



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**As Contribuições de uma Análise Molar
em um Caso de Esclerose Múltipla**

Juliana Oliveira Botelho Monnerat

Monografia apresentada ao Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Análise Comportamental Clínica.
Orientadora: Ana Karina C. R. de-Farias

Brasília
Novembro de 2013



Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

Folha de Avaliação

Autora: Juliana Oliveira Botelho Monnerat

Título: As Contribuições de uma Análise Molar em um Caso de Esclerose Múltipla

Data da Avaliação: 29 de novembro de 2013

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof.^a MsC. Ana Karina C. R. de-Farias

Membro: Prof.^a Marianna Braga de Oliveira

Membro: MsC. Lorena Bezerra Nery

Brasília
Novembro de 2013

À minha família, que sempre me apoiou
no sonho de seguir esta profissão.

Agradecimentos

Agradeço ao meu marido pelo incentivo, pela paciência, pela força e principalmente pelo carinho.

Dedico, não só esta, como todas as minhas conquistas a minha família, que sempre me apoiou e não mediu esforços para que eu chegasse até aqui.

Agradeço a todos os professores que durante todo o curso de especialização contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Em especial, à minha orientadora Prof.^a MsC. Ana Karina C. R. de-Farias, pela atenção e comprometimento com cada um dos trabalhos que orienta.

Sumário

Folha de Avaliação -----	i
Dedicatória -----	ii
Agradecimentos -----	iii
Sumário -----	iv
Resumo -----	v
Introdução -----	6
Esclerose Múltipla-----	6
Princípios Básicos da Análise do Comportamento-----	11
Análise Comportamental Clínica -----	14
Método -----	18
Participante -----	18
Queixas e Demandas -----	18
Contexto Terapêutico -----	19
Procedimento -----	19
Resultados -----	21
1. História de Vida -----	21
1.1. Familiar -----	21
1.2. Socioafetiva -----	22
1.3. Acadêmico e Profissional -----	25
1.4. Médico e Psicológico -----	26
2. Análises Molares -----	27
3. Objetivos Terapêuticos -----	29
4. Mudanças Observadas-----	30
Considerações Finais-----	31
Referências Bibliográficas -----	36
Anexos -----	40
Anexo 1. Termo de Autorização de Supervisão do IBAC -----	41
Anexo 2. Entrevista Inicial -----	42
Anexo 3. Exercícios de Autoconhecimento -----	43

Resumo

Este trabalho teve como objetivo apresentar as contribuições da Análise do Comportamento em um caso de Esclerose Múltipla. A Esclerose Múltipla é uma doença crônica, que atinge o Sistema Nervoso Central, apresentando não só sintomas físicos como dor, fadiga, formigamento, entre outros, mas também psicossociais, que interferem diretamente na qualidade de vida do indivíduo. O impacto deste diagnóstico na vida de um indivíduo foi analisado neste trabalho utilizando as ferramentas da Análise Comportamental Clínica, que prioriza o estudo do sujeito como único em sua relação com o ambiente. Por meio de uma análise molar da história de reforçamento da cliente, foi possível identificar os padrões comportamentais de elevada autoexigência, independência e controlador. O caso clínico apresentado demonstra a necessidade de abordar o indivíduo de forma global, sem generalizações, uma vez que sintomas iguais podem ter funções diferentes, exigindo diferentes intervenções.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla; doença crônica; Análise Comportamental Clínica; Análise Molar.

O campo de atuação da Psicologia tem conquistado um espaço cada vez mais amplo, e o papel do psicólogo é considerado de fundamental importância em equipes multidisciplinares que visam à promoção de saúde e a qualidade de vida de portadores de doenças crônicas. De acordo com a World Health Organization (2008), as doenças crônicas são caracterizadas pela longa duração e progressão lenta, e as estratégias de tratamento apenas amenizam os sintomas e atrasam o desenvolvimento da doença.

A Esclerose Múltipla (EM) é classificada como uma doença crônica e foi descrita pela primeira vez em 1868, por Jean Martin Charcot (Costa, Fonteneles, Praça & Andrade, 2005).

O presente trabalho apresentará as contribuições da Análise do Comportamento, em um caso de EM, como uma abordagem teórica consistente, que explica o comportamento tendo em vista sua complexidade e multideterminação e, portanto, é capaz de estabelecer relações com as demais áreas de conhecimento/intervenção.

A Esclerose Múltipla (EM)

A EM é uma doença crônica que acomete o Sistema Nervoso Central (SNC), de caráter normalmente progressivo, em que a inflamação e desmielinização das fibras nervosas do SNC são responsáveis pelos diversos sintomas neurológicos (Callegaro, 2001; Moreira, Felipe, Mendes & Tilbery, 2000).

Conforme Fernandes (2005), as fibras nervosas estão envolvidas pela bainha de mielina que tem a função de proteger estas estruturas e auxiliar na condução dos impulsos nervosos. Desta forma, quando há uma lesão na bainha de mielina

(desmielinização), a transmissão dos impulsos nervosos fica comprometida, afetando a capacidade das células nervosas da medula espinhal e do cérebro de se comunicarem entre si de forma eficaz. Na EM, o sistema autoimune se altera e, apesar de ainda se desconhecer a causa desta desordem, acredita-se que a desmielinização seja resultante de uma resposta anormal do sistema imunológico do indivíduo.

Os sintomas da EM variam de acordo com as áreas desmielinizadas no SNC, podendo ter características motoras, cerebelares, vesiculares, intestinais, sexuais, cognitivas e emocionais (Rosinha, Greve, Nascimento, Lopes, Calonego & Boschi, 2008). Ao realizarem uma análise comparativa dos sintomas em 214 pacientes com EM, em relação a outras pesquisas nacionais e estrangeiras, Tilbery, Felipe, Bauldauf e Peres (1995) ressaltam a prevalência de sintomas motores piramidais como sintoma inicial. Em geral, as principais alterações motoras apresentadas são: fraqueza muscular, espasmos musculares¹, dormência, parestesia², perda do equilíbrio, alteração da marcha e fadiga (Rosinha *et al.* 2008).

A fadiga é um dos sintomas mais relatados pelos pacientes com EM e não apresenta relação com um cansaço após um esforço muscular, conforme sua definição fisiológica. De acordo com Mendes, Tilbery, Balsimelli, Felipe, Moreira e Barão-Cruz (2000), a fadiga, nesses casos, é um sintoma subjetivo, definido por sensação de cansaço físico ou mental profundo, perda de energia ou mesmo sensação de exaustão.

¹ É uma contração involuntária de um músculo, grupo de músculos ou órgão (Wikipédia, disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Espasmo>, em 12/03/13).

² São sensações cutâneas subjetivas (e.g., frio, calor, formigamento, pressão, etc.), vivenciadas espontaneamente na ausência de estimulação. Podem ocorrer caso algum nervo sensorial seja afetado, seja por contato ou pelo rompimento das terminações nervosas (Wikipédia, disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Parestesia>, em 12/03/13).

A partir de um estudo multicêntrico, realizado por Lublin e Reingold, em 1996, com o objetivo de normatizar critérios clínicos que definam a EM, ficaram definidas quatro formas clínicas utilizadas mundialmente (Fernandes, 2005, p. 18):

“Forma Remitente Recorrente (RR): caracteriza-se pela presença de sucessivos surtos e remissões, com recuperação neurológica completa ou manutenção do déficit neurológico. Nos períodos entre os surtos, não há progressão da doença.

Forma Primariamente Progressiva (PP): a doença evolui, desde o início, de maneira lenta e progressiva, com melhoras fugazes e eventuais períodos de estabilização da doença. Há uma piora gradual e contínua, com flutuações, sem caracterização de surtos.

Forma Secundariamente Progressiva (SP): a forma inicial de apresentação é a RR, porém evolui para a progressão, com ou sem surtos ocasionais, remissões ou platôs. Somente quando há piora progressiva no intervalo entre os surtos, o paciente migra para a forma progressiva.

Forma Progressiva com surtos ou Progressiva Recorrente (PR): a doença é caracterizada pela forma progressiva desde o início, com surtos bem caracterizados durante a evolução da doença. No período entre os surtos, há clara progressão da doença.”

De acordo com o Relatório da Federação Internacional de Esclerose Múltipla para a OMS, realizado em 2008, ocorre maior incidência da doença em países da Europa e América do Norte. Dados da Associação Brasileira de Esclerose Múltipla registram no Brasil a prevalência de, em média, 18/100.000 pessoas, sendo mais comum em mulheres brancas e com idade entre 20 e 50 anos. Em pesquisa realizada, no Brasil, por Moreira *et al.* (2000), com uma amostra de 320 casos de EM, a média

de idade foi de 37,7 anos, 229 eram do sexo feminino e 73 do sexo masculino, entre estes, 283 eram brancos, 15 eram negros e quatro eram amarelos. Identificou-se ainda a prevalência da forma clínica tipo remitente-recorrente (72%), em relação à forma progressiva (28%).

No que se refere à etiologia da EM, não existem estudos que indiquem uma única causa. De maneira geral, os autores da área apontam para uma origem multifatorial que inclui uma combinação de predisposição genética, fatores ambientais desconhecidos e um possível componente infeccioso.

Os critérios de diagnóstico da EM são clínicos, com base no histórico do paciente, na característica dos surtos e em exame neurológico para estabelecer a correspondência entre o surto e a estrutura do SNC lesada (Callegaro, 2001). Fernandes (2005) define o surto como a apresentação de um sintoma novo ou reapresentação de sintomas já existentes durante um período maior que 24 horas contínuas, sem febre.

O Ministério da Saúde, através da Portaria n. 493, de 23 de setembro de 2010, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esclerose Múltipla, que apresenta, entre outras informações, os Critérios de McDonald (Quadro 1) como a ferramenta adotada pela comunidade científica mundial para o diagnóstico de EM.

O tratamento da EM inclui o uso de fármacos com o objetivo de diminuir a atividade do sistema imunológico e evitar que este destrua ainda mais a mielina, sendo que os benefícios esperados são a melhora sintomática, a diminuição da frequência e severidade dos surtos e a redução das internações hospitalares (Callegaro, 2001).

APRESENTAÇÃO CLÍNICA	DADOS ADICIONAIS NECESSÁRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE EM
A) 2 ou mais surtos, mais evidência clínica de 2 ou mais lesões.	Apenas 1 ou 2 lesões sugestivas de EM à RM
B) 2 ou mais surtos, mais evidência clínica de 1 lesão	Disseminação no espaço, demonstrada por RM com critérios de Barkhoff (presença de pelo menos 3 das 4 características a seguir: (a) pelo menos 1 lesão impregnada pelo gadolínio ou pelo menos 9 lesões supratentoriais em T2; (b) pelo menos 3 lesões periventriculares); (c) pelo menos 1 lesão justacortical; (d) pelo menos 1 lesão infratentorial; OU RM com 2 lesões típicas e presença de bandas oligoclonais ao exame do líquido; OU Aguardar novo surto.
C) 1 surto mais evidência clínica de 2 lesões	Disseminação no tempo, demonstrada por RM após 3 meses com novas lesões ou pelo menos 1 das antigas impregnada pelo gadolínio; OU Aguardar novo surto.
D) 1 surto mais evidência clínica de 1 lesão.	Disseminação no espaço, demonstrada por RM com Critérios de Barkhoff ou RM com 2 lesões típicas e presença de bandas oligoclonais no exame do líquido; E Disseminação no tempo, demonstrada por RM após 3 meses com novas lesões ou pelo menos 1 das antigas com impregnada pelo gadolínio; OU Aguardar novo surto.

Fonte: Portaria n.493 de 23.09.10 / Portal do Ministério da Saúde

*RM: Ressonância Magnética

Quadro 1. Critérios de McDonald revisados e adaptados de Polman *et al.* (2005).

Atualmente, existem diversas pesquisas que comparam os resultados de efeitos do uso de fármacos contra placebos com o objetivo de identificar os melhores tratamentos para a EM. Apesar de todos os esforços para conhecer e desenvolver melhores tratamentos para a doença, ainda não houve resultados plenamente satisfatórios; desta forma, o enfoque principal baseia-se no controle dos sintomas, uma vez que ainda não é possível prevenir a EM ou curá-la (Almeida, Rocha, Nascimento & Campelo, 2007).

Diante das incertezas em relação ao prognóstico e à imprevisibilidade dos sintomas, vale ressaltar a importância do acompanhamento psicológico no tratamento de pacientes com EM, visando uma intervenção global e idiossincrática, ou seja, que considere as características de cada paciente e leve em consideração não apenas os sintomas, mas também os aspectos psicossociais envolvidos que, por sua vez, impactam na qualidade de vida deste indivíduo.

A busca por compreender o indivíduo como um todo, e não apenas o problema que o trouxe para a terapia, é uma das premissas básicas da abordagem terapêutica analítico-comportamental que será apresentada a seguir.

Princípios Básicos da Análise do Comportamento

A Análise do Comportamento é uma ciência embasada nos pressupostos filosóficos do Behaviorismo Radical, que busca compreender o comportamento humano em sua relação com o ambiente (Skinner, 1974/1982).

Moreira e Medeiros (2007) ressaltam a importância de esclarecer o conceito de ambiente para a Análise do Comportamento, uma vez que este difere de seu significado comum. Neste caso, o ambiente não está relacionado apenas com o mundo externo, ele tem uma função para o comportamento humano e envolve aspectos físicos ou sociais, históricos ou contemporâneos, públicos ou privados, conhecidos ou desconhecidos (Tourinho, 2006).

No Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa (Ferreira, 1999), assim como em diversas áreas da Psicologia, o comportamento é definido como um conjunto de ações de um indivíduo passíveis de observação direta. Na visão analítico-comportamental, o comportamento é aquilo que o indivíduo faz, independente de ser público ou privado, ou seja, fatores tidos como mentais (pensar, sentir, raciocinar,

imaginar, fantasiar, etc.) também são comportamentos (Marçal, 2010; Skinner, 1953/1998).

Tais comportamentos são determinados pelo modelo causal de seleção por consequências, no qual, a partir da variação comportamental do indivíduo, alguns comportamentos são selecionados e outros são extintos. O referido selecionismo ocorre em três níveis: filogenético, ontogenético e cultural. O primeiro se refere à história evolutiva da espécie, no qual ocorre a seleção natural para a sobrevivência da espécie. O nível ontogenético se refere à história evolutiva do indivíduo, período ao longo do qual a seleção do comportamento ocorre pelas consequências diretas. No nível cultural, a seleção ocorre pelas consequências produzidas pelo comportamento no grupo social, ou seja, as variáveis culturais alteram o comportamento social do indivíduo (Baum, 1994/1999; Marçal, 2010).

O indivíduo interage com o ambiente e essas interações podem ser classificadas como comportamento respondente (denominado incondicionado, quando selecionado filogeneticamente, ou condicionado, quando aprendido por meio de emparelhamentos entre estímulos) e comportamento operante (aprendido pelas consequências). De acordo com Moreira e Medeiros (2007), no primeiro, uma resposta é eliciada por um estímulo antecedente (S-R): fogo próximo à mão (estímulo antecedente) elicia contração do braço. O comportamento operante por sua vez é definido a partir do paradigma R-C, no qual uma resposta emitida pelo organismo (apertar o botão do elevador) produz uma consequência (chegar o elevador).

Para Skinner (1953/1998), uma adequada interação entre organismo e ambiente deve especificar: (1) a ocasião em que a resposta ocorre; (2) a própria resposta; e as (3) consequências reforçadoras. A relação de dependência entre estes três termos é

definida como tríplice contingência, que por sua vez é a unidade que permite análises funcionais mais amplas acerca do comportamento indivíduo.

Conforme Chiesa (1994/2006) há uma relação de dependência entre comportamentos e eventos ambientais, uma vez que as probabilidades futuras de um comportamento resultam das condições contextuais e das consequências deste comportamento. Neste sentido, as consequências determinam se os comportamentos ocorrerão, em maior ou menor frequência, ou não ocorrerão novamente. O processo que aumenta a probabilidade de um determinado comportamento voltar a ocorrer é chamado de reforçamento, e é denominado punição o processo no qual as consequências tornam a ocorrência de um comportamento menos provável. Tanto o reforço quanto a punição podem ser positivos (quando um estímulo é acrescentado ao ambiente) e negativos (quando o estímulo é retirado ou adiado do ambiente) (Moreira & Medeiros, 2007; Skinner, 1953/1998).

Analisar funcionalmente as relações entre respostas, consequências e contextos em que estas ocorrem é apontado como um fundamento básico para a avaliação clínica e identificado como o caminho mais efetivo para o planejamento das intervenções na Terapia Comportamental (Cavalcante, 1999).

Princípios analítico-comportamentais são frequentemente utilizados pela psicologia aplicada à saúde para auxiliar na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação de doentes crônicos. Conforme Amaral (1999), nesta abordagem, o enfoque é na análise das contingências, ou seja, nos eventos que antecedem o comportamento, no comportamento em si, e nos eventos consequentes que mantêm alguns sintomas e os padrões comportamentais que promovem a saúde.

Análise Comportamental Clínica

Sintomas psiquiátricos foram descritos por Charcot desde os primeiros casos clínicos de EM, sendo eles: euforia, depressão, choro e riso patológico, alucinações e mania. De acordo com de Cerqueira e Nardi (2011), estudos recentes apontam um risco de depressão de 50% em pacientes com EM, sendo que, na população em geral, a ocorrência seria de aproximadamente 10%. Não há um consenso em relação à ocorrência da depressão, especula-se se esta seria uma manifestação clínica, uma coincidência ou ainda uma associação de fatores.

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) é uma classificação categórica dos transtornos mentais que agrupa as síndromes a partir da descrição dos sintomas. A última revisão (DSM-V), publicada em 2013, pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), classifica a Depressão dentro dos Transtornos de Humor e se baseia na característica dos sintomas e na quantidade de episódios depressivos. Por sua vez, os quadros ansiosos, também definidos a partir da característica dos sintomas, estão subdivididos dentro da categoria de Transtornos de Ansiedade sendo eles: o ataque de pânico; o transtorno de pânico com ou sem agorafobia; as fobias específicas e a fobia social; o transtorno obsessivo-compulsivo; o transtorno de ansiedade generalizada, o transtorno de estresse pós-traumático; o transtorno de estresse agudo; o transtorno de ansiedade devido a uma condição médica, induzido por alguma substância ou sem outra especificação.

Do ponto de vista analítico-comportamental, a utilização de sistemas de classificação como o DSM-V, apesar de ser útil para questões formais como a comunicação entre os profissionais, a determinação do *status* legal e o reembolso dos seguros de saúde, é incompatível com os pressupostos behavioristas radicais, por ser mecanicista, reduzir eventos dinâmicos a coisas, não prever as diferenças intra-

sujeitos, não promover conhecimento sobre a problemática do cliente e não ser capaz de orientar o tratamento de forma efetiva (Cavalcante & Tourinho, 1998).

De acordo com Banaco (1999), a metodologia analítico-comportamental prioriza o estudo do sujeito como único, em suas relações comportamentais com o ambiente em que está inserido. Desta forma, mais importante que uma descrição topográfica de comportamentos, é conhecer a função destes em um determinado contexto, uma vez que respostas com a mesma topografia podem apresentar funções diferentes para cada indivíduo.

Explicações psicodinâmicas sugerem que a depressão e a ansiedade nos paciente com diagnóstico de EM não resultam da atividade da doença e sim das incertezas em relação ao diagnóstico e à evolução da doença (Mendes, Tilbery, Balsimelli, Moreira & Barão-Cruz, 2003).

O tratamento tanto da depressão quanto dos transtornos de ansiedade, em geral, envolve uma combinação de medicamentos e técnicas psicoterápicas, definidos a partir do quadro clínico apresentado, de forma que padrões comportamentais ou sintomas semelhantes induzem a intervenções semelhantes. De acordo com Marçal (2007), na terapia analítico-comportamental, padrões comportamentais semelhantes podem ter funções diferentes, identificadas a partir de uma análise molar que considera não apenas as contingências atuais, mas também as contingências históricas do indivíduo.

Segundo o autor supramencionado, a história de vida tem relação direta com o desenvolvimento de padrões comportamentais que uma pessoa apresenta. Identificar tais padrões permite uma visão mais ampla do caso e melhores parâmetros para o estabelecimento de objetivos e intervenções clínicas.

Seguindo o raciocínio analítico-comportamental, comportamentos apresentados por pacientes com EM característicos de depressão e ansiedade podem estar relacionados com o contexto atual de dúvidas em relação à doença, mas também com contextos históricos de cada indivíduo.

Mas por que padrões comportamentais que não estão diretamente relacionados com as condições aversivas da doença poderiam ser relevantes? Por que alguns pacientes com a mesma doença podem apresentar quadros depressivos/ansiosos e outros não? Análises mais amplas permitem identificar a história individual de reforçamento, como, por exemplo, a maneira como cada pessoa lida com eventos aversivos. Uma pessoa que, ao longo da vida, nunca teve ajuda para lidar com situações difíceis provavelmente vai se comportar diferente de uma pessoa que foi superprotegida e teve sempre alguém para resolver os problemas por ela. No primeiro caso, há maiores chances de desenvolvimento de repertório para lidar com contextos aversivos do que no segundo.

Desta forma, apesar de os quadros clínicos serem semelhantes, as contingências atuais e históricas instalaram padrões comportamentais diferentes e, portanto, as intervenções terapêuticas serão diferentes para cada caso. Intervenção com foco no indivíduo como um todo, sem se limitar à queixa, é uma das características do processo terapêutico da Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA), proposta por Marçal e Dutra (Costa, 2011; Marçal & Dutra, 2010).

A TMA atribui um papel de destaque ao autoconhecimento, tanto como um objetivo terapêutico quanto como uma ferramenta de trabalho. No raciocínio clínico da TMA, o terapeuta deve partir da queixa para as contingências atuais e históricas relacionadas a esta, a fim de identificar os padrões comportamentais atuantes na história de vida do paciente, ou seja, de uma análise mais restrita (molecular) para

uma análise mais ampla (molar), que, por sua vez, favorece o autoconhecimento. De acordo com a TMA, autoconhecer-se enfraquece as respostas que dificultam o alcance do objetivo terapêutico, favorece a definição destes objetivos e torna o indivíduo mais predisposto para agir (Marçal & Dutra, 2010).

A TMA incorpora técnicas da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), de Hayes e Wilson (1994). A ACT é uma proposta terapêutica com o propósito de quebrar processos de aprendizagem desenvolvidos por contextos sócio verbais presentes na nossa comunidade, processos estes que levariam à não-aceitação e à tentativa de controle e esquiva de determinados sentimentos, como forma de resolver problemas psicológicos. Desta forma, os objetivos terapêuticos seriam reduzir a esquiva emocional e aumentar o repertório de assumir e manter o compromisso com a mudança (Conte, 1999).

O autoconhecimento e a aceitação são processos importantes na abordagem de doenças crônicas; portanto, as propostas terapêuticas supramencionadas são ferramentas de grande valia para os terapeutas analítico-comportamentais no acompanhamento psicológico de pacientes no âmbito da saúde. Vale ressaltar que o termo aceitação proposto pela ACT está relacionado a não tentativa de controlar os eventos privados (sofrimento).

O presente trabalho apresentará o caso de uma portadora de EM, cuja intervenção psicoterapêutica foi baseada nesse raciocínio clínico.

Método

Participante

Vitória³, 29 anos, dois filhos, nível superior completo e profissional da área de Educação Física, estava viúva havia 6 anos.

A cliente autorizou o estudo de caso, de acordo com documento de autorização para supervisão no Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento (IBAC), conforme modelo apresentado no Anexo 1.

Queixas e Demandas

A cliente procurou psicoterapia por indicação médica, 5 meses após ter recebido o diagnóstico de EM, e com o objetivo de diminuir a ansiedade e irritabilidade constante. Relatou que sempre foi ansiosa; entretanto, após o referido diagnóstico, os sintomas se agravaram em razão de sua grande preocupação com o seu futuro profissional, já que a sua profissão exigia um preparo físico, bem como com a criação dos filhos.

Além disso, a cliente queixou-se de uma relação conflituosa com a mãe e a irmã mais nova. Segundo a cliente, a mãe sempre tratou as filhas de forma diferente, dando mais regalias para a irmã, o que gerou frequentes discussões e alguns episódios de agressão física entre as irmãs.

³ Nome fictício. Todos os dados que pudessem identificar a cliente foram omitidos ou alterados.

Contexto Terapêutico

Os atendimentos psicoterápicos ocorreram em clínica particular de Psicologia e Fonoaudiologia. O consultório era acolhedor e possuía boa iluminação, decoração em tons claros e poltronas voltadas de frente uma para a outra.

Procedimento

Até o momento em que o presente trabalho foi redigido, haviam sido realizadas 45 sessões terapêuticas semanais, de 45 minutos cada, ao longo de 1 ano e 2 meses. Os atendimentos foram realizados de acordo com os princípios da Análise Comportamental Clínica, baseada na filosofia do Behaviorismo Radical, com as seguintes etapas:

- *Rapport* – Esta etapa do procedimento ocorreu no início da primeira sessão e teve como objetivo iniciar a construção do vínculo entre terapeuta e paciente. Em seguida, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada, conforme Anexo 2, que visa a coleta de dados pessoais, do histórico médico e psicológico e a operacionalização da queixa. Vale ressaltar que o preenchimento da referida entrevista foi realizado pela terapeuta e a cliente não teve acesso às informações ali descritas. Por fim, foi feito o contrato terapêutico, enfatizando as regras da clínica acerca de faltas e atrasos;
- Visando identificar as variáveis controladoras dos comportamentos da cliente para uma análise funcional precisa, utilizou-se o exercício da Linha da Vida, no qual a cliente relatou, em sessão, de forma cronológica (do casamento dos seus pais até os dias atuais⁴), a história da sua vida, dando ênfase aos fatos

⁴ O termo “atuais” será utilizado para se referir ao momento da terapia.

mais importantes. O referido exercício durou quatro sessões e foi intermediado pela terapeuta, com perguntas sobre cada período relatado;

- Foram utilizadas ferramentas da TMA, cujos modelos encontram-se no Anexo 3. A realização destes exercícios ocorreu durante as sessões e a terapeuta interveio com perguntas sobre os itens assinalados, tais como: em que situações você se comporta assim? Na presença de quais pessoas? Como as pessoas reagem? O que houve na sua história de vida que favoreceu essa característica?;
- Os exercícios acima descritos possibilitaram a identificação dos padrões comportamentais, das classes de comportamentos relacionadas a estes padrões e das contingências históricas e atuais que contribuíram para a instalação e a manutenção destes comportamentos. A referida análise molar será apresentada posteriormente nos resultados;
- Questionamento socrático a partir de relatos apresentados pela cliente acerca dos acontecimentos da semana que antecedia a terapia, como por exemplo, discussões com a mãe, relação com a irmã, educação dos filhos e etc. O questionamento socrático consiste em perguntas que estimulam o envolvimento do cliente no processo terapêutico.
- É importante ressaltar que, durante todo o procedimento acima descrito, a terapeuta utilizou audiência não punitiva, na qual o comportamento do cliente é compreendido sem julgamentos, o que fortalece o vínculo terapêutico.

Resultados

1. História de Vida

1.1. Familiar

Nasceu e foi criada, durante a maior parte de sua vida, em uma cidade do entorno do Distrito Federal. No início do processo terapêutico, Vitória tinha 29 anos. É a filha mais velha de três irmãos, sendo um menino de 26 anos e uma menina de 24 anos. Os pais sempre tiveram um casamento sólido, foram presentes e afetuosos com os filhos. A mãe apresentou um quadro depressivo durante quase toda a infância de Vitória, que relatou tê-la presenciado chorar muito e comer compulsivamente, além de perceber a sua desorganização em relação aos afazeres domésticos. Segundo Vitória, em razão da sua pouca idade, percebia que algo estava errado e achava que a mãe estava doente; entretanto, esse assunto não era comentado entre a família. Ao iniciar a terapia, a cliente acreditava que a depressão da mãe estava relacionada a uma tentativa de aborto na gravidez da irmã mais nova, que acabou nascendo com problemas respiratórios e, de acordo com o relato da cliente, sempre foi tratada com privilégios em relação aos demais filhos.

Aos 8 anos de idade, em razão dos episódios recorrentes de depressão da mãe, a família decidiu se mudar para a cidade natal de seus pais, no Nordeste do Brasil, na qual ficaram por 4 anos. Na ocasião, a mãe chamou-a para uma conversa e solicitou que, caso algo de ruim acontecesse com ela, Vitória deveria deixar o pai ser feliz e cuidar dos irmãos. A cliente descreve este episódio como o mais marcante de sua vida, uma vez que passou a se preocupar diariamente com o que poderia acontecer de ruim com a mãe e a cuidar dos irmãos como se fossem seus filhos, deixando de lado as brincadeiras e atividades comuns da infância.

1.2. Socioafetiva

Além da mudança de cidade citada anteriormente, a família se mudou de casa várias vezes, o que, segundo Vitória, fazia com que ela se sentisse insegura em relação a fazer novas amizades, já que não sabia quando ia precisar se afastar novamente. Na infância, Vitória passava a maior parte do seu tempo em casa estudando, cuidado dos irmãos, e ajudando a mãe nas atividades domésticas. A cliente não tem recordação de brincadeiras ou amigos nesta fase da sua vida.

Aos 13 anos, quando a família retornou para Brasília e sua mãe já não apresentava mais os sintomas da depressão, Vitória sentiu-se mais livre para deixar os cuidados com os irmãos e viver a sua própria vida. Neste mesmo ano, teve a sua primeira paixão por um garoto da escola que veio a ser o seu primeiro namorado. O namoro foi aprovado pelos pais, e era uma relação de muito companheirismo, carinho e novas descobertas. Durante o namoro, a cliente teve a sua primeira experiência em várias situações, como ir ao *shopping*, assistir a um filme no cinema, passear no zoológico, frequentar festas e, aos 15 anos, a sua primeira relação sexual.

Um mês após o início da sua vida sexual, Vitória estava grávida, sem planejar, da sua primeira filha. A notícia da gravidez teve um impacto muito grande para a cliente, que se sentiu envergonhada, já que era reconhecida e admirada pelos pais e familiares por sua responsabilidade e disciplina extremas. Apesar disto, tanto os pais como o namorado receberam bem a notícia e ofereceram todo o apoio necessário.

Assim que a filha nasceu, o namorado de Vitória foi morar com ela na casa dos pais. A rotina de toda a família mudou bastante com a chegada do bebê; entretanto, a cliente relata ter sido um período tranquilo e de muita união da família, com exceção

da irmã mais nova, que sentia ciúmes tanto do bebê quanto do namorado de Vitória, que convivia muito bem com os demais membros da família.

Quando sua filha estava com 8 meses, Vitória decidiu começar a trabalhar para sair da casa dos pais e construir a sua vida com o seu agora marido. Tanto ela quanto o marido eram bastante organizados e controlados financeiramente, o que permitiu que rapidamente conquistassem a sua casa própria. Segundo a cliente, neste momento de sua vida, se sentiu num conto de fadas, pois, apesar da pouca idade, tinha um casamento de sucesso, uma filha perfeita e estava realizando todos os seus sonhos.

Após 4 anos, o casal decidiu ter um segundo filho. Rapidamente, a cliente engravidou de um menino, uma gravidez muito festejada pela família. Enquanto a cliente ainda estava de resguardo do seu segundo filho, o marido saiu para trabalhar e ao voltar do trabalho, sofreu um acidente de trânsito, que o deixou em coma e o levou ao falecimento poucas horas depois.

A cliente considera o dia do acidente do marido como o pior dia de sua vida. Em razão de a mesma se encontrar no período de resguardo, a família teve muita cautela para contá-la sobre o acidente, e a cliente acabou sendo a última pessoa a saber sobre o ocorrido, motivo pelo qual ela não chegou a ver o marido vivo.

Os dias que sucederam à morte do marido foram muito difíceis e confusos para a cliente, uma vez que, enquanto vivia o luto, precisava encontrar forças para cuidar daquele bebê tão desejado pela família, que ainda era um recém-nascido, e demandava exaustivamente os seus cuidados e a sua atenção. Neste momento, preocupados com a filha, os pais da cliente decidiram se mudar para a casa dela com toda a família (irmão e irmã) para ajudar, tanto nos cuidados com as crianças quanto

na superação daquele episódio traumático. Os pais continuavam morando na casa da paciente durante o processo terapêutico.

Durante algum tempo, a cliente se dedicou exclusivamente à maternidade como uma maneira de se sentir perto do marido e ter motivos para seguir em frente. Quando o filho mais novo estava com 2 anos, decidiu voltar a trabalhar e começar uma faculdade com o objetivo de retomar a sua vida. Na faculdade, fez muitos amigos e começou a sair para se divertir. Durante o processo terapêutico o ciclo social da paciente ainda era, em sua grande maioria, dos amigos desta época.

Já haviam se passado 3 anos do falecimento do marido, quando a cliente sentiu vontade de se relacionar com alguém. Segundo ela, apesar de ainda estar muito nova e saber que tinha uma vida inteira pela frente, nas primeiras paqueras se sentia traindo o marido e fazia tudo escondido tanto da sua família quanto da família do marido, que sempre foi muito presente na vida dela e dos filhos.

Desde então, a cliente teve três namorados sérios, sendo que apenas o último foi apresentado para a família. Os dois primeiros relacionamentos duraram poucos meses, pois, segundo ela, quando começava a se envolver demais, preferia terminar o namoro por medo de se apaixonar e sofrer novamente uma perda. O terceiro namorado foi o mais marcante, a cliente já não se sentia mais traindo o marido e estava completamente apaixonada. O namorado foi apresentado para a família e o namoro durou 8 meses.

Segundo Vitória, quando sua mãe percebeu que ela estava retomando a vida, saindo para se divertir e conhecendo pessoas novas, começou a controlar os seus horários e a criticar o seu desempenho como mãe. Na ocasião da apresentação do namorado acima citado, a mãe foi contra o namoro e “fez a cabeça” da neta mais velha, para que não gostasse do namorado da mãe. Na primeira e única vez que ela

levou o namorado em casa, sua filha fez um escândalo, chorando compulsivamente e dizendo que não era para a mãe namorar.

Vitória relata que, durante todo o namoro, precisava optar entre estar com o namorado ou estar com os filhos, o que desgastou a relação e fez com que ela terminasse o namoro mesmo estando apaixonada por ele. Ao iniciar a terapia, a cliente estava solteira.

1.3. Acadêmico e Profissional

Na escola, sempre foi a melhor aluna da classe e era elogiada por ser muito estudiosa disciplinada e responsável. Achava que, desta forma, agradava os pais e não contribuía para uma piora no quadro depressivo da mãe.

Quando ficou grávida, estava cursando o Ensino Médio, era considerada a aluna modelo da escola e foi eleita a representante de sua turma. Vitória escondeu a gravidez pelo tempo que foi possível, por se sentir envergonhada e achar que seria uma decepção para todos. Segundo ela, os colegas ficaram chocados com a notícia, mas, assim como seus pais, deram muito apoio e logo o bebê se tornou o xodó da escola.

Ao entrar na faculdade, passou por um processo seletivo rigoroso e conseguiu uma bolsa de estudos integral para todo o curso. Suas notas sempre foram acima de nove pontos, era representante de turma, participou da comissão de formatura e teve o seu trabalho de conclusão de curso publicado e apresentado em Congressos da área.

No contexto profissional, Vitória teve muito êxito, passou em todas as entrevistas de empregos que desejou, era reconhecida, elogiada e promovida rapidamente nas empresas em que trabalhava. Estava trabalhando em sua área de formação, na

empresa em que desejava desde que começou a faculdade, mas estava afastada pelo INSS, em razão do diagnóstico de EM descrito no próximo item.

1.4. Médico e Psicológico

Ao final de um dia de trabalho, Vitória voltava para casa dirigindo quando sentiu um formigamento nas pernas e nos braços. Ao chegar em casa, teve dificuldade para descer do carro e os pais a levaram para o hospital. Após uma bateria de exames e já sem os movimentos dos braços e pernas, Vitória recebeu um diagnóstico preliminar de EM, que seria confirmado posteriormente com novos exames.

A cliente foi internada neste mesmo dia, e passou 2 meses no hospital, recuperando os movimentos e realizando os exames necessários. O período de internação foi conflituoso para Vitória, tanto no sentido de aceitação da doença, quanto da dependência e dos cuidados excessivos da família. Sentia-se incapaz e por muitas vezes questionou o amor das pessoas por ela, já que nunca tinha tido tanta atenção da família como estava tendo naquele período. “Será que me amam tanto assim, ou estão apenas com pena e medo que eu morra?”

O diagnóstico veio num momento de mudanças na vida da cliente, ela havia planejado alugar um apartamento para morar com os filhos e estava para receber uma promoção no trabalho. Os planos foram suspensos e Vitória se sentia insegura para planejar sua vida, já que a doença progride de forma imprevisível.

Vitória foi diagnosticada com Esclerose Múltipla Remitente-Recorrente e participava de um estudo de pesquisa para testar os efeitos de um novo medicamento em comparação a outro já existente no mercado.

A cliente apresentava um quadro estável da doença, apesar de, ocasionalmente, relatar sintomas como: fadiga, dores musculares, dormência nas pernas e falta de

memória. O médico responsável pelo tratamento de Vitória sugeriu que ela procurasse um acompanhamento psicológico em razão das queixas de ansiedade e irritabilidade.

2. Análises Molares

A partir do contexto histórico supramencionado, dos relatos da cliente e da observação de seus comportamentos no decorrer dos atendimentos, foi possível identificar os padrões comportamentais de elevada autoexigência, independência e controlador.

Em sua história de aprendizagem, Vitória foi muito exigida e precisou assumir responsabilidades precocemente. Desta forma, uma das hipóteses levantadas é de que o quadro depressivo materno, a gravidez aos 15 anos, o casamento e o falecimento do marido, foram ocasião para a instalação de repertórios comportamentais que traziam perdas à cliente.

Os padrões comportamentais apresentados por Vitória (apresentados no Quadro 2) são mantidos quando esta tem sucesso e reconhecimento social em tudo que se propõe a fazer, evitando possíveis críticas. Os mesmos deixam de ser funcionais (i.e., passam a produzir prejuízos e eliciar sofrimento) quando a cliente se esquia de vivenciar novas contingências e, portanto, não desenvolve repertório para lidar com frustrações.

Observou-se uma alta frequência de comportamentos governados por regras, que geralmente ouvia da mãe e que, ao longo de sua vida, se tornaram autorregras relacionadas a seu desempenho, sendo elas: “Prefiro fazer, pois faço melhor”; “Não posso namorar, pois vou ser criticada”; “Não posso decepcionar os meus pais”; e “Tudo na minha vida dá errado”.

Padrão Comportamental	Classe de Comportamentos	Contextos Históricos	O que mantém?	O que enfraquece?
Elevada auto exigência	<ul style="list-style-type: none"> • Intolerância ao erro; • Dificuldade de lidar com críticas; • Dedicção excessiva a tudo que se propõe a fazer; • Preocupação excessiva com o que pensam ao seu respeito; • Sentia-se responsável pelos irmãos devido à depressão da mãe; • Preocupação em decepcionar os pais e a mãe piorar; • Aluna modelo na escola e na faculdade; • Quer tudo do seu jeito; e • Dificuldade de dividir tarefas (Autorregra: “faço melhor”). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe com depressão / Pedido feito pela mãe para que Vitória cuidasse da família caso algo de ruim lhe acontecesse • Instabilidade da saúde da mãe, gerando receio de piora caso Vitória frustrasse suas expectativas; • Gravidez aos 15 anos exigiu responsabilidade e disciplina; • Reconhecimento profissional e promoções rápidas; e • Por ser aluna modelo, cobranças e/ou expectativas altas de professores e familiares sobre o seu desempenho acadêmico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe crítica e punitiva/ Faz cobranças sobre o seu desempenho, principalmente como mãe; • Colhe bons frutos do seu desempenho acadêmico e profissional (elogios, respeito, promoções); • Em geral, tudo que se propõe a fazer dá certo; e • Evita críticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possíveis limitações da doença; • Possibilidade de prejudicar o seu desempenho; e • Quando as coisas não saem do seu jeito; <p style="text-align: center;">Efeito: Ansiedade</p>
Independente	<ul style="list-style-type: none"> • Assume o papel de liderança em todos os contextos de sua vida; • Dificuldade de dividir tarefas (Autorregra: “faço melhor”); e • Dificuldade de pedir ajuda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe com depressão/ Precisava cuidar sozinha dela, dos irmãos e da casa; • Gravidez aos 15 anos; e • Casamento jovem e falecimento precoce do marido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consegue resolver o que precisa sozinha; • Recebe elogios pela sua independência; e • É sempre reconhecida pela postura de líder. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de depender de alguém em razão das possíveis limitações da doença; e • Necessidade de pedir ajuda a outras pessoas.
Controlador	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de lidar com críticas; • Baixa tolerância à frustração e ao erro. • Dificuldade de tomar decisões e de planejar; • Seguidora de regras; e Medo de se envolver com alguém e do rompimento destes relacionamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez não planejada; e • Falecimento precoce do marido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recebe muitos elogios por seguir regras; • Evita tomar decisões e fazer planos; • Evita se envolver com alguém; e • Evita situações em que possa errar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de tomar decisões; • Necessidade de fazer planos; e • Privação de contato afetivo-sexual / Desejo de namorar. <p style="text-align: center;">Efeito: Ansiedade</p>

Quadro 2. Análises molares de padrões comportamentais exibidos por Vitória.

Percebeu-se ainda que o forte controle instrucional presente na vida de Vitória poderia estar aumentando probabilidade da ocorrência de comportamentos como: esquiva de situações em que há probabilidade de errar e preocupação excessiva com a opinião das pessoas sobre ela.

Outra hipótese levantada é em relação à queixa de ansiedade apresentada pela cliente no início da terapia. Os comportamentos respondentes denominados pela cliente de ansiedade e irritação são classificados, a partir da análise molar, como efeito das contingências de reforçamento históricas e atuais. Verificou-se que Vitória só se engajava em atividades relacionadas ao seu desempenho e quando algo não saía conforme o esperado, em razão de sua ausência de repertório, ficava ansiosa e irritada.

Diante do exposto, a aceitação do diagnóstico de Esclerose Múltipla era enfraquecida pelos padrões comportamentais de Vitória, uma vez que o avanço da doença poderia prejudicar o seu desempenho em diversas áreas de sua vida, deixá-la dependente de outra pessoa em algum momento e exigir um repertório para lidar com incertezas e frustrações.

3. Objetivos Terapêuticos

- Desenvolver repertórios comportamentais funcionais e adequados aos seus contextos e relações pessoais;
- Promover o autoconhecimento;
- Facilitar a compreensão da cliente acerca das contingências que instalaram e mantém os seus comportamentos, a partir das análises molares e moleculares;
- Enfraquecer os padrões de esquiva;

- Promover a aceitação da doença;
- Aumentar a tolerância à frustração; e
- Utilizar o *setting* terapêutico como contexto para o conhecimento e discussão sobre a Esclerose Múltipla.

4. Mudanças Observadas

Ao longo do processo terapêutico, a queixa de ansiedade diminuiu consideravelmente. Na medida em que foi trabalhado em terapia, por meio de questionamento socrático, o relacionamento de Vitória com sua mãe, a cliente passou a dar menos importância às críticas e, portanto, a se preocupar menos com o seu desempenho, comportamento este que se generalizou para outros contextos.

Identificou-se uma maior exposição a situações em que havia uma probabilidade de erro, tais como: trabalhar em uma área diferente da que trabalhava antes, fazer planos, tomar a decisão de construir uma casa para morar sozinha com os filhos e se relacionar afetivamente com outras pessoas.

A aquisição de repertório de autoconhecimento pôde ser observada a partir dos relatos da cliente acerca de seus próprios comportamentos, conseguindo descrevê-los e relacioná-los ao contexto atual e ao seu histórico de vida.

Considerações Finais

A Esclerose Múltipla é uma doença autoimune, com causa desconhecida e para a qual ainda não existe cura. Vale ressaltar a importância de estudos nas diversas áreas de saúde e pesquisa que possibilitem o conhecimento e a desmistificação da doença.

O caso clínico apresentado demonstra a necessidade de abordar o indivíduo de forma global, única, sem recorrer a generalizações, mesmo que sejam apresentados sintomas similares aos de outros indivíduos. A Análise Comportamental Clínica prioriza o estudo do sujeito como único; mais importante do que a descrição dos sintomas trazidos pelo cliente ao consultório é identificar a função destes no seu ambiente. De acordo com Cavalcante e Tourinho (1998), a ênfase na topografia de um comportamento deixa de ser útil para uma análise comportamental, já que um mesmo padrão de resposta pode ser resultado de diferentes interações organismo-ambiente e, ainda, ter funções adaptativas diferentes.

Vitória chegou à terapia, por indicação médica, com queixas de irritabilidade e ansiedade, que, segundo a cliente, já eram comportamentos comuns na sua vida, mas que haviam sido agravados pelo diagnóstico recente de Esclerose Múltipla. Vitória se encaixava no perfil de prevalência da doença e apresentava os sintomas mais recorrentes, segundo pesquisas, como a fadiga (Moreira *et al.*, 2000).

Sintomas relacionados a quadros depressivos e ansiosos são também citados por diversos autores de pesquisas sobre Esclerose Múltipla (Costa *et al.*, 2005; Cerqueira & Nardi, 2011; Mendes *et. al*, 2003); entretanto, não há um consenso entre eles acerca da relação destes sintomas com a doença. A Análise Comportamental Clínica considera que comportamentos são multideterminados, de forma que um quadro depressivo/ansioso não teria relação apenas com a doença ou fatores atuais da vida do indivíduo, mas também com fatores filogenéticos, ontogenéticos e culturais

(Sousa & de-Farias, no prelo). Conforme Marçal (2005), precisamos conhecer a nossa história de vida para sabermos porque somos do jeito que somos. No estudo de caso apresentado, as análises molares foram relevantes no sentido de identificar a relação entre a história de aprendizagem da cliente e a instalação e manutenção de um repertório comportamental, que por sua vez, foi negativamente reforçado (i.e., respostas operantes se mantiveram, pois permitiam fuga-esquiva de estímulos aversivos), apresentando como efeito a ansiedade, e positivamente reforçado com elogios, sucesso, reconhecimento e autonomia.

Os exercícios de autoconhecimento, a audiência não punitiva e a relação terapêutica contribuíram para que a cliente conseguisse descrever seus comportamentos, os contextos em que estes ocorriam e identificar as relações de contingência entre eles, favorecendo o enfraquecimento da queixa de ansiedade. A não ocorrência de novos surtos da doença, bem como a medicação utilizada por Vitória, também devem ser consideradas como variáveis que contribuíram para a diminuição do quadro ansioso.

Na relação cliente-terapeuta, houve uma interação satisfatória desde as primeiras sessões, estabelecendo-se vínculo, confiança e um excelente engajamento nas atividades propostas na terapia. O acolhimento e a audiência não punitiva favoreceram ainda, o acesso da terapeuta aos relatos verbais da cliente acerca de sua história de vida (e.g., eventos aversivos) e de seus comportamentos privados, permitindo análises funcionais mais amplas. De acordo com Medeiros (2002), quando o terapeuta exerce a audiência não punitiva, ou seja, não pune o comportamento verbal do cliente, aumenta a probabilidade da ocorrência de relatos verbais na terapia que foram punidos em outros contextos. No caso de Vitória, tal relação foi ainda mais importante para o sucesso das intervenções terapêuticas, uma

vez que em outros contextos, principalmente em casa, a cliente tinha um histórico de cobranças e relações bastante punitivas.

A utilização do contexto terapêutico como ocasião para a compreensão da complexidade da doença, tanto por parte da cliente quanto da terapeuta, favoreceu o vínculo terapêutico e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento.

O foco na relação terapêutica é uma das premissas da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), proposta por Kohlenberg e Tsai (1991/2006). Segundo os autores, esta facilita a ocorrência dos “comportamentos-problema” e demais comportamentos-alvo durante as sessões, podendo assim ser trabalhados ao vivo no contexto terapêutico. O comportamentos emitidos pelo cliente são classificados como comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) que se subdividem em: CRBs1 – comportamentos-problema que ocorrem na sessão terapêutica; CRBs2 – comportamentos relacionados a progressos na terapia, e, CRBs3 – análises/interpretações que o cliente faz dos seus próprios comportamentos.

Utilizando estes conceitos da FAP, podem ser considerados CRBs1 os relatos constantes de Vitória sobre o seu excelente desempenho em algumas atividades, a dificuldade de falar sobre o que deu errado e sobre as possíveis limitações da doença. Foram realizadas perguntas que fizeram Vitória perceber a similaridade do que estava acontecendo em terapia com o que acontecia em outros contextos, sendo elas: “Você percebe o que está acontecendo agora?”, “Isso acontece em outros contextos?”, “Como as pessoas que convivem com você lidam com isso?”. Após as intervenções, foi possível identificar um aumento da frequência de relatos relacionados a frustrações e às preocupações em relação às limitações da EM (CRB2), a cliente ainda comentou após algumas sessões que havia percebido o

quanto priorizava falar sobre o seu desempenho, pois preferia ser elogiada a lidar com críticas e frustrações (CRB3).

Neste caso clínico, até o momento em que o presente trabalho foi redigido, foram priorizadas técnicas da TMA, como objetivo de favorecer o autoconhecimento por meio das análises molares. Nesse sentido, as intervenções foram planejadas de acordo com as particularidades desta cliente e com os relatos trazidos por ela.

Apesar do foco no autoconhecimento, foram levados em consideração ainda alguns conceitos da ACT, no sentido de aceitação da doença e na quebra do controle por regras que impediam a exposição a novas contingências e a aquisição de novos repertórios; e da FAP, utilizando a relação terapêutica como ferramenta que favorece a mudança no contexto terapêutico e se estende para fora dele. Embora o processo terapêutico continuasse em andamento, diante das mudanças observadas, considerou-se que as referidas intervenções foram bem sucedidas.

Frente à ocorrência de novos surtos da doença, podem ser acrescentados novos objetivos terapêuticos e, portanto, serão necessárias novas intervenções. Um maior aprofundamento em técnicas da ACT e da FAP poderiam ajudar essa cliente, num momento de surto ou não, a enfrentar e aceitar sentimentos aversivos, desenvolvendo novos repertórios e não permitindo que estes atrapalhem a sua recuperação e qualidade de vida.

Vale ressaltar que, em geral, é exigida do terapeuta uma postura isenta de sentimentos e preconceitos em relação ao cliente; entretanto, este também possui uma história de reforçamento que influencia seus comportamentos dentro e fora do consultório. Diante do relato de uma história de vida tão sofrida quanto a de Vitória, a terapeuta apresentou uma forte empatia, já que tinha uma idade próxima à da cliente e conseguia imaginar como se sentiria ou agiria naquela situação. A referida

empatia parece ter funcionado como um reforçador positivo, e permitiu que a cliente se sentisse à vontade para falar sobre os seus medos e angústias em relação à doença e à sua vida pessoal.

O presente trabalho atingiu o objetivo de apresentar a Análise do Comportamento como uma abordagem eficiente no acompanhamento psicológico de um indivíduo com o diagnóstico de Esclerose Múltipla, o que agrega conhecimento tanto para a Psicologia quanto para outras áreas relacionadas à saúde no que se refere ao acompanhamento de pacientes com doenças crônicas.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. H. R. B., Rocha, F.C., Nascimento, F.C.L., & Campelo, L.M. (2007).
Ensinando e aprendendo com portadores de Esclerose Múltipla: Relato de
experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60, 460-463.
- Amaral, V. L. A. R. (1999). Novos desafios na formação do psicólogo na área da
saúde. Em R. R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e saúde: Explorando
alternativas* (pp.3-9). Santo André: ARBytes.
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R.
R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 4.
Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade de
aplicação* (pp. 75-82). Santo André: ESETec.
- Baum, W. M. (1994/2006). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento
e cultura* (M. T. A. Silva, M. A. Matos, G. Y. Tomanari, & E. Z. Tourinho,
trads.). Porto Alegre: Artmed.
- Callegaro, D. (2001). *Diagnóstico e Tratamento da Esclerose Múltipla*. Projeto
Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.
- Cavalcante, S. N. (1999). *Análise Funcional na terapia comportamental: Uma
discussão das recomendações do behaviorismo contextualista*. Dissertação
apresentada ao Curso de Mestrado de Psicologia, Teoria e Pesquisa do
Comportamento da Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
- Cavalcante, S. N., & Tourinho, E. Z. (1998). Classificação e diagnóstico na clínica:
Possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e
Pesquisa*, 14, 139-147.
- Chiesa, M. (1994/2006). *Behaviorismo Radical: A filosofia e a ciência* (C. A.
Cameschi, trad.). Brasília: IBAC Editora, Ed. Celeiro.

- Conte, F. C. S. (1999). A Terapia de Aceitação e Compromisso e a criança: Uma exploração com o uso de fantasia a partir do trabalho com argila. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol.4. Psicologia comportamental e cognitiva: Da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (pp.121-132). Santo André: ESETec.
- Costa, C. C. R., Fonteles, J. L., Praça, L. R. & Andrade, Â. C. O. (2005). Adoecimento do portador de esclerose múltipla: Percepções e vivências a partir da narrativa de dois casos clínicos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18, 117-124.
- Costa, N. (2011). O surgimento de diferentes denominações para a Terapia Comportamental no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13, 46-57.
- Cerqueira, A. C. R., & Nardi, A. E. (2011). Depressão e esclerose múltipla: Uma visão geral. *Revista Brasileira de Neurologia*, 47, 11-16.
- de-Farias, A. K. C. R. (2010). Por que “Análise Comportamental Clínica”? Em A. K. C.R.de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 19-29). Porto Alegre: Artmed.
- Delitti, M. (1997). Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delitti (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol.2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 37-44). São Paulo: ARBytes.
- Ferreira, A. B. H. (1999). *Aurélio Século XXI: O dicionário da Língua Portuguesa* (3ª. ed. rev. e ampl.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Fernandes, I. R. (2005). *Avaliação do aprendizado da aplicação subcutânea executada pelo portador de esclerose múltipla*. Dissertação de mestrado não

publicada, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo.

Marçal, J. V. S. (2005). Refazendo a história de vida: Quando as contingências passadas sinalizam a forma de intervenção clínica atual. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 15. Expondo a variabilidade* (pp. 258-273). Santo André: ESETec.

Marçal, J. V. S. (2007). Análise comportamental clínica de casos de transtorno do pânico: Sintomas iguais, intervenções diferentes. Em R. R. Starling (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol.19. Temas clássicos*(pp. 314-325). Santo André: ESETec.

Marçal, J. V. S. (2010). Behaviorismo radical e prática clínica. Em A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 30-48). Porto Alegre: Artmed.

Marçal, J. V. S., & Dutra, A. (2010). *Terapia molar e de autoconhecimento*. Mini-curso ministrado no Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Campos do Jordão, SP.

Medeiros, C. A. (2002). Comportamento verbal na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, IV*, 105-118.

Mendes, M. F., Tilbery, C.P., Balsimelli, S., Felipe, E. , Moreira, M. A., Barão-Cruz, A. M. (2000). Fadiga na forma remitente-recorrente da Esclerose Múltipla. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 58*, 471-475.

Mendes, M. F., Tilbery, C. P., Balsimelli, S., Moreira, M. A., Barão-Cruz, A. M. (2003). Depressão na esclerose múltipla na forma remitente-recorrente. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 61*, 591-595.

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

- Moreira, M., Felipe, E. , Mendes, M. & Tilbery, C. (2000). Esclerose Múltipla. Estudo descritivo de suas formas clínicas em 302 casos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 58, 300-303.
- Polman, C. H., Reingold, S. C., Edan, G., Filippi, M., Hartung, H. P., Kappos, L., Lublin, F. D., Metz, L. M., MacFarland, H. F., O'Connor, P. W. , Sandberg-Wollhei, M., Thompson, A. J. , Weinshenker, B. G., Wolinsky, J. S. (2005). Diagnostic criteria for Multiple Sclerosis: 2005 revisions to the McDonald Criterial. *Annals of Neurology*, 58, 840-846.
- Rosinha, L. C., Greve, P., Nascimento, N. H., Lopes, P. G., Calonego, C. A. & Boschi, S. R. M. S. (2008). Exercício resistido, ansiedade e depressão em portadores de Esclerose Múltipla. *Fisioterapia e Movimento*, 21, 83-91.
- Skinner, B. F. (1953/1998). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1974/1982). *Sobre o Behaviorismo* (M. da P. Villalobos, trad.). São Paulo: Cultrix.
- Sousa, D. D. & de-Farias, A. K. C. R. (no prelo). Dor Crônica e Terapia de Aceitação e Compromisso: Um Caso Clínico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*.
- Tilbery, C. P., Felipe, E. , Baldauf, C. M., & Peres, M. F. P (1995). Esclerose múltipla: Análise clínica e evolutiva de 214 casos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 53, 203-207.
- Tourinho, E. Z. (2006). Relações comportamentais como objeto da psicologia: Algumas implicações. *Interação em Psicologia*, 10, 1-8.
- World Health Organization Federation MSI (2008). *Atlas: Multiple sclerosis resources in the world 2008*. Genebra/Suíça

Anexos

Anexo 1. Termo de Autorização para Supervisão do IBAC

**AUTORIZAÇÃO PARA
COMUNICAÇÃO ORAL E PUBLICAÇÃO DE ESTUDO DE CASO.**

Eu, _____,
portador(a) da identidade nº _____ autorizo a publicação
escrita de estudo de caso e a comunicação oral, em Encontros de Psicologia, do
conteúdo das sessões de Terapia Analítico-Comportamental conduzidas pelo(a)
terapeuta _____, com registro no
CRP nº: _____, com a finalidade de promover o conhecimento e o
desenvolvimento de tecnologias no campo da Psicologia. Foi-me assegurado que, em
todos os casos acima citados, minha identidade será mantida em sigilo, bem como
quaisquer dados que possam identificar a mim ou quaisquer pessoas citadas nas
sessões.

Brasília, ____ de _____ de 20 ____ .

Cliente/Responsável

Aluno(a)/Terapeuta

Supervisor(a)

Coordenação Clínica

Anexo 2. Entrevista Inicial

ENTREVISTA INICIAL

Brasília de de 2012.

Identificação

Nome:

Data de nascimento: / / Idade: Estado Civil:

Sexo: ()F ()M Escolaridade:

Telefones: Email:

Genograma

Família de origem

Família formada

Histórico médico/psicológico

Doença crônica: ()Não ()Sim Qual:

Medicação controlada: ()Não ()Sim Qual:

Data do último **check-up**:

Fez terapia anteriormente? ()Não ()Sim Duração:

Motivo do encerramento:

Diagnóstico psiquiátrico:

Data:

Medicação controlada: ()Não ()Sim Qual:

Obs.:

Queixa

Anexo 3. Exercícios de Autoconhecimento

Assinale características que você acha que apresenta em pelo menos alguns momentos:

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> autoritário | <input type="checkbox"/> carinhoso | <input type="checkbox"/> inassertivo |
| <input type="checkbox"/> inseguro | <input type="checkbox"/> arrogante | <input type="checkbox"/> paciente |
| <input type="checkbox"/> calado | <input type="checkbox"/> acomodado | <input type="checkbox"/> persistente |
| <input type="checkbox"/> impulsivo | <input type="checkbox"/> produtivo | <input type="checkbox"/> extrovertido |
| <input type="checkbox"/> educado | <input type="checkbox"/> compreensivo | <input type="checkbox"/> tranqüilo |
| <input type="checkbox"/> agressivo | <input type="checkbox"/> indiferente | <input type="checkbox"/> exigente |
| <input type="checkbox"/> prestativo | <input type="checkbox"/> se queixar | <input type="checkbox"/> controlador |
| <input type="checkbox"/> ciumento | <input type="checkbox"/> sedutor | <input type="checkbox"/> pacificador |

Que sensações, sentimentos são comuns em você?

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> raiva | <input type="checkbox"/> calma |
| <input type="checkbox"/> medo | <input type="checkbox"/> angústia |
| <input type="checkbox"/> alegria | <input type="checkbox"/> indiferença |
| <input type="checkbox"/> tristeza | <input type="checkbox"/> solidão |
| <input type="checkbox"/> desânimo | <input type="checkbox"/> desejo sexual |
| <input type="checkbox"/> euforia | <input type="checkbox"/> paixão |
| <input type="checkbox"/> ansiedade | <input type="checkbox"/> nojo |

Nota de 0 a 10 para as seguintes características:

- Nível de exigência de si e dos outros
- Autonomia/Dependência em relação aos outros
- Impulsividade/Persistência
- Controlador/Controlado
- Perfeccionista
- Seguidor/Não seguidor de regras
- Passivo/Com iniciativa
- Tolerância à frustração
- Confiança em si
- Autoestima