

## Reforma Psiquiátrica Brasileira sob uma perspectiva comportamentalista: apontamentos para um possível diálogo

A behaviorist approach to the Brazilian Psychiatric Reform: notes towards a dialog

Reforma Psiquiátrica Brasileña en una perspectiva comportamentalista: notas para un diálogo

Aline Nunes de Santana Lima<sup>1</sup>, Kester Carrara<sup>2</sup>

[1] [2] UNESP Bauru | **Título abreviado:** Interpretação comportamentalista da Reforma Psiquiátrica Brasileira | **Endereço para correspondência:** Seção Técnica de Pós-Graduação, Faculdade de Ciências, UNESP- Bauru. Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01, Bairro Vargem Limpa, Bauru, São Paulo. CEP: 17033-360 | **Email:** alinenslima@gmail.com | **doi:** 10.18761/PAC.2019.v10.n2.07

**Resumo:** O presente ensaio visa discutir alguns dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira sob a ótica da Análise do Comportamento e do Behaviorismo Radical, apontando possíveis contribuições da abordagem para a área. Uma das contribuições da Análise do Comportamento elencadas foi a compreensão não organicista de transtornos psiquiátricos, com ênfase na importância do ambiente na instalação e manutenção de repertórios, assim como o foco em práticas não coercitivas e na promoção de repertórios alternativos na atenção às psicopatologias. Outra possível contribuição para a temática da Reforma Psiquiátrica é a discussão sobre o conceito de liberdade, considerado um valor norteador da reestruturação dos serviços. No contexto da Análise do Comportamento entende-se a liberdade enquanto uma questão de contingências de reforço e é salientada a necessidade de planejamento e manutenção de contextos terapêuticos produtores de condições para o exercício da autonomia do indivíduo. A análise comportamental da cultura foi apontada como aporte para a área da Reforma Psiquiátrica, sendo um ponto a ser explorado a mudança de práticas culturais. Neste ensaio se buscou apontar aproximações e possibilidades de diálogo iniciais entre as duas áreas, sendo necessários outros estudos teóricos e aplicados para a ampliação desta interlocução.

**Palavras-chave:** Reforma psiquiátrica brasileira, análise do comportamento, psicopatologia.

Financiamento de pesquisa: Pesquisa financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior(CAPES) mediante concessão de bolsa de mestrado à primeira autora.

Declaração de conflito de interesse: Os autores não possuem conflitos de interesse de qualquer natureza em relação ao manuscrito submetido para avaliação da revista.

Declaração sobre cuidados éticos: O presente artigo, por consistir em trabalho teórico em que não houve abordagem a participantes humanos, dispensa a aplicação de termo de consentimento livre e esclarecido.

**Abstract:** The essay aims to discuss some of the Brazilian Psychiatric Reform's principles from the point of view of Behavior Analysis and Radical Behaviorism, pointing out some contributions to the field. One of the contributions of Behavior Analysis is the non organicist comprehension of psychiatric illness, which emphasizes the role of environment in the origin and maintenance of these repertoires. Behavior Analysis doesn't promote coercive methods in the assistance of psychiatric illness and emphasizes the promotion of alternative repertoires. Another contribution from the psychological theory to the Psychiatric Reform is the discussion on the concept of freedom, which is considered a guiding value to the service's reconfiguration. Freedom in the behavior analytic point of view is a matter of reinforcement contingencies and it is necessary to plan and maintain therapeutic environments which promote autonomy. The behavior analysis of culture can be considered another contribution for the Brazilian Psychiatric Reform as the change of cultural practices can be explored. In this essay we aimed to point out some common points and initial possibilities of dialog between the two areas. Other theoretical and applied researches can be developed to expand this dialog.

**Keywords:** Brazilian psychiatric reform; behavior analysis; psychopathology.

**Resumen:** Este ensayo tiene como objetivo discutir algunos de los principios de la Reforma Psiquiátrica Brasileña desde la perspectiva del Análisis del Comportamiento y el Conductismo Radical, señalando las posibles contribuciones del enfoque para la área. Una de las contribuciones del Análisis del Comportamiento enumeradas fue la comprensión no organista de los trastornos psiquiátricos, con énfasis en la importancia del medio ambiente en la instalación y mantenimiento de los repertorios. Otra posible contribución del enfoque al tema es la discusión sobre el concepto de libertad, considerado un valor rector en la reestructuración de los servicios. En el contexto del Análisis de Comportamiento, la libertad se entiende como una cuestión de contingencias de refuerzo es necesario planificar y mantener contextos terapéuticos alternativos que proporcionen condiciones para el ejercicio de la autonomía del individuo. El área de estudio del análisis conductual de la cultura puede considerarse otra contribución al área de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, y un punto a explorar es el cambio en las prácticas culturales. En este ensayo, buscamos señalar enfoques y posibilidades de diálogo iniciales entre las dos áreas, así, se necesitan más estudios teóricos y aplicados para ampliar este diálogo.

**Palabras clave:** Reforma psiquiátrica brasileña, análisis del comportamiento, psicopatología.

O presente ensaio visa discutir, sob a perspectiva da Análise do Comportamento e da filosofia da ciência comportamentalista radical que a emba-sa, alguns aspectos do campo teórico-prático de conhecimentos e transformação de práticas de assistência a pessoas com enfermidades psiquiátricas severas e persistentes chamado de Reforma Psiquiátrica Brasileira. O termo “Reforma Psiquiátrica” é com frequência empregado para se referir à instalação de serviços substitutivos à internação psiquiátrica, que no Brasil se dá por meio do acompanhamento de pacientes em instituições como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e sua manutenção como política pública de Estado por leis e portarias como a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais<sup>1</sup> e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Lei 10.216, 2001); Portaria nº 336 do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece os diferentes tipos de Centros de Atenção Psicossocial (Portaria 336, 2002) e a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui as Redes de Atenção Psicossocial (Portaria 3.088,2011).

Para além da mudança no âmbito da assistência ao paciente, no entanto, a Reforma Psiquiátrica tem como um de seus objetivos, segundo Amarante e Rangel (2009), “a transformação das relações que a sociedade estabelece com a loucura, com a diversidade, com a diferença” (p. 10). Amarante (2007) caracteriza esse processo em quatro dimensões de mudanças: Teórico-Conceitual; Teórico-Assistencial; Jurídico-Política e Sociocultural, ou seja, não seria suficiente mudar as instituições em que se presta assistência, mas também precisariam ser levadas em conta as características das práticas realizadas nessa assistência e, ainda, haver uma mudança social mais ampla de forma que a inclusão e participação social dessa população se tornem possíveis.

1 O termo original que consta na Lei de 2001 é “pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos”. Foi, no entanto, substituído no presente artigo por se considerar “pessoa com transtorno” mais adequado.

O processo de mudança nas práticas de assistência é resultado do engajamento de atores sociais diversos na denúncia de situações de violência em instituições de características manicomiais, única opção disponível durante muito tempo para o tratamento da população enferma, e da formulação de alternativas de cuidado baseadas em experiências de outros países (Inglaterra, França e mais diretamente Itália) e com contribuições de diversas abordagens da psicologia para a produção de conhecimento e no âmbito do planejamento e formulação da assistência, como a psicanálise e materialismo histórico (Costa-Rosa, 2000). Posto isso, sem desconsiderar a importância das contribuições de outras abordagens da psicologia para a área, o presente ensaio visa discutir alguns princípios da Reforma Psiquiátrica sob uma ótica comportamentalista. Ênfase será dada aos seguintes princípios: 1) crítica a uma interpretação organicista dos transtornos psiquiátricos; 2) mudança da forma da assistência prestada à população enferma e 3) liberdade como valor norteador da Reforma Psiquiátrica. O texto não pretende esgotar o assunto, mas apontar possíveis contribuições da Análise do Comportamento para a área.

## Histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira

A atual política pública destinada à assistência a pessoas com transtornos psiquiátricos graves em vigor no Brasil, chamada “Política Nacional de Saúde Mental”, tem como objetivo garantir direitos dessa população por meio do oferecimento de uma assistência que possa ser desenvolvida no território do usuário do serviço, prescindindo de uma forma de tratamento historicamente destinada a essa população: longas internações em hospitais psiquiátricos. Frente a críticas realizadas à institucionalização de pessoas com transtornos psiquiátricos, foram desenvolvidas experiências alternativas à internação em alguns países, como Itália, França e Estados Unidos, o que influenciou mobilizações sociais em prol de melhorias na assistência, experiências de cuidado alternativas e a promulgação de leis no campo da assistência psiquiátrica no contexto brasileiro (Lima, 2018; Portaria 3.088, 2011).

Na década de 1970 foram iniciadas as mobilizações sociais de denúncia às violações de direitos humanos básicos nas instituições asilares, a crítica ao caráter de custódia e reclusão desse tipo de instituição e a construção de um modelo alternativo de assistência. Tal movimento culminou na promulgação de legislação específica a respeito da proposição de um modelo substitutivo, diretrizes de assistência ao paciente e sua família, organização de uma rede assistencial, supervisão e avaliação dos serviços e formação de profissionais. Desta forma, as características da assistência à saúde mental seriam a descentralização dos serviços, o tratamento humanizado e em liberdade do paciente e a necessidade de atuação intersetorial como forma de promover a participação social dos usuários do serviço. Tal modelo, todavia, vem sendo alvo de modificações, como: a ampliação do financiamento de hospitais psiquiátricos, redução no cadastramento dos CAPS, ampliação de vagas em comunidades terapêuticas e restauração do papel central do hospital psiquiátrico na rede de atenção (Delgado, 2019). Tais medidas vão de encontro às prescrições anteriormente formuladas quanto à descentralização do cuidado em saúde mental e o foco no território enquanto norte para elaboração de ações em saúde, em seus diversos níveis de atenção, e concretização da assistência. No entanto, neste texto apresentaremos princípios do que se convencionou chamar de “modo psicossocial”, que vinha sendo implantado até então e tem apoio do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019).

A Reforma Psiquiátrica Italiana influenciou fortemente o processo brasileiro e mesmo já havendo críticas às instituições psiquiátricas e experiências substitutivas às internações em alguns países europeus (como Inglaterra e França) e nos Estados Unidos que tiveram forte influência na experiência italiana, a mudança na assistência desenvolvida neste país se diferencia da dos demais por conta do fechamento de grande parte dos manicômios do país. A experiência italiana se diferenciou, no entanto, de outros movimentos, como o da antipsiquiatria, por não negar a existência da doença mental, mas tendo agido no sentido de propor práticas, saberes e legislação, convertendo-se em parâmetro para a reorientação de políticas de saúde mental em diversos países (Goulart, 2007).

Na Itália da década de 1960 a prática da psiquiatria e a legislação concernente à assistência desenvolvida nesse âmbito apoiavam-se no organicismo médico do início do século XX, buscando uma natureza orgânica para os transtornos psiquiátricos: “não existia disciplina autônoma de psiquiatria, separada da neurologia, e as clínicas das universidades eram “artesanais e primitivas”, se comparadas às similares europeias” (Goulart, 2007, p.53).

Nesse contexto, o nome do psiquiatra italiano Franco Basaglia é expoente tanto por sua atuação junto à construção de novas práticas de assistência à loucura, quanto por seu protagonismo na formulação de políticas públicas. Enquanto esteve à frente do manicômio de Gorizia, instituição onde se encontravam internos cerca de 630 pacientes, proibiu a contenção dos enfermos nos leitos e iniciou o processo de humanização do hospital (Goulart, 2007). Nessa perspectiva, segundo Goulart (2007) o manicômio de Gorizia foi transformado, sob a direção de Basaglia em uma comunidade terapêutica, porém, foi se diferenciando dessa prática por considerá-la “pseudoterapêutica”. A experiência do manicômio de Gorizia transformou-se numa “experiência-piloto” com influências da psiquiatria social e da antipsiquiatria, porém distanciou-se desses campos e esse processo gerou debates e tensões. Dentre as ações no manicômio estiveram:

a reconstrução das relações extramuros, a retirada de barreiras físicas (grades), a instauração de sistema de *open door* (portas abertas) para livre circulação de pacientes. Foi criado um hospital-dia e a terapêutica aplicada sustentava-se tanto na utilização de psicofármacos, como na reabilitação e conscientização dos internos de modo a resgatar a sociabilidade e dignidade (...) instaurava-se um trabalho político e de resgate ético (Goulart, 2007, p.39).

Basaglia (1985) afirma a partir de alguns exemplos de práticas desenvolvidas em escolas e manicômios que nessas instituições é notória a divisão entre quem tem o poder e aqueles que não têm, sendo perceptível uma “relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro” (Basaglia, 1985, p. 101) e ainda que “os graus de aplicação dessa

violência dependerão, entretanto, da necessidade que tenha aquele que detém o poder de ocultá-la ou disfarça-la” (Ibidem.). Instituições como manicômios e presídios são chamadas por ele de “instituições da violência”.

Em 1978 é aprovada na Itália a Lei 180, que proibia a construção de manicômios, assim como novas admissões, regulamentava internações compulsórias e procurava garantir à população seu direito de autodefesa e autotutela. O processo de mudança na assistência psiquiátrica italiana converteu-se em parâmetro para a reorganização das políticas públicas de outros países, inclusive do Brasil, e é respaldada pela Organização Mundial da Saúde (Goulart, 2007).

No Brasil, no contexto do final da ditadura, durante a década de 1970, o Movimento de Reforma Sanitária teve como uma de suas conquistas a redefinição do conceito de saúde como sendo um direito inalienável das pessoas e que está relacionado à sua qualidade de vida, competindo ao Estado “a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) predominantemente público, descentralizado, equânime, com participação e controle da população na implantação das políticas de saúde” (CFP, 2013, p.58). As políticas de saúde mental, desta forma, devem seguir essas diretrizes. A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como contexto reformas assistenciais em nível internacional e a simultânea emergência de movimentos sociais em diferentes estados do país buscando a transformação de políticas públicas e instituições de tratamento então destinadas às pessoas com transtornos psiquiátricos (Pitta, 2011).

A realização da I e II Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987 e 1992, respectivamente, marcaram o início e o aprofundamento das discussões sobre a cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental no âmbito legislativo. Por sua vez, a “Declaração de Caracas”, em 1990, estabeleceu a reorganização da assistência psiquiátrica na América Latina. Esses episódios constituíram marcos importantes para a implantação de serviços substitutivos às internações psiquiátricas, que no contexto brasileiro se deu por meio do surgimento e instalação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como instituições da rede que se propõe como substitutiva ao hospital psiquiátrico (Ministério da Saúde, 2005; CFP, 2013).

## Distinção de dois modos de assistência

Costa-Rosa (2000) propõe a categorização do paradigma assistencial proveniente da Reforma Psiquiátrica, influenciado por diferentes movimentos sociais e campos teóricos, sob o nome de “Modo Psicossocial” e o modelo anterior, a ser superado, de “Modo Asilar”. A contraposição desses modelos é feita pelo autor a partir de quatro parâmetros: 1) Concepções do ‘objeto’ e meios de trabalho; 2) Formas de organização institucional; 3) Formas de relacionamento com a clientela; 4) Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos.

Segundo o autor, no referido “modo asilar”, o objeto de trabalho, ou seja, a concepção de “saúde-doença” com a qual se trabalha, enfatiza a consideração de determinantes orgânicos dos problemas apresentados pelos pacientes, fazendo com que o principal meio de trabalho seja a medicalização. Há pouca participação do sujeito e de sua família no tratamento e o isolamento do paciente psiquiátrico em relação ao convívio social é uma frequente consequência desse modo de atenção. O trabalho dos profissionais é fragmentado, havendo pouca interação entre especialidades diferentes, prevalecendo relações verticais e a forma de organização institucional que prevalece é o hospital psiquiátrico. Quanto às formas de relação com a clientela, há uma cisão entre “loucos” e “sãos”, sendo as relações interpessoais permeadas por tais descritores e a instituição psiquiátrica um: “*locus* depositário - para lá enviará todos os seus problemáticos, na melhor das hipóteses para que sejam tratados e devolvidos como eram antes, e em alguns casos para que fiquem alijados do convívio social” (Costa-Rosa, 2000, p. 161). Os efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos incluiriam cronificação do paciente psiquiátrico, enquanto que no ato de internar um paciente se tem a esperança de uma remoção de sintomas.

Como alternativa ao “modo asilar” desponta o “modo psicossocial”, que segundo Costa-Rosa (2000) foi construído a partir inicialmente de denúncias do caráter coercitivo das práticas asilares e experiências alternativas de tratamento. Tal modelo preconiza como objeto de trabalho a

consideração do ambiente “sociocultural” como determinante e a loucura como um fenômeno não individual, mas social que deve, além de haver a medicação como forma de tratamento, incluir psicoterapias, laborterapias e atividades de reintegração social na assistência à pessoa enferma. O tratamento deve incluir a família e ser realizado por uma equipe multiprofissional, da qual: “espera-se que as diferentes possibilidades de ação se estendam desde a continência do indivíduo durante a crise (sem alijá-lo dos elementos essenciais dela) até o reconhecimento da implicação familiar e social nos mesmos problemas” (Costa-Rosa, 2000, p.155).

Costa-Rosa (2000) refere que quanto às formas de organização institucional, o “modo psicossocial” deve se respaldar em pressupostos da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica: descentralização, concedendo poder de gestão aos municípios, horizontalização das relações entre trabalhadores e usuários e participação popular nas decisões, não só concernentes ao tratamento das psicopatologias, mas em relação à instituição, como em associações de usuários e assembleias. Por conseguinte, como forma de relacionamento com a clientela propõe-se a interlocução, livre trânsito do usuário e da população e territorialização com integralidade, sendo este um dos princípios fundamentais do SUS, que preconiza a assistência ao usuário não somente de forma curativa, mas preventiva e focada no sujeito, em sua família e comunidade (Ministério da Saúde, 2009).

Os efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos do modo psicossocial, muito embora possam incluir a supressão de sintomas como produto, não a visam como meta final, mas os efeitos desse modo seriam um “reposicionamento subjetivo”. Costa-Rosa (2000) faz um adendo em relação à dificuldade de produzir tal reposicionamento subjetivo em um modo de produção capitalista em que o individualismo produz certa imobilidade e adaptação do sujeito. No entanto, aponta para as “cooperativas de trabalho” propostas no escopo da reforma psiquiátrica como um espaço em que relações mais horizontais possam produzir tais efeitos.

A Reforma Psiquiátrica é um processo que envolve a mudança na assistência por meio, primeiramente, da denúncia de violações de direitos

humanos básicos que ocorriam em hospitais psiquiátricos, o que impulsionou a criação de experiências alternativas na atenção a essa população. Muito embora o exemplo das reformas ocorridas em outros países deva ser levado em consideração, incluindo a visita de Franco Basaglia ao Brasil na década de 1970 (Amarante, 2007), o desenvolvimento da política pública, naturalmente, foi diretamente influenciado pelo momento histórico em que despontaram manifestações em prol de mudanças, características do sistema político brasileiro e demandas da população e de outros setores da sociedade (conselhos profissionais, partidos políticos) que muitas vezes tinham posicionamentos contrários.

Um processo como a Reforma Psiquiátrica, que requer mudanças amplas (promulgação de leis, formação de profissionais para atuar diretamente com a população, diferentes tipos de atendimentos) envolve o comportamento de pessoas, o que pode ser interpretado a partir da perspectiva da Análise do Comportamento. Para além do comportamento de pessoas individualmente e em situações controladas, como em experimentos em laboratório, B.F. Skinner produziu diversos textos com temáticas sociais e, a partir desta produção, se estabeleceu a área de estudos denominada Análise Comportamental da Cultura (Fernandes, Carrara, & Zilio, 2017), à qual se utiliza das ferramentas conceituais já amplamente empregadas para explicar as relações entre organismo e ambiente para descrever e interpretar fenômenos sociais mais complexos.

B.F. Skinner demonstra interesse em explicações descritivas das relações entre organismo e ambiente por meio de 1) formulação de princípios essenciais para explicações funcionais de relações entre comportamentos, eventos antecedentes e consequentes e 2) explanação de exemplos de comportamentos produzindo consequências diante de diversas situações, gerando o instrumento conceitual chamado de “contingência” (Carrara & Zilio, 2015). Esta ferramenta foi definida por Skinner (1969/1984) como:

uma formulação adequada da interação entre um organismo e seu ambiente deve sempre especificar três coisas: (1) a ocasião na qual uma resposta ocorre, (2) a resposta em si e (3) as con-

seqüências reforçadoras. As inter-relações entre elas são as contingências de reforçamento (p. 180).

O comportamento humano para Skinner (1981), nesta perspectiva, é interpretado por meio do modelo de seleção por consequências a partir do qual se entende o comportamento como produto de três “níveis” de variação e seleção. O primeiro “nível” consiste na seleção natural, responsável pela seleção de características típicas das espécies. O segundo “nível” diz respeito à seleção de comportamentos operantes numa dimensão ontogénica relacionada à interação particular do organismo com o ambiente. O terceiro “nível” se refere a contingências mantidas por um ambiente cultural, como por exemplo:

(...) uma melhor maneira de fabricar uma ferramenta, de produzir alimentos ou de ensinar a uma criança é reforçada por suas consequências – respectivamente, a ferramenta, os alimentos ou um ajudante útil. A cultura evolui quando práticas que se originam dessa maneira contribuem para o sucesso de um grupo praticante em solucionar os seus problemas (Skinner, 1981, p. 131)

Nesse sentido, aponta-se para a possibilidade de que o estudo do comportamento sob a perspectiva analítico-comportamental se estenda para fenômenos sociais complexos, característicos do “terceiro nível” de seleção, que compreende as chamadas “práticas culturais”. Quando falamos em práticas culturais faz-se importante evidenciar o conceito de “comportamento social”, que, segundo Skinner (1953/2003), seria definido como “o comportamento de duas ou mais pessoas uma em relação à outra ou destas, em conjunto, em relação a um ambiente comum” (p.297).

Fernandes, Carrara & Zilio (2017) conjecturam que uma Análise Comportamental da Cultura implicaria uma “ciência não convencional da cultura”, pois seu objeto de estudo não seria a “cultura em si”, mas sim, os arranjos de contingências comportamentais que compõem diversos ambientes sociais, implicando no estudo de relações comportamentais ao longo do tempo. Os autores, a partir da leitura de obras de B.F. Skinner, propõem uma definição

para o conceito de “práticas culturais”: “práticas culturais (...) dizem respeito a padrões comportamentais de indivíduos ou de pessoas se comportando em grupo, modelados e mantidos pelas contingências sociais definidoras de uma dada cultura” (Fernandes, Carrara, & Zílio, 2017, p. 277).

Segundo Skinner (1953/2003) a alteração das chamadas “práticas culturais” é uma característica recorrente e “natural” das culturas: a instalação de uma nova lei e a criação de uma nova técnica de psicoterapia são exemplos de procedimentos que estabelecem novas práticas culturais, são situações em que há manipulação de aspectos importantes da cultura. Levando isso em consideração, o autor compara uma dada cultura a um experimento de comportamento, visto que existe manipulação de variáveis tanto por parte de alguém que planeje a cultura, quanto por parte de alguém que conduza um experimento e essa manipulação pode ser mantida ou não pelo grupo, a depender de suas consequências (Fernandes, Carrara, Zilio, 2017; Skinner, 1953/2003).

A proposição de mudanças de práticas culturais pode ser, segundo Skinner (1953/2003), objeto de estudo do analista do comportamento, que deve auxiliar no “planejamento cultural”. Segundo o autor a possibilidade de contribuição da análise do comportamento, corpo de conhecimentos que se baseia em princípios de uma ciência natural, é a compreensão de processos comportamentais básicos em situações controladas, conforme suas palavras: “talvez a maior contribuição que uma ciência do comportamento pode dar para a avaliação de procedimentos culturais está na insistência sobre a experimentação” (Skinner, 1953/2003, p.474), embora leve em consideração que o contexto do planejamento cultural seja mais complexo que as situações controladas em laboratório, por conter mais variáveis que, muitas vezes, são desconhecidas.

## Crítica à interpretação organicista de transtornos psiquiátricos

Como visto até aqui, a Análise do Comportamento elegeu como objeto de estudo o comportamento e busca interpretar fenômenos psicológicos compreendendo relações funcionais deste com o am-

biente. Tal perspectiva carrega implicações para o estudo de áreas clássicas da psicologia como educação, trabalho em instituições como hospitais e incluída nisso a área que se convencionou chamar de “saúde mental”, nas quais profissionais tem o desafio de aplicar os princípios comportamentalistas em sua prática, traduzindo as demandas que chegam até eles em uma perspectiva comportamentalista. Vimos também que a crítica a uma explicação organicista dos transtornos psiquiátricos se faz muito presente nas produções referentes à Reforma Psiquiátrica.

Skinner (1974/2009) afirma que os sentimentos e estados mentais foram utilizados durante muito tempo para explicar o comportamento humano: a língua está povoada de termos mentalistas. Tais termos, que remetem a estados internos como “causa” de comportamentos, são chamados por ele de ficções e seu uso tido como responsável pela negligência de uma observação mais cuidadosa sobre a relação entre o ambiente e o comportamento de um dado indivíduo.

As consequências do uso de termos mentalistas são entendidas como problemáticas visto que, em suas palavras: “a Educação, a Política, a Psicoterapia, a Penologia e muitos outros campos de atividade humana sofrem pelo uso eclético de um vocabulário leigo” (Skinner, 1974/2009, p. 22). O abandono deste vocabulário e a “tradução” dele para termos comportamentalistas é advogado por ele: “quanto mais cedo se efetuar a transição, melhor será” (Skinner, 1974/2009, p. 22). Entretanto, é de comum conhecimento que termos mentalistas continuam sendo utilizados, e termos como “doença mental” e “saúde mental” permanecem amplamente presentes em áreas do conhecimento como Psicologia, Psiquiatria e Saúde Coletiva, incluindo nesse escopo o uso do termo na elaboração e implantação de políticas públicas na área da saúde. Nesse sentido, Guerin (2017) entende que grande parte do que chamamos de “saúde mental” está relacionado à maneira com a qual falamos e pensamos, o que está comumente “escondido” na metáfora de “congnição”.

Algumas produções sobre a Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2007; Costa-Rosa, 2000; Goulart, 2007) fazem críticas quanto a um excessivo organicismo em explicações dos transtornos

psiquiátricos: a causa para os desvios era buscada, dentro do que se chamou de “modelo médico”, em lesões orgânicas e pouca ênfase era dada ao contexto sociocultural como um possível produtor de psicopatologia.

Banaco, Zamignani, Martone, Vermes e Kovac (2012) apontam algumas divergências entre uma perspectiva analítico-comportamental de interpretação de comportamentos tidos como psicopatológicos e o modelo médico, conforme descrito em manuais diagnósticos como o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM (do inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), atualmente na 5ª edição (APA, 2014). Enquanto o “modelo médico” se preocupa em descrever a “forma” dos comportamentos entendidos como desviantes, o analista do comportamento busca compreender sua “função” em relação ao ambiente, ou seja, busca-se compreender relações entre o comportamento e seus antecedentes e consequentes, seja na origem do comportamento (história ontogenética) seja no momento presente (o que mantém tal comportamento). Enquanto o “modelo médico” propõe descrever a etiologia das chamadas doenças mentais buscando suas causas em anomalias do organismo, uma interpretação comportamentalista procura descrever: probabilidade, frequência, intensidade com a qual o comportamento entendido como psicopatológico ocorre. “Psicopatológica”, nessa concepção, não seria a natureza do comportamento, mas uma adjetivação de comportamentos que, isolada do contexto, não nos diz muito sobre a história de relações que os originou e os mantém: comportamentos, sejam compreendidos como psicopatológicos ou não, têm a mesma origem, são produto da seleção pelas consequências.

Para Guerin (2017), a forma com que tradicionalmente se identifica a “doença mental” baseia-se em modelos psiquiátricos e psicológicos que estão envoltos em um essencialismo a partir do qual se entende que problemas acontecem “dentro” da pessoa e a intervenção profissional envolve mudanças em seus pensamentos, sentimentos e comportamentos. Tal perspectiva levaria a uma falta de atenção para o ambiente social, cultural e físico envolvidos na criação desses problemas, ocasionando a seguinte situação: se só a pessoa pode reavaliar o

problema que está “dentro” dela, a responsabilidade de mudança é do indivíduo, o que pode levar a uma culpabilização da vítima.

Uma interpretação analítico-comportamental de psicopatologias diferiria, quando comparada ao entendimento do “modelo médico” do fenômeno, em termos de critérios para sua definição. Banaco, Zamignani, Martone, Vermes e Kovac (2012) apontam para algumas diferenças entre os critérios tradicionalmente utilizados para definir algum comportamento como psicopatológico e uma interpretação analítico-comportamental. Um desses critérios seria a estatística: comparações entre o que é recorrente nos repertórios de um grande número de pessoas e o que foge a essa norma seriam uma forma possível de se definir o que é patológico ou não. Outros critérios seriam que o comportamento psicopatológico não obedece a leis e é “caótico”; seriam comportamentos persistentes e irreversíveis e que trariam sofrimento. Os autores apontam que uma interpretação analítico-comportamental desses fenômenos contrastaria com estes critérios por: 1) enfatizar a história de interações com o ambiente como forma de explicação de comportamentos e não critérios estatísticos (ou seja, não compara repertórios de sujeitos diferentes, mas analisa o comportamento de cada sujeito a partir de sua própria história); 2) entender que se algum comportamento é de difícil explicação, tal fato não implica que seja caótico ou não obedeça a leis, a Análise do Comportamento procura leis gerais que expliquem qualquer comportamento; 3) quanto à reversibilidade, os autores apontam que:

Mesmo eventos assustadores, como visões, ilusões ou percepções distorcidas, ocorrem na vida de todos, mas por curto intervalo de tempo. O comportamento considerado psicopatológico demora a passar, é permanente, por exemplo, quando uma pessoa conversa sempre com alguém que não existe. Este critério também é questionado pela Análise do Comportamento, que tentará encontrar quais são os acontecimentos que sustentam a manutenção desses comportamentos, novamente identificando as mudanças de probabilidade de que eles ocorram (Banaco, Zamignani, Martone, Vermes & Kovac, 2012, p.156).

O último critério analisado pelos autores é relacionado ao sofrimento: seriam problemáticos comportamentos que gerassem sofrimento e que criassem obstáculos para o convívio social. A tal critério seria conveniente o analista do comportamento se ater, visto que o sofrimento pode estar relacionado com o controle aversivo do comportamento, apontado como causador de diversos subprodutos como contracontrole e respostas do organismo consideradas problemáticas, conforme as palavras de Skinner (1961) a seguir:

as múltiplas formas de comportamentos resultantes do uso da punição como medida de controle são de extrema importância no campo da doença mental. Está claro que ao punir uma resposta, nós não simplesmente diminuimos a probabilidade de sua emissão. Atos de punição criam condições aversivas das quais o organismo pode escapar, ou que pode evitar através de muitos tipos de comportamento. Entre estas respostas de fuga ou esquiva estão frequentemente respostas problemáticas ou perigosas que são características da doença mental (p. 197, tradução nossa).

Sidman (1989/2009), embora defina a psicopatologia como de origem multifatorial, também aborda o papel da coerção em sua instalação: “Por sua dependência do controle coercitivo a sociedade paga um preço em termos de sofrimento humano, desajustamento e capacidade reduzida para engajamento construtivo” (p. 179). Desta forma, ao se analisar as contingências envolvidas na instalação e manutenção de comportamentos considerados psicopatológicos se percebe com frequência processos de punição, fuga e esquiva.

Na perspectiva skinneriana o controle exercido no indivíduo por vários agentes externos (governo, família, empregadores, religião) pode ser benéfico para o indivíduo e para a sociedade ou pode resultar em comportamento prejudicial. Quando o controle é excessivo ou inconsistente pode haver respostas de fuga ou esquiva, revolta ou produtos emocionais como medo, ansiedade ou raiva. A psicoterapia seria uma importante fonte de controle do comportamento e o papel dos terapeutas comportamentais seria empregar

técnicas construtivas para fortalecer respostas já existentes no repertório do cliente e ensinar novas onde ausentes. O principal objetivo da terapia, nesta perspectiva, seria estabelecer um repertório de auto-regulação em que o indivíduo possa responder mais apropriadamente em situações presentes e possíveis situações futuras (Sturmei, Ward-Horner, Marroquin & Doran, 1996, tradução nossa). Entende-se a partir disso que uma terapia analítico-comportamental deve trabalhar com a *promoção* de repertórios e não utilizar de métodos punitivos ou coercitivos focados no comportamento que se pretende diminuir de frequência por causar algum tipo de sofrimento.

O “modelo médico” é criticado também pela literatura referente à Reforma Psiquiátrica por interpretar e oferecer formas de tratamento para transtornos psiquiátricos baseado na compreensão de que alterações no organismo seriam responsáveis pelo sofrimento psíquico. O tratamento oferecido era primordialmente baseado em internações psiquiátricas que, por meio de métodos coercitivos, tentavam suprimir sintomas, mas muitas vezes acabavam por cronificar os sintomas rompendo laços sociais e impedindo o paciente de controlar as violências sofridas por ele. Denúncias quanto ao desrespeito a direitos humanos básicos em instituições psiquiátricas com características asilares surgiram principalmente na primeira metade do século XX, impulsionando a busca e criação de alternativas menos coercitivas de tratamento em que não fosse necessário isolar o paciente em relação ao seu ambiente social e não o privasse de condições de exercer sua cidadania. Nessa perspectiva, não se busca negligenciar a importância do tratamento medicamentoso e da atenção às crises do paciente, mas fornecer condições, por meio de outro modelo de tratamento de que esse acesso aos serviços de saúde se deem no território do paciente e com a participação de sua família, incluindo outros tipos de terapia para além (mas nisso inclusa) da médica-farmacológica.

Pode-se traçar, a partir do exposto, uma aproximação entre a concepção de psicopatologias apresentada pela literatura referente à Reforma Psiquiátrica e a compreensão analítico-comportamental. Ao considerar as psicopatologias como

multideterminadas e como “fenômenos sociais”, a literatura da Reforma Psiquiátrica apresentada até aqui tira a ênfase do organismo (e do indivíduo) enquanto foco de atuação para o tratamento e propõe intervenções no ambiente que a pessoa está inserida, além de questionar o caráter coercitivo das internações psiquiátricas. A psicopatologia interpretada em uma abordagem analítico-comportamental propõe a não utilização de controle aversivo e a promoção de repertórios que produzam outras relações do indivíduo com o ambiente.

## Mudança da forma da assistência prestada à população

No tocante à Reforma Psiquiátrica Brasileira, a instalação de serviços substitutivos à internação se faz presente, muito embora os hospitais psiquiátricos continuem como uma opção assistencial no contexto da política pública. No entanto uma grande conquista do movimento da Luta Antimanicomial é o fato de que, segundo a Lei 10.216/2001, o atendimento às demandas da população deve ser realizado *prioritariamente* em serviços comunitários, como os CAPS e, ainda, aponta para a criação de um novo modelo de atenção às psicopatologias, de forma que a garantia dos direitos dessas pessoas sejam produzidos enquanto uma consequência de longo prazo. Desta forma pode-se interpretar que na Reforma Psiquiátrica se intenta “enfraquecer” uma prática cultural- a internação psiquiátrica- modalidade de serviço criticada por seu caráter coercitivo e que teve seu papel terapêutico questionado e “instalar” uma nova prática cultural: outro modelo de atenção às psicopatologias por meio da implantação de novos serviços que consequentemente necessitará de contratação e formação de mão de obra, construção de espaços para seu funcionamento, destinação de recursos. A esse respeito, cabe discutir a dimensão comportamental do fenômeno: todas as etapas da instalação da nova prática cultural proposta são compostas por comportamentos de pessoas e consequentemente, pelas variáveis controladoras destes comportamentos. As leis seriam uma via de descrição e controle destes novos comportamentos propos-

tos, lembrando aqui da definição skinneriana de lei enquanto codificação de procedimentos controladores mantida pela agência controladora governo (Skinner, 1953/2003).

## Liberdade como valor norteador da Reforma Psiquiátrica

Franco Basaglia, no texto "As instituições da violência" (1985) aponta que dentro de uma instituição psiquiátrica comportamentos diversos do paciente são interpretados como parte de sua psicopatologia, havendo uma "mistificação" da violência sob justificativa do tecnicismo (as violências empregadas ao paciente são entendidas como forma de tratamento) sem que o paciente psiquiátrico possa reagir a ela. Skinner (1974/2009) enfatizou a "custódia de psicóticos" dentre outras populações vulneráveis como exemplos clássicos de maus tratos onde o controle empregado não está sujeito a um contracontrole vigoroso. Desta forma, pode-se entender que, em instituições psiquiátricas de características manicômias, o paciente é impossibilitado de contracontrolar a violência que sofre tanto por conta do isolamento em que se encontra, quanto pelo fato de que, diversos comportamentos seus são interpretados como constituintes de seu "quadro psicótico".

Como alternativa às formas de controle empregadas nessas instituições, Basaglia coloca:

"a única possibilidade de aproximação e de relação terapêutica no momento, e em praticamente qualquer lugar, se dá a nível do *doente mental livre*, aquele que escapa do internamento forçado e para o qual a relação com o psiquiatra conserva uma margem de reciprocidade, em estreita correlação com seu poder contratual" (1985, p.105, grifos adicionados)

Basaglia (1985) coloca a liberdade como um objetivo a ser alcançado pela Reforma Psiquiátrica, gerando o mote "a liberdade é terapêutica". Skinner (1969/1984) discorre sobre a literatura da liberdade, que segundo ele, identificou as fontes de controle aversivo e propôs meios de fugir dele ou enfraquecê-lo, mas errou ao definir a liberdade enquanto "estados da mente ou sentimentos" e ao não

ser capaz de agir sobre técnicas de controle que não gerem fuga ou revolta. Ao enfatizar a liberdade como terapêutica se ataca a fonte de controle (manicômio), porém, se entendermos que a liberdade é uma questão de contingências de reforço, precisa-se analisar e modificar os ambientes que vão ser alternativos a essa forma de tratamento, sob o risco de se destruir os hospitais psiquiátricos e não se construir outros tipos de assistência alternativa (por exemplo, produzir efeitos semelhantes à internação psiquiátrica como dependência institucional nos CAPS).

A literatura da Reforma Psiquiátrica enfatiza a mudança da assistência ao paciente por meio da criação de condições alternativas de tratamento e da garantia dos direitos dessa população, devendo dar ênfase à participação ativa do indivíduo em seu tratamento. Para tanto, foram instituídas diretrizes para a assistência no âmbito da política pública, como o trabalho em equipe multiprofissional a partir do Projeto Terapêutico Singular, ferramenta que deve ser adotada pela equipe para estudo de caso e compreende as etapas de: diagnóstico orgânico, psicológico e social, definições de metas para curto, médio e longo prazo, divisão de responsabilidades e reavaliação para discussão da evolução do caso (Ministério da Saúde, 2007), tendo em vista a participação do sujeito e produção de sua autonomia e participação social, evitando assim a dependência institucional.

A inserção (ou reinserção) social do paciente é um dos grandes objetivos da Reforma Psiquiátrica, dando-se grande ênfase à importância da liberdade do paciente em relação à internação. Nesse sentido, a instituição de políticas públicas no campo da assistência psiquiátrica, embora seja um campo permeado de tensões e conflitos de interesse, prevê a mudança de práticas culturais em relação à assistência psiquiátrica de forma que o tratamento se dê preferencialmente em serviços comunitários, com terapias o menos invasivas possíveis.

## Considerações finais

No presente ensaio se buscou discutir alguns princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira sob uma ótica comportamentalista, visando apontar algu-

mas contribuições da Análise do Comportamento e Behaviorismo Radical para a área. Uma das contribuições da abordagem para a construção de uma forma alternativa de atenção a psicopatologias graves é a compreensão não organicista de transtornos psiquiátricos e a ênfase na importância do ambiente na instalação e manutenção de tais repertórios: a interpretação analítico-comportamental de psicopatologias permite entender comportamentos considerados “desviantes” ou que produzem sofrimento para o sujeito e para os outros por meio do paradigma da seleção pelas consequências, em que se atenta para a seleção filogenética, ontogenética e cultural. Tal perspectiva vai ao encontro da proposta de atenção multiprofissional e com ênfase no território prescrita pela literatura da Reforma Psiquiátrica. Outro ponto de encontro da Análise do Comportamento e da literatura da Reforma Psiquiátrica é a ênfase na não utilização de métodos punitivos, mas na promoção de repertórios. O referencial teórico-metodológico da área não corrobora práticas terapêuticas baseadas em punição, mas enfatiza a construção ou (reconstrução) de repertórios concorrentes e melhor adaptativos.

A discussão sobre o conceito de liberdade pode ser apontada como outra contribuição para a Reforma Psiquiátrica. A partir de uma perspectiva skinneriana pode-se dizer que é necessária cautela ao enfatizar a liberdade como terapêutica, como sugere o mote da reforma psiquiátrica, uma vez que mesmo desconstruídas as relações opressoras do manicômio, há outras condições nocivas ao paciente psiquiátrico “livre” e é necessário planejamento e manutenção de contextos terapêuticos alternativos promotores de condições para o exercício da cidadania e autonomia do indivíduo.

Outra contribuição elencada se dá no âmbito da análise comportamental da cultura. Políticas públicas tem sido objeto de estudos da área, com ênfase na análise de contingências relacionadas aos comportamentos das pessoas em grupo. Entende-se que a Reforma Psiquiátrica intenta uma mudança de práticas culturais relacionadas à atenção às pessoas em sofrimento psíquico e um ponto a ser explorado é a análise de contingências propostas como alternativas à internação psiquiátrica que tenham como consequência a participação social e o respeito às singularidades.

Em suma, Análise do Comportamento e sua compreensão não organicista das psicopatologias com ênfase em métodos não coercitivos de trabalho pode trazer contribuições frutíferas para a área e, para tanto, fica o desafio aos analistas do comportamento para ampliarem e consolidarem a aplicação dos princípios como contribuição para atendimento às demandas da área.

## Referências

- Amarante P., & Rangel M. (2009). A liberdade é terapêutica: reinventando vidas na reforma psiquiátrica. *Revista eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 3 (4), 10-16. doi: 10.3395/reciis.v3i4.328pt
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5a ed.) (Nascimento, M.I.C., Machado, P.H., Garcez, R.M., Pizzato, R. & Rosa, S.M.M. Trad) Porto Alegre: Artmed.
- Banaco, R. A.; Kovac, R.; Martone, R. C.; Vermes, J. S., & Zamignani, D. R. (2012). Psicopatologia. In: M. M. C., Hübner & M.B., Moreira, (Orgs.) *Fundamentos de Psicologia: Temas clássicos de psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento* (154-165). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Basaglia, F. (1985). As instituições da violência. In: F. Basaglia (Coord.) *A instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Carrara, K., & Zilio, D. (2015). Análise Comportamental da Cultura: Contingência ou Metacontingência como unidade de análise? *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 11(2), 135-148, doi: <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v11i2.1944>.
- Conselho Federal de Psicologia (2013). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (as) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília: CFP. Recuperado de: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-no-caps-centro-de-atencao-psicossocial/>.

- Conselho Federal de Psicologia (2019), *CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde*. Recuperado de: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>
- Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (org). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 299-311). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Delgado, P.G. (2019). Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, educação e saúde*, 17(2), 1-4, <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>.
- Fernandes, D.M., Carrara, K., & Zílio, D. (2017). Apontamentos para uma definição comportamentalista de cultura. *Acta Comportamentalia*. 25(2) 265-280. Recuperado de: <http://www.re-dalyc.org/jatsRepo/2745/274551146008/html/index.html>.
- Goulart, M.S.B. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guerin, B. (2017). *How to rethink mental illness: the human contexts behind the labels*. New York: Routledge.
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/1102](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/1102).
- Lima, A.N.S. (2018). *Contingências da Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma análise de legislação e relatos verbais de psicólogos* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru, SP, Brasil. Recuperado de: [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/157454/lima\\_ans\\_me\\_bauru.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/157454/lima_ans_me_bauru.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Ministério da Saúde (2005). Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf).
- Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2007) *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. (2ªed.) Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2009). *O SUS de A à Z: Garantindo a Saúde nos Municípios*. (3ª Ed.) Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um Balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciências & Saúde Coletiva*, 16 (2), 4579-4589. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>
- Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
- Portaria n. 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf).
- Sidman, M. (1989). *Coerção e suas implicações*. Campinas, SP: LivroPleno.
- Skinner, B.F. (1961). Psychology in the understanding of mental disease. In: Skinner, B. F. *Cumulative Record* (p. 194-201). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213(4507). 501-504. doi: 10.1126/science.7244649.
- Skinner, B.F. (1984). *Contingências do Reforço: uma análise teórica*. (2ed) São Paulo: Abril Cultural (Original em inglês publicado em 1969).
- Skinner, B. F.(2003). *Ciência e Comportamento Humano* (11ª Ed) São Paulo: Martins Fontes (Original em Inglês, publicado em 1953).
- Skinner, B.F. (2009). *Sobre o Behaviorismo* (15. ed.) São Paulo: Editora Cultrix(Original em inglês, publicado em 1974).

Sturmey, P., Ward-Horner, J., Marroquin, M., & Doran, E. (1996). Structural and functional approaches to psychopathology and case formulation. In: Sturmey, P. *Functional Analysis in Clinical Treatment* (p.1-21). San Diego: John Wiley & Sons.

### Informações do Artigo

#### Histórico do artigo:

submetido em: 28/07/2018

Aceito em: 19/05/2020

Editora Associada: Jocelaine Silveira