar contingências em setting terapêutico para que o cliente atue como agente de sua própria história e discrimine condições antecedentes, classes de respostas e consequências que aumentam ou diminuem a probabilidade da ocorrência do comportar-se de determinada maneira em certo contexto, possibilita a compreensão do fenômeno do adoecimento de uma perspectiva que considera a relação do sujeito com o ambiente, além das características filogenéticas, como determinantes do comportamento.

Inserir a dimensão ambiental na análise desloca a explicação da pessoa para a relação entre o comportamento e o ambiente, não prescindindo da base biológica. No entanto, a premissa tradicional do modelo médico que considera a patologia, isto é, uma alteração física ou mental como determinantes dos sintomas psicopatológicos aproxima-se de explicações que tem como cerne o sujeito.

Em um movimento inicialmente diferenciado, a Psiquiatria Social e Comunitária buscou deslocar a ideia de causalidade da doença do indivíduo para os contextos sociais (ABIB, 1997). No entanto, Abib (1997) questiona a atuação dos psiquiatras nas comunidades e aponta a discrepância entre o discurso e a prática. Apesar dos objetivos buscarem romper com o modelo psiquiátrico tradicional, o trabalho destes profissionais direcionou-se aos sujeitos que fracassaram no processo de socialização por meio da correção de desajustes. Embora esta discussão tenha ocorrido há 20 anos, ainda são pequenos os avanços de

estratégias direcionadas aos determinantes sociais e não ao indivíduo na atuação de profissionais de saúde mental no serviço público de saúde.

2.2 Modelo quase médico acerca da doença mental

Além do modelo médico de compreensão dos transtornos mentais, a Psicologia, fundamentalmente a ênfase clínica, propôs-se a explicar e tratar queixas psicopatológicas de acordo com os conhecimentos da perspectiva psicológica. De acordo com Banaco (1999), a psicologia clínica de base psicodinâmica é caracterizada como modelo quase médico e se fundamenta no conceito de que o sintoma é manifestação de um problema psicológico adjacente, normalmente de aspectos imateriais e internos.

Grande parcela da literatura analítico-comportamental que discute a psicopatologia, geralmente aborda a perspectiva behaviorista em contraposição à ênfase médica, não fazendo uma distinção clara das características dos três modelos, como descrito por Banaco (1999). Além de a classificação ser um comportamento arbitrário sobre eventos observados, podemos conjecturar que essa omissão da perspectiva psicológica tradicional possa incidir sobre as semelhanças entre o modelo médico e quase médico. Outro aspecto que poderia explicar, em parte, tal ausência seria o marcante papel da Psiquiatria na atribuição de diagnóstico e terapêutica medicamentosa como cerne do tratamento em saúde mental.

Apesar das semelhanças entre os modelos médico e quase médico, a abordagem psicológica buscou atenuar a distinção entre o binômio saúde-doença tão presente na teoria e práxis da Psiquiatria. Todavia, a abordagem do fenômeno ainda é realizada por meio do tratamento da origem dos sintomas, recaindo invariavelmente na ideia de normal e patológico (BANACO, 1999).

No meio científico, acadêmico e profissional grande parcela da visão sobre o comportamento humano denota explicações mentalistas (BRITTO, 2012). Assim como no modelo médico, podemos notar a predominância de um olhar dualista do fenômeno, cuja mente ou outra instância imaterial seria responsável pelo sofrimento e mau funcionamento do indivíduo, manifestos publicamente pela topografia da resposta.

Staats e Staats destacam a proximidade da teoria psicanalítica com explicações de cunho mentalista, considerando a topografia do comportamento patológico como produto de uma desordem psíquica, de causas inconscientes. Por outro lado, evidenciam que, notoriamente, Freud remeteu-se às experiências ambientais como influenciadoras do comportamento; no entanto, a circularidade explicativa e a falta de reconhecimento científico dos princípios explicativos sobre o comportamento são falhas apontadas pelos autores (STAATS; STAATS, 1973).

Entretanto, não é apenas na ótica psicológica e médica tradicional que o comportamento é explicado em termos da dicotomia mente-corpo. O mentalismo, como modelo explicativo e interpretativo do comportamento, está presente em diferentes esferas. Segundo Cavalcante (1997), o comportamento humano considerado tradicionalmente como psicopatológico é entendido como produto de processos internos tanto na Psicologia como na cultura. No cotidiano, podemos notar a predominância de explicações que fazem referência a aspectos internos imateriais como causa de uma resposta publicamente observável.

Normalmente na área de saúde mental, considera-se que pessoas que apresentam comportamentos abalizados como desviantes de um padrão de normalidade possuem um transtorno mental, como se a topografia da resposta fosse resultado da manifestação de um problema interno e inerente ao sujeito. Ou seja, o comportamento pode ser entendido como manifestação de um processo interno que seria cessado, por conseguinte, se curássemos o problema subjacente (STAATS; STAATS, 1973).

Entretanto, não podemos considerar que a área médica e psicológica desprezam completamente as variáveis ambientais. O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM V) identifica, mesmo que de forma sucinta, possíveis variáveis etiológicas relacionadas aos transtornos mentais, enquanto que a psicanálise, como apontado anteriormente, concebe a relação do sujeito com o mundo como influenciadora do comportamento. No entanto, ainda que essas abordagens não desconsiderem completamente o ambiente, a explicação ainda remete a uma desordem essencialmente biológica ou psíquica para justificar o comportamento publicamente observável.

Ademais, além de uma interpretação internalista do fenômeno, as psicopatologias também são abordadas em termos individualistas. Para Tourinho

(2009), as explicações mentais, subjetivas ou internalistas do comportamento relacionam-se a contingências sociais do período moderno à medida que o sujeito é entendido como produto de suas capacidades e a explicação de seu comportamento é segmentada do ambiente social. Assim, a existência de determinados sintomas é explicada por aspectos individuais e características internas, sejam elas aspectos neuroquímicos ou, no caso da visão psicológica, de “personalidade”.

Guerin (2017a) considera que, na abordagem essencialista da psicopatologia, o adoecimento mental é atribuído a aspectos internos e, em decorrência desta ênfase, os ambientes social, cultural e físico são negligenciados. O indivíduo caracterizar-se-ia como o âmago dos tradicionais modelos e tratamentos em saúde mental, os quais ainda são centrados no caráter classificatório, moral e normativo (GUERIN; GUERIN, 2014).

Esta prática cultural traz implicações em termos de tratamento e prevenção. Ao passo que as ações humanas são compreendidas como produto de outras instâncias, internas e imateriais, que não a relação do organismo com ambiente, as ações em saúde tendem a se direcionar à culpabilização do indivíduo como agente causador de seu adoecimento. Ainda que na Psicologia não se negue a importância das experiências, como, por exemplo, na Psicanálise a interação pais-criança durante a infância, em última análise as justificativas do comportamento “anormal” são remetidas ao funcionamento do psiquismo.

Ao longo de grande parte da atuação profissional na área da Psicologia, Lacerda Júnior e Guzzo (2005) apontam uma práxis descontextualizada e distanciada da população, fundamentada na neutralidade e voltada para a elite, legitimando as diferenças e as injustiças sociais. Neste panorama, as práticas psicológicas de cunho essencialmente individualista e remediativa são criticadas pelos autores e relacionadas a questões culturais, como apontam no trecho

Trata-se de entender que tal intervenção é resultante de questões de caráter epistemológico, ético, político e, sobretudo, histórico, em que estão imersas a produção científica e a formação profissional na área. Refere-se a um modelo de trabalho que surge em uma circunstância específica e atende a demandas concretas, em uma sociedade marcada pela dominação de uma determinada classe social. (LACERDA JÚNIOR; GUZZO, 2005, p. 240).

Para além dos jargões e dos fundamentos teóricos imbricados nas explicações dos objetivos terapêuticos por psicoterapeutas, Guerin (2017b) identificou importantes similaridades independentemente da abordagem psicológica. No estudo realizado pelo autor, genericamente as psicoterapias preocuparam-se com o comportamento verbal, isto é, com a mudança ou término de determinados padrões de linguagem. Guerin questiona o fazer do psicólogo no contexto psicoterapêutico, considerando inadequado, principalmente, para pessoas de comunidades baseadas em parentescos e famílias estendidas, cujo relacionamento difere-se consideravelmente do modelo ocidental. Segundo o autor, nestas comunidades, as consequências de uma determinada ação ocorrem significativamente tanto para o sujeito que se comporta, como para sua família e grupo, sendo o enfoque psicológico tradicional centrado apenas no indivíduo.

Evidentemente, o papel da psicoterapia individual não pode ser desconsiderado. O cliente como agente modificador de seu ambiente pode promover diferenças significativas a si e as pessoas que o cercam. Todavia, a ênfase da Psicologia na resolução de problemas individuais precisa ser expandida às questões de ordem social, visto que a ciência psicológica pode utilizar seus conhecimentos na produção de uma sociedade mais saudável e igualitária. Por outro lado, a atribuição exclusiva de responsabilidade ao sujeito pelo seu adoecimento dificulta a elaboração de ações preventivas e de tratamento direcionadas à manipulação de contingências ambientais.

Outra destacada característica do modelo quase médico é a referência a critérios estatísticos como norteadores da avaliação e tratamento dos transtornos mentais. Como os comportamentos serão avaliados e classificados, bem como a escolha do tratamento obedecem aos parâmetros culturais da maioria da população.

Para Banaco

O indivíduo a ser analisado, quando comparado com uma maioria normal, tem um problema que pode ser descrito como: uma psique doente, um traço de caráter enfraquecido, uma personalidade desviante, uma doença mental, uma estrutura cognitiva falha, um sistema de crenças irracionais, etc., que merecem tratamento. Seus estudos e classificações também se baseiam nos critérios ditados pela maioria, ou seja, em critérios estatísticos que levam em consideração a distribuição prevista pela curva normal. (BANACO, 1999, p. 77).

Se por um lado o modelo médico e o modelo psicológico aproximam-se devido à perspectiva mentalista dos transtornos mentais e ao uso de critérios estatísticos como parâmetro para o comportamento classificado como normal e patológico, distanciam-se no posicionamento relativo ao uso da medicação. Se para a Psiquiatria esse é o principal recurso utilizado como estratégia terapêutica, na perspectiva psicológica sugere-se que a farmacologia seja utilizada o mínimo possível (BANACO, 1999).

Perante uma perspectiva de terapêutica distinta da medicamentosa, o modelo quase médico instituiu a utilização de técnicas psicológicas como estratégia para controle dos sintomas. Entretanto, apesar dos tratamentos propostos nos dois modelos serem diferentes, ambos baseiam seus estudos em estratégias que funcionem para a maioria da população (BANACO, 1999).

Considerando os critérios estatísticos, o enfoque individualista, mentalista e centrado na doença da perspectiva psicológica tradicional, bem como do modelo médico acerca do sofrimento humano, o modelo analítico-comportamental não é compatível com a proposta tradicional de compreensão deste fenômeno.

2.3 O modelo behaviorista radical acerca da doença mental

A Análise do Comportamento busca o entendimento de inúmeros problemas humanos por intermédio do estudo de modelos experimentais, descrevendo causas, efeitos de variáveis e possibilidades de alterar esses problemas. Metodologicamente privilegia estudo do sujeito único, em suas relações com seu ambiente, sendo mais relevante o conhecimento da função das respostas do que a descrição topográfica (BANACO, 1999).

O modelo behaviorista radical é fundamentado no modelo darwinista e selecionista do comportamento, buscando identificar a relação funcional entre variáveis ambientais e comportamento, inclusive, aquele tradicionalmente denominado psicopatológico, com base nos conhecimentos advindos de modelos experimentais e não estatísticos (BANACO, 1999).

Na perspectiva analítico-comportamental, substituímos a noção de causa linear (causa e efeito), deslocando a ideia de causalidade para a relação de

interdependência entre fenômenos em uma perspectiva selecionista do comportamento (MATOS, 1999). Neste modelo interpretativo, compreende-se que a explicação de certo comportamento está relacionada à descrição das relações funcionais, isto é, de dependência entre variáveis ambientais e resposta. Neno (2003) destaca que

No lugar da busca por um agente originador do comportamento, a análise estará voltada para o reconhecimento da múltipla e complexa rede de determinações de instâncias de comportamento, representada pela ação em diferentes níveis (filogênese, ontogênese e cultura) das consequências do comportamento sobre a probabilidade de respostas futuras da mesma classe. (p. 153).

Portanto, a Análise do Comportamento considera como seu objeto de estudo o comportamento e suas relações de interdependência com o ambiente, em contraposição às perspectivas mentalistas, que conjecturam que o comportamento é uma manifestação de um processo ou estrutura de natureza distinta do fenômeno comportamental. Segundo Boas, Banaco e Borges (2012), o transtorno mental pode ser compreendido como “padrão comportamental selecionado ao longo da história de interação entre as respostas emitidas pelo indivíduo e os efeitos ambientais delas decorrentes (que as selecionaram)” (p. 100).

Este posicionamento teórico-filosófico não implica a desconsideração de variáveis biológicas. Consideramos, consonante com a perspectiva de Corchs (2010), que

[...] ao se defender uma explicação externalista, não se propõe que o sistema nervoso central (SNC) não seja condição para que o comportamento ocorra, tampouco que alterações à sua integridade não sejam fatores relevantes à predição e ao controle do comportamento. Seria o mesmo que propor que não precisamos de pernas para correr ou que lesões nas pernas não mudam o correr. Mas conhecer o organismo não basta. Dizer que temos um corpo e descrevê-lo, por mais detalhada que seja a descrição, não explica o comportamento. Questões como de onde vem este corpo, que variáveis determinam sua estrutura e funcionamento e por que aquele corpo se comporta desta ou daquela forma, nesta ou naquela ocasião continuariam por serem respondidas. Em outras palavras, não se pode confundir relação com relação funcional. (CORCHS, 2010, p. 58, grifos do autor).

Para Gongora (2003), o comportamento dito psicopatológico é aprendido e segue os mesmos princípios de qualquer outro comportamento, podendo ser modificado perante a discriminação e manejo das contingências. A caracterização

entre normal e patológico tem relação com o produto da aprendizagem e não com os processos sob os quais foi aprendido.

A concepção de que os comportamentos são, em parte, aprendidos considera a relação funcional entre variáveis que selecionam e mantêm a ocorrência do fenômeno comportamental, entendendo o comportamento, inclusive aquele denominado de doença mental, como resultado do processo de seleção. Matos (1999) entende que o comportamento é mutável e que, portanto, sua evolução tem valor de sobrevivência para o indivíduo.

Cabe ressaltar que o foco na dimensão aprendida dos transtornos mentais não implica uma desconsideração de aspectos orgânicos na determinação do comportamento, apenas os admite como objetos de estudo de outras ciências, posto que a Psicologia, mais especificamente, a Análise do Comportamento é centrada no estudo de dimensões ontogenéticas e culturais. Ainda assim, as dimensões anatômica e fisiológica não são imutáveis, isto é, na interação do indivíduo com o ambiente são influenciadas por variáveis da história de vida individual e cultural (CORCHS, 2010).

Dessa forma, diferentemente da Medicina e da Psiquiatria Biológica que se fundamentam na etiologia dos transtornos mentais, no sentido de uma agente causador, assim como a Psicologia Psicodinâmica, a perspectiva comportamentalista considera que os comportamentos ditos psicopatológicos podem estar presentes em repertórios de pessoas consideradas sãs, sendo que nos transtornos mentais a frequência, intensidade e/ou latência constituem-se como problema (BANACO et al., 2012; BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010). Neste sentido, a topografia não é desconsiderada no modelo analítico-comportamental por descrever aspectos importantes na abordagem ao fenômeno do adoecimento, direcionando a avaliação do terapeuta ou pesquisador.

Banaco et al. (2012) explicam a manutenção da ocorrência do comportamento psicopatológico a despeito de possíveis punições. Os autores consideram que um comportamento punido deixará de ocorrer “apenas quando as contingências reforçadoras são de baixa magnitude e as punitivas de alta intensidade no controle do comportamento, ou quando há alternativas de respostas sem punição para a obtenção dos reforçadores” (p. 157). Perante situações em que essas condições não se aplicam, o comportamento tido como anormal continuará a ser emitido. Neste

sentido, de acordo com Staats e Staats (1973), mesmo os comportamentos bizarros observados, por exemplo, em quadros esquizofrênicos, estão sujeitos às leis comportamentais e são adaptativos.

Na Análise do Comportamento, a formulação de um diagnóstico, ou melhor, a avaliação comportamental perpassa a análise funcional, fundamentada na identificação do comportamento-problema e de variáveis antecedentes e consequentes contingentes, responsáveis pela instalação e manutenção do comportamento inadequado (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Contudo, a avaliação (e intervenção) comportamental não pode ter como foco apenas o comportamento-problema. Goldiamond (1974), por meio do modelo construcional, propôs a mudança do enfoque da eliminação de repertório comportamental para a construção de repertório alternativo, distanciando-se de uma perspectiva patologizante e buscando desenvolver operantes que funcionalmente produzam os reforçadores que mantinham o comportamento, no caso, patológico.

Na perspectiva funcional baseada no modelo de seleção pelas consequências, a descrição da relação de contingência entre eventos é denominada análise funcional e se caracteriza como modelo explicativo que permite a identificação de variáveis relacionadas à ocorrência de um fenômeno e, conseqüentemente, o manejo do comportamento e ambiente (MATOS, 1999). Segundo Bueno e Britto (2013),

[...] a proposta básica da metodologia de análise funcional é identificar as variáveis controladoras e mantenedoras do comportamento de interesse e, então, obter recursos apropriados para levantar hipóteses sobre a função desse tipo de comportamento, quando será possível selecionar um tratamento adequado a essa função. Portanto, não é a topografia comportamental o agente definidor do tratamento a ser selecionado e aplicado durante a intervenção. Isso porque o comportamento-problema não deve ser conceitualizado com o um sintoma de uma característica patológica subjacente ou uma anomalia de fase do desenvolvimento, mas com o uma resposta relacionada às condições ambientais. (p. 39).

Para Banaco, Zamignani e Meyer (2010), a análise funcional requer a identificação de no mínimo dois termos, resposta e consequência, no entanto, para uma análise completa, é imprescindível a análise de três termos. A partir desta descrição da relação contingencial entre eventos, explicamos a manutenção, a intensificação ou o enfraquecimento do comportamento. Diante disso, é de suma importância a discriminação de classes de respostas e classes de estímulos para a

compreensão da relação entre esses eventos, posto que a partir da identificação de variáveis antecedentes, resposta e variáveis consequentes é possível reconhecer a função de determinado comportamento.

Para a realização de uma análise funcional, Matos (1999) delinea cinco etapas: 1) determinar comportamento-alvo, que envolve a identificação e operacionalização; 2) discriminar e descrever o efeito comportamental; 3) identificar relações ordenadas entre eventos ambientais (antecedentes e consequentes) e comportamentais, definindo se há relação de contingência entre variáveis; 4) elaborar previsões sobre os efeitos de manipulações de variáveis, tendo como referência classificações em termos de reforço e punição e 5) Testar previsões.

A identificação do comportamento-alvo envolve, em parte, a topografia, tendo em vista que essa primeira etapa de uma análise funcional se baseia naquilo que o organismo está fazendo. De acordo com Banaco, Zamignani e Meyer (2010), “Para que se possa mensurar este termo do comportamento, identificado como as ações do organismo, é necessário, portanto, definir-se cuidadosamente o objeto da observação: suas dimensões e seus limites” (p. 184).

Contudo, a forma do comportamento é somente um ponto de partida à medida que

A ênfase na topografia do comportamento deixa de ser adequada para uma análise comportamental quando se constata que um mesmo padrão de resposta pode ser resultado de histórias diversas de interação e pode, ainda, ter funções adaptativas distintas (além disso, histórias semelhantes podem produzir padrões muito variados). (CAVALCANTE; TOURINHO, 1998, p. 143).

A análise funcional de comportamentos específicos e seus efeitos momentâneos, denominada molecular (ANDERY, 2010), como a proposta por Matos (1999), é fundamental para a compreensão da relação contingencial entre eventos. Entretanto, a análise molar, que se centra em uma perspectiva ampliada do fenômeno, até mesmo temporalmente (ANDERY, 2010), tem seu importante papel ao passo que abarca interações comportamentais mais complexas, incluindo interdependência entre comportamentos.

O comportamento considerado anormal pela falta de correspondência com os padrões do grupo pode ser explicado em termos de déficits e excessos comportamentais (BANACO et al., 2012; MARTIN; PEAR, 2009; STAATS; STAATS,

1973), bem como de controle de estímulo e esquemas de reforçamento inadequados (STAATS; STAATS, 1973). Banaco et al. (2012) avaliam que a diferença entre os comportamentos descritos como normais e anormais reside na frequência ou intensidade com que são emitidos e na inconveniência contextual ou sofrimento que geram.

Do ponto de vista comportamental, dentre as explicações sobre a instalação e a manutenção de comportamentos considerados anormais, o déficit comportamental, isto é, a falta de repertório comportamental competente socialmente resulta em pouco acesso a reforçadores positivos e, por outro lado, também pode produzir consequências aversivas, que podem dificultar à aquisição de novos comportamentos e gerar reações fisiológicas desagradáveis (BUENO; NOGUEIRA; BUENO, 2014; STAATS; STAATS, 1973). Os excessos comportamentais, que também compõem parte do modelo explicativo sobre o adoecimento, são mantidos por reforçadores imediatos e de atenção social, ainda que produzam consequências negativas importantes, elas não controlam o comportamento (MARTIN; PEAR, 2009).

As explicações relacionadas ao controle de estímulo associado a quadros psicopatológicos referem-se à contingência cuja resposta é controlada por um estímulo condicionado, como, por exemplo, respostas fóbicas condicionadas a estímulos anteriormente neutros, e à falta de controle de certo estímulos. Em contrapartida, a inadequação dos esquemas de reforçamento tange à concepção de que estímulos contingentes ao comportamento-problema tem valor atípico para o indivíduo, o que pode resultar na ausência de repertório adaptativo ou no fortalecimento de comportamento não ajustado às demandas sociais (STAATS; STAATS, 1973).

Perante a compreensão funcional do comportamento psicopatológico, a classificação de uma ação humana como anormal não é compatível com a perspectiva analítico-comportamental. Em contraposição à abordagem tradicional centrada em explicações orgânicas ou mentalistas, o analista do comportamento atua com a descrição da relação de dependência entre eventos comportamentais e ambientais, propondo intervenções direcionadas ao comportamento-problema por meio da instalação de classes de respostas alternativas (BUENO et al., 2014).

As categorizações psicopatológicas em descrições topográficas, baseadas em uma lógica nomotética, não são centrais nas explicações analítico-comportamentais (ALMEIDA NETO; REIS; ARARIPE, 2015), visto que em uma perspectiva funcional, apenas a descrição de um comportamento com base na sua forma ou estrutura fornece-nos poucas informações. A mesma topografia pode ser resultado de processos distintos, enquanto diferentes topografias podem resultar de um mesmo processo, isto é, apresentarem a mesma função (BISSET; HAYES, 1999; MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

A distinção das práticas analítico-comportamentais em relação a outras abordagens psicológicas é centrada na descrição da função de determinado comportamento em contraposição ao estudo estrutural, que envolve a “composição e organização de elementos de uma ação” (MATOS, 1999, p. 11). A perspectiva funcional dos fenômenos humanos, incluindo aqueles classificados como psicopatológicos, resulta da discriminação de relação de dependência entre eventos antecedentes, respostas e consequências (BANACO, 1999; BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010). Isto implica, em termos aplicados, à utilização da análise funcional como recurso de avaliação e intervenção.

Como exemplo, podemos considerar que os sintomas categorizados como depressivos pelo sistema de classificação psicopatológico são analisados mediante a identificação da relação funcional entre comportamento e eventos ambientais, isto é, são discriminadas as contingências que selecionaram e mantiveram respostas intituladas deprimidas. Todavia, cabe destacar que essa proposta interpretativa e interventiva não implica apenas na discriminação do comportamento-problema, ou melhor, da classe de respostas alvo da intervenção e manejo das variáveis relacionadas. No processo psicoterapêutico, consideramos imprescindível que outras classes de respostas alternativas sejam manejadas, objetivando a ampliação de repertório comportamental competente socialmente.

Em acréscimo, assim como todo comportamento, entendemos que os transtornos psiquiátricos estão sujeitos aos três níveis de variação e seleção: filogenético, ontogenético e cultural (BOAS; BANACO; BORGES, 2012), sendo o comportamento compreendido como resultado de “a) contingências de sobrevivência responsáveis pela seleção natural das espécies, e b) contingências de reforçamento responsáveis pelos repertórios adquiridos por seus membros, incluindo c)

contingências especiais mantidas por um ambiente cultural evoluído” (SKINNER, 2007, p.131), o que corresponde respectivamente aos níveis filogenético, ontogenético e cultural.

Diante disso, consideramos que o organismo é sensível ao efeito das consequências (SKINNER, 2003; MATOS, 1999). Além da sensibilidade inata, observaremos uma gama de estímulos, anteriormente neutros, que foram condicionados na história de interação do indivíduo com o ambiente e que podem estar presentes em transtornos psiquiátricos, como a sensibilidade a substâncias psicoativas (BANACO et al., 2012).

Na história de vida do indivíduo, as relações idiossincráticas que estabelecemos com o ambiente possibilitam aquisição, manutenção e modificação de repertórios comportamentais, inclusive daqueles que produzem sofrimento, por meio da seleção de respostas pelas consequências produzidas. Entretanto, o ambiente com o qual interagimos é essencialmente social e, portanto, as práticas do grupo exercem importante controle sobre nosso comportamento. De acordo com Moreira e Medeiros (2007), a cultura estabelece condições para a aquisição de função reforçadora ou punitiva de grande parcela dos eventos.

A pertinência da distinção entre o nível ontogenético e cultural como fenômenos de natureza distinta é discutida por Carrara e Zilio (2015) e Zilio (2016). Os autores interpelam se existe diferenciação de natureza dos fenômenos de cada âmbito ou se a dimensão cultural se caracteriza como “uma extensão natural do operante à instância coletiva” (CARRARA; ZILIO, 2015, p. 141). No segundo posicionamento teórico, mantemos a contingência de três termos como paradigma básico dos dois níveis em questão, isto é, consideramos que os comportamentos individuais são selecionados, sendo que, na dimensão cultural, as consequências de comportamentos operantes análogos e entrelaçados ocorrem para as pessoas em grupo (CARRARA; ZILIO, 2015).

A discussão da impertinência da diferenciação de natureza dos níveis ontogenético e cultural não inviabiliza a compreensão de práticas culturais, mas norteia o estudo da cultura de acordo com os princípios teórico-filosóficos básicos da Análise do Comportamento e mantém a perspectiva de que o comportamento humano, inclusive aquele categorizado como transtorno mental ou psiquiátrico, é multideterminado.

Diante disso, as variáveis culturais devem ser consideradas na análise do sofrimento humano e, conseqüentemente, estratégias de delineamento cultural devem ser planejadas para a promoção de ambientes sociais favoráveis a sentimentos de bem-estar. Determinar a frequência e distribuição dos distúrbios psiquiátricos em populações distintas pode auxiliar no planejamento dos serviços essenciais, além de permitir o redirecionamento mais adequado de recursos (MENEZES, 1996). Neste panorama, os manuais diagnósticos podem ser utilizados como recursos úteis para definição e descrição do objeto de estudo de pesquisas que se propõe a identificar a prevalência e incidência dos transtornos mentais, bem como aquelas destinadas a proposição e análise de estratégias de tratamento.

Por considerar a doença mental como um padrão comportamental selecionado pelo ambiente, a abordagem analítico-comportamental não qualifica os comportamentos humanos problemáticos como “doenças” ou “psicopatologias”, “normais” ou “patológicos” (BANACO, 1997, 1999; BOAS; BANACO; BORGES, 2012). Esses parâmetros são uma avaliação social, selecionada e mantida por contingências de reforçamento, não sendo possível definir um único padrão de normalidade, visto que está associado às práticas de determinado grupo (ULMANN; KRASNER, 1975).

Cabe ressaltar que criticarmos o enquadramento do comportamento humano como um transtorno ou doença não inviabiliza o diálogo com profissionais da área “psi” e a compreensão do sofrimento humano, posiciona-o apenas sob uma perspectiva mais complexa e não simplista do fenômeno. Almeida Neto, Reis e Araripe (2015) apontam que, apesar da centralidade explicativa da função do comportamento na perspectiva analítico-comportamental, o diagnóstico psiquiátrico faz parte da atuação profissional, sendo a topografia do comportamento apenas o ponto de partida da análise funcional. Além disso, precisamos reconhecer a importância do tratamento médico também nos transtornos psiquiátricos. Wielenska (2015) destaca a relevância da intervenção medicamentosa com pessoas deprimidas, não apenas porque os sintomas podem ter origens biológicas, mas também por ser uma ação com resultados mais breves diante do sofrimento e risco de vida.

Entretanto, consideramos que conhecer e colocar em pauta a complexidade deste fenômeno traz luz aos diferentes níveis de determinação do comportamento,

como a história de vida, experiências atuais, características neuroquímicas e fisiológicas e aspectos da cultura. Ademais, destacamos que, possivelmente, certas psicopatologias podem estar relacionadas a distúrbios orgânicos, isto é, terem suas origens “em algumas estruturas físicas que variaram de tal maneira durante a evolução da espécie que tais variações poderiam explicar a raridade do fenômeno observado” (BANACO et al., 2012, p. 155). Contudo, o comportamento emitido ainda poderia ser estudado em termos da relação de dependência entre comportamento e ambiente. Mesmo transtornos que a estrutura fisiológica parece ser determinante, como na esquizofrenia, o comportamento ainda é selecionado pelas consequências que produz no ambiente.

A incompatibilidade de pressupostos deve-se ao fato de a Análise do Comportamento compreender o transtorno como um comportamento selecionado e mantido pelas consequências, explicado funcionalmente pela relação entre a resposta e variáveis ambientais e, conseqüentemente, concebido como um comportamento similar a outros, adaptado ao ambiente e que segue princípios comportamentais. Ademais, apesar de considerarmos variáveis biológicas, elas exclusivamente não explicam o comportamento dito psicopatológico (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010).

Mesmo as dimensões anatômica e fisiológica são influenciadas por variáveis ambientais da história de vida individual e cultural (CORCHS, 2010). Evidentemente, consideramos que a Psicologia, mais especificamente, a Análise do Comportamento é centrada no estudo de dimensões ontogenéticas e culturais, no entanto, não preterimos a filogênese na determinação do comportamento, apenas admitimos como objeto de estudos de outras ciências. De acordo com Banaco, Zamignani e Meyer (2010), “o que deve ser buscado são as condições iniciadoras e/ou mantenedoras do comportamento-problema. É na relação entre as ações do organismo e os eventos ambientais que se encontrará a “causa” do comportamento” (p. 185).

Perante esse panorama geral acerca da perspectiva tradicional e analítico-comportamental das psicopatologias, parece-nos pertinente discutir a adequabilidade do uso da nomenclatura “doença mental”, bem como dos termos psicopatologia, transtorno mental ou psiquiátrico neste trabalho. Preliminarmente, os usos das palavras ‘doença’ e ‘transtorno’ e do sufixo ‘patologia’ sinalizam uma

familiaridade com concepções teóricas que consideram a ideia de doença e desajuste.

O uso da terminologia 'mental' pode ser interpretado como a ideia de uma "mente" imaterial que sofre determinado transtorno ou ainda que esta instância determina o comportamento publicamente observável. Como apontado, esses paradigmas opõem-se à concepção selecionista, visto que a Análise do Comportamento não considera certo repertório comportamental como disfuncional e determinado por uma instância de outra natureza. Por mais estranhamento que gere em relação aos padrões de um grupo, entendemos que o comportamento foi selecionado e mantido pelas consequências.

Ainda em relação à nomenclatura, o termo 'transtorno' pode ser relacionado a três diferentes interpretações de significados incompatíveis com a perspectiva da Análise do Comportamento. A primeira refere-se ao entendimento do transtorno como algo anormal, inconveniente e não adaptado ao ambiente; além disso, pode ser compreendido como um comportamento desordenado, sem lógica e imprevisível e ainda como uma doença de origem (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010).

Todavia, não encontramos na literatura analítico-comportamental formas substitutivas de nomeação dos fenômenos psicopatológicos. Por conseguinte, ressaltamos que no decorrer deste estudo os termos mencionados serão utilizados em virtude da ausência de terminologia mais apropriada e da utilização de forma recorrente na literatura psicológica e psiquiátrica. No entanto, a aplicação terminológica faz referência a repertórios comportamentais que produzem sofrimento e prejuízo na interação do indivíduo com o ambiente físico-químico-biológico-social.

Almeida Neto, Reis e Araripe (2015) destacam a importância do diagnóstico psiquiátrico, isto é, da terminologia empregada para comunicação entre profissionais. Ademais, a nomeação de padrões comportamentais em psicopatologias possibilita o desenvolvimento e busca de pesquisas que investiguem tal fenômeno, compilando observações e informações de clínicos e pesquisadores em todo o mundo. Cabe ao analista do comportamento sobrepular as limitações da descrição topográfica por meio da análise funcional, identificando relações de contingência entre resposta e ambiente. Avançar a análise de sintomas psicológicos para além da forma da resposta não significa abandonar a topografia, mas não se restringir a ela como unidade explicativa.

Diante disso, compreender a saúde não apenas como ausência de doença, mas como uma relação entre variáveis biológicas, da história pessoal e de aspectos sociais e culturais favorece o planejamento de práticas culturais e políticas públicas direcionadas ao bem-estar da população, como a promoção de contingências mais reforçadoras e não apenas de ações destinadas ao cuidado de pessoas adoecidas. Ademais, a perspectiva de atenção e cuidado caracteriza-se como mais abrangente, visto que não se restringe a determinado indivíduo, mas a um grupo de pessoas.

Contudo, na perspectiva analítico-comportamental, consideramos apenas o critério do sofrimento ao indivíduo e às pessoas com quem convive, posto que a doença mental não é caracterizada como tal por não correspondência às referências populacionais, sendo explicada pela história (única) de interação do indivíduo com o ambiente. Em acréscimo, como veremos adiante, o comportamento psicopatológico obedece às leis comportamentais de seleção pelas consequências, que explicam a manutenção do comportamento e identificam a probabilidade de ocorrência.

3. A PERSPECTIVA DA ANÁLISE COMPORTAMENTAL DA CULTURA ACERCA DO ADOECIMENTO PSICOLÓGICO

O sofrimento emocional afeta grande parcela da população e acarreta prejuízos pessoais, familiares e sociais importantes, inclusive econômicos para a área de políticas públicas de saúde, tornando-se importante objeto de estudo na área da saúde mental e da cultura. De acordo com Tourinho (2003), a perspectiva analítico-comportamental almeja compreender, por meio da relação do indivíduo com o mundo, tanto a experiência subjetiva como o comportamento publicamente compartilhado, contrapondo-se às perspectivas de que o intercâmbio humano não exerce uma função essencial e da sobrevalorização dos eventos privados como centrais na explicação do comportamento.

Apesar das estratégias e técnicas comportamentais em contexto de consultório parecerem eficientes na resolução de muitos problemas individuais, em pesquisa de revisão da literatura nacional e internacional, que localizou estudos empíricos sobre terapia analítico-comportamental (TAC) e psicoterapia analítica funcional (FAP) em onze bases de dados globais e três bases de dados específicas

de Análise do Comportamento, Leonardi (2016) não identificou evidências empíricas consistentes que comprovem ou neguem a eficácia da TAC e da FAP. A falta de estudos experimentais, as descrições que não permitem a replicação do procedimento utilizado, a ausência de avaliação da fidelidade e a escassez do uso de medidas objetivas para avaliar o resultado das intervenções foram deficiências metodológicas encontradas nas pesquisas identificadas em revisão bibliográfica (LEONARDI, 2016).

Por outro lado, além da falta de evidências, consideramos que em muitos momentos no âmbito clínico, o terapeuta depara-se com limitações e entraves que excedem as estratégias psicoterapêuticas e a manipulação de determinadas contingências, visto que algumas demandas são relativas às macrocontingências.

A despeito de sua importante contribuição na área clínica, a Análise do Comportamento tem destinado pouca atenção à produção de conhecimento no estudo da relação entre cultura e saúde mental. Enquanto uma ciência do comportamento que estuda regras descritivas das relações entre contingências ambientais e comportamentos, destinou-se fundamentalmente a solucionar problemas de indivíduos (TODOROV; MOREIRA, 2004). O corpo de conhecimento advindo de pesquisas estabeleceu-se como “um discurso que descreve comportamento individual e como tecnologia que permite intervenção efetiva sobre uma grande diversidade de problemas e questões comportamentais” (ANDERY, 2011, p. 205).

Apesar desse enfoque histórico na dimensão individual, Sampaio e Andery (2010) ressaltam a obrigação de abordar os fenômenos sociais, posto o interesse dessa ciência pelo comportamento humano, cuja compreensão embasa-se na análise das relações entre ambiente – essencialmente social, composto pelas ações de outras pessoas – e sujeito.

Em Ciência e Comportamento Humano, Skinner destaca o caráter social da aprendizagem de grande parcela dos comportamentos e a importância do grupo na seleção de práticas e costumes.

O que o homem come e bebe, e como o faz, os tipos de comportamento sexual em que se empenha, como constrói uma casa, ou desenha um quadro, rema um barco, os assuntos sobre os quais fala ou cala, a música que compõe, os tipos de relações pessoais que tem, e os tipos que evita –

tudo depende em parte de procedimentos do grupo de que é membro. (SKINNER, 2003, p. 451).

Nesta perspectiva, a sociabilidade não se configura como característica humana transmitida filogeneticamente entre gerações. Entretanto, a evolução filogenética possibilitou o aparato biológico para o desenvolvimento de repertórios comportamentais sociais por intermédio da instalação de repertórios básicos e imprescindíveis, como o comportamento verbal (CARRARA, 2015a).

Nossa compreensão do comportamento necessariamente envolve o estudo do ambiente social, visto que grande parcela do repertório comportamental está intimamente relacionada às práticas do grupo. O ser humano desde a gestação está em constante interação com o mundo que é basicamente social, sendo seu desenvolvimento majoritariamente influenciado pelas condições sociais (BIJOU; BAER, 1978).

Deste modo, neste estudo, consideramos que a determinação do comportamento está relacionada a variáveis ambientais. As contingências sociais exercem papel fundamental na adaptação a um ambiente complexo e mutável, visto que possibilitam que o sujeito adquira comportamentos na sua relação com os outros em grupo (DARWICH; TOURINHO, 2005). Em Sobre o Behaviorismo, Skinner (2006) desmitifica a atribuição de uma moralidade ou senso de ética como causas do comportamento

O homem produzirá aquilo de que ele e os demais necessitam efetivamente, e de forma menos adversativa, se as condições de incentivo forem tais que ele venha a trabalhar com cuidado e diligência e a ser reforçado pelo que faz. Tudo isso será possível não porque aqueles com quem ele se associa possuam moralidade e um senso de ética, de decência ou de compaixão, mas porque são, por sua vez, controlados por um tipo particular de ambiente social. (SKINNER, 2006, p. 172).

Assim, o que o ser humano faz em sua interação com o ambiente não é compreendido levando-se em consideração explicações dualistas e internalizantes. Skinner (2006) contrapõe-se à visão mentalista de causalidade linear cujos eventos internos são determinantes do comportamento observável, isto é, como produto de instâncias internas imateriais, características de personalidade ou de uma mente imaterial. O autor descreve o comportamento em termos de relação de dependência entre eventos ambientais e comportamentais, entendendo que a ação humana é controlada pelo ambiente.

Para Andery (2011), o estudo da cultura é pertinente com a Análise do Comportamento porque considera que “a cultura e as práticas culturais que a compõem são fenômenos comportamentais no sentido de que comportamentos individuais são unidades a partir das quais se constituem tais práticas” (p. 208). Entretanto, apesar de a cultura ser um termo recorrente na literatura e temática de interesse de cientistas, ainda são variadas as designações utilizadas por analistas do comportamento. Em investimento para delimitação do conceito consonante com a perspectiva do comportamentalismo radical, Fernandes, Carrara e Zilio (2017) concebem a cultura como “conjunto de contingências sociais, isto é, contingências de reforçamento e punição mantidas pelos membros de um grupo em contextos específicos” (p. 276).

Assim, a cultura em si não se caracteriza como objeto de estudo, mas suas práticas culturais (MOREIRA; MACHADO; TODOROV, 2013), que são constituídas por operantes ou conjuntos de operantes em contingências entrelaçadas (DITTRICH et al., 2013). Consideramos que as práticas culturais apresentam dimensões mais complexas que o comportamento social (CARRARA, 2008). São caracterizadas como “repetição de comportamento operante análogo entre indivíduos de uma dada geração e entre gerações de indivíduos” (GLENN, 1991, p. 60), cuja produção de consequências dá-se para várias pessoas do grupo (CARRARA, 2008).

Para Zilio (2016), podem ser definidas como os “padrões comportamentais individuais ou grupais (ou seja, dos sujeitos se comportando em grupo) ensinados e mantidos pelos membros de uma cultura” (p. 275), cuja transmissão dependerá “sempre do arranjo contingencial das articulações entre comportamentos individuais, transmissível às gerações subsequentes por algum ou mais do que um dos processos já conhecidos” (CARRARA, 2016, p. 252).

A transmissão de práticas e costumes do grupo sobrevém mediante a aprendizagem do sujeito em um ambiente social, em que novos indivíduos aprendem a agir em consonância com as práticas culturais (SILVA; CARRARA, 2015). De acordo com Catania (1999), “certos modos de criar filhos, de obter e preparar os alimentos, de construir abrigos e de lidar com membros do grupo e com estranhos sobrevivem ao longo de sucessivas gerações” (p.236). Algumas destas práticas são perpetuadas por outros grupos que não possuem mesma carga genética, evidenciando o caráter social da aprendizagem.

Avaliamos que a proposição do estudo da cultura na ótica analítico-comportamental impõe um posicionamento teórico quanto à definição da unidade de análise em questão. Situamos esta dissertação na perspectiva da Análise Comportamental da Cultura que considera os pressupostos e conceitos analítico-comportamentais do modelo de seleção pelas consequências no nível operante suficientes para estudo e interpretação dos fenômenos sociais.

Ainda que haja incoerências no discurso de Skinner a respeito do tipo de seleção dedicado às práticas culturais, este modelo interpretativo contrapõe-se à concepção de que ocorre um processo distinto de seleção no âmbito das práticas culturais. Consideramos que o comportamento é emitido pelo sujeito, isto é, não é o grupo que se comporta e, portanto, são selecionados os comportamentos individuais em grupo (CARRARA, 2016; CARRARA; ZILIO, 2015; ZILIO, 2016). Apesar de uma mudança de uma prática cultural não ser considerada de maneira simplista como a soma das consequências individuais, o grupo não é abalizado como um organismo, mas, de acordo com alguns parâmetros, um conglomerado de pessoas, cujos comportamentos são interdependentes (CARRARA, 2016).

Portanto, o foco preambular de um estudo da cultura incide na análise da funcionalidade de relações individuais, sendo essencial a “descrição de interações com ambiente e consequências no contexto determinado” (CARRARA, 2016, p. 254), cuja contingência constitui-se como unidade de análise destes fenômenos (CARRARA, 2016; CARRARA; ZILIO, 2015; ZILIO, 2016).

Centrada em uma linguagem científica parcimoniosa, a compreensão funcional do terceiro nível de variação e seleção consiste em uma abordagem descritiva das relações entre eventos, isto é, no detalhamento das contingências de três termos (CARRARA, 2016). O uso deste modelo explicativo econômico justifica-se por não haver consenso quanto ao uso da metacontingência como unidade de análise dos fenômenos sociais em contraposição à validade experimental histórica da tríplice contingência e ao entendimento de que tratamos de um fenômeno de mesma natureza que o nível ontogenético.

Mattaini (2006) aponta limitações no uso da metacontingência como conceituada por Mallot e Glenn, por ser um construto abstrato e sem evidências científicas consistentes, visto que os trabalhos empíricos produzidos poderiam ser explicados de maneira mais econômica em termos de contingências entrelaçadas.

Conceitualmente, a metacontingência é estruturada com base em extensões metafóricas (ZILIO, 2016), que atribui ao grupo o status de organismo que se comporta (CARRARA; ZILIO, 2015; ZILIO, 2016). Além do mais, para o entendimento dos fenômenos explicados pela metacontingência e termos adjacentes é necessário e inevitável descrevê-los funcionalmente, isto é, retornando à descrição pormenorizada da contingência de três termos (CARRARA; ZILIO, 2015).

Em síntese, ao presumirmos o comportamento dos indivíduos como unidade explicativa e de seleção de práticas culturais em contraposição à compreensão do grupo como um organismo ou instância que atua sobre o mundo, estamos lidando com o entrelaçamento e articulação de comportamentos individuais concatenados emitidos por diferentes sujeitos, que produzirão consequências para certo agrupado, as quais superam os efeitos de um comportamento isolado, mas que selecionarão o comportamento dos indivíduos em grupo. Diante desta perspectiva, consideramos que a tríplice contingência como procedimento de análise de práticas culturais mostra-se suficiente para o estudo da cultura por se tratar do mesmo processo elucidado pelo nível operante.

Considerando que o pertencimento do indivíduo a uma cultura está condicionado ao controle de seu comportamento, em parte, pelas contingências sociais (ZILIO, 2016; CARRARA; ZILIO, 2015), podemos depreender que os processos comportamentais – que incluem a modelação, a exposição às contingências e o controle por regras – relacionados à aprendizagem de comportamentos sociais envolvem uma história de interação com o ambiente mediada pelo outro (MELO; MACHADO, 2013). Isto é, a depender dos padrões culturais de interação, diferentes comportamentos (classificados como psicopatológicos) serão selecionados e mantidos.

Na história de filogênese de nossos ancestrais, além da dimensão relacional da seleção de determinadas características mais adaptadas ao meio ambiente, Carrara (2016) destaca que a seleção e a evolução de práticas culturais estiveram presentes desde nossa ancestralidade, o que o autor intitulou de remota “prototransmissibilidade cultural”. Conforme nossos ancestrais deixaram de viver individualmente e passaram a compartilhar uma vida em grupo, mais gregária e sócio-dependente à medida que passaram a permutar objetos e cultivar alimentos

para consumo, práticas foram mantidas, modificadas ou extintas entre gerações (CARRARA, 2016).

Todavia, apesar do desenvolvimento técnico e científico, apenas a evolução da espécie humana com o transcorrer do tempo, não suscita necessariamente o progresso, cujos produtos culturais produzidos e acumulados não resultam obrigatoriamente na aproximação e aprimoramento de condições mais salutares e de felicidade (CARRARA, 2016).

Para Glenn (1986), em análise acerca da utopia Walden II de Skinner, as contingências podem ser divididas em cerimoniais e tecnológicas. As contingências cerimoniais, independentemente das mudanças ambientais que beneficiam o sujeito, envolvem reforçadores sociais que fazem menção ao status, posição ou autoridade, enquanto as tecnológicas referem-se a comportamentos mantidos por mudanças não arbitrárias, cujos reforçadores têm utilidade, importância e valor para o sujeito e as pessoas ao seu redor. Assim, a autora considera que, nas contingências tecnológicas, as regras descrevem com precisão as relações funcionais entre comportamento e consequências imediatas ou de longo prazo e favorecem a efetividade do comportamento operante, mesmo diante de mudanças ambientais.

A despeito dos malefícios e benefícios à cultura, práticas culturais são transmitidas entre gerações. As culturas podem fracassar na elaboração de regras adequadas ou ainda formularem regras imprecisas a respeito das contingências (MEYER, 2005). As regras formuladas por culturas e subculturas, que orientam o comportamento individual e são aprendidas com os outros, podem ser incertas, dúbias e inadequadas para a sobrevivência do grupo (JONAS, 1999). Deste modo, algumas regras e práticas culturais podem ter efeitos deletérios, inclusive psicológicos, para aos sujeitos a curto, médio e longo prazo.

Bueno, Nogueira e Bueno (2014) destacam que

[...] a sobrevivência requer a aquisição de repertórios de comportamentos no sentido de controlar, e/ou minimizar, os efeitos danosos das forças naturais, especialmente os aversivos. E, desse modo, serem estabelecidas condições para o aumento da ocorrência de consequências reforçadoras. (p. 20).

No entanto, por vezes, podem existir costumes que produzem consequências deletérias para a sobrevivência da espécie em longo prazo. Para Carrara e Zilio

(2015), a existência de práticas culturais não implica impreterivelmente a sobrevivência da totalidade dos membros no decorrer de todo tempo.

No contexto da vida em comunidade, são desenvolvidos repertórios comportamentais por meio de contingências de reforçamento, essencialmente sociais. Skinner (2006) relaciona determinados repertórios a práticas do grupo, destacando que a cultura pode ter papel essencial nos excessos ou déficits comportamentais, os quais são frequentemente relacionados à psicopatologia.

Diferentes comunidades geram tipos e quantidades diferentes de autoconhecimento e diferentes maneiras de uma pessoa explicar-se a si mesma e aos outros. Algumas comunidades produzem a pessoa profundamente introspectiva, introvertida ou voltada para dentro; outras produzem o extrovertido sociável. Umas produzem pessoas que só agem após cuidadosa consideração das possíveis consequências; outras, os tipos imprudentes e impulsivos. Certas comunidades produzem pessoas particularmente cômicas de suas reações à arte, música ou literatura; outras, de suas relações com aqueles que a cercam. (SKINNER, 2006, p.146).

Recorrente no ambiente clínico, seja por meio de descrições verbais sobre as interações ambientais do cliente, seja pelo ensino de comportamentos autodescritivos, o autoconhecimento é temática presente neste contexto. O autoconhecimento é apontado por Skinner (2006) como um comportamento de origem social, pois é suscitado à medida que o grupo questiona a respeito da ação do sujeito, criando condições para a emissão de respostas autodescritivas.

Arranjar contingências para que o cliente identifique e descreva as variáveis antecedentes e consequentes contingentes a certa classe de respostas e, conseqüentemente, manipule-as podem se caracterizar como objetivos terapêuticos. Todavia, consideramos que, ao analisar as contingências em operação, em alguma medida, teremos que lidar com práticas culturais, visto que o comportamento individual não é dissociável de seu contexto.

O desenvolvimento de repertórios comportamentais mostra-se importante para a prevenção do adoecimento e promoção de saúde mental. Bueno, Nogueira e Bueno (2014), com base na literatura comportamental, ressaltam a relação entre o déficit de habilidades socialmente competentes e a produção de aversivos e pouco acesso a reforçadores, como variável relacionada à instalação de quadros psicopatológicos.

Em uma sociedade complexa cujas relações e condições são acentuadamente diversificadas, consideramos que a existência de um repertório comportamental variado é uma condição *sine qua non* para um desempenho social satisfatório, que dê acesso a reforçadores importantes. Para Andery (1993),

Se o comportamento dos indivíduos constrói a cultura e a mantém, e se este é determinado pelas suas consequências imediatas, torna-se fundamental que as práticas culturais e que os padrões comportamentais possam se adaptar a um ambiente constantemente em mudança, inclusive e principalmente, através da própria ação humana. (p.24).

Ou seja, a variabilidade comportamental aumenta a probabilidade de adaptação ao ambiente, que está constantemente em mutação (ABREU-RODRIGUES, 2007).

Almeida e Vitagliano (2009) discutem a respeito das patologias sociais, compreendidas como “processos de adoecimento que tem origem na rotina ou modo de vida da população” (p.1), os quais são exemplos o stress, a depressão e a obesidade. Os autores ponderam que apesar de em grande medida serem consideradas doenças produzidas pela falta de qualidade de vida e pelo comportamento social e estilo de vida nas cidades grandes, a intervenção médica, normalmente centrada no tratamento bioquímico, direciona-se às respostas fisiológicas apresentadas pela população.

Neste sentido, diante de observações em atuação profissional do aparente aumento de diagnósticos de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) de indígenas australianos, Fromene e Guerin (2014) abordam a influência de variáveis contextuais no diagnóstico. Com base nos relatos provenientes de entrevistas semiestruturadas, os autores discutem a influência de aspectos relacionados à história de vida e de contingências sociais, como abuso infantil, práticas culturais de preconceito e racismo, remoção da cultura de origem.

Diante da constatação de variáveis contextuais que explicam os sintomas descritos no manual diagnóstico com base na relação do sujeito com o ambiente sem inferir a existência de uma personalidade borderline como determinante de um padrão de respostas, os autores propõe uma visão alternativa, em que os sintomas do DSM-IV-R para TPB são explicados em termos da relação do sujeito com o ambiente, isto é, que fazem referências a contextos históricos e sociais. Para

elucidar o processo proposto e realizado pelos autores, a título de exemplo, o sintoma do DSM IV-R “esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado” é explicado pela retirada da família de origem e histórico de violência e negligência, gerando a desconfiança de si e dos outros.

Ainda em discussão sobre a doença mental em indígenas, Guerin e Guerin (2012) interpelam se a saúde mental é de fato algo psicológico ou produto de conflitos e problemas vivenciados ao longo de décadas por esta minoria marginalizada. Os autores salientam a determinação do contexto na doença mental e apontam a necessidade de mudança de estratégia de tratamento, em que a abordagem individualista e medicamentosa seria substituída pelo trabalho com famílias e comunidades e pela identificação de contextos.

De maneira geral, Guerin (2016; 2017a) sugere a compreensão e explicação do comportamento humano baseada na análise dos contextos sociais, destacando a importância de considerar a diversidade da existência humana, opondo-se a padrões, causas, leis e categorias prontos. Considerando que todas as ações humanas são sociais, Guerin (2017a) posiciona-se em uma perspectiva que considera os sintomas nomeados psicopatológicos como produtos de contextos adoecedores, que não produziram e mantiveram comportamentos saudáveis. As metáforas explicativas acerca do comportamento, sejam eles ficções mentais ou substratos biológicos, resultam da dificuldade em identificar e descrever o contexto relacionado a determinado comportamento.

Coerente com o pensamento behaviorista radical, Guerin (2017a) considera que os comportamentos não são resultados do pensamento, mas de arranjos ambientais, o que o autor intitula de contextos. Diante disso, critica os tradicionais métodos de tratamento psiquiátricos e psicológicos centrados no sujeito e destaca a relevância da análise contextual, em que ocorre a ampliação da perspectiva da doença mental por meio de observações em contextos reais estendidos.

Deste modo, consideramos o caráter social da doença mental, cujo ambiente exerce fundamental importância na constituição de quadros de adoecimento mental. Os transtornos psiquiátricos podem ser explicados por práticas culturais que se relacionam com o aparecimento de sintomas. Evidentemente, os comportamentos selecionados apresentam-se em nível operante; entretanto, o ambiente antecedente ou conseqüente é essencialmente social.

Considerar as psicopatologias como fenômenos de natureza social traz implicações para o tratamento. A classificação patológica dos transtornos mentais decorre de aspectos sociais e não intrínsecos aos processos comportamentais, isto é, trata-se de um fenômeno de natureza social (GONGORA, 2003; ULLMANN; KRASNER, 1975). A discriminação do comportamento, do contexto em que foi classificado e de quem classificou evidenciarão os parâmetros utilizados para categorizar o comportamento como normal ou anormal. Ou seja, a identificação de variáveis sociais intervenientes nos critérios de normalidade parece também nos dar informações sobre os possíveis encaminhamentos de acompanhamento e tratamento dos transtornos mentais. Isto é, perante um modelo predominantemente médico de identificação, interpretação e tratamento de problemas comportamentais, as ações em saúde direcionaram-se de acordo com essas práticas culturais.

Diferentemente de outros tipos de doenças cujos diagnóstico e terapêutica baseiam-se apenas em alterações fisiológicas, as doenças mentais implicam um posicionamento do terapeuta em termos normativos e éticos sobre aquilo que é socialmente aceito, tornando necessário o envolvimento do cliente na identificação de comportamentos a serem modificados e na função de tal mudança (GONGORA, 2003).

O tipo de tratamento empregado é condicionado à concepção do fenômeno comportamental (STAATS; STAATS, 1973). À vista disso, a compreensão da dimensão cultural nas doenças mentais cria condições para o surgimento de intervenções para grupos e em ambiente natural. Holland (1978) destaca que “Se as pessoas de uma sociedade são infelizes, se são pobres, se sofrem privações, então são as contingências incorporadas nas instituições, no sistema econômico, e no governo, que têm que mudar” (p. 323).

Guerin (2017a) aponta que os tratamentos na área da saúde deveriam ter como cerne ações direcionadas ao contexto, visto que a doença mental é relacionada a um ambiente que produz adoecimento. Diante disso, não faria sentido na perspectiva do autor ações exclusivamente direcionadas às mudanças de cognições e pensamentos. Sob a ótica de Guerin (2016, 2017a), o estudo do comportamento implica em analisar as ações humanas tendo como referência os padrões culturais de determinado povo, o que envolve a observação e exploração

das contingências sociais vigentes na vida da pessoa, o que está intimamente relacionado à relação com os outros em certo contexto cultural e histórico.

Logo, faria sentido em uma perspectiva cultural do adoecimento, analisarmos ações humanas tendo como referência os padrões culturais daquele povo e, ademais, a inserção no contexto para apreender as variáveis sociais relacionadas aos fenômenos estudados. Guerin (2016, 2017b) evidencia a importância da inserção e familiaridade para acessar e compreender o fenômeno analisado. Deste modo, o pesquisador ou o profissional deveriam se familiarizar com o contexto, o que envolve a inserção e aproximação com a comunidade.

Consonante com esta perspectiva, Holland (1978) discute o manejo de problemas comportamentais em ambientes institucionais, como empresas, presídios, escolas e clínicas. Considera que para alterações efetivas e perduráveis são necessárias modificações nas contingências que produzem e mantêm o comportamento-problema no ambiente natural e não em contingências artificialmente programadas em instituições.

A mudança nas práticas culturais não necessariamente envolve o planejamento e o arranjo deliberado de contingências. No entanto, enquanto analistas do comportamento dedicados ao estudo dos fenômenos sociais, podemos e, talvez, necessitamos enquanto um compromisso ético delinear estratégias que não se resumem ao tratamento de quadros de adoecimento já instalados, mas que resultem na promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais.

A prevenção na área da Psicologia ganhou espaço com as demandas psicossociais e a saúde pública (LACERDA JÚNIOR; GUZZO, 2005). Diferentemente do que ocorre em outros problemas de saúde em que o desenvolvimento de pílulas, vacinas e outras estratégias é necessário e suficiente, a prevenção, a resolução ou a eliminação de padrões comportamentais psicopatológicos deve ser de cunho essencialmente social dada à destacada importância do contexto no adoecimento psicológico (ALBEE, 1981).

Considerando essa perspectiva, a prevenção e promoção de saúde é um campo de atuação a ser mais bem explorado por analistas do comportamento. A prevenção de saúde pode ser dividida em quatro níveis: prevenção primária, secundária, terciária e quaternária (BRASIL, 2013). A prevenção primária, fundamentada no conhecimento epidemiológico (CZERESNIA, 2003), implica ações

que visam evitar o surgimento de doenças, reduzindo a incidência e prevalência (ALBEE, 1983; CZERESNIA, 2003), isto é, caracteriza-se como

[...] a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade). (BRASIL, 2013, p. 14).

Por outro lado, a prevenção secundária é descrita por estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce de um problema de saúde em estágio inicial, com o objetivo de favorecer o tratamento rápido e eficaz, reduzindo prejuízos ao sujeito e minimizando ou evitando sua disseminação (BRASIL, 2013). A prevenção terciária é destinada a diminuir as consequências deletérias à funcionalidade de um agravo crônico ou agudo (BRASIL, 2013) e inclui a reabilitação, tornando a deficiência menos incapacitante para as vítimas (ALBEE, 1981). Por fim, a prevenção quaternária é descrita como ações que visem detectar "indivíduos em risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas, excessivas para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis" (BRASIL, 2013, p. 15).

Embora não questionamos a importância do tratamento de transtornos mentais que trazem importante prejuízo funcional, delinear ações de promoção de saúde e que evitem o adoecimento (prevenção primária), na área de políticas públicas e de atuação profissional, é essencial para fomentar a qualidade de vida e o bem-estar da população.

Entretanto, podemos questionar quais parâmetros orientam a decisão de mudanças nas práticas culturais ou, de outra forma, quem define os objetivos e o que será modificado no planejamento cultural. O planejamento e a alteração de práticas do grupo anuncia uma discussão sobre valores. Neste sentido, Carrara (2015a) destaca que

Qualquer que seja o ponto de partida de uma análise comportamental da cultura, portanto, em algum momento inevitavelmente ela esbarrará nos empecilhos ético-morais da definição de objetivos de intervenção, de avaliação do que seja um bom entendimento de sobrevivência da cultura, de confrontar-se com o que sejam os custos sociais da sobrevivência da espécie, das diferenças entre o que é 'bom' para o indivíduo sem mesmo constituir-se num 'bem' indiscutível para o grupo. (p. 108).

Para Skinner (1975) valores são considerados como reforçadores que emergem de contingências e que diferem entre grupos distintos, cujas práticas consideradas “boas” ou “ruins” estão relacionadas à dimensão reforçadora ou aversiva, respectivamente. Isto é, aquilo que consideramos bom para uma cultura constitui-se como um valor e está associado ao que é reforçador para aquele grupo, não podendo ser generalizado a outras populações indiscriminadamente.

Talvez, um dos grandes desafios em delinear o que norteará o planejamento deliberado de determinadas contingências seja encontrar um equilíbrio para aquilo que é bom para o sujeito e o grupo e promova a sobrevivência da espécie. Além disso, a estruturação de estratégias de delineamento cultural não pode ser segmentada do grupo, ou seja, proposta por instituições, órgãos ou pessoas que não conhecem ou têm familiaridade com o contexto. Com certa frequência, políticas públicas são estruturadas por sujeitos que estão completamente distantes da realidade a qual propõem intervenções, o que, por vezes, resulta em baixa adesão e pouca efetividade das estratégias propostas.

Cabe ressaltarmos que não ensejamos discutir nesta dissertação os valores norteadores de um planejamento cultural dado à complexidade e amplitude temática que, possivelmente, demandariam um trabalho estrito ao tema. Todavia, destacamos a pertinência de considerarmos tais questões dentro da Análise Comportamental da Cultura.

4 PRÁTICAS CULTURAIS ADOECEDORAS

Perante o posicionamento teórico-filosófico a respeito da compreensão da psicopatologia como um fenômeno social discorrido neste trabalho, consideramos que algumas práticas do grupo podem estar relacionadas à maior probabilidade da constituição e manutenção de repertórios comportamentais intitulados tradicionalmente como doenças mentais.

De maneira geral, notamos uma deterioração da saúde mental na modernidade, o que pode ser associado à cultura. Para Kasser, Kanner e Ryan (2007), os sistemas econômicos, baseados na produção, consumo e distribuição de

bens, possuem regras, instituições e ideologias específicas que apoiam seu funcionamento. Nesta perspectiva, as características da sociedade atual podem estar relacionadas com as psicopatologias.

As mudanças na forma de existir do sujeito em comunidade tornaram as contingências mais complexas ao passo que passaram a existir mais variáveis intervenientes no comportamento do indivíduo. As relações multiplicaram-se e se complexificaram, além de em um mesmo espaço de tempo ocorrer um número muito superior de eventos comparativamente a história da vida humana em outros períodos históricos. A velocidade da informação, das relações, enfim, do existir humano superou os limites vivenciados pelos homens até então.

Na literatura analítico-comportamental, dentre as contingências culturais associadas às psicopatologias destacamos, por fins didáticos e elucidativos, três práticas culturais relacionadas ao adoecimento humano na sociedade ocidental contemporânea: práticas culturais individualistas; práticas culturais que promovem o enfraquecimento de contingências naturais e práticas culturais coercitivas.

4.1 Práticas culturais individualistas

Em uma sociedade altamente individualizada, contingências culturais específicas operam sobre o comportamento do sujeito e parecem ter importantes repercussões no adoecimento psicológico. O modo de vida, as relações interpessoais e os sentimentos e pensamentos do indivíduo contemporâneo estão relacionados às práticas e costumes do grupo que evoluíram durante o percurso histórico da existência humana.

Em consonância com esta ótica, Ferreira e Tourinho (2011) e Nico, Leonardi e Zeggio (2016) discutem a respeito de práticas culturais atuais e seus impactos na instalação e manutenção de repertórios considerados deprimidos, as quais, em parte, referem-se ao processo de individualização das sociedades contemporâneas. As atuais práticas individualistas emergiram com o surgimento da produção de capital e a falência de uma sociedade hierárquica e basicamente agrária, ou seja, com a transição da pré-modernidade para o período moderno.

A vinda da modernidade, caracterizada pela “consolidação do modo capitalista de produção no lugar do modo de produção feudal, sendo a Revolução Industrial no século XVIII um marco definidor de seu início” (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2016, p.47), trouxe destacados impactos históricos, econômicos, sociais e culturais que alteraram consideravelmente a noção de indivíduo (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2016), além da interação dos sujeitos com os pares e com o ambiente físico. Mais recentemente, com o acirramento do capitalismo, no segundo quarto do século XX, outras importantes mudanças sucederam na nova forma de viver do ser humano em sociedade, período denominado de pós-modernidade (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2016).

Entretanto, a pós-modernidade não é considerada consensualmente como um momento histórico segmentado e distinto da modernidade, o que pode estar relacionado ao fato de ser um processo em andamento, como sugere Gatti

O termo pós-modernidade [...] denota o que vem depois da modernidade, sendo problemático seu sentido, justamente por tentar traduzir um movimento da cultura em sociedades em rápida mutação, movimento que se ainda está produzindo, sem que se distingam consolidações que ajudem a qualificá-lo melhor. (GATTI, 2005, p. 598-599).

Diante disso, consonante com Gatti (2005), consideramos, neste modelo interpretativo dos fenômenos psicopatológicos, a contemporaneidade como um período de transição da modernidade para a pós-modernidade, visto que profundas mudanças da existência humana estão em operação, no entanto, ainda são preservadas significativas características do período anterior. Assim, nossa proposta foi centrada na análise das práticas culturais presentes na relação do sujeito contemporâneo com o ambiente social, mais do que a consideração e distinção entre os dois períodos. Contudo, utilizamos os termos pré-modernidade e modernidade para se referir as consolidadas mudanças entre esses diferentes momentos históricos e, ainda, contemporaneidade para se referir às contingências presentes na sociedade atual.

Com o advento da economia de mercado, do surgimento da propriedade privada e da acumulação de capital, uma nova forma de viver em sociedade foi instituída. A época moderna foi fundamentada na razão humana enquanto norteadora do pensar e agir sobre o mundo, produzindo progresso, em que as

técnicas e as tecnologias orientadas pelo avanço da ciência ganham destaque, em contraposição às explicações metafísicas do período histórico anterior (GATTI, 2005).

O capitalismo, por meio do avanço tecnológico e aumento da produção de capital, viabilizou o acesso a bens e serviços e tratamentos médicos, bem como propiciou diferentes possibilidades de escolhas de consumo de produtos e serviços, alternativas para o trabalho e diferentes perspectivas de vida. Os seres humanos passaram a ter acesso a uma quantidade imensurável de reforçadores arbitrários e que, teoricamente, dependiam apenas do esforço pessoal.

Entretanto, a manutenção deste sistema econômico envolve a existência de ideologias, como a primazia do interesse próprio, a necessidade de crescimento econômico e a competição como algo benéfico para a existência do grupo, garantindo o funcionamento e manutenção do capitalismo, mas ocasionando redução de comportamentos direcionados ao bem-estar coletivo e relacionamentos interpessoais próximos (KASSER; KANNER; RYAN, 2007). De acordo com Ferreira e Tourinho (2011),

Transformações políticas, econômicas e sociais forneceram condições para o surgimento de um processo de individualização, que passou a regular o modo de os membros de sociedades complexas agirem no mundo, traçarem planos de vida, ocultarem aspirações, emoções e desenvolverem a auto-observação e o autocontrole em níveis muito elevados. (p. 28).

Neste panorama, substitui-se a concepção do ser humano enquanto interdependente dos outros pela noção de individualização. Conforme Tourinho (2009), a substituição da concepção de heteronomia do sujeito medieval pela autonomia do sujeito moderno perpassa o aparecimento da economia de mercado, que possibilitou novas condições de vida. A função social e as condições materiais passam a não ser determinadas impreterivelmente pelo nascimento. Novas possibilidades e caminhos tornam-se disponíveis mediante a ideia de controle do indivíduo de suas condições de vida graças à monetarização, surgindo a concepção de autonomia do sujeito. Entretanto, Tourinho (2009) destaca que “os processos de interdependência no mundo moderno assumem formas muito mais complexas e sofisticadas, impondo muito mais exigências para a realização individual” (p. 38).

Nas sociedades pré-modernas, dentre elas as sociedades feudais, a organização da vida diária ocorria de maneira compartilhada, sem distinção clara entre particular e público (FERREIRA; TOURINHO, 2011). As funções sociais eram acentuadamente distintas, característica de uma sociedade hierárquica, porém, eram complementares e norteadas por códigos e costumes de cada grupo nas suas relações diretas na convivência em comunidade (TOURINHO, 2009), não havendo a distinção do eu e de espaços privativos, como aponta Ariès (1986)

Na Idade Média, como em muitas sociedades em que o Estado é fraco ou simbólico, a vida de cada particular depende de solidariedades coletivas ou de lideranças que desempenham um papel de protetor. Ninguém tem nada de seu — nem mesmo o próprio corpo — que não esteja ameaçado ocasionalmente e cuja sobrevivência não seja assegurada por um vínculo de dependência. Em tais condições há confusão entre público e privado. Ninguém tem vida privada, mas todos podem ter um papel público, mesmo que seja o de vítima. (p. 22 e 23).

Nas sociedades primitivas, o controle do comportamento individual é mantido pela presença constante de pessoas, cujas vidas são totalmente compartilhadas, não sendo necessário ou possível o espaço para o isolamento. As ações humanas são análogas e consonantes com as práticas do grupo. O conhecimento e familiaridade dos membros da comunidade, bem como o convívio público para realização das atividades cotidianas possibilitaram o compartilhamento da vida e a cooperação, garantindo que a sobrevivência do grupo fosse possível.

A privatização da vida, que passa a se constituir como característica da modernidade, e os avanços tecnológicos que estreitaram as distâncias físicas entre as pessoas possibilitaram a emergência de novas formas de relacionamento interpessoal. Em contraposição às sociedades pré-modernas, na cultura ocidental atual, o ser humano é entendido como separado dos demais, enquanto alguém autônomo e independente, cuja dicotomia entre eu e a sociedade ganha destaque. Neste sentido, a percepção do ambiente, das coisas materiais e das relações pessoais é segmentada da visão de si (ELIAS, 1990).

Assim, as relações do sujeito com a comunidade, anteriormente próximas e familiares, atualmente, tornaram-se distantes e impessoais a despeito de as tecnologias terem encurtado as distâncias. A segmentação de espaços privados e públicos nas sociedades industrializadas e urbanizadas permitiu isolamento e tornou o comportamento de tomada de decisão um processo de responsabilidade do

sujeito, que é extremamente valorizado, constituindo-se como uma exigência e hábito (ELIAS, 1994).

As relações interpessoais passaram a dar acesso a reforçadores arbitrários como status social. Melo e Castro (2015), em análise de Walden II, consideram que as relações que produzem apenas consequências interpessoais (e não àquelas que dão acesso a reforçadores como dinheiro, status, posição social e segurança econômica) são consideradas como práticas que fortalecem a cultura à medida que as relações próximas e efetivas produzem consequências positivas, como apontam no trecho

[...] a efetividade dessas relações pode produzir consequências culturais positivas, como efetividade na educação das crianças, que deve resultar em indivíduos mais adaptados à cultura e mais criativos; efetividade nas relações entre homens e mulheres, que pode produzir mais cooperação no desempenho das diversas atividades importantes para o fortalecimento da cultura etc. (Melo; Castro, 2015, p.66).

Diante disso, o que hoje entendemos por indivíduo, termo que se refere à concepção de ser humano como entidade autônoma e distinta de todos os outros (ELIAS, 1994), não pode ser sobreposta à concepção de sujeito medieval. O ser humano que viveu nas sociedades pré-modernas é consideravelmente diferentemente do entendimento de indivíduo que possuímos na sociedade contemporânea. De acordo com Tourinho (2009), não é pertinente nem a distinção entre indivíduo-sociedade ao passo que a vida na Idade Média estava entrelaçada ao grupo, seja por meio do compartilhamento de espaços, objetivos de vida, rotina de trabalho.

Tourinho (2009) considera que a noção de indivíduo da sociedade moderna implica uma autoimagem de sujeito enquanto ser autossuficiente e cujas realizações fundamentam-se em suas próprias capacidades. Para o autor

[...] quando as condições de interdependência tornam-se menos evidentes, ou menos reconhecidas, estão criadas as condições para uma concepção de homem como ser autônomo, cujas ocorrências ou faculdades pessoais constituem o núcleo de sua existência e de suas realizações. (TOURINHO, 2009, p. 29).

Essas mudanças trazem implicações para a relação do ser humano em sociedade, visto que em uma cultura individualista, cujo vínculo com os demais não

é entendido como constitutivo do eu, a compreensão da relação de interdependência fica comprometida. Com isso, a explicação do comportamento centra-se no indivíduo e, conseqüentemente, os determinantes ambientais podem ser negligenciados.

Por outro lado, apesar do processo de individualização, as funções sociais, específicas e características de cada sociedade, estão relacionadas à interação interpessoal à medida que são constituídas na relação (de interdependência) com os outros no exercício da função individual (ELIAS, 1994). Em outras palavras, o comportamento humano está intimamente relacionado ao outro, ainda que a explicação tradicional ofusque a determinação ambiental das ações humanas, cada pessoa está impreterivelmente vinculada à outra direta ou indiretamente.

Podemos considerar que a relação contingencial entre comportamento e ambiente é essencialmente o objeto de estudo da perspectiva comportamentalista, isto é, as contingências que os homens vivenciam e os comportamentos operantes que emitem em determinado ambiente social. Apesar dos limites entre o sujeito e o mundo terem sido destacados na contemporaneidade, trazendo a noção de individualidade, para analistas do comportamento essa relação não deixa de ser constitutiva do 'eu' e se torna objeto de investigação.

No entanto, de maneira geral para a população, os comportamentos que justificam a ação tendo como cerne o sujeito, em uma ótica internalista e mentalista, são selecionados e mantidos. Assim, a visão da segmentação entre eu-outros e do sujeito como norte explicativo das ações humanas permanece como característica da sociedade contemporânea centrada no individualismo e, como tal, produz sujeitos insatisfeitos a seu próprio respeito.

Neste contexto, a relação psicoterapêutica se estabeleceu nos moldes do individualismo. O vínculo entre cliente/paciente e terapeuta constitui-se como uma relação contratual entre estranhos, já que seu advento está associado ao aumento deste tipo de relacionamento nas sociedades ocidentais modernas. Em período histórico anterior à modernidade, a função de discussão e resolução de problemas associava-se a pessoas familiares, como, por exemplo, parentes, líder religioso, anciões (GUERIN, 2017b).

Apesar de apontarmos a relação entre estranhos no contexto clínico como produto das contingências da sociedade moderna, não estamos desconsiderando a atuação psicoterapêutica individual tendo em vista a função da psicoterapia na

busca de tornar o sujeito agente em seu próprio ambiente, manipulando variáveis ambientais a fim de proporcionar qualidade de vida e bem-estar a si mesmo e as pessoas que o cercam.

Ademais, de maneira geral, as relações humanas tornaram-se baseadas na competitividade, cujo comportamento do indivíduo é fundamentado na comparação e busca por superioridade em relação aos outros, tendo como referência padrões de vida irreais e, muitas vezes, inalcançáveis (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2016). Os comportamentos considerados “fracassados” são frequentemente punidos com reprovação social, em que a responsabilidade por não ter atingido as capacidades e feitos de outras pessoas é atribuída ao sujeito.

Para Hidaka (2012), os transtornos mentais, dentre eles a depressão, estariam positivamente correlacionados a aspectos sociais da vida contemporânea relativos à competitividade, desigualdade e isolamento social. Em acréscimo, às mudanças no cotidiano, como má alimentação, falta de atividade física e disfunção endócrina decorrentes de pouca exposição à luz solar e de privação de sono produziriam alterações fisiológicas favorecedoras de quadros depressivos.

Para Tourinho (2009), as mudanças nas relações e explicações do comportamento humano nas sociedades individualizadas, em que a dimensão social da existência humana é ofuscada, promoveram dicotomias, como público-privado, externo-interno, físico-mental, sociedade-indivíduo. A dicotomia entre sociedade-indivíduo é caracterizada pela distinção acentuada entre o eu e o nós, atribuindo a causalidade do comportamento ao sujeito. Assim, o ser humano é entendido como inteiramente independente e separado do mundo externo, em que seus sentimentos, emoções e pensamentos ficam resguardados ao sujeito em seu pequeno mundo (ELIAS, 1990).

De acordo com Ferreira e Tourinho (2011), “A autoimagem do homem moderno baseada em um eu interior isolado do mundo externo fortalecerá a noção de sentimentos e emoções intrínsecos à natureza do indivíduo” (p. 31). Perante a necessidade de encobrir os eventos internos que passaram a ser reservados ao sujeito, a auto-observação constitui-se como comportamento presente nas sociedades individualizadas, relacionada com a visão do indivíduo como unidade explicativa sobre os fenômenos emocionais.

O treino da discriminação de estados emocionais, sentimentos, comportamentos e pensamentos é associado com a prática de justificar os fenômenos humanos tendo como referência o sujeito e não as relações, em que os eventos internos são compreendidos como intrínsecos a ele (FERREIRA; TOURINHO, 2011). Diante disso, entendemos que com o advento da sociedade moderna, que trouxe como cerne o individualismo, a compreensão do comportamento humano seja do ponto de vista científico ou leigo relaciona-se a ideia de um eu iniciador.

Nesta perspectiva, a identificação de sintomas, bem como a prática do diagnóstico emergem de contingências de práticas culturais individualistas e negligenciam variáveis ambientais. Ferreira e Tourinho (2011) consideram que a atribuição de causalidade a aspectos do indivíduo relaciona-se a tradição de identificação e diferenciação de sentimentos e comportamentos caracterizados como sintomas psicopatológicos, no caso do estudo dos autores, sintomas depressivos. Ademais, consideramos pertinente a prática do diagnóstico perante práticas culturais que fazem emergir comportamentos de auto-observação de sentimentos e pensamentos e a noção de controle dos impulsos, que passaram a ser restritos ao particular.

Entretanto, cabe questionarmos quais implicações da prática cultural de justificar o comportamento humano tendo como referência explicações mentalistas que atribuem a causalidade do comportamento a aspectos inerentes ao sujeito. Neste sentido, as contingências arranjadas pelas sociedades individualizadas fazem emergir as noções de fracasso e sucesso como algo de mérito ou demérito individual (TOURINHO, 2009). Apesar de em situações de insucesso o sujeito lidar com sentimentos de incompetência ou fracasso, os êxitos produzem importantes sensações de competência e vitória, em que o indivíduo é considerado como diferenciado, competente e destacado dos demais. Frequentemente, essas conquistas e derrotas são atribuídas a aspectos internos e traços de personalidade tanto no contexto da Psicologia como no cotidiano.

Mais especificamente na contemporaneidade, a felicidade, bem como a identidade e subjetividade do sujeito contemporâneo são relacionadas à aquisição e posse de produtos, que possuem simbolicamente valor social de sucesso e realização pessoal (NICO, LEONARDI; ZEGGIO, 2011). Ou seja, o reforço social

passa a ser contingente a conquistas materiais ou comportamentos que supostamente indiquem sucesso financeiro, pessoal e profissional, como a divulgação em mídias sociais de experiências e bens, mesmo que não correspondam a realidade.

A existência de padrões de vida muito distantes da realidade da maioria das pessoas e sua divulgação maciça possibilitada com os avanços tecnológicos da contemporaneidade associadas à responsabilização do sujeito pelo fracasso e sucesso, isto é, a não correspondência aos padrões estipulados socialmente de vida bem sucedida são entendidos como resultado de incapacidade, incompetência e falta de esforço, podendo gerar sentimentos desagradáveis no indivíduo e, em alguns casos, o adoecimento mental. Ademais, a falta de domínio ou ausência de certa habilidade para aquilo que é esperado pode resultar em exclusão social. Para Gatti (2005), no contexto educacional, aqueles que não possuem habilidades para tratar a informação ou determinados conhecimentos são completamente excluídos.

Na Idade Média, essa perspectiva era distinta. A reflexão sobre a própria vida, bem como o comportamento de tomada de decisão eram comportamentos coletivos e, em certa medida, prescindíveis dada a falta de mobilidade social e expectativa de vida. A existência humana seguia um curso relativamente pré-definido, em que a rotina e os afazeres do dia-a-dia seguiam um itinerário relativamente estável (TOURINHO, 2009). Portanto, não havia a atribuição de responsabilidade do indivíduo por sua condição de vida, visto que ela seguia o itinerário esperado e determinado por sua posição hierárquica.

A escassez de relacionamentos sociais afetivos, a desesperança, a falta de perspectiva, e o fracasso pessoal são fatores de risco associados ao suicídio (DALGALARRONDO, 2008). Práticas culturais individualistas que favorecem sentimentos de incompetência, cujo fracasso é atribuído ao indivíduo e produz exclusão social são constitutivas de uma sociedade que produz o adoecimento mental.

Cabe ressaltarmos que a relação contingencial entre resposta e ambiente é bidirecional, como aponta Hunzinker (2011), “não há um poder isolado em qualquer das partes da relação: se o organismo pode mudar o ambiente e ser por ele modificado, a análise envolve uma condição onde organismo e ambiente se modificam mutuamente.” (p. 11). Desta maneira, ao falarmos de um ambiente social

que seleciona práticas individualistas, não estamos atribuindo exclusivamente, em última análise, o controle do comportamento do indivíduo ao ambiente, visto que parte deste ambiente é modificado pelas ações do próprio sujeito.

As práticas culturais individualistas são aprendidas, sejam elas ensinadas ou não. O comportamento do indivíduo é selecionado e mantido por um ambiente social que reforça um repertório comportamental de autorresponsabilização, de privatização da vida e de relações distantes e superficiais. Por outro lado, o valor aversivo de contingências em que o comportamento não é positivamente reforçado é amplificado mediante o complexo entrelaçamento entre as contingências das sociedades individualizadas, em que

[...] se exige dos indivíduos que tomem suas decisões, busquem seus objetivos de forma independente, e, enquanto, adultos, obtenham autonomamente o próprio sustento – combinadas a contingências culturais específicas – que propagam os mais diversos modelos profissionais bem sucedidos, modos de vida baseados em consumo desenfreado e um permanente bem estar como regras. (FERREIRA; TOURINHO, 2011, p. 30).

Diante das inúmeras possibilidades pessoais e profissionais ofertadas pelo estilo de vida contemporâneo, sentimentos de apreensão quanto ao futuro podem emergir (FERREIRA; TOURINHO, 2011). Em contrapartida, podemos considerar que as poucas possibilidades de vida do período pré-moderno com a determinação das funções sociais pelo nascimento não se caracterizavam como contingências favoráveis à produção de sentimentos de preocupação quanto ao que ocorreria no curso de vida. Isto é, a predefinição da função social de acordo com o nascimento não favorecia a reflexão e o esforço à mudança de vida (TOURINHO, 2009).

Outra consequência importante dessa nova forma de existir no mundo promovida pela modernidade refere-se à infância, que ganha status de período do desenvolvimento particularizado, marcada por características idiossincráticas e fonte de atenção e cuidado diferenciados (ARIÈS, 1981). Perante contingências de superespecialização e complexificação do trabalho e de controle do comportamento adulto no ambiente público, em que a vida humana se constitui como particularizada e, conseqüentemente, sentimentos e pensamentos são contidos e guardados ao nível individual, cria-se a necessidade de segmentação da infância e da vida adulta (ELIAS, 1994).

No que diz respeito à presença da criança nas sociedades pré-modernas, o mundo infantil não era distinto da vida adulta e apresentava pouca importância atribuída socialmente. Conforme não necessitava mais dos cuidados específicos de outras pessoas e era capaz de viver sem ajuda, a criança participava do mundo adulto, de seus afazeres, compromissos e atividades da vida diária em comunidade (ARIÈS, 1981).

Diferentemente da perspectiva da infância nas sociedades atuais, de acordo com Ariès (1981), na sociedade medieval, os adultos eram em certa medida indiferentes às crianças. Além da alta taxa de mortalidade infantil, as crianças não eram cercadas pela família; entretanto, partilhavam da vida em sociedade, frequentavam locais públicos, aprendiam sobre a vida adulta com o próprio grupo e, regularmente, aos sete anos afazeres eram ensinados com outra família que não a de origem.

Ferreira e Tourinho (2011) destacam a separação das crianças do ambiente social dos adultos como uma maneira de educar e controlar os comportamentos espontâneos. A escola constituiu-se como um local destinado à formação moral e intelectual, sendo responsável pela separação e preparação para a passagem à vida adulta. A família que, anteriormente, não tinha como cerne o envolvimento emocional, mas a transmissão de bens e nomes, também passou a se responsabilizar pelo cuidado e vigilância moral, criando condições à ideia de inocência da criança, privando-a das tentações do mundo. Portanto, a nova concepção de família alicerça-se na segmentação do núcleo familiar e da sociedade (ARIÈS, 1981).

Assim como a infância, a adolescência foi uma construção social do período moderno. Para Knobel (1981), é fundamental a distinção da fase da adolescência como um “fenômeno específico dentro de toda a história do desenvolvimento do ser humano” (p. 24). De acordo com Kehl (2004), apesar de a puberdade, caracterizada pela maturação sexual, estar presente historicamente em diferentes sociedades, o conceito de adolescência é recente, originando-se conjuntamente com a modernidade e o processo de industrialização. Para a autora, essa fase de desenvolvimento é tipificada como um período estendido de transição entre a infância e a vida adulta, quando o indivíduo a despeito de apresentar competências

físicas plenamente adquiridas e maturidade sexual, é considerado imaturo emocional e cognitivamente para a vida sexual e o mercado de trabalho.

Deste modo, podemos considerar que o período da adolescência, assim como a fase da infância foram construídas com base nas mudanças sociais e econômicas que ocorreram com fim do modo de produção manufaturada devido à revolução industrial. Na contemporaneidade, a adolescência passou a ser marcada como um momento em que o sujeito se desenvolveu física e sexualmente para não ser enquadrado como criança, mas ainda é considerado incompetente para o exercício das funções implicadas na vida adulta. Isto é, as habilidades exigidas socialmente para o convívio e exercício profissional.

A despeito da escolarização formalizada e do aumento dos anos de estudo, os jovens passaram a conviver com um mercado de trabalho cada vez mais competitivo e, em alguns momentos históricos escassos, levando-os a prolongar o tempo de dependência da família de origem e, conseqüentemente, de processos decisórios e de responsabilidade (KEHL, 2004). Ademais, a aprendizagem que será útil na vida adulta ficou basicamente restrita ao controle verbal do comportamento em contingências muito diferentes das que serão expostos quando adultos.

O distanciamento das contingências da vida adulta e, conseqüentemente, a falta de repertório competente em termos de resolução de problemas enfrentados na vida adulta pode ser condição para o adoecimento, posto que déficits comportamentais foram relacionados com psicopatologias (BANACO et al., 2012; MARTIN; PEAR, 2009; STAATS; STAATS, 1973; WIELENSKA, 2015) e podem trazer importantes prejuízos à funcionalidade do sujeito.

Além deste distanciamento no contexto da infância e adolescência, uma gama de práticas culturais atuais presentes nas sociedades individualizadas pode ser associada ao enfraquecimento de contingências naturais.

4.2 Práticas culturais que promovem o enfraquecimento de contingências naturais

Na contemporaneidade, grande parcela da população não convive com ameaças imediatas devido aos avanços que permitem a previsão e certo controle do

ambiente, contingências essas que criam a necessidade de planejamento de cursos de ação para o futuro, promovem um distanciamento e atribuem caráter aversivo à morte (FERREIRA; TOURINHO, 2011). Os avanços tecnológicos possibilitaram feitos que aumentaram a expectativa de vida devido ao tratamento de doenças e melhoria das condições de vida e instituíram uma nova forma de viver e se relacionar em comunidade.

A automatização da vida diária é surpreendente e extraordinária, resultando em uma diminuição significativa das contingências que produziram a necessidade do sujeito comportar-se, cujo repertório comportamental fica cada vez mais restrito e limitado. A globalização possibilitou que determinadas práticas, antes restritas a um ambiente físico, tornarem-se transculturais velozmente. O acesso à informação passou a ocorrer quase que instantaneamente ao evento e a velocidade das mudanças atingiu patamares nunca vistos anteriormente.

Vivemos um momento de aceleração da existência humana, que vai muito além apenas da velocidade das informações. Cada vez mais são desenvolvidas tecnologias para agilizar a produção de bens de consumo e alimentos, o tempo das tarefas. O camponês na Idade Média precisaria esperar o tempo natural de germinação, plantação e colheita, contando com a possibilidade de intempéries ambientais não previstas e controladas que influenciariam consideravelmente a sua produção. Hoje, a ciência além de prever condições do clima, produz conhecimento e tecnologia que aperfeiçoa as sementes, estimula e acelera a produção de frutos, por exemplo.

Entretanto, a despeito das facilidades promovidas são crescentes as queixas de tristeza, desânimo, ansiedade, insatisfação. Skinner (1986) considera que a infelicidade frequentemente presente no estilo de vida ocidental, marcado pelo acesso à segurança, fartura e liberdade, é resultado de práticas culturais que promovem o desgaste de contingências de reforçamento como resultado da utilização de reforçadores condicionados e generalizados, que distancia o comportamento de suas consequências naturais. Neste sentido, podemos considerar que mesmo culturas que teoricamente possuiriam as condições ideais para o desenvolvimento humano, como o acesso à educação e saúde de qualidade, segurança, condições sociais mais igualitárias poderiam apresentar práticas culturais associadas ao adoecimento mental.

Com o avanço tecnológico sem precedentes ocorrido na contemporaneidade, a velocidade e atualização dos acontecimentos em todo o mundo, bem como a quantidade de informações disponibilizadas e acessadas e a diminuição do tempo de ócio tornaram-se características e exigências sociais deste período (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2011). Para os autores,

Na sociedade pós-moderna, em que o capitalismo alarga seus horizontes e amplia a já alta produtividade, desenvolvem-se tecnologias que promovem a aceleração frenética da vida cotidiana; parar e “fazer nada” geram, como nunca, sentimentos de culpa, inferioridade e inadequação social – todos esses constituintes da depressão. (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2011, p. 67).

As pressões econômicas, políticas e sociais conjuntamente com a aceleração da vida exigem que o ser humano esteja em constante movimento, normalmente relacionado à produção de capital, no caso, o trabalho. Segundo Ferreira e Tourinho (2011), as sociedades individualizadas e complexas valorizam a alta produtividade, além da autonomia social e econômica, o que consideramos que pode acarretar custos à existência humana à medida que reforçadores importantes são negligenciados.

Dentre as práticas culturais da sociedade contemporânea que enfraquecem as contingências de reforçamento, a alienação, entendida como o distanciamento das consequências imediatas da ação humana, é apontada por Skinner (1986) como uma prática atual que estaria relacionada ao sofrimento. O estilo de vida imposto com o surgimento do modelo capitalista, que institui o modo de produção industrial baseado no lucro em contraposição à manufatura, complexificou o trabalho e expandiu as possibilidades laborais.

Neste quadro, o aparecimento da especialização do trabalho e da automatização de tarefas, ao mesmo tempo em que possibilitou o avanço tecnológico, similarmente produziu o distanciamento das consequências imediatas e naturais que modelariam o comportamento. Segmentar a produção em pequenas tarefas que são realizadas por diferentes pessoas, além de afastar o sujeito do produto de sua ação, implica na realização do mesmo comportamento repetidamente (SKINNER, 1986), o que pode produzir sensações de cansaço, tédio, insatisfação. Diante disso, o trabalho, que nas sociedades pré-modernas estava sob controle das consequências naturais do comportamento, isto é, do produto de seu

esforço, passou a ser controlado por reforçadores arbitrários e condicionados, como o dinheiro.

Entretanto, por vezes, o comportamento de trabalhar não é mantido por reforçamento positivo. Para Skinner (1986), em trabalhos acertados por contrato e não por produção, estão presentes contingências de reforçamento negativo à medida que a atividade laboral é mantida pela esquiva da exposição a eventos aversivos, como uma demissão. Além desta condição em que o pagamento é realizado pela quantidade de tempo trabalhado, a exigência de produção em curto espaço de tempo também parece favorecer o controle do comportamento por reforçamento negativo, independentemente da função do trabalho, seja em linha de produção, cargo de chefia, trabalho intelectual. Os trabalhadores passaram a se comportar para evitar repreensões, demissões e retaliações, criando uma lacuna entre as consequências naturais do trabalho e o comportamento.

Podemos também observar esse distanciamento das contingências naturais no que diz respeito ao cotidiano e à educação na infância e adolescência. Diferentemente do período feudal, em que o repertório comportamental da criança e do adolescente era modelado pelo contato direto com as contingências, inclusive daquelas às quais estariam expostos na vida adulta, a segmentação destas fases de desenvolvimento em relação ao mundo dos adultos, ao mesmo tempo em que possibilitou a aprendizagem de repertórios complexos exigidos com a avanço da modernidade e complexificação do trabalho, limitou o desenvolvimento de comportamentos pelo contato direto com as contingências e promoveu um distanciamento das consequências naturais do comportamento. Nesse contexto, a aquisição de repertórios é objeto de interesse do controle educacional, que segundo Skinner (2003) baseia-se em reforços artificiais para instalação de comportamentos que terão vantagens no futuro.

Outro produto significativo do estilo de vida ocidental diz respeito aos comportamentos de fuga e esquiva de aversivos que ocorrem de forma generalizada no estilo de vida ocidental, apontado por Skinner (1986) como característica das democracias ocidentais. A tecnologia promoveu mudanças tão significativas na vida do ser humano quanto à saúde, bem-estar e qualidade de vida que o adoecimento, a velhice e mesmo o sofrimento passam a ter alto valor aversivo atribuído.

Notadamente, na história humana, pessoas delegam trabalho a outras ou a tecnologias, evitando o contato com a aversividade de eventos. Todavia, segundo Skinner (1986), o comportamento torna-se menos variado e, ao passo que se evitam aversivos, consequências reforçadoras também são evitadas. A não exposição a essas contingências de reforçamento não possibilita o fortalecimento de contingências reforçadoras e o desenvolvimento de repertório de resolução de problemas, isto é, a modelagem e manutenção de repertório comportamental, tornando-o menos variado e adaptado a diferentes contingências ambientais.

Diante disso, este estilo de vida expurga coisas desagradáveis de tal maneira que relutamos em aceitar até mesmo condições desagradáveis sem alto valor aversivo, como o uso de capacetes, a sinalização de proibido fumar. Deste modo, há um desgaste das contingências de reforçamento negativo, posto que as consequências fortalecedoras do reforçamento aversivo, como o alívio, são perdidas (SKINNER, 1986).

Apesar de o ambiente ter se tornado mais complexo com o desenvolvimento humano, muitos avanços tecnológicos exigem baixo custo de resposta, entendido como a redução do esforço físico e da frequência de respostas emitidas para obtenção do reforço. Frequentemente, na nossa vida diária, o acesso a consequências prazerosas é produto de comportamentos cada vez mais simplificados pelo desenvolvimento de aparelhos e outras facilidades, o que para Skinner (1986) tem nos tornado apertadores de botões. Ademais, inúmeras práticas culturais da sociedade ocidental aumentam a ocorrência do reforçamento imediato. O acesso generalizado a reforçadores imediatos com baixo custo de resposta e pouca variabilidade não é contingente a comportamentos que promovem a sobrevivência e do indivíduo (SKINNER, 1986).

Se por um lado Skinner destacou práticas culturais que evitam contingências aversivas, não podemos negligenciar ditames sociais a respeito de um modelo ideal de vida, como sensação de bem-estar constante e acesso a reforçadores arbitrários possibilitados pelo dinheiro, as quais atribuem maior valor aversivo a contingências de fracasso, por exemplo. Tourinho (2009) relaciona o adoecimento, em parte, com práticas culturais que atribuem à causalidade do comportamento ao indivíduo e que estabelecem como regras supostos comportamentos bem-sucedidos, baseados no consumo e em um bem-estar ideal.

O uso da tecnologia, como televisores, computadores e smartphones, é permeado de estimulação verbal que divulga estilos de vidas ideais e padrões de consumo de serviços e bens. De acordo com Nico, Leonardi e Zeggio (2011), a propaganda, que tem como objetivo estimular o consumo de certo produto, “pode funcionar como estimulação antecedente (que apresenta novos estímulos ou modifica funções de estímulos já existentes) que controla respostas de consumir” (p. 72). As estratégias utilizadas de marketing para a aquisição de produtos, bens e serviços está relacionada à necessidade de consumo do excedente produzido e possibilitado pelo progresso técnico-científico que superam as necessidades básicas e se fundamentam na função simbólica e arbitrária de status social, poder e sucesso atribuída a tais objetos de consumo, como apontado pelos autores

A nova cultura de massa passa a estabelecer e divulgar que as pessoas agora prestam mais atenção nas aparências, no que é novo, moderno, bonito; o consumidor esteticamente sensível e sofisticado é valorizado e ganha status social; o design e o mercado passam a trabalhar juntos para induzir o consumidor a comprar frequente e repetidamente sempre o último modelo do produto, descartando o anterior – ainda que funcione bem, ou seja, ainda que tenha função reforçadora estabelecida diretamente pelo seu uso. (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2011, p. 74).

Neste sentido, a sociedade contemporânea ocidental aumenta a probabilidade de emissão de comportamentos de consumo e torna mais reforçador o acesso a determinados estímulos. Todavia, o problema desta relação contingencial diz respeito ao tipo de consumo excessivo estimulado baseado em reforços imediatos, arbitrários e simbólicos, que não dizem respeito ao reforço estabelecido no uso, e que exigem baixo custo de resposta. Skinner (1986) distingue os efeitos de ser agradável e reforçador, apontando que as práticas culturais da cultura ocidental favorecem comportamentos prazerosos, que não aumentam a probabilidade de emissão de respostas com valor de sobrevivência.

Ainda que o indivíduo evite se expor a contingências aversivas, mesmo que de baixa magnitude, existe uma grande lacuna entre as regras difundidas sobre um estilo de vida ideal e as contingências reais ao que o sujeito estará exposto naquele ambiente social. O comportamento nas mídias sociais, geralmente, é relacionado à exposição de fotos e relatos que fazem menção a um recorte de uma experiência prazerosa, omitindo ou distorcendo experiências aversivas e, mesmo, aspectos ambientais antecedentes e consequentes relacionados à determinada resposta.

Em interpretação analítico-comportamental sobre a ideia de “sociedade do espetáculo” de Debord, a modulação e deturpação das experiências reais na exposição virtual são explicadas, de acordo com Nico, Leonardi e Zeggio (2011), pela valorização social atribuída à exposição midiática do estilo de vida ideal, as quais também funcionam como estímulos antecedentes para a classe de respostas de exibição e divulgação de experiências correspondentes ao modelo de vida esperado de outras pessoas. Nesta perspectiva, mediante “distorções de relatos e evidências da realidade vivida, ou seja, da criação de espetáculos como falsas-realidades para o outro assistir e aplaudir, os sujeitos pós-modernos produzem um real sentimento de pertencimento” (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2011, p. 77).

No que diz respeito ao uso das tecnologias nas relações entre os homens, Laurenti e Lopes (2015) apontam que parte do relacionamento interpessoal passou a ser mediado por recursos tecnológicos, os quais distanciam as consequências do comportamento na interação com o outro e, conseqüentemente, favorecem a maldade. Apesar do contato com diferentes pessoas, presencial ou virtualmente, e da constante divulgação em mídias sociais de aspectos relacionados ao cotidiano, são poucas as relações próximas e afetivas que estabelecemos com os outros que nos cercam. De certa maneira, mesmo que a tecnologia tenha diminuído a distância e facilitado a comunicação, os reforços naturais da interação face a face com outro ser humano foram parcialmente perdidos.

Viver em sociedade implica na convivência orientada por regras e normas de conduta, que podem ser intencionalmente planejadas ou espontâneas. Na sociedade industrializada e tecnológica, grande parte das aprendizagens dos seres humanos ocorre por meio de regras, definidas por Skinner (1975, 2003, 2006) como estímulos discriminativos verbais que explicitam relações de contingência, seja na escola, na família ou na comunidade. O comportamento governado por regras é entendido como aquele controlado por antecedentes verbais (CATANIA, 1999), distinguindo-se do comportamento modelado por contingências, cuja resposta é modelada diretamente por consequências relativamente imediatas (BAUM, 1999; ALBUQUERQUE, 2001) em relações de reforço e punições não verbalizadas (BAUM, 1999), independentemente de uma descrição prévia das contingências (ALBUQUERQUE, 2001).

As regras, formais ou informais, sustentam, orientam e possibilitam a existência do grupo por meio de descrições verbais do comportamento esperado de seus membros com a finalidade de precaver prejuízos ao próximo e convivência social (HOWAT-RODRIGUES; LIMA; PIMENTEL, 2013). Em muitos casos não é recomendado ou mesmo inviável o contato direto com as contingências para que o sujeito aprenda a se comportar diante de determinada situação. Deste modo, as regras são um recurso para a instalação de repertórios comportamentais que dificilmente seriam modelados ou ainda que produzissem eventos aversivos desnecessários. Em acréscimo, como vantagens em relação ao comportamento modelado por contingências, as regras permitem que o comportamento seja aprendido mais rapidamente, tornam mais fácil o aproveitamento das semelhanças entre contingências e possuem valor em situações cujas contingências são complexas, pouco claras ou pouco eficazes (SKINNER, 2006).

Todavia, por vezes, as regras não são completas ou exatas no que enunciam sobre as contingências, além de raramente se manterem exatamente como no momento em que foram descritas (SKINNER, 2006). Majoritariamente, a relação de dependência enunciada pela regra diz respeito a contingências passadas e que são significativa e comumente diferentes das contingências atuais. Para Skinner (1986), o seguimento de conselhos está associado a consequências passadas e não as consequências atuais de uma resposta em dada situação. Ademais, o comportamento governado por regras pode tornar-se insensível às contingências, não havendo a mudança do desempenho do sujeito a despeito da alteração da relação entre os eventos ambientais (CATANIA, 1999), enfraquecendo as contingências naturais.

Nico (1999) questiona a adequação do uso do termo insensibilidade perante a ótica do comportamentalismo radical de previsão e controle do comportamento por intermédio do conhecimento das variáveis ambientais de que ele é função. Para a autora, a suposta insensibilidade pode ser explicada pela permanência da emissão do reforço social por parte emissor da regra, apesar de a consequência descrita na regra não estar mais ocorrendo. Outra possibilidade explicativa, considerando a ausência de consequências diretas ou sociais que manteriam o comportamento, refere-se ao controle por regras como uma variável que poderia aumentar a resistência à extinção.

Outra prática cultural associada ao desgaste das contingências de reforçamento e ao comportamento governado por regras diz respeito à tendência a agir de certa forma devido à aprovação ou esquivas de reprovação social (SKINNER, 1986). Parte das contingências de reforçamento é baseada no reforço mediado pelo outro diante da exposição (mesmo que deturpada) ou vivência de uma experiência valorizada socialmente, em que o comportamento fica sob controle de antecedentes verbais e não propriamente do contato com a contingência. Entretanto, em uma sociedade competitiva como a nossa, de acordo com Nico, Leonardi e Zeggio (2011), a aprovação social é instável e, quando ocorre, normalmente em baixa frequência, não é de forma explícita

[...] o indivíduo encontra no ambiente social baixa densidade de reforçadores e, quando encontra, são do tipo que não promovem aproximação ou cooperação. Pelo contrário, acirram a competitividade e tornam o indivíduo menos propenso a ser ambiente social que reforça o comportamento do outro. (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2011, p. 83).

Deste modo, as relações que se estabelecem em uma sociedade norteada por antecedentes verbais que enunciam um modo de vida perfeito e com reforçadores inconstantes e sutis produzem isolamento social afetivo, o que é relacionado com o transtorno depressivo (NICO; LEONARDI; ZEGGIO, 2011).

Mais do que a relação contingencial que enunciam, as leis e as normas éticas e religiosas (ou mesmo o modelo esperado de vida) controlam o comportamento pela ameaça de punição ou repreensão e, de forma geral, implicam no bem da instituição e adiamento das consequências fortalecedoras do comportamento individual (SKINNER, 1986). Para o autor, o controle punitivo é indicativo de práticas culturais que negligenciam o efeito fortalecedor do reforçamento e, quando ocorre demasiadamente, as contingências ameaçadoras tornam-se generalizadas. Dada a importância e os efeitos colaterais para a saúde mental do controle coercitivo do comportamento, a sessão seguinte foi dedicada à elucidação de práticas culturais coercitivas.

4.3 Práticas culturais coercitivas

Vivemos em uma sociedade cujo controle do comportamento por aversivos ocorre de maneira deliberada, sendo a punição o principal processo utilizado para controle do comportamento humano (SKINNER, 2003). Na educação dos filhos, no ambiente de trabalho, na convivência em comunidade são constantes contingências de controle coercitivo e cada vez mais escassas as situações de reforço, o que para Sidman (2009) tem resultado no aumento da demanda de profissionais, como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais.

Tradicionalmente, o controle aversivo é entendido como a “modificação na frequência do comportamento utilizando-se o reforço negativo (aumento na frequência) e punição positiva ou negativa (diminuição na frequência)” (MOREIRA; MEDEIROS, 2007, p. 64). Isto é, o aumento da probabilidade de emissão resposta mediante a retirada de um estímulo reforçador consequente ou a diminuição da ocorrência da resposta perante a apresentação de um estímulo aversivo ou retirada de um reforçador, respectivamente, são processos denominados coercitivos, que possuem caráter funcional e relacional, visto que a aversividade de um estímulo é dada na sua relação de contingência com a resposta.

Frequentemente utilizada pelo grupo, a punição tem a finalidade de controle do comportamento indesejado, de mudança comportamental e, em última análise, de supressão de determinada resposta. O controle ético do comportamento do indivíduo pelo grupo não necessariamente é exercido de forma organizada e deliberada; no entanto, de acordo com Skinner (2003), existe uma gama de agências intituladas controladoras que manipulam variáveis de forma planejada, sendo grande parcela deste controle exercida por meio de coerção.

A título de exemplo, consideremos o controle governamental. Skinner (2003) considera o governo como uma agência controladora fundamentada basicamente no uso do poder para punir, isto é, centrada sobre aquilo que é considerado condenável. Por meio da classificação de legalidade ou ilegalidade, o comportamento desviante, entendido como aquele que produz consequências aversivas a agência, é proibido e punido por meio da remoção de reforçadores positivos ou da apresentação de reforçadores negativos.

Regularmente, nas políticas públicas, campanhas e legislações, as medidas utilizadas para mudança, controle ou constituição de uma prática cultural ou mesmo do comportamento individual são fundamentadas em estratégias com certo grau de

aversividade. Dificilmente, essas ações planejadas por órgãos governamentais ou outras instituições baseiam-se nos princípios do reforçamento positivo. Ademais, a própria educação (formal ou informal) utiliza, em grande medida, a ameaça de punição como recurso para controle do comportamento. Nas escolas e colégios, apesar de a punição física ter se extinguido, outros estímulos aversivos condicionados assumiram o controle do comportamento, como a reprovação e a expulsão (SKINNER, 2003).

Em estudo sobre o uso práticas coercitivas em sala de aula, Viecili e Medeiros (2002) identificaram o uso de reforço e punição de maneiras distintas com alunos com histórico de fracasso (CFE) escolar e alunos sem esse histórico (SFE) e diferenças quanto ao padrão comportamental dos dois grupos em sala de aula, com maior taxa de ocorrência de comportamento inadequados em crianças com histórico de fracasso. A coerção foi mais utilizada com alunos CFE comparativamente ao grupo SFE, de maneira indiscriminada, tanto em relação a comportamentos não acadêmicos (distração; interação com colegas) como acadêmicos (fazer comentários), sendo que o reforçamento positivo foi mais presente no segundo grupo.

Quanto à coerção, os autores consideram que a prevalência de práticas coercitivas em detrimento das reforçadoras produzem como subprodutos insegurança e aflição em relação à participação nas atividades acadêmicas. Adicionalmente, o uso do controle coercitivo de forma indiscriminada e não diferencialmente contingente aos comportamentos acadêmicos e não acadêmicos faz com que o aluno não discrimine qual comportamento é inadequado, podendo resultar em fuga e esquiva, como apontam Viecili e Medeiros (2002)

[...] pode-se dizer que os comportamentos não acadêmicos dos alunos CFE podem estar servindo, de algum modo, para a fuga das contingências aversivas impostas pelos professores. Assim, também, quando o professor usa coerção indiscriminadamente e repetidas vezes com os alunos CFE, pode-se pensar que a pouca participação desse grupo nas atividades acadêmicas pode ser uma forma de evitar expor-se aos estímulos aversivos. (p. 236).

Em outro contexto, mas consonante com os dados de Viecili e Medeiros (2002), Alvarenga e Piccinini (2001) identificaram que práticas parentais coercitivas foram predominantemente mais significativas em mães do grupo clínico para

situações estruturadas do que para o grupo não clínico, com destacada diferença para o uso de punição física, caracterizada por comportamentos de “obrigar ou forçar fisicamente a criança a comportar-se de determinada forma” (ALVARENGA; PICCININI, 2001, p. 458), no primeiro grupo.

A tentativa de mudança do comportamento de crianças por intermédio de punição física é predominantemente criticada na literatura. No entanto, Cecconello, Antoni e Koller (2003), destacam que apesar da mudança legal a respeito de práticas parentais punitivas que passaram a ser coibidas por legislação específica, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a conscientização a respeito dos danos, ou diríamos, a efetiva alteração de práticas culturais na educação dos filhos ainda é um processo vagaroso.

Tradicionalmente, as práticas coercitivas tem sido fonte de intensas críticas na literatura analítico-comportamental, as quais se embasam nos efeitos colaterais deletérios produzidos e da eficiência apenas momentânea deste tipo de controle do comportamento (MOREIRA; MEDEIROS, 2007; SIDMAN, 2009; SKINNER, 2003;). Não obstante a efetividade no manejo do comportamento por meio de processos de controle aversivo e a maior facilidade em punir comportamentos inadequados do que promover contingências de reforço positivo (MOREIRA; MEDEIROS, 2007), Skinner (2003) considera que a punição, apesar de imediatamente reduzir a probabilidade de ocorrência de uma resposta, a longo prazo “realmente não elimina o comportamento de um repertório e seus efeitos temporários são conseguidos com tremendo custo na redução da eficiência e felicidade geral do grupo” (p. 208).

Ademais, o controle coercitivo do comportamento inconsistente ou excessivo gera essencialmente subprodutos nocivos para o sujeito e o grupo, sendo o campo da psicoterapia, nas palavras do autor, “Os subprodutos do controle que incapacitam o indivíduo ou que são perigosos seja para o indivíduo seja para os outros” (SKINNER, 2003, p. 393).

Sidman (2009), ao considerar os significativos e nocivos efeitos colaterais da coerção, aponta que as psicopatologias, como, por exemplo, fobia, depressão e ansiedade, podem estar relacionadas a práticas coercitivas. Apesar da importância de ponderar as variáveis idiossincráticas para a análise de casos individuais, o autor aponta que a coerção, enquanto prática cultural, resulta em sofrimento,

desajustamento e capacidade reduzida, trazendo prejuízos para a vida humana e seu bem-estar.

Para Sidman (2009) a existência e mesmo a ausência de alguns padrões de comportamentos seriam indicativos de história de exposição a contingências coercitivas. Assim, poderíamos depreender que os déficits e excessos comportamentais de certas psicopatologias poderiam ser associados à história de controle coercitivo. Neste sentido, em estudo sobre o uso do conceito ansiedade na literatura comportamental, Coêlho e Tourinho (2008) apontam a ênfase dada ao controle aversivo na definição da ansiedade nos estudos analisados, relacionado à instalação e manutenção deste transtorno.

Dentre as consequências do controle aversivo, a eliciação de respostas emocionais, como taquicardia, tremor, sudorese, choro, constitui-se como efeito colateral. Skinner (2003) considera que medo, raiva, ira, ansiedade e depressão seriam subprodutos emocionais controle do comportamento por punição pelo grupo ou agências controladoras, religiosas ou governamentais. Para Moreira e Medeiros (2007), as respostas emocionais geradas pela coerção podem produzir no agente punidor outras respostas emocionais aversivas, como culpa e pena. Assim, o punidor pode emitir comportamento reforçado negativamente, liberando reforçadores positivos ao punido, para se esquivar de seus próprios sentimentos de culpa e pena, aumentando, em ocasiões futuras, a probabilidade de ocorrência da resposta punida e podendo adquirir função reforçadora, no sentido de que o comportamento indesejado, apesar de uma punição inicial, foi posteriormente reforçado.

Ainda em relação à eliciação de respostas emocionais, Sidman (2009) destaca que um estímulo torna-se punitivo por ocasionar ou sinalizar a punição, resultando na criação de novos eventos punidores. Assim, punidores condicionados produzirão efeitos colaterais análogos aos estímulos que derivaram. Neste sentido, uma pessoa que infringe punição pode tornar-se ela mesma aversiva, como Sidman (2009) assinala, 'tornar-se um choque'. Outro aspecto observado como efeito colateral está relacionado ao reforçamento negativo. Intitulado de paradoxo da aprendizagem por reforço negativo, a exposição a um estímulo aversivo pode eliciar respostas reflexas que dificultarão a emissão de resposta que resultaria na retirada do estímulo aversivo. Além disso, os procedimentos de controle coercitivo do comportamento podem resultar, em certa medida, no aumento da probabilidade de

emissão de respostas de fuga, além da redução geral da frequência de outros comportamentos (SKINNER, 2003).

Nas contingências de reforçamento negativo, podem ocorrer comportamentos de fuga e esquiva. A fuga é entendida como o comportamento que, na presença de um estímulo aversivo no ambiente, resulta na retirada deste estímulo, enquanto que a esquiva refere-se ao comportamento que adia ou suspende a exposição a um aversivo, que não está presente no momento da ocorrência da resposta (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Evidentemente, esses comportamentos diante de situações ameaçadoras têm importante valor para a sobrevivência e convívio social; contudo, Sidman (2009) destaca que comportamentos de esquiva e fuga podem ter contornos destacados, tornando-se excessivos e prejudiciais ao funcionamento do sujeito, quando desnecessários ou não correspondentes à realidade.

No caso da punição, outro efeito colateral é a emissão de respostas incompatíveis ao comportamento punido. De acordo com Moreira e Medeiros (2007), “os organismos, em geral, passam a emitir uma segunda resposta que torne improvável a repetição do comportamento punido” (p. 77), mantida por reforçamento negativo, visto que diminui a chance de emissão da resposta punida. Todavia, as respostas incompatíveis à medida que impedem o contato do sujeito com as consequências anteriormente punitivas, impossibilitam-no identificar que não há mais relação contingencial entre estímulo aversivo e a resposta e, conseqüentemente, expor-se a contingência novamente.

Com base na análise sobre a coerção e a despeito das características particulares de cada sujeito cujos comportamentos são categorizados e classificados sob o rótulo de uma psicopatologia, notamos genericamente a presença de contingências aversivas e, conseqüentemente, de padrões de fuga e esquiva. Em situações em que o sujeito não é capaz de evitar o evento aversivo com algum repertório comportamental, regularmente, ocorre a redução da taxa de frequência de resposta, inclusive aquelas não relacionadas ao evento aversivo, processo intitulado de supressão condicionada. Ademais, ainda que o padrão de fuga e esquiva, inerente ao controle coercitivo, evite o contato com contingências aversivas, por outro lado, impede o acesso a reforçadores importantes (SIDMAN, 2009).

Se por um lado consideramos os comportamentos de fuga e esquiva e a emissão de respostas incompatíveis, a supressão da frequência de outros

comportamentos devido a práticas coercitivas parece-nos outro efeito colateral de importante repercussão para a saúde mental. A punição produz efeitos não apenas no comportamento punido, mas, possivelmente, em respostas que ocorreram no mesmo espaço de tempo e cuja punição não foi contingente (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Nas palavras de Sidman (2009),

[...] com a adição de cada novo elemento punidor em nosso ambiente, nossas vidas tornam-se menos satisfatórias, mais desesperadas. Se encontrarmos punição frequentemente, aprendemos que nosso caminho mais seguro é ficar quietos e fazer tão pouco quanto possível. Nós nos congratulamos por cada dia que passa sem catástrofe. As únicas coisas que estamos ansiosos por aprender são novos modos de evadir ou de destruir objetos e pessoas que estão em nosso caminho. O processo é potencialmente explosivo. Quando quer que sejamos punidos, mais e mais elementos de nosso ambiente tornam-se reforçadores negativos e punidores. (SIDMAN, 2009, p. 102).

Dessarte, a exposição a contingências essencialmente punitivas traz implicações à variabilidade comportamental, visto que reduz a probabilidade de ocorrência de outros comportamentos, que poderiam produzir reforçadores positivos. Ao evitar grande parcela das contingências aversivas, o desenvolvimento de repertório, por exemplo, de resolução de problemas torna-se restrito, visto que respostas assertivas não foram modeladas e selecionadas.

Outro proeminente resultado da coerção, o contracontrole, ocorre quando as pessoas não podem fugir ou se esquivar (SIDMAN, 2009). Nesta situação, o sujeito controlado emite outras respostas que impossibilitam o controle do comportamento pelo agente punidor (MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Em acréscimo, situações de incontrollabilidade da exposição à punição são contextos favorecedores de quadros de pânico, paralisia, ansiedade e depressão, como as contingências presentes em guerras, bem como nos ambientes militares e prisões (SIDMAN, 2009).

A dependência a substâncias psicoativas foi apontada por Skinner (2003) como um dos efeitos do controle coercitivo sobre o comportamento operante. O uso (excessivo) de drogas teria a função de fuga da autoestimulação aversiva, como, a título de exemplo, sentimentos de vergonha e culpa. Apesar da eliminação dos estímulos aversivos, a supressão devido ao uso de álcool e drogas é temporária e pode produzir reações fisiológicas aversivas da abstinência da substância consumida, em que o novo uso passaria a ter a função também de fuga dessa nova estimulação aversiva, agora gerada pelo consumo excessivo e abusivo.

Em uma sociedade que apresenta parâmetros irrealistas de uma vida bem sucedida, atribui a causalidade das ações ao sujeito e pune comportamentos que não correspondem ao esperado socialmente, podemos falar em práticas culturais coercitivas. À medida que o reforçamento só ocorre mediante padrões comportamentais inalcançáveis para a maioria das pessoas, como grande aporte financeiro, sucesso e reconhecimento profissional, ao não atingir esse padrão, o sujeito é exposto a contingências punitivas, como a reprovação social.

Holland (1978) considera que parte dos problemas humanos relacionam-se à estratificação social, ideologia individualista e práticas baseadas na exploração do outro. Em certa medida, dado o tradicional controle social do comportamento do indivíduo para manter o status quo, podemos considerar que práticas culturais coercitivas estejam presentes. Para o autor, as contingências operantes em uma sociedade estratificada e desigual socialmente criam condições para o contracontrole, isto é, para “a luta dos oprimidos” (HOLLAND, 1978, p. 326).

Nesta perspectiva, Pickett e Wilkinson (2010) investigaram o impacto da desigualdade de renda nas doenças mentais nos países Bélgica, França, Alemanha, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Espanha, Estados Unidos, Austrália, Canadá e Reino Unido. Os autores identificaram uma significativa relação entre prevalência de doença mental e a distribuição desigual de renda ($r=0,73$, $P<0.01$), excetuando-se a Itália que, apesar da desigualdade, apresentou níveis mais baixos de doença mental, semelhantes aos países mais igualitários.

Os países com maior desigualdade (Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos) apresentaram uma maior proporção de pessoas com desordens mentais (mais de uma em cada quatro pessoas nos Estados Unidos e, nos demais, mais de uma em cinco). Nas nações cuja distribuição de renda é mais igualitária, como Alemanha, Japão e Espanha, menos de uma em cada 10 pessoas com doença mental foi identificada na população. Para os autores, nas sociedades mais desiguais, ocorre o aumento da competição e insegurança do status social. Além disso, a desigualdade está associada a baixos níveis de confiança, vida comunitária mais fraca e aumento da violência, o que teria consequências para a saúde mental fortemente influenciada pela qualidade e suficiência das relações sociais (PICKETT; WILLKINSON, 2010)

Quanto aos subtipos de doenças mentais, Pickett e Wilkinson (2010) verificaram que transtornos de ansiedade, transtornos de controle do impulso e transtornos graves foram correlacionados com a desigualdade, sendo as desordens relacionadas à ansiedade o maior subgrupo em todos os países e significativamente maior em países mais desiguais. Ademais, o uso de drogas ilícitas foi significativamente mais comum em países mais desiguais ($r = 0,63$, $P < 0,01$).

Tendo como referência a relação significativa identificada entre a desigualdade social e a prevalência de transtornos mentais, Pickett e Wilkinson (2010) sugerem ações de tratamento e no campo da política para redução do sofrimento emocional no enquadramento do Reino Unido. No contexto clínico, apontam a importância da ênfase no valor humano e no relacionamento respeitoso como estratégia terapêutica para lidar com o sentimento de vergonha, estigma e baixo status social decorrentes deste modelo de sociedade. No contexto político, apontam a redistribuição de renda por intermédio de impostos e benefícios e ações para a redução da diferença de renda, como a presença de representante dos funcionários em conselhos de remuneração das empresas, maior transparência nas proporções salariais e a democracia institucional.

Apesar de, tradicionalmente na literatura comportamentalista, o uso da coerção como forma de controle do comportamento ter recebido intensas críticas, como abordamos até o momento, Hunziker aponta limitações quanto à definição do controle coercitivo, indicando falhas na precisão conceitual (HUNZIKER, 2011) e considera impraticável a ideia de ausência de relação não-aversivas (HUNZIKER, 2017).

A autora considera circular a explicação dada pela literatura que justifica o uso rótulo pelo caráter aversivo das relações operantes. Em análise de critérios que justifiquem a reunião dos três tipos de controle (punição positiva, punição negativa e reforçamento negativo) sob a terminologia coercitiva, Hunziker aponta a falta de evidências de um fator comum sobre processos, operações e natureza de estímulo (HUNZIKER, 2011).

Diante disso, conjectura que a manutenção da dicotomia aversivo/não-aversivo perpassa uma convenção cultural sobre a existência de dois tipos de controle diferentes e opostos (HUNZIKER, 2017), isto é, derivam da distinção entre relações antagônicas presente no senso comum, como bom e mal, em que o fator

coincidente entre as relações categorizadas como aversivas seria a dimensão desagradável (HUNZIKER, 2011).

Além de três das quatro relações serem caracterizadas como coercitivas, frequentemente, a aversividade pode estar presente em uma contingência planejada para ser reforçadora positiva à medida que “a condição reforçadora se estabelece caso a resposta exigida pela contingência seja emitida; porém, o efeito aversivo se faz presente quando o indivíduo não atinge o critério para obtenção do reforço (efeito que chamamos, no senso comum, de “frustração”)” (HUNZIKER, 2017, p.90). Por outro lado, a própria função reforçadora depende de uma condição de aversividade, a privação.

Ademais, em relação aos subprodutos do controle aversivo, Hunziker (2017) considera que mesmo o reforçamento positivo pode trazer efeitos deletérios, como o reforço contingente a comportamentos inadequados em crianças e estímulos reforçadores como açúcar, drogas, gordura. Assim, a autora conclui que “mais importante do que afirmar que controle aversivo promove efeitos colaterais indesejáveis, é identificar quais contingências fazem isso, sem rotulá-las como envolvendo um ou outro tipo de controle” (p. 95).

Consideramos que o uso de reforçamento negativo e punição mostra-se importante em algumas situações, o que não impossibilita ou minimiza a necessidade de reforçamento positivo. A título de exemplo, avaliamos que em situações educacionais, seja no que diz respeito a práticas parentais ou docentes, é indispensável o uso de punição para redução de comportamentos inadequados, no entanto, isto não implica em práticas agressivas. Neste contexto, a topografia da resposta pode se mostrar significativa nos efeitos colaterais que podem ser produzidos na contingência à medida que comportamentos violentos ocorram.

Por conseguinte, ao apontarmos a existência de coerção como associada ao adoecimento, não adotamos que todo controle aversivo produz a instalação e manutenção de repertórios comportamentais intitulados psicopatológicos. Entretanto, a predominância de práticas coercitivas e o pouco acesso a reforçadores (SIDMAN, 2009), bem como práticas violentas, competitivas e aquelas que punem comportamentos que não correspondem a padrões irreais podem produzir sintomas psicopatológicos, como considerado no decorrer desta proposta interpretativa dos fenômenos psicopatológicos.

Neste sentido, não apenas os subprodutos emocionais da coerção são preocupantes, mas também os efeitos quanto ao repertório comportamental competente socialmente, como apontam Bueno, Nogueira, Bueno (2014)

Considera-se plausível que a vigência de eventos aversivos pode atuar de modo a limitar e/ou inviabilizar o desenvolvimento de comportamentos apropriados às exigências da comunidade verbal. E, desse modo, pode-se supor que é passível de ocorrência a deterioração ainda mais marcante do padrão de respostas apropriadas do indivíduo. (BUENO; NOGUEIRA; BUENO, 2014, p. 20).

Em face de contingências culturais aversivas e pouco acesso a reforçadores podemos afirmar que a doença mental não se constitui como um fenômeno que acomete o indivíduo, no sentido de uma patologia que origina as respostas classificadas como psicopatológicas. Efetivamente, falamos em contingências (sociais) adoecedoras, isto é, que selecionam e mantêm o que intitulamos tradicionalmente de sintomas psicopatológicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, as doenças mentais são quadros sintomatológicos que exigem atenção e cuidado na área da saúde e, de acordo com MORRINSON-VALFRE (2009) afetam direta e indiretamente a todas as pessoas, seja de maneira pessoal por conhecer alguém com um diagnóstico psicopatológico seja pelo custo no cuidado de pessoas diagnosticadas ou sem tratamento.

A saúde mental, entendida como “um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde” (AMARANTE, 2007, p.15), tem se constituído como uma importante área de estudos para além da Psicologia e Psiquiatria. No entanto, apesar de essa temática transitar entre outras disciplinas, como enfermagem, sociologia e antropologia, Guerin destaca que, no Ocidente, é compreendida predominantemente pelos modelos explicativos psiquiátricos e psicológicos (GUERIN, 2017a), de caráter essencialista, atribui a origem dos problemas ao sujeito, negligenciando os determinantes contextuais (GUERIN, 2016).

A dicotomia entre normal e patológico constitui-se como característica da perspectiva da doença no sofrimento humano na contemporaneidade e permeia a atuação profissional. Os critérios de normalidade relacionam-se com um modelo predominantemente médico de identificação, interpretação e tratamento de problemas comportamentais tendo como referência características típicas e estatísticas da população (BANACO, 1999).

Consonante com essa perspectiva e a despeito de o serviço público e as políticas públicas brasileiras em saúde serem fundamentados na ideia de fornecer a toda população ações de cuidados primário, secundário, terciário e quaternário, com foco na prevenção de doenças e promoção de saúde, respeitando as necessidades e características territoriais, na prática as ações “psi” ainda são em grande medida pautadas no atendimento individual e de tratamento de sintomas, negligenciando as características do contexto social e cultural, atribuindo causalidade a aspectos inerentes ao sujeito.

Se observarmos o contexto de saúde, notaremos nos últimos anos movimentos destinados à prevenção de doenças, como as campanhas de vacina, hipertensão e diabetes realizadas pelas secretarias municipais. Todavia, as ações em saúde mental, além de segmentadas dos serviços de saúde em geral, ainda são regularmente restritas aos conselhos profissionais e órgãos não governamentais, sendo as intervenções neste campo majoritariamente relativas à identificação e tratamento de doenças.

Considerar a patologia como cerne das ações em saúde, a despeito das diretrizes e legislações sobre o cuidado nesta área, traz importantes implicações para a saúde mental. Guerin e Guerin (2012) apontam que a concepção generalizável e abstrata de saúde mental, que desconsidera as diferenças contextuais, utilizada excessivamente tem produzido dificuldades para os serviços.

Apesar da importância das variáveis culturais na determinação da doença mental, os profissionais de saúde têm negligenciado e subestimado os aspectos relacionados ao estilo de vida como determinantes nas psicopatologias, bem como a promoção de um estilo de vida saudável como fomentador de bem-estar psicológico e social (WALSH, 2011). As explicações mentalistas acerca dos problemas humanos isentam as práticas culturais na determinação do comportamento, responsabilizando o indivíduo e favorecendo a manutenção da desigualdade social (HOLLAND, 1978).

Neste âmbito, as estratégias e intervenções destinadas à população tornam-se prevalentemente ações de tratamento de quadros instalados, usualmente, por meio de medicação e psicoterapia, ocorrendo negligência de procedimentos destinados às variáveis sociais relacionadas ao problema. O foco na doença, presente nos modelos médico e quase médico, dificulta o planejamento de estratégias de prevenção e promoção de bem-estar emocional e qualidade de vida, isto é, de ações de prevenção primária, direcionadas à diminuição de fatores de risco das doenças mentais.

Ao considerar a dimensão social do adoecimento, não rejeitamos a atuação profissional direcionada a um indivíduo como foco de análise e intervenção. Em uma proposta inclusiva, avaliamos que políticas públicas e ações destinadas a grupos sejam realizadas em conjunto com as intervenções de cunho individual, sejam elas medicamentosas e/ou psicoterápicas. Assim, a práxis do analista do comportamento estaria em uníssono com a compreensão do comportamento como determinado pelos âmbitos filogenético, ontogenético e cultural.

Diante desse prospecto, consideramos que este estudo tem um compromisso ético e social. Interpretar a doença mental como produto de contingências adoecedoras evidencia o ambiente como, em grande medida, responsável pelo sofrimento humano. Assim, avaliamos que certas práticas culturais da contemporaneidade estariam relacionadas ao adoecimento mental.

Ainda que o capitalismo tenha propiciado parte das soluções para alguns problemas humanos, gerando riqueza, avanço científico e tecnológico e tratamento de doenças, a existência de algumas práticas baseadas no interesse próprio, sucesso financeiro e competição parecem não contribuir com o bem-estar psicológico à medida que essas características são conflitantes com comportamentos favorecedores de bem-estar individual e coletivo, como ajudar o mundo a ser um lugar melhor, ter relacionamentos íntimos e comprometidos e sentir-se digno e autônomo (KASSER; KANNER; RYAN, 2007).

As práticas culturais individualistas, como o modelo explicativo do comportamento humano tendo como referenciais aspectos intrínsecos ao sujeito e a segmentação da vida do indivíduo e da comunidade, não extinguiram a relação entre eu-nós, mas promoveram o ofuscamento da interdependência entre o ambiente e o sujeito, favorecendo a atribuição de responsabilidade ao indivíduo e,

conseqüentemente, o aparecimento de sentimentos, emoções, pensamentos e comportamentos que trazem sofrimento.

Além do caráter individualista das sociedades vigentes, grande parcela das práticas culturais atuais relacionadas à industrialização e ao avanço tecnológico e científico enfraqueceram as contingências de reforçamento e, de modo conseqüente, a predisposição para agir, resultando em redução da variabilidade comportamental e mal-estar psicológico. Por outro lado, a aversividade das contingências a que os sujeitos modernos foram e estão expostos também pode ser associada às psicopatologias dados os importantes efeitos colaterais do controle coercitivo do comportamento humano.

Por outro lado, a discussão da doença mental como determinada, em parte, por variáveis de natureza social pode contribuir para o planejamento de uma sociedade que promova contingências favorecedoras de sentimentos de bem-estar e reduzam os fatores de risco para problemas comportamentais por intermédio do arranjo de contingências sociais. De acordo com Carrara (2015b), a partir da compreensão dos fenômenos comportamentais, incluindo a dimensão cultural, por meio das relações funcionais, é possível o planejamento de novos comportamentos, ações, práticas culturais e ambientes.

Indiscutivelmente, este modelo interpretativo traz implicações para a atuação do analista do comportamento, que mediante o conhecimento técnico-científico pode atuar no desenvolvimento de estudos, estratégias e intervenções destinadas à promoção e prevenção de saúde. Assim, a ciência comportamental deveria desenvolver-se com base em estratégias fundamentadas na cooperação entre os seres humanos na busca de uma sociedade mais igualitária (HOLLAND, 1978), sendo necessário o desenvolvimento de tecnologia comportamental orientada à instalação de repertórios comportamentais adequados para, enfim, resultar na prevenção de quadros psicopatológicos (BUENO; NOGUEIRA; BUENO, 2014).

Ampliar a visão do adoecimento às questões culturais resulta na expansão da perspectiva de atuação do analista do comportamento para além do foco na doença, abre espaço para ações preventivas e de promoção de saúde mental na saúde pública e em outros contextos. A atuação com foco em ações que propiciem comportamentos socialmente competentes, relações próximas, empatia e cooperação em escolas, unidades de saúde, projetos sociais, empresas e

comunidades pode favorecer a seleção e manutenção de práticas culturais promotoras de bem-estar.

As relações próximas e efetivas, presentes em contingências tecnológicas, como consideram Glenn (1986) e Melo e Castro (2015), favorecem o acesso a reforçadores sociais produzidos pela própria interação. Consonante com essa perspectiva, Hidaka (2012) afirma que o ser humano seria mais resiliente diante das adversidades caso estivesse cercado de pessoas próximas, como familiares e amigos, sentisse orgulho de realizar um trabalho significativo, bem como se estivesse fisicamente em forma, descansado, sem doenças crônicas e estresse financeiro.

Para Abib (2010), tornar o comportamento suscetível e sob controle das consequências remotas e não imediatas é de fundamental importância para o desenvolvimento de projetos culturais que tenham valor de sobrevivência. Adicionalmente, avaliamos que, em uma cultura centrada em comportamentos que produzem reforçadores imediatos e arbitrários, distanciando-nos das contingências naturais, planejar contingências que possibilitem o contato direto com as consequências naturais do comportamento e não com reforçadores como status social, dinheiro, posição e poder seja fundamental na prevenção do adoecimento.

A consideração da complexidade do comportamento humano em uma perspectiva que entende a determinação em termos filogenéticos, ontogenéticos e culturais exige uma abordagem do fenômeno do adoecimento por diferentes especialidades. Avaliamos que a Análise do Comportamento não pretende abarcar todo o fenômeno do adoecimento e, mediante a consideração da multideterminação, não deveria prescindir dos avanços científicos de outras áreas, como a neurociência, a psiquiatria, a educação, entre outros. Em uma proposta inclusiva e não excludente, reiteramos que a dimensão orgânica deva ser considerada em uma análise do comportamento psicopatológico, mas não deve se constituir como modelo explicativo causal.

Apesar das justificativas sociais, ponderamos que esta proposta de interpretação dos fenômenos das psicopatologias tem limitações metodológicas. Consideramos que as propostas interventivas para o fenômeno das psicopatologias no nível cultural são complexas e envolvem uma gama significativa de variáveis,

exigindo um esforço teórico e aplicado que extrapola os limites de objetivo, metodológicos e temporais desta dissertação.

Contudo, perante práticas culturais tradicionais de explicação do transtorno psiquiátrico como manifestação de uma patologia intrínseca, avaliamos que considerar a cultura enquanto variável interveniente é um movimento científico necessário para que possamos olhar para o contexto e investigar e programar tecnologia comportamental adequada aos problemas sociais.

REFERÊNCIAS

- ABIB, J. A. D. Saúde mental: esvaziamento de uma trama conceitual. *Revista Psicologia em Estudo*, v.2, n.1, p. 41-70, 1997.
- ABIB, J. A. D. Sensibilidade, felicidade e cultura. *Temas em Psicologia*, v. 18, n. 2, p. 283-293, 2010.
- ABREU, P. R. Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, n. 6, p. 322-328, 2006.
- ABREU-RODRIGUES, J. Variabilidade comportamental. In: ABREU-RODRIGUES, J.; RIBEIRO, M. R. (Orgs.). *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009. p. 189-210.
- ALBEE, G. W. The prevention of sexism. *Professional Psychology*, v. 12, n. 1, p. 20, 1981.
- ALBEE, G. W. Psychopathology, prevention, and the just society. *Journal of Primary Prevention*, v. 4, n. 1, p. 5-40, 1983.
- ALBUQUERQUE, L. C. Definições de regras. In: GUILHARDI, H. J et al. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade*. Santo André: ARBytes, 2001. p. 132-140.
- ALMEIDA NETO, E. A; REIS, H. L. S.; ARARIPE, N. B. Depressão: Diagnóstico e Dados Epidemiológicos. In: BITTENCOURT, A. C. C. P. et al. (Orgs.). *Depressão: Psicopatologia e Terapia Analítico-Comportamental*. Curitiba: Juruá, 2015. p. 19-36.
- ALMEIDA, M. A. B.; VITAGLIANO, L. Patologias sociais e a qualidade de vida na sociedade moderna. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, v. 1, n. 2, 2009.
- ALVARENGA, P.; PICCININI, C. A. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: reflexão e crítica*. Porto Alegre. v. 14, n. 3, p. 449-460, 2001.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDERY, M. A. Uma sociedade voltada para o futuro. *Temas em psicologia*, v. 1, n. 2, p. 23-30, 1993.
- ANDERY, M. A. P. A. Métodos de pesquisa em análise do comportamento. *Psicologia Usp*, v. 21, n. 2, p. 313-342, 2010
- ANDERY, M. A. P. A. Comportamento e cultura na perspectiva da análise do comportamento. *Revista Perspectivas*, v. 2, n. 02, p. 203-217, 2011.

ANGELOTTI, G.; FORTES, M. Terapia não farmacológica dos transtornos de ansiedade: aplicabilidade da terapia cognitiva e comportamental. In: GUILHARDI, H. J.; AGUIRRE, N. C. (Orgs.). Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade. Santo André: Esetec, 2006. p. 183-20.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ARIÈS, P. História social da infância e da família. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

ARIÈS, P. Por uma história da vida privada. In: ARIÈS, P.; CHARTIER, R. (Orgs.). História da vida privada. Da Renascença ao Século das Luzes. São Paulo: Companhia das Letras, v. 3, 1986. p. 9-26.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

BANACO, R. A. Auto-regras e patologia comportamental. In: ZAMIGNANI, D. R. (Org.). Sobre comportamento e cognição: A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos. São Paulo: Arbytes, v. 3, 1997. p. 80-88.

BANACO, R. A. Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. In: KERBAUY, R. R.; WIELENSKA, R. C. (Orgs.). Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação. Santo André: Esetec, v. 4, 1999. p. 75-82.

BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R.; MARTONE, R. C.; VERMES, J. S.; E KOVACS, R. Psicopatologia. In: HUBNER, M. M. C.; MOREIRA, M. B. (Orgs.). Fundamentos de Psicologia: temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento, 2012. p. 154-165.

BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. In: TOURINHO, E. Z.; LUNA, S. V. (Orgs.). Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas, 2010. p. 175-191.

BANDELOW, B.; MICHAELIS, S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues in clinical neuroscience, v. 17, n. 3, p. 327-335, 2015.

BAPTISTA M. N.; MORAIS, P. R.; CARMO, N. C.; SOUZA, G. O.; CUNHA, A. F. Avaliação de depressão, síndrome de burnout e qualidade de vida em bombeiros. Psicologia Argumento, v. 23, n.42, p. 47-54, 2005.

BAUM, W. Compreendendo o Behaviorismo. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BERBER, J. D. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 45, n. 2, p. 47-54, 2005.

BIJOU, S. W.; BAER, D. M. *Child development: A behavior analysis approach*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1978.

BISSETT, R. T.; HAYES, S. C. The likely success of functional analysis tied to the DSM. *Behaviour Research and Therapy*, v. 37, n. 4, p. 379-383, 1999.

BOAS, D. L. O. V.; BANACO, R. A.; BORGES, N. B. Discussões da análise do comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. In: BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. (Orgs.). *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 95-101.

BOLSONI-SILVA, A. T.; GUERRA, B. T. O impacto da depressão para as interações sociais de universitários. *Estudos e pesquisas em psicologia*, v. 14, n. 2, p. 429-452, 2014.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. The Role of Social Skills in Social Anxiety of University Students. *Paidéia, Ribeirão Preto*, v. 24, n. 58, p. 223-232, 2014.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. O Impacto das Habilidades Sociais para a Depressão em Estudantes Universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 32, n. 4, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA. SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA. *Adoecimento Mental e Trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016*. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade, p. 1-32, 2017b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Primária. Rastreamento*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do ministro. Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, p. 67-67, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico*, v. 48, n. 30, p. 1-14, 2017a.

BRITTO, I. A. G. S. *Psicopatologia e Análise do Comportamento: algumas reflexões*. *Boletim contexto*, v. 37, n. 2, p. 55-76, 2012.

BUENO, G. N.; BRITTO, I. A. G. S. A esquizofrenia de acordo com a abordagem comportamental. Curitiba: Juruá Editora, 2013.

BUENO, G. N.; NOBREGA, L. G.; MAGRI, M. R.; BUENO, L. N. Psicopatologias de acordo com as abordagens tradicional e funcional. *Comportamento em foco*, p. 27-37, 2014.

BUENO, G. N.; NOGUEIRA, G. R.; BUENO, L. N. Demandas Sociais versus Repertórios Básicos de Comportamentos: suas implicações à instalação das psicopatologias. *Comportamento em foco*, p. 19-25, 2014.

CAMBRICOLI, F.; TOLEDO, L. F. Aumento de transtornos mentais entre jovens preocupa universidades. *O Estado de São Paulo*, 16 set. 2017. Disponível em : < <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,aumento-de-transtornos-mentais-entre-jovens-preocupa-universidades,70002003562>>. Acesso em: 23 out. 2018.

CARRARA, K. Entre a utopia e o cotidiano: uma análise de estratégias viáveis nos delineamentos culturais. *Revista Psicolog*, v. 1, n. 1, p. 42-54, 2008.

CARRARA, K. Uma ciência sobre "coisa" alguma: relações funcionais, comportamento e cultura. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015a.

CARRARA, K. Seleção pelas consequências como norte funcional para políticas públicas. In.: LAURENTI, C.; LOPES, C. E. (Orgs.). *Cultura, Democracia e Ética*. Maringá: EDUEM - Editora da Universidade Estadual de Maringá, p. 97-136, 2015b.

CARRARA, K. Consequências nas práticas culturais: efeitos sobre indivíduos ou grupos? *Interação em Psicologia*, v. 20, n. 3, 2016.

CARRARA, K.; ZILIO, D. Análise comportamental da cultura: Contingência ou metacontingência como unidade de análise? *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, v.11, n.2, p. 135-146, 2015.

CATANIA, A. C. *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CAVALCANTE, S. N. Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 17, n. 2, p. 2-12, 1997.

CAVALCANTE, S. N.; TOURINHO, E. Z. Classificação e diagnóstico na clínica: Possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 14, n. 2, p. 139-147, 2012.

CECCARELLI, Paulo. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em estudo*, v. 10, n. 3, p. 471-477, 2005.

CECCONELLO, A. M.; ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em estudo*, v. 8, n. 2, p. 45-54, 2003.

COÊLHO, N. L.; TOURINHO, E. Z. O conceito de ansiedade na análise do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, p. 171-178, 2008.

CORCHS, F. É possível ser um psiquiatra behaviorista radical? Primeiras reflexões. *Perspectivas*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 55-66, 2010.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAMASCENO, V. Casos de suicídio e depressão deixam universidades em alerta. *Carta Capital*, 23 set. 2018. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/sociedade/casos-de-suicidio-e-depressao-deixam-universidades-em-alerta>>. Acesso em: 23 out. 2018.

DARWICH, R. A.; TOURINHO, E. Z. Respostas emocionais à luz do modo causal de seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 7, n. 1, p. 107-118, 2005.

DITTRICH, A.; MELO, C. M.; MOREIRA, M. B.; MARTONE, R. C. O Modelo de Seleção Pelas Consequências: O nível cultural. In: MOREIRA, M. B. (Org.). *Comportamento e Práticas Culturais*. Brasília: Instituto Walden 4, 2013. p. 45-55.

DONADONE, J. C. O trabalho do analista do comportamento em Psicoterapia. In: BANDINI, C. S. M.; POSTALI, L. M. M.; ARAÚJO, L. P.; BANDINI, H. E. M. (Orgs.). *Compreendendo a prática do analista do comportamento*. São Carlos: EdUFSCar, 2015. p. 97-121.

DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 5, n. 2, p. 167-184, 2003.

ELIAS, N. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

FERNANDES, D. M. *Sobrevivência das culturas como prescrição ética para o planejamento cultural: um estudo conceitual*. 2015. 165 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru.

FERNANDES, D. M.; CARRARA, K.; ZILIO, D. Apontamentos para uma definição comportamentalista de cultura. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, v. 25, n. 2, 2017.

FERREIRA, D. C.; TADAIESKY, L. T.; COELHO, N. L.; NENO, S.; TOURINHO, E. Z. A interpretação de cognições e emoções com o conceito de eventos privados e a abordagem analítico-comportamental da ansiedade e da depressão. *Perspectivas em análise do comportamento*, v. 1, n. 2, p. 70-85, 2010.

FERREIRA, D. C.; TOURINHO, E. Z. Relações entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: interpretação analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 13, n. 1, p. 20-36, 2011.

FERSTER, C. B. A functional analysis of depression. *American psychologist*, v. 28, n. 10, p. 857-870, 1973.

FLECK, M. P. D. A.; LIMA, A. F. B. D. S.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V. R.; CAMEY, S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, p. 431-438, 2002.

FROMENE, R.; GUERIN, B. Talking with Australian indigenous clients with a borderline personality disorder diagnosis: finding the context behind the label. *The Psychological Record*, v. 64, n. 3, p. 569-579, 2014.

GATTI, B. A. Pesquisa, educação e pós-modernidade: confrontos e dilemas. *Cadernos de pesquisa*, v. 35, n. 126, p. 595-608, 2005.

GLENN, S. S. Metacontingencies in walden two. *Behavior Analysis and Social Action*, v. 5, p. 2-8, 1986.

GLENN, S. S. Contingencies and metacontingencies: Relations among behavioral, cultural, and biological evolution. In: LAMAL, P. A. (Org.). *Behavioral analysis of societies and cultural practices*. Washington: Hemisphere, 1991. p. 39-73.

GOLDIAMOND, I. Toward a constructional approach to social problems: ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, v. 2, n. 1, p. 1-84, 1974.

GONÇALVES; D. A.; MARI, J. J.; BOWER, P.; GASK, L.; DOWRICK, C.; TÓFOLI, L. F.; CAMPOS, M; PORTUGAL, F. B.; BALLESTER, D.; FORTES, S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 30, p. 623-632, 2014.

GONGORA, M. A. N. Noção de psicopatologia na análise do comportamento. In: COSTA, C. E.; LUZIA, J. C.; SANT'ANNA, H. H. N. (Orgs.). *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição*, p. 93-109, 2003.

GUERIN, B. How to rethink psychology: New metaphors for understanding people and their behavior. London: Routledge, 2016.

GUERIN, B. How to rethink mental illness: The human contexts behind the labels. New York: Routledge, 2017a.

GUERIN, B. Deconstructing psychological therapies as activities in context: What are the goals and what do therapists actually do? *Perspectivas em Análise do Comportamento*, v. 8, n. 1, p. 97-119, 2017b.

GUERIN, B.; GUERIN, P. Re-thinking mental health for indigenous Australian communities: communities as context for mental health. *Communit Development Journal*, v. 47, n. 4, p. 555-570, 2012.

GUERIN, B.; GUERIN, P. 'Mental illness' symptoms as extensions of strategic social behaviour: The case of multicultural mental health. *Rivista di Psicologia Clinica*, v. 1, p. 67-81, 2014.

GUERRA, B. T.; ROVARIS, J. A.; MARIANO, M.; GUIDUGLI, P. M.; ROSANTI, S.; BOLSONI-SILVA, A. T. Análise das queixas da rede municipal encaminhadas para a Educação Especial. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 19, n. 2, 2015.

HESSEL, A.; BORLOTI, E.; HAYDU, V. B. O pensar e o sentir numa análise comportamental da ansiedade. *Comportamento em foco*, v. 1, p. 283-292, 2011.

HIDAKA, B. H. Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *Journal of affective disorders*, v. 140, n. 3, p. 205-214, 2012.

HOLLAND, J. G. Comportamentalismo: Parte do problema ou parte da solução? *Análise Psicológica*, v. 2, p. 317-326, 1979.

HOWAT-RODRIGUES, A. B. C.; LIMA, C. A.; PIMENTEL, F. C. Comportamentos governados por regras e controle aversivo: uma análise comportamental baseada na legislação penal. *Comportamento em foco*, v.2, p. 43-54, 2013.

HUNZIKER, M. H. L. O desamparo aprendido e a análise funcional da depressão. In.: ZAMIGNANI, D. R. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. Santo André: ARBytes, 1997. p. 141-149.

HUNZIKER, M. H. L. Afinal, o que é controle aversivo? *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, v. 19, p. 9-19, 2011.

HUNZIKER, M. H. L. Considerações sobre o modelo de seleção pelas consequências: o que mudou em 28 anos? *Interação em Psicologia*, v. 20, n. 3, 2016.

HUNZIKER, M. H. L.; SAMELO, M. J. Controle aversivo. In: BORGES, N. B.; CASSAS F. A. (Orgs.). *Clínica Analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 49-63.

JIMÉNEZ, A. M. The construction of psychopathology and psychiatric practice. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, v. 33, n. 119, p. 575-592, 2013.

JONAS, A. L. O que é auto-regra. In: BANACO, R. A. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. Santo André: Arbytes, v. 1, 1999. p. 142-145.

KASSER, T.; KANNER, A. D.; RYAN, R. M. Some costs of American corporate capitalism: A psychological exploration of value and goal conflicts. *Psychological Inquiry*, v. 18, n. 1, p. 1-22, 2007.

KEHL, M. R. A juventude como sintoma da cultura. In: NOVAES, R.; VANNUCHI, P. (Orgs.). *Juventude e sociedade: Trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 89-129.

KLEINMAN, A. Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. *The British Journal of Psychiatry*, v. 151, n. 4, p. 447-454, 1987.

KNOBEL, M. Síndrome de adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. (Orgs.). *Adolescência Normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980. p. 24-62.

LACERDA JÚNIOR, F.; GUZZO, R. Prevenção primária: análise de um movimento e possibilidades para o Brasil. *Interação em Psicologia*, v. 9, n.2, p. 239-249, 2005.

LAFER, B. Transtornos do humor. In: ALMEIDA, O. P.; DRACU, L.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 239-274.

LAURENTI, C. Crítica à neutralidade científica e suas consequências para a prática científica em psicologia. In: HAYDU, V. B.; FORNAZARI, S. A.; ESTANISLAU, C. R. (Orgs.). *Psicologia e análise do comportamento: conceituações e aplicações à educação, organizações, saúde e clínica*. Londrina: UEL, 2014.

LAURENTI, C.; LOPES, C. E. Reflexões comportamentalistas sobre a maldade contemporânea. In: LAURENTI, C.; LOPES, C. E. (Orgs.). *Cultura, democracia e ética*. Maringá: Eduem, 2015. p. 15-42.

LAURENTI, C.; LOPES, C. E. Metodologia da pesquisa conceitual em psicologia. In: LAURENTI, C.; LOPES, C. E.; ARAUJO, S. F. (Orgs.). *Pesquisa Teórica em Psicologia: Aspectos Filosóficos e Metodológicos*. São Paulo: Hogrefe, 2016. p. 41-69.

LAURENTI, C.; LOPES, C. E.; ARAUJO, S. F. A necessidade da pesquisa teórica em psicologia. In: LAURENTI, C.; LOPES, C. E.; ARAUJO, S. F. (Orgs.). *Pesquisa*

Teórica em Psicologia: Aspectos Filosóficos e Metodológicos. São Paulo: Hogrefe, 2016. p. 7-14.

LEONARDI, J. L. Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica. 2016. 199 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LÔBO, D. F. V.; VILARINHO-REZENDE, D.; ALENCAR, I. C. A utilização de recursos terapêuticos na terapia analítico-comportamental da depressão: promovendo variabilidade comportamental. In: BITTENCOURT, A. C. C. P. et al. (Orgs.). Depressão: Psicopatologia e Terapia Analítico-Comportamental. Curitiba: Juruá, 2015. p. 79-101.

LOPEZ, M. R. A.; RIBEIRO, J. P.; ORES, L. D. C.; JANSEN, K.; SOUZA, L. D. D. M.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A. D. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 33, n. 2, p. 103-108, 2011.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Revista de Saúde Pública, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

MARINHO, M.L. O modelo médico e o modelo psicológico. In: WIELENSKA, R. C. (Org.). Sobre comportamento e cognição. Santo André: ESETec, 2001. p.143-145.

MARTIN, G.; PEAR, J. Modificação de Comportamento: o que é e como fazer. São Paulo: Roca, 2009.

MATOS, M. A. A medida do ambiente de desenvolvimento infantil. Psicologia, v. 9, n. 1, p. 5-18, 1983.

MATOS, M. A. Análise funcional do comportamento. Estudos de Psicologia, v. 16, n. 3, p. 8-18, 1999.

MATOS, J. P. A.; FERREIRA, T. A. S. A cultura do diagnóstico e a emergência de subjetividades psicopatológicas. Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento, v. 24, n. 4, p. 509-523, 2016.

MATTAINI, Mark A. Will Cultural Analysis Become a Science? Behavior and Social Issues, v. 15, n. 1, p. 68-80, 2006.

MELO, C. M.; CASTRO, M. S. L. B. O conceito de sobrevivência das culturas e suas implicações para uma ética skinneriana. In.: LAURENTI, C.; LOPES, C. E. (Orgs.). Cultura, Democracia e Ética. Maringá: EDUEM - Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2015. p. 41-73.

MELO, C. M.; MACHADO, V. L. S. Análise Comportamental da Cultura - Parte 2. In: MOREIRA, M. B. (Org.). Comportamento e Práticas Culturais. Brasília: Instituto Walden4, 2013. p. 95-120.

MENEZES, P. R. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). Manual de psiquiatria clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 43-55.

MEYER, S. B. Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. In: ABREU-RODRIGUES, J.; RIBEIRO, M. R. (Orgs.). Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação, 2005. p. 211-227.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. Princípios básicos de análise do comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MOREIRA, M. B.; MACHADO, V. L. S.; TODOROV, J. C. Cultura e Práticas Culturais. In: MOREIRA, M. B. (Org.). Comportamento e Práticas Culturais. Brasília: Instituto Walden 4, 2013. p. 14-23.

MORRISON-VALFRE, M. Foundation of Mental Health Care. Missouri: Mosby Elsevier, 2009.

NENO, S. Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 151-165, 2003.

NICO, Y. Regras e insensibilidade: conceitos básicos, algumas considerações teóricas e empíricas. In: KERBAUY, R. R.; WIELENSKA, R. C. (Orgs.). Sobre Comportamento e Cognição: psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação. Santo André: ARBytes, 1999. p. 31-39.

NICO, Y; LEONARDI, J. L; ZEGGIO, L. A Depressão como Fenômeno Cultural da Sociedade Pós-moderna - Parte I: Um Ensaio Analítico-Comportamental dos Nossos Tempos. São Paulo: CIP Brasil, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros. Genebra: OMS; 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: OMS, 2014.

OSSE, C. M. C.; COSTA, I. I. Saúde mental e qualidade de vida na moradia estudantil da Universidade de Brasília. Estudos de Psicologia, v. 28, n. 1, p. 115-122, 2011.

PICKETT, K. E.; WILKINSON, R. G. Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. The British Journal of Psychiatry, v. 197, n. 6, p. 426-428, 2010.

PRADO, R. C. P. Uma leitura analítico-comportamental da psicopatologia. *Scientia*, p. 192- 395, 2013.

RIBEIRO, D. C.; BOLSONI-SILVA, A. T. Potencialidades e dificuldades interpessoais de universitários: Estudo de caracterização. *Acta comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, p. 205-224, 2011.

SALLES, A. M.; LÖHR, S. S. Ansiedade, um problema ou um jeito de levar a vida. In: GUILHARDI, H. J.; AGUIRRE, N. C. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade*. Santo André: Esetec, 2005. p.71-75.

SAMPAIO, A. A. S.; ANDERY, M. A. P. A. Comportamento Social, Produção Agregada e Prática Cultural: Uma Análise Comportamental de Fenômenos Sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília*, v. 26, n. 1, p. 183-192, 2010.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, v. 59, p. 238-246, 2010.

SIDMAN, M. *Coerção e suas implicações*. Campinas: Editora Livro Pleno, 2009.

SILVA, F. B.; CARRARA, K. Implicações de estratégias molares/moleculares na Análise Comportamental da Cultura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 67, n. 3, p. 4-16, 2015.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005.

SKINNER, B. F. *Contingências de reforço*. São Paulo: Abril Cultural, 1975.

SKINNER, B. F. What is wrong with daily life in the western world? *American psychologist*, v. 41, n. 5, p. 568-574, 1986.

SKINNER, B. F. *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SKINNER, B. F. *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix, 2006.

SKINNER, B. F. Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 9, n. 1, p. 129-137, 2007.

STAATS, A. W.; STAATS, C. K. *Comportamento humano complexo*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

- TODOROV, J. C.; MOREIRA, C. Análise Experimental do Comportamento e Sociedade: Um Novo Foco de Estudo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 17, p. 25-29, 2004.
- TOURINHO, E. Z. A Produção de Conhecimento em Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 23, n. 2, p. 30-41, 2003.
- TOURINHO, E. Z. *Subjetividade e relações comportamentais*. São Paulo: Paradigma, 2009.
- ULLMANN, L. P.; KRASNER, L. *A psychological approach to abnormal behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1975.
- WALSH, R. Lifestyle and mental health. *American Psychologist*, v. 66, n. 7, p. 579-592, 2011.
- WIELENSKA, R. C. Terapia analítico-comportamental da depressão. In: BITTENCOURT, A. C. C. P. et al. (Orgs.). *Depressão: Psicopatologia e Terapia Analítico-Comportamental*. Curitiba: Juruá, 2015. p. 57-62.
- VIECILI, J.; MEDEIROS, J. G. A coerção e suas implicações na relação professor-aluno. *PsicoUSF*, v. 7, n. 2, p. 229-238, 2002.
- VIEIRA, B. USP tem 4 suicídios em 2 meses e cria escritório de saúde mental para alunos. *Folha de São Paulo*, 1 ago. 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/usp-tem-4-suicidios-em-2-meses-e-cria-escritorio-de-saude-mental-para-alunos.shtml>>. Acesso em: 23 out. 2018.
- ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.
- ZILIO, D. Seleccionismo, Metáforas e Práticas Culturais: Haveria um Terceiro Tipo de Seleção no Nível Cultural? *Interação em Psicologia*, v. 20, n. 3, p. 268-278, 2016.
- ZILIO, D.; CARRARA, K. Mentalismo e explicação do comportamento: aspectos da crítica behaviorista radical à ciência cognitiva. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, v. 16, n. 3, p. 399-417, 2008.