
**ANÁLISE DAS CONTINGÊNCIAS DE DOR E SOFRIMENTO EM CASOS DE
IDOSOS COM FERIDAS CRÔNICAS**

Juliana Vertuan Rufino¹
Luis Antônio Lovo Martins²

RESUMO

Dor e sofrimento são culturalmente compreendidos como condições *sine qua non*, em um modelo de análise psicológica, mais especificamente em um modelo de análise do Behaviorismo Radical, a análise da dor e sofrimento levam a uma compreensão distinta da cultural. Nesta proposta, dor e sofrimento, são compreendidas como respostas do organismo, que em muitas vezes ocorrem de forma simultânea e, em muitas vezes, também podem ocorrer de forma independente. Além desta independência, a condição de dor pode produzir sofrimentos de outro aspecto, descritos aqui como sofrimento de ordem psicológica. O objetivo deste trabalho é discutir como feridas crônicas em uma população idosa pode produzir sofrimentos de aspectos psicológicos. Segunda a análise proposta é possível concluir que a população analisada apresenta sofrimentos decorrentes da dor e também sofrimentos produzidos pela restrição a contingências reforçadoras, considerando a dor e sofrimento como eventos apresentados de forma simultânea, porém com origens distintas.

11

Palavras-chave: Dor. Sofrimento. Análise do comportamento. Análise funcional.

ABSTRACT

Pain and suffering are culturally understood as conditions *sine qua non*, in a model of psychological analysis, more specifically in a model of analysis of Radical Behaviorism, the analysis of pain and suffering lead to a distinct understanding of cultural. In this proposal, pain and suffering are understood as responses of the organism, which often occur simultaneously and often can also occur independently. In addition to this independence, the condition of pain can produce sufferings of another aspect, described here as psychological suffering. The objective of this work is to discuss how chronic wounds in an elderly population can produce suffering of psychological aspects. According to the proposed analysis, it is possible to conclude that the analyzed population presents suffering due to pain and also suffering produced by the restriction to reinforcing contingencies, considering pain and suffering as events presented simultaneously, but with different origins.

Keywords: Pain. Suffering. Behavioral analysis. Functional analysis.

¹ Acadêmica de psicologia, 5º ano no Centro Universitário Filadélfia. juliana.vertuan@gmail.com

² Mestre em ciência, Professor no Centro Universitário Filadélfia. luis.lovo@unifil.br

O Behaviorismo Radical compreende o comportamento como sendo a relação entre um organismo e seu ambiente (SKINNER, 1974), seguindo essa definição podemos considerar que é possível analisar o sofrimento como um comportamento, ou seja, como uma relação entre a pessoa que sofre e seu ambiente.

A análise do sofrimento como um comportamento parece fornecer ao psicólogo a possibilidade de investigar contingências que vão além da contingência que produz a reação fisiológica nomeada de dor. Quando abordamos o tema sofrimento humano nos deparamos com contingências complexas, dentre elas diversas contingências sociais que promovem, durante nossa história de vida, o relato do sentir, incluindo a análise de respostas privadas em que só aquele que sente pode torná-la pública (SKINNER, 1961).

Partindo do ponto de que a análise do comportamento está pautada em um modelo de causalidade que busca explicar as relações entre os eventos de interesse (comportamento humano) através do modelo de seleção pelas consequências (SKINNER, 2007) a introspecção dos eventos privados é produzida pelas consequências do ato intersectar presentes no decorrer da história de vida da pessoa.

12

Analisando o supracitado podemos distinguir dor de sofrimento. A dor pode ser considerada como uma reação do organismo a uma estimulação que produz consequências aversivas, ou seja, estimulações que colocam em risco a integridade do organismo, por exemplo se colocarmos a mão em uma chapa de aço quente, sentiremos uma reação fisiológica (dor) que indicará que o organismo está sofrendo lesões, a capacidade de sentir dor é de origem filogenética.

Já o sofrimento é o comportamento de analisar eventos privados e torna-los público. Essa análise é de origem ontogenética, ou seja, essa introspecção de eventos privados é aprendida em nossa história de vida. Sendo assim, o sofrimento pode ocorrer em momentos em que não sentimos dor, já que é ligado a introspecção de eventos privados e não a introspecção da dor, por exemplo podemos sofrer quando analisamos eventos privados decorrentes de um machucado e podemos sofrer quando analisamos eventos privados decorrentes do óbito de um familiar querido.

Por mais que possamos distinguir dor de sofrimento devemos considerar que o sentir dor influencia no sofrimento e o sofrimento influencia o sentir dor, ampliando-se através do condicionamento operante e respondente em decorrência dos processos verbais (CONTE, 2010).

A análise das variáveis culturais entra com os fatores morais, somando-se às fontes de sofrimento a fuga e esquiva de eventos privados, na tentativa de mudar diretamente as sensações corporais e emoções desagradáveis. Tais respostas tendem a manter-se por reforço negativo e por impedir que o indivíduo se exponha a sensações aversivas, ajudando no processo de extinção (CONTE, 2010).

O analista do comportamento busca descrever os processos de interações entre o organismo e o ambiente, e visto que cada indivíduo possui uma história de vida particular, o analista do comportamento deve destacar essa individualidade e observar quais as contingências que controlam aquele comportamento em específico. Descrevendo esse processo é possível produzir condições de controle e promoção de qualidade de vida (BANACO, 1997). Assim o autoconhecimento, um dos objetivos finais da psicoterapia, é atingido quando o cliente se torna capaz de descrever seus comportamentos, públicos e privados, e a relacioná-los aos eventos do ambiente, identificando a função dos mesmos (GUILHARDI; QUEIROZ, 1997; GUILHARDI, 2001).

13

O sofrimento humano é um objeto de estudo no campo da psicologia, visto que é justamente isso que motiva as pessoas a buscarem terapia. Conte (2010) buscou através da teoria proposta por Skinner (1953), identificar estruturas de estratégias terapêuticas (Terapia de aceitação e compromisso -ACT e Psicoterapia analítica funcional -FAP ou terapias de terceira onda) no enfrentamento do sofrimento, ampliando assim os recursos da clínica analítico-comportamental, sendo este recurso essencialmente a interação através do comportamento verbal. Com isso a autora tem como objetivo discorrer sobre o processo de desenvolvimento e a relação com o sofrimento exposto nos problemas que o indivíduo traz para a clínica, dando uma amostra de conhecimento produzido e a ampliação qualitativa de recursos da análise clínica comportamental.

Conte (2010) expôs uma série de casos clínicos, para poder ilustrar as compreensões que um clínico pode ter sobre o sofrimento do cliente, com conhecimentos sobre o comportamento verbal e linguagem. Portanto, foram mencionados processos de intervenções, mostrando que a função do terapeuta nas cadeias comportamentais e autonomia podem ser afetadas, por isso a importância de processos bem organizados. As terapias de terceira onda surgem como foco na mudança de contingências e na conduta governada por regras, demonstram que o sofrimento é em grande parte verbal e produzido pelo comportamento

verbal e a linguagem, dessa forma deveria ser colocado sob controle de contingências mais positivas, do que sob controle de reforçamento negativo.

Portanto, a autora mostrou que na interação com o terapeuta, o cliente pode fortalecer seu repertório e discriminar eventos privados que controlam seu responder e aumentar a sua sensibilidade, produzindo maior bem-estar individual e social.

No estudo de Hunziker (2010), é feito um estudo da dor sob uma perspectiva analítico-comportamental, é considerado como sendo um comportamento encoberto. É através de alguns experimentos com animais que a autora exemplifica a dor em função da aprendizagem operante ou respondente, destacando alguns determinantes filogenéticos. Segundo essa autora:

Dor e sofrimento são dois termos que se misturam, sendo ora analisados como fenômenos distintos, ora como sinônimos [...] dor ou sofrimento são igualmente membros de uma grande classe de comportamentos denominados "sentimentos", que têm como característica comum o fato de serem privados, ou seja, acessíveis apenas ao indivíduo que os sentem.

Para a autora acima citada o controle aversivo está presente no estudo da dor, e deve-se analisar as relações em que a resposta do organismo pode gerar desconforto, pode evitar algo desagradável ou gerar a perda de algo desejável. Dessa forma, eventos ambientais podem ser pareados com essas condições e se tornar causadores de sofrimento.

14

Portanto através de estudos experimentais com animais Hunziker (2010) mostra que histórias individuais e contingências atuais podem mudar a dor, além de investigar a interação entre determinantes filogenéticos e ontogenéticos da dor. Concluindo então que por se tratar de algo complexo relação entre dor e sofrimento deve ser estudada por diversas ciências, a análise do comportamento contribuindo com a descrição das relações organismo/ambiente, a fisiologia e a farmacologia, sugerindo um intercâmbio como estratégia de avanço nos conhecimentos.

OBJETIVO

Mostrar como um machucado físico influencia no sofrimento psicológico, decorrentes de um bloqueio nas contingências reforçadoras e da dificuldade em constituir um novo estilo de vida com as condições físicas atuais.

LOCAL DE ANÁLISE

Para estruturar a análise proposta no objetivo deste trabalho, será apresentado casos dois clínicos. Os atendimentos psicológicos foram realizados em um centro de atendimento de saúde na cidade de Londrina-PR, os atendimentos ocorrem no mesmo dia em que eram realizados os atendimentos ambulatoriais de feridas, portanto faziam a troca de curativo com as enfermeiras e passavam pelo serviço de psicologia.

Os atendimentos psicológicos foram realizados de forma individual com duração aproximada de 50 minutos em uma sala específica onde ficava apenas a terapeuta e o cliente.

CASOS CLÍNICOS

Os casos clínicos apresentados referem-se a uma amostra do público atendido neste centro de atendimento, neste programa de saúde são atendidos são idosos com idade entre 60 e 70 anos, e possuíam uma ferida, seja ela crônica ou decorrente de algum acidente.

15

Em comum entre os casos aqui descritos, existe a feridas/machucado, em um dos casos feridas/machucado ocasionadas por problema de varizes e no outro por acidente de trabalho, em que adquiriu uma. Todas elas eram na região das pernas, produzindo dificuldade para se locomover e realizar atividades básicas como simplesmente andar sem dor.

Com isso vieram muitas perdas, pois tiveram que parar de trabalhar, a frequência das atividades de lazer foram prejudicadas. Todos relatavam que se sentiam “inúteis” por não conseguir mais fazer o que fizeram por tantos anos.

Caso 1

Mulher de 72 com uma ferida ocasionada por varizes, já estava em tratamento ambulatorial há dois meses e sem resultados efetivos/satisfatórios.

Ela trabalhou a vida toda na roça e havia se mudado para a cidade recentemente, mas tinha algumas plantações que tomava conta, além de fazer comércio de algumas coisas.

Em sessão ela relatava que não conseguia ficar parada, inclusive cultivava algumas plantas no fundo da sua casa e ela gostava muito de ficar lá, e era convicta de que se não fosse ela que cuidasse e regasse as plantas morreriam. Por conta disso, as enfermeiras relatavam

que o curativo sempre chegava sujo e fora do lugar, caso continuasse dessa maneira o tratamento não seria efetivo.

Em terapia foram trabalhados alguns comportamentos alternativos que evitasse dela ficar parada e fossem atividades que não exigissem ela ficar em pé, e além disso, para que ela experimentasse aceitar a colaboração de outras pessoas nos seus afazeres. Alguns fatores agravavam o problema, pois ela gostava de fazer costura, mas não conseguia enxergar com precisão. Ao longo das sessões ela foi aderindo os comportamentos alternativos, e a terapeuta foi trabalhando o autocontrole, pois após a ferida fechada ela poderia voltar às atividades que tanto gostava e estava habituada. Então, após aproximadamente quatro meses a ferida fechou e ela recebeu alta dos serviços.

Caso 2

No caso 2, um homem de 58 anos com feridas nos dois pés e pernas gerados por uma bactéria que foi adquirida em um acidente de trabalho. Ele era servente de pedreiro e durante uma obra caiu da escada em cima de um prego que estava infectado, então a ferida foi se espalhando até que a dificuldade para andar se tornou muito grande e ele precisava do auxílio de muletas.

Ela já havia passado por uma perda, sua esposa faleceu por conta de um câncer e deste casamento possuía 4 filhos, porém todos moravam longe. Então, ele casou-se novamente e começou a atuar como pastor em uma igreja, o que colaborava com uma série de regras pré-estabelecidas por ele sobre relacionamentos.

Em decorrência do acidente as dificuldades foram surgindo e ficar sem se movimentar levou a dores nas costas e a alguns conflitos com a esposa, pois eles não conseguiam ter relações íntimas e nem dormir na mesma cama, por ser contagioso. Com isso ele estava se sentindo um péssimo marido, e se descrevia como “impotente”, não aceitando esta condição.

Primeiro foi trabalhado a aceitação desta condição e a necessidade de uma readaptação. Depois foi discutido sobre o conceito de “bom marido”, que não é somente com os comportamentos íntimos, mas também o modo como trata a esposa e respeita a relação, e que isso não o diminuía enquanto homem.

Ao longo das sessões as dores foram diminuindo e eles conseguiram se relacionar, após alguns meses uma perna cicatrizou totalmente e na outra a ferida ficou muito pequenas, então ele já conseguia fazer o curativo em casa. Com isso, foi trabalhado em terapia para que

ele voltasse a fazer algumas atividades que exigissem baixo custo de resposta, e assim ir trabalhando essa reinserção às atividades do dia-a-dia. Ao final, foram realizadas algumas preparações para que ele voltasse ao mercado de trabalho, visto que o seu desempenho talvez não fosse o mesmo que tinha antes do acidente.

CONCLUSÃO

Se tratando de psicoterapia, estamos dizendo de uma profissão que muitas vezes atua para gerar o tratamento de danos causados pela própria sociedade. Um indivíduo, quando inserido em um grupo, participa de uma série de agências, como governo, igreja, educação, sendo todas essas regidas por leis e regras de conduta (SKINNER, 1993).

Quando essas leis passam a controlar o comportamento do indivíduo de forma aversiva, há uma série de subprodutos emocionais, como o medo, ansiedade, ira, raiva e depressão. Com isso o indivíduo passa a ter alguns efeitos em relação ao comportar-se, como por exemplo vícios e comportamentos restritos (SKINNER, 1993).

Segundo Skinner (1993), através da psicoterapia e seus procedimentos padronizados entre os profissionais são trabalhados esses distúrbios, o que acaba tornando-a como uma fonte de controle poderosa na vida dos indivíduos. Com isso o psicoterapeuta faz o diagnóstico, através do levantamento de dados históricos relevantes na influência da queixa. Seguindo essa etapa vem a análise das relações funcionais existentes no padrão de comportamento.

Com isso, o autor diz que o psicoterapeuta passa a exercer controle a partir da sua promessa de alívio, visto que o ambiente do cliente se encontra aversivo. São essas falas do psicoterapeuta que faz com que haja um engajamento no tratamento, e a medida que o tempo vai passando o poder vai aumentando, visto que surte efeito e se torna uma fonte reforçadora. Além disso, o psicoterapeuta cria um ambiente em que sua escuta é não-punitiva, o que contribui para o cliente relatar alguns comportamentos anteriormente reprimidos.

Portanto, o psicoterapeuta lida com o comportar-se dentro de um contexto, ambos sendo influenciados. Skinner (1938, p. 6), diz que:

Por comportamento, então, eu me refiro simplesmente ao movimento de um organismo, ou de suas partes, num quadro de referência fornecido pelo organismo ele próprio, ou por vários objetos ou campos de força externos. É conveniente falar

disto como a ação do organismo sobre o mundo externo, e é frequentemente desejável lidar com um efeito mais do que com o movimento em si mesmo.

Dessa forma, notamos que o comportamento isolado não basta para que o objeto de estudo seja formado, mas sim o modo como ele interage com o mundo à sua volta, como por exemplo os grupos que são constituídos. Assim, as mudanças ocorridas no organismo são constantes, pois os ambientes se modificam continuamente. Segundo Ramos-Cerqueira (1999), um comportamento é definido pelo efeito comum no ambiente, fazendo com que seja selecionado.

Portanto, os problemas comportamentais de um indivíduo se estendem para além do que ele traz como queixa, cabendo ao terapeuta trabalhar o repertório total. Para que a melhora seja possível, inicialmente é importante que o terapeuta tenha conhecimento sobre os déficits e excessos comportamentais presentes, e as reservas que este tem, ou seja, potencialidades a ser desenvolvidas que auxiliam esse processo (ABREU; GUILHARDI, 2004).

18

Através destas reservas, o psicoterapeuta reforça positivamente parte do repertório do indivíduo, sendo que esses podem diminuir as estimulações aversivas presentes no ambiente. Com isso, as contingências reforçadoras vão sendo reajustadas a medida que novos repertórios vão se fortalecendo (ABREU; GUILHARDI, 2004).

Assim, é possível compreender que casos onde é apresentada uma resposta de dor, produzida essencialmente por danos físicos ao organismo, também necessitam de acompanhamentos psicológicos.

Uma análise reducionista desta população poderia argumentar que apenas casos com sofrimento produzido por condições psicopatológicas são da competência do psicólogo, porém, considerando que o sofrimento não é só produzido pelos danos físico, mas também por situações que decorrem do dano físico.

Como apresentado nos exemplos, a psicoterapia é capaz de analisar outras instancias de sofrimentos que vão além do sofrimento decorrente do dano ao organismo, o sofrimento que envolvem abandonar antigas práticas e construir novas interações sócias e de trabalho, que produzam uma substituição de estilo de vida antigo, agora impossível pelo dado no organismo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. N. de; GUILHARDI, H. J. (org.). **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas**. São Paulo: Roca, 2004.
- BANACO, R. A. (org.). **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. Santo André: Arbytes, 1997.
- BORGES, N. B. *et al.* **Clínica analítico comportamental: aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- CONTE, F. C. de S. Reflexões sobre o sofrimento humano e a análise clínica comportamental. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 385-398, 2010.
- HUNZIKER, M. H. L. Comportamento de dor: análise funcional e alguns dados experimentais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 327-333, 2010.
- RAMOS-CERQUEIRA, A. T. de A. *et al.* O psicólogo na área da saúde: a formação necessária. *In*: BANACO, R. A. (org.). **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. 2. ed. Santo André: Arbytes, 1999.
- SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- SKINNER, B. F. **Cumulative record**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1961.
- SKINNER, B. F. Seleção por conseqüências. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 129-137, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v9n1/v9n1a10.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2018.
- SKINNER, B. F. **Sobre o behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 1974.
- SKINNER, B. F. **The behavior of organisms**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1938.