

## **RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL DA ESQUIZOFRENIA**

**Mário Gomes de Figueirêdo**

Universidade Federal do Espírito Santo

**Elizeu Batista Borloti**

Universidade Federal do Espírito Santo

**Resumo:** Com a reforma psiquiátrica, muitas famílias de portadores de transtornos mentais passaram a enfrentar problemas relacionados à atenção ambulatorial. Este artigo analisa verbalizações de resolução para problemas da atenção ambulatorial da esquizofrenia, em famílias de usuários de um CAPS tipo II, ocorridas no contexto de uma discussão, interpretando quais verbalizações atuavam como regras na resolução dos problemas identificados. Participaram da pesquisa cinco famílias de classe popular, com renda variando de 2 a 4 salários mínimos. As interações verbais dos familiares foram gravadas em vídeo, transcritas e analisadas, a partir da teoria sobre comportamento verbal na resolução de problema e comportamento verbalmente mediado (regras), proposta pelo Behaviorismo Radical. Os resultados obtidos indicaram que o comportamento agressivo do usuário e sua recusa em tomar a medicação foram, dentre todas as situações identificadas como problemas, aquelas verbalizadas por todas as famílias participantes. As verbalizações de resolução geralmente foram generalizações de ações bem sucedidas em ocasiões vividas pelas famílias, e os dados sugeriram que suas formulações em alguns casos atuam como regra no enfrentamento de problemas semelhantes.

**Palavras-chave:** esquizofrenia, atenção ambulatorial, resolução de problema, regras.

### **SOLVING PROBLEM IN ATTENTION AMBULATORIAL OF SCHIZOPHRENIA**

**Abstract:** After the psychiatric reformation many families of users of mental health services come to face problems related to ambulatorial settings of treatment. This article analyses solving verbalizations of problems in ambulatorial settings of treatment to schizophrenic patients, emitted by their families during a discussion about those problems in a context of a CAPS type II (Psychosocial Attention Center). It was interpreted which of those verbalizations should act as a rule in solving the identified problems. Five families from popular social contexts participated of sessions of familiar discussions about problems that they were facing. Their verbal interactions were recorded and transcribed, and analyzed according to solving problem and rule governed behavior theories, as proposed by Radical Behaviorism. The results points out that patients' aggressive behavior and their refuse to take medicaments were verbalized as a problem by all five families. Usually the solving problems verbalizations were descriptions of successful actions in past situations experienced by families. Data suggest that these descriptions, in same cases, act as a rule when families come to face similar problems.

**Keywords:** schizophrenia, ambulatorial treatment, solving problem, rule.

## **Introdução**

Durante séculos passados, a loucura no Ocidente teve diferentes formas de ser abordada pela sociedade, em virtude de determinantes históricos de cada época. Na Antigüidade e em parte da Idade Média, o louco gozava de certo grau de liberdade. Enquanto os ricos mantinham seu parente em casa, sob a guarda de um serviçal, aos pobres era permitido vagar pelas cidades, vivendo da caridade pública (RESENDE, 2001). A partir do século XIV, na Europa, mudanças econômicas colocaram a loucura na condição de problema social e os loucos passaram a ser alvo de exclusão da sociedade, através de internações em massa (FOUCAULT, 2000; AMARANTE, 1995). Os comportamentos que transgrediam os padrões de normalidade da época, eram vistos como problema social e resolvidos mediante internações em manicômios, hospitais psiquiátricos ou colônias agrícolas (DELGADO, 2001; RESENDE, 2001). A partir da segunda metade do século XX, movimentos sociais produziram transformações no campo da atenção à saúde mental, gerando um novo paradigma: a reabilitação através da inclusão social (ALVES, 2001; AMARANTE, 2001; PITTA, 2001; SARACENO, 2001; LANCETTI, 2003). A convivência dentro de casa com o portador de transtorno mental tornou-se, então, fundamental nesse novo modelo.

Essa nova proposta, formalmente regulamentada pela legislação em vigor no país (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2004; OMS; OPAS, 2001), determina a reabilitação do portador de transtorno mental através de sua inserção na família, no trabalho e na comunidade. Assim,

os cuidados passaram a ocorrer dentro de casa, na convivência com o familiar em tratamento e não mais no isolamento dos manicômios.

Com isso, os familiares se depararam com o desafio de encontrar soluções adequadas às necessidades de cuidados e ao relacionamento com o parente em tratamento (SCAZUFCA, 2000; OLIVEIRA; BASTOS, 2000; BANDEIRA; MACHADO; PEREIRA, 2002). As demandas surgidas a partir daí são diversas. Cuidados com a higiene pessoal do familiar em tratamento e relacionados a sintomas como insônia e quadros de agressividade e agitação psicomotora, são algumas delas (ROSA, 2003).

Na esquizofrenia, o indivíduo em crise apresenta intensas perturbações de comportamento, manifestações de delírios e alucinações, perda do juízo de realidade, embotamento afetivo e episódios de agressividade (MELO, 1986; OMS, 1993; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997; DALGALARRONDO, 2000; BRITO, 2004). Tais manifestações costumam permanecer mesmo após alta médica de internações breves, pois geralmente há apenas remissão parcial do surto psicótico (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997; SHIRAKAWA, 2000), o que acrescenta às dificuldades da convivência, um sentimento de frustração nos familiares do paciente esquizofrênico quanto ao seu desempenho social, freqüentemente abaixo das expectativas (MOREIRA; CRIPPA; ZUARDI, 2002). Tal comportamento perturbado gera forte impacto sobre a vida familiar (MCELROY, 1996; MARTONE; ZAMIGNANI, 2002), e transforma-se em problemas cuja resolução muitas vezes está acima dos recursos materiais e emocionais das famílias (SCAZUFCA, 2000; ROSA, 2003). O

ato de cuidar de um parente com doença crônica, além de provocar modificações na dinâmica das relações familiares, gera estresse físico e mental em todos e, de forma mais intensa, naquele estabelecido como cuidador único (DATILLIO, 1995; ENUMO, 1997; GARRIDO; ALMEIDA, 1999; SILVEIRA; CARVALHO, 2002; CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002; MALERBI, 2002). No caso da esquizofrenia, uma consequência dessa sobrecarga é a freqüente solicitação por internações do familiar em tratamento, na qual grande parcela visa mais afastar o paciente de casa do que propriamente tratá-lo (TSU, 1993; RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003), o que acaba por trazer de volta uma prática do antigo modelo de exclusão social. Torna-se imprescindível, portanto, o efetivo apoio às famílias de usuários dos serviços de atenção à saúde mental, para a sua reabilitação e reintegração social.

No processo de reintegração social de esquizofrênicos, são utilizados programas de treinamento em habilidades sociais, buscando dotar-lhes de maior autonomia, o que contribui também para redução da sobrecarga sobre os familiares cuidadores (BANDEIRA; MACHADO; PEREIRA, 2002; ARAÚJO; DEL PRETTE, 2003). As intervenções psicossociais com as famílias, disponibilizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ocorrem basicamente na forma de orientação e instruções (ROSA, 2003). Entretanto, a existência dessas propostas de intervenção não torna a relação entre a família e o portador de transtorno mental menos complexa, pois, de fato, ela envolve dificuldades de diversas naturezas, as quais, invariavelmente, são extremamente difíceis (OLIVEIRA; BASTOS,

2000; SCAZUFCA, 2000; RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003; ROSA, 2003). Desta forma, seguir regras na forma de instruções ou orientações talvez não seja suficientemente eficaz para que os familiares consigam superar tais dificuldades. Isso torna relevante uma compreensão do seguir regras no contexto da resolução de problemas, o que envolve aspectos teóricos, dentre os quais, o conceito de comportamento verbal.

### ***Comportamento verbal na resolução de problema***

A resolução de problema é, em síntese, o processo de encontrar uma solução eficaz para uma situação problema (NEZU; NEZU, 1996) e, para uma efetiva resolução, são usados procedimentos que encorajem o aparecimento de uma nova resposta que sugira uma solução (SKINNER, 1994). Para o Behaviorismo Radical, a resolução de problema é comportamento, visto que as características discriminativas da situação definem o problema, e a consequência reforçadora do comportamento é a solução do problema (CATANIA, 1998; 1999). Um problema ocorre quando falta uma resposta no repertório de uma pessoa, a qual seja capaz de gerar-lhe uma condição que lhe será reforçadora (SKINNER, 1999).

Porém, segundo Skinner (1999), resolver um problema é mais do que emitir a resposta que será a solução. Implica ainda em dar os passos necessários para tornar a resposta-solução mais provável de ocorrer, geralmente promovendo mudanças no ambiente ou no próprio comportamento.

A resolução de problema implica, portanto, na produção de variação de respostas para que seja aumentada a probabilidade de uma delas ser

reforçada pela consequência; ou seja, pela solução do problema. A variação de respostas ocorre pela mudança do comportamento do solucionador ou em função das modificações do ambiente, que podem ser produzidas operando-se diretamente sobre as contingências desse ambiente ou então, indiretamente, através de mudanças nas descrições verbais dessas contingências. Em outras palavras, a resolução para o problema pode ocorrer através de tentativa e erro sobre a situação; ou ainda, através do ato de planejar ou de pensar uma solução, que são também processos verbais (SKINNER, 1978; CERUTTI, 1989; SIMONASSI; TOURINHO; SILVA, 2001).

A aquisição de comportamento verbal para resolução de problema implica na formulação de regras que descrevam as condições para a ocorrência do comportamento que seja a resolução (SKINNER, 1984; ZETTLE, 1990; MOROZ, 1991). A discriminação das relações que constituem as dificuldades a serem enfrentadas permite a compreensão do problema e fornece elementos para elaboração de planos de ação para se resolvê-lo. Desta forma, busca-se a solução onde melhor se atua, e ela apenas será possível se é reconhecida a natureza da dificuldade (SKINNER, 1983; 1984). Para que seja possível construir verbalmente resoluções, é necessário que o problema seja descrito e formulado.

Para o Behaviorismo Radical, pensar uma solução é um comportamento modelado e mantido por uma longa história de reforço anterior, que torna a pessoa uma solucionadora de problemas (SKINNER,

1978; 1984; BAUM, 1999). Trata-se de uma habilidade aprendida através de treino prévio, instrução e reforço.

O ato de pensar uma solução constitui-se, desta forma, de um episódio verbal que ocorre privadamente, no qual falante e ouvinte são a mesma pessoa e, como comportamento privado, diz respeito a comportamentos que afetam o próprio indivíduo (TOURINHO, 1999; SIMONASSI; TOURINHO; SILVA, 2001). O comportamento verbal da pessoa como falante gera-lhe estímulos discriminativos para ocorrência de novas respostas, que são denominados de pré-correntes, no sentido de que acontecem antes da resposta solução (BAUM, 1999). A característica de um comportamento pré-corrente é o fato de que seu efeito é a alteração do comportamento do mesmo indivíduo (MOROZ, 1991) e, por isso, aplica-se sua noção às respostas que precedem a resposta-solução de um determinado problema.

A ação pré-corrente faz com que a resolução de problemas varie de forma sistemática e não aleatória, tornando-a mais provável de ser eficaz. Auto-instruções, por exemplo, podem alterar a sensibilidade do indivíduo às contingências, através do efeito do comportamento verbal encoberto sobre o não verbal (HÜBNER, 1997). O comportamento governado por regras deve, então, ser analisado quando o assunto é o processo de resolução de problemas (CERUTTI, 1989; MOROZ, 1991), porque as regras, como descrições verbais das contingências que controlam comportamentos relacionados ao problema, atuam como estímulos

discriminativos, que podem funcionar como pré-correntes na emissão da resposta-solução (BAUM, 1999).

Nesse sentido, torna-se importante o estudo de auto-regras, uma vez que as pessoas as usam para resolver problemas de sua vida diária e são resumos de relevantes experiências passadas que sustentam a suposição de que contingências futuras serão resolvidas com a mesma resposta (KUNKEL, 1997). Não obstante isso, mesmo sendo o seguimento de regras uma forma de se resolver problema, um indivíduo também aprende, através de tentativa e erro, sob controle direto das contingências, (BROWNSTEIN; SHULL, 1985; CERUTI, 1989) e isso pode ser-lhe útil, como no caso de um repertório verbal restrito, insuficiente para gerar-lhe uma maior variação de verbalizações de alternativas de resolução. Assim, as contingências concretas podem gerar regras a partir da generalização das descrições dessas contingências (REESE, 1989). Entretanto, tais generalizações, na forma de regras, não devem comprometer a criatividade do solucionador.

Para o behaviorismo radical, criatividade significa variação e seleção de respostas pela consequência produzida (SKINNER, 1994; 1999). Quanto maior a variação de respostas verbais envolvidas na tentativa de se produzir uma solução, maior será a probabilidade dela ser produzida. Nesse sentido, ampliando-se o repertório verbal do falante, também poderão ser ampliadas suas habilidades de verbalizar resoluções próprias, que posteriormente governem comportamentos que venham a ser

reforçados como solução (BROWNSTEIN; SHULL, 1985; MACGREENE; BRY, 1991).

No estudo do comportamento governado por regras, Reese (1989) ressaltou que, por suas características, o uso de regras não é um evento objetivamente observável, o que exige, então, a observação de evidências indiretas do uso da regra pelos sujeitos de pesquisa. Para isso, este autor propôs alguns critérios que suportem a tentativa de inferir quais regras governariam o comportamento em determinados contextos. Dentre tais critérios, destacam-se o de consistência das regras com o comportamento observado (ou relatado) e o de generalização da regra, a partir de descrições implícitas nos relatos (REESE, 1989).

A necessidade de observar tais critérios se deve ao fato de que as regras, apesar de freqüentemente serem descrições de contingências que governam o comportamento humano, nem sempre exercem tal controle. A contingência talvez seja mais poderosa e, por si mesma, controle o comportamento. Nesse caso, trata-se apenas de uma regra caracterizada, simples descrição sem poder de controle (TERREL; JOHNSTON, 1989).

Em síntese, entender esse processo é atentar para as peculiaridades da interação verbal entre falantes e ouvintes durante verbalizações de resolução de problema. Tal entendimento, relacionados aos problemas da atenção ambulatorial da esquizofrenia disponibilizada pelos CAPS, constitui o objetivo da pesquisa descrita a seguir.

## **Método**

### ***Participantes***

Participaram deste estudo cinco famílias de usuários dos serviços do CAPS II da cidade de Governador Valadares, região leste do Estado de Minas Gerais, com renda entre 2 a 4 salários mínimos. Nos prontuários dos usuários constava o diagnóstico ou indicações de esquizofrenia. Os membros das famílias que participaram da pesquisa foram pais, irmãos e primos dos usuários, moradores ou não do mesmo domicílio do familiar em tratamento. O membro da família, portador de transtorno mental, não participou das sessões de coleta de dados, em virtude de ter sido considerado neste trabalho que o procedimento de coleta constituiu-se também de intervenção compatível com o atendimento a cuidadores, através de atividades de assistência prestada à família de usuários pelos CAPS (SCAZUFCA, 2000; BRASIL, 2002a).

### **Procedimento de coleta dos dados**

Foi realizada uma sessão com cada uma das famílias participantes, seguindo passos adaptados da técnica clínica de resolução de problema proposta por D’Zurilla e Goldfried (1971). O procedimento de coleta seguiu então os estágios seguintes: 1<sup>o</sup> Estágio (orientação geral), no qual o pesquisador ressaltou para os participantes que a aceitação de situações problemáticas, por mais difíceis que sejam, são partes normais da vida e que é possível enfrentar grande parte dessas situações de forma a superá-las. Salientou ainda a importância do reconhecimento da situação problemática quando ela ocorre e a importância de inibir tanto a tendência de responder ao primeiro impulso quanto à tendência de pensar que não

há nada a fazer. O pesquisador padronizou a instrução para todas as famílias participantes. 2º Estágio (definição e formulação dos problemas), no qual o pesquisador solicitou aos participantes que relatassem os problemas que a família enfrentava relacionados ao comportamento e à atenção ao membro portador de transtorno mental. Foi solicitada pelo pesquisador a descrição em detalhes dos problemas referidos, de modo a possibilitar separar as informações relevantes das irrelevantes, para identificar pontos fundamentais e especificar questões e conflitos. A instrução padronizada foi a seguinte: *“Gostaria que vocês conversassem entre si e dissessem quais os problemas que vocês enfrentam, relativos ao comportamento de fulano [nome do paciente] e às necessidades do tratamento ambulatorial que ele vem recebendo no CAPS”*. À medida que os participantes relatavam os problemas, o pesquisador os anotava em uma folha de papel. No 3º Estágio (produção de verbalizações de resolução), foi solicitado aos participantes que verbalizassem o máximo de soluções para cada um dos problemas apresentados para discussão, dentre aqueles descritos no estágio anterior. O pesquisador dava a seguinte instrução aos participantes: *“Eu quero que vocês discutam este problema (apresentava o problema) para tentarem encontrar o máximo de soluções possíveis”*. Cada sessão de coleta de dados com cada uma das famílias participantes teve uma duração aproximada de 50 minutos.

### **Procedimento de organização, tratamento e análise dos dados**

As sessões de coleta de dados tiveram sua parte vocal (verbalizações dos membros da família e do pesquisador) transcrita das

gravações em VHS. Foram denominadas “verbalizações” as falas que compõem sentença(s) emitida(s) por um dos participantes ou pelo pesquisador até o início da fala de um outro (PLACE, 1998; KOVAC, 2001); ou ainda a fala contínua de um mesmo participante (ou do pesquisador) de seu início até sua interrupção, no caso de falas simultâneas. No caso de falas simultâneas, uma verbalização de resolução foi identificada em uma ou mais verbalizações ou falas.

Cada verbalização foi transcrita dentro de um quadro, no qual, na primeira coluna, à esquerda do mesmo, foram dispostos os números de ordem da seqüência geral das verbalizações; na segunda coluna, foram utilizadas letras maiúsculas para indicar os falantes (pesquisador e familiares) e números adicionados ao lado das letras, para indicar a ordem individual das verbalizações de cada um deles. A partir das transcrições, foram identificadas e destacadas pelo pesquisador a descrição de cada problema e as respectivas verbalizações de resolução para cada um deles. Foram consideradas “verbalizações de resolução” as falas que descreviam possíveis soluções para o problema em discussão, relacionado ao tratamento ambulatorial de esquizofrenia de um dos membros da família participante.

### **Discussão de resultados**

Dentre os problemas identificados pelas famílias, o comportamento do usuário foi o mais relatado. Dentre estes, o comportamento agressivo e a recusa em tomar a medicação prescrita foram aqueles apontados por todas as cinco famílias participantes, sugerindo que sejam esses os mais

prementes a serem superados. Os outros comportamentos identificados como problemas foram: falta de asseio e higiene corporal, fugir para a rua, perturbar o sono dos familiares durante a noite, comer de forma excessiva e recusar-se a comparecer aos atendimentos no CAPS (Figura 1).

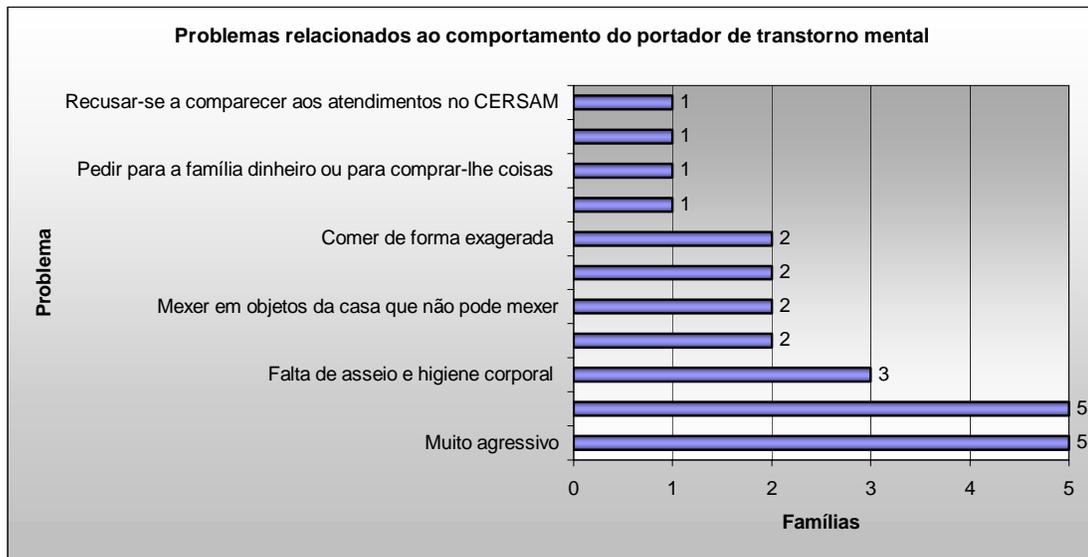


Figura 1 - Problemas relacionados ao comportamento do usuário

A falta de recursos financeiros e deficiências do serviço público de atenção à saúde mental (como a constante falta de medicamentos na farmácia do CAPS) foram outros problemas apontados pelas famílias, que, entretanto, não se relacionam com o comportamento do parente em tratamento e não foram unânimes entre os familiares participantes (Figura 2).

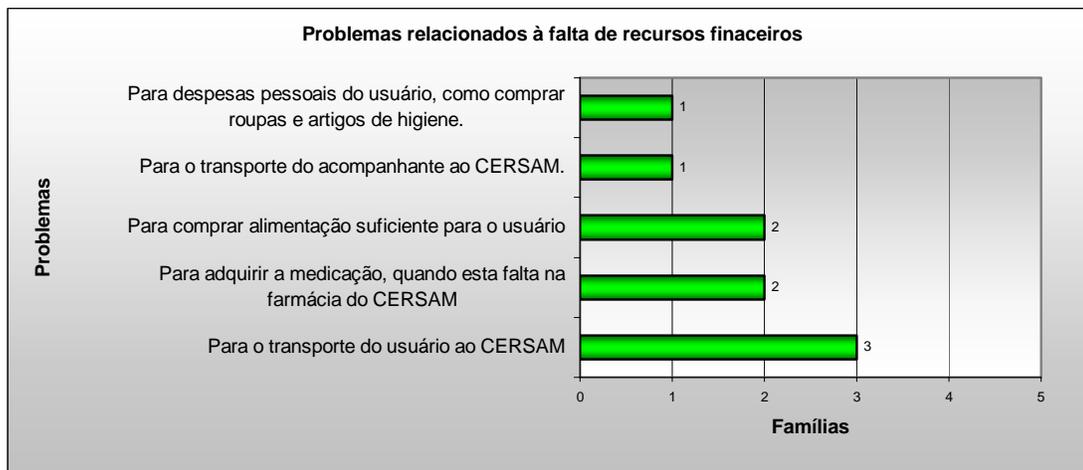


Figura 2 – Problemas relacionados à falta de recursos financeiros

A predominância de problemas relacionados ao comportamento do usuário, mais especificamente quanto a sua agressividade, sugere que o controle desse comportamento seja o ponto crítico da convivência da família com o portador de esquizofrenia. Os resultados obtidos neste trabalho mostraram que a resolução de tal problema é tentada basicamente através de intervenção médica, na forma de administração de medicamentos, ou ainda, através de solicitação de internação, o que confirma conclusões dispostas em outros trabalhos (TSU, 1993; MOREIRA; CRIPPA; ZUARDI, 2002; RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003; ROSA, 2003). Para este problema identificado, ainda observam-se resoluções por meio de esquia ao contato com o paciente e de sua contenção ou remoção através do uso de força física (QUADRO 1).

Os resultados sugerem que, em geral, as respostas-solução verbalizadas pelas famílias para os problemas identificados descrevem

contingências nas quais a condição antecedente é um tipo de estimulação aversiva e a condição conseqüente é a remoção dessa estimulação.

Verbalização de resolução	Descrição da contingência	Falante
"Eu falo que é para ela caçar o rumo dela... aí ela vai pra lá [para a casa da irmã]."	Quando ela ficar agressiva, se eu mandar ela ir embora, então evitarei dela me agredir.	Pai
"Eu deixo ela pra lá, uai!"	Quando ela implicar comigo, se eu me afastar dela, então evitarei dela me agredir.	Irmã
"Uma coisa que eu falo com ele que não é certo é ele me agredir... ele me deu um chute e [então] eu dei um tapa nele... mas eu não bati com força não..."	Quando ele me agredir, se eu o agredir também, então ele ficará quieto.	Mãe
"...[quando ele está agressivo], minha mãe dá mais remédio pra ele..."	Quando ele ficar agressivo, se eu der mais remédio para ele, então ele ficará controlado.	Irmã
"...eu, no caso, deixo ela pra lá..."	Quando ela estiver agressiva, se eu me afastar dela, então eu evitarei discussão.	Mãe
"O pai dela diz: 'Quem manda aqui sou eu... eu te meto a mão na cara [se você me desobedecer]'."	Quando ela me desobedecer, se eu a ameaçar de lhe bater, então ela irá me obedecer.	Mãe
"...é que uma pessoa assim já fica nervosa direto, né? ...A gente é que tem que relevar, né? Porque não vai discutir com ela, que é uma pessoa doente..."	Como ela é uma pessoa doente, se eu discutir com ela, então ela ficará nervosa.	Pai
"Eu deixo ela pra lá ...vou para a igreja, vou para a casa da minha outra filha... aí quando eu volto, ela já está quieta..."	Quando ela estiver agressiva, se eu sair para a rua, então evitarei brigar com ela.	Mãe
"Olha, é rezar, rezar pra Deus pra ele melhorar... porque a gente não pode contar com ninguém... a gente vai contando com a sorte e com a ajuda de Deus".	Quando ele estiver agressivo, se eu rezar pra Deus, então ele ficará calmo.	Irmã
"[outra solução é chamar a polícia, mas] Se a gente chama a polícia, demora... até a polícia	Quando ele estiver agressivo, eu chamo a polícia, então a polícia o conterà.	Irmã

chegar, ele já quebrou tudo dentro de casa..."		
"Se ele vem mexer com a gente, provocar, a gente finge que não está vendo... finge que não é com a gente".	Quando ele mexer comigo, se eu fingir que não estou vendo, então ele vai parar de mexer.	Irmã
"[para evitar que S seja agressivo com seu pai] Meu pai não mexe com ele... é como se ele não existisse... acho que se meu pai puxar conversa com ele, ele pode ficar agressivo..."	Quando ele estiver agressivo, se eu pedir para meu pai não mexer com ele, então não haverá briga.	Irmã
"ele é um barril de pólvora... [então] você passa um pano de leve, só para tirar a poeira, mas não aperta que pode explodir, né?..."	Como ele é como um barril de pólvora, se eu tratá-lo com cuidado, então ele não explodirá.	Irmã
"É o mínimo de conversa... a gente conversa com ele só o necessário [para evitar que ele fique nervoso]"	Como ele é muito nervoso, se a gente falar com ele, então ele ficará agressivo.	Irmã
"[Se ele está em crise, agressivo]... A gente liga para a polícia e eles vão e trazem [ele] para cá."	Quando ele estiver em crise, se eu chamar a polícia, então a polícia o levará para o CERSAM.	Irmã
"Eu acho que internar ele é melhor..."	Quando ele estiver em crise, se eu o internar, então eu ficarei aliviada.	Mãe
"Teve uma vez que ele estava assim [agitado] e a gente levou ele no pronto-socorro do hospital municipal [para ser contido com medicação]..."	Quando ele estiver agitado, se eu o levar ao Ponto Socorro do Hospital, então ele será contido com remédios.	Prima

Quadro 1 – Descrições de contingências inferidas de verbalizações de resolução para o problema "comportamento agressivo"

Observa-se no Quadro 1 que, para o problema constituído do comportamento agressivo do usuário, as respostas de resolução foram: evitar contato com o usuário, dar-lhe mais medicamento do que o prescrito, ameaçar agredi-lo, solicitar a ajuda de vizinhos ou da polícia para conter o usuário. Em geral, portanto, o comportamento dos familiares na resolução de problemas relacionados ao comportamento

agressivo do usuário pode ser inferido como eventualmente governado por regras de fuga. Observando-se o critério de generalização para inferência de regras (REESE, 1989), o relato dos participantes pareceu consistente com estas regras: 1) *quando ele ficar agressivo, eu me afastarei dele*; 2) *quando ele ficar agressivo, eu precisarei acalmá-lo*. Tais regras controlariam respostas de resolução do problema reforçadas pela diminuição da probabilidade de emissão do comportamento agressivo do usuário, seja pelo seu afastamento (através de fuga ou de sua remoção), seja pela modificação do seu comportamento (através de medicamentos, ameaças ou força física).

O outro problema verbalizado com maior frequência pelas famílias participantes, constituído pelo comportamento do usuário recusar-se a tomar a medicação psiquiátrica, gerou verbalizações de resolução que foram desde conversas persuasivas (LÊ SENECHAL-MACHADO, 1997; 1999), pedagógicas, até o uso de força física, como, por exemplo, colocar o remédio dentro da boca do usuário (Quadro 2).

Verbalização de resolução	Descrição da contingência	Falante
"É uma luta para ela tomar os remédios... tem que ensinar pra ela".	Quando ela se recusar a tomar os remédios, se eu ensinar para ela, então ela irá tomar os remédios.	Irmã
"...quando a gente conversa com ela, fala com ela que é para tomar os remédios, ela não teima, não..."	Quando ela recusar-se a tomar os remédios, se eu conversar com ela, então ela irá tomar os remédios.	Irmã
"Quando explica certo, ela toma os remédios direitinho..."	Se a gente explicar certo, então ela irá tomar os remédios corretamente.	Irmã
"Eu dou [o remédio] na boca dele".	Quando ele recusar-se a tomar os remédios,	Mãe

Resolução de problemas na atenção ambulatorial da esquizofrenia

	se eu der na boca dele, então ele tomará.	
"Aí a gente vai ao posto de saúde e pede ajuda para dar o remédio para ele..."	Quando ele recusar-se a tomar os remédios, se eu levá-lo ao posto, então ele tomará.	Mãe
"Então, se a minha mãe não conseguir dar o remédio pra ele, aí eu dou. Ele toma comigo".	Quando ele recusar-se a tomar os remédios com minha mãe, se eu der os remédios para ele, então ele tomará.	Irmã
"Se chamar a vizinha, ela vem... ela conversa com ele... aí ele fica calmo [e toma o remédio]".	Quando ele recusar-se a tomar os remédios, se eu chamar a vizinha, então ele tomará os remédios.	Pai
"[ela parou e ninguém percebeu] ...agora é injeção... a injeção não tem como ela ficar sem tomar...".	Quando ela recusar-se a tomar a medicação, se eu solicitar prescrição de medicação injetável, então ela tomará a medicação.	Irmã
"[Quando] eu contava os comprimidos e via que ela não estava tomando... aí eu vim na psiquiatra [e falei pra ela]... e aí ela disse 'Mas tem que dar um jeito de convencer ela a tomar os remédios...'"	Quando ela parar de tomar os remédios, se eu contar para a psiquiatra, então a psiquiatra a fará tomar os remédios.	Mãe
"A gente queria que ele tomasse a injeção, porque aí é uma vez só por mês... parar com esse negócio de tomar remédio de manhã, de tarde, de noite..."	Se eu solicitar medicação injetável para ele, então ele tomará a medicação corretamente.	Irmã
"...teve também uma época que ele estava jogando o remédio fora... aí eu conversei com o Chefe do Batalhão (da Polícia Militar) para ele mandar irem (policiais) lá em casa aplicar a injeção nele... aí foi uma enfermeira e dois policiais..."	Quando ele se recusar a tomar a medicação, se eu chamar a polícia, então ele tomará os remédios.	Irmã
"A gente confere. Mas quando ele quer enganar a gente... já abri a boca, já mexi na boca dele toda, e ainda assim ele tinha escondido [o remédio]..."	Quando ele recusar-se a tomar os remédios, se eu conferir a boca ele, então ele tomará os remédios.	Irmã
"...aí ela [a irmã] mostra pra ele que ela também toma remédio [para controle da tireóide]... que o pai toma remédio para pressão..."	Quando ele se recusar a tomar os remédios, se eu mostrar que outras pessoas também tomam remédios, então ele tomará os remédios.	Mãe
"[Ter mais atendimento com a psiquiatra porque] eu noto que ele respeita ela, gosta dela, escuta o que ela fala... quando ele volta da consulta, ele costuma fazer o que ela pede".	Quando ele recusar-se a tomar os remédios, se eu conseguir mais consultas para ele com a psiquiatra, então ele tomará os remédios corretamente.	Irmã

"Minha irmã fazia assim, quando ela estava em casa, de manhã e de tarde, ela colocava o remédio no suco e aí ele tomava..."	Quando ele recusar-se a tomar os remédios, se eu colocar os remédios no suco, então ele irá tomar.	Prima
"Teve uma vez que eu coloquei na boca dele... aí ele engoliu..."	Quando ele se recusar a tomar os remédios, se eu colocar os remédios na boca dele, então ele irá tomar.	Prima
"Uma vez eu botei no leite e aí ele tomou..."	Quando ele se recusar a tomar os remédios, se eu colocar os remédios no leite, então ele irá tomar.	Mãe

Quadro 2 – Descrições de contingências inferidas de verbalizações de resolução para o problema "recusar-se a tomar a medicação"

As verbalizações de resolução descreveram ainda a solicitação de ajuda a vizinhos e parentes, intervenção de profissionais de saúde e mesmo da polícia, para fazer o usuário tomar os remédios. Outra resolução verbalizada foi a de enganar o usuário, diluindo o remédio em sucos e em sua comida. A partir da sistematização em categorias de respostas, pode-se inferir o eventual uso de regras nas respostas de resolução verbalizadas, através do critério de generalização (REESE, 1989). Tais regras inferidas seriam: *quando ele recusar-se a tomar a medicação eu ... 1) pedirei ajuda ou 2) acompanharei o uso da medicação.*

### **Considerações finais**

A convivência com indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos graves, como a esquizofrenia, impõe situações a suas famílias as quais freqüentemente as identificam como problemas de difícil resolução (TSU, 1993; ROSA, 2003; SHIRAKAWA, 2003), agravados pelas

precárias condições materiais de vida da maioria da população do país (OLIVEIRA; BASTOS, 2000). Tais problemas demandam, além de ações efetivas dos cuidadores, conhecimentos acerca da questão, que subsidiem resoluções adequadas, em termos morais, legais e terapêuticos. Entretanto, a aquisição de conhecimento implica em problemas adicionais (GUERIN, 1992; 1994), uma vez que os familiares de portadores de transtorno mental freqüentemente têm concepções acerca da doença que não contribui para seu tratamento (VILLARES; REDKO; MARI, 1999; RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003; ROSA, 2003).

Os resultados apontados neste trabalho sugerem que, apesar de na resolução de problema ser mais fácil construir estímulos discriminativos úteis na forma verbal (SKINNER, 1984), as famílias buscam soluções para os problemas da atenção ambulatorial da esquizofrenia através de tentativa e erro, sob controle direto das contingências, confirmando conclusão de Rosa (2003). Eventualmente, a partir dessas contingências, regras são formuladas, as quais governam comportamentos na tentativa de solução de problemas futuros semelhantes. Esse processo comportamental de resolução parece não ficar sob controle de instruções fornecidas pelos profissionais do CAPS, obtidas nas reuniões de familiares ou mesmo através de orientações individuais. Isso sugere que, talvez pelo próprio grau de dificuldade das situações descritas pelas famílias, as contingências tenham maior poder de controle sobre os comportamentos de resolução do que as regras adquiridas como instruções e orientações (CATANIA; MATTHEWS; SHIMOFF, 1982). Por isso, talvez possa ser mais

eficaz, como modelo de intervenção com as famílias de usuários dos CAPS, a inclusão do treino em resolução de problema.

O presente estudo sugere ainda que as contingências modelam no repertório do cuidador respostas de resolução que depois são descritas verbalmente e tornam-se regras a governar comportamento futuro (KUNKEL, 1997), seja do próprio cuidador ou dos demais familiares do usuário. Tal estratégia de resolução, que apresenta poucas variações, é mantida pela consequência imediata que produz, mas que freqüentemente gera problemas adicionais a longo prazo. Conter o comportamento agressivo do indivíduo esquizofrênico com a administração extra de medicamentos, por exemplo, ocasiona a prazo postergado a sua intoxicação, com o surgimento de manifestações que podem levar o cuidador a interromper o tratamento.

Essa consequência aversiva, produzida provavelmente em contexto de desamparo dos familiares cuidadores, pode comprometer o objetivo de se promover a reabilitação do indivíduo portador de esquizofrenia através de sua inserção na família. Observa-se nos resultados apresentados que, por exemplo, dentre as resoluções verbalizadas pelos familiares, encontram-se regras que descrevem a esquiva de contato com o paciente, o que o leva ao isolamento dentro de sua própria casa. Além disso, outras resoluções verbalizadas descrevem ações truculentas dos familiares cuidadores, como acionar a polícia ou ameaçar o indivíduo de agressões físicas. Isso revela aspectos da convivência com a esquizofrenia que a torna um difícil problema para as famílias e que exige soluções a serem

encontradas não apenas pelos familiares cuidadores, mas pela sociedade como um todo.

Por fim, nota-se que a atenção ambulatorial da esquizofrenia é ainda um desafio para profissionais e familiares de usuários dos CAPS. Assim, outros estudos são necessários para que orientem novas estratégias de apoio e de intervenção psico-educacional com as famílias. Indubitavelmente, o estudo de comportamento governado por regras na resolução de problema é um deles.

## Referências

---

ALVES, D. S. N. Por um programa brasileiro de apoio à desospitalização. In: PITTA, A. M. F (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 27-30.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública** [on line], v. 11, n. 3, p. 491-494, Rio de Janeiro, jul/set, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.com/scielo.php>>. Acesso em: 15 fev. 2004.

AMARANTE, R. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ARAÚJO, A.; DEL PRETTE, A. Acompanhamento terapêutico e reabilitação psicossocial: resultados de uma pesquisa-intervenção. In: TRINDADE, Z. A (Org.). **Psicologia e saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 101-127.

BANDEIRA, M.; MACHADO, E. L.; PEREIRA, E. A. Reinserção social de Psicóticos: componentes verbais e não verbais do comportamento assertivo, em situações de fazer e receber críticas. **Psicologia Reflexão e Crítica** [on line] 2002 v.15 n.1 p. 89-104. Disponível em: <<http://www.scielo.com/scielo.php>>. Acesso em: 10 jun. 2003.

BAUM, W. M. **Compreender o behaviorismo – ciência, comportamento e cultura**. Porto Alegre: Artmed, 1999. Tradução de Maria Teresa Araújo Silva.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial. **Legislação em Saúde Mental**. 3 ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Legislação em Saúde Mental**. 3 ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, **Cartilha do Ministério da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRITO, I. A. G. S. Sobre delírios e alucinações. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo, v. VI, n. 1, p. 61-71, 2004.

BROWNSTEIN, A. J.; SHULL, R. L. A rule for the use of the term "Rule-governed behavior". **The Behavior Analysis**, v. 8, p. 165-267, 1985.

CATANIA, A. C. The taxonomy of verbal behavior. In: LATTAL, E. A.; PERRONE, M. **Handbook of research methods in human operant behavior**. New York and London: Plenum Press, 1998.

CATANIA, A. C. **Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição**. 4 ed. Porto Alegre: ArtMed, 1999. Tradução de Andreia Schmidt e colaboradores.

CATANIA, A. C.; MATTHEWS, B. A; SHIMOFF, E. Instructed versus shaped human verbal behavior: interactions with nonverbal responding. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**. V. 38, p. 233-248, 1982.

CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicologia – USP** [on line], 2002, v. 13, n. 1, p. 133-150. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 14 mar. 2004.

CERUTTI, T. D. Discrimination theory of rule-governed behavior. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**. V. 51, n. 2, p. 259-276, 1989.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto alegre: Artes Médicas, 2000.

DATTILIO, F.M. Famílias em crise. In: DATTILIO, F.M; FREEMAN, A. (Org.), **As Estratégias cognitivo-comportamental para intervenção em crises**. São Paulo: PSY II v. 2, p. 367-389, 1995. Tradução de Magda Lopes e Maria Carbajal.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura – políticas de saúde mental no Brasil**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

D’ZURILLA, T. J.; GOLDFRIED, M. R. Problem solving and behavior modification. **Journal of Abnormal Psychology**. v. 78, p. 107-126, 1971.

ENUMO, S. R. F. Orientação familiar de deficientes mentais. In: ZAMIGNANI, D. R. (Org.) **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: ARBytes, 1997, v. 3, cap. 26, p. 197-205.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2000. Tradução de José Teixeira Coelho Netto.

GARRIDO, R; ALMEIDA, O. R. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: Impacto sobre a vida do cuidador. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** [on line] jun. 1999, v. 57, n. 28, p. 427-434, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 14 mar. 2004.

GUERIN, B. Behavior analysis and the social construction of knowledge. **American Psychologist**. Hamilton, v. 47, n. 11, p. 1423-1432, nov./1992.

GUERIN, B. Attitudes and beliefs as verbal behavior. **The Behavior Analyst**. v. 17, p. 155-163, 1994.

HÜBNER, M. M. Conceituação do comportamento verbal e seu papel na terapia. In: BANACO, R. A. (Org.) **Sobre Comportamento e Cognição**. São Paulo: ARBytes, 1997, cap. 28, v. 1, p. 277-281.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria – ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. Tradução de Dayse Batista.

KOVAC, R. **Uma comparação entre duas propostas metodológicas para a análise do registro de uma interação verbal em uma situação aplicada – o *setting* clínico**. 2001. 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental – Análise do Comportamento da Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2001.

KUNKEL, J. H. The analysis of rule-governed behavior in social psychology. **The Psychological Record**, v. 47, p. 699-716, 1997.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Saúde loucura - saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2003, 2. ed. N. 7, cap. 1, p. 12-52.

LÉ SÉNECHAL-MACHADO, A. M. O processo de persuasão e o comportamento de persuadir. **Psicologia ciência e profissão**, n. 17, p. 28-34, 1997.

LÉ SÉNECHAL-MACHADO, A.M. Implicações terapêuticas do comportamento persuasivo. In: KERBAUY, R. R. (Org.) **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: ARBytes, 1999, v. 4, cap. 10, p. 85-93.

MACGREENE, D.; BRY, H. B. A descriptive analysis of family discussions about everyday problem and decisions. **The Analysis of Verbal Behavior**. v. 9, p. 29-39, 1991.

MALERBI, F.E.K. Funcionamento familiar e saúde/doença. In: GUILHARDI, H. J. (Org.) **Sobre Comportamento e Cognição**. Santo André: ESETec, 2002, cap. 13, v. 9, p. 120-126.

MARTONE, R. C.; ZAMIGNANI, D. R. Esquizofrenia: a análise do comportamento tem o que dizer? In: GUILHARDI, H. J. (Org.). **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: ESETec, 2002, cap. 29, v. 10, p. 305-316.

MCELROY, E. No hospital e o retorno ao lar. IN: \_\_\_\_\_(Org.), **Crianças e adolescentes com doença mental**. Campinas: Papyrus, 1996, cap. 4, p. 111-136. Tradução de Lúcia Reily.

MELO, A. L. N. **Psiquiatria**. V. 2, 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

MOREIRA, S. S. M.; CRIPPA, A. S. e ZUARDI, A. W. Expectativa de desempenho social de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral. **Revista de Saúde Pública** [on line], dez. 2002, vol. 36, no. 6, p. 734-742. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 07 jan.2004.

MOROZ, M. Resolução de problemas: um conceito que apresenta diferentes faces. **Anais do XX Reunião Anual de Psicologia**. Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: FCA, 1991, p. 105 a 118.

NEZU, A. M.; NEZU, C. M. Treinamento em solução de problemas. In: CABALLO, V. E. (Org.). **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos Editores, 1996, cap. 22, p. 471-493. Tradução de: Marta Donila Claudino.

OLIVEIRA, M.L.S; BASTOS, A.C.S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicologia Reflexão e Crítica** [on line], 2000, Vol. 13 n. 1 pp. 97-107, 2000. Disponível em: <[http:// www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php)>. Acesso em: 10 jun. 2003.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Tradução de Dorgival Caetano.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde mental no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Brasil, 2001. Tradução: Escritório central da oficina pan-americana de saúde.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: \_\_\_\_\_, **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 19-26.

PLACE, U. T. Sentence and sentence structure in the analysis of verbal behavior. **The Analysis of Verbal Behavior**, v. 15, p. 131-133, 1998.

REESE, H. W. Rule and rule-governance. IN: HAYES, S. C. (ORG.) **Rule-governed behavior: cognition, contingencies, and instructional control**. NY: Plenum Press, 1989, p. 3-84.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs). **Cidadania e Loucura**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 15-69.

RODRIGUES, C. R.; FIGUEIREDO, M. A. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estudos de psicologia (Natal)** [on line], vol.8, n. 1 p. 117-125, abril 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 14.mar. 2004.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 13-18.

SCAZUFCA, M. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [on line]. Maio/2000, v. 22, suplemento 1, p. 50-52. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em: 21 out. 2004.

SHIRAKAWA, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [on line], 2000, v. 22, supl. 1, p. 56-58. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 13 jun. 2003.

SILVEIRA, E. A. A.; CARVALHO, A. M. P. Familiares de clientes acometidos pelo HIV/AIDS e atendimento prestado em uma unidade ambulatorial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [on line], nov. dez. 2002, vol. 10, n. 6, p. 813-818. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 14 mar. 2004.

SIMONASSI, L. E.; TOURINHO, E. Z.; SILVA, A. V. Comportamento privado: acessibilidade e relação com comportamento público. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.14, n.1, p. 133-142, 2001.

SKINNER, B. F. **Comportamento Verbal**. São Paulo: Editora Cultrix, 1978. Tradução de Maria da Penha Villalobos.

SKINNER, B. F. **O mito da liberdade**. São Paulo: Summus, 1983. Tradução de Elisane Reis Barbosa Rebelo.

SKINNER, B. F. Uma análise operante da resolução de problemas. **Coleção Os Pensadores**, 2 ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984. Tradução de: Rachel Moreno.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 1994. Tradução de: João Carlos Todorov e Rodolfo Azzi.

SKINNER, B. F. **Sobre o behaviorismo**. 11 ed. São Paulo: Editora Cultrix, 1999. Tradução de: Maria da Penha Villalobos.

TERREL, D. J.; JOHNSTON, J. M. Logic, reasoning and verbal behavior. *The Behavior Analysis*, v. 12, 35-44, 1989.

TOURINHO, E.Z. Eventos privados: o que, como e porque estudar. IN: KERBAUY, R. R. (Org.) **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: ARBytes, 1999, cap. 2, vol. 4, p. 13-25.

TSU, T. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: Editora USP VETOR, 1993.

VILLARES, C. C.; REDKO, C. P.; MARI, J. J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista**

**Brasileira de Psiquiatria.**[on line] v. 21, n. 1, p. 36-47, 1999.

Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em: 28 mar. 2004.

ZETTLE, R. D. Rule-governed behavior: a radical behavioral answer to the cognitive challenge. **The psychological Record**, v. 40, p. 41-49, 1990.

***Contato:***

Mário Gomes de Figueiredo  
Rua José Luiz Nogueira, 305 Apto. 706 Centro  
Governador Valadares MG  
Cep: 35010-190  
[mariodefigueiredo@Yahoo.com.br](mailto:mariodefigueiredo@Yahoo.com.br)

***Tramitação:***

Recebido em: 11/04/2005

Aceito em: 28/06/2005