

# Uma experiência de «token economy» num hospital psiquiátrico para doentes crónicos

JOSÉ AUGUSTO GOUVEIA  
MARIA DO LIVRAMENTO KEATING  
MARIA DA LUZ VAZ PATTO \*

A *token economy* é um meio terapêutico experimental, resultante do planeamento de um ambiente hospitalar estruturado, que funciona como um sistema de incentivos motivando e facilitando novas formas de comportamento (Ayllon e Azrin, 1968).

Baseia-se na aplicação dos princípios do condicionamento operante aceitando que qualquer doente poderá aprender novas formas de comportamento se for usado o reforço apropriado. Um programa de *token economy* planeia especificamente os comportamentos adaptativos que pretende que o doente aprenda ou aumente de frequência, e cria condições que permitem reforçar o doente sempre que os realiza, aumentando assim a probabilidade de ocorrência desses comportamentos (Baker, Hall e Huichinson, 1974).

Os *tokens* são habitualmente pequenas fichas que o doente poderá trocar por vários bens à sua escolha — chocolates, cigarros, refrescos, bolachas, roupas, privilégios etc., e utilizados

como reforço positivo sempre que o doente realizou qualquer dos comportamentos cuja frequência se pretende aumentar.

Desde a publicação do trabalho de Ayllon e Azrin sobre *token economy* em 1965, este tipo de programas tem sido utilizado em diversas espécies de doentes psiquiátricos (Gripp e Magaro, 1974) mas a sua aplicação mais frequente continua a ser em instituições de doentes mentais crónicos.

De facto as condições existentes na maioria das instituições para doentes mentais crónicos estão longe de serem satisfatórias; comportamentos de passividade, docilidade e apatia são habitualmente reforçados; necessidades e privilégios são fornecidos incondicionalmente quer o comportamento do doente seja adaptativo ou não; tentativas de controlar comportamentos delirantes ou agressivos, são em regra realizadas depois de o doente os ter efectuado e têm muitas vezes o efeito paradoxal de aumentar a sua frequência em vez de diminuir, devido ao efeito reforçador da atenção prestada.

Todas estas condições contribuem para o quadro da «Nevrose Institucional», que tantas vezes agrava a situação clínica e dificulta a reabilitação.

A *token economy* ao pretender inverter este modo tradicional de lidar com o doente crónico, definindo e reforçando comportamentos

\* J. A. G. é Médico Psiquiatra da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra e Assistente do Curso Superior de Psicologia da Universidade de Coimbra; M. L. K. é Chefe de Serviço da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra; M. L. V. P. é Médica Psiquiatra da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra. (Comunicação apresentada à Classe de Psiquiatria da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, em 24 de Junho de 1978, em Coimbra.)

integrativos em lugar da apatia e passividade e tornando o doente responsável pela obtenção dos seus privilégios, proporciona largas possibilidades de trabalho com estes doentes.

Quando em Junho de 1975 os Serviços de Psiquiatria do H. U. C. iniciaram o seu apoio clínico à Colónia Agrícola de Arnes, instituição psiquiátrica para doentes mentais crónicos, as condições encontradas foram as seguintes: Cento e trinta doentes dos quais apenas uma minoria se ocupava e apresentando numerosos deles sinais evidentes de «institucionalismo»; pessoal de enfermagem escasso (sete enfermeiros) que apesar de toda a boa vontade existente se sentia impotente para resolver os problemas que a falta de apoio médico permanente levantava; uma situação de fraco aproveitamento das condições agrícolas que a colónia oferecia, devido ao reduzido número de doentes que se ocupava na agricultura.

Esta realidade levou-nos a pensar na implantação de um programa *token economy* que pudesse contribuir para a resolução de alguns problemas.

De facto, se condições como a ausência de apoio médico permanente e reduzido número de enfermeiros pareciam de momento difíceis ou impossíveis de alterar a situação de apatia, rotinização e falta de ocupação da maioria dos doentes, necessitava de uma intervenção eficaz capaz de alterar a vida da instituição.

## IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE *TOKEN ECONOMY*

O início do programa foi precedido de uma fase de preparação que obedeceu às seguintes etapas.

1 — Esclarecimento do pessoal da C. A. A. acerca dos objectivos que nos propúnhamos.

Neste sentido foram realizadas várias reuniões com todo o pessoal que trabalhava na instituição e pudesse ter contactos com os doentes.

Procurou-se explicar o funcionamento de uma *token economy* e as vantagens que pode-

ria oferecer como sistema motivador para a aprendizagem de comportamentos ocupacionais e sociais, necessários a uma futura reintegração social do doente.

Foram também analisados alguns dos «vícios» habitualmente existentes nas relações entre o pessoal da instituição e os doentes, e definidas as alterações necessárias nesse relacionamento que uma *token economy* exigia.

Por exemplo, o pessoal deixaria de dar cigarros ou bebidas em troca dos pequenos favores prestados pelos doentes, como lavagem de carros, arranjo de calçado, etc., e passava a pagar um número de fichas previamente estipulado com o doente, pela realização desse trabalho.

2 — Preparação e treino dos enfermeiros para a *token economy*.

A preparação e motivação do pessoal de enfermagem para esta nova abordagem do doente é, provavelmente, um dos factores mais importantes na determinação do êxito ou fracasso de uma *token economy* (Hall e Baker, 1973; Kazdin e Bootzin, 1972).

Na verdade, sendo o enfermeiro o elemento do programa que mais directamente lida com o doente, a sua falta de preparação ou o seu boicote comprometerão todo o programa.

Ao longo de seis meses, os princípios básicos do condicionamento operante foram detalhadamente analisados e exemplificados, sendo chamada especial atenção para a necessidade de o enfermeiro responder de um modo contingente ao comportamento específico de cada doente, reforçando selectivamente os comportamentos adaptativos.

Os elementos de enfermagem colaboraram também activamente com os três elementos da equipa médica na definição dos objectivos a atingir e especificação dos comportamentos que se considerava útil incrementar.

3 — Criação de estruturas de apoio à *token economy*.

Foi necessário criar as seguintes estruturas de apoio:

- a) Uma «Cooperativa de Consumo» onde os doentes da T. E. podiam obter vários artigos em troca das fichas;
- b) Uma sala de convívio exclusiva para os doentes da T. E.
- c) Preparação de esquemas de pequenos privilégios como saídas da instituição para passeios, idas semanais à feira local, etc.

## DESCRIÇÃO DO PROGRAMA DE *TOKEN ECONOMY*

O programa foi orientado no sentido de aumentar comportamentos de auto-suficiência que pudessem facilitar uma possível reintegração social do doente. Nesse sentido os comportamentos pelos quais foi decidido reforçar o doente foram definidos do seguinte modo:

- Fazer adequadamente a cama ao levantar;
- Lavar e pentear ao levantar;
- Vestir-se sozinho adequadamente;
- Ocupação em qualquer das tarefas existentes na instituição — foi estabelecida uma lista com as tarefas possíveis, discriminando o número de fichas que podiam ser ganhas em cada tarefa.

### Seleccção dos doentes

O quadro I mostra-nos a distribuição dos doentes seleccionados em função dos seus quadros clínicos.

QUADRO I

Número total de doentes . . . . .	37
<i>Quadros clínicos:</i>	
— Esquizofrenia . . . . .	26
— Atraso mental . . . . .	6
— Alcoolismo crónico . . . . .	2
— Epilepsia . . . . .	3

O tempo médio de internamento anterior na instituição era de 8,8 anos, tendo porém a maioria dos doentes internamentos anteriores em outras instituições psiquiátricas.

O quadro II aponta a situação destes doentes em relação aos «comportamentos alvo» do programa.

QUADRO II  
«COMPORTAMENTO ALVO»

<i>Ocupação:</i>	
A. Doentes que se ocupavam	
1. Ocupação superior a 4 horas diárias . . .	14
2. Ocupação inferior a 4 horas diárias ou esporádica . . . . .	13
B. Doentes que não se ocupavam . . . . .	10
<i>Higiene pessoal:</i>	
A. Lavavam-se e penteavam-se diariamente . . .	31
B. Não se lavavam e penteavam diariamente . . .	6
<i>Cama:</i>	
A. Faziam a cama adequadamente . . . . .	23
B. Faziam inadequadamente a cama ou não a faziam . . . . .	14
<i>Vestuário:</i>	
A. Vestiam-se adequadamente . . . . .	35
B. Não se vestiam adequadamente . . . . .	2

A inclusão de 14 doentes que se ocupavam já regularmente foi necessária para evitar a sua desmotivação dado que era impossível separá-los dos doentes do programa. Esta solução não nos satisfaz metodologicamente mas era talvez a mais aconselhável em função do funcionamento normal da instituição.

Após a selecção dos doentes, foi realizada uma reunião em que foram informados do modo de funcionamento da *token economy*.

Explicou-se pormenorizadamente o modo de obtenção na «cooperativa» de diversos artigos — cigarros, bebidas, chocolates, etc. — através do pagamento com as «fichas». Os comportamentos pelos quais podiam ganhar fichas foram especificados e descritas em pormenor as tarefas em que se podiam ocupar, apontando o número de fichas que cada tarefa proporcionava.

Foram também informados que a partir do momento em que comessem a ganhar fichas a cooperativa só lhes forneceria artigos através do pagamento por fichas, não aceitando dinheiro que porventura os doentes recebessem da família.

Particular cuidado foi posto em explicar aos doentes que a entrada para este «sistema de fichas» era facultativo e no caso de não quererem entrar não perderiam qualquer dos privilégios já existentes na instituição.

Dois dos doentes recusaram-se a participar no programa e foram substituídos. Estes dois doentes recebiam regularmente da família uma quantia em dinheiro superior ao que poderiam ganhar na *token economy* e isso provavelmente explica a sua recusa.

Após esta reunião o programa iniciou-se por uma semana em que todos os doentes receberam indiscriminadamente o número máximo de fichas que podiam ganhar, e que tinha por objectivos a sua familiarização com o uso das fichas e a exposição ao reforço.

Terminada esta semana os doentes entraram então num sistema de reforço contingente, só recebendo fichas através da realização dos comportamentos definidos que passaram a ser registados diariamente pelos enfermeiros em folha própria, recebendo cada doente ao fim da tarde o número de fichas que tinha ganho nesse dia.

Todos os doentes mantiveram inicialmente a terapêutica farmacológica previamente instituída.

## RESULTADOS

Os quadros III e IV mostram os resultados obtidos.

QUADRO III  
RESULTADOS

Ocupação:	
A. Doentes que se ocupavam	
1. Ocupação superior a 4 horas diárias . . .	14
2. Mantiveram o tempo de ocupação . . .	14
B. Doentes com ocupação inferior a 4 horas diárias ou esporádica . . . . .	
1. Ocupam actualmente mais de 4 horas diárias . . . . .	6
2. Aumentou o tempo de ocupação . . . . .	5
3. Diminuiu o tempo de ocupação . . . . .	1
C. Doentes que não se ocupavam . . . . .	
1. Ocupam actualmente mais de 4 horas diárias . . . . .	6
2. Ocupam actualmente menos de 4 horas diárias . . . . .	3
3. Continuam a não se ocupar . . . . .	1

Dos doentes inicialmente admitidos na *token economy*, três deles tiveram alta, dois estão actualmente em licença de ensaio e dois

faleceram. Um devido a doença do foro cardiológico e outro por suicídio.

Não nos parece que este suicídio tenha alguma relação com o programa; tratava-se de um doente que regularmente ganhava o número máximo de fichas e se mostrava satisfeito por pertencer à *token economy*. O seu suicídio parece reactivo ao abandono completo a que fora votado pela família que não correspondia aos pedidos do doente para que o visitassem.

QUADRO IV  
RESULTADOS

Higiene pessoal:	
A. Não se lavavam e penteavam diariamente . . .	6
1. Lavam-se e penteiam-se diariamente . . .	4
2. Não alteraram o comportamento . . . . .	2
Cama:	
A. Faziam inadequadamente a cama ou não a faziam . . . . .	14
1. Fazem a cama adequadamente . . . . .	12
2. Não alteraram o comportamento . . . . .	2
Vestuário:	
A. Vestiam-se inadequadamente . . . . .	2
1. Vestem-se adequadamente . . . . .	2

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante a fase de preparação da *token economy*, verificámos que a realização de um programa ambicioso e metodologicamente exigente, não seria possível de concretizar dadas as condições de funcionamento da instituição.

Na verdade existiam apenas 7 enfermeiros para os 130 doentes, o que não permitia destacar enfermeiros para ocupação exclusiva com o programa e impossibilitava o uso de métodos rigorosos na medição e controle das variáveis de comportamento envolvidas.

Por outro lado a verba que era possível destinar para os 37 doentes da *token economy* não ultrapassava os 12 000\$00 mensais, o que limitava necessariamente a capacidade motivadora do programa.

Desistir da *token economy* seria no entanto deixar de aproveitar a forte motivação já existente entre o pessoal de enfermagem e

abandonar um método que sentíamos poder originar importantes alterações em alguns doentes e modificar as próprias rotinas da instituição.

Optámos então pelo tipo de programa que acabamos de expor, necessariamente sem grande rigor metodológico, mas que oferecia a vantagem de ser realizável.

Acerca dos resultados obtidos gostaríamos no entanto de fazer os seguintes comentários.

1 — A *token economy* mostrou-se um método capaz de motivar e mobilizar a maioria dos enfermeiros da instituição. A realização deste programa só foi possível devido ao esforço e empenho que todos os elementos puseram na sua concretização. Tornou-se no entanto evidente a necessidade de manter um apoio médico permanente ao programa que possa impedir a «rotinização» ou diminuição desta motivação e mantenha uniformidade nos critérios de avaliação dos comportamentos.

2 — A orientação do programa mostrou-se adequada em relação aos comportamentos de ocupação que aumentaram significativamente nos doentes que não se ocupavam ou o faziam esporadicamente, e ao comportamento de fazer a cama ao levantar, que também foi influenciado de um modo significativo.

3 — A inclusão do comportamento vestir adequadamente e lavar e pentear diariamente, não se justificou dado que a maioria dos doentes já o fazia anteriormente. De facto não existe qualquer benefício em colocar sob controle de *tokens* comportamentos que o doente já controla habitualmente.

4 — A metodologia usada não nos permite tentar separar os diversos factores que provavelmente influenciaram os resultados obtidos.

5 — Em virtude do elevado tempo de internamento dos nossos doentes, a *token economy* tem sido acompanhada por trabalho social intenso junto dos seus familiares, preparando-os para a aceitação dos doentes com alta, o que por vezes se tem mostrado difícil.

6 — A verba de 15 000\$00 mensais, actualmente disponível para o programa, põe seriamente em risco a sua continuação. Pensamos que se tal verba não for aumentada para cerca

de 70 a 100\$00 diários para cada doente será muito difícil manter a capacidade motivadora da *token economy*, que nesse caso não justificará a sua continuação.

## RESUMO

*Os autores apresentam os resultados de um programa de token economy, aplicado a um hospital de doentes crónicos, com uma população de 130 doentes, dos quais 37 estão envolvidos no programa.*

*Este número, constituído por 26 esquizofrénicos, 6 oligofrénicos, 2 alcoólicos crónicos e 3 epiléticos, foi seleccionado tendo em conta os objectivos a que o programa se propunha, nomeadamente: aumento do tempo de ocupação no trabalho, higiene pessoal e aptidões de auto-suficiência.*

*Os resultados obtidos permitem concluir que a T.E. é um método capaz de aumentar gradualmente a taxa de ocupação e de conseguir aptidões facilitadoras que preparam o doente para uma vida auto-suficiente.*

## SUMMARY

*The authors present the results of a programme of token economy, used with 37 patients of a hospital for chronic patients, with a total number of 130.*

*The selected group was formed by 26 schizophrenics, 6 oligophrenics, 2 alcoholics and 3 epileptic patients, chosen taking into account the main purposes of the programme: increasing the time spent in work, personal hygienic habits and self-maintenance skills.*

*The obtained results showed that token economy is a method which is capable of increase the patient's rate of occupation and also the self-maintenance skills.*

## REFERÊNCIAS

- AYLLON, T. e AZRIN, N. H. (1968) — *The Token Economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*, Appleton Century Crofts, N. York.
- BAKER, R., HALL, J. e HUICHINSON, K. (1974) — «A Token Economy Project with Chronic Schizophrenic Patients», *Brit. J. Psychiat.*, 124:367-384.
- GRIPP, R. F. e MAGARO, P. A. (1974) — «The Token Economy Program in the Psychiatric Hospital: a Review and Analysis», *Behav. Res. & Therapy*, 12:205-228.
- HALL, J. e BAKER, R. (1973) — «Token Economy Systems: Breakdown and Control», *Behav. Res. & Therapy*, 11:253-263.
- KAZDIN, A. E. e BOOTZIN, R. R. (1972) — «The Token Economy: an Evaluative Review», *Journal of Applied Behavior Analysis*, 5:342-372.



# ANÁLISE PSICOLÓGICA

*No volume 2, 1978-79  
temos ainda para lhe oferecer:*

■ **ANÁLISE INSTITUCIONAL**  
(Abril 1979)

■ **NEUROPSICOLOGIA**  
(Julho 1979)