

Multideterminação do Comportamento Alimentar em Humanos: um Estudo de Caso¹

Paulo Roberto Abreu²

Universidade Federal do Paraná e Universidade de São Paulo

Luciana Roberta Donola Cardoso

Universidade de São Paulo e Pontifícia Universidade de São Paulo

RESUMO – Tradicionalmente o estudo da anorexia nervosa vem sendo pautado nos critérios diagnósticos trazidos dos manuais como o DSM, que priorizam a descrição topográfica dos comportamentos-problema, em que pouca ou quase nenhuma atenção se dá a sua funcionalidade nos contextos em que ocorrem. Humanos podem parar de comer sob o controle dos mais variados eventos, de modo que uma caracterização nosológica de caráter nomotético pode não ser suficiente na análise do fenômeno. O estudo de caso de um paciente do sexo masculino de 12 anos ilustra e elucida o debate, por apresentar características diagnósticas diferentes das usualmente relatadas na literatura.

Palavras-chave: psicopatologia; anorexia nervosa; psicologia da saúde; comportamento alimentar; terapia comportamental.

Multidetermination of Eating Behavior in Humans: A Case Study

ABSTRACT – Traditionally the study of anorexia nervosa has followed the diagnostic criteria of manuals as DSM with focus on topographic description of problem-behaviors. In doing that, none or little attention has been devoted to the functionality of behaviors in their contexts. Humans can stop eaten under the control of many events. So, the psychiatric model that brings a nosologic proposal only in the nomotetic characterizations couldn't be enough on the phenomenon evaluation. This case study of a 12 years old boy shows different diagnostic features normally related in the present data.

Key words: psychopathology; anorexia nervosa; health psychology; eating behavior; behavior therapy

Nos últimos anos, houve um aumento da incidência de anorexia nervosa, sobretudo entre as mulheres, pela pressão cultural que define os padrões de beleza desejáveis. A mídia bombardeia cotidianamente modelos de corpos femininos esbeltos e flexíveis. Como consequência, a maioria das mulheres na cultura ocidental apresenta insatisfação com o peso corporal e, por isso, muitas optam por fazer dietas (Davies & Furnham, 1986; Wilson & Pike, 1993). A prevalência da anorexia entre mulheres é de aproximadamente 0,5% e entre homens é de aproximadamente um décimo da taxa encontrada em mulheres (APA, 2003). A idade de início ocorre normalmente ente 13 e 17 anos (Duchesne & Appolinário, 2001). Pacientes com anorexia nervosa, segundo a *American Psychiatric Association* (2003), caracterizam-se por se recusarem a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura, pelo medo intenso de ganhar peso ou engordar, pela perturbação no modo de vivenciar o peso e a forma do corpo e, ainda, pela presença de menorreia, em caso de mulheres pós-menarca. Embora a anorexia seja um transtorno alimentar com um rápido aumento de incidência em

várias partes do mundo (APA, 2003), observa-se muito pouca atenção de publicações estritamente analítico-comportamentais direcionadas ao tema.

As descrições das topografias das repostas encobertas e abertas estipuladas nos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (APA, 2003), embora adequadas às propostas de intervenções psiquiátricas, não especificam quais comportamentos estão atualmente ocorrendo, como eles variam entre situações ou como diferentes contextos influenciam a frequência, intensidade e duração das respostas características do comportamento alimentar (Lappalainen & Tuomisto, 2005). Os humanos podem parar de comer sob o controle dos mais diferentes eventos, de modo que uma proposta nosológica baseada puramente em um caráter nomotético pode não dar conta de descrever, analisar e intervir nas determinações contextuais dos comportamentos-problema (Hawkins, 1986). Como afirma Neno (2003),

a complexidade do fenômeno comportamental adquire amplo reconhecimento à medida que o comportamento humano torna-se o objeto central da análise skinneriana. É sobre o homem que operam os três conjuntos de variáveis ambientais (filogenéticas, ontogenéticas e culturais), conjugando determinações de modos únicos e gerando uma variada gama de repertórios comportamentais (p. 154).

Os três conjuntos de variáveis ambientais, ou modelo dos três níveis de seleção proposto por Skinner (1981/1984, 1990), mostram como dada configuração de respostas pode vir a ter determinações múltiplas, sendo que a “aná-

1 A elaboração final do presente artigo ocorreu no período de vigência da bolsa concedida pelo CNPq ao primeiro autor, aluno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Experimental da Universidade de São Paulo. Os autores agradecem ao Dr. José Pacheco (IPq-USP), à Prof^ª Dr^ª Maria Martha Hübner (IP-USP), à Prof^ª Dr^ª Mali Delitti (PUC-SP) e ao Serviço de Psiquiatria do HU-USP pelo auxílio prestado no Curso de Especialização em Terapia Comportamental e Cognitiva (IP-USP), durante o qual o caso descrito foi atendido e supervisionado.

2 Endereço: Rua Rio Grande do Sul, 199, apto: 14 A, Bairro Água Verde, Curitiba, PR, Brasil 80620-80. E-mail: pauloabreu@usp.br

lise funcional requerida para a compreensão do fenômeno comportamental muda com a transição de uma causalidade mecânica para uma causalidade seletiva” (Neno, 2003, p. 155). Pode-se notar a possibilidade de influência dos três níveis seletivos na determinação do repertório de um paciente anoréxico, de modo que ora os níveis se sobrepõem, ora um nível exerce maior influência sobre os outros.

O primeiro nível constituído pelas contingências de sobrevivência filogenéticas foi bastante estudado por meio do modelo animal denominado anorexia de atividade. A anorexia de atividade é definida funcionalmente quando uma diminuição na disponibilidade de alimentos para consumo tem como efeito o aumento de comportamentos direcionados à atividade física. Esse efeito foi observado em experimentos com ratos que tiveram livre acesso à roda de atividade após um período de acesso restrito a comida de 60 a 90 minutos por dia (Pierce & Epling, 1994). Quando o exercício se tornava excessivo, o consumo de comida diminuía. Constatou-se que a redução no consumo de calorias leva a mais atividade física e assim sucessivamente, de modo que o animal pode vir até a não mais emitir comportamentos relacionados ao comer, vindo a morrer de inanição (Pierce & Epling, 1994). Esse modelo contempla uma provável base evolucionária da anorexia, devido ao valor de sobrevivência que teria, para algumas espécies, a migração nos períodos de seca, ao longo de muitos quilômetros a procura de locais com maior disponibilidade de alimentos (Mrosovsky & Sherry, 1980). Muitas evidências mostram que exercícios físicos excessivos estão geralmente associados à anorexia em humanos nos comportamentos restritivos após a ingestão de alimentos tidos como “engordantes” (Katz, 1986; Slade, 1973). O modelo mostra que reforçadores alternativos concorrem com o valor reforçador da comida mesmo quando o organismo encontra-se em privação. Se o custo de resposta na alimentação é grande, então o anoréxico pode diminuir a frequência de comportamentos alimentares (o comer é mais difícil devido às consequências aversivas da alimentação), aumentando a frequência de comportamentos relacionados a exercícios físicos ou outras atividades (Lappalainen & Tuomisto, 2005).

O segundo nível caracterizado pela seleção operante traz a influência das contingências de reforçamento predominantes ao longo da vida do indivíduo, uma contingência específica à interrelação entre uma condição antecedente, uma resposta e uma consequência (Skinner 1953/1965). O controle de estímulos sobre a classe de respostas relacionada ao comer pode ser multideterminado, pois tais respostas podem ter os mais variados eventos controladores antecedentes e consequentes. Uma adolescente pode não mais se alimentar com tanta frequência durante as refeições, pois tal mudança teve como consequência, no passado, a atenção dos pais, que atualmente se mostram negligentes. De outra maneira, a mesma jovem pode não se alimentar em função de querer emagrecer para vestir seu vestido de formatura. Pode também querer conquistar a atenção e o carinho de um colega durante o baile. No processo, observa-se muitas vezes a sobreposição de contingências operantes, mas esgotar as possibilidades não se faz aqui necessário, já que elas podem ser tão extensas quanto são as variabilidades comportamentais observadas nos diferentes contextos.

O terceiro nível, chamado de seleção cultural, é caracterizado por ser constituído de contingências que exercem o efeito

reforçador sobre o grupo, e não sobre os membros individuais, na seleção dos hábitos alimentares. Os apelos aos modelos de corpos femininos já citados são a expressão da probabilidade de as instituições sociais disponibilizarem maior frequência de reforçamento para mulheres consideradas magras.

Um reflexo dessa complexidade na seleção de um repertório anoréxico é a aparente convergência de patologias, tomadas assim pela psiquiatria como uma sobreposição de fenômenos. Por prescindir de uma análise contextual, a classificação topográfica dos transtornos alimentares muitas vezes incorre na sobreposição de características comportamentais de mais de uma morbidade. Segundo alguns autores (Duchesne, 1997; Duchesne & Appolinário, 2001; Powers, 1990), existem níveis de transição entre a anorexia e a bulimia nervosa. Observa-se que um grande número de anoréxicas desenvolvem episódios de compulsão alimentar característicos da bulimia e que bulímicas podem apresentar períodos de perda de peso substancial, fato que poderia vir a preencher os critérios para o diagnóstico da anorexia. Semelhanças com o transtorno obsessivo-compulsivo também foram sinalizadas, devido ao medo recorrente de ganhar peso e dos comportamentos compulsivos restritivos e/ou purgativos (ex. exercício físico excessivo e/ou o vômito auto-induzido, respectivamente) característicos dos pacientes com anorexia (Mavissakalin, 1982). Outrossim, a alta comorbidade entre os transtornos alimentares e a depressão levou alguns investigadores a sugerirem uma causa biológica comum (Wilson & Pike, 1993). O que está sob análise não é a sobreposição de fenômenos mutuamente excluídos, e sim a convergência de contingências múltiplas (tanto dentro de um mesmo nível seletivo como na sobreposição entre níveis), que tiveram como consequência, ao longo do tempo, a seleção de comportamentos característicos das citadas patologias. Portanto, do ponto de vista contextual behaviorista radical (Hayes, Hayes, & Reese, 1998; Jacobson, 1997), essas aparentes diferenças fenomenológicas seriam assumidas, não determinadas, posto o caráter idiográfico dos repertórios comportamentais.

Especificar a relação entre os comportamentos anoréxicos e o contexto dos quais estes são função incorrerá muitas vezes no primeiro obstáculo oferecido ao analista de comportamento clínico: normalmente, em uma análise funcional de tripla contingência, parte-se do comportamento-problema para a seguir ser investigado os possíveis eventos antecedentes e consequentes a ele contíguos. Em muitos casos de anorexia, não se observa o comportamento de comer no momento da avaliação funcional, ou seja, estaria então o terapeuta partindo de uma “não-resposta” na realização de sua análise. Diante desse fato, parece que até o emprego da terminologia “comportamento anoréxico” pode estar equivocada (Slade, 1973). Adjetivos como esse são normalmente empregados na literatura clínica para se referir aos comportamentos-problema observados nas patologias, como os “comportamentos depressivos” na depressão (Abreu, 2006) ou “comportamentos obsessivos e compulsivos” característicos ao transtorno obsessivo-compulsivo (Abreu & Prada, 2004, 2005). Contudo, na anorexia, talvez seja mais adequado se referir ao fenômeno como sendo constituído por classes de respostas concorrentes às classes com função de alimentação, como a dieta auto-induzida, a purgação, a

restrição alimentar e a distorção da imagem corporal, pois, conforme pontuou Catania (1998/1999), a atribuição de propriedades funcionais a eventos como o não-responder poderia ser substituído pelo reconhecimento do reforço diferencial de outro comportamento (DRO). Também, a exemplo da nomenclatura adotada por alguns autores ao se referirem à depressão, o emprego alternativo do termo “contingências anoréxicas” pode ainda oferecer melhores possibilidades por motivo de uma adequada prioridade teórico-conceitual e, é claro, por motivos puramente pragmáticos de comunicação (ver Jacobson, Martell, & Addis, 2001 para um maior aprofundamento). É importante frisar, contudo, que, provavelmente, se fosse possível a observação do *continuum* histórico, facilmente seriam mapeados o processo e os contextos em que os comportamentos alimentares foram diminuindo de frequência ou se extinguindo, de modo que, na atual circunstância, restará ao terapeuta analítico-comportamental apenas observar os relatos verbais trazidos pela comunidade acerca dos hábitos do paciente, sobretudo os relatados pela família. Infere-se daí que muitas informações relevantes se tornam difíceis de serem levantadas. Dadas informações são críticas, na medida em que poderiam se referir às circunstâncias em que ocorriam e em que não ocorriam os comportamentos alimentares do paciente. Sua análise poderia favorecer a disposição de novas contingências de reforçamento na reaprendizagem alimentar.

Felizmente, um fator que favorece as análises e as intervenções é a possibilidade da testagem e apresentação de reforçadores em um ambiente mais controlado, como no caso do internamento em hospital. A hospitalização permite que se tenha um maior controle da qualidade e quantidade das refeições do paciente, dos horários, do ganho de peso, dos comportamentos de purgação e dos exercícios físicos, caso estes estejam presentes, do risco de suicídio e, ainda, das complicações físicas características da auto-restrição alimentar (Duchesne, 1997; Heller, 2001). Kanter, Callaghan, Landes, Busch e Brown (2004) ressaltam que, historicamente, as intervenções comportamentais que apresentaram maior efetividade foram aquelas em que o reforçamento ou a punição puderam ser apresentados *in vivo*, contingentes ao comportamento-problema, a exemplo das intervenções no autismo e em outros problemas de desenvolvimento infantis. Os autores pontuam que “*se a pessoa (o terapeuta) que conduz as intervenções tem acesso direto às contingências críticas, e se pode manipulá-las diretamente, então o tratamento poderá ser mais eficiente e mais eficaz*” (p. 257). Talvez por esse fato as intervenções comportamentais na anorexia nervosa historicamente tenham também sido criadas para serem aplicadas, sobretudo, em contextos hospitalares (Mavissakalian, 1982; Taboas, 1981).

O presente estudo de caso foi elaborado com o objetivo de mostrar a necessidade de uma análise contextual idiográfica no tratamento da anorexia nervosa. A análise acrescenta informações ao fenômeno por abordar o caso de um paciente anoréxico cujos comportamentos, embora apresentassem topografias características ao transtorno, denunciavam o controle múltiplo contextual muitas vezes negligenciado na nosografia médica relacionada aos comportamentos alimentares. O método utilizado para a avaliação e intervenção foi a análise funcional dos comportamentos apresentados pelo paciente e pela sua família, conforme proposta por Skinner (1953/1965). Por tratar-se de um relato clínico e não de uma

pesquisa, o estudo não apresentou os controles experimentais inerentes a um delineamento sujeito caso único (Kazdin, 1982), embora tenha trazido registros característicos desse delineamento como a frequência acumulada dos comportamentos alimentares na enfermaria. Foi solicitado à família a assinatura em termo de consentimento livre e esclarecido, tendo a documentação sido submetida e aprovada em comitê de ética.

Estudo de Caso

Identificação do paciente e a queixa

Os atendimentos ocorreram na pediatria do Hospital Universitário (HU) da Universidade de São Paulo entre os dias 01/05/05 e 13/05/05, sempre às quintas e sextas-feiras.

A., do sexo masculino, 12 anos, residente em uma cidade do interior do Rio de Janeiro, esteve internado do dia 20/04/05 ao dia 13/05/05, diagnosticado pela equipe de psiquiatria como tendo anorexia nervosa. Chegou para tratamento hospitalar com auto-restrição alimentar, recusando-se a ingerir tanto alimentos sólidos como líquidos. Apresentava crescente preocupação com sua forma física, relacionada a um medo de ganhar peso, embora na ocasião ainda tivesse o Índice de Massa Corporal (IMC) dentro dos padrões normais para sua idade. Os pais haviam se separado recentemente, o pai veio morar em São Paulo e a mãe permaneceu na cidade do interior do Rio de Janeiro, com a guarda (não oficializada) do paciente e de sua irmã. A. foi trazido ao hospital em São Paulo pelos pais, quando eles verificaram fraqueza e tonturas comprometedoras, como eventuais desmaios, palidez e recusa para se alimentar. Contudo, o paciente não demonstrava preocupação formal com seu atual estado físico. Fazia-o somente quando solicitado pela equipe médica a falar sobre sua “fraqueza” e os desmaios.

Resumo dos atendimentos e análise

No primeiro atendimento, a residente R1 de pediatria relatou que estava tentando fazer com que A. comesse aos poucos. Também acrescentou que foi dito ao paciente que lhe colocariam uma sonda caso não viesse a comer até sábado (09/05/05). Os terapeutas qualificaram a preocupação da residente, reforçando as aproximações sucessivas que vinham fazendo, treinando-a dentro da racional analítico-comportamental que envolvia o procedimento. Foram então passadas as seguintes especificações: a) que continuasse a aumentar gradativamente a quantidade de comida de acordo com a melhora verificada em A; b) que tornasse os momentos das refeições o mais prazeroso possível, primando sempre por conversas que fossem agradáveis ao paciente; c) e, ainda, que desse instruções claras à cozinha para levar quantidades de comida diminutas, não trazendo quantidades normais condizentes com refeições dos pacientes “sadios”.

No segundo atendimento, A. contou que comeu todo o almoço do dia anterior. Vinha comendo nos últimos dias devido à possibilidade de lhe colocarem uma sonda. Após o atendimento, a residente de pediatria contou sobre os desenhos feitos pelo paciente. Nos desenhos, o padrao aparecia esfaqueado e ensangüentado, onde figuravam também vários xingamentos escritos. O pai, por seu turno, aparecia em outras imagens. O desenho do pai era a de um homem forte e viril.

No terceiro atendimento, foi perguntado a A. o que o trouxe ao hospital. Vir para o hospital lhe pontuou que havia conseguido atingir o seu objetivo. Disse que gostava da tontura e da fraqueza que sentia pelo fato de que essas sensações lhe mostravam que estava atingindo a sua meta. Segundo A., o objetivo de ficar sem comer era emagrecer, pois não queria ficar acima do peso. O pai aproveitou para mostrar algumas fotos tiradas dias antes ao internamento. Nas fotos, o paciente não estava acima do peso como vinha argumentando ao longo dos encontros. O pai chamou a atenção para esse fato, acrescentando ainda que A. mostrava-se aparentemente feliz nas ocasiões das fotos. Foi então colocado ao paciente que ficar satisfeito por estar ficando debilitado parecia não ser condizente apenas com melhoras na estética (apresentou-se esse S^D verbal de posse da informação prévia fornecida pela residente de que a auto-restrição alimentar do paciente começara por ocasião da separação dos pais). Os terapeutas expuseram então que muito os preocupava que estivesse comendo apenas para poder ter alta, pois se tratava de um problema muito sério, em que os fatores determinantes ainda não haviam sido abordados. Foi perguntado então se A. estava sofrendo com a separação dos pais. Confirmou a dor que estava sentindo, colocando que gostaria muito que os pais voltassem a ser um casal unido.

No quarto atendimento, estiveram presentes o pai e a mãe de A. Os pais foram convidados a debater a volta de A. à cidade do interior do Rio de Janeiro, bem como sobre a possibilidade de sua guarda pelo pai, sugerida pela mãe. Foram analisadas funcionalmente algumas prováveis consequências de médio e longo prazos relacionadas à escolha de uma entre as possibilidades que a história atual da família estava proporcionando. Nesse processo de tomada de decisão dos pais, evidenciou-se a urgência na resolução de problemas, tendo os terapeutas sempre a preocupação de sinalizar a probabilidade da recorrência do quadro de A., caso os pais continuassem insistindo na reivindicação da guarda pautada no conflito conjugal. O problema que teriam que resolver seria optar pelo filho voltar a morar no interior do Rio de Janeiro e ter que viajar para São Paulo todas as semanas para a realização do acompanhamento ambulatorial (Ambulim – IPqHC-USP) ou se o filho moraria em São Paulo enquanto durasse o tratamento. Se optassem pelo filho morar na cidade do interior do Rio de Janeiro, teriam que viajar todas as quartas-feiras para São Paulo, fato que levaria A. a ter que faltar às aulas na escola. O tempo de viagem de aproximadamente cinco horas até São Paulo foi colocado como outro empecilho. Ao final, ficou então definido que a escolha pela cidade do interior do Rio de Janeiro ou São Paulo seria feita por A., de acordo com as consequências vividas ao longo do processo.

Resultados e Discussão

As Figuras 1 e 2 apresentam as curvas acumuladas do comportamento de comer e do comportamento de beber apresentadas pelo paciente ao longo dos dias em que esteve internado.

As figuras mostram que, no início da internação, a frequência da emissão dos comportamentos de comer e beber de A. era zero. Contudo, o paciente já vinha gradativamente aumentando a frequência por meio do procedimento de

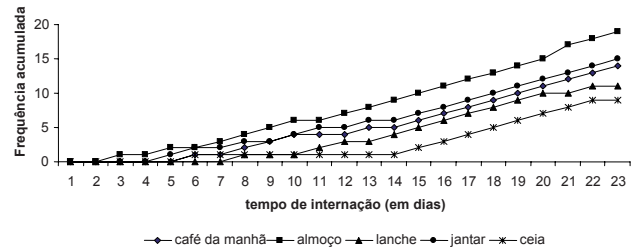


Figura 1. Curva acumulada da frequência do comportamento de comer no período de 23 dias de internação.

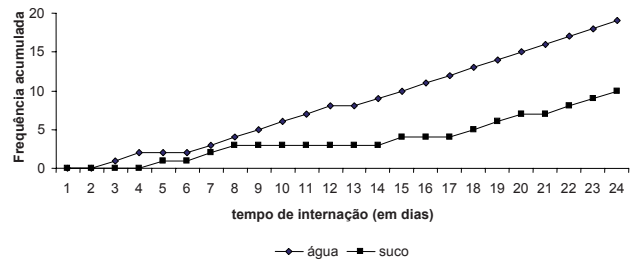


Figura 2. Curva acumulada da frequência do comportamento de beber no período de 23 dias de internação.

“aproximações sucessivas” adotado pela residente de pediatria. Tradicionalmente, a terapia comportamental na anorexia se centrou em estratégias operantes com objetivo de que os pacientes viessem a ganhar peso em um curto espaço de tempo (Mavissakalian, 1982; Taboas, 1981). É interessante notar, entretanto, que a aplicação da técnica sob a orientação dos terapeutas não teve como principal objetivo o ganho de peso com o aumento gradual da quantidade de quilocalorias ingeridas, pois, conforme pontuaram Gore, Wal e Thelen (2001), o engordar pode ser extremamente aversivo para o anoréxico. Outrossim, humanos normalmente associam o estímulo aversivo gastro-intestinal, gerado pelo comer após um período de auto-restrição alimentar, com as propriedades de estímulo da comida consumida (Lappalainen & Tuomisto, 2005). Com isso, o paciente poderia passar a evitar a comida antecipando náusea. Os estímulos pré-aversivos fornecidos pela comida provavelmente gerariam muita ansiedade, o que seria contraproduzitivo no recondicionamento do comportamento de comer. Portanto, o comportamento-alvo adotado, tanto para a intervenção como para o registro, foi apenas a emissão ou não dos comportamentos de comer e beber. O ganho de peso seria uma consequência, e não um fim em si no reforçamento diferencial adotado.

O relato verbal da aversão pela comida poderia acontecer não somente na associação do alimento com a náusea, mas também na associação com o contexto hospitalar em que as refeições aconteciam. Entretanto, o relato verbal relacionado à avaliação negativa da comida pode se alterar se for mudado o contexto em que as refeições ocorrem (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). Com esse problema em vista, os terapeutas aproveitaram o vínculo que a residente tinha com A. para incentivá-la a tornar os momentos das refeições o mais prazeroso possível durante a dessensibilização sistemática. É digno de nota que os comentários de uma pessoa querida sobre a comida podem ainda aumentar a propensão para o consumo de determinado alimento por funcionar como uma operação estabelecadora que evoca o comportamento de consumo e que aumenta o efeito reforçador desse alimento (Michael, 1988).

A análise funcional aplicada ao comportamento de comer do paciente no contexto domiciliar mostra que A. passou a não mais comer diante das sinalizações relacionadas à separação dos pais, obtendo conseqüências como a atenção voltada para si, o afastamento de casa e do padrasto. Aparentemente o diagnóstico médico somado às reclamações do paciente com a forma e estética do corpo poderiam vir a obscurecer as variáveis críticas na determinação dos comportamentos concorrentes aos comportamentos alimentares. Embora A. pudesse ter parado de se alimentar em função da possibilidade de ganhar peso, a análise mostrava uma multideterminação que necessitava ser melhor equacionada de modo que possibilitasse alguma intervenção eficaz. De posse dessa avaliação funcional, seria imprescindível no tratamento de A. que os conflitos familiares fossem abordados para que fossem criadas no lar novas contingências alternativas às contingências mantenedoras dos comportamentos anoréxicos. A dessensibilização foi o procedimento adotado para levar o paciente a novamente emitir os comportamentos alimentares, mas a intervenção hospitalar na enfermaria teve necessariamente que também promover algumas tomadas de decisão quanto à guarda de A., com o objetivo de se criar novas contingências parentais.

Com esse segundo objetivo em vista, a possibilidade da guarda pelo pai foi incentivada pelos terapeutas, visto a urgência do problema e a disponibilidade da mudança apresentada pelo casal. Os comportamentos relacionados à anorexia de A. tiveram a função de escapar do padrasto e unir os pais. É de consciência dos terapeutas que estariam possivelmente promovendo uma futura emissão desses comportamentos caso o jovem se visse novamente insatisfeito por algum motivo. Contudo, optou-se por essa intervenção, visto que a mudança de ambiente nestes termos poderia ser adequada devido a três fatores significativos: primeiramente, a limitação de tempo, característica da psicologia da saúde em contexto de internamento hospitalar, exigiu dos terapeutas uma metodologia baseada em contratos comportamentais familiares. Segundo, evidenciou-se o ótimo relacionamento que A. tinha com o seu pai, o que aponta para a formação de um lar com menos conflitos familiares para o seu desenvolvimento. O bom relacionamento ficou evidente pelas fotos das viagens que o pai tirou com os dois filhos em muitas cidades do Brasil, pela presença do pai em todos os atendimentos e ainda pelos desenhos feitos pelo paciente. Terceiro, porque com a mudança do pai para a cidade do interior do Rio de Janeiro, estaria o paciente ainda morando na mesma cidade de residência da mãe. Se ficasse em São Paulo, provavelmente ocorreriam problemas com o acordo sobre a sua guarda.

É interessante frisar que, após o acerto realizado entre os pais e o paciente, A. começou a mostrar maior cooperação com a equipe terapêutica e também tranquilidade com a aproximação da alta hospitalar.

Considerações Finais

O “não comer” apresentado por A. mostrou características funcionais que escapam ao diagnóstico psiquiátrico reservado ao transtorno. Normalmente, os critérios trazidos nos manuais apresentam formulações centradas na topografia das respostas, em que pouca ou quase nenhuma referência à funcionalidade do comportamento é levada em conta (Cavalcante

& Tourinho, 1998). Mesmo as referências à funcionalidade trazidas se mostram insuficientes ou inadequadas quando pouco crédito se dá à idiosincrasia das respostas em análise (Kanter & cols., 2004). O diagnóstico de anorexia nervosa traz os eventos relacionados à preocupação com a estética corporal como prováveis variáveis controladoras dos comportamentos relacionados ao “não comer” (sejam comportamentos abertos ou encobertos), em que mulheres ocidentais, sobretudo no início da adolescência, estariam mais suscetíveis devido às pressões sociais. O modelo seletivo de Skinner (1981/1984; 1990) amplia a possibilidade de interpretação das contingências determinantes. Este estudo de caso, ainda que se adéqüe aos critérios diagnósticos da anorexia, não está relacionado sobremaneira aos controles trazidos nas questões culturais relacionadas à estética e também às determinações filogenéticas características da espécie. Se as intervenções adotadas na enfermaria estivessem circunscritas a apenas esses entendimentos, então nenhuma atenção teria sido dada às contingências operantes do segundo nível seletivo críticas na determinação dos comportamentos alimentares de A. Na prática, a intervenção desprovida de uma avaliação funcional criteriosa estaria limitada, em sua maior parte, na utilização da dessensibilização sistemática, tendo com isso grande probabilidade de insucesso. Portanto, ainda que o condicionamento dos comportamentos de comer e beber fossem promovidos no ambiente semi-controlado da enfermaria com a utilização da técnica, não se estariam modificando as variáveis mantenedoras dos comportamentos relacionados à anorexia.

As análises da clínica comportamental hoje trazem possibilidades de análise da multideterminação dos comportamentos encontrados nas síndromes psiquiátricas complexas, preservando o recorte e importância da avaliação funcional contextual como alternativa viável e eficaz aos diagnósticos médicos vigentes.

Referências

- Abreu, P. R. & Prada, C. G. (2004). Transtorno de ansiedade obsessivo-compulsivo e transtorno da personalidade obsessivo-compulsivo: um “diagnóstico” analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 211-220.
- Abreu, P. R. & Prada, C. G. (2005). Relação entre os condicionamentos operante e respondente no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Estudos de Psicologia*, 22(3), 225-232.
- Abreu, P. R. (2006). Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(6), 322-328.
- American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR* (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: ARTMED.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição*. (D. G. Souza, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1998)
- Cavalcante, S. N. & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14, 139-147.
- Davis, E. & Furnham, A. (1986). The dieting and body concerns of adolescent females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(3), 417-428.

- Duchesne, M. (1997). Tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos* (pp. 185-198). Campinas: Editorial Psy.
- Duchesne, M. & Appolinário, J. C. (2001). Tratamento dos transtornos alimentares. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 230-246). Porto Alegre: ARTMED.
- Gore, S. A., Wal, J. S. V. & Thelen, A. H. (2001). Treatment of eating disorders in children and adolescents. Em K. J. Thompson & L. Smolak (Orgs.), *Body image, eating disorders and obesity in youth: assessment, prevention and treatment* (pp. 23-40).
- Hawkins, R. P. (1986). Selection of target behaviors. Em S. C. Hayes & R. O. Nelson (Orgs.), *Conceptual foundations of behavior assessment* (pp. 331-385). New York: Guilford.
- Hayes, S. C.; Hayes, L. J. & Reese, H. W. (1998). Finding the philosophical core: a review of Stephen C. Pepper's world hypotheses. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 50, 97-111.
- Hayes, S. C.; Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: a post Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer/Plenum.
- Heller, D. C. L. (2001). Anorexia nervosa: etiologia e estratégias de enfrentamento. Em H. J. Guilhardi; M. B. B. P. Madi; P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição*, v. 10 (pp. 61-68). Santo André: ESETEC.
- Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, 28(3), 435-443.
- Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Landes, S. J., Bush, A. M. & Brown, K. R. (2004). Behavior analytic conceptualization and the treatment of depression: traditional models and recent advances. *The Behavior Analyst Today*, 5(3), 255-274.
- Katz, J. L. (1986). Long distance running, anorexia nervosa and bulimia: a report of two cases. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 74-78.
- Kazdin, A. E. (1982) *Single-case research designs: methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Lappalainen, R. & Tuomisto, M. T. (2005). Functional behavior analysis of anorexia nervosa: applications to clinical practice. *The Behavior Analyst Today*, 06 (3), 166-177.
- Martell, C. R., Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York: W. W. Norton.
- Mavissakalian, M. (1982). Anorexia nervosa treated with response prevention and prolonged exposure. *Behavior Research and Therapy*, 20, 27-31.
- Michael, J. (1988). Establishing operations and the mand. *The Analysis of Verbal Behavior*, 6, 3-9.
- Mrosovsky, N., & Sherry, D. F. (1980). Animal anorexias. *Science*, 207(22), 837-842.
- Neno, S. (2003). Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 151-166.
- Pierce, W. D. & Epling, W. F. (1994). Activity anorexia: an interplay between basic and applied behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 17(1), 7-23.
- Powers, P. S. (1990). Anorexia nervosa: evaluation and treatment. *Comprehensive Therapy*, 16(12), 24-34.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. New York/London: Free Press/Collier Macmillan. (Trabalho original publicado em 1953)
- Skinner, B. F. (1984). Selection by consequences. *The Behavioral and Brain Sciences*, 7, 477-510. (Trabalho original publicado em 1981)
- Skinner, B. F. (1990). Can psychology be a science of mind? *American Psychologist*, 45(11), 1206-1210.
- Slade, P. D. (1973). A short anorectic behavior scale. *British Journal of Psychiatry*, 122, 83-85.
- Taboas, A. M. (1981). Anorexia nervosa y terapia del comportamiento. *Revista Latino Americana de Psicología*, 13(1), 97-107.
- Wilson, G. T. & Pike, K. M. (1993). Transtornos Alimentares. (M. R. B. Osório, Trad.) Em D. H. Barlow (Org.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos* (pp. 313-354). Porto Alegre: ARTMED.

Recebido em 22.08.2006

Primeira decisão editorial em 22.08.2007

Versão final em 29.09.2007

Aceito em 25.03.2008 ■