

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA GUMIELA DE SENA

AVALIAÇÃO DA ADIÇÃO DO COMPONENTE DE UM TREINO DE HABILIDADES
SOCIAIS À PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL PARA CLIENTES COM
ANSIEDADE SOCIAL

CURITIBA

2019

ANA PAULA GUMIELA DE SENA

AVALIAÇÃO DA ADIÇÃO DO COMPONENTE DE UM TREINO DE HABILIDADES
SOCIAIS À PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL PARA CLIENTES COM
ANSIEDADE SOCIAL

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em
Psicologia, Setor de Ciências Humanas, da Universidade
Federal do Paraná, como parte dos Requisitos para a obtenção
do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª Dra Jocelaine Martins da Silveira

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Sena, Ana Paula Gumiela de

Avaliação da adição do componente de um Treino de Habilidades Sociais à
Psicoterapia Analítica Funcional para clientes com ansiedade social. / Ana
Paula Gumiela de Sena. – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Prof^a. Dr^a. Jocelaine Martins da Silveira

1. Psicoterapia. 2. Fobia social. 3. Transtorno da ansiedade – Tratamento.
4. Treinamento de Habilidades Sociais. I. Silveira, Jocelaine Martins da.
II. Título.

CDD – 616.852206



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PSICOLOGIA -
40001016067P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **ANA PAULA GUMIELA DE SENA**, intitulada: **AVALIAÇÃO DA ADIÇÃO DO COMPONENTE DE UM TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS À PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL PARA CLIENTES COM ANSIEDADE SOCIAL**, sob orientação da Profa. Dra. JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa. A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 17 de Fevereiro de 2020.


JOCELAINE MARTINS DA SILVEIRA
Presidente da Banca Examinadora


ANA PAULA VIEZZER SALVADOR
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)


RODRIGO NUNES XAVIER
Avaliador Externo (PRÁTICA PRIVADA)

Dedico esse trabalho ao

Meu Deus, meu Criador.

A Ele sejam a honra, a glória e o louvor.

Agradecimentos

Para mim é muito claro que a realização e conclusão deste trabalho não seriam possíveis se, durante a caminhada, eu estivesse sozinha. É por esta razão que dedicarei as próximas linhas agradecendo a cada um que, de alguma maneira, contribuiu para que eu alcançasse êxito na tarefa proposta.

À minha orientadora, Professora Jocelaine Martins da Silveira. Nem sei por onde começar. Gratidão é, definitivamente, a primeira palavra que me vem à mente para descrever o que sinto, por tudo o que você fez por mim durante nossa trajetória juntas até aqui. Muito obrigada por cada palavra de motivação, encorajamento, ensinamento. Obrigada por ser sempre tão sensível e tão humana, durante todo o processo. Obrigada por me aceitar e por me fazer acreditar que seria possível. Você é inspiradora, amável e admirável. Terá sempre um lugar muito especial no meu coração.

Aos membros da banca, Rodrigo Nunes Xavier e Professora Ana Paula Viezzer Salvador, os meus sinceros agradecimentos pelo aceite em participar para a avaliação e o aprimoramento deste trabalho. Ao Professor Gabriel Gomes de Luca, membro suplente, por estar sempre tão disponível, o meu muito obrigada!

À terapeuta colaboradora. Foram tantas horas de dedicação ao estudo dos casos, aos atendimentos, supervisões e discussões. Agradeço muito por sua disposição e pela parceria durante os meses da coleta de dados. Seu jeito doce e leve de viver fizeram toda a diferença nesta fase da minha caminhada!

Às categorizadoras e aos transcritores, o meu muito obrigada pela paciência e tempo dedicados, com tanta excelência, a tarefas tão desafiadoras como estas. Sem a ajuda de vocês, o trabalho não seria possível.

Às clientes Ana, Laura e Sandra. Obrigada pelo comprometimento, engajamento e abertura durante todo o processo!

Ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado de Psicologia da Universidade Federal do Paraná e à todos os que trabalham neste lindo projeto, obrigada por todo o suporte necessário para a conclusão deste estudo.

Às minhas amigas e colegas de mestrado: Angélica, Maria Fernanda, Vitória, Elisa, Marjorie e Mariana. Vocês foram fundamentais para que este tempo fosse leve e prazeroso. Obrigada por todo carinho, suporte, ajuda, disponibilidade...pelas trocas, sorrisos. Cada uma de vocês contribuiu de maneira importante para que eu conseguisse chegar até aqui.

Ao meu querido amigo, Matheus. Agradeço por tantas vezes poder contar com sua ajuda e sua incrível disposição!

E por fim, meu agradecimento às três pessoas mais importantes na minha vida: meu marido, minha mãe e meu pai. Obrigada por estarem ao meu lado durante todo este percurso. Obrigada por entenderem a minha ausência durante vários momentos nestes últimos dois anos, e por tornarem a minha dedicação a este estudo possível. Vocês são essenciais na minha vida. Amo vocês!

Uma falha nem sempre é um erro. Pode ter sido, simplesmente, a melhor coisa que alguém conseguiu fazer diante das circunstâncias. O real erro é parar de tentar.

- B. F. Skinner

RESUMO

A ansiedade social (ou fobia social) tem sido objeto de diversos estudos, recentemente. A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e o Treinamento de Habilidades Sociais (THS) são duas das opções de tratamento que tem sido investigadas para a população com ansiedade social. O presente estudo teve como objetivo avaliar e comparar uma intervenção em FAP com um tratamento composto pela FAP acrescido de um componente de THS para participantes com ansiedade social. Os objetivos específicos da pesquisa consistiram em: observar/ verificar se houve diferenças na frequência de comportamentos de melhora em cada condição de tratamento; e observar e comparar os efeitos de cada intervenção na generalidade clínica dos comportamentos para o contexto fora de sessão. Para isso, utilizou-se um delineamento A-B-BC para as clientes Ana e Sandra, e A-BC-B para Laura, nos quais a fase A consistiu na linha de base, a fase B em um tratamento em FAP, e a fase BC em um tratamento FAP acrescido de THS. Fizeram parte do estudo três clientes, estudantes universitárias, com idades entre 20 e 25 anos, que preencheram critérios para ansiedade social, apresentaram baixo repertório em habilidades sociais e dificuldades em relacionamentos interpessoais. Colaboraram com o estudo: uma terapeuta, três categorizadoras e oito transcritores. As sessões foram gravadas e categorizadas com base na *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS), acrescida da categoria CRB2O2. Uma nova categoria foi acrescentada à FAPRS com o objetivo de facilitar a observação e categorização dos comportamentos de melhora das clientes fora da sessão. Os dados foram analisados por meio dos seguintes tratamentos estatísticos: Método JT, Análise de Probabilidade Transicional e Coeficiente de Correlação de Pearson. Os resultados indicaram melhora no quadro de ansiedade social para as três clientes. Os dados mostraram que as frequências dos relatos de comportamentos de melhora no contexto de vida diária foram maiores na condição FAP+THS, e que não houve diferenças quanto às frequências de comportamentos de melhora de dentro da sessão, para as duas condições ativas do estudo. Concluiu-se que o uso de componentes, como os propostos pelo THS, somados à FAP, podem ser utilizados pelo terapeuta no desenvolvimento de repertórios sociais mais habilidosos, para facilitar a ocorrência dos comportamentos de melhora fora do contexto terapêutico.

Palavras-chave: Psicoterapia Analítica Funcional. Treinamento de habilidades sociais. Construção de repertório. Transtorno de ansiedade social. Generalidade clínica.

ABSTRACT

Social anxiety (or social phobia) has been the subject of several studies, recently . Functional Analytic Psychotherapy (FAP) and Social Skills Training (THS) are two of the treatment options that have been investigated for the population with social anxiety. The present study aimed to evaluate and compare an intervention in FAP with a treatment composed of FAP plus a THS components for participants with social anxiety. The specific objectives of the research were: to observe / verify if there were differences in the frequency of improvement behaviors in each experimental phase; and to observe and compare the effects of each intervention on the generalization of behaviors for the out-of-session context. For this, an A-B-BC design was used for clients Ana and Sandra, and A-BC-B for Laura, in which phase A consisted of the baseline, phase B in a FAP treatment, and phase BC in a FAP treatment plus THS. The study included three clients, university students, aged between 20 and 25 years, who met criteria for social anxiety, had low repertoire in social skills and difficulties in interpersonal relationships. Collaborated with the study: one therapist, three coders and eight transcribers. The sessions were recorded and categorized based on the *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS). A new category has been added to FAPRS to facilitate the observation and categorization of out-of-session client improvement behaviors. Data were analyzed by the following statistical treatments: JT Method, Transitional Probability Analysis and Pearson Correlation Coefficient. The results indicated improvement in social anxiety for the three clients. The data showed that the frequency of reports of improvement behaviors in the context of daily living were higher in the FAP + THS condition, and that there were no differences in the frequency of improvement behaviors within the session, for the two study conditions, for the three clients. It was concluded that the use of components, such as those proposed by the THS, added to FAP, can be used by the therapist in the development of more skilled social repertoires, to facilitate the occurrence of improvement behaviors outside the therapeutic context.

Keywords: Functional Analytic Psychotherapy. Social skills training. Repertoire building. Clinical generality.

Apresentação

O presente estudo visou investigar o uso da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) com a adição de componentes de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) para clientes com ansiedade social. Com base em minha experiência na prática clínica em análise do comportamento, no atendimento a clientes adultos com problemas de transtorno de ansiedade social, notei que as pessoas com habilidades sociais deficitárias apresentavam maiores dificuldades em melhorar. Uma das minhas preocupações estava relacionada ao desejo de pensar um modelo de intervenção que pudesse promover uma melhora para a população que apresenta diagnóstico de ansiedade social. Outra preocupação consistiu em investigar uma intervenção que fosse capaz de otimizar e facilitar a generalidade clínica dos ganhos em sessão para o contexto de vida diária dos clientes, já que muitas vezes o que é observado na prática clínica indica que nem sempre o processo ocorre como planejado. Além disso, esta pesquisa pretendeu contribuir para os esforços realizados pela Rede de Colaboração Interinstitucional para a pesquisa e o desenvolvimento das Terapias Analítico-Comportamentais (REDETAC - <https://www.redetac.org/>, recuperado em 19 de agosto, 2018) nos estudos relacionados aos transtornos de ansiedade.

A relevância do estudo também se deve às informações de prevalência do transtorno. Nos Estados Unidos, segundo o DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), estima-se que 7% da população apresente os critérios diagnósticos para ansiedade social. No Brasil, estudos indicam uma prevalência de 14,8% numa população de idosos do sul do estado de Santa Catarina (Machado et al., 2016), de 23,12% numa amostra de adolescentes, alunos do ensino fundamental e médio de duas escolas em Porto Alegre (Fernandes & Terra, 2008) e de 11,6% numa amostra de estudantes universitários (Baptista et al., 2012).

A presente pesquisa apresenta de forma breve os conceitos de habilidade, habilidades sociais, orientação construcional, além dos fundamentos da Psicoterapia Analítica Funcional e do Treinamento em Habilidades Sociais. Além das questões teóricas, o estudo também apresenta dados relevantes de pesquisas em FAP, THS e ansiedade social.

A pesquisa se propôs, portanto, a avaliar e comparar uma intervenção analítico-comportamental composta apenas pela FAP, com uma intervenção em FAP com a adição de procedimentos do THS para clientes com ansiedade social. Foram também verificadas as possíveis diferenças na frequência de comportamentos de melhora em cada condição de tratamento. Além disso, o estudo teve como objetivo observar e comparar os efeitos de cada condição na generalidade clínica dos comportamentos para o contexto fora de sessão.

Sumário

Habilidades Sociais.....	19
Treinamento de Habilidades Sociais	24
Pesquisas sobre THS e ansiedade social.....	26
Psicoterapia Analítica Funcional	28
Pesquisas em FAP	32
FAP+THS: construindo um repertório que facilite a ocorrência de comportamentos de melhora na vida cotidiana.....	41
Método.....	42
Participantes.....	42
Clientes	42
Colaboradores	43
Terapeuta	43
Categorizadores	43
Aspectos Éticos.....	44
Instrumentos	44
Materiais	49
Local	49
Procedimentos	50
Seleção de participantes (clientes).....	50
Treino de categorizadores.....	51
Treino da terapeuta	55

Coleta de dados.....	56
Delineamento da pesquisa	56
Análise de dados	63
Resultados e Discussão.....	66
Integridade do tratamento em FAP.....	66
Análise de Probabilidade Transicional	68
Frequências dos comportamentos de melhora das clientes para os contextos de dentro e fora da sessão	73
Análises dos escores dos instrumentos aplicados antes e depois da intervenção	78
Considerações Finais	87
Referências	93
Anexos	97

A ansiedade social é um transtorno psiquiátrico que prejudica os relacionamentos interpessoais e diversas formas de tratá-la têm sido estudadas. Ela é um dos problemas mais frequentes na saúde mental (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014). Por essa razão, estudos que buscam compreender (Zamignani & Banaco, 2005) e intervir (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014; Magri, 2015; Souza, 2018) em casos de ansiedade social têm sido frequentes.

De acordo com o DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), os transtornos de ansiedade compartilham, como características fundamentais para o diagnóstico, o medo e a ansiedade de forma intensa e em excesso, além da presença de perturbações comportamentais (American Psychiatric Association, 2014, p. 189). Estes aspectos estão presentes em todos os transtornos ansiosos, embora sua frequência e intensidade possam diferir para cada diagnóstico.

A ansiedade social (ou fobia social) é um dos transtornos de ansiedade classificados no DSMV (American Psychiatric Association, 2014). Com base no DSM-V, indivíduos com este transtorno apresentam, essencialmente, medo ou ansiedade intensos em contextos de avaliação social (critério A). Além desta característica preponderante, existem outros nove critérios para que o diagnóstico seja realizado: medo de demonstrar os sintomas de ansiedade, que serão avaliados negativamente (critério B); medo e ansiedade quase sempre estão presentes diante de situações sociais (critério C); o indivíduo evita ou suporta as situações sociais com medo ou ansiedade intensos (critério D); as reações do indivíduo são desproporcionais à ameaça real (critério E); a duração do medo, ansiedade ou esquiva dura mais de seis meses, de forma persistente (critério F); há sofrimento e prejuízos significativos no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida do indivíduo (critério G); as reações de medo, ansiedade ou esquiva não são decorrentes de efeitos fisiológicos do uso de uma substância ou de alguma outra condição médica (critério H); não há outro transtorno mental que explique melhor as reações de medo, ansiedade e esquiva (critério I); e na presença de outra condição médica (como doença de Parkinson, obesidade entre outras), o medo, ansiedade ou esquiva é excessivo ou não

está claramente relacionado (American Psychiatric Association, 2014).O manual não deixa claro quais critérios devem ser apresentados para que o diagnóstico seja realizado.

Nos Estados Unidos, segundo o DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), estima-se que 7% da população apresente os critérios diagnósticos para ansiedade social. No Brasil, estudos indicam uma prevalência de 14,8% numa população de idosos do sul do estado de Santa Catarina (Machado et al., 2016), de 23,12% numa amostra de adolescentes, alunos do ensino fundamental e médio de duas escolas em Porto Alegre (Fernandes & Terra, 2008) e de 11,6% numa amostra de estudantes universitários (Baptista et al., 2012).

Zamignani e Banaco (2005) fazem uma análise comportamental da ansiedade, como fenômeno clínico, definindo-a a partir dos seguintes aspectos: existência de comprometimento ocupacional, que interfere de forma direta nas atividades profissionais, sociais e acadêmicas; grau significativo de sofrimento relatado pelo indivíduo; e tempo significativo gasto ao se engajar em comportamentos de evitação e eliminação.

No caso mais específico da ansiedade social, o indivíduo tende a emitir respostas que eliminem, adiem ou amenizem um evento ameaçador ou incômodo, como críticas ou avaliação de terceiros. Dessa forma, os comportamentos considerados ansiosos são mantidos por reforço negativo, ou seja, pela retirada ou adiamento de estímulos/ eventos aversivos (Zamignani & Banaco, 2005).

Zamignani e Banaco (2005) propõem ainda que o fenômeno da ansiedade é caracterizado por componentes respondentes e operantes. Os estados emocionais

correspondentes à uma situação de ansiedade podem ser inicialmente explicados pelos processos respondentes característicos do medo. No caso de uma contingência que envolva a emoção “medo”, os estímulos que antecedem a resposta costumam ser aversivos. Ao abordar uma contingência de ansiedade o processo é semelhante. A diferença entre as duas contingências (medo e ansiedade) está na necessidade da antecipação do estímulo aversivo no caso da ansiedade. Zamignani e Banaco (2005) usam o conceito de estímulo aversivo condicionado para explicar a semelhança entre as duas emoções:

“Dessa forma, estímulos habitualmente neutros para a resposta de medo, se forem seguidos consistentemente por (ou seja, se forem condicionados) a estímulos aversivos incondicionados, passarão a adquirir, eles próprios, propriedades aversivas e poderão eliciar respostas semelhantes ao medo: a ansiedade...Esta então, seria uma resposta que se ‘anteciparia’ ao estímulo aversivo incondicionado, embora não estivesse sob controle do futuro, e sim de um estímulo aversivo condicionado presente (chamado por alguns autores de pré-aversivo)” (Zamignani & Banaco, 2005, p. 82).

Além dos componentes respondentes, a definição do conceito de ansiedade também é caracterizada por respostas que modificam o ambiente, ou seja, respostas operantes (Zamignani & Banaco, 2005), como os comportamentos de fuga (caracterizado pela eliminação ou diminuída intensidade de um estímulo aversivo) e esquiva (caracterizado pelo estímulo aversivo postergado). Outro processo operante possível para explicar o fenômeno da ansiedade, descrito por Estes e Skinner (1941), é o paradigma da supressão condicionada, que propõe que diante da possibilidade da emissão de uma resposta de fuga do estímulo aversivo condicionado ou incondicionado, a resposta de fuga é mais provável do que emitir um comportamento que produza efeitos reforçadores positivos. Quando não há, entretanto, a possibilidade de resposta de fuga e/ou esquiva, o efeito da estimulação condicionada tem o potencial de paralisar a emissão de respostas operantes que produzem reforço positivo. Apesar de ser aceito como um bom modelo para explicar a ansiedade, o

paradigma da supressão condicionada não é suficiente para explicar todos os fenômenos 18

descritos como transtornos de ansiedade. Além do que foi descrito até aqui, um comportamento ansioso operante pode ainda ser mantido por diferentes possibilidades de reforço: uma resposta de esquiva pode ser mantida por reforço positivo (elogios, aprovação) ou por reforço negativo (quando se produz a retirada ou adiamento de uma demanda; efetiva diminuição das críticas no ambiente social em que a pessoa está inserida) (Zamignani & Banaco, 2005).

Sob a ótica da análise do comportamento, portanto, a ansiedade é um fenômeno bastante complexo. Por essa razão, antes do início de uma intervenção psicoterapêutica, é necessária uma avaliação comportamental individual detalhada, para o levantamento das variáveis de controle relevantes para cada caso (Zamignani & Banaco, 2005). Para clientes com ansiedade social, mais especificamente, a avaliação comportamental detalhada pode conter uma observação do repertório como um todo, incluindo um levantamento das habilidades sociais apresentadas.

Habilidades Sociais

Anterior ao conceito de habilidade social, Skinner (1953/2003) descreve de forma breve o que considera ser a noção de **habilidade**. Segundo ele, **habilidade** é o resultado de reforços educacionais contingentes às propriedades topográficas ou intensivas do comportamento. De acordo com Skinner (1953/2003), a educação e os reforçadores educacionais são responsáveis pela aquisição de novos comportamentos e também pelo refinamento dos comportamentos até que se tornem comportamentos habilidosos. Depois de instalado no repertório do indivíduo, o comportamento habilidoso passa a ser controlado e mantido pela consequência/ reforço natural da resposta, ou seja, reforçadores não educacionais. Skinner (1953/2003) cita como exemplo (do processo de aquisição de uma

habilidade) o comportamento de “jogar tênis”. Inicialmente os comportamentos do aprendiz ficam sob controle dos reforçadores liberados pelo professor. Ao pegar corretamente a raquete e lançar a bola na direção adequada, o professor pode dizer “boa!”, “muito bem!” e isso pode ter efeito reforçador, aumentando a probabilidade de que estes comportamentos voltem a ocorrer. Mais tarde, a própria direção da bola e outros benefícios garantidos pela habilidade e destreza no comportamento do aluno terão efeitos reforçadores e manterão os comportamentos no repertório do indivíduo (Skinner, 1953/2003). Além disso, Skinner (1953/2003) também ressalta a importância do grupo para a aquisição e manutenção de habilidades no repertório do indivíduo. De acordo com ele, o indivíduo adquire do grupo grande parte do repertório de usos e costumes, ou seja, o que o ele faz, e como o faz, tendem a ser influenciados pelo grupo do qual ele é membro.

Além da conceituação de habilidade descrita por Skinner (1953/2003), outro pressuposto importante para a compreensão da construção de um repertório habilidoso se encontra no que Goldiamond(1974/2002) chama de modelo e/ou **orientação construcional**. Ao se deparar e analisar os modelos de intervenção psicológica utilizados até então (até a década de 70), e suas implicações éticas, Goldiamond(1974/2002) se preocupou em desenvolver um modelo, que poderia ser útil, tanto para a prática, quanto para a pesquisa em psicologia, e que fosse consistente com os seguintes aspectos: orientações legais para a construção de um contrato de trabalho e a limitação de poderes entre as partes (cliente – terapeuta, por exemplo), obrigações éticas estabelecidas pela lei, as necessidades do cliente e os requisitos investigativos e analíticos da análise do comportamento.

O que Goldiamond(1974/2002) propôs, então, foi uma **orientação construcional**. Ele a definiu como “uma orientação na qual a solução para os problemas é a construção de repertórios ao invés de eliminação de repertórios”(Goldiamond, 1974/2002, p. 121), e ainda

argumentou que, em termos gerais, a busca por tratamento ocorre por conta do sofrimento gerado pelos repertórios que o cliente já apresenta, ou ainda, a ausência deles.

Ao contrário de uma orientação patológica, cujos procedimentos buscam eliminar do repertório do cliente os comportamentos problemáticos, a **orientação construcional** tem como objetivo aumentar as opções de repertórios sociais disponíveis de forma direta (Goldiamond, 1974/2002). O objetivo da orientação construcional, portanto, não é intervir diretamente nos comportamentos problemáticos ou perturbadores, mas desenvolver o repertório como um todo, para conduzir a pessoa à resolução do sofrimento de forma indireta. Sendo assim, o tratamento estaria orientado não apenas à diminuição da frequência dos comportamentos que geram ou mantêm o sofrimento, mas também na direção de aumentar a variabilidade do repertório, com o objetivo de instrumentalizar o cliente para que ele seja mais eficaz no seu ambiente.

De acordo com Goldiamond (1974/2002), para desenvolver repertórios comportamentais, um programa construcional conterá os seguintes elementos: 1) Metas – comportamentos específicos a serem desenvolvidos; 2) Repertório já existente e relevante – o repertório que o cliente já apresenta e a partir do qual os novos repertórios serão construídos; 3) Consequências mantenedoras – quais reforçadores podem ser utilizados no decorrer do programa; 4) Etapas do programa – especificação de uma agenda de intervenção que considere a “distância” entre o repertório atual e o que se deseja atingir com a intervenção; e 5) Medidas de progresso – critérios de avaliação dos progressos da intervenção.

Desde as primeiras tentativas de conceituar e operacionalizar a expressão **habilidades sociais**, a tarefa apresentou alguns desafios aos estudiosos do tema. De acordo com Del Prette e Del Prette(2001b), há um grande número de conceitos a respeito das habilidades sociais que

são discordantes ou complementares entre si, o que impede o consenso no entendimento do termo entre os pesquisadores da área.

Caballo(1996/2011) define o comportamento socialmente habilidoso como um comportamento que expressa sentimentos, ações, desejos, opiniões e direitos de uma maneira apropriada à situação, de forma que os comportamentos dos demais sejam respeitados, e que solucione os problemas imediatos decorrentes da situação atual e que ainda diminua a probabilidade de esse mesmo problema voltar a ocorrer.

Del Prette e Del Prette (2001) definem, inicialmente, as habilidades sociais com base nos seus componentes. De acordo com os autores, há três classes mais amplas de componentes: os comportamentais, os cognitivo-afetivos, os fisiológicos e uma classe adicional (que não se encaixa nas duas primeiras). Os componentes comportamentais são divididos em três grupos: verbais de conteúdo (que consistem em: fazer/responder a perguntas; solicitar mudança de comportamento; lidar com críticas; pedir/dar *feedback*; opinar/ concordar/ discordar; elogiar/ recompensar/ gratificar; agradecer; fazer pedidos; recusar; justificar-se; autorrevelar-se/ usar o pronome EU; usar conteúdo de humor), verbais de forma (que consistem em: latência e duração; regulação; transtornos da fala) e não verbais (que consistem em: olhar e contato visual; sorriso; gestos; expressão facial; postura corporal; movimentos com a cabeça; contato físico; distância/proximidade). Os componentes cognitivo-afetivos são: conhecimentos prévios (sobre a cultura e ambiente; sobre os papéis sociais e autoconhecimento), expectativas e crenças (planos, metas e valores pessoais; autoconceito; auto-eficácia *versus* desamparo; estereótipos) e estratégias e habilidades de processamento (leitura do ambiente; resolução de problemas; auto-observação; auto-instrução; empatia). Os componentes fisiológicos são: taxa cardíaca, respostas eletromiográficas, respiração, resposta

galvânica da pele e fluxo sanguíneo. E por último, os outros componentes: atratividade física e aparência pessoal(Del Prette & Del Prette, 2001b).

Em uma operacionalização mais recente, Del Prette e Del Prette(2010) definem habilidade social como “um constructo, inferido das relações funcionais entre as respostas de duas ou mais pessoas em interação, onde as respostas de uma delas são antecedentes ou consequentes para as da outra, de forma dinâmica e alternada no processo interativo” (Del Prette & Del Prette, 2010, p. 106). Segundo os autores, um comportamento somente é considerado socialmente habilidoso quando contribui para a competência social em uma tarefa de interação social. Sendo assim, ainda que habilidade social e competência social não possam ser entendidos como sinônimos, são definições interdependentes (Del Prette & Del Prette, 2010).

Bolsoni-Silva e Carrara (2010) apresentam uma definição ampla do conceito de habilidades sociais, baseada na funcionalidade dos comportamentos. Segundo os autores, as “habilidades sociais podem ser conceituadas como conjunto de comportamentos emitidos diante das demandas de uma situação interpessoal, desde que maximizem os ganhos e reduzam as perdas para as interações sociais” (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010, p. 330). Ainda segundo os autores, partindo dos pressupostos do behaviorismo radical e dos aspectos e conceitos do campo das habilidades sociais, as habilidades sociais podem ser consideradas uma **qualificação** ou **adjetivação** de repertórios operantes, especialmente os repertórios verbais, pois há uma comunidade verbal que consequencia tais comportamentos. Os autores citam, como exemplos de comportamentos operantes habilidosos, os comportamentos de fazer pedidos e o de solicitar mudança de comportamento, que podem ser atendidos (reforçados) ou recusados (punidos) pela comunidade verbal, com os possíveis efeitos de mantê-los ou suprimi-los no repertório comportamental do indivíduo (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010).

Assim, os comportamentos descritos como habilidosos socialmente são comportamentos que podem assumir funções operantes verbais, tais como mando (fazer pedidos) e tato (descrever consequências naturais para o comportamento). Bolsoni-Silva e Carrara (2010) concluem a definição de habilidades sociais propondo que:

“entende-se habilidades sociais como uma *qualificação* que parece ter sido consolidada na prática cultural. Tal consolidação parece estar presente no contexto da comunidade científica, como **repertório socialmente habilidoso** (ou repertório socialmente inábil), ou **comportamento socialmente habilidoso** (ou comportamento inábil ou não habilidoso), como forma de **rotular**, de **designar**, de **nomear**, de **adjetivar**, de **qualificar** comportamentos que sejam ou não compatíveis com as funções sociais aceitas dentro das normas, regras do nosso grupo social.” (Bolsoni-Silva & Carrara, 2010, p. 343).

Apesar de apresentar algumas das definições existentes para o termo **habilidades sociais**, o presente estudo adotou a definição proposta por Bolsoni e Carrara (2010), por enfatizar os aspectos funcionais do conceito.

Treinamento de Habilidades Sociais

O Treinamento de Habilidades Sociais (THS) é um protocolo de intervenção constituído por técnicas derivadas de vários modelos conceituais. Grande parte destas técnicas surgiram da Terapia Comportamental (Del Prette & Del Prette, 2001b) e atualmente muitas técnicas cognitivistas estão incorporadas nas intervenções do THS (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 2001b).

Apesar de haver uma grande diversidade de definições e orientações para o THS - assim como na definição do conceito de habilidades sociais - há um consenso de que o THS é um método razoavelmente padronizado utilizado para problemas interpessoais de comportamento. Em termos gerais, o THS pode ser definido como um agrupamento de técnicas e procedimentos que promovem habilidades sociais importantes para o 24

desenvolvimento das relações interpessoais (Del Prette & Del Prette, 2001b). Além disso, é importante ressaltar que o THS apresenta uma ênfase na aquisição de novos comportamentos, ou seja, baseia-se na aprendizagem e desenvolvimento de um novo repertório comportamental (Caballo, 2003).

Segundo Del Prette e Del Prette(2001b), as principais técnicas utilizadas são as comportamentais (ensaio comportamental, reforço, modelagem, modelação, *feedback*, relaxamento, tarefas de casa e dessensibilização sistemática) e as de reestruturação cognitiva (terapia racional emotiva comportamental, resolução de problemas, parada de pensamento, modelação encoberta e instruções).

Não há um protocolo com estrutura fixa na utilização do THS. As etapas podem ser entrelaçadas, modificadas e readaptadas, com o objetivo de atender às necessidades do indivíduo. A depender da demanda de cada cliente, os procedimentos do THS podem diferir. Cada protocolo pode ser estabelecido utilizando componentes úteis para cada caso específico (Caballo, 2003). De acordo com Caballo (2003), o formato básico do THS deve, inicialmente, identificar com o cliente em quais áreas específicas as dificuldades são apresentadas. Logo em seguida, outras duas etapas são essenciais: descrever a natureza do problema e analisar as razões pelas quais o cliente não se comporta de forma socialmente adequada (identificar se há déficits em habilidades, discriminações inadequadas, etc) (Caballo, 2003).

Apesar de apresentar os conceitos relacionados ao THS a partir dos pontos de vista de Caballo (2003) e Del Prette e Del Prette (2001b), o presente estudo adotou como procedimento de intervenção o protocolo descrito por Del Prette e Del Prette (2001b), por ser o mais utilizado nas pesquisas brasileiras (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014; Magri, 2015; Souza, 2018).

Pesquisas sobre THS e ansiedade social

Por se tratar de um dos problemas mais frequentes na saúde mental, a ansiedade social têm sido comumente estudada. Alguns dos estudos brasileiros mais recentes sobre a temática utilizaram, além de outros procedimentos e instrumentos, o THS como um protocolo de intervenção para clientes com o diagnóstico de ansiedade social (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014; Magri, 2015; Souza, 2018).

Com o objetivo de investigar a relação entre as habilidades sociais e a ansiedade social em universitários, foi desenvolvida uma pesquisa (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014) com 288 estudantes universitários (dentre os quais 144 apresentavam o diagnóstico de transtorno de ansiedade e 144 fizeram parte do grupo controle, sem apresentar o transtorno), para comparar os indicadores comportamentais de habilidades sociais do grupo de estudantes com ansiedade social aos indicadores do grupo não clínico. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Habilidades Sociais e o Questionário de Avaliação de Habilidades Sociais, Comportamentos e Contextos para Universitários. Os resultados indicaram que o escore total de habilidades sociais (obtido por meio dos instrumentos) são preditores de ansiedade social, e que, portanto, há relação entre habilidades sociais e ansiedade.

Além dos resultados gerais já mencionados, o estudo (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014) indica que estudantes universitários ansiosos apresentam mais dificuldades interpessoais e menos habilidades sociais, especialmente no que se refere a comportamentos como falar em público, expressar sentimentos positivos e negativos, expressar opiniões, lidar com críticas e com relacionamentos (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014). Tais informações indicam a necessidade do desenvolvimento de procedimentos para um tratamento da ansiedade social

que promova a aprendizagem de habilidades sociais específicas para a população de estudantes universitários.

Em outra pesquisa com um participante que apresentava ansiedade social, os efeitos de uma intervenção em FAP foram comparados a uma intervenção com base no THS (Magri, 2015). O objetivo principal do estudo foi verificar a eficácia do THS e da FAP sobre os comportamentos de habilidades sociais do participante. Para isso, um delineamento AB1CB2 de linha de base múltipla entre comportamentos foi usado para um participante. Durante a fase A, foram mensuradas as frequências de ocorrência das respostas pertencentes a cada uma das classes de comportamento alvo (C1: conversação; C2: interação; C3: comportar-se na presença do outro; C4: falar sobre si). Na condição B1 houve a introdução da intervenção em FAP para os comportamentos das classes C1 e C2 e da intervenção em THS para C3 e C4. A definição de quais comportamentos seriam submetidos a qual tipo de intervenção foi decidida por sorteio. Na condição seguinte, fase C, os comportamentos das classes C3 e C4 foram submetidos a intervenção em FAP enquanto C1 e C2 foram submetidos a intervenção em THS. Depois disso, houve retorno para a condição B (B2), com o mesmo arranjo inicial de intervenções. Não está claro, na descrição dos procedimentos, de que maneira as intervenções em FAP e THS foram realizadas. Os resultados encontrados indicaram um aumento na frequência de ocorrência das classes de comportamentos que estiveram sob intervenção, com frequências maiores durante as sessões de FAP. O estudo concluiu, portanto, que a FAP pode ser eficaz no tratamento de comportamentos relacionados a habilidades sociais e sugeriu que novos estudos sejam conduzidos com o objetivo de avaliar generalidade clínica entre ambientes e fornecer mais evidências para possibilitar tratamentos mais eficazes.

No mesmo esforço de encontrar um tratamento mais eficaz para a população com ansiedade social, outra pesquisa (Souza, 2018) foi desenvolvida para avaliar um protocolo de

intervenção analítico-comportamental com componente de habilidades sociais. Para isso, foram selecionadas 12 universitárias com ansiedade social de grave a muito grave, que foram divididas em dois grupos (A e B) e que receberam o mesmo protocolo de intervenção, porém em momentos distintos. A intervenção foi composta por três módulos (psicoeducação sobre ansiedade, treino em relaxamento e treino em habilidades sociais) e teve a duração de 8 sessões para cada grupo. Foram realizadas três avaliações durante o processo (uma pré-intervenção, uma intermediária e outra ao término) em sessões individuais, com o uso dos seguintes instrumentos: Escala de Fobia Social de Liebowitz, Escala Transversal de Sintomas de Nível I para Adultos, Escala de Severidade na Ansiedade Social, Inventário de Ansiedade de Beck, Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Habilidades Sociais e World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref). Ao término da intervenção, nenhum participante manteve o nível de ansiedade em grave ou muito grave. Além disso, houve um decréscimo nos escores de ansiedade e um aumento representativo nos indicadores de habilidades sociais e qualidade de vida. E a partir de uma análise com o método JT, obteve-se evidência de mudanças confiáveis e significância clínica para a maioria dos participantes em todas as dimensões avaliadas.

Psicoterapia Analítica Funcional

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), descrita inicialmente por Kohlenberg e Tsai em 1991 (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001), surgiu para resolver um questionamento da área naquele momento: de que maneira uma psicoterapia fundamentada em princípios comportamentais poderia ser praticada sem sacrificar a formação de uma relação terapêutica intensa? (Kanter et al., 2017). O diferencial da proposta, portanto, e sua principal peculiaridade, está na importância da relação interpessoal que se desenvolve no contexto da

interação terapeuta/cliente, o que possibilitará a mudança comportamental desejada. Segundo Kanter et al. (2017), “a FAP propõe que o primeiro mecanismo necessário para uma psicoterapia efetiva está no reforço social e natural fornecidos pelo terapeuta, dentro da sessão, aos comportamentos de melhora do cliente”(2017, p. 141). Sendo assim, de acordo com os idealizadores da FAP, tudo o que pode ser feito para auxiliar o cliente em sua melhora ocorrerá dentro da sessão (Kohlenberg& Tsai, 1991/2001).

Em função do foco no que ocorre no aqui e agora da sessão, o terapeuta tem condições de observar os comportamentos problema do cliente e modelar respostas mais adequadas. Dessa forma, o coração da FAP está no responder contingente do terapeuta em relação aos comportamentos problemáticos e progressos correspondentes do cliente em sessão, no momento em que eles estão sendo emitidos (Follette& Bonow, 2009; Kanter et al., 2006; Landes, Kanter, Weeks, & Busch, 2013; Lizarazo, Muñoz-Martínez, Santos, & Kanter, 2015; Oshiro, Kanter, & Meyer, 2012; Popovitz & Silveira, 2014; Tsai, Callaghan, & Kohlenberg, 2013; Wetterneck & Hart, 2012).

Ao descrever sistematicamente a FAP, Kohlenberg e Tsai(1991/2001)propõem uma categorização dos comportamentos emitidos pelo cliente em sessão, os CRBs(comportamentos clinicamente relevantes): os CRB1s são os comportamentos problema do cliente; os CRB2s são os progressos do cliente; os CRB3s são as interpretações funcionais que o cliente faz a respeito do seu próprio comportamento.

Com base na categorização proposta, os autores sugerem, aos terapeutas que utilizam a FAP, cinco regras que funcionam como estratégias terapêuticas. São elas: regra 1: Prestar atenção aos CRBs; regra 2: Evocar CRBs; regra 3: Reforçar CRB2s; regra 4: Observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos

comportamentos do cliente; regra 5: Fornecer interpretações funcionais do comportamento do cliente (Kohlenberg & Tsai, 2001).

Vários estudos nas últimas duas décadas foram voltados à investigação dos mecanismos de mudança na FAP, e apesar de todas as cinco regras propostas originalmente serem consideradas importantes, tem-se observado que a chave para as mudanças comportamentais do cliente se encontra na regra 3 da FAP, na qual ocorre o responder contingente e natural do terapeuta aos CRBs do cliente (Follette & Bonow, 2009; Kanter et al., 2006; Landes, Kanter, Weeks & Busch, 2013; Lizarazo, Muñoz-Martinez, Santos & Kanter, 2015; Mangabeira, 2014; Oshiro, Kanter & Meyer, 2012; Popovitz & Silveira, 2014; Tsai, Kohlenberg & Callaghan, 2013; Wetterneck & Hart, 2012). Para que isso aconteça é importante ressaltar que a regra 3 (assim como as outras quatro regras) depende de uma relação terapêutica forte e intensa, ou mais especificamente, uma relação terapêutica significativamente reforçadora para o cliente, em que os comportamentos do terapeuta já foram condicionados como reforçadores para os do cliente (Follette, Naugle, & Callaghan, 1996).

Com o objetivo de decompor e especificar os comportamentos do terapeuta, e instrumentalizar o trabalho na clínica e na pesquisa, Weeks et al. (2012) propuseram uma interação lógica para as cinco regras da FAP. A Tabela 1 apresenta os 12 passos propostos para a interação lógica da FAP:

1. Paralelo de fora para dentro (Regra 1)
2. Confirmação do cliente de que o paralelo é preciso
3. Terapeuta evoca CRB (Regra 2)
4. Cliente emite CRB1
5. Terapeuta responde ao CRB1 (Regra 3, Regra 2)
6. Cliente emite CRB2
7. Terapeuta responde ao CRB2 (Regra 3)
8. Cliente emite mais CRB2
9. Terapeuta pergunta sobre a interação (Regra 4)
10. Cliente sinaliza que a interação foi reforçadora
11. Terapeuta apresenta a descrição da interação, o paralelo de dentro para fora e solicita que o cliente tente fora da sessão (Regra 5)
12. Cliente descreve vontade de tentar a interação fora da sessão

Tabela 1: 12 passos da interação lógica da FAP (Weeks et al., 2012)

Ao realizar a intervenção baseada na interação lógica seu efeito é potencializado, e a relação entre o terapeuta e o cliente se torna mais evocativa, promovendo, portanto, um contexto ainda mais fértil para que os objetivos sejam alcançados, quais sejam: fortalecer CRB2s e enfraquecer CRB1s (Kanter et al., 2012; Popovitz & Silveira, 2014; Tsai et al., 2009; Weeks et al., 2012).

Os últimos dois passos da interação lógica da FAP tratam da Regra 5, na qual o terapeuta planeja a generalidade clínica entre ambientes. Historicamente, os analistas do comportamento preparavam a generalidade clínica entre ambientes por meio de reforços imediatos oferecidos no ambiente onde o problema ocorria, em instituições, salas de aula e residência do cliente. Ao realizar o tratamento em consultório, ou clínicas, tal processo é possível quando há semelhança funcional entre os ambientes. Interpreta-se então que, se os ambientes foram funcionalmente semelhantes, eles evocarão os mesmos comportamentos (Kohlenberg & Tsai, 1991/ 2001). Sendo assim, a FAP trabalha com a hipótese de que ao se engajar em comportamentos de melhora na relação com o terapeuta, e se esse ambiente for funcionalmente semelhante à vida diária do cliente, ele generalizará as melhoras para contexto fora da sessão.

A hipótese defendida por alguns autores da FAP considera que ao realizar a Regra 5 (que inclui fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente), e modelar o CRB3 durante a sessão, o terapeuta prepararia a generalidade clínica dos comportamentos de melhora de dentro da sessão para fora dela (Kohlenberg & Tsai, 2001; Tsai et al., 2009; Villas-Bôas, Meyer, & Kanter, 2016). A preparação para a generalidade clínica é promovida por meio da realização dos paralelos de dentro para fora, quando os eventos são correspondentes. Tais paralelos podem facilitar o processo de generalidade clínica entre ambientes dos ganhos feitos em sessão para o contexto de vida cotidiana do cliente e a identificação de CRBs (Tsai et al., 2009).

A FAP pode ser considerada uma terapia de sucesso quando o cliente conseguir fazer mudanças no seu comportamento na sua vida diária. A atribuição de tarefas de casa é importante durante a execução da regra 5. Em geral, a tarefa ideal para a FAP é aquela em que, após ter-se engajado em um CRB2 com o terapeuta, o cliente se engaja em comportamentos semelhantes na sua vida diária. Entretanto, por envolver pessoas do convívio do cliente, e por ser difícil de prever a resposta desta audiência. É importante considerar, portanto, que por se tratar muitas vezes apenas de uma aproximação do comportamento desejado, o CRB2 emitido na relação terapêutica pode não estar pronto para ser emitido fora de sessão (Tsai et al., 2009).

Pesquisas em FAP

Com o crescimento do número de estudos em FAP, tem-se notado que a avaliação comportamental, um dos seus pontos fortes em termos aplicados é, paradoxalmente, um dos grandes desafios para a pesquisa (Callaghan & Darrow, 2015; Lizarazo et al., 2015). Por considerar variáveis dependentes e independentes individuais em cada estudo, os processos de

mensuração e operacionalização se tornam desafiadores para o controle necessário da pesquisa.

No que se refere à variável independente, a proposição das cinco regras descritas inicialmente por Kohlenberg e Tsai(1991/2001), e mais recentemente a proposta do modelo Consciência, Coragem e Amor (ACL), em virtude de suas características funcionais, abstratas e – no caso do modelo ACL – de uma linguagem não científica, geraram algumas dificuldades para uma descrição operacional do tratamento, além de outras questões fundamentais para que os processos em pesquisa clínica se tornassem replicáveis (Kanter et al., 2017; Maitland et al., 2016).

Mais obstáculos são percebidos também ao se considerar as variáveis dependentes. Neste caso, as dificuldades encontradas estão relacionadas à operacionalização e ao consenso sobre quais são os alvos das pesquisas e também sobre maneiras confiáveis e válidas para medir esses alvos. Isso se deve, entre outras razões, à idiossincrasia dos CRBs (Kanter et al., 2017).

Uma questão levantada, em relação às pesquisas em FAP, refere-se ao pequeno (ou nenhum) acesso e controle dos comportamentos que acontecem fora da sessão, já que a única possibilidade de o terapeuta acessar tais informações depende do relato verbal do cliente (Lizarazo et al., 2015). Para reduzir esse obstáculo e buscar obter informações mais precisas sobre tais eventos, algumas pesquisas inserem instrumentos de auto monitoramento (Kanter et al., 2006; Lizarazo et al., 2015; Villas-Bôas et al., 2016) para facilitar o registro e garantir um pouco mais de precisão às informações.

Boa parte dos trabalhos desenvolvidos a respeito da FAP consiste em estudar e descrever os processos que ocorrem na interação entre o terapeuta e o cliente em sessão, e

poucos objetivam os processos de generalidade clínica entre ambientes das melhoras que ocorrem em sessão para o contexto de vida cotidiana do cliente (Villas-Bôas et al., 2016). O número de pesquisas empíricas em FAP que utilizam instrumentos para monitorar os comportamentos dos clientes que ocorrem na vida diária ainda é incipiente (Martim & Silveira, 2017). Entretanto, algumas pesquisas que já foram realizadas utilizaram cartões diários e mensagens de aplicativos como Whatsapp® e *Short Message Service*(SMS) para mensurar e quantificar os comportamentos alvo de fora da sessão (Kanter et al., 2006; Landes et al., 2013; Lizarazo et al., 2015; Martim & Silveira, 2017; Villas-Bôas et al., 2016) e assim avaliar a generalidade clínica entre ambientes dos comportamentos de melhora de dentro para fora da sessão.

O primeiro estudo controlado de sujeito único em FAP, e também o primeiro a utilizar cartões diários para coletar dados sobre os comportamentos dos clientes no contexto de vida diária, foi publicado em 2006, por Kanter et al.. O objetivo do estudo foi investigar o tratamento com FAP em pacientes com diagnóstico de depressão, por meio de análises dos comportamentos de melhora fora da sessão. O método consistiu em um delineamento A/A+B com dois sujeitos, no qual a condição A era uma intervenção com terapia cognitivo-comportamental e a condição A+B uma intervenção com terapia cognitivo-comportamental e FAP. Os comportamentos foram mensurados por meio de cartões diários que foram preenchidos pelos participantes e entregues nas sessões subsequentes. Os cartões foram revisados semanalmente pelo terapeuta e os clientes. Os resultados apresentaram o sucesso de um dos casos, com uma melhora imediata nos comportamentos alvo de um dos participantes, logo após o início da intervenção em FAP, e a desistência do segundo participante do estudo assim que se iniciou o tratamento em FAP (Kanter et al., 2006).

Outro estudo, que também investigou os efeitos da FAP nos comportamentos de melhora de dentro e fora do contexto terapêutico, foi realizado por Landes et al. (2013). O objetivo deste estudo foi avaliar os componentes ativos da FAP (evocar CRBs, responder contingentemente aos CRBs e generalizar as melhoras de dentro da sessão para fora da sessão) na interação com quatro clientes. O delineamento utilizado foi A/A+B, no qual durante a fase A o terapeuta era orientado a enfatizar os aspectos do desenvolvimento da relação terapêutica, e na fase A+B eram adicionados os componentes ativos da FAP. A FAPRS foi utilizada para avaliar os processos da interação entre clientes e terapeutas, ou seja, os processos de dentro da sessão. Além disso, assim como no estudo de Kanter et al. (2006), cartões diários foram utilizados para coletar dados a respeito dos comportamentos alvo dos clientes nas suas vidas diárias. Os resultados indicaram mudança nos comportamentos alvo para todos os sujeitos após a mudança de fase. Sendo assim, tais resultados se somam a dados de outras pesquisas que indicam que de fato os componentes ativos da FAP são os responsáveis por causar as mudanças desejadas nos comportamentos dos clientes.

Com o objetivo de demonstrar os efeitos da FAP em comportamentos clinicamente relevantes e em comportamentos do cliente fora da sessão, um estudo (Lizarazo et al., 2015) buscou isolar os efeitos do responder contingente (regra 3) e do evocar o comportamento de cliente (regra 2). Para isso, foi utilizado um delineamento A/A+B no qual durante a fase A aconteceu a evocação do comportamento (regra 2), e durante a fase A+B se introduziu o responder contingente ao CRB (regra 3). Três sujeitos participaram da pesquisa e durante a fase de coleta, eles eram solicitados a auto monitorar e registrar, semanalmente, os comportamentos fora de sessão. Os resultados indicaram melhora para dois clientes, durante a fase FAP, em relação aos seus comportamentos dentro e fora de sessão.

Com ênfase no processo de generalidade clínica de comportamentos, um estudo (Villas-Bôas et al., 2016) objetivou verificar se as intervenções analíticas na FAP (análises funcionais oferecidas pelo terapeuta e a emissão de CRB3s) são necessárias para a generalidade clínica das melhoras emitidas em sessão para o contexto fora de sessão. Para isso, dois clientes participaram de um estudo que utilizou um delineamento A-B-BC-B-BC, no qual A consistiu em terapia comportamental sem FAP de forma sistemática, B consistiu na introdução das regras 1 a 4 da FAP, e BC consistiu na adição da regra 5 da FAP. Os resultados mostraram que houve melhoras dos comportamentos apresentados em sessão e fora dela. Além disso, houve influência de instâncias da regra 5 nas análises dos clientes sobre seus próprios comportamentos. Entretanto, a presença da regra 5 em sessão não influenciou as frequências de CRB1, CRB2 e os comportamentos problemáticos ou de melhora fora de sessão. Concluiu-se, portanto, que as análises realizadas pelo terapeuta e o cliente não foram necessárias, nestes casos, ao processo de modelagem realizado na FAP para a promoção de melhoras dos clientes.

Por fim, um dos estudos mais recentes a respeito do processo de generalidade clínica de comportamentos de melhora de dentro da sessão para a vida cotidiana do cliente (Martim & Silveira, 2017) objetivou avaliar possíveis relações entre a tarefa de casa e o relato sobre sua execução na vida diária. Para isso, foram registradas e categorizadas 13 sessões com um cliente de 39 anos, que apresentava dificuldades em relacionamentos interpessoais. O método consistiu em um delineamento A/B/A/B, no qual as condições A foram sessões de FAP sem a proposta da tarefa de casa, e a condição B foram sessões de FAP com a proposta de tarefa de casa. Entre uma sessão e outra, o cliente deveria mandar asteriscos para a terapeuta, via mensagem de celular, indicando a realização ou não da tarefa acordada na sessão anterior. Os resultados indicaram relações entre a tarefa e a sua execução e uma melhora nas sessões que eram subsequentes à proposição da tarefa. Os dados sugerem que as tarefas de casa podem 36

influenciar comportamentos de melhora, e que as frequências de CRB2s e O2s aumentaram nas condições em que as tarefas foram acordadas entre terapeuta e cliente. Além disso, os dados mostraram que os relatos sobre as tarefas de casa foram consistentes com o que havia sido proposto em sessão.

Os cinco estudos, que investigaram de alguma maneira a generalidade clínica entre ambientes, indicam que a FAP pode produzir melhoras nos comportamentos dos clientes que ocorrem fora da sessão. Quatro pesquisas utilizaram cartões diários para a coleta dos comportamentos externos à sessão (Kanter et al., 2006; Landes et al., 2013; Lizarazo et al., 2015; Villas-Bôas et al., 2016) e uma utilizou aplicativos de mensagens de celular para realizar esta coleta (Martim & Silveira, 2017).

Apesar de os dados indicarem que a FAP pode ser eficaz na promoção da generalidade clínica entre ambientes, os estudos apresentados mostram que os procedimentos utilizados não foram eficientes para todos os clientes submetidos às intervenções. Em dois estudos (Kanter et al., 2006; Landes et al., 2013) houve registro de melhora para alguns participantes. No primeiro estudo (Kanter et al., 2006), um dos participantes se beneficiou da intervenção, e no segundo (Landes et al., 2013), três participantes melhoraram. Em contrapartida, houve interrupção da participação de um participante em cada estudo, logo após a mudança da fase A (terapia cognitiva comportamental, no primeiro caso, e ênfase nos processos da relação terapêutica, no segundo) para a fase A+B (terapia cognitiva comportamental e FAP, no primeiro estudo, e relação terapêutica acrescida dos componentes ativos da FAP, no segundo). Sendo assim, não foi possível verificar melhoras e generalidade clínica das melhoras em sessão para a vida diária.

Um terceiro estudo, realizado com duas díades terapeuta/cliente, apresentou resultados de diminuição dos comportamentos problemáticos e aumento dos comportamentos de 37

melhora na vida diária para apenas uma das díades (Villas-Bôas et al., 2016), mesmo sem a interrupção do tratamento para a díade que não apresentou melhoras. Os dados deste estudo sugerem que, para alguns clientes, a generalidade clínica entre ambientes de dentro para fora da sessão pode não acontecer. Além disso, os resultados deste estudo indicaram que o uso da Regra 5 e a modelagem do CRB3 não são essenciais para que a melhora do cliente ocorra em sessão e fora dela.

Outro desafio para as pesquisas que investigam os comportamentos de fora da sessão é o uso da FAPRS como instrumento para identificar a ocorrência dos Os (relatos de vida diária). Isso porque a FAPRS apresenta uma hierarquia para a atribuição dos códigos para cada verbalização, na qual os CRBs prevalecem em relação aos Os (Martim & Silveira, 2017). Sendo assim, a hierarquia da FAPRS pode interferir na obtenção de dados referentes às melhoras fora da sessão, pois CRBs sempre precedem os Os na codificação.

Além dos estudos que investigam questões relacionadas à generalidade clínica entre ambientes, outras pesquisas têm sido desenvolvidas para verificar a eficácia da FAP. Um dos estudos mais recentes, e também o primeiro experimento randomizado, foi realizado por Maitland et al. (2016). O objetivo da pesquisa foi examinar e comparar a eficácia da FAP em relação a uma intervenção de *Watchful Waiting*¹ (WW), com 22 participantes que apresentavam dificuldades em relacionamentos interpessoais e que preenchiam critérios para transtornos de ansiedade ou transtorno de personalidade evitativa. Os participantes foram randomicamente submetidos a seis sessões de FAP (com duração de 45 a 60 minutos) ou seis sessões de WW (com 15 minutos de duração) – 11 participantes para cada condição. Foram utilizados como instrumentos o *Fear of Intimacy Scale* (FIS), o *Psychiatric Diagnostic*

¹WatchfulWaiting é um procedimento que envolve avaliações repetidas e/ou monitoramento de sintomas em encontros não diretivos, com muito suporte e empatia.

Screening Questionnaire (PDSQ), o *Structured Clinical Interview for DSM–IV Axis II (SCID-II)*, o *Outcome Rating Scale (ORS)*, o *FAP Session Bridging Form (FSBF)*, a *Session Rating Scale (SRS)* e o *Working Alliance Inventory — Short Form (WAI)*. Os resultados indicaram que o tratamento em FAP gera um impacto na relação terapêutica, melhora o funcionamento social e diminui o sofrimento psicológico. Outro dado relevante é o de que os resultados deste estudo dão suporte à eficácia da FAP como um tratamento breve para adultos jovens que preenchem critérios diagnósticos para transtornos que envolvem ansiedade interpessoal e esquiva. Além disso, os resultados também sugerem que mudanças nas relações sociais e nos sintomas psiquiátricos são mediadas pela relação terapêutica e pela aplicação das regras da FAP, respectivamente. Tais informações, de acordo com o autor, são consistentes com os pressupostos teóricos da FAP, a partir dos quais entende-se que as interações contidas na relação terapêutica podem ser utilizadas para que o cliente alcance resultados significativos (Maitland et al., 2016).

Kanter et al. (2017) realizaram um estudo de revisão sobre pesquisas em FAP. Para isso, eles selecionaram 31 estudos publicados até o ano de 2016, incluindo pesquisas qualitativas, delineamentos de sujeito único controlados e não controlados, delineamentos de grupo e estudos de treinamento de terapeutas em FAP. Os estudos encontrados foram escritos em inglês, espanhol, português e polonês. A partir das análises realizadas, os autores concluíram que, apesar de não haver dados que comprovem a eficácia da FAP para o tratamento de transtornos psiquiátricos específicos, há evidências de que, quando aplicada adequadamente aos comportamentos definidos como problemáticos, a FAP é capaz de produzir mudanças positivas. Além disso, outro dado relevante encontrado aponta para o fato de que o responder contingente do terapeuta em relação aos CRBs do cliente é um mecanismo ativo e válido. Os resultados dos estudos de delineamento de sujeito único, em especial,

mostram que a ênfase da FAP no componente do terapeuta como um reforçador social é o principal mecanismo de mudança comportamental.

Problemas sociais ou de relacionamento interpessoal parecem ser alvo frequente das intervenções em FAP. A hipótese proposta pela FAP é a de que ela produz mudanças comportamentais positivas que podem diminuir os efeitos e sintomas de uma psicopatologia, desde que exista uma relação entre o repertório do cliente e o diagnóstico dessa psicopatologia (Maitland & Gaynor, 2012). Essa hipótese se justifica, pois os transtornos psiquiátricos podem ser agravados dado o déficit de funcionamento social de uma pessoa (Kanter et al., 2017; Wetterneck & Hart, 2012).

Os déficits no funcionamento social podem gerar efeitos críticos na saúde de uma pessoa. A quantidade e a qualidade das relações sociais estão relacionadas não apenas com a saúde mental, mas também com o risco de morbidades e de mortalidade (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010). Por razões como estas, uma psicoterapia comprometida em prover melhoras no funcionamento e nas relações sociais pode ter relevância e benefícios adicionais (Kanter et al., 2017).

Os dados dos estudos em FAP apresentados até o momento (Kanter et al., 2006, 2017; Landes et al., 2013; Lizarazo et al., 2015; Maitland et al., 2016; Martim & Silveira, 2017; Villas-Bôas et al., 2016) indicam que a FAP pode produzir resultados relevantes para clientes com problemas de relacionamentos interpessoais e para clientes com transtornos psiquiátricos, como ansiedade e depressão. Além disso, apesar de incipientes, os estudos sobre generalidade clínica também indicam que a FAP pode produzir melhoras nos comportamentos de vida diária dos clientes (Kanter et al., 2006; Landes et al., 2013; Lizarazo et al., 2015; Martim & Silveira, 2017; Villas-Bôas et al., 2016). Da mesma maneira, as pesquisas a respeito de ansiedade social que utilizaram o THS como parte da intervenção (Bolsoni-Silva & Loureiro,

2014; Magri, 2015; Souza, 2018) indicam que este protocolo produz mudanças e ganhos de repertório, promovendo melhoras no quadro de ansiedade apresentado pelos clientes.

FAP+THS: construindo um repertório que facilite a ocorrência de comportamentos de melhora na vida cotidiana

Há casos de clientes com indicação para uma psicoterapia interpessoal (como a FAP), que apresentam um repertório social deficitário, como aqueles com diagnóstico de ansiedade social, por exemplo, que podem demorar ou ter mais dificuldades em emitir seus comportamentos de melhora no contexto de vida cotidiana. Por essa razão, numa psicoterapia interpessoal, eventualmente, é necessário um trabalho de desenvolvimento de habilidades, ou a criação de um repertório social mais habilidoso, para que as melhoras aconteçam, ou ainda que aconteçam mais rapidamente. A orientação construcional, apresentada por Goldiamond (1974/2002), propõe que uma intervenção psicoterapêutica busque ampliar a variabilidade do repertório do cliente, com o objetivo de instrumentalizá-lo para que seja mais eficaz e habilidoso no seu ambiente. Além de Goldiamond, Skinner (1953/2003) argumenta que, para que comportamentos habilidosos adquiridos passem a ser mantidos por reforço natural, é necessário que, primeiramente, sejam refinados e que suas propriedades topográficas e intensivas sejam reforçadas.

Entendendo, ainda, que muitas vezes os CRB2s podem ser apenas uma aproximação do comportamento-alvo desejado, e que podem ser punidos no ambiente de vida diária do cliente por ainda não serem eficazes (neste ambiente), levanta-se a hipótese de que ao adicionar um componente de THS à intervenção em FAP, os progressos do cliente poderiam ser proporcionados e/ou acelerados. Isso porque, por meio do THS, o terapeuta pode regular e aperfeiçoar o responder do cliente até que o efeito desejado seja alcançado e o cliente esteja pronto para emitir tal comportamento no contexto fora da sessão. Especialmente nos casos de

clientes com ansiedade social, em que as relações sociais são prejudicadas, talvez o uso de estratégias instrucionais e diretivas, como as propostas pelo THS, facilite o desenvolvimento de um repertório que otimize a generalidade clínica das melhoras ocorridas na relação terapêutica para a vida diária do cliente.

A partir do que foi exposto até o momento, o presente estudo teve como objetivo geral avaliar e comparar uma intervenção em FAP com um tratamento composto pela FAP acrescido de um componente de THS para participantes com ansiedade social. Os objetivos específicos da pesquisa consistiram em: observar/ verificar se há diferenças na frequência de comportamentos de melhora em cada condição de tratamento; e observar e comparar os efeitos de cada intervenção na frequência dos relatos de comportamentos de melhora na vida diária das clientes.

Método

Participantes

Clientes

Participaram do estudo três clientes adultas, estudantes universitárias, com idades de 21, 22 e 25 anos, que apresentaram indicação para Psicoterapia Analítica Funcional (isto é, que apresentaram problemas clínicos de relacionamento interpessoal) e que atingiram critérios diagnósticos para ansiedade social de acordo com os instrumentos utilizados para realizar a seleção (para melhor compreensão dos casos e caracterização das clientes, ver Anexo 2).

As clientes não foram informadas a respeito das variáveis dependentes e independentes do estudo, porém, não foram cegas quanto às variáveis dependentes (a utilização do Treinamento de Habilidades Sociais e da Psicoterapia Analítica Funcional), já que o Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (Anexo 8) continha o título da pesquisa.

Colaboradores

Terapeuta

Participou do estudo uma terapeuta analítico-comportamental, com formação em Análise do Comportamento e mestranda em Psicologia, na linha de Análise do Comportamento. Ela apresentava conhecimentos em Treinamento em Habilidades Sociais (THS) e em Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), além de ter passado por um breve treinamento em FAP, de aproximadamente quatro horas, oferecido pela pesquisadora. O treinamento também visou sistematizar, juntamente com a terapeuta colaboradora, a forma de adicionar o THS nas sessões de FAP.

A terapeuta não foi cega quanto às variáveis do estudo (dependentes e independentes) e quanto às diferentes condições do delineamento, em virtude da importância das diferenças entre elas e o momento oportuno de inserção e início de cada variável e condição, respectivamente.

Categorizadores

Três categorizadoras participaram do estudo. Duas mestrandas em Psicologia e uma aluna de quarto ano de Psicologia, todas com orientação analítico-comportamental, conhecimentos em FAP e que passaram por um treinamento (de aproximadamente oito horas) de categorização com a *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS). Elas tiveram acesso às conceituações dos casos, às transcrições e aos vídeos das sessões e não foram cegas quanto aos objetivos e fases do estudo.

Além das categorizadoras, oito transcritores, estudantes de Psicologia, participaram do estudo. Os transcritores foram orientados a realizar as transcrições conforme as indicações do manual da FAPRS.

Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR sob o protocolo CAAE 95480618.1.0000.0102.

Além da submissão ao Comitê de Ética, algumas medidas de proteção aos participantes foram adotadas: as pessoas que passaram pela triagem e não foram selecionadas foram novamente encaminhadas para a lista de espera, para subsequente atendimento com outro terapeuta. Para estas pessoas a pesquisadora justificou brevemente a especificidade da pesquisa e as possíveis razões pelas quais elas se beneficiaram de outras formas de intervenção.

Aos participantes selecionados, a pesquisadora fez o convite para a participação na pesquisa, deixando claro que esta é de caráter voluntário, havendo a possibilidade de recusa, desistência ou retirada do consentimento, por parte dos participantes, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para eles. Neste caso, os participantes seriam encaminhados a retornar à lista de espera do CPA, para serem atendidos por outro terapeuta. Foi garantido também o sigilo das informações de nível pessoal dos participantes.

Após a última sessão de coleta de dados, as três participantes permaneceram em atendimento, com a mesma terapeuta, no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade.

Instrumentos

Vários instrumentos foram utilizados de forma específica à cada condição da pesquisa. Para a seleção dos participantes, foram utilizados o Inventário de Fobia Social – SPIN (Osório, Crippa, & Loureiro, 2008), a Escala de Fobia Social de Liebowitz – LSAS (Larissa

F. Santos, Loureiro, Crippa, & Osório, 2013) e o Inventário de Habilidades Sociais –IHS (Del Prette & Del Prette, 2001a). Cada um deles foi reaplicado ao final da intervenção para a comparação dos escores de antes e depois, análise de significância clínica e mudança confiável (por meio do Método JT (Jacobson & Truax, 1991)). O Roteiro para Conceituação de Caso (Tsai et al., 2009) e o *Functional Idiographic Assessment Template Questionnaire* – FIAT-Q (Callaghan, 2006) foram utilizados para realizar as conceituações dos casos clínicos. A *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* – FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) foi utilizada para a codificação dos comportamentos das clientes e da terapeuta, durante todas as sessões. O Inventário de Depressão de Beck (Beck, Steer, & Brown, 2011) e o *Outcome Questionnaire* OQ-45 (Carvalho & Rocha, 2009) foram utilizados para coleta de dados de antes de depois das intervenções, para possíveis análises de resultados após os procedimentos realizados. Por último, foi aplicado um instrumento, criado pela pesquisadora, para avaliar a satisfação das clientes após o término da pesquisa (Anexo 3).

O Inventário de Fobia Social – SPIN (Osório et al., 2008) consiste em um instrumento com 17 itens, numa escala *Likert* de cinco pontos (0-4), para avaliação e mensuração de sintomas de medo, evitação e sintomas fisiológicos relacionados ao transtorno de ansiedade social, com escore máximo de 68 pontos. O objetivo do instrumento é coletar informações sobre o quadro clínico de Fobia Social dos clientes. O instrumento apresentou um Alfa de Cronbach de 0,90, o que representa forte consistência interna. Para esta escala, escores iguais ou maiores que 19 pontos indicam que o cliente apresenta Fobia Social (Magri, 2015) (Anexo4).

A Escala de Fobia Social de Liebowitz – LSAS (Larissa F. Santos et al., 2013) foi a primeira escala de avaliação clínica para transtorno de ansiedade social, desenvolvida nos Estados Unidos (Santos, 2012). É composta por 24 itens relacionados ao medo e evitação de situações sociais, dos quais 11 itens referem-se à interação social e 13

itens referem-se à apresentação em público. Ao responder, o cliente estima, separadamente para cada situação, o quanto ficou ansioso ou temeu o evento e o quanto buscou se esquivar ou evitar o mesmo evento. O escore total pode chegar a 144 pontos, sendo as seguintes interpretações possíveis: 0 – 30 pontos: ansiedade social não patológica; 30 – 60 pontos: ansiedade social específica leve; 55 – 59 pontos: ansiedade específica moderada; 60 – 100 pontos: ansiedade social generalizada grave; 100 – 144 pontos: ansiedade social generalizada muito grave (Souza, 2018). A escala apresentou forte consistência interna, com coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,96 (Santos et al., 2013) (Anexo 5).

O Inventário de Habilidades Sociais –IHS (Del Prette & Del Prette, 2001a) é um instrumento de auto relato para aferir o repertório de habilidades sociais usualmente requerido em uma amostra de situações interpessoais cotidianas. O respondente deve estimar a frequência com que reage da forma sugerida em cada item em uma escala tipo *Likert*, com cinco pontos, variando de zero (nunca ou raramente) a 4 (sempre ou quase sempre). O IHS-Del-Prette produz um escore geral, escores em cinco subescalas de habilidades sociais (1) Enfrentamento e Autoafirmação com Risco; (2) Autoafirmação na Expressão de Sentimento Positivo; (3) Conversação e Desenvoltura Social; (4) Auto exposição a Desconhecidos e Situações Novas e (5) Autocontrole da Agressividade. O instrumento foi analisado e aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia e disponibilizado em forma de uma caixa com materiais impressos (manual, fichas de aplicação e de apuração). O uso de tal instrumento se justifica pela característica específica necessária aos participantes (clientes) deste estudo, descrita como “dificuldades em relações interpessoais”.

O Roteiro para Conceituação de Caso (Tsai et al., 2009) consiste em questões que direcionam a formulação de caso baseada na FAP, assim como auxilia no planejamento das sessões seguintes. Ele busca apresentar uma descrição pormenorizada (com exemplos) dos

comportamentos clinicamente relevantes do cliente, assim como os comportamentos problemáticos e de melhora fora da sessão. Apresenta também um breve histórico da vida do cliente. Além disso, os comportamentos problemáticos e de melhora do terapeuta também são contemplados no roteiro (Anexo 1).

O *Functional Idiographic Assessment Template Questionnaire* – FIAT-Q (Callaghan, 2006), parte integrante do Sistema FIAT (*Functional Idiographic Assessment Template System*), é um questionário que deve ser preenchido pelo cliente e que fornece ao terapeuta informações sobre os problemas e qualidades no funcionamento interpessoal. O questionário é dividido em 5 classes de comportamento: classe A, afirmação de necessidades (identificação e expressão); classe B, comunicação bidirecional (impacto e feedback); classe C, conflito; classe D, revelação e proximidade interpessoal; classe E, experiência e expressão emocional (Callaghan, 2006).

A *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS) é uma escala de avaliação desenvolvida para codificar os comportamentos do terapeuta e do cliente que ocorrem durante a Psicoterapia Analítica Funcional (Callaghan & Follette, 2008). Ela é utilizada como instrumento de análise de dados em pesquisas, para documentar as mudanças no comportamento do cliente em função das respostas do terapeuta para o seu comportamento nas sessões. Dessa forma, a escala avalia o mecanismo de mudança da FAP e pode fornecer evidência para as estratégias empregadas nesta proposta de psicoterapia. Na utilização da FAPRS, para cada fala do cliente e do terapeuta é atribuído um código. Este código diz respeito à função do comportamento do cliente e do terapeuta, ou seja, ao efeito que aquele comportamento tem no outro membro da díade. Os códigos para o comportamento do cliente são: CRB1 (comportamento problema na sessão), CRB2 (comportamento de melhora na sessão), CRB3 (cliente descreve variáveis de controle

do seu próprio comportamento em sessão), CTR (cliente foca na relação terapêutica), O1 (cliente relata sobre os comportamentos problema fora da sessão), O2 (cliente relata sobre os comportamentos de melhora fora da sessão) e CPR (cliente discute e clarifica aspectos dos problemas, fora da relação terapêutica). Os códigos para o comportamento do terapeuta são: TTR (focar na relação terapêutica), ERB (evocação de CRB), TRB1 (responder efetivamente a CRB1), TRB2 (responder efetivamente a CRB2), TRB3 (responder efetivamente a CRB3), RO1 (responde acerca de O1), RO2 (responde acerca de O2), TPR (engajar em comportamentos para facilitar o andamento da sessão), M1 (perder a oportunidade de responder a CRB1), M2 (perder a oportunidade de responder a CRB2), M3 (perder a oportunidade de responder a CRB3), IRB1 (não responder efetivamente a CRB1), IRB2 (não responder efetivamente a CRB2), IRB3 (não responder efetivamente a CRB3) e IN (engajar em comportamento geral inefetivo) (Callaghan & Follette, 2008).

Para a presente pesquisa foi necessária a inclusão de um novo código à FAPRS. As categorizadoras foram orientadas a utilizar o código CRB2O2 para todas as vezes que houvesse dúvida entre as categorias CRB2 e O2, pois a hierarquia dos códigos da FAPRS costuma privilegiar os CRB2s (Callaghan & Follette, 2008), e assim um dos objetivos do estudo (verificar diferenças nas frequências de O2s entre as condições) poderia não ser percebido. Entende-se, portanto, que os CRB2O2s são comportamentos de melhora das clientes em sessão que apresentam relatos de melhoras no contexto de vida diária.

O Inventário de Depressão de Beck é um instrumento de autoaplicação composto por 21 questões, com o objetivo de medir a intensidade da depressão em adultos e adolescentes. A pontuação total do inventário varia de 0 a 63, em que se considera depressão de intensidade mínima os escores entre 0-13, depressão de intensidade leve os escores entre 14-19, depressão de intensidade moderada os escores entre 20-28 e depressão de intensidade grave os escores

entre 29-63. De acordo com os estudos psicométricos e de fidedignidade realizados com uma população de estudantes universitárias do sexo feminino (N= 2420), obteve-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach de 0,885, desvio padrão de 8,5 e média de 11,79 (Beck et al., 2011).

O *Outcome Questionnaire* OQ-45 (Carvalho & Rocha, 2009) é um instrumento de autorrelato frequentemente utilizado em pesquisas sobre psicoterapia. É de fácil manuseio, aplicabilidade e pontuação e sensível a mudanças em um período de tempo curto. Ele não é um instrumento teoricamente orientado, podendo, assim, ser utilizado por terapeutas de qualquer referencial teórico. Trata-se de uma escala *Likert* de cinco pontos, composta por 45 itens, dividida em três subescalas: desempenho do papel social (SR), relações interpessoais (IR) e desconforto subjetivo (SD). O principal objetivo do uso deste instrumento é mensurar os ganhos dos clientes e avaliar a eficiência da psicoterapia adotada no tratamento (Carvalho & Rocha, 2009)(Anexo 7).

Materiais

Foram utilizados: filmadora, notebook, programa Media Player, programa de estatística R Studio e as sessões gravadas em áudio e vídeo.

Local

As sessões foram realizadas em uma sala de atendimento do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) de uma Universidade Federal. Já as transcrições, categorizações e análises

das sessões ocorreram em um lugar reservado para esta finalidade e sem acesso a pessoas estranhas à pesquisa para que o sigilo das informações fosse mantido.

Procedimentos

Seleção de participantes (clientes)

A seleção das participantes ocorreu em várias etapas. Inicialmente, a pesquisadora teve acesso à lista de espera de triagem do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Federal do Paraná. O objetivo foi encontrar pessoas que se enquadrassem nos critérios de inclusão: estudantes universitários com idade entre 20 e 25 anos, que preenchessem critérios para ansiedade/ fobia social de grau leve a moderado, que apresentassem déficit comportamental em habilidades sociais ou se queixassem de problemas com relações interpessoais. No primeiro contato telefônico, verificou-se: idade do participante, se era ou não estudante universitário, e se a queixa inicial era relacionada a questões de ansiedade social e problemas com relações interpessoais. Além disso, já neste primeiro contato, as primeiras entrevistas foram agendadas.

Na primeira entrevista, a pesquisadora explicou os procedimentos da pesquisa, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando claro que a participação seria voluntária com a possibilidade de encerramento a qualquer momento que as clientes desejassem. Além disso, foram aplicados os instrumentos para avaliar se o quadro de ansiedade e o repertório de habilidades sociais se enquadravam nos requisitos para a pesquisa. Para isso, foram utilizados o SPIN, o LSAS e o IHS. A Tabela 2 contém os escores de cada instrumento na aplicação inicial:

Tabela 2: Escores iniciais dos instrumentos SPIN, LSAS E IHS para cada cliente.

	SPIN	LSAS	IHS (escore total e percentil)
Sandra	40	73	100 – 65 e 70
Laura	37	70	71 – 05 e 10
Ana	27	60	49 – 01

Conforme os dados apresentados na Tabela 2, todas as clientes obtiveram escores compatíveis com os critérios de inclusão para a pesquisa: para ansiedade social de leve a moderada, escores acima de 19 no SPIN e entre 30 e 80 para o LSAS. Em relação ao IHS, as clientes Laura e Ana obtiveram percentis com indicação para treinamento em Habilidades Sociais, já a cliente Sandra apresentou percentil acima da mediana, com bom repertório em Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001a). Ainda assim, Sandra foi selecionada para fazer parte da pesquisa por apresentar SPIN e LSAS compatíveis com os critérios de inclusão. Além disso, Laura, Ana e Sandra (nomes fictícios) eram estudantes universitárias e tinham 21, 22 e 25 anos, respectivamente.

Os critérios de exclusão foram: diagnóstico de ansiedade/fobia social grave ou muito grave, uso de medicação psiquiátrica para ansiedade/fobia social, diagnóstico de outros transtornos mentais ou outras condições de saúde que poderiam interferir no processo de tratamento durante a pesquisa.

Treino de categorizadores

Os categorizadores passaram por um treino que consistiu nas seguintes etapas:

1. Introdução à FAP e à FAPRS

Nessa etapa, foi realizada a explicação da Racional da FAP e uma breve explanação a respeito dos principais códigos da FAP: ECRB, O1, O2, CRB1, CRB2, TCRB e M, além de uma introdução à FAPRS como um instrumento para categorizar relações entre terapeuta e participante.

2. Leitura conjunta do Manual

Essa etapa consistiu na leitura do manual da FAPRS com a explicação de cada código do participante e do terapeuta.

3. Categorização de sessão modelo

Nessa etapa, os categorizadores tiveram acesso a algumas sessões (fornecidas pela pesquisadora, mas não relacionadas aos casos da pesquisa) transcritas e gravadas para, após compreensão do caso (a partir da conceituação fornecida), categorizarem os *turns* da diáde, com o objetivo de treinar a categorização.

Nesta etapa, a pesquisadora instruiu as categorizadoras e inseriram mais um código à FAPRS, devido à uma necessidade específica da pesquisa. Um dos objetivos do estudo consistiu em observar as diferenças, entre as condições, em relação à frequência dos comportamentos de melhora fora da sessão, os O2s. Entretanto, em virtude dos critérios de hierarquia propostos pelo manual do instrumento, os CRB2s teriam sempre prioridade nos códigos em relação aos O2s, e por essa razão, se a hierarquia fosse obedecida rigorosamente, os comportamentos alvo de observação do estudo ficariam camuflados. Por isso, orientou-se que quando houvesse a dúvida entre um CRB2 e um O2, as categorizadoras codificassem o *turn* como CRB2O2, ao invés de obedecer a hierarquia e codificar apenas como CRB2.

Alguns exemplos de comportamentos que foram categorizados como CRB2O2 são:

C (cliente Laura): Ai, não sei, eu tenho vontade de falar que eu to cansada de fato. E tipo, a equipe inteira, não nessas palavras, mas, abusa, tipo, de mim, do meu trabalho. Ele vê e, muitas vezes, ele não faz nada e ele vai lá e, também, quer abusar do meu trabalho. Sendo que ele tá vendo que eu to super sobrecarregada. Aí ele quer, tipo, dizer depois que eu sou a melhor funcionária do mundo, que ele tá com medo que, no ano que vem, eu vá embora. Sendo que tipo, ele disse (...). Ah, verdade, a única coisa que eu falei pra ele, daí ele veio “Ah, porque ano que vem eu pedi pra você abrir uma empresa, nãñãñãñãñã. E você nem se mexeu, você vai embora, né? Você vai me abandonar.”. Daí eu falei bem assim “G., a questão é que eu te falei que, ano que vem, a faculdade vai tá foda, tipo, eu vou tá super corrida. Depois eu não quero ver ninguém reclamando que eu não dou conta das coisas, não sei o quê, não sei o quê. O que eu quis dizer é: vocês estão cientes que, tipo, o meu trabalho vai continuar o mesmo, que eu não tenho todo o tempo do mundo pra viver pra vocês.”. Daí ele ficou olhando assim. Mas eu acho, mas eu to dando vários limites, assim, tá sendo super bom. (Trecho retirado da sessão 10)

C (cliente Laura): Ah, não sei, eu ia ter abraçado o mundo antes. Eu teria ido impulsivamente conversar com meu irmão, eu ia impulsivamente resolver as coisas do banco, “porque isso é um absurdo”. E agora eu to só me respeitando, assim, o que consigo estou fazendo, tipo... o que eu não consigo, tipo, minha mãe tá conseguindo e enfim... tipo, o que eu posso ajudar eu ajudo, o que eu não posso eu falo que não. Tanto que meu tio falou “ah, por que você não fica com o cartão?” e eu falei não, quer não queria. Falei que quem deveria fazer isso era ele, mas, enfim....(Trecho retirado da sessão 11)

C (cliente Laura): Sim. Tipo, tem várias coisas que eu queria ter falado mas não sabia o jeito. Porque daí ele fica nessa: “ai, o Felipe me decepcionou muito e não sei o que”... Ai eu falei pra ele: “Olha, veja, eu entendo, é legítimo o Felipe ter te decepcionado, mas você também

decepcionou ele, tipo tem muito mais do que o material, tipo, ele te deu bens materiais, te deu várias coisas. Ontem ele tava lá arrumando o carro dele, limpando e o Felipe falou que ele vai vender, que ele quer comprar um carro novo e que não sei o que, não sei o que. Essa é uma das coisas que eu gostaria de ter falado. Tá, eu estou cuidando da minha própria vida, mas o carro dele tava estragado e agora eles tão andando porque o meu tio deu dinheiro. Ele só tem uma moto que ele vai pra cima e pra baixo porque o meu tio deu essa moto pra ele. E tipo são essas coisas... ele só tem o celular em casa, porque um dia ele surtou e jogou o celular na parede porque meu tio mandou um celular novo pra ele. E tipo... sabe, isso não é coisa de quem não se importa com a pessoa. E tipo, quer que...(Trecho retirado da sessão 12)

4. Aferição da Concordância Interobservadores

Após a categorização da sessão modelo, realizou-se a aferição de concordância. As três categorizadoras foram convidadas a categorizar uma mesma sessão, de forma independente, para que o coeficiente *kappa* fosse calculado entre elas. O coeficiente *kappa* (k, Cohen, 1960), para o presente estudo, deve ser igual ou maior a 0,6 para que seja considerado aceitável e os codificadores sejam considerados aptos para a categorização.

Os coeficientes *kappa* calculados após a aferição encontram-se na Tabela 3 que segue:

Tabela 3: Coeficiente *kappa* entre categorizadoras.

Categorizadoras	Coeficiente Kappa
Categorizadora 1 – Categorizadora 2	0,10
Categorizadora 1 – Categorizadora 3	0,43
Categorizadora 2 – Categorizadora 3	0,19
Cat.1 -Cat. 2 – Cat. 3	0,10

Observa-se que apenas o índice entre as categorizadoras 1 e 3 obteve valor moderado, pois de acordo com Cohen (1990), coeficientes *kappa* entre 0,41 e 0,60 são considerados moderados.

Os outros coeficientes calculados não foram considerados aceitáveis e por esta 54

razão, foi realizado um retreino com as três categorizadoras para que o coeficiente *kappa* fosse recalculado.

Para o retreino, foi realizada uma reunião entre as categorizadoras e a pesquisadora. Foi selecionado um trecho da categorização anterior, no qual havia maior número de discordância entre os códigos. A conceituação do caso foi lida e discutida brevemente. Na sequência, aproximadamente 15 *turns* foram discutidos um a um e então cada uma das categorizadoras codificou, individualmente, alguns *turns* para que fossem discutidos novamente. Após discussões, toda a categorização da sessão foi refeita, individualmente, por cada categorizadora, para novo cálculo do *kappa*. Os coeficientes recalculados seguem na Tabela 3:

Tabela 4: Coeficiente *kappa* entre categorizadoras após retreino.

Categorizadoras	Coeficiente Kappa
Categorizadora 1 – Categorizadora 2	0,71
Categorizadora 1 – Categorizadora 3	0,80
Categorizadora 2 – Categorizadora 3	0,69
Cat.1 -Cat. 2 – Cat. 3	0,71

Após o retreino da categorização, os coeficientes *kappa* foram superiores a 0,60, o que indica que todos foram considerados aceitáveis para a pesquisa.

Treino da terapeuta

A terapeuta passou por um breve treinamento em FAP, de quatro horas, oferecido pela pesquisadora. O objetivo do treinamento foi aprimorar as habilidades da terapeuta em ficar sob controle dos comportamentos clinicamente relevantes que ocorrem durante a sessão,

assim como treinar o responder contingente naturalmente reforçador e o engajar-se em riscos interpessoais, de acordo com o sugerido por Kanter et. al (2013).

O treinamento ocorreu em uma sala do Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná, em virtude da necessidade de um ambiente seguro e com sigilo, já que questões pessoais da terapeuta e da pesquisadora seriam abordadas. Os exercícios propostos seguiram o modelo sugerido por Kanter et. al (2013): cada membro da díade falou, durante seis a oito minutos, sobre algo importante da sua história, sendo encorajada a expressar suas emoções e correr riscos emocionais. Logo em seguida, o outro membro deveria prover um feedback genuíno e uma reflexão a respeito do que ouviu. A ênfase foi observar os processos que estavam em curso, ao invés dos conteúdos trazidos no relato. Ao término do exercício, ambas foram convidadas a dar um feedback final de como se sentiram durante o exercício, e como foi o impacto da intervenção.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de gravação audiovisual de quatorze sessões para as Clientes 1 e 2, e treze sessões para a Cliente 3, com aproximadamente 50 minutos cada, e que foram realizadas semanalmente. Todas as sessões foram gravadas e transcritas integralmente para posterior categorização.

Delineamento da pesquisa

A pesquisa teve um delineamento experimental de sujeito único A-B-BC para as Clientes Ana e Sandra, e um delineamento A-BC-B para a Cliente Laura.



Figura 1: Estrutura do delineamento experimental para as participantes Ana e Sandra A = condição de linha de base na qual foi realizada a avaliação comportamental e a conceituação de caso. B = Intervenção baseada no uso integral da FAP. BC = Intervenção baseada em FAP com a adição de componentes de THS.



Figura 2: Estrutura do delineamento experimental para a participante Laura. A = condição de linha de base na qual foi realizada a avaliação comportamental e a conceituação de caso. BC = Intervenção baseada em FAP com a adição de componentes de THS. B = Intervenção baseada no uso integral da FAP.

A escolha de um delineamento sem reversão de condições é justificada pela compreensão de que, no caso da psicoterapia, é esperado que ocorra a aprendizagem de novos comportamentos em cada fase que não sejam desaprendidos na fase seguinte (Branch & Pennypacker, 2013). Por essa razão, para a presente pesquisa, a opção por um delineamento sem reversão, com replicação inter-sujeitos, é a mais apropriada.

As primeiras cinco sessões (linha de base, fase A) foram destinadas à conceituação do caso, estabelecimento do vínculo terapêutico e levantamento de quais comportamentos seriam

alvo da intervenção. A avaliação e eleição de quais comportamentos passaram pela fase de desenvolvimento de repertório aconteceram a partir das informações obtidas por meio dos instrumentos IHS (Del Prette & Del Prette, 2001a) e FIAT-Q (Callaghan, 2006). Com base nos dados extraídos do IHS foram levantados possíveis déficits em comportamentos socialmente habilidosos. Já partir do uso do FIAT-Q foi avaliado, dentro das cinco classes de comportamento do instrumento (asserção de necessidades e valores; comunicação bidirecional ou dar e receber feedback; resposta a conflitos em interações sociais; revelação ou intimidade interpessoal; experiência e expressão de emoções) o que pode ser acrescentado no repertório dos participantes com o objetivo de aumentar o controle discriminativo (relações entre condição antecedente – resposta – condição conseqüente) e assim aumentar as chances de generalidade clínica entre ambientes dos comportamentos modelados em sessão para o contexto de vida diária dos participantes. Após a avaliação, foram iniciadas as fases de intervenção da pesquisa.

Na condição B, a terapeuta foi orientada a realizar uma sessão FAP integralmente, baseando-se na conceituação dos casos e na interação lógica da FAP (Weeks et al., 2012). A interação abaixo é um trecho da transcrição da primeira sessão desta fase para a cliente Laura:

C (cliente): Ele é super inteligente, mas ele não é o tipo de pessoa que ouve, sabe? Tipo, ele coloca os pontos dele mas ele não ouve, ele não tenta entender. Se bem que até uma coisa que ele fez que eu achei legal. Porque ontem, antes de ontem, tipo, ele tinha falado várias coisas pro meu irmão, que ele tava decepcionado. Daí o L. me mandou um print e me falou “Ah, a hora que você tiver mais calma e quiser conversar, a gente precisa porque eu quero entender o que tá acontecendo. Não sei o quê, não sei o quê.”. Daí o L. falou que a hora que ele resolvesse vir pra cá eles conversariam pessoalmente, porque ele não achava que tinha

sentido falar pelo whats, por mensagem, por telefone, enfim. (som de campainha) Ai, sempre que eu escuto esse barulho parece que alguém tá levando choque. (CRB1)

T (terapeuta): E como que você tá sentindo em relação ao teu irmão, à relação de vocês assim? (TRB1)

C: Então, não sei, agora a gente tá, tipo, meio distantes assim. Porque, tipo, eu não posso negar, eu nunca ia falar isso pra ele. Mas ser hipócrita e dizer que, tipo, eu também não to um pouco decepcionada, assim. Tipo, eu to decepcionada com essas coisas, sabe? Porque eu acho que ele não percebe, mas ele tá sendo muito egoísta. Porque, tipo, ele não tá fazendo só pra ele, o fato de deixar a água atrasar, ele tá fazendo pra vó, sabe? E, tipo, isso é, pra mim é triste ele não se dar conta disso. Porque, tipo... enfim. Mas tipo, eu to feliz porque eu consegui falar e enfim, acho que ele entendeu. Mas ao mesmo tempo eu to, tipo, superdesapontada.(CRB2)

T: Uhum. Tem essas duas coisas em questão, né? Feliz porque você conseguiu falar algumas coisas importantes, mas, também, desapontada com ele pela situação, né? Por ele ter, sei lá, deixado algumas coisas passarem.(TRB2)

C: Sim, sim. E ele não, tipo, não tem conseguido ser honesto, sabe? É que eu não sei se eu dei abertura suficiente, mas tipo, ah, ele fica...(CRB2)

Já na condição BC, a intervenção consistiu no uso da interação lógica da FAP até o décimo primeiro passo (fazer paralelo de dentro para fora), e neste ponto foi acrescentado o protocolo de construção de repertório, a partir do uso do THS, objetivando desenvolver unidades menores de comportamento que garantam que as classes modeladas durante a primeira parte da intervenção sejam generalizadas para o contexto fora da sessão.

O principal objetivo dessa etapa da intervenção é buscar identificar se existe algum déficit comportamental no que diz respeito a comportamentos que sejam considerados como pré-requisitos para que o participante consiga emitir um O2; e quando este for o caso, auxiliar o participante, de forma mais instrucional e diretiva, no desenvolvimento e construção deste repertório.

Ao concluir os onze passos da interação lógica da FAP (Weeks et al., 2012), a terapeuta foi orientado a, a partir da classe de comportamentos na qual se baseou a intervenção em FAP (as cinco classes do FIAT-Q: asserção de necessidades e valores; comunicação bidirecional ou dar e receber feedback; resposta a conflitos em interações sociais; revelação ou intimidade interpessoal; experiência e expressão de emoções; (Callaghan, 2006), realizar perguntas com o objetivo de aumentar o controle discriminativo do participante (relações entre condição antecedente – resposta – condição conseqüente).

Para direcionar a ação da terapeuta nesta tarefa, ele pode utilizar as Questões de Avaliação do FIAT (Callaghan, 2006) e as intervenções propostas pelo THS (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 2001b).

A ênfase desta etapa da intervenção (momento em que o THS foi inserido) foi dada aos comportamentos do participante no seu contexto de vida diária, e sendo assim, o foco na relação terapêutica e a modelagem direta, que são características fundamentais da FAP, foram evitadas.

As interações que seguem são exemplos de momentos em que a terapeuta, após a intervenção FAP, insere o THS:

Sessão 6 para cliente Laura (primeira sessão FAP+THS):

T: Só que “não se sentir no direito de”, também, você vai, de novo, caindo no teu próprio problema, né? De não se permitir, não se abrir. E as pessoas, lá fora, não tem acesso ao que você é de verdade, como você tá se sentindo de verdade. Eu queria propor um exercíciuzinho, assim, se você topa. De você escolher alguém da sua vida, assim, pra quem você... Pode ser essa semana, pode ser teu irmão, tua família, o inaudível (34:04) mesmo, alguns caras. Escolher algum deles, pra quem você gostaria de falar alguma coisa, ou gostaria de falar como você tá se sentindo em relação a essa pessoa. O que que você acha?

C: Deixa eu pensar. Acho que o meu irmão é uma boa.

T: Tá, o que que você gostaria de falar pra ele?

C: Sei lá, falar que eu também tenho vários problemas. Que não é tão simples quanto parece ser. Que, às vezes, eu falo dos meus problemas e ele não escuta e começa a falar dos dele. Que, fora isso, eu queria que ele diminuísse a agressividade. Falando que eu não entendo ele,(...)

T: E, às vezes, me parece que você, também, não escolhe os melhores momentos pra falar, né? Às vezes, tá acontecendo algum conflito, alguma coisa e daí você nunca fala o que você tá sentindo, como você tá se sentindo. Aí você fala num momento que também não é bem recebido, né? Você concorda? Acontece isso?

C: Sim. Acontece.

T: É que eu falo e, às vezes, a pessoa (...) você tem que concordar, né? É e, às vezes, no calor do momento, acaba não passando, realmente, como você tá se sentindo, ou o que você, realmente, gostaria que ele entendesse sobre você, né? Então eu queria, tipo, como se fosse um teatro, como se eu fosse ele. Você só me falasse como você tá sentindo. Isso que você falou mas direcionado, como se você tivesse falando com ele.

Sessão 10 da cliente Ana (primeira sessão FAP+THS)

T: E não sei, pensei de hoje, a gente, sei lá, pensei que você poderia escolher alguém da sua vida, pode ser mãe, pode ser amiga, pode ser líder, pode ser qualquer pessoa, pra quem você gostaria de falar alguma coisa, tá, do que você sente em relação à pessoa, pra gente tentar conversar, assim, sobre como falar, sabe.

C: Mas tipo, aquilo lá que eu falei?

T: É, ou que você tenha vontade de falar, ou dificuldade.

C: É, eu não tô com vontade de falar, haha.

T: Mas você não precisa fazer de verdade, é só pra gente treinar, assim.

C: Ah, não é pra falar pra pessoa!

T: Não! É aqui.

C: Ahahaha, ah, não sei. Eu já falei pra J. ontem que ela tá me ajudando bastante. (...)Minha mãe, pra mãe tem que falar pra ela parar de mentir pro meu padrinho, hahaha, que ela fica, ela é da igreja e tal, e tipo, ela mente muito. Porque meu padrasto é muito, assim, ele é muito carente, ou qualquer coisinha ele briga, assim. Daí ela tem que ficar escondendo as coisas dele pra ele não brigar.

T: Daí ela fala pra você que ela tá escondendo?

C: Daí ela inventa uma mentira e fala pra eu concordar com a mentira.

T: Hmm, então vamo pegar esse aí.

Hahaha. (alguns minutos depois)

T: Mas acho que daí dá pra mudar um pouco o foco, sabe, em vez de, você já falou pra ela, né: "Ah, pare de mentir! Isso não vai fazer vocês se entenderem, não faz bem pra vocês, não é certo." e tal. Mas acho que dá pra mudar o foco pra você, sabe. Pro que você tá sentindo e pro que você quer e não quer fazer, porque você não acha certo. Tipo, você... Parece que ela tá te usando pra alimentar a mentira dela, sabe? E acho que você poderia falar assim: "Mãe, é, sei lá, não é certo, eu falei pra você que você tem que parar de mentir, sei lá, que não é certo. É, mas sei lá, você faz o que você quiser, só que eu não quero mais ficar envolvida nisso porque eu não acho certo isso". Daí você tá de certa forma impondo um limite seu, sabe, uma coisa que você acredita.

Análise de dados

A análise dos dados foi realizada a partir do uso dos seguintes tratamentos estatísticos:

Análise de probabilidade transicional, foi utilizada para aferir relações funcionais entre os códigos ERBs (terapeuta evoca comportamento clinicamente relevante do cliente) e CRBs (comportamentos clinicamente relevantes do cliente), assim como entre CRB e CRB2O2 (código adicionado à FAPRS para o presente estudo) e ERB e O2 (comportamento de melhora do cliente fora do contexto da sessão). A análise de probabilidade transicional é utilizada para dizer o quanto um evento pode predizer o outro (McComas et al., 2009). Quando utilizado em pesquisas em análise do comportamento, pode-se inferir a probabilidade de um comportamento do terapeuta gerar uma mudança esperada no comportamento do cliente, e vice-versa.

O Coeficiente de Correlação de Pearson é uma medida de associação linear entre variáveis. Isso quer dizer que “em termos estatísticos, duas variáveis se associam quando elas

guardam semelhanças na distribuição dos seus escores” (Britto, Filho, & Alexandre, 2009; p.118). Os coeficientes variam entre -1 e 1, sendo que os valores positivos apontam para uma relação diretamente proporcional e os valores negativos para uma relação inversamente proporcional. Quanto mais próximo do valor 1, maior a força da relação entre as variáveis. De acordo com Brito et. al (2009), os coeficientes entre 0,30 e 0,49 podem ser considerados moderados e os que se encontram entre 0,5 e 1 determinam uma relação forte entre variáveis. O Coeficiente de Correlação de Pearson foi utilizado para a análise de integridade de tratamento em FAP, nas condições em que esta intervenção foi realizada.

O Método JT (Del Prette & Del Prette, 2008) articula a análise da significância clínica (relacionada à validade externa) com a verificação da confiabilidade das mudanças obtidas (relacionada à validade interna). É utilizado para demonstrar o grau de efetividade de uma determinada intervenção, ou seja, para indicar se os resultados obtidos em um estudo podem ser atribuídos aos procedimentos e técnicas utilizados. Para tanto, são calculados o Índice de Mudança Confiável (que informa se ocorreram mudanças positivas ou negativas no desempenho de cada participante) e a Mudança Clinicamente Significativa (que indica o quanto as mudanças foram direcionadas a indicadores funcionais). Para a análise dos escores iniciais e finais do BDI-II, a partir do Método JT foi utilizado o Software Psicoinfo², que foi desenvolvido especialmente para este fim.

Os instrumentos IHS, OQ-45, SPIN, LSAS tiveram seus escores coletados durante a linha de base e ao término das sessões de intervenção, para todas as clientes. Os escores de antes e depois do tratamento para o SPIN, LSAS e OQ-45 foram analisados de acordo com as orientações e parâmetros de cada escala. Já para a análise do IHS, os escores foram

²Disponível gratuitamente em <http://www.psicoinfo.ufscar.br>

comparados ao longo das condições, para avaliar as variações entre os valores de antes e depois das sessões de tratamento.

Resultados e Discussão

O presente estudo teve duas questões centrais: 1) há diferenças na frequência de comportamentos de melhora (CRB2) entre as fases FAP+THS e FAP e 2) quais os efeitos de cada intervenção (condição FAP e condição FAP+THS) na generalidade clínica entre ambientes dos comportamentos de melhora para fora do contexto de sessão? Ou seja, haveria mais melhoras dos clientes fora de sessão quando o THS é adicionado à FAP?

Para responder às perguntas do estudo, primeiramente, verificou-se a integridade do tratamento em FAP por meio da análise de Correlação de Pearson. Então, verificou-se também as possíveis relações de contingência das interações terapeuta/cliente, em cada condição, por meio da Análise de Probabilidade Transicional. Em seguida, utilizou-se da inspeção visual dos gráficos para analisar as frequências dos comportamentos de melhora das clientes, nos contextos de dentro e fora das sessões. Foram também analisados os escores dos instrumentos aplicados antes e depois do tratamento.

Integridade do tratamento em FAP

Para demonstrar a integridade do tratamento em FAP, durante as fases de intervenção do estudo, levou-se em consideração seu principal mecanismo de ação – o responder contingente do terapeuta em relação ao comportamento clinicamente relevante do cliente (TRB) – assim como o comportamento de evocação de CRBs (ERB – terapeuta) em relação aos comportamentos das clientes (CRBs). As fases de intervenção foram de tratamento FAP + THS e depois FAP isoladamente para Laura, e para Sandra e Ana, FAP sozinha e depois FAP + THS. Ao codificar os comportamentos das clientes e da terapeuta, foi possível verificar as mudanças nos comportamentos das clientes e observar a ocorrência de intervenções características da FAP. A Tabela 5 apresenta os coeficientes de correlação de Pearson entre o

comportamento da terapeuta de evocar comportamentos clinicamente relevantes (os problemáticos e os de melhora) das clientes, e os comportamentos de responder efetivamente da terapeuta aos comportamentos de melhora e os próprios comportamentos de melhora dentro da sessão das clientes:

Tabela 5: Coeficientes de Correlação de Pearson para as Condições B e BC, nos lags 1, 3 e 5, para Sandra, Ana e Laura.

Cliente Sandra						
	Condição B			Condição BC		
	LAG 1	LAG 3	LAG 5	LAG 1	LAG 3	LAG 5
ERB - CRB1	0,78	0,78	0,46	0,63	0,45	0,45
ERB - CRB2	0,73	0,89	0,95	1	0,91	0,83
TRB2 - CRB2	0,63	0,83		0,67	0,74	0,66

Cliente Ana						
	Condição B			Condição BC		
	LAG 1	LAG 3	LAG 5	LAG 1	LAG 3	LAG 5
ERB - CRB1	0,57	0,89	0,93	0,85	0,9	0,78
ERB - CRB2	1	1	1	0,16	0,33	-0,13
TRB2 - CRB2	0,91	0,89	0,84	0,85	0,35	0,62

Cliente Laura						
	Condição B			Condição BC		
	LAG 1	LAG 3	LAG 5	LAG 1	LAG 3	LAG 5
ERB - CRB1	0,37	0,37	0,33	0,93	0,93	0,62
ERB - CRB2	0,9	0,9	0,88	0,58	0,51	0,37
TRB2 - CRB2	0,58	0,54	0,64	0,68	0,89	0,69

Conforme a Tabela 5, os dados indicam uma relação direta e forte (sendo $r > 0,5$) entre os códigos ERB (terapeuta evoca CRB do cliente) e CRB2 (comportamento clinicamente relevante de melhora do cliente) para para as três clientes durante a condição B (FAP), nos três lags analisados. Pode-se inferir, portanto, que as intervenções da terapeuta foram eficazes em evocar os comportamentos de melhora das clientes durante a condição em que a FAP foi aplicada sozinha. Na condição BC (FAP+THS), nota-se também uma relação direta e forte 67

entre os códigos ERB-CRB2 para a maioria dos lags das clientes Sandra e Laura. As exceções ocorrem no lag 5 da cliente Laura e nos lags 1, 3 e 5 da cliente Ana, que podem ter ocorrido em função da intervenção em THS, já que em alguns casos, observou-se que os ERBs foram seguidos por verbalizações sobre comportamentos de melhora fora da sessão, ao invés de comportamentos de melhora observados na relação terapêutica, durante esta condição do estudo.

Observa-se também que as correlações entre os códigos TRB2 (terapeuta responde efetivamente ao CRB2) e CRB2 (comportamentos de melhora dentro da sessão), para Sandra, Laura e Ana, em quase todos os lags das duas condições, são fortes e diretas. Isso indica que o responder contingente da terapeuta em relação aos comportamentos de melhora de dentro da sessão das clientes interferiu na frequência de emissão dos comportamentos de melhora de dentro da sessão. Ou seja, conforme a frequência do responder contingente do terapeuta aos comportamentos de melhora aumentou, a frequência dos comportamentos de melhora de dentro da sessão das clientes aumentou de forma diretamente proporcional.

As informações apresentadas na Tabela 5 indicam, portanto, que as intervenções características da FAP ocorreram para todas as clientes de forma satisfatória, garantindo a integridade do tratamento em FAP.

Análise de Probabilidade Transicional

Para a Análise de Probabilidade Transicional (APT), foram selecionadas as relações entre os códigos ERB – CRB2, ERB – CRB2O2 e ERB – O2, as quais indicam as possíveis transições e interações relevantes para responder às perguntas iniciais da presente pesquisa, a respeito do impacto de cada condição de tratamento nos comportamentos de melhora das clientes de dentro e fora de sessão.

Tabela 6: Porcentagem de transição na APT para os lags 1, 3 e 5 em todas as fases para Sandra, Laura e Ana

LAG 1												
	Cliente Laura				Cliente Ana				Cliente Sandra			
	A	B	BC	Totais	A	B	BC	Totais	A	B	BC	Totais
ERB	- 77	64	71	68	43	49	58	52	62	38	60	53
CRB2												
ERB	- 0	8	4	4	0	0	2	1	0	25	4	10
CRB2O2												
ERB	- 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O2												
LAG 3												
	Cliente Laura				Cliente Ana				Cliente Sandra			
	A	B	BC	Totais	A	B	BC	Totais	A	B	BC	Totais
ERB	- 85	72	82	77	63	74	73	71	75	50	88	73
CRB2												
ERB	- 0	12	4	5	0	0	8	4	0	38	8	16
CRB2O2												
ERB	- 8	24	14	16	0	2	1	2	0	12	4	6
O2												
LAG 5												
	Cliente Laura				Cliente Ana				Cliente Sandra			
	A	B	BC	Totais	A	B	BC	Totais	A	B	BC	Totais
ERB	- 85	80	89	82	76	81	81	80	75	56	92	78
CRB2												
ERB	- 0	20	4	8	0	0	12	5	0	44	8	18
CRB2O2												
ERB	- 8	28	18	21	1	4	2	4	12	12	8	10
O2												

A Tabela 6 apresenta as APTs para as três clientes, em todas as condições do estudo, nos Lags 1, 3 e 5. Pode-se notar que houve uma semelhança constante dos dados, entre clientes, condições e Lags. No Lag 1, as APTs para a evocação da terapeuta e os relatos de comportamentos de melhora fora de sessão foram iguais a zero para Laura, Ana e Sandra nas condição de linha de base, FAP e FAP+THS. As APTs entre os comportamentos de evocação da terapeuta e os comportamentos de melhora de dentro da sessão foram altas para as três clientes, em todas as três condições do estudo. E as APTs entre os comportamentos de evocação da terapeuta e os comportamentos de melhora das clientes de dentro da sessão, que contém relatos de melhora fora de sessão, também apresentam valores semelhantes entre Ana,

Laura e Sandra, para as fases de linha de base, tratamento em FAP e tratamento em FAP+THS.

Nos Lags 3 e 5, os valores das ATPs seguem padrões também semelhantes para Ana, Laura e Sandra, nas três condições: entre os comportamentos de evocação da terapeuta e os comportamentos de melhora das clientes em sessão, as ATPs aumentaram, de modo semelhante; entre os comportamentos de evocação da terapeuta e os comportamentos de melhora das clientes de dentro da sessão, que contém relatos de melhora fora da sessão, as ATPs apresentaram diferenças pequenas em relação ao Lag 1, para as três clientes, nas três condições; e entre os comportamentos de evocação da terapeuta e os relatos de melhora fora da sessão, as ATPs aumentaram para Ana, Laura e Sandra, nas três condições, em relação às ATPs no Lag 1.

Assim, as probabilidades de transição de ERB para CRB2 foram as mais altas, para todas as clientes. Independentemente da condição, se FAP ou FAP+THS, houve alta probabilidade de a terapeuta evocar comportamentos de melhora. Além disso, os valores apresentam uma certa constância entre as condições, para cada lag, em cada cliente. Por se tratar de uma intervenção em FAP, era esperado que as transições entre as verbalizações da terapeuta que evocassem melhora e os comportamentos de melhora das clientes de dentro da sessão fossem altas. Contudo, já na condição A (de linha de base), observa-se que, mesmo sem a presença de uma intervenção FAP estruturada, as transições entre ERB e CRB2 foram altas. A hipótese levantada é a de que, no caso específico do padrão de comportamento das clientes selecionadas para o estudo (com características de timidez e ansiedade social), algumas verbalizações da terapeuta tiveram grandes chances de evocar CRB2s, já que qualquer resposta das clientes poderia ser caracterizada como CRB2.

Outro dado relevante (na Tabela 6) diz respeito às probabilidades de transição entre os ERBs e os O2s. Pode-se observar que, no Lag 1, para as três fases e para as três clientes, a probabilidade de transição é igual a zero. Já para os Lags 3 e 5, os valores aumentam de forma aparentemente regular para as três clientes, nas três condições. Pode-se inferir, portanto, que uma evocação da terapeuta não foi suficiente para que as clientes relatassem um comportamento de melhora fora da sessão imediatamente. Pode-se hipotetizar que, para a construção de repertório, o terapeuta, muitas vezes, precisa de outras vias de descrição para o aumento de controle discriminativo, para que o cliente, então, consiga descrever seu repertório na vida cotidiana.

As informações da Tabela 7 fortalecem as hipóteses levantadas a partir das análises de probabilidade transicional entre as verbalizações de evocação da terapeuta e os comportamentos de melhora das clientes de fora da sessão. Observa-se que o Coeficiente de Correlação de Pearson foi nulo para todas as clientes, em todas as condições, no Lag 1, indicando que não houve correlação entre evocação por parte da terapeuta e relatos de comportamentos de melhora fora da sessão por parte das três clientes, para este Lag, e que, portanto, a evocação de CRB não foi suficiente para que as clientes relatassem melhoras de comportamento fora da sessão. Nas condições A e B, para os Lags 3 e 5, os coeficientes variaram entre -0,69 (cliente Sandra, lag 5, fase A) e 0,97 (cliente Sandra, lags 3 e 5, fase B). Já para os Lags 3 e 5, da condição BC, os coeficientes foram 0,82 e 0,98 para Ana; 0,87 e 0,75 para Laura e 0,89 e 0,89 para Sandra, demonstrando relação positiva e forte entre os códigos, o que pode indicar a necessidade do uso de outras estratégias para auxiliar as clientes a discriminar e descrever seus comportamentos de melhora fora da sessão.

Tabela 7: Coeficiente de Correlação de Pearson entre os códigos ERB e O2

	Fase A			Fase B			Fase BC		
	Lag 1	Lag 3	Lag 5	Lag 1	Lag 3	Lag 5	Lag 1	Lag 3	Lag 5
Cliente Ana	0	0,09	0,18	0	-0,05	0,28	0	0,82	0,98
Cliente Laura	0	-0,14	-0,14	0	0,23	0,62	0	0,87	0,75
Cliente Sandra	0	0	-0,69	0	0,97	0,97	0	0,89	0,89

De acordo com Skinner (1953/2003), uma habilidade é o resultado de reforços educacionais contingentes às propriedades topográficas ou intensivas do comportamento. Para alguns clientes, como os selecionados para o presente estudo, parece necessário, no desenvolvimento de repertórios comportamentais mais habilidosos, que o terapeuta auxilie com dicas que os ajudem a aumentar o controle discriminativo de suas ações, como ajustes de quando e como realizar uma determinada ação, que seria correspondente ao que Skinner chama de “reforços contingentes à propriedades topográficas e intensivas do comportamento”. Os dados obtidos a partir das análises de probabilidade transicional e os coeficientes de correlação de Pearson indicam que a pura evocação de CRBs não é suficiente para conduzir os clientes nesse desenvolvimento de repertório de comportamentos mais habilidosos fora da sessão.

Conforme Goldiamond (1974/2002), para auxiliar o cliente a agir de forma eficaz no seu contexto de vida diária, o terapeuta precisa intervir de maneira a promover um aumento na variabilidade do repertório do cliente. Nesta direção, a intervenção apresentada pelo presente estudo parece contribuir na proposição de uma intervenção que vai além das melhoras de comportamento de dentro da sessão. Ao utilizar componentes de THS, a terapeuta pareceu facilitar a construção do repertório social necessário, para que as melhoras que ocorreram dentro da relação terapêutica, ocorressem também no ambiente de vida cotidiana das clientes.

Frequências dos comportamentos de melhora das clientes para os contextos de dentro e fora da sessão

De acordo com os objetivos específicos da pesquisa, os códigos de maior interesse para análise foram os CRB2s, os CRB2O2 e os O2s já que as perguntas foram relacionadas aos comportamentos de melhora das clientes dentro e fora das sessões, assim como as diferenças entre eles, nas condições FAP+THS e FAP. Sendo assim, a Figura 3 mostra as frequências absolutas de CRB2, a Figura 4 mostra as frequências absolutas de CRB2O2 e a Figura 5 mostra as frequências absolutas dos O2s, para Sandra, Laura e Ana, nas condições de linha de base (A), FAP (B) e FAP+THS (BC).

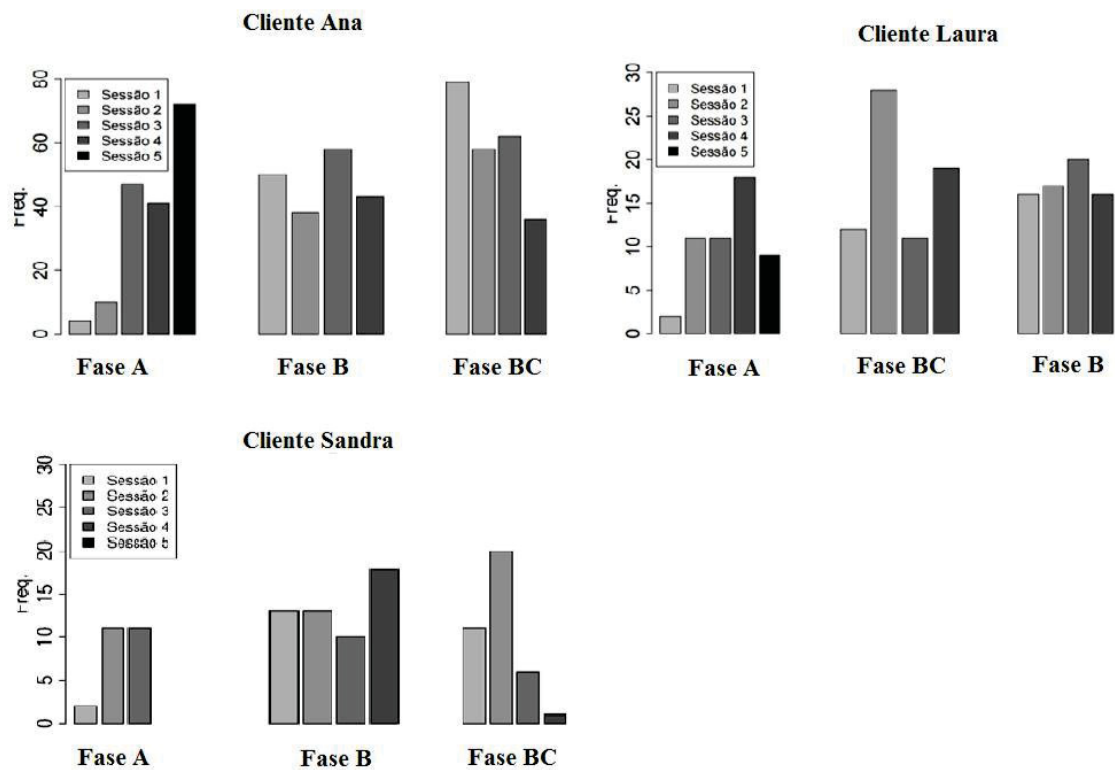


Figura 3: Frequências absolutas dos CRB2s para as Clientes Ana, Laura e Sandra, sendo a Fase A: linha de base; Fase B: intervenção em FAP; Fase BC: intervenção FAP+THS.

A Figura 3 apresenta as frequências absolutas dos CRB2s das três clientes em cada condição do estudo. Os gráficos indicam que os comportamentos clinicamente relevantes de

melhora estiveram presentes em todas as três condições, para todas as clientes. Ainda que nenhuma intervenção estruturada tenha sido apresentada nas condições A, as altas frequências de CRB2s indicam que outros comportamentos da terapeuta (como acolher, oferecer uma escuta não punitiva e tender a valorizar cada expressão das clientes pouco habilidosas), podem ter evocado e reforçado comportamentos de melhora, exercendo a modelagem deles. A frequência de CRB2 de Ana foi alta desde a linha de base, e continuou com frequências relativamente altas nas condições FAP e FAP+THS, sendo que na fase FAP+THS, houve maiores frequências nas sessões 1, 2 e 3. Pelo fato de Ana apresentar baixos escores em habilidades sociais e muitas dificuldades nas relações interpessoais, pode ser que a terapeuta tenha superestimado as suas respostas e reforçado pequenas instâncias de CRB2, proporcionando o aumento/manutenção na frequência dos mesmos. Para a cliente Laura, a distribuição das frequências de CRB2s parece semelhante para as três condições. É possível que tenha ocorrido com Laura o mesmo processo que aconteceu com Ana, em virtude do seu padrão de funcionamento. Já para Sandra, com exceção da sessão 2 da fase FAP+THS, o gráfico indica maiores frequências de CRB2s na condição FAP. Sandra foi a única cliente que apresentou o resultado esperado para o procedimento, com baixa frequência de CRB2s na condição de linha de base, aumento da frequência na condição FAP e presença de CRB2 na fase FAP+THS menor do que na fase FAP.

Apesar da diminuição da frequência de CRB2s nas duas últimas sessões de Sandra, pode-se notar que houve um padrão quanto aos comportamentos de melhora nas condições B e BC, para as três clientes, não sendo possível, portanto, afirmar que houve diferenças nas frequências entre as condições. Sendo assim, pode-se inferir que a inserção do THS como intervenção durante um processo de psicoterapia em FAP não apresentou impactos observáveis nas frequências dos comportamentos de melhora de dentro da sessão de Laura, Sandra e Ana.

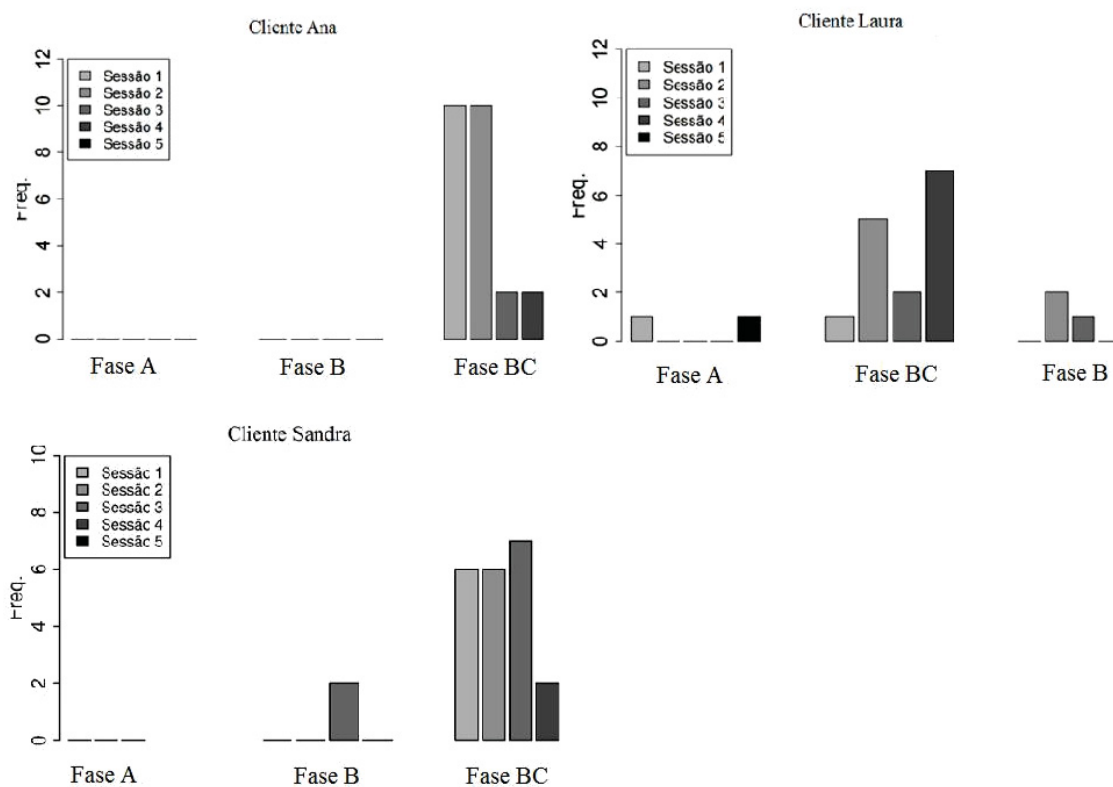


Figura 4: Frequências absolutas dos CRB2O2s para as Clientes Ana, Laura e Sandra, sendo a Fase A: linha de base; Fase B: intervenção em FAP; Fase BC: intervenção FAP+THS.

A Figura 4 apresenta gráficos com as frequências dos CRB2O2s, código acrescentado na categorização para este estudo especificamente, o qual indica o relato de melhoras na vida cotidiana, quando as clientes engajaram-se em comportamentos de melhora dentro da sessão.

De acordo com a Figura 4, pode-se notar que as frequências de CRB2O2s são maiores nas Fases BC (FAP+THS) para as três clientes. O efeito demonstrado nos gráficos foi esperado, já que a hipótese do estudo foi a de que nas condições em que a FAP fosse acrescida de THS, as clientes se engajariam em mais relatos de melhora fora do contexto da sessão. Para a cliente Laura, houve também relatos de melhora na vida cotidiana durante a aplicação da FAP sozinha, o que pode ser explicado pelo aprendizado ocorrido na condição anterior e que se manteve mesmo sem a apresentação da intervenção em THS, ou ainda em razão da generalidade entre pessoas e ambientes esperada na FAP.

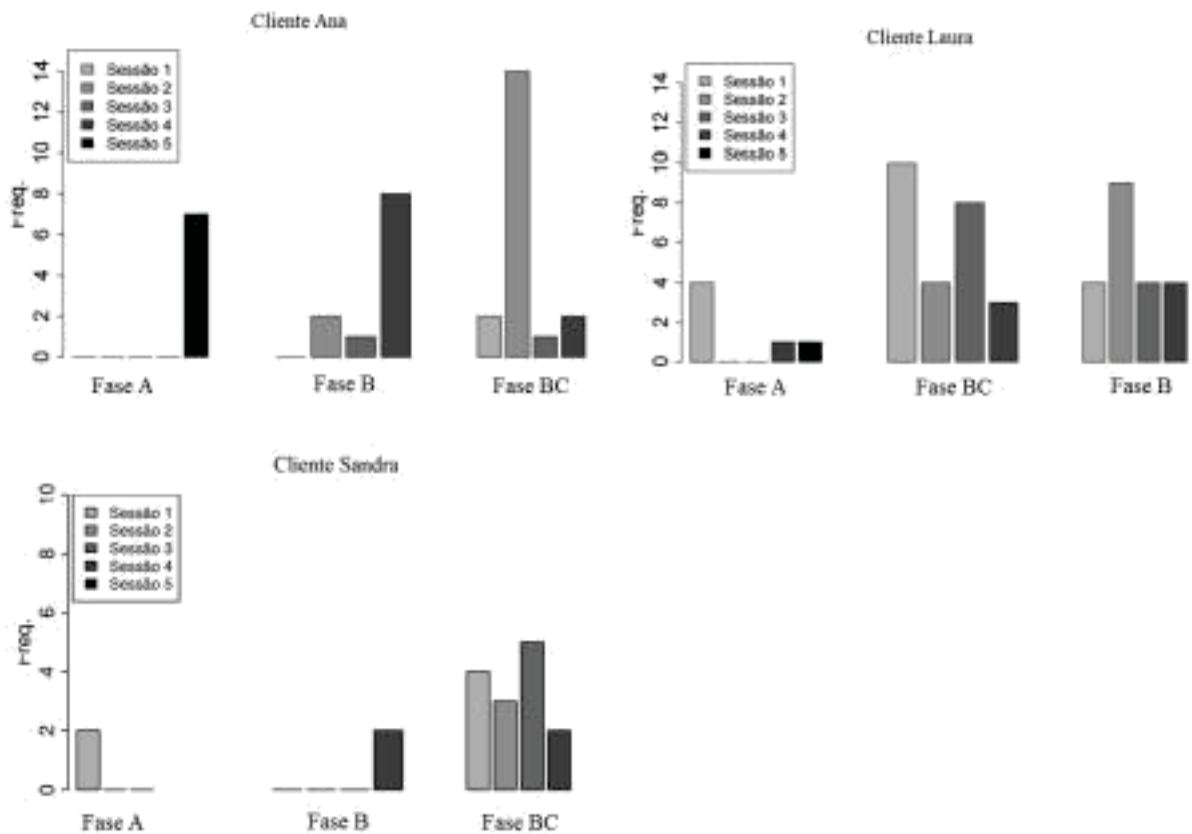


Figura 5: Frequências absolutas dos O2s para as Clientes Ana, Laura e Sandra, sendo a Fase A: linha de base; Fase B: intervenção em FAP; Fase BC: intervenção FAP+THS.

A Figura 5 apresenta as frequências absolutas dos relatos de comportamentos de melhora fora de sessão para Sandra, Laura e Ana, nas três condições do estudo. Para a cliente Ana, nota-se que já na segunda sessão da fase FAP há presença de O2s, o que também ocorre na segunda sessão e na terceira (na qual observa-se a maior frequência de relatos de melhora na vida cotidiana na fase onde a FAP foi utilizada isoladamente). Na condição FAP+THS, os relatos de melhora fora de sessão estão presentes em todas as quatro sessões, sendo que a segunda sessão desta fase é a que concentra a maior frequência de O2s. Laura apresenta um padrão semelhante de frequências de relatos de melhora fora de sessão nas duas condições (FAP e FAP+THS), sendo que as sessões com as frequências mais altas foram a primeira e terceira da fase FAP+THS e a segunda da fase FAP. O gráfico que representa Sandra indica que os relatos de comportamentos de melhora fora da sessão ocorreram na última sessão da fase FAP e em todas as sessões da fase FAP+THS.

A observação de relatos de comportamentos de melhora fora de sessão nas fases FAP de Ana e Sandra pode ter ocorrido devido à promoção de generalidade clínica entre ambientes e entre pessoas para fora do contexto das sessões, efeito que era esperado diante da intervenção FAP realizada nesta condição. Já no caso de Laura, as frequências dos relatos de comportamentos de melhora na vida cotidiana, na fase FAP, podem ser atribuídas tanto à promoção da generalidade clínica, esperada em uma intervenção em FAP, quanto ao efeito do aprendizado de habilidades desenvolvido no THS na condição FAP+THS que precedeu.

Nota-se que, com exceção de Ana, há maiores frequências de relatos de comportamentos de melhora fora de sessão nas condições em que a intervenção realizada foi FAP acrescida de THS, dados que indicam que a união das duas intervenções pode ser mais eficaz no desenvolvimetro de um repertório social mais habilidoso e como estratégia de promoção de generalidade clínica entre ambientes e entre pessoas, em um tratamento da FAP, para clientes com repertórios sociais deficitários.

A hipótese inicial do presente estudo propôs que a combinação de FAP e THS seria uma alternativa para aumentar a generalidade clínica e para desenvolver um repertório socialmente habilidoso, pois por meio de estratégias mais diretivas e instrucionais, como as oferecidas pelo THS, o terapeuta poderia facilitar o processo discriminativo dos clientes em relação aos seus próprios comportamentos. Assim, o terapeuta poderia auxiliar em regular e aperfeiçoar o responder até que fosse efetivo no contexto de fora da sessão. As frequências de relato de melhora fora da sessão foram maiores nas condições em que à FAP foi adicionado o THS, com exceção da cliente Ana, propondo que a combinação das duas intervenções pode ter sido responsável por este resultado.

Alguns estudos sobre a FAP já demonstraram que ela pode ser eficaz na promoção de generalidade clínica (Kanter et al., 2006; Landes et al., 2013; Lizarazo et al., 2015; Villas-77

Bôas et al., 2016; Martim & Silveira, 2017). Em um destes estudos (Villas-Bôas et al., 2016), entretanto, os resultados mostraram melhora dos comportamentos na vida diária para apenas um dos dois clientes que participaram, sugerindo que, para alguns casos, a FAP pode não ser suficiente na promoção de melhoras dos comportamentos de fora da sessão terapêutica.

A intervenção proposta pelo presente estudo (FAP e FAP+THS, para clientes com fobia social), em contrapartida, apresentou resultados positivos para as três clientes, para os comportamentos de melhora de dentro da sessão e também para os relatos de comportamentos de melhora de fora da sessão. Sugere-se, portanto, que clientes que não se beneficiariam com um tratamento baseado apenas em FAP, podem se beneficiar de uma intervenção que combine a FAP com o THS. Além disso, os dados apresentados até aqui mostram que, aparentemente, se o terapeuta investir na construção de repertório, com estratégias semelhantes às propostas pelo THS, é provável que a generalidade clínica seja facilitada e um repertório socialmente habilidoso seja desenvolvido.

Além do reforço contingente do terapeuta aos comportamentos dos clientes em sessão (proposto pela FAP), parece que, para que o desenvolvimento de um repertório social seja promovido e apresentado na vida diária dos clientes, é necessário que o terapeuta reforce propriedades topográficas e intensivas do comportamento a ser desenvolvido. Dessa forma, de acordo com Skinner (1953/2003), o comportamento pode ser refinado até que se torne hábil.

Análises dos escores dos instrumentos aplicados antes e depois da intervenção

Para mostrar o que aconteceu com a ansiedade social, os progressos do tratamento, as habilidades sociais e os sintomas de depressão, foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados de antes e depois da intervenção: SPIN, LSAS, OQ-45, IHS e BDI-II. A

Tabela 8 apresenta os escores obtidos em cada momento da pesquisa, para Sandra, Laura e Ana, para os instrumentos SPIN, LSAS e OQ-45.

Tabela 8: Escores de antes e depois da intervenção para os instrumentos SPIN, LSAS e OQ-45

	SPIN		LSAS		OQ-45	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Laura	37	18	70	50	139	111
Ana	27	17	60	57	119	109
Sandra	40	18	73	51	149	127

Para o Inventário de Fobia Social – SPIN, a Tabela 8 mostra que os escores para antes da intervenção foram: 37 para Laura, 27 para Ana e 40 para Sandra. Os valores demonstrados indicaram que todas as clientes apresentaram valores maiores que 19 pontos e que, portanto, todas preenchiam o critério para fobia social, de acordo com o SPIN. Já os escores finais foram: 18 para Laura, 17 para Ana e 18 para Sandra, dados que sugerem uma melhora de todas as clientes, já que valores abaixo de 19 não se encaixam no quadro de fobia social, neste instrumento. Este dado sugere que, mesmo com apenas 13 sessões para Sandra e 14 para Ana e Laura, as clientes apresentaram mudanças no SPIN. Isso sugere que a FAP e mesmo a FAP acrescida de THS parecem boas indicações terapêuticas para casos de ansiedade social.

Além do SPIN, outro instrumento para avaliar o nível e gravidade de ansiedade social foi utilizado: o LSAS. Para esta escala, os escores iniciais foram: 70 para Laura, 60 para Ana e 73 para Sandra. De acordo com a LSAS, as clientes Laura e Sandra apresentavam escores que representam ansiedade social generalizada grave, enquanto que a cliente Ana apresentava escore para ansiedade social específica leve. Os valores obtidos na aferição, após as 13 sessões de Sandra e 14 de Ana e Laura, foram: 50 para Laura, 57 para Ana e 51 para Sandra, escores abaixo de 60 pontos, que indicam ansiedade social não patológica, de acordo com as interpretações da LSAS.

As informações a respeito dos escores, de antes e depois do conjunto de sessões avaliado, dos dois instrumentos utilizados para avaliar o grau de ansiedade das clientes, sugerem que elas tiveram melhoras importantes após o período de tratamento do estudo, indicando que o uso de um tratamento combinado de FAP e FAP+THS pode promover melhoras no quadro de ansiedade social, o que pode ser estudado em series de casos, futuramente. Como os instrumentos foram utilizados apenas antes e depois de todo o procedimento proposto pela pesquisa (durante a linha de base e depois do término da intervenção), e não antes e depois de cada condição do estudo, não foi possível identificar se este resultado é devido ao uso da FAP isoladamente ou se à FAP acrescida de THS.

Outros estudos já haviam apresentado resultados favoráveis, para tratamentos de clientes com transtornos ansiosos, utilizando intervenções baseadas em FAP (Magri, 2015; Maitland et al., 2016) e THS (Magri, 2015; Souza, 2018). O presente estudo demonstrou que a combinação de uma psicoterapia interpessoal, como a FAP, somada a componentes de um treino de habilidades sociais, promoveu resultados positivos no tratamento das três clientes com ansiedade social, pois proporcionou a diminuição nos escores das escalas de ansiedade aplicadas após as 14 sessões para Ana e Laura, e 13 para Sandra..

A Tabela 8 apresenta ainda os escores para o OQ-45. Os valores para a avaliação inicial foram: 139 para Laura, 119 para Ana e 149 para Sandra. Os escores do OQ-45 podem variar entre 0 e 180, sendo que quanto maior for o escore, mais severo o sofrimento da pessoa que responde. Os valores observados após as intervenções foram: 111 para Laura, 109 para Ana e 127 para Sandra. Os dados indicam para uma melhora, para as três clientes, após o período de tratamento, sugerindo que as intervenções podem ter sido eficientes quanto aos ganhos nas três subescalas do instrumento (desempenho do papel social, relações interpessoais e desconforto subjetivo). Como os tratamentos em FAP e com o THS têm como

ênfase o desenvolvimento de melhores relações interpessoais/ sociais, é possível que a melhora, sugerida pelos escores após as 14 sessões no OQ-45, esteja relacionada ao desenvolvimento de repertórios mais eficientes para as subescalas “desempenho do papel social” e “relações interpessoais”. Além disso, por se tratar de um instrumento que avalia a eficiência da psicoterapia utilizada no tratamento, os resultados sugerem que o uso da FAP combinada com o THS foi eficiente para as três clientes que participaram do estudo.

Outro instrumento utilizado nos períodos de antes e depois da intervenção do estudo foi o IHS. O IHS avaliou os escores totais e individuais de cada um dos cinco fatores, para cada uma das três clientes. A Figura 6 mostra as diferenças encontradas entre os escores de antes e depois da intervenção.

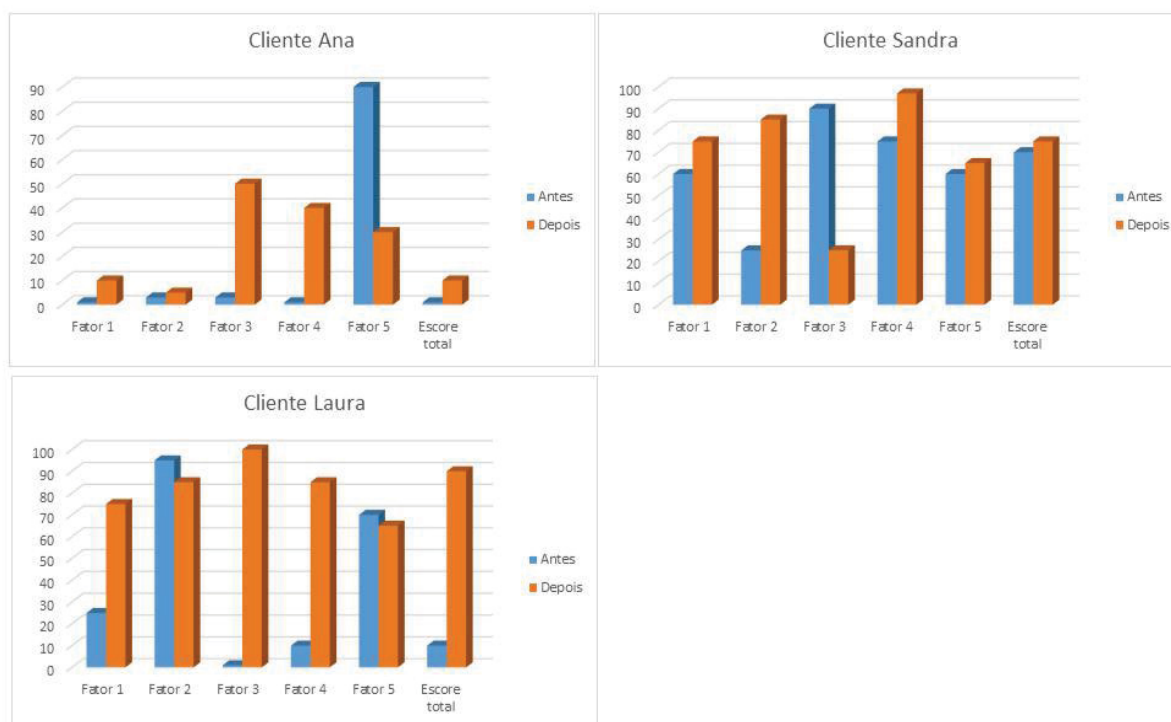


Figura 6: Diferenças entre os escores para os Fatores 1, 2, 3, 4 e 5 do IHS de antes e depois da intervenção. (F1: enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2: auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; F3: conversação e desenvoltura social; F4: auto-exposição a desconhecidos e situações novas; F5: autocontrole da agressividade)

A Figura 6 apresenta os seguintes escores: para Ana, os percentis da fase de avaliação foram: F1 (enfrentamento e auto-afirmação com risco) percentil 1; F2 (auto-afirmação na expressão de sentimento positivo) percentil entre 1 e 3; F3 (conversação e desenvoltura social) percentil entre 1 e 3; F4 (auto-exposição a desconhecidos e situações novas) percentil 1; F5 (autocontrole da agressividade) percentil entre 85 e 90; percentil total igual a 1. De acordo com as orientações para interpretações do manual do IHS (Del Prette & Del Prette, 2001a), os valores apresentados por Ana foram indicativos para treinamento em habilidades sociais. Após as oito sessões de intervenção, os valores foram: para F1, percentil entre 5 e 10; para F2, percentil entre 3 e 5; para F3, percentil entre 45 e 50; para F4, percentil entre 35 e 40, para F5, percentil 30 e para o escore total, percentil 10. A Figura 6 mostra que houve uma mudança perceptível entre os valores iniciais e finais de Ana, sugerindo que a intervenção foi eficaz. Apesar disso, ela se manteve com repertório abaixo da mediana e permanece com indicação para treinamento em habilidades sociais.

Para a cliente Laura, os percentis da fase de avaliação foram: para o F1, percentil entre 20 e 25; para F2, percentil 95; para F3, percentil 1; para F4, percentil entre 5 e 10; para F5, percentil entre 65 e 70 e para o escore total, percentil entre 05 e 10. Para Laura também havia indicação para treinamento em habilidades sociais, de acordo com os percentis iniciais. Após as oito sessões de intervenção, os valores foram: para F1, percentil entre 70 e 75; para F2, percentil entre 80 e 85; para F3, percentil 100; para F4, percentil entre 80 e 65; para F5, percentil entre 60 e 65 e para o escore total, percentil entre 85 e 90. Após as oito sessões de intervenção, Laura passou a apresentar um repertório elaborado de habilidades sociais ((Del Prette & Del Prette, 2001a).

Para a cliente Sandra, os percentis da fase inicial foram: para o F1, percentil entre 55 e 60; para F2, percentil 25; para F3, percentil 90; para F4, percentil entre 70 e 75; para F5,

percentil entre 55 e 60, e para o escore total, percentil entre 65 e 70. Sandra, portanto, já apresentava repertório bom de habilidades sociais, acima da mediana. Seus valores para depois da intervenção foram: para F1, percentil entre 70 e 75; para F2, percentil entre 80 e 85; para F3, percentil entre 20 e 25; para F4, percentil entre 95 e 97, para F5, percentil entre 60 e 65 e para o escore total, percentil entre 70 e 75. A Figura 6 mostra melhora nos valores para F1, 2, 4, 5 e total para Sandra, e ela permaneceu com repertório considerado bom para habilidades sociais.

As informações apresentadas a partir do uso do IHS sugerem que as intervenções realizadas foram favoráveis à melhora dos repertórios de habilidades sociais das três clientes, já que, de maneira geral, todas mostraram aumento nos escores do IHS na avaliação após a intervenção. É importante destacar que, apesar dos resultados positivos, não foi possível identificar se alguma das condições do estudo foi responsável isoladamente pela promoção das melhoras, ou se foi a totalidade do tratamento. O que os resultados sugerem, de forma expressiva, é o aumento nos escores do IHS, para as três clientes, após o término das oito sessões de intervenção.

Outro estudo (Magri, 2015), que também avaliou o uso da FAP e do THS para um cliente com fobia social, demonstrou que a utilização da FAP isoladamente promoveu maiores frequências de ocorrências das classes de comportamentos que estiveram sob intervenção. A autora conclui que a FAP pode ser eficaz no tratamento de comportamentos relacionados a habilidades sociais.

Ainda com o objetivo de propor um tratamento eficaz para clientes com fobia social, uma pesquisa (Souza, 2018) utilizou uma intervenção composta por três módulos – psicoeducação sobre ansiedade, treino em relaxamento e treino em habilidades sociais – para um grupo de universitárias com ansiedade social de grave e muito grave. Os resultados 83

apresentados pelo estudo mostraram diminuição nos escores de ansiedade e um aumento nos escores de habilidades sociais e qualidade de vida. Em virtude de os resultados serem baseados em escores de antes e depois da intervenção completa (após os três módulos), não foi possível identificar se algum componente isolado da intervenção teve um impacto específico nos resultados apresentados. Sendo assim, a autora sugeriu que os resultados foram promovidos pela combinação dos componentes do tratamento.

Os dois estudos, mencionados anteriormente, sugerem que tanto a FAP (Magri, 2015) quanto o THS (Souza, 2018) podem promover resultados eficazes no tratamento de fobia social e no aumento dos escores de habilidades sociais para esta população. O presente estudo somou-se aos esforços anteriores, na direção de buscar uma proposta de intervenção a clientes com fobia social, que apresentassem repertórios de habilidades sociais deficitários. Os resultados sugerem que a combinação da FAP ao THS pode promover o aumento nos escores de habilidades sociais para esta população.

A Figura 3 apresenta a dispersão dos escores das três clientes, considerando as avaliações iniciais e finais para o BDI-II, a partir do Método JT. As linhas diagonais, representadas no destaque em rosa, indicam a bissetriz e o intervalo que indica a mudança confiável (IMC). Já as linhas horizontais demarcam os limites das áreas para a avaliação da significância clínica (SC).

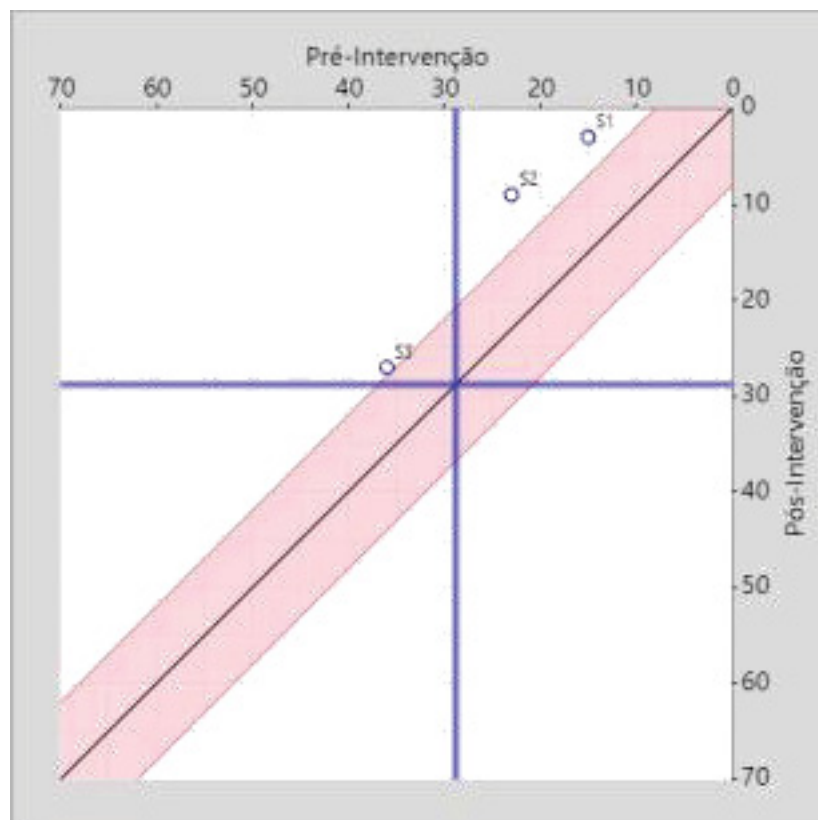


Figura 7: Representação dos escores de antes e depois da intervenção para o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). S1 – Laura; S2 – Ana; S3 – Sandra .

De acordo com a Figura 3, quanto à Significância Clínica, o ponto S3 (Sandra) está acima do traçado horizontal superior e à esquerda do traçado vertical, o que representa que esta cliente passou para a população funcional quanto ao atributo que foi medido. Já os pontos S1 (Laura) e S2 (Ana), que estão acima do traçado horizontal superior e à direita do traçado vertical, já se encontravam na população funcional com relação ao atributo que foi medido e permaneceram na mesma população. Em relação ao Índice de Mudança Confiável, os pontos S1, S2 e S3 estão acima do traçado da diagonal superior, o que indica que as clientes apresentaram melhoras e que estas podem ser atribuídas à intervenção realizada no estudo.

Os dados apresentados até aqui mostraram, de forma geral, que as clientes apresentaram melhoras em seus quadros de ansiedade social, assim como nos comportamentos clinicamente

relevantes de dentro da sessão e nos comportamentos de melhora no contexto de vida diária. Além disso, os dados da Figura 7 indicam que, após as sessões de tratamento, as clientes também apresentaram melhora em relação aos sintomas de depressão. O estudo de Kanter et al. (2006), cujos clientes apresentavam diagnóstico de depressão, mostrou resultados positivos para um dos dois clientes, logo após o início do tratamento em FAP, sugerindo que ela pode ser eficaz no tratamento da população com este diagnóstico. Os resultados apresentados no presente estudo sugerem que um tratamento composto por FAP+THS também pode promover resultados favoráveis à melhora de sintomas depressivos. Sendo assim, infere-se que, a intervenção realizada no presente estudo foi efetiva na promoção de mudanças no quadro de ansiedade social e no quadro de depressão das clientes.

Alguns estudos já propunham que o uso da FAP pode produzir resultados relevantes para clientes com problemas de relacionamentos interpessoais e para clientes com transtornos psiquiátricos, como a ansiedade (Kanterr et al., 2006, 2017; Landes et al., 2013; Lizarazo et al., 2015; Maitland et al., 2016; Martim & Silveira, 2017; Villas-Bôas et al., 2016). Outros estudos indicam que a intervenção em THS pode produzir mudanças e ganhos de repertório, promovendo melhoras no quadro de ansiedade apresentado pelos clientes (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014; Magri, 2015; Souza, 2018). O presente estudo sugere, adicionalmente, que o uso combinado de FAP e THS pode produzir resultados positivos para a mesma população.

Considerações Finais

Os objetivos do presente estudo foram avaliar e comparar uma intervenção em FAP com um tratamento composto pela FAP acrescido de um componente de THS para clientes com ansiedade social, com o intuito de verificar se houve diferenças, entre as condições, nas frequências dos comportamentos de melhora de dentro e de fora da sessão. A hipótese levantada pela pesquisa foi a de que, com a adição de um componente de THS no tratamento em FAP, a generalidade clínica dos comportamentos de dentro da sessão para fora dela seria facilitada.

A presente pesquisa buscou unir-se aos esforços já realizados por estudos sobre FAP e THS nas seguintes direções: encontrar uma intervenção efetiva, da qual clientes com ansiedade social possam se beneficiar; mostrar que a FAP pode ser efetiva na produção de melhoras, dentro e fora da sessão, para clientes com ansiedade social; promover maiores chances de generalidade clínica dos comportamentos de melhora dos clientes. Para isso, o estudo usou um delineamento A-B-BC (sendo A, a linha de base; B, intervenção em FAP e BC, intervenção em FAP com THS) para duas clientes, e um delineamento A-BC-B para uma cliente. A partir da análise de probabilidade transicional, coeficiente de correlação de Pearson, Método JT e inspeção visual de gráficos, foram analisadas e comparadas as frequências de CRB2s, CRB2O2s e O2s entre as condições do estudo. Além destas análises, foram avaliados os escores dos instrumentos SPIN, LSAS, OQ-45, IHS e BDI-II de antes e depois da intervenção.

Alguns estudos já realizados, que investigaram apenas a FAP e seus componentes e a generalidade clínica, mostram que a FAP pode produzir melhoras nos comportamentos dos clientes que ocorrem no contexto fora da sessão terapêutica (Kanter et al., 2006; Landes et al.,

2013; Lizarazo et al., 2015; Martim & Silveira, 2017; Villas-Bôas et al., 2016). O presente estudo avança ao indicar que a FAP, quando combinada ao THS, favorece a promoção de melhoras no ambiente de vida diária dos clientes, a partir da generalidade clínica e da construção de um repertório socialmente mais habilidoso.

As pesquisas em FAP que investigam os processos de generalidade clínica enfrentam dificuldades em relação a mensuração dos comportamentos fora da sessão, pois a princípio, utilizam apenas duas vias para esta avaliação: instrumentos de auto-relato e a categorização baseada na FAPRS. Os instrumentos de auto-relato nem sempre são confiáveis, visto que o pesquisador depende do cliente se engajar em fazer os relatos como foi solicitado, e muitas vezes a tarefa não é realizada, impedindo o pesquisador de ter acesso ao que ocorreu na vida diária do cliente. A categorização baseada na FAPRS apresenta uma hierarquia que privilegia os comportamentos da relação terapêutica em relação aos comportamentos externos à relação, o que muitas vezes impede que os dados referentes às melhoras do cliente fora da sessão sejam acessados. Os resultados encontrados indicam que a FAP pode ser efetiva na produção de melhoras fora do contexto terapêutico, sugerindo que o estudo avança também em um modo de mensurar a melhora de fora da sessão na FAP

Além das pesquisas sobre generalidade clínica, outros estudos a respeito da FAP mostram que ela também pode produzir resultados relevantes para clientes com problemas de relacionamentos interpessoais e para clientes com transtornos psiquiátricos, com a ansiedade e a depressão (Kanter et al., 2006, 2017; Landes et al., 2013; Lizarazo et al., 2015; Maitland et al., 2016; Martim & Silveira, 2017; Villas-Bôas et al., 2016). Já quando se trata de intervenções que utilizaram o THS como parte do tratamento para clientes com ansiedade, as pesquisas indicam que o uso do protocolo produz mudanças e ganhos de repertório por parte

dos clientes, o que pode promover melhoras nos quadros de ansiedade apresentados por eles (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014; Magri, 2015; Souza, 2018).

Os resultados encontrados no presente estudo, a partir das escalas que avaliam o quadro de ansiedade social, indicaram que todas as clientes que, inicialmente apresentaram escores para ansiedade social de leve a moderada, passaram, ao término da intervenção, a apresentar escores que as colocam num quadro de ansiedade não patológica. Pode-se sugerir que a intervenção proposta pelo estudo propiciou uma melhora importante às clientes que foram submetidas ao tratamento, quanto ao quadro de ansiedade social.

A respeito das frequências de CRB2s, não foram encontradas diferenças entre as condições do estudo, inclusive na fase de linha de base (A). Pode-se dizer, portanto, que a adição de um componente de THS à intervenção em FAP não gerou mudanças nas melhoras dos comportamentos das clientes dentro da sessão. Sobre as altas frequências de CRB2s na fase A, hipotetiza-se que o quadro apresentado pelas clientes do estudo (ansiedade social e poucas habilidades em relacionamentos interpessoais) pode ter contribuído para que qualquer comportamento emitido fosse considerado uma melhora. Além disso, mesmo não utilizando a FAP, ações da terapeuta que valorizassem qualquer expressão das clientes, assim como comportamentos acolhedores e não punitivos, podem ter adquirido valor reforçador suficiente para modelar comportamentos adequados.

Os dados indicam que, de forma geral, as frequências de relatos de comportamentos de melhora fora da sessão foram maiores nas fases FAP+THS, nas quais houve a adição do componente de THS, com exceção da cliente Ana, que já apresentou frequências maiores ainda na condição FAP. Infere-se, a partir deste dado, que possivelmente, em casos nos quais a FAP é utilizada em combinação com o THS, os resultados relacionados à generalidade de

comportamentos podem ser otimizados, pois parece que as ações da terapeuta, a partir do THS, favoreceram a construção de um repertório mais habilidoso socialmente.

Os dados obtidos por meios das análises de probabilidade transicional e dos coeficientes de correlação de Pearson mostraram que não houve correlação e nem probabilidade de transição entre os códigos ERB e O2 no Lag 1 para nenhuma das condições do estudo, com as três clientes. Isso sugere que uma evocação de CRB não tem probabilidade de fazer uma transição para uma verbalização descrevendo melhoras fora do contexto terapêutico. Tal dado foi consistente para todas as condições do estudo, para as três clientes. As informações apresentadas por meio das análises citadas sugerem que, para a construção de repertório, o terapeuta pode usar de outras ações (como exercícios de THS), que não a evocação de CRB, para auxiliar o cliente a aumentar o controle discriminativo, e assim ser hábil para descrever seu repertório na sua vida diária. Parece necessário que o terapeuta apresente reforços contingentes a propriedades topográficas e intensivas ao comportamento do cliente, oferecendo dicas pontuais sobre como e em que momento fazer, por exemplo, para que então ele possa desenvolver um comportamento habilidoso (socialmente, no caso do presente estudo), o que vai ao encontro da definição de Skinner (1953/2003) para habilidade.

Os resultados do presente estudo indicam para a direção de que, para a população de clientes com ansiedade social, o responder contingente do terapeuta e as outras estratégias da FAP podem não ser suficientes para a construção de um repertório socialmente mais habilidoso fora de sessão. Para que os comportamentos de melhora apresentados em sessão sejam generalizados para o contexto de vida diária, parece ser necessário que o terapeuta utilize de outras vias, como o THS, para auxiliar o cliente a aumentar o controle discriminativo de suas ações.

Algumas outras considerações do presente estudo também merecem destaque. O uso de diferentes formas de análise (inspeção visual de gráficos, Método JT, Correlação de Pearson e Análise de Probabilidade Tansicional) proporcionou consistência aos dados obtidos. Além disso, o estudo avançou quanto à mensuração dos relatos de comportamentos de melhora fora da sessão, ao incluir um novo código à FAPRS, para que a observação de O2s pudesse ocorrer de forma satisfatória. Outro avanço diz respeito à promoção de generalidade clínica dos comportamentos das clientes, já que os resultados indicaram que a adição de componentes de THS ao tratamento em FAP pode contribuir para o aumento dos relatos de melhora dos comportamentos da vida diária das clientes. Ainda a respeito das contribuições do presente estudo, os resultados sugerem que, para a construção de um repertório socialmente habilidoso, o terapeuta precisa de outras ações, além da evocação de CRBs, para aumentar o controle discriminativo do cliente sobre o seu próprio comportamento, para que então seja possível que ele apresente melhoras em seus comportamentos no seu contexto de vida diária.

Apesar dos avanços, o estudo apresenta limitações quanto a ausência de aferições de concordância entre os codificadores, ao longo das condições da pesquisa, e a ausência de estabilidade dos dados na fase de linha de base que antecedeu a intervenção. Além disso, outra limitação importante diz respeito à dificuldade em conseguir isolar o efeito da intervenção de uma condição sobre a outra. Sugere-se, portanto, que estudos futuros busquem delinamentos mais eficientes para isolar o efeito das intervenções nas diferentes condições da pesquisa, assim como atentem-se a outras questões metodológicas, como a estabilidade dos dados para início da intervenção e a aferição de concordância entre observadores como condição para continuidade da categorização. Ademais, estudos de séries de casos e randomizados, para avaliar a FAP + THS, para pessoas com ansiedade social, são sugeridos.

Mesmo apresentando limitações, considera-se que o presente estudo trouxe contribuições, que poderão auxiliar outros profissionais da área clínica, a cerca de intervenções que possam melhorar a generalidade clínica dos comportamentos de melhora dos clientes de dentro para fora do contexto terapêutico, assim como mostrou uma possibilidade de intervenção que pareceu ser efetiva no tratamento de clientes com o quadro de ansiedade social.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5* (5th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, A. C., Loureiro, S. R., Osório, F. D. L., Zuardi, A. W., Magalhães, P. V., Kalczinski, F., ... Crippa, J. A. S. (2012). Social phobia in Brazilian university students : Prevalence , under-recognition and academic impairment in women. *Journal of Affective Disorders, 136*, 857–861. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.022>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2011). *Manual do Inventário de Depressão de Beck - BDI-II* (1^a). Itatiba: Casa do Psicólogo.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento : compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia Em Revista, 16*(2), 330–350.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2014). The role of social skills in social anxiety of university students. *Paidéia, 24*(58), 223–232. <https://doi.org/10.1590/1982-43272458201410>
- Branch, M. N., & Pennypacker, H. S. (2013). Generality and generalization of research findings. *APA Handbook of Behavior Analysis, Vol. 1: Methods and Principles., 1*, 151–175. <https://doi.org/10.1037/13937-007>
- Britto, D., Filho, F., & Alexandre, J. (2009). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r)*. *Revista Política Hoje, 18*(1), 115–146.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Caballo, V. E. (2011). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (4^a). São Paulo: Santos Editora.
- Callaghan, G. M. (2006). The functional idiographic assessment template (FIAT) system. *The Behavior Analyst Today, 7*(3), 357–398.
- Callaghan, G. M., & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology, 2*, 60–64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.005>
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). Faprs manual. *The Behavior Analyst Today, 9*(1), 57–97.
- Carvalho, L. D. F., & Rocha, G. M. A. Da. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF (Impresso), 14*(3), 309–316. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712009000300007>
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement, 20*(1), 37–46. <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>

- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001a). *Inventário de habilidades sociais: Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001b). *Psicologia das habilidades sociais* (2ª Edição). Petrópolis: Editora Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 497–505.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento : Proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 1(2), 104–115.
- Fernandes, G. C., & Terra, M. B. (2008). Fobia social – estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(2), 122–126.
- Follette, W. C., & Bonow, J. T. (2009). The Challenge of Understanding Process in Clinical Behavior Analysis : The Case of Functional Analytic Psychotherapy, 1(1), 135–148.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623–641.
- Goldiamond, I. (2002). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behavior and Social Issues*, 11, 108–197.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk : A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), 1–20.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: a successful and unsuccessful case using functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(4), 463–467.
<https://doi.org/10.1901/jaba.2006.21-06>
- Kanter, J. W., Manbeck, K. E., Kuczynski, A. M., Maitland, D. W. M., Villas-Bôas, A., & Reyes Ortega, M. A. (2017). A comprehensive review of research on Functional Analytic Psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 58(October), 141–156.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.010>
- Kanter, J. W., Tsai, M., Holman, G., & Koerner, K. (2013). Preliminary data from a randomized pilot study of web-based functional analytic psychotherapy therapist training. *Psychotherapy*, 50(2), 248–255. <https://doi.org/10.1037/a0029814>
- Kanter, J. W., Tsai, M., Holman, G., Koerner, K., Kanter, J. W., Tsai, M., ... Koerner, K.

- (2012). Psychotherapy Preliminary Data From a Randomized Pilot Study of Web-Based Functional Analytic Psychotherapy Therapist Training Preliminary Data From a Randomized Pilot Study of Web-Based Functional Analytic Psychotherapy Therapist Training. <https://doi.org/10.1037/a0029814>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional*. Santo André - SP: ESETEC.
- Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E., & Busch, A. M. (2013). The impact of the active components of functional analytic psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1–2), 49–57. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.004>
- Lizarazo, N. E., Muñoz-Martínez, A. M., Santos, M. M., & Kanter, J. W. (2015). A within-subjects evaluation of the effects of functional analytic psychotherapy on in-session and out-of-session client behavior. *The Psychological Record*, 65(3), 463–474. <https://doi.org/10.1007/s40732-015-0122-7>
- Machado, M. B., Ignácio, Z. M., Jornada, L. K., Réus, G. Z., Abelaira, H. M., Arent, C. O., ... Quevedo, J. (2016). Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos : um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 28–35. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000100>
- Magri, M. R. (2015). *Treino de Habilidades Sociais e Terapia Analítica Funcional no tratamento de fobia social*. Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
- Maitland, D. W. M., & Gaynor, S. T. (2012). Promoting efficacy research on Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 63–71. <https://doi.org/10.1037/h0100939>
- Maitland, D. W. M., Petts, R. A., Knott, L. E., Briggs, C. A., Moore, J. A., & Gaynor, S. T. (2016). A randomized controlled trial of Functional Analytic Psychotherapy versus Watchful Waiting : Enhancing social connectedness and reducing anxiety and avoidance. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 16(3), 103–122. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/bar0000051>
- Martim, G. A. I., & Silveira, J. M. (2017). A tarefa de casa na Psicoterapia Analítica Funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XIX(3), 63–76.
- McComas, J. J., Moore, T., Dahl, N., Hartman, E., Hoch, J., & Symons, F. (2009). Calculating contingencies in natural environments: Issues in the application of sequential analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(2), 413–423. <https://doi.org/10.1901/jaba.2009.42-413>
- Oshiro, C. K. B., Kanter, J., & Meyer, S. B. (2012). A single-case experimental demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2), 111–116.
- Osório, F. de L., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2008). Cross-cultural validation of the Brazilian Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN): study of the items and internal consistency. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 25–29.

<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000018>

- Popovitz, J. M. B., & Silveira, J. M. (2014). A Especificação do responder contingente do terapeuta na Psicoterapia Analítica Funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 5–20.
- Santos, Larissa Forni Dos. (2012). *Estudo da validade e fidedignidade da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz - versão auto-aplicada*. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-03112012-112449/>
- Santos, Larissa F., Loureiro, S. R., Crippa, J. A. S., & Osório, F. de L. (2013). Adaptation and initial psychometric study of the self-report version of Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR). *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17, 139–143. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.710336>
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano* (11th ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F., & Estes, W. K. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29(5), 390–400. <https://doi.org/10.1037/h0062283>
- Souza, G. O. (2018). *Ansiedade social: Avaliando protocolo de intervenção em grupo com estudantes universitárias*. Universidade Federal de São Carlos.
- Tsai, M., Callaghan, G. M., & Kohlenberg, R. J. (2013). The Use of Awareness , Courage , Therapeutic Love , and Behavioral Interpretation in Functional Analytic Psychotherapy, 50(3), 366–370. <https://doi.org/10.1037/a0031942>
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism*. Boston, MA: Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-09787-9>
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., & Kanter, J. W. (2016). The effects of analyses of contingencies on clinically relevant behaviors and out-of-session changes in Functional Analytic Psychotherapy. *Psychological Record*, 66, 599–609. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0195-y>
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J., & Busch, A. M. (2012). Translating the theoretical into practical: A logical framework of functional analytic psychotherapy interactions for research, training, and clinical purposes. *Behavior Modification*, 36(1), 87–119. <https://doi.org/10.1177/0145445511422830>
- Wetterneck, C. T., & Hart, J. M. (2012). Functional Analytical Psychotherapy is a solution. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2), 167–176.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, VII(1), 77–92. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v7i1.44>

Anexos

Anexo 1: Roteiro para conceituação de caso (Tsai et al., 2009)

História relevante:

O1s – Problemas da vida diária:

Pode incluir pensamentos problemáticos;
Pode incluir problemas político-sociais.

Variáveis que mantêm os problemas:

Pontos positivos e pontos fortes:

CRB1s: problemas que ocorrem em sessão:

CRB2s: comportamentos alvo de melhora em sessão:

O2s – Objetivos na vida diária:

Pode incluir melhoras a respeito dos pensamentos problemáticos;
Pode incluir melhora nos problemas político-sociais.

Intervenções planejadas:

T1s (comportamentos problemáticos do terapeuta em sessão):

T2s (comportamentos alvo de melhora do terapeuta em sessão):

Anexo 2: Formulação dos casos clínicos

Formulação do Caso Ana, baseado no Roteiro para conceituação de caso (Tsai et al., 2009) e adaptado

História relevante:

Ana é uma jovem universitária, de 21 anos, solteira, que estuda contabilidade e trabalha na área. Seus pais são separados há anos e por essa razão ela mora com a avó. Seu pai, hoje reabilitado, foi usuário de drogas por muitos anos. Ana buscou atendimento após uma orientação de sua líder de célula (da igreja que frequenta). A queixa inicial trazida por ela dizia respeito à ansiedade experimentada, especialmente nos contextos de relacionamento com meninos. Ana relatou que na última tentativa de se relacionar ficava muito ansiosa, esperava respostas rápidas do menino e sofria quando não acontecia assim. A cliente relatou ser muito chorona, e que as pessoas costumam dizer que ela é “seca” e estranha na maneira de se comunicar e se relacionar. Ana não possui relacionamentos interpessoais íntimos. Parece passar por invalidação em praticamente todas as relações que estabelece. Ana sofreu abuso quando tinha 10 anos (um tio costumava se aproximar para passar a mão no seu corpo e mostrar seu órgão genital a ela). Ela deseja muito se casar, sofre por ainda não ter um namorado e tem medo de nunca conseguir ter um marido/ família.

Pontos relevantes a partir do FIAT-Q:

Os escores mais altos (quanto mais alto o escore, maior a dificuldade encontrada pelo indivíduo com a classe de comportamentos referida) foram nas classes A (afirmação das necessidades – identificação e expressão - 91), C (conflito - 87) e E (experiência e expressão emocional – escore mais alto 101).

IHS:

Todos os percentis foram muito baixos (entre 01 e 03), com exceção do Fator 5 (autocontrole da agressividade), o que indica déficits no repertório de habilidades sociais. Os fatores que ficaram com percentis entre 01 e 03 foram: F1 – enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2 – auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; F3 – conversação e desenvoltura social; F4 – auto-exposição a desconhecidos e situações novas.

O1s – Problemas da vida diária:

Apresenta-se muito ansiosa diante de vários contextos, a ponto de não conseguir comer, porém relata não demonstrar/ expressar esse nervosismo todo. Ela relata que as pessoas ao redor dizem que ela é muito “seca”. Ana é bastante crítica consigo (julga suas próprias ações como “infantis”, por exemplo). Tem dificuldade em resolver conflitos: segundo seu próprio relato, ela faz “barraco” (manda textos grandes pelo whatsapp falando tudo o que pensa) e no dia seguinte se esforça para que fique tudo bem. Tem dificuldade em tomar decisões, até mesmo a respeito de coisas simples como a roupa que irá vestir. Ana considera ser muito “boazinha”. Costuma se sentir próxima de alguém durante brigas. Demonstra que o outro é importante quando sente ciúmes e quando há brigas. Tende a fugir ou se esquivar de situações ao invés de resolver (quer mudar de igreja para não precisar mais ver o menino por quem estava interessada). Não consegue se inserir em grupos. Tem dificuldade em iniciar e manter conversas (acha que o que ela vai falar não é importante). Evita chorar e sentir emoções fortes. Costuma diminuir a importância dela para outras pessoas (ficou surpresa quando colegas disseram que gostariam de ir até a casa dela). Apresenta risos nervosos (que provavelmente funcionam como esQUIVA EXPERIENCIAL; as pessoas relatam achar estranho esse riso).

Pontos positivos e pontos fortes:

A cliente mostra interesse em mudar a sua maneira de se comportar e é comprometida com os atendimentos.

CRB1s: problemas que ocorrem em sessão:

Evita entrar em contato com seus sentimentos e emoções; apresenta risos nervosos (ao falar de coisas difíceis, como esquivar experiencial, preencher/ se esquivar do silêncio); engaja-se em falas superficiais (usa frequentemente a resposta “normal” diante de perguntas para descrever como se sente ou como as coisas estão), apresenta dificuldades em trazer um assunto para a sessão (parece preferir responder perguntas, e muitas vezes apresenta falas como: “não sei o que vou falar hoje”), apresenta-se visivelmente nervosa e tensa (não faz contato visual com a terapeuta); tem dificuldade em manter uma conversa (apresenta respostas/ falas curtas, não faz perguntas); parece esperar aprovação da terapeuta (ex: possíveis esquivas de conflitos com a terapeuta - mesmo que sutis, como dizer que não quer falar sobre algum assunto, falar de algo que possa estar incomodando na relação com a terapeuta, ou sobre o horário/ local das sessões; dificuldade em fazer pedidos claros e/ou pedidos de ajuda); diminui a dimensão dos problemas dela (ex.: diante de uma pergunta da terapeuta sobre a situação com o pai alcoolista: T: “foi difícil?” A: “Ah...não, mais ou menos. É ruim; não fiquei mal; acostumei”).

CRB2s: comportamentos-alvo de melhora em sessão:

Descrever e expressar sentimentos e emoções no momento em que ocorrerem em sessão (como chorar, por exemplo); trazer assuntos espontaneamente; engajar-se em conversas mais íntimas; falar e demonstrar suas dores; ser quem ela realmente é na relação com a terapeuta,

sem esperar agradar ou ser aprovada; fazer pedidos à terapeuta; fazer uma fala mais longa a respeito de suas opiniões e sobre o que pensa; emitir tatos puros, do tipo “eu X”.

O2s – Objetivos na vida diária:

Resolver os conflitos e as situações difíceis ao invés de fugir delas; aprender a se relacionar intensamente e expressar sua apreciação pelo outro de forma adequada (falar que o outro é importante, falar o que sente, etc); identificar e expressar sentimentos; conseguir tomar decisões sozinha; estabelecer relações íntimas; dar feedback sobre as coisas que gosta e não gosta; conseguir se inserir nos grupos; melhorar relações familiares (ser mais próxima do pai e da mãe, por exemplo).

T1s (comportamentos problemáticos do terapeuta em sessão):

Dificuldade em aprofundar os temas (mas a hipótese é de que seja mais uma característica da cliente do que da terapeuta); tende a ficar sob controle do conteúdo (pensa em formas de como resolver os problemas trazidos pela cliente).

T2s (comportamentos alvo de melhora do terapeuta em sessão):

Ficar sob controle do aqui e agora da sessão e dos comportamentos clinicamente relevantes da cliente, que estão acontecendo na relação terapeuta/cliente.

Formulação do Caso Laura, baseado no Roteiro para conceituação de caso (Tsai et al., 2009) e adaptado

História relevante:

Laura tem 21 anos, é estudante de psicologia, trabalha como assistente em um escritório, e mora sozinha. Seus pais são alcoolistas e separados. O pai, que é bastante agressivo, mora com a avó e o irmão de Laura. As relações familiares dela são muito conflituosas. A família considera que Laura não tem problemas (invalidação). O irmão cuida da avó idosa. A relação com o irmão é muito conflituosa e Laura diz que gostaria que fosse melhor. A cliente diz sentir culpa pelo irmão precisar cuidar de tudo (pai e avó) sozinho. Laura já fez várias tentativas de conversar com o irmão, mas não costuma funcionar. Ela relata já ter perdido as esperanças também em relação ao pai. Além dos problemas com a família, Laura relata sobrecarga no trabalho (ela é assistente de 13 pessoas, todos homens), sente-se abusada pelos colegas, diz trabalhar mais do que precisa por não conseguir se posicionar e tem dificuldades em lidar com as pessoas do trabalho. Ela mesma relata que passa a imagem de alguém muito calmo, mas que na verdade é muito ansiosa. Relata também não se permitir errar ou expressar fraqueza/ vulnerabilidade. Diz que espera ser cuidada nas relações e que às vezes queria poder surtar.

Relacionamentos amorosos: Iniciou seu primeiro relacionamento aos 15 anos de idade. Este teve a duração de um ano e meio. Na época era muito importante para cliente o valor de “virgindade”. Sua avó a ensinava que ela só deveria permitir o sexo quando soubesse que era uma relação para a vida toda. Entretanto, Laura perdeu sua virgindade com esse primeiro namorado. Mais tarde, depois do término, ela relata que percebeu que o relacionamento era um pouco abusivo. Depois disso, se relacionou com um homem um pouco mais velho (37 anos), que conheceu num aplicativo de relacionamentos. Laura conta que não se sentia parte

da vida dele e que isso a incomodava. Ela queria muito uma relação um pouco mais séria, mas ele não quis formalizar. Seu último relacionamento não foi satisfatório, pois ela relata não ter gostado do rapaz, porém ainda assim ela queria ter tido uma relação séria com ele. Segundo o relato da cliente, a relação acabou porque ela pressionou o rapaz e ele fugiu. Ela diz ser muito intensa e ter a sensação de assustar os homens. Relata também que acha que eles não sabem lidar com a sua intensidade (assim como ela mesma não sabe).

Pontos relevantes a partir do FIAT-Q:

Os escores mais altos foram nas classes A (afirmação das necessidades – identificação e expressão – 80) e E (experiência e expressão emocional – 106).

IHS:

Os fatores com percentis mais baixos foram: F1 – enfrentamento e autoafirmação c risco (percentil entre 20 e 25); F3 – conversação e desenvoltura social (percentil 01) e F4 – auto-exposição a desconhecidos e situações novas (percentil entre 5 e 10).

O1s – Problemas da vida diária:

Demonstrar ser sempre forte, permitir que as pessoas abusem dela (fazendo tudo o que pedem sem dizer que não quer/pode); tende a não falar o que sente/pensa e quando o faz, é agressiva e inadequada. Parece sinalizar algo para os homens de forma inadequada, pois eles constantemente a cortejam e isso a incomoda. Dificuldade em conversar e resolver assuntos importantes com o irmão, parece não conseguir se aproximar (emocionalmente) dele. Pensa que não pode errar, ou ser vulnerável. Diz ser muito intensa (e não sabe lidar com isso) e ter a sensação de assustar os homens (e também não sabe o que fazer com isso). Tende a racionalizar. Pensa e tem receio quanto ao julgamento alheio (ela deu exemplo do professor

lendo suas respostas na prova). Cobra muito de si e não demonstra suas dificuldades, medos e incertezas. Não se sente merecedora das coisas. Tende a cuidar e abrir mão de si. Diz sentir-se mal ao terminar coisas e por essa razão deixa muitas coisas por terminar/ encerrar/ finalizar. Dificuldade em se expressar em relacionamentos amorosos. Dificuldade em manter relacionamentos amorosos. É muito crítica consigo. Parece se envolver emocionalmente com “qualquer” pessoa por estar muito privada de afeto.

Variáveis que mantêm os problemas:

A própria cliente relata ser reforçadora a imagem que as pessoas têm dela, de que ela é calma, paciente, forte, mas em contrapartida relata que não gosta que as pessoas tenham pena dela (o que provavelmente também mantém os comportamentos de não demonstrar vulnerabilidade e dificuldades); privação afetiva provavelmente a leva a responder de forma impetuosa exigindo seriedade nos relacionamentos; demonstrar eficiência no trabalho pode estar sendo mantido por reforço positivo (atenção).

Pontos positivos e pontos fortes:

A cliente tem grande facilidade em se comunicar e demonstra bom engajamento ao processo terapêutico.

CRB1s:

Fala sobre muitos assuntos difíceis sem expressar muita emoção; apresenta postura firme de quem não sofre e que é forte (fala sem entrar em contato com as emoções, não demonstra fragilidade); evita falar o que sente e pensa a respeito de coisas importantes; é intensa na sessão, no sentido de falar tudo o que já aconteceu e acontece sem perceber se o vínculo já é suficiente para fazê-lo; evita o contato visual com a terapeuta quando entra em contato com

seus sentimentos (parece sentir tristeza ou vergonha); evita pedir qualquer tipo de ajuda à terapeuta; parece não estar sensível ao que a terapeuta tem a dizer (falta consciência do outro na relação); evita falar de suas impressões, sentimentos, opiniões (falas do tipo: “eu penso que”, “eu sinto x quando...”); mantém discursos racionais (explicando eventos e justificando coisas); faz relatos longos sobre outras pessoas (conta histórias externas, que não falam a respeito dela); faz comentários muito críticos a seu próprio respeito; é muito exigente consigo (nos relacionamentos, na faculdade, no trabalho).

CRB2s:

Ser frágil e permitir que a terapeuta cuide dela, expressar emoções (chorar, dizer o que sente e como sente; tatos puros do tipo “eu X”); aproximar-se emocionalmente da terapeuta; falar o que sente e pensa a respeito de coisas difíceis; pedir algum tipo de ajuda à terapeuta; permitir falhas na relação com a terapeuta; fazer contato visual ao relatar o que sente ou ao entrar em contato com seus sentimentos; discordar da terapeuta; pedir opiniões à terapeuta; aceitar-se como é e ser gentil consigo (não fazendo críticas); reconhecer seu mérito nas coisas.

O2s – Objetivos na vida diária:

Falar o que pensa e sente de forma adequada (sem agressividade ou omissão); posicionar-se quando necessário (dizendo no trabalho que não quer ou não pode fazer algo, delegando tarefas aos colegas da faculdade ao invés de fazer tudo sozinha); resolver conflitos com o irmão (conversar de forma adequada, expondo o que pensa e sente e mostrando vulnerabilidade); conseguir terminar/ finalizar conversas, relações e conflitos; ser menos intensa no início das suas relações; pedir ajuda quando necessário; admitir – para alguém - ter dificuldades com as coisas da faculdade ou com suas próprias questões; demonstrar fragilidade e vulnerabilidade; expressar suas emoções (adequadamente);

Formulação do Caso Sandra, baseado no Roteiro para conceituação de caso (Tsai et al., 2009) e adaptado

História relevante:

Sandra é estudante universitária de música e diz gostar do curso. Antes de música, ela fez 3 anos de jornalismo. É filha única de pais alcoolistas, que bebem todos os dias e são bastante agressivos. Sandra mora com o namorado por não suportar a convivência com os pais. Namora há 3 anos e o namorado parece tentar ajuda-la com a organização das suas tarefas entre outras coisas. De acordo com o relato da cliente, a família do namorado parece ser mais acolhedora do que seus pais. Faz tratamento psiquiátrico, para um quadro de depressão, há 7 anos. Durante esse tratamento já trocou de medicação algumas vezes e teve alterações da dosagem também. O tratamento é realizado pela MedPrev e por esta razão cada consulta é realizada por um psiquiatra diferente. A cliente relata se sentir muito deprimida, ter muitos pensamentos perturbadores, pensamentos de morte. Relata ter muitas dificuldades em organizar e realizar suas atividades e tende a procrastinar. Sandra sente-se incapaz para fazer as coisas (como dar aula de música, por exemplo) e relata desistir das coisas quando não consegue fazer do jeito que quer. Ela relata que o relacionamento com os pais é muito ruim e que não tem muita esperança que mude, mas parece esperar ser acolhida e amada por eles.

Pontos relevantes a partir do FIAT-Q:

Os escores mais altos, que indicam maiores dificuldades, foram encontrados nas classes D (revelação e proximidade interpessoal) e E (experiência e expressão emocional).

IHS:

O fator com percentil mais baixo foi o F2 (autoafirmação na expressão de sentimentos positivos) com o valor de 25.

O1s – Problemas da vida diária:

Pensamentos perturbadores, como pensamentos de morte; procrastinação; desiste do que está fazendo porque não consegue fazer como gostaria; tem muitas dificuldades na organização das suas tarefas; o relacionamento com os pais é muito ruim; tem dificuldade em falar sobre seus sentimentos; sente-se estranha quando está com outras pessoas (insegurança); tem dificuldade em fazer contato visual quando fala com as pessoas; parece assumir uma posição bastante passiva nas relações, sem mostrar seus limites e incômodos; parece ter medo de ser abandonada e não se engaja intensamente nas relações (com os pais do namorado: “eles não são minha família”).

CRB1s:

Apresenta-se muito apática; tem dificuldade em fazer contato visual com a terapeuta; age de maneira fria e impessoal em alguns momentos; fica visivelmente desconfortável e agitada quando fala dos sentimentos; tem uma fala desesperançosa; parece não estar sensível ao outro (falta consciência do outro), faz falas longas e prontas sem mostrar que de fato espera algo da terapeuta;

CRB2s:

Comunicar o que pensa e sente; fazer contato visual; engajar-se na relação com a terapeuta; receber o cuidado da terapeuta (sem o incômodo de pensar que ela está sentindo pena);

O2s – Objetivos na vida diária:

Relacionar-se de forma satisfatória com os pais (sem ignorá-los, mas sem se envolver ao ponto de sofrer); organizar e cumprir suas tarefas (sem procrastinar); aprender a falar para as pessoas sobre o que sente e pensa; “assumir uma postura mais ativa na vida”.

Anexo 3: Instrumento de avaliação após as sessões de intervenção

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO APÓS SESSÕES DE INTERVENÇÃO

Eu posso afirmar que os procedimentos em que a minha terapeuta propôs atividades para eu fazer (como os *role playse* os treinos comportamentais):

- () tiveram impacto na minha mudança/ melhora
- () não tiveram impacto na minha mudança/ melhora
- () não fizeram diferença

Eu posso afirmar que os procedimentos da FAP:

- () tiveram impacto na minha mudança/ melhora
- () não tiveram impacto na minha mudança/ melhora
- () não fizeram diferença

Também posso afirmar que a combinação dos dois procedimentos (citados anteriormente):

- () tiveram impacto na minha mudança/ melhora
- () não tiveram impacto na minha mudança/ melhora
- () não fizeram diferença

Observações:

Anexo 4: Resultados da avaliação após sessões de intervenção

Cliente Sandra

Eu posso afirmar que os procedimentos em que a minha terapeuta propôs atividades para eu fazer (como os role plays e os treinos comportamentais):

TIVERAM IMPACTO NA MINHA MUDANÇA/MELHORA

Eu posso afirmar que os procedimentos da FAP:

TIVERAM IMPACTO NA MINHA MUDANÇA/MELHORA

Também posso afirmar que a combinação dos dois procedimentos (citados acima):

TEVE IMPACTO NA MINHA MUDANÇA/MELHORA

Observações:

“Todas as sessões foram muito valiosas para mim, me senti bastante segura e amparada, mesmo nos dias em que estava com dificuldades de me expressar ao final das sessões me sentia satisfeita, pois a terapeuta E. sempre procurava ganchos nas minhas falas e trabalhava questões cruciais para o desenvolvimento e progresso de minha melhora. Senti que ela prestou muita atenção em tudo o que eu dizia a ela e que ela se esforçou bastante para refletir e me ajudar a resolver meus problemas, sempre procurando compreender e sugerindo soluções práticas no meu dia a dia.

Sou privilegiada por ter tido, ou melhor, estar tendo a oportunidade de me consultar com uma profissional tão boa gratuitamente. Foi o maior presente que ganhei este ano. Consegui falar sobre todas as questões que considero pontos chaves para trabalhar na terapia, achei que nunca conseguiria. Estou muito satisfeita e grata, pretendo continuar. ”

Cliente Ana

Eu posso afirmar que os procedimentos em que a minha terapeuta propôs atividades para eu fazer (como os role plays e os treinos comportamentais):

TIVERAM IMPACTO NA MINHA MUDANÇA/MELHORA

Eu posso afirmar que os procedimentos da FAP:

TIVERAM IMPACTO NA MINHA MUDANÇA/MELHORA

Também posso afirmar que a combinação dos dois procedimentos (citados acima):

TEVE IMPACTO NA MINHA MUDANÇA/MELHORA

Observações:

“O que teve mais melhora foi quando era proposto atividades para fazer, porque comecei a praticar o que eu não conseguia ou o que eu tinha receio.

A FAP também foi importante para eu me abrir mais e a terapeuta me deixou bem a vontade e não forçou a dizer as coisas. A parte mais importante foi quando me abri sobre a minha família, o que eu nunca tinha contado para ninguém ou nunca tinha mostrado meus sentimentos sobre aquilo. Tudo teve boas mudanças, mesmo que eu ainda precise melhorar em algumas situações, acho que tudo teve um impacto positivo.”

Cliente Laura

Eu posso afirmar que os procedimentos em que a minha terapeuta propôs atividades para eu fazer (como os role plays e os treinos comportamentais):

TIVERAM IMPACTO NA MINHA MUDANÇA/MELHORA

Eu posso afirmar que os procedimentos da FAP:

TIVERAM IMPACTO NA MINHA MUDANÇA/MELHORA

Também posso afirmar que a combinação dos dois procedimentos (citados acima):

TEVE IMPACTO NA MINHA MUDANÇA/MELHORA

Observações:

“O role play foi muito útil, pois quando determinadas situações que causavam angústia eram vividas, ficava mais simples de encará-las.

As habilidades sociais foram desenvolvidas – pedir ajuda, expressar sentimentos bem como entendê-los ficou mais simples e leve.

Atividades lúdicas ajudaram na compreensão de sentimentos/ medos e ansiedade.”

Anexo 5: SPIN

APPENDIX 1 – Portuguese version of the Social Phobia Inventory (SPIN)

Inventário de Fobia Social (SPIN)

Tradução e adaptação para o Português: Crippa JAS, Graeff FG, Zuardi AW, Hetem LA, Busatto GF, Loureiro SR (2003).

Iniciais	ID	Data			Visita
Idade _____	Estado Civil	O Casado O Solteiro	O Separado O Divorciado	O Viúvo	Nº Protocolo _____
Sexo O Masculino O Feminino	Cor	O Branco O Amarelo	O Negro O Índio	O Hispânico O Outro	O Não sabe

INSTRUÇÕES: Por favor, indique quanto os seguintes problemas incomodaram você durante a última semana. Marque somente um item para cada problema, e verifique se respondeu a todos os itens.

	Nada	Um pouco	Moderado	Bastante	Extremamente
1) Tenho medo de autoridades	0	1	2	3	4
2) Incomodo-me por ficar vermelho na frente das pessoas	0	1	2	3	4
3) Festas e eventos sociais me assustam	0	1	2	3	4
4) Evito falar com pessoas que não conheço	0	1	2	3	4
5) Fico muito assustado ao ser criticado	0	1	2	3	4
6) Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado	0	1	2	3	4
7) Transpirar na frente das pessoas me incomoda	0	1	2	3	4
8) Evito ir a festas	0	1	2	3	4
9) Evito atividades nas quais sou o centro das atenções	0	1	2	3	4
10) Conversar com estranhos me assusta	0	1	2	3	4
11) Evito falar para uma platéia ou dar discursos (ex. apresentações em sala de aula)	0	1	2	3	4
12) Faço qualquer coisa para não ser criticado	0	1	2	3	4
13) Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas	0	1	2	3	4
14) Tenho receio de fazer coisas quando posso estar sendo observado	0	1	2	3	4
15) Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores	0	1	2	3	4
16) Evito falar com qualquer autoridade	0	1	2	3	4
17) Tremor ou estremeecer na frente das outras pessoas me angustia	0	1	2	3	4

COPYRIGHT© JONATHAN DAVIDSON 1995

(Retirado de Osório et al., 2008)

Anexo 6: OQ-45.2

(Lambert & Burlingame, 1996)

Versão autorizada para investigação

Instruções: Para nos ajudar a compreender como você tem se sentido, considere a últimasemana, incluindo o dia de hoje. Leia atentamente cada pergunta e assinale com um “X” a categoria que melhor descreve o seu estado atual. **Lembre-se: Neste questionário, “trabalho” é definido como emprego, escola, trabalho doméstico, trabalho voluntário, etc.** Por favor responda a todas as questões.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
1. Eu me dou bem com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu me canso depressa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu não tenho interesse pelas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu me sinto estressado no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu me culpo pelas coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu me sinto irritado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu me sinto infeliz no meu casamento ou relacionamento importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu tenho pensamentos sobre acabar com minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu me sinto fraco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu me sinto assustado/com medo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Depois de beber bebidas alcoólicas, preciso beber bebidas alcoólicas na manhã seguinte para começar o dia. <i>(se não bebe marque nunca)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu acho meu trabalho satisfatório.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu sou uma pessoa feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu trabalho muito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu me sinto sem valor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu estou preocupado com problemas familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Eu tenho uma vida sexual insatisfatória.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu me sinto sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu discuto com frequência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu me sinto amado e querido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu aproveito o meu tempo livre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu tenho dificuldade em me concentrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu me sinto sem esperanças sobre o futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu gosto de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Surgem pensamentos perturbadores na minha cabeça dos quais não consigo me livrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre
26. Fico incomodado com pessoas que criticam o meu consumo de álcool (ou uso de drogas). <i>(se não se aplicar marque nunca)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Eu tenho problemas de estômago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Não tenho trabalhado tão bem quanto antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. O meu coração bate de maneira acelerada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Eu tenho problemas em relacionar-me com amigos e colegas próximos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Eu estou satisfeito com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Eu tenho problemas no trabalho por consumir álcool ou usar drogas. <i>(Se não se aplicar marque nunca)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Eu sinto que alguma coisa de ruim vai acontecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Eu tenho os músculos doloridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Eu tenho medo de espaços abertos, de dirigir ou de estar em ônibus, metrô, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Eu me sinto nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Eu sinto que meus relacionamentos amorosos são satisfatórios e completos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Eu sinto que não estou fazendo as coisas direito no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Eu tenho muitos desentendimentos no trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Eu sinto que algo não está bem com a minha cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Eu tenho problemas em adormecer ou continuar dormindo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Eu me sinto triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Eu estou satisfeito com meus relacionamentos com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Eu sinto raiva suficiente no trabalho para vir a fazer algo de que posso me arrepender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Eu tenho dores de cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Traduzido e Adaptado por P.P. Machado, B.C. Machado & J.M. Klein (2002)

Anexo 7: Escala de Fobia Social de Liebowitz

▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼

Escala de Fobia Social - Liebowitz

Nome: _____ Data: _____ Idade: _____ Aplicador: _____

	MEDO OU ANSIEDADE	EVITAÇÃO
	0 = Nenhum 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Intenso	0 = Nunca 1 = Ocasionalmente 2 = Frequentemente 3 = Geralmente
1. Telefonar em público (P).		
2. Participar de pequenos grupos (P).		
3. Comer em locais públicos (P).		
4. Beber com outros em locais públicos (P).		
5. Falar com pessoas em posição de autoridade (S).		
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência (P).		
7. Ir a uma festa (S).		
8. Trabalhar sendo observado (P).		
9. Escrever sendo observado (P).		
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem (S).		
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem (S).		
12. Encontrar com estranhos (S).		
13. Urinar em banheiro público (P).		
14. Entrar em uma sala onde outros já estão sentados (P).		
15. Ser o centro das atenções (S).		
16. Falar em uma reunião (P).		
17. Fazer uma prova (P).		
18. Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conheça bem (S).		
19. Olhar nos olhos de pessoas que você não conheça bem (S).		
20. Relatar algo para um grupo (P).		
21. Tentar paquerar alguém (P).		
22. Devolver mercadorias para uma loja (S).		
23. Dar uma festa (S).		
24. Resistir as pressões de um vendedor (S).		

ESCORE TOTAL.		
ANSIEDADE DE PERFORMANCE (P).		
ANSIEDADE SOCIAL (S).		

Anexo 8: TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Ana Paula Gumiela de Sena, aluna de pós-graduação, e Jocelaine Martins da Silveira, professora da pós-graduação – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, estudante universitário, a participar de um estudo intitulado “Avaliação da adição do componente de Treino de Habilidades Sociais à Psicoterapia Analítica Funcional para clientes com Ansiedade Social”, que contribuirá para o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes para a população que apresenta o diagnóstico de ansiedade social.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar se a Psicoterapia Analítica Funcional, **que consiste numa psicoterapia baseada na relação terapêutica**, acrescida de um Treinamento em Habilidades Sociais, para participantes universitários com idade entre 20 e 25 anos, com ansiedade social, é mais eficaz na melhora dos participantes durante as sessões terapêuticas e no ambiente cotidiano do que o uso isolado da Psicoterapia Analítica Funcional.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário o seu comparecimento para sessões semanais, com duração aproximada de 50 minutos. Estes encontros serão filmados e consistirão de sessões de psicoterapia, nas quais você terá que preencher alguns questionários ocasionalmente. Serão realizadas avaliações antes e após a série de sessões das quais você vai participar.
- c) Para tanto você deverá comparecer no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná, Praça Santos Andrade, 50 - Centro Curitiba- PR para a realização de sessões de avaliação (nas quais serão preenchidos alguns questionários) e sessões de psicoterapia, o que levará aproximadamente 50 minutos semanais durante aproximadamente quatro meses.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a exposição característica de um processo de psicoterapia.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser de constrangimento, por se tratar de um ambiente desconhecido e da necessidade de algum nível de exposição, e cansaço.
- f) O benefício esperado com essa pesquisa é o desenvolvimento de repertório comportamental que traga melhoras no funcionamento social (relações interpessoais) e consequente diminuição dos desconfortos gerados pela ansiedade social.
- g) A pesquisadora Ana Paula Gumiela de Sena poderá ser localizada na Praça Santos Andrade, 50, sala 208 - Centro Curitiba- PR, ou pelo telefone (41) 3383-8139, ou ainda

pelo e-mail anagumielasena@gmail.com. A orientadora Jocelaine Martins da Silveira, poderá ser localizada na Praça Santos Andrade, 50, sala 218 - Centro Curitiba-PR, ou pelo telefone (41) 3310-2625, ou ainda pelo e-mail josilveira2016@gmail.com. As pesquisadoras responsáveis pelo estudo poderão ser contatadas de segunda à sexta-feira, das 9h às 18h, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento e/ou tratamento está garantido e não será interrompido caso você desista de participar. **Caso você deseje retirar seu consentimento ou desistir da participação do estudo, você será novamente encaminhado para atendimento no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná, e terá seu tratamento garantido em sua totalidade, ou seja, até receber alta.**
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como as pesquisadoras citadas acima. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**
- j) O material obtido – questionários, imagens e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/deletado ao término do estudo, dentro de 6 meses.
- k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- l) Você terá a garantia de que problemas como o cansaço e o constrangimento decorrentes do estudo serão tratados no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná.
- m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).
- o) Autorizo (), não autorizo (), o uso de minha imagem de vídeo e áudio para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito a a visualização pelas pesquisadoras para análise de dados e seu descarte ocorrendo em até 6 meses após o fim do estudo.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu tratamento/ atendimento.

Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item O.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _____

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Jocelaine Martins da Silveira

Ana Paula Gumiela de Sena