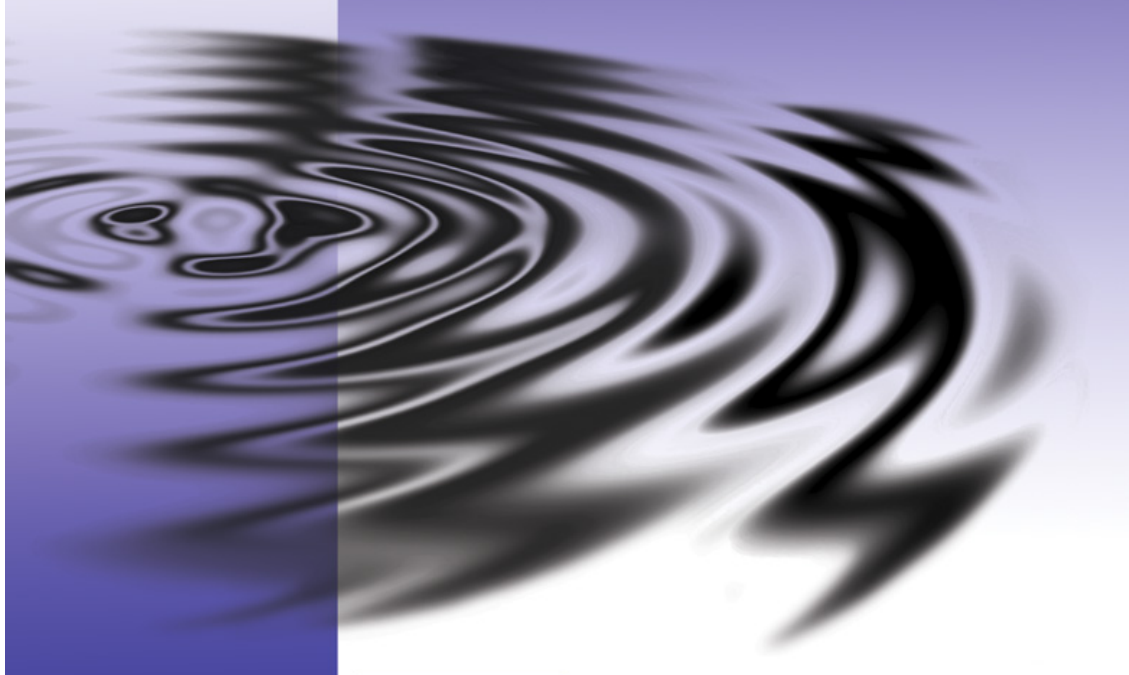


1

Revista
PSICOLOG

Ano 1 Vol. 1



INSTITUTO
DE ESTUDOS
DO COMPORTAMENTO

www.psicolog.com.br

Revista Psicolog
Volume 1 Número 1

Editores

Carlos Henrique da Costa Tucci e Andreza Cristiana Ribeiro

Ribeirão Preto - SP - Brasil 2008

Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental

Carlos Henrique Bohm¹, Lincoln da Silva Gimenes¹

¹Universidade de Brasília

Abstract. *Self-monitoring is a procedure used for observation, assessment and behavioral intervention. This technique provides data to conduct functional analysis, to define the scope of intervention and to evaluate the results. Because of its reactivity effect, it is also useful as a therapy technique which can be generalized to different responses, populations and contexts. This article presents some procedures and results from clinical and research experiences regarding the use of this technique in behavior analysis. Among the variables which influence the magnitude and direction of the reactivity effects, topography of the target behavior, demand for concurrent responses, moment of monitoring and reinforcement of the monitored response, seem to be the most important. Methodological issues and precautions in the usage of this technique are also presented. Simplification of recording, use of simple instruction material, explanation of the monitoring effects, and reinforcement of behaviors compatible with recording accuracy, are indicated in order to increase recording precision.*

Key-words: SELF-MONITORING; REACTIVITY TO SELF-MONITORING; BEHAVIORAL ASSESSMENT.

Resumo. *O automonitoramento é um procedimento utilizado para a observação, avaliação e intervenção comportamental. Essa técnica fornece dados para se conduzir análises funcionais, delimitar objetivos de intervenção, planejá-la e avaliar os resultados. Devido ao efeito de reatividade, também se configura como técnica terapêutica que é generalizável a diferentes respostas, populações e contextos. Neste artigo, são descritos os procedimentos e resultados de experiências clínicas e de pesquisa sobre o uso dessa técnica na análise do comportamento. Dentre as variáveis que influenciam a magnitude e direção dos efeitos da reatividade estão a topografia do comportamento alvo, a exigência de respostas concorrentes, o momento do registro e o reforçamento da resposta monitorada. Questões metodológicas e cuidados na utilização dessa técnica também são apresentadas. Indicações para aumentar a precisão dos registros incluem a simplificação dos mesmos, a utilização de materiais fáceis de manipular, a explicação dos efeitos do monitoramento e o reforçamento de comportamentos compatíveis com a acurácia do registro.*

Palavras-chave: Automonitoramento; Reatividade ao automonitoramento; Avaliação comportamental.

Introdução

Automonitoramento (AM) é o comportamento de observar e registrar sistematicamente a ocorrência de algum comportamento (privado ou público) emitido pela própria pessoa e eventos ambientais associados. Muitas vezes a literatura apresenta alguns sinônimos, como registro diário, diário de atividades, diário de sintomas e auto-registro. Para Korotitsch e Nelson-Gray (1999) o AM envolve a discriminação da ocorrência do comportamento e a produção do seu registro, bem como de informações adicionais. Um exemplo é escrever em um diário os horários das refeições, alimentos ingeridos, sentimentos e eventos antecedentes e conseqüentes.

O procedimento padrão utilizado em pesquisas e atendimentos clínicos envolve fornecer o material apropriado e instruir os participantes ou clientes sobre como realizar os registros de um modo sistemático. Wilson e Vitousek (1999) relatam que em alguns poucos estudos os participantes preenchiam as folhas de AM mediante avisos de bipes regulares ou randômicos.

A modalidade de registro mais comumente utilizada no AM é a de papel e lápis. Suas vantagens são o baixo custo e a facilidade de produção e manipulação do material (Barton, Blanchard Veazey, 1999). Mas também são utilizados contadores de pulso, palmtops, e outros registros computadorizados.

O AM tem sido utilizado (1) para contar comportamentos (número de cigarros fumados por dia, evacuações intestinais, ocorrências de enxaquecas, etc), (2) monitorar sintomas observáveis ou encobertos, (3) registrar fatores contextuais importantes

para eliciar ou manter um comportamento (situações em que a pessoa deseja fumar, por exemplo). Além disso, o AM pode ser efetuado através de equipamento (tempo de corrida em uma esteira, por exemplo) ou mediado por equipamento (pressão sanguínea e taxa de glicose, por exemplo) (Barton, Blanchard Veazey, 1999).

Os parâmetros gerais do AM são a frequência, duração e intensidade da resposta, e estímulos antecedentes e conseqüentes (presença de outras pessoas, humor, local, etc). O AM pode ser empregado em contexto clínico e de pesquisa para observação, avaliação e terapia. No contexto clínico, o uso desta técnica é mais comumente encontrado nas terapias analítico-comportamental, nas terapias comportamentais, nas terapias cognitivo-comportamentais e na medicina (para revisões desses usos ver Barton, Blanchard Veazey, 1999; Cone, 1999; Korotitsch Nelson-Gray, 1999; Thiele, Laireiter Baumann, 2002; e Wilson Vitousek, 1999).

Automonitoramento como técnica de observação e avaliação comportamental

Geralmente os comportamentos-problema de um cliente estão sob controle de variáveis que não são óbvias ou que não estão presentes no contexto da terapia. Dentre as técnicas de avaliação o AM é uma das alternativas mais flexíveis, baratas, e que requer poucos recursos clínicos para a coleta de dados. O AM é usado como forma de avaliação durante todo o processo terapêutico para clarificação do diagnóstico, condução de análises funcionais, delimitação dos objetivos da intervenção, planejamento de cada sessão e da intervenção como um todo, e avaliação do progresso da terapia e do seu resultado final (Korotitsch Nelson-Gray, 1999; Thiele, Laireiter Baumann,

2002; Wilson Vitousek, 1999).

Os terapeutas comumente requisitam aos seus clientes, diários do tipo ABC (antecedents – behavior - consequences). Essa forma de AM fornece dados para o clínico desenvolver análises funcionais e bem como treinar o cliente para que este seja capaz de identificar as relações entre seus comportamentos e eventos ambientais. (ver Sturmey (1996) e Watson Tharp (1985) para exemplos desse tipo de registro e de como identificar relações funcionais com esses dados).

O registro dos próprios comportamentos, ou AM, pode ser utilizado com uma ampla gama de comportamentos e transtornos. Alguns exemplos incluem comportamentos presentes na Síndrome do Intestino Irritável (Latimer, 1988; Gimenes, 1997), intensidade da dor em pacientes com artrite e dores de cabeça (Barton, Blanchard Veazey, 1999), episódios de comprar compulsivo e grau dos sentimentos envolvidos (Miltenberger, Redlin, Crosby, Stickney, Mitchell, Wonderlich, Faber Smyth, 2003), episódios de ansiedade (Craske Tsao, 1999), comportamentos públicos e encobertos em situações de exposição oral geradoras de ansiedade (Oliveira Duarte, 2004), sentimentos envolvidos no transtorno do pânico combinado com agorafobia (Britto Duarte, 2004), tempo de relaxamento auto-induzido em adolescente com múltiplos tiques (Dillenburger Keenan, 2003), ingestão de medicamentos (Safren cols., 2001), registro do peso corporal e consumo alimentar (Bezerra, 2001), comportamento de fumar, antecedentes, nível de ansiedade e pensamentos relacionados (Mundim Bueno, 2006), entre outros. Portadores de transtornos alimentares podem registrar, para cada episódio alimentar, o tipo e quantidade de comida ingerida (algumas vezes o número de calorias), a hora e

o lugar da refeição, o uso de laxativos após a refeição, a presença de outras pessoas, sensações de fadiga e pensamentos sobre comida (Wilson Vitousek, 1999).

Através do AM, Dupuy, Beau-doin, Rheume, Ladouceur e Dugas (2001) constataram que um grupo clínico diagnosticado como indivíduos portadores de Transtorno de Ansiedade Generalizada gastou, em média, 6 vezes mais tempo com preocupação excessiva e incontrolável do que um grupo não clínico. Esses dados mostram a importância que o AM pode ter como instrumento de avaliação diagnóstica.

O auto-registro do comportamento pode também ser utilizado na auto-experimentação, onde o pesquisador e o participante são a mesma pessoa. O pesquisador/participante se comporta, registra esses comportamentos e os analisa. Geralmente, a auto-experimentação reflete interesses particulares e cotidianos da pessoa que a utiliza. Vários exemplos de auto-experimentação são apresentados por Neuringer (1981, 1984) e Roberts e Neuringer (1998). Em um desses experimentos, Neuringer registrou a sua velocidade de leitura nas condições sentado e em movimento. Quando sentado, ele permanecia lendo na sua mesa como normalmente fazia. Quando em movimento, lia enquanto dava passos lentos na sala ou às vezes se movia devagar em curtas distâncias. Em 15 de 19 tentativas, a velocidade de leitura foi, em média, 8% maior quando ele se movimentava. Ao contrário de suas expectativas, em um outro experimento, Neuringer resolveu uma porcentagem maior de problemas de analogia de Miller (Miller analogy problems) quando estava sentado do que quando estava se movimentando. Esses dados mostram a interação entre o tipo de atividade (sentado vs. andando) e o tipo de tarefa realizada.

Neuringer (1981) também descreveu o auto-experimento de uma estudante que investigou se a sua necessidade de dormir dependia da sua ingestão de comida. Em um experimento de 107 dias ela registrou o número de horas dormidas por noite em condições alternadas de ingestão diária de 2000 a 2500 calorias (o seu nível normal) e 1000 calorias. Quando ela ingeria o seu nível normal de calorias, dormia em média 7,7 horas, e quando ingeria 1000 calorias, dormia em média 6,6 horas, ficava mais alerta, mais hábil para estudar, porém se tornava cansada mais rapidamente.

Automonitoramento como técnica terapêutica

A reatividade ao AM é um efeito que altera a frequência do comportamento, geralmente na direção desejável, ou seja, reduzindo a frequência de comportamentos inadequados e/ou aumentando a de comportamentos adequados. Essa mudança ocorre em função do registro que a pessoa faz do seu comportamento. Quanto maior o tempo de monitoramento, maior a tendência dessa mudança.

Na explicação de Nelson e Hayes (1981) para a reatividade, todo o processo de AM (instruções do terapeuta, treino em AM, o dispositivo de registro, comentários dos outros sobre o dispositivo e as respostas monitoradas) sinaliza as prováveis consequências ambientais que resultam em mudança de comportamento. Essa idéia explica casos em que a mudança de comportamento não está ligada a respostas de AM, como baixa acurácia no registro, baixa frequência do comportamento alvo e pouca utilização do instrumento de registro. Os resultados do experimento de Hayes e Nelson (1983) ajudam a melhor explicar essa

hipótese de que a reatividade não depende exclusivamente da resposta monitorada, mas sim de todo o procedimento de AM. Durante a linha de base os participantes assistiam um vídeo por 10 minutos e observadores registravam o número de vezes que a pessoa tocava a sua própria face. Logo sem seguida, na fase experimental (também de 10 minutos), os participantes do grupo AM foram instruídos a pressionar um interruptor toda vez que tocassem a própria face. O grupo com dicas externas contingentes deveria pressionar o interruptor toda vez que fosse projetada a mensagem “por favor não toque sua face”. Este grupo equivale a um AM com acurácia. A mensagem aparecia quando os observadores registravam que a pessoa havia tocado a sua face. O grupo com dicas externas não contingentes foi submetido às mesmas condições, exceto pelo fato que a mensagem aparecia uma vez a cada dois minutos, independentemente dos comportamentos do participante. Este grupo equivale a um AM sem acurácia. Ocorreram efeitos reativos semelhantes para os três grupos, isto é, houve uma redução no número de respostas de tocar a face na fase experimental em relação à linha de base. Os dados tornam mais plausível a idéia de que a reatividade ocorre pelo valor da dica fornecida pelo próprio AM e pelo processo como um todo.

Alguns relatos apresentados a seguir demonstram o efeito de reatividade ao AM e sua efetividade em controlar o comportamento monitorado. Maletzky (1974) apresenta os dados de cinco participantes que desejavam modificar seus comportamentos. Esses participantes utilizaram um contador de pulso como instrumento de registro. Diariamente cada participante marcava em um gráfico o total de ocorrências do comportamento previamente definido para ser monitorado. Para todos os participantes, os comportamentos, que variavam desde

arranhar a pele, roer unhas e tiques faciais, diminuíram de frequência após o início do AM. Depois da retirada gradual do contador de pulso houve uma longa e duradoura remissão dos comportamentos. O autor concluiu que a mera contagem do comportamento, sem nenhum outro tipo de intervenção, foi suficiente para reduzir a frequência dos comportamentos monitorados.

Frederiksen (1975) descreve um caso de uma mulher com episódios de pensamento recorrente que duravam cerca de 15 minutos e cujo tema era câncer de estômago e de mama. Na primeira fase ela anotava em um gráfico apenas a frequência de episódios. Ao longo da primeira semana houve um rápido declínio da frequência, que se manteve estável durante os dias seguintes. A taxa média nessa fase foi de 2 episódios por dia. Na fase seguinte, de monitoramento intensivo, eram registrados também o horário e a duração do episódio, atividade pública, pensamentos antecedentes, o conteúdo dos episódios, a severidade e os eventos que os seguiam. Houve um declínio adicional no número de episódios e ocorreram somente 5 episódios nos últimos 25 dias de registro. Nenhum episódio foi relatado em 4 meses de seguimento. Embora não seja possível a observação direta dos comportamentos encobertos, o relato sobre o evento privado foi modificado.

Outro exemplo de registro de comportamentos encobertos é apresentado por Tarrier, Sommerfield, Reynolds e Pilgrim (1999). Setenta e dois pacientes portadores de transtorno de estresse pós-traumático registraram pesadelos, pensamentos indesejáveis, lembranças visuais e imagens indesejáveis. Foram aplicadas várias escalas psicométricas antes e depois do AM. Ocorreram reduções significativas nos escores de todas as escalas, sugerindo efeitos terapêu-

ticos resultantes da observação do próprio comportamento. Seguintes realizados após 3 meses e após 1 ano mostraram a manutenção das alterações comportamentais.

Latner e Wilson (2002) verificaram o efeito isolado do AM sobre a frequência de episódios de excesso alimentar em mulheres com bulimia nervosa e hiperfagia episódica (*binge eating disorder*). Os dados registrados por elas foram: tipo e quantidade estimada de comida e bebida ingeridas, hora e lugar da ingestão, se consideraram uma refeição, um lanche ou um excesso, se houve uma perda de controle sobre o comer, e pensamentos e emoções relacionados ao comer. A média do número de episódios de excesso alimentar reduziu de 0,91 por dia (linha de base) para 0,41 (AM). Em estudo semelhante, Hildebrandt e Latner (2006) estudaram a reatividade dos episódios objetivos e subjetivos de bulimia. Episódios objetivos envolvem um grande consumo não usual de comida enquanto episódios subjetivos envolvem um consumo que não ultrapassa o limite de excesso. Em ambos os casos há um sentimento de perda de controle sobre a ingestão. O AM produziu uma redução dos episódios objetivos e um aumento dos episódios subjetivos, mostrando diferentes efeitos sobre esses dois tipos de episódios. No presente caso houve uma movimentação (a partir da linha de base) em direções opostas para os dois tipos de episódios. Uma espécie de compensação ocorreu com a diminuição dos episódios objetivos à custa de um aumento dos episódios subjetivos.

O efeito reativo do AM pode ser observado também em uma intervenção de Lloyd, Bateman, Landrum e Hallahan (1989). Cinco estudantes que tinham baixa concentração para realizar tarefas escolares em sala de aula foram instruídos a automon-

itorar essas tarefas de matemáticas Como resultado, ocorreu um aumento na produtividade e na atenção às tarefas, para todos os estudantes.

Herren (1989) descreve o caso de uma mulher de 43 anos, professora de escola pública, que decidiu se dedicar integralmente a escrever ficção e a um estúdio de arte e a automonitorar essas atividades. Em um gráfico ela registrava o número de linhas escritas e o tempo gasto com arte. Nas duas atividades a sua produtividade aumentou em relação à linha de base e se manteve elevada após 10 meses de AM. Muitos escritores praticam o auto-registro como forma de monitorar e aumentar a sua produtividade. O escritor Irving Wallace (Wallace Pear, 1977) mantinha gráficos e quadros que mostravam a data em que começou cada capítulo do livro que estava escrevendo, a data em que os terminou, o número de páginas escritas por dia e notas de eventos que aconteciam durante a produção do livro e que interferiam na produção. Wallace relatou que um quadro na parede servia como uma disciplina, “xingando-o ou encorajando-o”. Segundos os autores, outros romancistas famosos também faziam algum tipo de AM, como Anthony Trollope, Arnold Bennett, Ernest Hemingway, Honoré de Balzac, Gustave Flaubert, Aldous Huxley, William Somerset Maugham, e Joseph Conrad.

O AM também pode ser utilizado para o aumento da atividade física. Critchfield (1999) observou o efeito de reatividade em dois jovens nadadores de competição que, quando faziam o AM, tinham um desempenho superior. Em um outro estudo de Polaha, Allen e Studley (2004), nadadores automonitoravam as braçadas e as relatavam verbalmente. Comparando com a linha de base, esse AM resultou na diminuição de aproximadamente

uma braçada por volta, demonstrando o efeito de reatividade do AM e a consequente melhora no desempenho. McKenzie e Rushall (1974) observaram em um clube que os nadadores iam aos treinos irregularmente e com uma baixa frequência, além de chegarem atrasados e irem embora mais cedo. Como parte da intervenção, os atletas passaram a registrar em um quadro o número voltas nadadas. Esse quadro ficava exposto à toda a equipe e observadores externos anotavam os comportamentos inadequados e os resultados positivos alcançados. Esses procedimentos resultaram na redução dos comportamentos inadequados e no aumento da distância nadada a cada sessão de treinamento.

Em alguns casos o simples uso do AM tem se mostrado superior a outras técnicas, como por exemplo, o uso de feedback. Gajar, Schloss, Schloss e Thompson (1984) trabalharam em um pequeno grupo de discussão de texto com dois clientes de 22 anos do sexo masculino que tiveram traumatismo craniano. Os clientes podiam fazer intervenções apropriadas (uma afirmação relevante, concordar, discordar ou perguntar algo sobre o tópico) e intervenções inapropriadas (ficar em silêncio, expressar somente três palavras ou menos, fazer perguntas ou afirmações fora do tópico, resmungar, fazer piadas ou interromper a tarefa). Na fase de feedback os observadores forneciam feedback em um aparelho através das cores verde (intervenção adequada) e vermelha (intervenção inadequada). Na fase AM os participantes se automonitoravam empurrando um interruptor para o lado A quando fizessem uma intervenção apropriada, e para o lado B quando a intervenção era inapropriada. Para os dois participantes ocorreram mais intervenções apropriadas tanto nas sessões de feedback quanto nas sessões de AM, do que na linha de base. Para um deles ocor-

reram mais intervenções apropriadas nas sessões com AM do que nas sessões com feedback.

Em conjunto, os estudos sobre o efeito de reatividade ao AM mostram que o fenômeno tem generalidade, pois ocorre com pessoas de diferentes idades, em diferentes contextos e com uma variedade de comportamentos.

Variáveis que influenciam a reatividade ao AM

Korotitsch e Nelson-Gray (1999) revisaram um conjunto de variáveis que influenciam a magnitude e direção dos efeitos de reatividade. Algumas dessas variáveis são apresentadas a seguir:

- *Valoração do comportamento alvo* Comportamentos positivamente valorados tendem a aumentar de frequência durante o AM enquanto comportamentos negativamente valorados tendem a reduzir de frequência. Designando valorações diferentes para o mesmo comportamento alvo, Kazdin (1974, citado por Korotitsch Nelson-Gray, 1999) demonstrou o efeito dessa variável. Quando valorado positivamente, o comportamento aumentou de frequência; quando valorado negativamente, o mesmo comportamento diminuiu de frequência.
- *Motivação para mudança* A motivação do participante para mudar seu comportamento parece se relacionar com a reatividade. Em Komaki e Dore-Boyce (1978), estudantes que relataram estar com alta motivação para melhorar a sua participação verbal em um grupo de discussão sofreram um maior efeito

de reatividade do que estudantes que relataram estar com baixa motivação, isto é, a frequência verbal dos estudantes mais motivados aumentou como resultado do AM.

- *Topografia do alvo de registro* Os efeitos reativos podem também depender da dimensão do comportamento selecionado para registro. Abrams e Wilson (1979) mostraram que fumantes que registravam a quantidade de nicotina consumida (em miligramas) passaram a fumar menos do que os fumantes que registravam o número de cigarros fumados.
- *Esquema de registro* O efeito de reatividade é maior quando todas as ocorrências do comportamento são registradas. Mahoney, Moore, Wade e Moura (1973) relataram um melhor desempenho bem como uma maior permanência nas tarefas automonitoradas quando o AM era realizado de forma contínua (toda resposta registrada), comparado com registro intermitente dos mesmos comportamentos.
- *Respostas de monitoramento concorrente* O aumento do número de respostas concorrentemente automonitoradas tende a diminuir os efeitos da reatividade. Um maior efeito reativo foi encontrado por Hayes e Cavior (1977, citados por Korotitsch Nelson-Gray, 1999) quando apenas uma resposta, em comparação com múltiplas respostas, era automonitorada.
- *Momento do registro* A magnitude dos efeitos de reatividade pode ser determinada também pelo momento do registro. Rozensky (1974) mostrou que a redução do fumar foi maior quando o registro era feito antes, do que quando era feito depois de fumar. Em um

estudo de Bellack, Rosensky, e Schwartz (1974) os participantes registravam o que comiam, a quantidade, o tempo e o local da refeição. O grupo de monitoramento pré-comportamento registrava, antes da refeição, o quanto ia comer, e o grupo de monitoramento pós-comportamento, registrava o que havia comido. O primeiro grupo teve uma redução de peso maior do que o segundo, e este não diferiu de um grupo controle.

- *Estabelecimento de objetivo, feedback e reforçamento* Outras variáveis que aumentam o efeito de reatividade são o estabelecimento de objetivo, o feedback ao usuário do AM e o reforçamento contingente à mudança de comportamento. Vários estudos apresentados por Korotitsch e Nelson-Gray (1999) mostraram que a definição de metas referentes aos comportamentos a serem automonitorados, produz um maior efeito de reatividade. Da mesma forma, feedback sobre a frequência de AM também aumenta o grau de reatividade. Além disso, reforçamento contingente a mudanças no comportamento automonitorado potencializa o efeito reativo do AM.

Questões metodológicas

Em contextos clínicos e de pesquisa, o AM pode ser um recurso para a obtenção da linha de base, como forma de avaliar o comportamento alvo. Muitas vezes, antes de uma intervenção pode-se desejar mensurar dor, ansiedade, consumo de alimento, entre outros comportamentos, e o AM pode ser uma técnica útil. O tempo de registro para a obtenção da linha de base pode ser variável, dependendo do tipo de evento a ser registrado e da frequência de sua ocor-

rência. Barton, Blanchard e Veazey (1999) sugerem, para casos de dor crônica, por exemplo, duas semanas de AM em pesquisas e uma semana em situação clínica. Quanto mais crônico o problema menor precisa ser o tempo de linha de base.

Cone (1999) defende que o AM e auto-relatos globais são os extremos de um continuum de observação. O auto-relato estaria na extremidade de observação indireta, e o AM na extremidade da observação direta. Comparado ao auto-relato (ou lembrança retrospectiva, como denominam alguns autores), o AM tem as vantagens de registrar o comportamento muito próximo do tempo real e de ser menos vulnerável ao esquecimento (cf. Wilson Vitousek, 1999) e às interferências do controle de estímulos. Segundo Korotitsch e Nelson-Gray (1999), o AM, comparado com a observação direta efetuada por terceiros, é mais econômico e mais conveniente.

A técnica de AM pode ser muito simples ou sofisticada, dependendo dos objetivos do terapeuta ou do pesquisador e do tipo de comportamento, incluindo sua frequência e contexto onde ocorre. Independentemente de sua complexidade, é importante buscar-se sempre a sua precisão e acurácia.

A seguir, apresentamos alguns dos procedimentos sugeridos por Barton, Blanchard e Veazey (1999), Cone (1999), Korotitsch e Nelson-Gray (1999) e Thiele, Laireiter e Baumann (2002) para garantir a precisão e acurácia do AM.

Inicialmente, é necessário estabelecer um vínculo de confiança entre cliente e terapeuta ou entre participante e pesquisador. No caso da pesquisa, o consentimento pós-informado é extremamente

importante para garantir a fidedignidade dos dados obtidos por meio dos registros (cf. Gimenes Gimenes, 1984).

O cliente ou participante deve ser convencido da importância dos registros para a programação ou avaliação das intervenções, bem como para o sucesso do programa. Para isso, pode-se utilizar de exemplos bem sucedidos do uso de registros na resolução de alguns transtornos comportamentais ou na compreensão de alguns fenômenos pesquisados.

Enquanto alguns clientes ou participantes já possuem habilidades relacionadas ao AM, outros não têm experiência alguma no que se refere às observações e registros. Neste caso, um treino prévio dessas habilidades é importante para garantir a confiabilidade dos registros. Esse treino pode ser realizado de acordo com as preferências do terapeuta ou pesquisador e ainda do grau de sofisticação do repertório do cliente ou participante. Entretanto, sugerimos a utilização de princípios de instrução programada, iniciando-se por registros de comportamentos simples e de fácil observação e gradativamente introduzindo comportamentos mais complexos que requerem observações mais elaboradas.

O AM pode ainda ser potencializado pelo tipo de material escolhido para realizar os registros e pela definição dos comportamentos a serem registrados. De acordo com as possibilidades, o material utilizado deve ser o mais simples possível e que produza o menor custo de resposta para o cliente ou participante. Equipamentos simples que requerem respostas motoras discretas devem ser preferidos sobre materiais que requerem manuseio intrusivo e respostas contínuas. Quando necessárias, instruções devem ser apresentadas de forma

simples e curta. O comportamento a ser registrado deve ser definido de forma inequívoca; mesmo para comportamentos complexos, as definições não devem deixar margem para interpretação dúbia da sua ocorrência.

O cliente ou participante deve ser alertado para a importância em registrar o comportamento temporalmente o mais próximo possível da sua ocorrência. Isso reduz possíveis esquecimentos e distorções nos relatos sobre as observações. Ao mesmo tempo, instruções devem ser dadas para que os registros não ocorram concorrentemente com outros comportamentos, por exemplo, enquanto falando ao telefone, ou realizando qualquer outra atividade que possa interferir na acurácia do registro.

Toda vez que um registro é solicitado, a sessão terapêutica ou de entrevista deve ser iniciada com a análise dos registros. Esse procedimento ressalta a importância dos registros e tende a reforçar o comportamento de registro do cliente ou participante. Além disso, durante a análise dos registros, é importante reforçar o desempenho do cliente ou participante quando os registros são acurados e foram realizados de acordo com as solicitações.

Finalmente, em alguns casos pode ser necessário verificar se os registros estão sendo realizados conforme planejado. Ligações telefônicas intermitentes e inesperadas aos clientes ou participantes com perguntar sobre os registros podem ajudar a manter o AM.

Apesar da utilidade do AM, alguns outros cuidados metodológicos devem ser tomados na sua adoção e análise dos dados. O efeito de reatividade, por exemplo, pode mascarar o efeito da manipulação de uma

variável independente. Isso é grave principalmente no contexto de pesquisa. Para reduzir a reatividade, uma alternativa é utilizar registros automáticos que não permitam ao participante acesso aos dados, de forma que ele não possa comparar taxas atuais com anteriores (Barton, Blanchard Veazey, 1999).

Em geral, o AM tem se mostrado pouco efetivo para períodos de registro maiores do que 6 a 8 semanas, segundo Thiele, Laireiter e Baumann (2002). Dessa forma, quando se necessita registros por longos períodos de tempo, pausas de uma semana a cada 6 ou 8 semanas podem contribuir para a manutenção da efetividade do AM. Esses períodos, entretanto, devem ser definidos de acordo com as características do cliente ou participante bem como do comportamento alvo, a partir das avaliações do terapeuta ou pesquisador.

Em alguns casos, o AM pode ser uma atividade aversiva. Portadores de transtornos da alimentação (anorexia e bulimia), por exemplo, tendem a rejeitar o AM porque este pode intensificar a preocupação com comida e evocar pensamentos ruminativos e autodestrutivos. Os registros de ingestão de alimentos podem ficar associados com uma história de fracasso e frustração. Nesses casos, o foco deve ser sempre no registro de mudança de comportamentos e não na ingestão calórica ou peso (Wilson Vitousek, 1999).

O AM, como qualquer outra técnica terapêutica, pode não ser efetivo para qualquer tipo de comportamento ou para qualquer indivíduo. Além disso, como apontam Thiele, Laireiter e Baumann (2002), o grau de adesão ao AM tem se mostrado baixo. Os indivíduos que mais aderem ao AM são geralmente pessoas jovens, verbais, in-

teligentes e com alto nível de escolaridade. Assim, generalizações sobre os efeitos do AM devem ser realizadas com cuidado.

Considerações finais

O AM como técnica para observação, avaliação e intervenção comportamental está bem estabelecida na literatura especializada e tem se mostrado um instrumento importante tanto no contexto clínico como no de pesquisa. Como qualquer tipo de instrumental terapêutico ou de pesquisa, a sua escolha deve ser realizada criteriosamente. Alguns aspectos a ser levados em consideração incluem o tipo de comportamento alvo e o tipo de cliente ou participante.

Uma série de sugestões para garantir a adesão e a precisão e acurácia do AM foram apresentadas. Além disso, esforços devem ser efetuados no sentido de cada vez mais desenvolver materiais e instrumentos de registros que sejam minimamente intrusivos, aumentando dessa forma a probabilidade de adesão a essa técnica.

Finalmente, o AM deve ser encarado como parte de um arsenal disponível ao terapeuta ou pesquisador. A sua utilização e a avaliação da sua eficácia devem sempre ser avaliadas dentro do contexto multifacetado que se configura a clínica e a pesquisa.

Referências

Abrams, D. B. Wilson, G. T. (1979). Self-monitoring and reactivity in the modification of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 243-251.

- Barton, K. A., Blanchard, E. B. Veazey, C. (1999). Self-Monitoring as an assessment strategy in behavioral medicine. *Psychological Assessment*, 11 (4), 490-497.
- Bellack, A. S. Rosensky, R. Schwartz, J. (1974). A comparison of two forms of self-monitoring in a behavioral weight reduction program. *Behavior Therapy*, 5, 523-530.
- Bezerra, P. C. (2001). Registro alimentar e automonitoramento: uma contribuição para o controle da obesidade. *Dissertação de Mestrado não Publicada*. Universidade de Brasília.
- Britto, I. A. G. S. Duarte, A. M. M. (2004). Transtorno de pânico e agorafobia: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6 (2), 165-172.
- Cone, J. D. (1999). Introduction to the special section on self-monitoring: a major assessment method in clinical psychology. *Psychological Assessment*, 11 (4), 411-414.
- Craske, M. G. Tsao, J. C. I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 11 (4), 466-479.
- Critchfield, T. S. (1999). An unexpected effect of recording frequency in reactive self-monitoring. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32 (3), 389-391.
- Dillenburger, K. Keenan, M. (2003). Using hypnosis to facilitate direct observation of multiple tics and self-monitoring in a typically developing teenager. *Behavior Therapy*, 34, 117-125.
- Dupuy, J. B., Beaudoin, S., Rheume, J., Ladouceur, R. Dugas, M. J. (2001). Worry: daily self-report in clinical and non-clinical populations. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1249-1255.
- Frederiksen, L. W. (1975). Treatment of ruminative thinking by self-monitoring. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 258-259.
- Gajar, A., Schloss, P. J., Schloss, C. N. Thompson, C. K. (1984). Effects of feedback and self-monitoring on head trauma youth's conversation skills. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17 (3), 353-358.
- Gimenes, L. S. (1997). Comportamento adjuntivo: um possível modelo para a análise e intervenção em problemas de saúde. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e Cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. (p. 395-403). São Paulo: ARBytes.
- Gimenes, M. G. Gimenes, L. S. (1984). Consentimento informado em pesquisas com sujeitos humanos: barreiras e proteção dos sujeitos. *Revista de Psicologia*, 2 (2), 15-21.
- Hayes, S. C. Nelson, R. O. (1983). Similar reactivity produced by external cues and self-monitoring. *Behavior Modification*, 7 (2), 183-196.
- Herren, C. M. (1989). A self-monitoring technique for increasing productivity in multiple media. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 69-72.

- Hildebrandt, T. Latner, J. (2006). Effect of self-monitoring on binge eating: treatment response or binge drift? *European Eating Disorders Review*, 14 (1), 17-22.
- Komaki, J., Dore-Boyce, K. (1978). Self-recording: its effects on individuals high and low motivation. *Behavior Therapy*, 9, 65-72.
- Korotitsch, W. J. Nelson-Gray, R. O. (1999). An overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 11 (4), 415-425.
- Latner, J. D. Wilson, G. T. (2002). Self-monitoring and the assessment of binge eating. *Behavior Therapy*, 33 (3), 465-477.
- Latimer, P. R. (1988). *Distúrbios gastrintestinais funcionais: um enfoque de medicina comportamental*. (B. Maierovitch, Trad.). São Paulo: Andrei Editora.
- Lloyd, J. W., Bateman, D. F., Landrum, T. J. Hallahan, D. P. (1989). Self-recording of attention versus productivity. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22 (3), 315-323.
- Mahoney, M. J., Moore, B. S., Wade, T. C. Moura, N. G. M. (1973). Effects of continuous and intermittent self-monitoring on academic behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41 (1), 65-69.
- Maletzky, B. M. (1974). Behavior recording as treatment: a brief note. *Behavior Therapy*, 5, 107-111.
- McKenzie, T. L. Rushall, B. S. (1974). Effects of self-recording on attendance and performance in a competitive swimming training environment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 73 (2), 199-206.
- Miltenberger, R. G., Redlin, J., Crosby, R., Stickney, M. Mitchell, J., Wonderlich, S., Faber, R. Smyth, J. (2003). Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 1-9.
- Mundim, M. B. Bueno, G. N. (2006). Análise comportamental em um caso de dependência à nicotina. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8 (2), 179-191.
- Nelson, R. O. Hayes, S. C. (1981). Theoretical explanations for reactivity in self-monitoring. *Behavior Modification*, 5, 3-14.
- Neuringer, A. (1981). Self-experimentation: a call for change. *Behaviorism*, 9 (1), 79-94.
- Neuringer, A. (1984). Melioration and self-experimentation. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 42 (3), 397-406.
- Oliveira, M. A. Duarte, A. M. M. (2004). Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6 (2), 183-200.

- Polaha, J., Allen, K. Studley, B. (2004). Self-monitoring as an intervention to decrease swimmers' stroke counts. *Behavior Modification*, 28 (2); 261-275.
- Roberts, S. Neuringer, A. (1998). Self-experimentation. In: K. A. Lattal M. Perone (Orgs.), *Handbook of research methods in human operant behavior*, (p. 619-655). Plenum Press, New York.
- Rosen, L .W. (1981). Self-control program in the treatment of obesity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 163-166.
- Rozensky, R. H. (1974). The effect of timing of self-monitoring behavior on reducing cigarette consumption. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, 301-303.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Worth, J. L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K. Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: life-steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1151-1162.
- Sturme, P. (1996). *Functional Analysis in clinical psychology*. New York: John Wiley Sons.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Reynolds, M. Pilgrim, H. (1999). Symptom self-monitoring in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 30, 597-605.
- Thiele, C., Laireiter, A. R. Baumann, U. (2002). Diaries in clinical psychology and psychotherapy: a selective review. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 9 (1), 1-37.
- Wallace, I. Pear, J. J. (1977). Self-control techniques of famous novelists. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10 (3), 515-525.
- Watson, D. L. Tharp, R. G. (1985). *Self-directed behavior: self modification for personal adjustment*. (4th edition). Brooks/Cole Publishing Company.
- Wilson, G. T. Vitousek, K. M. (1999). Self-monitoring in the assessment of eating disorders. *Psychological Assessment*, 11 (4), 480-489.