

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO EM ONCOLOGIA

NAYARA GABRIELA SILVÉRIO SOUZA

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: AUTORRELATO
SOBRE ATENÇÃO EM ONCOLOGIA NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO**

UBERLÂNDIA - MG

2022

NAYARA GABRIELA SILVÉRIO SOUZA

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: AUTORRELATO
SOBRE ATENÇÃO EM ONCOLOGIA NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado a Universidade Federal de Uberlândia, orientado pela Ma. Graziela Siebert, como requisito parcial para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Área de Concentração em Atenção em Oncologia.

Orientadora: Graziela Siebert.

UBERLÂNDIA - MG

2022

RESUMO

O objetivo desse trabalho consistiu em relatar, sob a ótica da Análise do Comportamento, a vivência de uma psicóloga em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, na atenção em Oncologia. Foram utilizados autorrelatos da residente escritos sob as formas de diários, anotações e espécimes de artigos desenvolvidos ao longo do período de residência. Assim, o texto foi organizado em quatro tópicos, de acordo com as temáticas abordadas: Conceitos em Análise do Comportamento; A prática em Psicologia na Residência Multiprofissional; A equipe de saúde e O aperfeiçoamento profissional da residente. As reflexões apresentadas pretenderam contribuir com a continuidade da prática psicológica, na perspectiva da Análise do Comportamento, no contexto da residência multiprofissional na atenção em Oncologia, com vistas à ampliação do desenvolvimento de estudos sistematizados que possam corroborar com as observações apresentadas.

Palavras-chave: prática psicológica; psico-oncologia; medicina do comportamento

ABSTRACT

The objective of this work was to report, from the perspective of Behavior Analysis, the experience of a psychologist in a Multiprofessional Residency Program in Health, in Oncology care. The resident's self-reports written in the form of diaries, notes and specimens of articles developed during the residency period were used. Thus, the text was organized into four topics, according to the themes addressed: Concepts in Behavior Analysis; The practice in Psychology in the Multiprofessional Residency; The health team and the professional development of the resident. The reflections presented were intended to contribute to the continuity of psychological practice from the perspective of Behavior Analysis in the context of multiprofessional residency in Oncology care, with a view to expanding the development of systematized studies that can corroborate the observations presented.

Keywords: psychological practice; psycho-oncology; behavioral medicine

Introdução

O que é a residência multiprofissional em saúde? Quais os objetivos dessa formação? No que a Psicologia se faz necessária? Como a Análise do Comportamento enquanto abordagem teórico-científica se insere na área da saúde? Estas perguntas nortearam a reflexão apresentada neste trabalho, que pretendeu relacionar a prática em Psicologia da Saúde no contexto que envolve a Oncologia à perspectiva da Análise do Comportamento.

Regulamentada em 2005, por meio da Lei nº 11.129, a Residência em Área Profissional de Saúde - modalidades uniprofissional e multiprofissional - trata-se de uma pós-graduação orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Educação, 2018).

Esta residência abrange as seguintes categorias profissionais, considerando as necessidades regionais e locais: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, além de Física Médica e Saúde Coletiva, incluídas posteriormente (Resolução CNS nº 287/1998).

Ao debater sobre alguns elementos do trajeto histórico percorrido pela instituição legal da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no Brasil, bem como sobre a formação de profissionais de saúde, em comum com a defesa dos princípios basilares do SUS, Silva (2018) defendeu que as RMS se apresentam como espaços privilegiados de formação, tendo como ênfase a integralidade e a interdisciplinaridade como questões centrais para essa modalidade de formação em saúde.

Nesse sentido, a vivência nos programas de RMS se configura como uma forte possibilidade para a busca da integralidade, principalmente no que refere ao cuidado, oportunizando um processo formativo baseado na articulação de diferentes profissões da saúde,

buscando construir um saber conjunto, em que se agregam as contribuições dos diferentes núcleos profissionais (Salvador, Medeiros, Cavalcanti & Carvalho; 2011).

Não obstante, as residências têm como características a formação em serviço, a supervisão direta por profissionais capacitados (preceptoria), a supervisão acadêmica (tutoria), os cenários de formação e a prática em serviços da rede de atenção à saúde, nos três níveis de complexidade (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, 2018).

Nesse contexto, uma das modalidades de RMS é aquela que se insere no campo da atenção em Oncologia.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o câncer é uma questão de saúde pública das mais complexas, principalmente ao se levar em consideração seu percentual de prevenção, sua magnitude epidemiológica, social e econômica e o fato de ser a segunda causa de óbitos no país, com tendência de crescimento nos próximos anos (INCA, 2020). Nesse sentido, os tratamentos instituídos devem estar inseridos em uma abordagem multidisciplinar em que áreas técnico-assistenciais como Enfermagem, Farmácia, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia clínica, Psiquiatria e Estomaterapia estejam obrigatoriamente envolvidas (INCA, 2020).

No campo da Oncologia, a inclusão do psicólogo na equipe atende às necessidades de suporte psicossocial ao paciente, aos familiares e à própria equipe. Este profissional atua nas diversas fases da doença: diagnóstico, tratamento, remissão dos sintomas, controle, recidiva, cura, terminalidade e luto (Saltz & Stephan, 2009). Estes autores defendem ainda que a interlocução do psicólogo com os diferentes profissionais visa integrar os procedimentos, tendo como meta incluir o doente como agente em todo o processo de adoecimento.

Para Moraes e Rolim (2012), nas últimas décadas cresceu o interesse em estudos em Psicologia da Saúde, em diversas abordagens teóricas, como psicanálise, psicologia social, análise do comportamento, psicologia evolucionista, psicologia cognitiva, que compõem o

campo de intervenção e pesquisa da Psicologia da Saúde. Citando Enumo (2003) e Sarafino (2008), todavia, essa área teve seu início a partir dos estudos do comportamento segundo os pressupostos do Behaviorismo.

Skinner (1974/2006) define que o Behaviorismo não é a ciência do comportamento humano mas, sim, a filosofia dessa ciência, propondo questões como: é possível tal ciência? Pode ela explicar cada aspecto do comportamento humano? Que métodos pode empregar? São suas leis tão válidas quanto as da Física e da Biologia?

Assim, os trabalhos de pesquisa desenvolvidos em Psicologia da Saúde demonstram possibilidades de atuação vinculados à Análise Científica do Comportamento, no que refere ao desenvolvimento de hábitos saudáveis (como promoção do autocuidado, adesão aos tratamentos prescritos e prática de exercícios físicos) e também na modificação de comportamentos de risco a saúde (Moraes & Rolim, 2012). Dentre esses comportamentos, podem ser citados o alcoolismo, o tabagismo e o sedentarismo, que são sabidos como fatores de risco para o desenvolvimento de câncer.

Nesse trabalho, utiliza-se da Psicologia da Saúde enquanto área devido ao programa de residência multiprofissional ter possibilitado à autora vivenciar sua atuação nos âmbitos de atenção primária, secundária e terciária na Saúde, e não somente no âmbito hospitalar como comumente atribuído enquanto campo da Psicologia Hospitalar.

Vale destacar que a Psicologia Hospitalar, enquanto teoria e prática, está inserida como uma das áreas de atuação da Psicologia da Saúde, que tem se mostrado bastante ampla e já segmentada de forma a caracterizar e diferenciar bastante a atuação em cada um de suas áreas (Moraes, Silva & Almeida, 2010).

Nesse ínterim, o objetivo desse trabalho consistiu em relatar, sob a ótica da Análise do Comportamento, a vivência de uma psicóloga em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, na Atenção em Oncologia.

Enquanto objetivos específicos, destacou o interesse em contribuir para o avanço prático e técnico-científico da Análise do Comportamento, principalmente no que se refere a prática em Psicologia da Saúde (por meio da discussão sobre a atuação nessa área) e a relação com a Oncologia, refletindo sobre os desafios e estratégias encontrados durante o período de residência.

Para composição do referencial teórico, as literaturas especializadas utilizadas foram orientadas pelo Behaviorismo Radical proposto originalmente por Skinner e a produção da comunidade de analistas do comportamento constituída com o suporte de sua obra.

Para este trabalho, foram utilizados autorrelatos da residente escritos sob as formas de diários, anotações, e espécimes de artigos desenvolvidos ao longo do período de residência. Assim, o texto foi organizado em quatro tópicos de acordo com as temáticas abordadas, a saber: Conceitos em Análise do Comportamento; A prática em Psicologia na Residência Multiprofissional; A equipe de saúde e O aperfeiçoamento profissional da residente.

Conceitos em Análise do Comportamento

Antes de adentrar nas interações e na prática da residente, cabe destacar alguns conceitos; afinal, é a articulação de tais conceitos que permitiram a prática da Psicologia pela autora na residência multiprofissional.

Uma formulação adequada da interação entre um organismo e seu ambiente deve sempre especificar três eventos (1) a ocasião em que a resposta ocorre, (2) a própria resposta, e (3) as consequências reforçadoras – definindo, assim, a contingência tríplice. As interações entre elas são chamadas contingências de reforço (Skinner, 1953/2003).

Assim, a Análise do Comportamento tem como objeto o estudo do comportamento, em que toda ação (resposta) é compreendida a partir de um contexto (ocasião em que ocorre a resposta) e a análise da interação do indivíduo com o ambiente que o cerca (as consequências

que ocorrerão). A intervenção implica no conhecimento teórico, observação acurada a respeito do ambiente, preparo para realizar a análise funcional do contexto e planejar intervenções adequadas (Martins & Soares, 2019).

Uma análise funcional nada mais é do que uma análise de contingências responsáveis por um comportamento ou por mudanças nesse comportamento. Uma análise funcional leva em conta aspectos do ambiente e a função que o comportamento tem naquele ambiente (Matos, 1999).

Para fins didáticos e, também para a produção de conhecimento, o ambiente é categorizado em externo, que pode ser físico e social, e interno que pode ser biológico e histórico (Todorov, 2007).

Os comportamentos respondentes que constituem o repertório do organismo a despeito de sua experiência pessoal são designados de incondicionais, devido à sua origem na história filogenética (Skinner, 1953/2003). Alguns exemplos de respondentes incondicionais são: resposta de salivar eliciada pelo estímulo alimento na boca; resposta de piscar eliciada pelo estímulo cisco no olho etc. (Catania, 1999).

Moreira e Medeiros (2007), atentos aos estudos de Skinner - que descreveu os comportamentos respondentes como um tipo de relação entre o ambiente (estímulo) e o organismo (resposta), na qual um estímulo elicia uma resposta – destacaram que, mesmo sendo estes comportamentos relevantes para a análise, compreensão e intervenção sobre o comportamento humano, sozinhos não conseguiriam abarcar toda a complexidade do comportamento.

Nesse sentido, há ainda outro tipo de comportamento, aquele que produz consequências (modificações no ambiente) e é afetado por elas. Este comportamento é nomeado, no termo cunhado por Skinner (1953/2003), comportamento operante, para enfatizar a operação do sujeito sobre o ambiente e a forma como as consequências do comportamento determinarão,

em algum grau, se os comportamentos que as produziram ocorrerão ou não e em qual frequência.

Quando um comportamento produz uma consequência e esse comportamento se fortalece é possível dizer que entre as duas classes de eventos se estabeleceu uma relação funcional denominada 'reforçamento' (Matos, 1999).

Para Skinner (1953/2003) existem três tipos de relações controladoras entre conduta e consequências: reforçamento positivo, reforçamento negativo e punição. Sidman (1989/2009) destacou que o controle por reforçamento positivo é não-coercitivo; a coerção entra em cena quando nossas ações são controladas por reforçamento negativo ou punição. Assim, quando nosso comportamento é reforçado positivamente obtemos algo; quando reforçado negativamente removemos, fugimos ou nos esquivamos de algo. Ambos os tipos de consequências tornam mais provável que façamos a mesma coisa outra vez. Ambos são, portanto, reforçadores.

Como o reforçamento, a punição é uma contingência entre conduta e consequências. Comumente, alimento é um reforçador positivo, de modo que sua perda é um punidor; a dor é comumente um reforçador negativo, assim como é um punidor quando produzida. Punição ocorre quando quer que uma ação seja seguida ou pela perda de reforçadores positivos ou ganho de reforçadores negativos (Sidman, 1989/2009). O ambiente hospitalar, a depender do setor ou ala, muitas vezes apresenta esse aspecto punitivo; afinal, a presença das pessoas nesse espaço sinaliza mais amplamente a perda da saúde, ou ainda funciona como um ambiente onde terão contingências de reforçamento negativo, ou seja, a retirada de aversivos (incômodos, dores, por exemplo).

De fato, os psicólogos, além de estarem frequentemente interessados no comportamento verbal, também se interessam pelo comportamento verbal como um relato de comportamentos, eventos ou estados, aos quais eles não têm acesso fácil ou direto (De Rose, 1997).

De acordo com De Rose (1997) relatar é um comportamento verbal. Este comportamento verbal é emitido supostamente sob controle de um estado de coisas, que funciona como estímulo discriminativo.

Para Matos (1999) o comportamento verbal é essencialmente definido pelo seu caráter relacional (no caso, uma relação social). Pode-se dizer que o comportamento verbal é basicamente uma relação entre o ambiente social, representado pelo outro, o ouvinte, e um organismo vivo, o emitente.

O ouvinte atua como um estímulo discriminativo na presença do qual verbalizações ocorrem (assim como também, provavelmente, outras formas de comportamento, que, no entanto, ocorrem também em outros ambientes, ao contrário do verbal) (Matos, 1999).

No ambiente da instituição hospitalar a identificação de contingências responsáveis por um conjunto bastante diverso de comportamentos, seja do paciente, de seus familiares, de outros membros da equipe, e do próprio analista do comportamento pode ser particularmente útil (Amaral, 1997).

Nesse trabalho, interessam as contingências descritas em autorrelatos da autora. Matos (1999) destaca que Skinner identificou e descreveu oito categorias de comportamento verbal, de acordo com as relações que podem se estabelecer entre as condições antecedentes, as consequências e as respostas verbais - a saber: ecoar, copiar, tomar ditado, mandar, ler, intraverbalizar, rearticular/organizar (também chamado autoclítico), e por último e mais importante para esse trabalho, o tacto.

Os discriminativos controlados podem ser objetos, pessoas, acontecimentos, sensações, lembranças, isto é, mudanças no campo sensorial (visual, auditivo, tátil, proprioceptivo, interoceptivo etc) do emitente (Matos, 1999). No presente autorrelato, foram utilizados acontecimentos, eventos, lembranças e sensações. No tacto, a resposta pode ser vocal ou motora (palavras ditas ou escritas, gestos), e a consequência é social, porém *sui generis*. A

consequência social ocorre porque principalmente o ouvinte se beneficia pelo tatear do emissor. Isto é, o ouvinte reforça o emissor não apenas devido a um pacto social, mas principalmente porque lhe convém que o emissor continue a prestar informações sobre o ambiente (Matos, 1999).

Claro que, na construção desse autorrelato também é apresentada a categoria rearticular/organizar (também chamada autoclítico). A palavra inglesa refere-se à característica deste comportamento de se auto seccionar, e assim fazendo, se organizar e/ou reorganizar; de se autorreferenciar, e assim fazendo, se reformular quando ainda em curso. De fato, os estímulos antecedentes aqui são ditos visuais (ou auditivos), mas num sentido muito especial, já que são encobertos, isto é, palavras visualizadas (ou auditivadas) pelo próprio sujeito (ou, mais do que palavras, relações verbais). Ou seja, os antecedentes são respostas verbais do próprio sujeito; a resposta por sua vez, pode ser vocal ou motora (rearranjo de palavras escritas, reformulação do discurso em curso etc.). A consequência é social, porque o referencial é social, porém é o próprio sujeito que se auto reforça (Matos, 1999).

Para Guilhardi (s.d) o tornar-se “consciente” envolve dois processos simultaneamente: descrever verbalmente as contingências de reforçamento às quais está exposto (e das quais faz parte) e, também comportar-se sob controle de tais contingências de reforçamento.

De fato, o comportamento operante pode ocorrer sem que exista, por parte do indivíduo, consciência do que está fazendo. Assim como também apontado por Guilhardi, consciência aqui é entendida como a capacidade de relatar para os outros ou para si próprio o que ocorreu. Na realidade, o comportamento operante é basicamente inconsciente, e a consciência só surge, eventualmente, no curso da vida do homem, como um produto social. Ou seja, o comportamento é modelado e mantido por contingências que atuam mesmo quando o indivíduo não se dá conta delas. No entanto, o indivíduo poderá desempenhar com maior eficiência

quando é capaz de descrever o seu comportamento e as variáveis relevantes que o mantêm. O seu repertório auto descritivo será útil para si e, também para os outros (De Rose, 1982).

Nesses termos, após explicar sobre alguns conceitos considerados importantes e necessários para esse autorrelato, adentra-se naquilo que pode ser compreendido também como exercício de desenvolvimento/aprimoramento da consciência por parte da autora, por meio da descrição de eventos relacionados a vivência da Residência Multiprofissional enquanto psicóloga.

A Prática em Psicologia na Residência Multiprofissional

Esse relato começa a ser construído tendo como referência a afinidade da autora com a abordagem Analítico-Comportamental, construída sob a influência dos atendimentos psicológicos em contexto clínico realizados em estágio na graduação, o que possibilitou o desenvolvimento das habilidades teóricas e práticas nessa abordagem. Já a oportunidade de realizar estágio curricular também no contexto hospitalar possibilitou maiores condições da autora para escolher atuar na área da Psicologia da Saúde.

Amaral (1997) diz que o trabalho do psicólogo nas instituições hospitalares difere do trabalho do clínico de consultório em alguns aspectos, inclusive em seus interesses e necessidades. Nesse sentido, para a prática na residência multiprofissional, a residente seguiu para o contexto hospitalar principalmente, mas utilizando da perspectiva Analítico-comportamental para compreender e embasar sua prática.

Para a autora foi uma área e perspectiva de atuação que sempre tiveram função reforçadora, ou seja, as consequências dos comportamentos emitidos sempre foram consequenciados de forma que aumentaram a probabilidade de novas emissões de comportamento, nos âmbitos acadêmicos e profissionais.

Nessa trajetória a residente conscientizou-se de que a escolha por uma ênfase em Oncologia traria novos reforçadores; afinal, tanto no estágio no hospital quanto nos atendimentos clínicos, as interações que tinham relação com a Oncologia, bem como as possibilidades de novas interações junto às pessoas nomeadas como “pacientes oncológicos” na área da Saúde, produziam sentimento de interesse.

Exemplificados por Domene (2010), o ambiente externo físico são os eventos físicos que se relacionam ou influenciam um comportamento, como a temperatura, a luminosidade etc. Na prática a residente observou alguns aspectos gerais do espaço hospitalar que influenciaram no seu comportamento e também nos comportamentos dos pacientes, como os quartos brancos, as janelas que apresentavam espaços externos completamente diferentes daqueles normalmente observados das janelas que abrem ao espaço do lar; temperaturas intensas, a depender do clima: intenso calor, ou mesmo, intenso frio.

O ambiente externo social são os eventos consolidados pela sociedade em geral ou por um grupo social específico e que afetam o nosso comportamento. Por exemplo, uma lei, uma regra etc. (Domene, 2010). Nesse período, tivemos diversas modificações quanto as regras do hospital - um exemplo, sobre o funcionamento das visitas e até se poderia ou não ter acompanhantes. Regras relacionadas ao quadro clínico do paciente - por vezes, pacientes neutropênicos não podiam receber visitas durante esse período de neutropenia (que é o nível baixo de glóbulos brancos, especificamente, os neutrófilos. Devido a essa condição, tem risco aumentado em desenvolver infecções).

Tivemos também a suspensão da realização de grupos psicoterapêuticos, tendo como fundamento as recomendações do Ministério da Saúde, tal como a recomendação nº 022, de 09 de abril de 2020, e as normativas dos Conselho Federal de Psicologia (CFP), como a Resolução CFP nº 04/2020 que regulamentou a prestação de serviços psicológicos por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação em tempos de pandemia.

O ambiente interno biológico são eventos situados dentro do organismo e que afetam o agir – as drogas, as vitaminas, os hormônios, os neurotransmissores etc. (Domene, 2010). Em Oncologia, por exemplo, a residente viu serem utilizados os mais diversos quimioterápicos e as respostas que eram eliciadas nos pacientes.

De acordo com dados do INCA (2021) a quimioterapia é um tratamento que utiliza medicamentos para destruir as células doentes que formam um tumor. Pode ser ministrada através de via oral (pela boca), intravenosa (pela veia), intramuscular (pelo músculo), subcutânea (abaixo da pele), intratecal (pela espinha dorsal), entre outras. Pode repercutir também em células saudáveis, e provocar alguns efeitos colaterais como, a depender da medicação, em perda de cabelo, unhas quebradiças, náuseas, diarreia, vômitos, infertilidade, entre outros (INCA, 2021).

Por fim, o ambiente interno histórico que são eventos singulares da nossa história de vida, interações passadas, as histórias de reforçamento, os fracassos, que nos predisõem a agir no presente de forma singular (Domene, 2010). Considera-se como exemplo o período de estágio da residente na graduação, que possibilitou o desenvolvimento de repertório utilizados durante a residência, tais como, habilidades de comunicação com os pacientes e familiares, conhecimento sobre aspectos da Análise do comportamento que servem como base da atuação da profissional, conhecimento sobre possibilidade de ocorrência de resposta em contexto de adoecimento.

Assim como o ambiente pode ser analisado em diferentes níveis, o comportamento pode ser entendido em diferentes graus de complexidade. O comportamento não pode ser entendido isolado do contexto em que ocorre (Todorov, 2007). Nesse sentido, a análise pode se dar no contexto hospitalar, na unidade básica de saúde ou mesmo em interações de práticas de gestão.

Explicado os conceitos, adentro com mais aprofundamento sobre o tema proposto “a prática da psicologia na residência multiprofissional”, considerando a fala de Guilhardi, dita

em 2008 e publicada em site *online*: "a vida se esvai ao longo de um contínuo. Num extremo, o organismo para de funcionar e não há mais como se comportar. No outro, o organismo para de se comportar e não há mais razão para funcionar. A Análise do Comportamento tem a ver com a vida no que concerne à competência que tem para manter o organismo se comportando."

Foram quase dois anos conhecendo e aprendendo sobre especificidades da Oncologia na atenção primária, por meio de atuação nas unidades básicas de saúde, e na atenções secundária e terciária, através da prática no hospital, tendo a presença de preceptores e tutores para auxiliar na aquisição de conhecimento dos tipos de tumores, tipos de câncer, tratamentos, efeitos colaterais, funcionamento da enfermaria (horário de visita, aspectos que envolvem as visitas infantis ou de adultos, autorização para a realização da mesmas), equipe responsável, ambulatórios vinculados, utilização e efeitos de medicações e insumos, entre outros.

Para ter contato com esses temas foram determinados como campos de prática uma enfermaria e ambulatórios oncológicos (quimioterapia e radioterapia), junto a pessoas em condição de internação e, também de atendimento ambulatorial. Na Atenção Básica de um município, onde as pessoas buscavam ou eram encaminhadas para atendimento psicológico; em enfermaria cirúrgica, em que havia pessoas hospitalizadas para realizar cirurgias ou que ainda estavam aguardando o posicionamento da equipe médica para realizar procedimentos cirúrgicos, em pós-operatório nos ambientes de enfermaria; em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e no Pronto Socorro do hospital universitário.

Nesse período também vivenciávamos o início da pandemia de COVID-19 no Brasil, um contexto em que todos naquele ambiente de saúde aprendia sobre o que era novo. Nesse período também foi determinada a vivência em setores de Gestão, a fim de desenvolver uma prática com a equipe de saúde de desenvolvimento de repertório comportamental para lidar com a pandemia (esse aspecto será mais aprofundado no tema "a equipe de saúde"). Assim, era um ambiente que produzia relatos verbais e descrições de sentimentos nomeados como

medo, insegurança, dor, solidão, desamparo, dentre outros que são geralmente observados em contextos aversivos.

Muitas vezes a residente se tornava um estímulo discriminativo no ambiente das pessoas que interagiam; à medida que ela adentrava os quartos e abordava os pacientes, porque até sua abordagem, por vezes os pacientes nem sabiam da existência do serviço de Psicologia. Tal abordagem era feita após os dados do prontuário ou mesmo comentários por parte da equipe que expressava conteúdo para a residente, que servia como estímulo discriminativo. Por exemplo, observar nesses estímulos que um paciente apresentava quadro clínico grave era um sinalizador para que a residente fosse realizar o atendimento do paciente, quando em condições de atendimento, e/ou dos acompanhantes.

Entende-se que os casos clínicos graves sinalizavam a possibilidade do organismo parar de comportar, ou seja, morrer. E até que ocorresse a morte, a residente realizava sua atuação, nos primeiros atendimentos juntos aos pacientes através da chamada busca ativa - era ativa no sentido que diversos sinalizadores apontava para a necessidade de abordagem. Tais sinalizadores tinham essa função após orientação (descrições de contingências) das preceptoras e orientadores a estar sempre atenta a esses aspectos; gravidade do caso – descrita pela equipe médica; histórico de adoecimentos - por exemplo: diagnóstico de algum transtorno mental ou recidiva e /ou tratamento de outro câncer, dentre outros.

E por que estar atenta a esses sinalizadores? A resposta que a residente foi encontrando, através de sua avaliação, é que se tratava de aspectos que poderiam ser aversivos para os pacientes e/ou acompanhantes, e por vezes, eles não sabiam nem mesmo nomear e descrever tais contingências aversivas, ou mesmo regras que seu comportamento era função (comportamento governado por regras), sofriam e atribuíam a aspectos mentalistas ou apresentavam intraverbais para falar de si e do que lhe ocorria.

De forma geral, quando o paciente e/ou acompanhante começava a ter contato com contingências amenas, muito provavelmente eles retornariam aos seus lares ou desenvolveriam recursos suficientes para lidar com a morte ou com a condição que foi imposta durante o adoecimento e/ou tratamento (perda de um membro, de um familiar, do funcionamento do organismo – paraplegia, tetraplegia, hemiparesia, xerostomia, sialorreia etc.). Ou ainda, acontecia a morte e a continuação do atendimento passava a ser feita por meio de ligação telefônica, quando o acompanhante manifestava interesse.

Na Atenção Primária os pacientes e/ou acompanhantes vinham até a residente, seja por encaminhamento pela equipe de saúde da unidade, ou busca voluntária após ter o conhecimento da presença da profissional na unidade. A prática se assemelhava àquela desenvolvida no contexto clínico; porém, devido à alta demanda, foi necessário desenvolver junto à equipe uma forma de triagem desses casos. Havia outra profissional na unidade, preceptora da residente, que também realizava atendimentos psicológicos. Assim, ficou definido que para a residente, seriam preferencialmente encaminhados pacientes com histórico de adoecimento oncológico.

Muitas vezes, quando ia desenvolver sua prática, encontrava pacientes em sofrimento, podendo compreendê-los como em contingências aversivas. Assim, a residente considerou sempre que o analista do comportamento intervém desde o primeiro contato com a pessoa atendida, seja auxiliando na descrição do que está acontecendo com perguntas como: o que a trouxe aqui? Quem são as pessoas que estão te acompanhando? O que você está sentindo, como está sentindo? Ou mesmo apresentando descrição de novas contingências em operação, ou apresentando alguns comportamentos governado por regras, por exemplo, descrevendo a contingência descrita pelas regras sobre realizar as visitas ao longo da internação.

A interação que ia se estabelecendo se tornava reforçadora à residente, os sentimentos produzidos e os retornos as abordagens aos pacientes e/ou acompanhantes eram o que, de certo modo, facilitava na discriminação de tal função. Também eram percebidas relações aversivas.

Através dos atendimentos, constantemente estamos realizando entrevista ao paciente e/ou acompanhante, ou seja, estamos sempre buscando dados da história de vida do paciente e dados sobre o funcionamento de suas relações, são indicadores que nos permite observar como é constituído o repertório dessas pessoas. E assim, como em qualquer outro contexto, referente a atuação do psicólogo, cabe-nos trabalhar com tais questões, mas também nos observando, vendo se não é uma falta de habilidades da residente ou se trata de uma possibilidade de intervenção com o objetivo de ampliar os repertórios daquele que interagimos.

Nesse contexto da saúde, temos acesso a pessoas diversas. Muitas vezes, aquelas que chegam até os psicólogos estão sob controle de contingências de reforçamento aversivas. Na prática realizada no hospital, é comum que os profissionais cheguem até o paciente. Observamos o ambiente físico que o paciente tem acesso, e observamos como eles interagem com o mesmo, observamos as mudanças que o adoecimento traz na forma como a pessoa vive, e atuamos quando avaliamos que paciente e/ou acompanhante não tem recursos para lidar com as mudanças, antes que o organismo pare de comportar devido à ausência de reforçadores ou em decorrência dos efeitos da punição ou reforçadores negativos.

Assim, a prática da residente buscou, junto aos pacientes e/ou acompanhantes, manejar tais contingências observadas com função aversiva, assim como ampliar o repertório de habilidades sociais necessárias ao tratamento, como fazer perguntas, responder, pedir informação, manifestar opinião, defesa dos direitos, fazer pedidos, manifestar empatia.

Muito comum que nas interações observadas como aversivas pela residente havia déficits ou excessos comportamentais, e de forma geral, o que pode ser dito é que foram manejados tais comportamentos de acordo com o que trazia benefícios ao paciente e de acordo com o que era possível tendo em vista o tempo de contato com o paciente e/ou acompanhante.

Para Martins e Soares (2019), a alteração de variáveis ambientais provenientes da nova realidade, a emissão de comportamentos considerados problemáticos e a falta de repertório

comportamental para produzir consequências reforçadoras indicam a necessidade de intervenções que auxiliem a pessoa em adoecimento, os familiares e equipe e que promovam práticas condizentes com a realidade.

Ressalta-se que a prática da residente, na sua atuação como psicóloga, foi feita sob supervisões com preceptoras(es), que estavam sob controle do discurso da residente. Foram oportunizadas a ela diversas possibilidades para descrever cada atendimento realizado, com mais detalhes das unidades funcionais do que o apresentado nesse breve autorrelato.

Entretanto, infelizmente, as supervisões não eram na perspectiva conceitual da Análise do comportamento, o que para a residente, por vezes, foi um aspecto aversivo. Isso porque, com uma comunidade verbal formada por outros analistas comportamentais, provavelmente ela teria emitido muitos outros comportamentos.

Justifica-se a orientação teórica de cada preceptora e que influenciou e caracterizou como aversiva suas interações, deixando de emitir comportamentos que, na perspectiva das profissionais, não fazia sentido na prática; mas reconheço que foram poucas. Afinal, houve profissionais (os que ficaram mais tempo com a residente) que, ainda que tivessem outro posicionamento teórico, buscavam compreender os relatos e descrições e auxiliavam em sua prática, permitindo inclusive a escrita desse autorrelato.

Foi uma vivência de dois anos, durante os quais não houve analistas do comportamento atuando enquanto preceptor/tutor no hospital universitário. Este aspecto chamou a atenção e é sabido que houve consequência para os comportamentos da residente, que buscou outras estratégias para aperfeiçoamento, e influenciou a prática de certo modo. Afinal, a residente também estava sob controle de contingências definidas por tais preceptores. Será aprofundado sobre o desenvolvimento de comportamentos da residente na temática “o aperfeiçoamento da prática”.

A Equipe de Saúde

No cotidiano das instituições de saúde, a ação integral passa necessariamente pela construção interdisciplinar, entendida como uma inter-relação entre conhecimentos, habilidades e competências, compreendendo o usuário/paciente para além da doença ou de suas questões objetivas (Pichelli, Monteiro & Hora, 2019).

Nesse sentido, o trabalho multiprofissional, na lógica da interdisciplinaridade, é uma possibilidade de ampliar a capacidade humana de compreender a realidade e os problemas que nela se apresentam (Tesser & Prebianchi, 2014).

De acordo com o INCA (2012), como responsáveis pelo controle do câncer, cada um de nós deve cumprir o seu papel e sua função, seja: definindo os tipos de cuidados necessários para o controle dos variados tipos de câncer que podem se desenvolver no corpo humano; estabelecendo como os cuidados serão realizados; tratando e cuidando da população, entre outros.

Para fazer tudo isso, somente contando com todos os profissionais e trabalhadores em saúde, com diferentes formações e saberes, atuando nos mais variados locais de trabalho, porém todos com os mesmos objetivos: prevenir e controlar o câncer (INCA, 2012).

Machado (1997) afirma que enquanto membro de uma espécie, o comportamento de um organismo é determinado filogeneticamente e é produto da seleção natural. Enquanto indivíduo, o comportamento de um organismo é determinado ontogeneticamente e é produto do condicionamento operante. E para esse trabalho, especificamente nesse tópico nos atentamos ao que se refere a equipe de saúde, compreendendo que enquanto membro de uma cultura, o indivíduo se comporta da maneira que foi ensinado, isto é, de acordo com as contingências de reforçamento mantidas pelo grupo (Machado, 1997).

Isso quer dizer que ao adentrar, seja no espaço das enfermarias, no hospital como um todo, nas unidades de atenção básica, ou mesmo na residência enquanto unidade social, tem-se

diversos grupos. Foi possível participar de vários grupos. Machado (1997) diz que embora se possa pensar, teoricamente, na seleção pela consequência a nível da prática de qualquer grupo, o certo é que ela é grandemente favorecida pelo comportamento verbal.

O comportamento verbal permite a ocorrência de processos através dos quais os indivíduos aproveitam o comportamento já adquirido pelos outros. Cada indivíduo, então, pode apresentar comportamentos sem ter passado antes pela situação particular na qual o comportamento é requerido (Machado, 1997).

Em um trabalho mais próximo junto a assistente social, em determinada unidade estabeleceu-se uma rotina em que nas visitas sociais, a residente psicóloga a acompanharia, assim, cada novo paciente, através da rotina de visitas, o serviço do setor de ambas as profissões se colocava a disposição representadas pelas residentes.

Além disso, a enfermeira residente através da sua atuação identificava os pacientes que aparentemente precisavam de um apoio psicológico ou social, e assim, fazia a solicitação, de forma informal, cotidiana, através do olhar cuidadoso e confiança no trabalho profissional do outro.

Infelizmente, não foi possível generalizar esse comportamento das abordagens diárias em outras unidades, principalmente, na enfermaria de Oncologia, onde as residentes buscaram por estabelecer tal conduta, mas não foi adiante devido a diversos aspectos estruturais da unidade que somente agora, fim da residência, pode ser discutido e aberta a possibilidade de realizar tal estratégia de atuação.

Nesse sentido, observa-se que o grupo de residentes apresentavam repertórios distintos daqueles estabelecidos pelo grupo representada pela equipe de saúde. Claro que, a presença desses residentes possibilitou ao longo da convivência ampliar o repertório do grupo pensando na união equipe de saúde-residentes.

Os residentes ensinavam novas formas de se comportar naquele ambiente social, discutia-se a definição das regras estabelecidas pela equipe, e essa equipe ensinou aos residentes, além de suas regras, outras características de seu grupo, podendo agregar novos comportamentos as condutas dos residentes em outros campos, inclusive.

O trabalho em equipe mostra-se fundamental para o atendimento hospitalar, na medida em que os profissionais envolvidos nesse atendimento estabeleçam uma integração, para que a pessoa seja tomada como um todo, para que ela possa ter um atendimento humanizado, contemplando assim, outras necessidades dos usuários (Fossi & Guareschi, 2004).

Kovács (1992) coloca que, no ambiente hospitalar, em situações de terminalidade e morte, o processo de atendimento psicológico, deve enfatizar a expressão dos sentimentos, a melhora da qualidade de vida e a facilitação da comunicação.

A prática dos profissionais de Enfermagem, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, considerando que os mesmos fazem parte do programa de residência profissional na ênfase em Oncologia, possibilitou através do contato com pacientes e acompanhantes o desenvolvimento de ações e procedimentos, o aprendizado e ampliação do repertório de conhecimentos acerca das outras áreas. Isso fez com que as profissões diferentes se auxiliassem e se complementassem ao longo do acompanhamento com o paciente e vivência no setor. Além de proporcionar ao paciente e familiares, um atendimento integral e abrangente. E nos setores relacionados a Gestão, onde os residentes tiveram que desenvolver treinamento para desenvolvimento de habilidades para atendimento ao público.

Na prática, os residentes puderam desenvolver seus comportamentos enquanto condutores de grupos, aprendemos sobre modelos de atuação de cada profissional na relação com o público atendido, e também nas relações com os colegas. A equipe pode desenvolver habilidades de comunicação, manifestar opinião, defender direitos, habilidades de assertividade em geral, enfim, algo possível, pois na história de vida da residente de Psicologia,

ela tinha repertório de comportamentos sobre como trabalhar esses temas em um grupo, e isso pode ser colocado em prática, agregando àquela cultura da equipe de saúde.

Nesse período, foi possível observar a necessidade da atuação em equipe multiprofissional, afinal, foram acompanhadas e cuidadas pessoas que apresentavam outras especificidades, como casos que envolveram aspectos como ideação e tentativa de suicídio; pacientes com deficiência e ainda nos casos que envolveram diferenças que acentuava as barreiras linguísticas.

Outras necessidades observadas, em relação a equipe, foi justamente o cuidado com a própria equipe, a necessidade de proporcionar o cuidado psicológico, para a equipe médica, equipe de Gestão, equipe de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentistas, e até junto aos colegas psicólogos.

Até o presente momento, estão sendo discutidas possibilidades de desenvolver junto a equipe os grupos psicoterapêuticos, solicitados pela própria equipe de enfermagem para a residente, autora desse relato. Diante o contexto de pandemia, não foram desenvolvidas outras atividades.

Os profissionais também estão em interação, comportando e sendo afetados por seus comportamentos, assim como apontado por Machado (1997), não estando isentos do adoecimento, por exemplo, a possibilidade de contaminação pelo COVID-19 ou mesmo a descoberta de um câncer em si ou em alguma pessoa amada, e ainda a identificação de condições aversivas em operação no dia a dia da equipe. Assim, desenvolver trabalhos em perspectiva Analítico Comportamental pode ser uma opção viável, considerando a cultura enquanto um nível de seleção importante.

O Aperfeiçoamento da Prática

O trabalho diferenciado e peculiar que o profissional de Psicologia vem exercendo nos contextos da área da Saúde foi delineado paulatinamente, na medida em que os médicos e demais profissionais da área não sabiam como agir frente às situações que fugiam do âmbito puramente clínico e medicamentoso (Calheiros & Amaral, 2016).

Marmo (2012) complementa que, para que possamos desempenhar bem nosso trabalho, é preciso estarmos preparados e dispostos para permanecermos em constante formação pessoal e conceitual, principalmente no que diz respeito à prática Analítico –comportamental.

Como parte da construção do aprendizado da residente, estava a participação em minicursos, cursos, congressos e outras atividades que possibilitavam contato com outras percepções da prática. Durante a vivência junto aos pacientes e/ou acompanhantes e junto à equipe de saúde, a residente desenvolveu e emitiu repertórios comportamentais variados, assim, como teve extinto alguns outros, pelo menos nesse ambiente de saúde.

Processos simples de seleção se acumulam ao longo da experiência do sujeito, gerando controles comportamentais gradativamente mais complexos e sutis que mantêm comportamentos que, para o leigo, parecem “emergentes” ou “mágicos” (Hunziker, 2006).

Na ausência de preceptores que atuassem na abordagem Analítico-comportamental, a residente buscou por cursos, jornadas, participação em congressos, formação e aprimoramento na área, a fim de lapidar os conhecimentos, relacioná-los e aplica-los na prática, aprimorando assim a prática profissional. Estes recursos possibilitaram a escrita do material utilizado como base para essa narrativa.

O ambiente social definia isso para a residente. Era necessário apresentar novas formas de se comportar, além das que eram aprendidas em outras interações, e pode-se ver que, ao longo de dois anos de residência, foi sendo desenvolvida uma variabilidade comportamental. Todavia, o que esse autorrelato não pretende e nem teria as condições necessárias é de fato

fazer a identificação de todas as condições ambientais que aumentaram ou reduziram essa variabilidade comportamental.

Considerações Finais

A Psicologia da Saúde preocupa-se com a compreensão do comportamento humano no contexto da saúde e da doença. O profissional especialista, segundo a Resolução 03/2016 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) atua em equipes multiprofissionais e interdisciplinares no campo da saúde, assim como previsto pela residência multiprofissional. Utiliza princípios, técnicas e conhecimentos para análise, planejamento e intervenções nos processos saúde e doença, em diferentes contextos da rede de atenção à saúde (CFP, 2016). Nesse trabalho, construído a partir do autorrelato da autora, residente de um programa de residência multiprofissional em Oncologia, foram utilizados princípios, técnicas, conceitos e conhecimentos definidos pela Análise do Comportamento.

Além dos aspectos teóricos e conceituais, foram considerados os contextos sociais e culturais nos quais estava inserida e estabelecidas estratégias de intervenção com as populações e grupos específicos, buscando contribuir para a melhoria das condições de vida dos indivíduos, famílias e da equipe de saúde. Foram também desenvolvidas ações junto aos profissionais de saúde e ao ambiente institucional.

Porém, as palavras de Martins e Soares (2019) destacam que a intervenção implica no conhecimento teórico, observação acurada a respeito do ambiente, preparo para realizar a análise funcional do contexto e planejar intervenções adequadas. Ressalta-se, assim, que a busca pelo conhecimento teórico foi difícil, principalmente no que tange encontrar publicações recentes relacionando a Análise do Comportamento Aplicada e a prática da Psicologia da Saúde.

O objetivo desse trabalho foi relatar, sob a ótica da Análise do Comportamento, a vivência de uma psicóloga em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, na atenção em Oncologia.

Nesse ínterim, por meio de discussões sobre possíveis contingências em operação, na atuação junto a pacientes e/ou acompanhantes, a equipe de saúde e o aperfeiçoamento dessa prática relacionando com essa abordagem da Psicologia, destaca-se a contribuição principalmente no âmbito da indicação da possibilidade em desenvolver pesquisas futuras. Tais pesquisas podem abarcar metodologia de estudos de delineamento de sujeito único, que por meio da sistematização e experimentação das condutas podem contribuir com a prática e estudos teóricos voltados à Psicologia da Saúde, ou ainda por meio de delineamento entre grupos, que também é possível dentro da prática da Psicologia no contexto de residência multiprofissional.

Tais estudos permitiriam identificar e manipular sistematicamente as variáveis que envolvem a prática psicológica, a fim de verificar se de fato as intervenções realizadas pelo profissional de Psicologia estão produzindo aquilo que é objetivo da prática de cuidado junto ao paciente oncológico, aos acompanhantes e a equipe de saúde. E ainda, através da experimentação, verificar a ocorrência de aspectos indesejáveis que podem estar acontecendo na prática profissional, o que pode possibilitar ainda a mudança na emissão de comportamentos acarretando na diminuição de eventos aversivos dentro do contexto da residência multiprofissional, principalmente em relação às contingências aversivas entre psicóloga/residente, pacientes/acompanhantes e equipe de saúde.

Este autorrelato pretendeu descrever uma experiência e refletir, utilizando-se da lente Behaviorista, sobre a prática do atendimento psicológico em um contexto de residência multiprofissional. Assim, destacou a possibilidade de continuidade da prática psicológica nesse

contexto, podendo ampliar as discussões através do desenvolvimento de estudos sistematizados que corroborem com as observações apresentadas.

Referências Bibliográficas

Amaral, V.L.A.R. Análise funcional no contexto terapêutico da instituição. Em D. R. Zamignani (org.) *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 3, pp. 08-15. São Paulo: ARBytes.

Brasil. Ministério da Educação. *Residência Multiprofissional*. [online]. Recuperado em < <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional> >.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 287 de 08 de Outubro de 1998*. Recuperado em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html >.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Recomendação nº 022, de 09 de abril de 2020*. Recuperado em < <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1112-recomendac-a-o-n-022-de-09-de-abril-de-2020> >.

Calheiros, T.C & Amaral, M. (2016). Análise do comportamento, psicologia da saúde e formação profissional. In: J.C Luzia et al (org). *Psicologia e análise do comportamento [livro eletrônico] : saúde, educação e processos básicos*. pp 12-20. Londrina: Universidade Estadual de Londrina.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição* (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Conselho Federal de Psicologia. *Resolução nº 3, de DE 5 DE FEVEREIRO DE 2016*. Altera a Resolução CFP nº 013/2007, que institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Recuperado em < <http://crp16.org.br/wp-content/uploads/2016/02/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-03-2016.pdf> >

Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 4, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Recuperado em < <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=004/2020>. >.

De Rose, J. C. C. (1997). O que é comportamento? Em R. A. Banaco (org.) *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 1, pp. 79-81. Santo André: ARBytes

Domene, C. A. *Análise do Comportamento Aplicada à educação*. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Mai/2010. Recuperado em: <http://www.acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/143/3/01d08t04.pdf>

EBSERH (2018). *Diretrizes para o exercício da preceptoria nos hospitais universitários da Rede EBSEH*. Brasília, DF. 1(1). Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/3579997/DIRETRIZ+PRECEPTORIA.pdf/85819823-8e7e-4dad-8bf7-ea015fd99c1a>

Enumo, S. R. F. (2003). Pesquisa sobre psicologia & saúde: Uma proposta de análise. In: Z. A. Trindade, & N. A. Andrade (Orgs.), *Psicologia e saúde: Campo de construção* (pp. 11-32). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fossi, L.B, & Guareschi, N.M.F. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da SBPH*, 7(1), 29-43. Recuperado http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&tlng=pt.

Guilhardi, H (2008). In: Instituto de Terapia por Contingência de Reforçamento. *Frases para pensar* (online). Recuperado em:

<https://itrcampinas.com.br/parapensar/#:~:text=%E2%80%9CA%20vida%20se%20esvai%20ao,h%C3%A1%20mais%20raz%C3%A3o%20para%20funcionar.>

Guilhardi, H.J (s.d). *Algumas diretrizes para melhor ação terapêutica*. Campinas. Disponível em: <http://www.itrcampinas.com.br/pdf/helio/algumas_diretrizes.pdf>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2012). *ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer*– 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : Inca. 129 p.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2020). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA. 112 p.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2021). *O que é quimioterapia*. [Online]. Recuperado em <<https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/o-que-e-quimioterapia>>

Kovács, M.J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Machado, L.M.C.M. Consciência e Comportamento Verbal. *Psicologia USP* [online]. 1997, 8(2). pp. 101-108. Recuperado em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-65641997000200005>>

Marmo, A. (2012) A que eventos o clínico analítico-comportamental deve estar atento nos encontros iniciais. In: N. B. Borges; F.A. Casas & colab. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp.120-127). Porto Alegre: Artmed.

Martins, F.C.M & Soares, M. R.Z (2019). Guia de orientação: uma estratégia de intervenção para cuidadores de pacientes oncológicos. In: P.S Gioia, & M.S Azoubel (Orgs.) *Estudos em Análise do comportamento e Saúde* (pp.125-140). Curitiba: CRV.

Matos, M.A. O behaviorismo metodológico e suas relações com o mentalismo e o behaviorismo radical (1999). In: BANACO, R. A. (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*:

aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia comportamental. São Paulo: ARBytes.

Moraes, A.B.A & Rolim, G.S (2012). Algumas reflexões analítico-comportamentais na área da psicologia da saúde. In: N. B. Borges; F.A. Cassas & colab. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp.287-293). Porto Alegre: Artmed.

Moraes, R.G.A; Silva, R.M. & Almeida, C.G.A. (2010). O analista do comportamento no contexto hospitalar: relato de uma experiência no desenvolvimento de estratégias de intervenção junto a pacientes oncológicos. *Revista Terra & Cultura: Cadernos De Ensino E Pesquisa*, 26(51), 27-37. Recuperado de <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/256>

Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Pichelli, K.R, Monteiro, M.V.C, & Hora, S.S. (2020). Desafios à Intervenção Interdisciplinar no Olhar da Equipe Multiprofissional em um Hospital de Referência em Tratamento de Câncer no Brasil. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 65(4). Recuperado em < <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.231> >

Salvador, A.S, Medeiros C.S, Cavalcanti P.B & Carvalho R.N. (2011). Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. *Rev Bras Cienc Saude.*; 15(3):329-38. Recuperado em <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10834>

Saltz, S. & Stephan, M.M.A.C. (2009). Da simplicidade à transdisciplinaridade: histórias de um serviço de Oncologia em um hospital geral. In: M.T. Veit. *Transdisciplinaridade em Oncologia: caminhos para um atendimento integrado*. (pp.53-63) ABRALE- Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, 1ªedição, São Paulo, HR Gráfica e Editora.

Sarafino, E.P (2008). *Health psychology*. New York: McGraw -Hill.

Sidman, M. (2009). *Coerção e suas implicações*. São Paulo: Livro Pleno. (Publicado originalmente em 1989).

Silva, L.B. (2018). Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis* [online],21(1). pp. 200-209. Recuperado em: <<https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>>

Skinner, B.F (2003). *Ciência e Comportamento Humano*. Brasília: Ed. UnB/ FUNBEC, (Trabalho original publicado em 1953).

Skinner, B.F (2006). *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix–Edusp, 1982. (Trabalho original publicado em 1974).

Tesser, N.L & Prebianchi, H.B. *Atenção Psicológica aos pacientes Cirúrgicos Adultos e Infantis nos períodos pré e pós-operatório*. Anais do XIX Encontro de Iniciação Científica – ISSN 1982-0178

Todorov, J.C. (2007). A psicologia como estudo de interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 23, p. 57-61. Recuperado em <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/k8kWzyyTf6VsYM49FhM5c4v/?lang=pt&format=pdf>>