

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E
APRENDIZAGEM

JULIANA FERREIRA DA ROCHA

**Efeitos de uma intervenção comportamental com treino de habilidades sociais para
universitários com fobia social**

Bauru - SP
Janeiro de 2012

JULIANA FERREIRA DA ROCHA

Efeitos de uma intervenção comportamental com treino de habilidades sociais para universitários com fobia social

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, campus de Bauru, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem sob orientação da Profa. Adj. Alessandra Turini Bolsoni-Silva e co-orientação da Profa. Dra. Ana Cláudia Moreira Almeida Verdu.

Bauru – SP
Janeiro de 2012

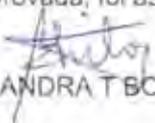
FOLHA DE APROVAÇÃO

unesp

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
CAMPUS DE BAURU
FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE JULIANA FERREIRA DA ROCHA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 27 dias do mês de janeiro do ano de 2012, às 09:30 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-graduação / FC, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. ALESSANDRA T BOLSONI SILVA do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. SONIA REGINA LOUREIRO do(a) Departamento De / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Usp, Profa. Dra. SANDRA REGINA GIMENIZ-PASCHOAL do(a) Departamento de Fonoaudiologia / Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de JULIANA FERREIRA DA ROCHA, intitulada "EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL COM TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS PARA UNIVERSITÁRIOS COM FOBIA SOCIAL". Após a exposição, a discente foi argüida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: Aprovado. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. ALESSANDRA T BOLSONI SILVA


Profa. Dra. SONIA REGINA LOUREIRO


Profa. Dra. SANDRA REGINA GIMENIZ-PASCHOAL

*Ao meu esposo, Allan, pelo amor, incentivo,
companheirismo e paciência*

*À minha mãe, Maria, a quem agradeço pela vida, pelo cuidado,
sempre incentivando e comemorando junto as minhas conquistas*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa. Dra. Alessandra Turini Bolsoni-Silva por despertar em mim o apreço pela Análise do Comportamento, ainda nos primeiros anos da graduação. Pelo incentivo em ser terapeuta, pesquisadora e professora. Pelos ensinamentos e modelo de determinação, pelas boas conversas acadêmicas e pessoais.

À Profa. Dra. Ana Cláudia Moreira de Almeida Verdu, que de maneira tão amável aceitou o convite à co-orientação, por ter sido tão presente ao longo da pesquisa, criando condições de ensino-aprendizagem de importantes conceitos da Análise do Comportamento e delineamento experimental, contribuindo com seu conhecimento e experiência.

À banca examinadora composta pela Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro e Profa. Dra. Sandra Regina Gimenez-Paschoal, pela pronta aceitação em participar, pelos questionamentos preciosos, sugestões que enriqueceram o trabalho e elogios gratificantes e motivadores.

Ao Prof. Dr. Kester Carrara, meu primeiro orientador (IC), quem acreditou em minhas potencialidades, ainda por mim desconhecidas. Obrigada por compartilhar seu vasto conhecimento e me formar pesquisadora.

Aos professores do Departamento de Psicologia da UNESP (Bauru) que me proporcionaram conhecimento científico e humano.

Aos funcionários da Secretaria do Departamento de Psicologia (Maria e Bruno), a Carla do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) e a equipe da Pós-graduação da UNESP (Bauru), obrigada pelo apoio e colaboração.

Às alunas do quarto ano de Psicologia, Fernanda, Caroline e Priscila, que cuidadosamente auxiliaram na intervenção. Agradeço a ajuda e companhia.

Ao meu pai (presente no coração), por me proporcionar educação e acreditar que eu seria capaz de realizar os meus sonhos. Por elogiar, em seu último dia de vida, o trabalho do Psicólogo e destacar o quanto esse profissional pode contribuir para o bem estar do ser humano.

Aos meus irmãos, Renato e Rodrigo, que me incentivaram a continuar os estudos e fizeram de tudo para que eu tivesse essa oportunidade.

Ao meu irmãozinho Lucas, por me presentear com seu sorriso e caloroso abraço, cada vez que eu me sentia cansada nessa empreitada, sempre dizendo “você vai conseguir tatá”.

Aos meus amigos de Graduação, que incentivaram e auxiliaram nos estudos, de modo especial a Larissa, Ana Letícia, Patrícia e Márcio, por tantos trabalhos, conversas e companheirismo.

Aos amigos da Pós-Graduação, por compartilhar os desafios e sempre me motivar a vencer, de modo especial à Priscila, quem acompanhou esse trabalho de perto, dividindo as angústias e alegrias.

Aos amigos Mayara, Bruna, Silvana, Gabriela, Leandro, Fernanda e Liliara, por me ouvir, sorrir e chorar, acompanhar passo a passo esse trabalho, tornando-o mais leve.

À Renata, amiga fiel, seja perto ou do outro lado do mundo, companheira, sempre tão questionadora, tão pesquisadora, sem notar que é.

À família Santos, que sempre me acolheu e incentivou minhas conquistas pessoais e acadêmicas. De modo especial, a Meire, por ter despertado em mim o interesse pela leitura, a curiosidade pelo saber e o amor em ensinar.

Aos participantes desse trabalho, por ter confiado seus segredos, seus medos e não ter se esquivado da minha companhia. Muito obrigada.

À FAPESP, pelo apoio financeiro durante o ano de 2011 (processo 2010/04128-3).

*"Falta me as palavras
Nesta hora sozinho
Um silêncio perpétuo
Uma caneta sem tinta*

*Vejo lá fora
Um dia lindo
Não sei se é hora
Se sou eu bem vindo*

*Mas um brilho da janela
O cintilar de um sorriso
Que me mostra uma fresta
Junto a um desconhecido*

*Relutante rival é o caminho
Estrada de razões me aturdindo
Mas sei que agora humana é a tinta
Grava bem fundo na alma vida"*

Dedicatória: O sentido da vida é ter com quem dividi-la. Obrigado.

(Poema: Fraternidade, escrito pelo participante 1¹)

¹ O participante autorizou a publicação do seu poema na presente Dissertação

RESUMO

Os universitários são expostos a uma diversidade de situações sociais que repetidas vezes são enfrentadas com dificuldade e tentativas de esquiva, o que constitui fator de risco para a fobia social. Fobia social tem sido considerada um grave problema de saúde mental em função das incapacidades no desempenho em situações sociais. A presente pesquisa tem por objetivo avaliar os efeitos de um procedimento de intervenção comportamental que inclui treino de habilidades sociais para universitários com fobia social. Foi utilizado um delineamento de linha de base múltipla com quatro universitários, sendo dois homens e duas mulheres, na faixa etária entre 19 e 31 anos, com diagnóstico de fobia social, sem comorbidades, obtido a partir da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-I). Três universitários passaram pelo processo de intervenção e um respondeu apenas aos instrumentos, em diferentes momentos da pesquisa. As habilidades sociais e o diagnóstico do transtorno dos participantes foram avaliados antes da intervenção, após, e em seguimento, quatro meses depois, com a aplicação da SCID-I, do Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN), do Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários (Q-ACC-VU) e do Inventário de Habilidades Sociais (IHS), instrumentos que avaliaram as medidas de produto. As medidas de processo, avaliadas a cada sessão, foram obtidas com a aplicação de uma Lista de Verificação de Comportamentos (*checklist*), Questões de Avaliação do Desempenho e Tarefas de Casa. O delineamento adotado foi o de linha de base múltipla com sujeito único. A intervenção foi realizada no Centro de Psicologia Aplicada de uma universidade pública, contou com 12 encontros semanais com duas horas de duração conduzidos pela própria pesquisadora. Os resultados indicaram que os participantes apresentavam *déficits* substanciais no repertório de habilidades sociais, coerentes com as dificuldades investigadas a partir dos critérios diagnósticos que determinam o transtorno e com as dificuldades enfrentadas por universitários na adaptação à universidade. Após a intervenção os participantes deixaram de apresentar o diagnóstico para fobia social e mostraram aumento no repertório de habilidades sociais, bem como maior interação com interlocutores e melhor avaliação do próprio desempenho, superando diversas dificuldades relacionadas ao transtorno e à vida universitária. O delineamento de linha de base múltipla e as avaliações do participante que não passou pela intervenção, permitiram assegurar que as mudanças na saúde mental e no desempenho social observadas no repertório dos participantes ocorreram somente após a intervenção. Em seguimento, foi possível observar a ausência do diagnóstico para fobia social (SCID-I), porém, com indicativos clínicos para o transtorno (Mini-SPIN), bem como manutenção em parte das habilidades obtidas com a intervenção, o que sugere que embora a intervenção não tenha proporcionado a exaustão das demandas e *déficits* dos participantes, favoreceu o desenvolvimento e manutenção de importantes respostas sociais. O maior benefício obtido pelos universitários foi em relação ao transtorno, pois após a intervenção e em seguimento, os participantes deixaram de apresentar o diagnóstico de fobia social, o que contribuiu para a adaptação à universidade e para interações mais saudáveis tanto no contexto pessoal quanto profissional dos participantes.

Palavras-chave: Fobia Social; Habilidades Sociais; Análise do Comportamento; Análise Funcional; Tratamento

ABSTRACT

The university students are exposed to a diversity of social situations that for frequent times are confronted with difficulty and attempts of shunning, which constitute factor of risk to the social phobia. Social Phobia has been considered a serious mental health problem as a function of the disabilities in the development in social situations. The present research has as a goal to evaluate the effects of a behavioral intervention procedure which includes practice of social skills to university students with social phobia. An outline of multiple baseline was used with four university students, whose two men and two women, 19 and 31 year-old age group, diagnosed as social phobia, with no diseases, obtained from the Structured Clinical Interview to the DSM-IV (SCID-I). Three university students went through the intervention process and one of them answered only to the instruments, in different moments of the research. The social skills and the diagnosis of the disease of the participants were evaluated before the intervention, after, and in the sequence, four months later, with the application of the SCID-I, of the Social Phobia Mini-Inventory (Mini-SPIN), of the Survey of Evaluation of Behaviors and Contexts of Life to University Students (Q-ACC-VU) and of the Inventory of Social Skills (IHS), instruments that evaluated the measurements of product. The measurements of process, evaluated in every section, were obtained with the application of a Behavior Checklist, Questions of Development and Homework Evaluation. The adopted outline was the one of a multiple base line with an only character. The intervention was held at Centro de Psicologia Aplicada in a public university, there were 12 weekly meetings for two hours each guided by the researcher herself. The results showed that the participants presented substantial deficits in the repertoire of social skills, coherent to the investigated difficulties since the diagnosis criteria which determine the disease and with the faced difficulties by the university students in the university adaptation. After the intervention the participants stopped presenting the diagnosis for social phobia and presented an increase in the repertoire of social skills, as well as a greater interaction with interlocutors and better evaluation of their own performance, overcoming several difficulties related to the disease and to the university life. The outline of multiple base line and the evaluations of participants who did not go through the intervention, allowed assure that the changes of mental health and in the watched social development in the repertoire of the participants occurred only after the intervention. Next, it was possible to watch the absence of diagnosis for social phobia (SCID-I), however, with clinical indicators to the disease (MINI-SPIN), as well as the partial maintenance of the obtained skills with the intervention, which suggests that even the intervention has not offered the exhaustion of the necessities and deficits of the participants, it benefited the development and the maintenance of important social answers. The greater benefit obtained by the university students was related to the disease, because after the intervention and following, the participants stopped presenting the social phobia diagnosis, which contributes to the adjustment to the university and to the healthier interactions as much the personal context as the professional of the participants.

Keywords: Social Phobia; Social Skills; Analysis of Behavior; Functional Analysis; Treatment

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos participantes.....	35
Tabela 2 -	Caracterização do delineamento.....	41
Tabela 3 -	Descrição das sessões e dos temas trabalhados.....	44
Tabela 4 -	Análise funcional da queixa do participante 1.....	53
Tabela 5 -	Análise funcional da queixa da participante 2.....	59
Tabela 6 -	Análise funcional da queixa da participante 3.....	64
Tabela 7 -	Síntese dos <i>déficits</i> e excessos apresentados pelos participantes 1, 2 e 3, na entrevista semi-estruturada.....	66
Tabela 8 -	Síntese das reservas e objetivos comportamentais apresentados pelos participantes 1, 2 e 3, na entrevista semi-estruturada.....	67
Tabela 9 -	Variáveis históricas e contingências atuais relacionadas à queixa dos participantes 1, 2 e 3, obtidas a partir da entrevista semi-estruturada.....	68
Tabela 10 -	Classificação das medidas de Potencialidades e Dificuldades, dos participantes 1, 2 e 3, em Clínicos e Não-Clínicos, de acordo com o valor de referência proposto pelo Q-ACC-VU.....	83
Tabela 11 -	Escore obtidos pelos participantes 1, 2 e 3, considerando os diferentes interlocutores propostos pelo Q-ACC-VU, em todas as avaliações.....	89
Tabela 12 -	Interpretação do Escore Total, dos participantes 1, 2 e 3, de acordo com os dados normativos propostos pelo IHS-Del-Prette.....	92
Tabela 13 -	Interpretação dos Fatores, dos participantes 1, 2 e 3, de acordo com os dados normativos propostos pelo IHS-Del-Prette.....	95
Tabela 14 -	Avaliação dos participantes 1, 2 e 3 pela SCID-I e Mini-SPIN.....	102
Tabela 15 -	Escore obtidos pelos participantes 1, 2 e 3 na <i>checklist</i> respondida no início das sessões de intervenção.....	104
Tabela 16 -	Avaliação da interação social de P1, P2 e P3.....	105
Tabela 17 -	Avaliação de Desempenho respondida pelos participantes 1, 2 e 3 no final de cada sessão.....	108
Tabela 18 -	Tarefas de Casa realizada pelos participantes 1, 2 e 3, discutidas no início de cada sessão.....	109

Tabela 19 - Classificação das medidas de Potencialidades e Dificuldades do participante 4, em Clínicos e Não-Clínicos, de acordo com o valor de referência proposto pelo Q-ACC-VU.....	110
Tabela 20 - Escores obtidos pelo participante 4, considerando os diferentes interlocutores propostos pelo Q-ACC-VU.....	111
Tabela 21 - Interpretação dos Fatores, do participante 4, de acordo com os dados normativos propostos pelo IHS-Del-Prette.....	113

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Medidas de Potencialidade e Dificuldade dos participantes 1, 2 e 3, mensuradas pelo Q-ACC-VU nas avaliações pré (Linha de Base) e pós-teste (Pós-Teste e Seguimento).....	81
Figura 2 -	Valores obtidos pelo participante 1 nas Categorias avaliadas pelo Q-ACC-VU, em todas as medidas de avaliação.....	85
Figura 3 -	Valores obtidos pela participante 2 nas Categorias avaliadas pelo Q-ACC-VU, em todas as medidas de avaliação.....	86
Figura 4 -	Valores obtidos pela participante 3 nas Categorias avaliadas pelo Q-ACC-VU, em todas as medidas de avaliação.....	87
Figura 5 -	Medidas do Escore Total dos participantes 1, 2 e 3, mensuradas pelo IHS-Del-Prette nas avaliações pré (Linha de Base) e pós-teste (Pós-Teste e Seguimento).....	91
Figura 6 -	Valores obtidos pelos participantes 1, 2 e 3, nos Fatores do IHS-Dell-Prette, em todas as medidas de avaliação.....	93
Figura 7 -	Valor médio dos itens do IHS-Del-Prette atribuídos pelo participante 1 nas avaliações pré (Linha de Base 1 e 2) e pós-intervenção (Pós-Teste e Seguimento).....	99
Figura 8 -	Valor médio dos itens do IHS-Del-Prette atribuídos pela participante 2 nas avaliações pré (Linha de Base 1, 2 e 3) e pós-intervenção (Pós-Teste e Seguimento).....	100
Figura 9 -	Valor médio dos itens do IHS-Del-Prette atribuídos pela participante 3 nas avaliações pré (Linha de Base 1 e 2) e pós-intervenção (Pós-Teste e Seguimento).....	101
Figura 10 -	Medidas de Potencialidade e Dificuldade do participante 4, mensuradas pelo Q-ACC-VU nas avaliações de Linha de Base.....	110
Figura 11 -	Valores obtidos pelo participante 4 nas categorias avaliadas pelo Q-ACC-VU, nas medidas de Linha de Base.....	111
Figura 12 -	Medidas do Escore Total do participante 4, mensuradas pelo IHS-Del-Prette nas avaliações de Linha de Base.....	113
Figura 13 -	Valores obtidos pelo participante 4 nos Fatores do IHS-Dell-Prette, das avaliações de Linha de Base.....	113

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	16
1.1 Habilidades sociais: conceito.....	16
1.2 Habilidades sociais de universitários.....	21
1.3 Fobia Social: diagnóstico, epidemiologia e etiologia.....	23
1.4 Fobia Social: padrão de comportamento e habilidades sociais.....	28
1.5 Fobia social: tratamento.....	30
2 OBJETIVOS.....	34
3 MÉTODO.....	35
3.1 Participantes.....	35
3.2 Materiais.....	36
3.3 Instrumentos.....	36
3.4 Delineamento.....	40
3.5 Procedimento.....	41
3.5.1 Coleta de dados.....	41
3.5.2 Intervenção.....	42
3.6 Procedimentos de análise dos dados.....	45
4 RESULTADOS.....	47
4.1 Efeitos da Terapia Comportamental com Treinamento em Habilidades Sociais sobre os escores em Habilidades Sociais e em Fobia Social – Resultado de Produto..	48
4.1.1 Resultados obtidos com a aplicação da Entrevista semi-estruturada.....	48
Participante 1.....	48
Participante 2.....	54
Participante 3.....	59
4.1.2 Exemplo da atuação da terapeuta junto aos participantes 1, 3 e 3, em diferentes sessões.....	68
Participante 1 – Ensaio Comportamental.....	69
Participante 2 – Ensaio Comportamental.....	72
Participante 2 – Esclarecimento.....	77
Participante 3 – Treino da habilidade de agradecer e elogiar.....	78

4.1.3 Resultados obtidos com a aplicação do Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários (Q-ACC-VU).....	81
4.1.4 Resultados obtidos com a aplicação do Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette).....	90
4.1.5 Resultados obtidos com a aplicação da Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (SCID-I, Del-Ben et al., 2001) e do Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-Spin).....	102
5 Efeitos da Terapia Comportamental com Treinamento em Habilidades Sociais sobre os escores em Habilidades Sociais e em Fobia Social – Resultados de Processo.....	103
5.1 Efeitos da Terapia Comportamental com Treinamento em Habilidades Sociais sobre os escores da <i>Checklist</i> respondida no início de cada sessão.....	103
5.2 Efeitos da Terapia Comportamental com Treinamento em Habilidades Sociais sobre os escores da Avaliação de Desempenho respondida no final de cada sessão....	106
5.3 Efeitos da Terapia Comportamental com Treinamento em Habilidades Sociais sobre os escores das tarefas de casa discutidas no início de cada sessão.....	106
6 Resultados do Participante 4 (P4).....	109
6.1 Resultados obtidos por P4 com a aplicação do Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários (Q-ACC-VU).....	109
6.2 Resultados obtidos por P4 na aplicação do Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette).....	112
7 DISCUSSÃO.....	114
7.1 Análise do <u>Produto</u> da Terapia Comportamental como Treinamento em Habilidades Sociais sobre o diagnóstico de fobia social e sobre o desempenho social (HS) dos participantes, comparando as medidas de pré, pós-teste e seguimento.....	114
7.2 Análise das medidas de <u>Processo</u> da Terapia Comportamental como Treinamento em Habilidades Sociais sobre o desempenho social dos participantes, acompanhado sessão a sessão.....	131
8 CONCLUSÃO.....	137
REFERÊNCIAS.....	140
APÊNDICES.....	147

APÊNDICE A - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTOS (checklist).....	148
APÊNDICE B - AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO.....	149
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	151
ANEXOS	152
ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA.....	153
ANEXO B - DADOS NORMATIVOS PARA OS ESCORES TOTAIS E FATORIAIS DO INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001c).....	154
ANEXO C - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	155
ANEXO D - EXEMPLO DE TAREFA DE CASA.....	156

1 APRESENTAÇÃO

Os universitários são expostos a uma diversidade de situações sociais que muitas vezes podem ser enfrentadas com dificuldade e tentativas de esquiva, o que constitui fator de risco para a fobia social. Considerando que a pessoa habilidosa socialmente decodifica corretamente o desempenho esperado e assim maximiza os ganhos para a interação, questiona-se os efeitos de uma intervenção comportamental com treinamento de habilidades sociais sobre o repertório de estudantes universitários com fobia social. A literatura tem dado pouca ênfase no sentido de propor programas de tratamento efetivos, nessa perspectiva teórica, no que se refere às demandas interpessoais dos fóbicos sociais, tornando relevante a proposta do presente estudo.

1.1 Habilidades sociais: conceito

A definição de Habilidades Sociais (HS) não é unívoca na literatura, segundo Caballo (1996), HS é um conjunto de comportamentos que são emitidos por um indivíduo capaz de expressar seus sentimentos, atitudes, opiniões, respeitando os próprios direitos e o direito dos outros, em um contexto interpessoal, proporcionando, em geral, a resolução dos problemas imediatos da situação e a diminuição da probabilidade de problemas futuros. McFall (1982) define HS como comportamentos passíveis de observação ou encobertos, os quais fazem parte do repertório social do indivíduo diante das demandas de situações interpessoais. Para Del Prette e Del Prette (1999), HS são diferentes classes de comportamentos sociais aprendidos e emitidos pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal específica. Compreende-se por demanda a ocasião diante da qual se espera um determinado desempenho social em relação a uma ou mais pessoas. Para Bolsoni-Silva (2002), HS são comportamentos operantes, mantidos, portanto, por suas consequências.

De acordo com a autora, a dimensão situacional do comportamento implica que o indivíduo pode se comportar de forma socialmente adequada em um contexto e não em outro, como o indivíduo que é habilidoso no trabalho, com relação aos colegas, autoridades, porém, não generaliza estas habilidades para o contexto de educação de filhos. A ausência de generalização está atrelada a sensibilidade das pessoas às consequências de seus próprios comportamentos, no exemplo dado, é provável que o comportamento socialmente adequado seja mantido no ambiente de trabalho por ser reforçado, o que pode não ocorrer no ambiente familiar (BOLSONI-SILVA, 2002).

No presente trabalho adota-se a definição de habilidades sociais dada por Del Prette e Del Prette (1999) e Bolsoni-Silva (2002), acima citados, considerando-se que a ausência de um sistema conceitual definitivo torna-se um obstáculo para o consenso, tornando a definição de HS mais difícil de ser elaborada e contextualizada (DEL PRETTE; DEL PRETTE; BARRETO, 1998).

Autores como Del Prette e Del Prette (2001b) propõem que as HS sejam agrupadas de maneira ampla e específica, a partir do seu conteúdo e funcionalidade, tais como: 1) habilidades sociais de comunicação: fazer e responder perguntas; pedir e dar *feedback*; iniciar e manter conversação; gratificar e elogiar; 2) habilidades sociais de civilidade: dizer por favor; agradecer; apresentar-se; cumprimentar; despedir-se; 3) habilidades sociais assertivas: manifestar opinião, concordar; discordar; fazer, aceitar e recusar pedidos; desculpar-se e admitir falhas; interagir com autoridade; estabelecer relacionamento afetivo/sexual; encerrar relacionamento; expressar raiva e pedir mudança de comportamento; lidar com críticas; 4) habilidades sociais empáticas: parafrasear, refletir sentimentos e expressar apoio; 5) habilidades sociais de trabalho: coordenar grupo; falar em público; resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos; habilidades sociais educativas; e 6) habilidades sociais de expressão de sentimentos positivos: fazer amizade; expressar solidariedade e cultivar o amor.

Para o contexto universitário, as habilidades sociais mais relevantes para o bom desempenho são as envolvidas no falar em público - apresentação de seminários, falar com autoridade, responder perguntas feitas pelo professor, reclamar notas e avaliações com o professor, tecer comentários e dar recados em sala de aula, trabalhar em grupo (ouvir, concordar/discordar, lidar com críticas, negociar, argumentar, perguntar, responder perguntas); lidar com relacionamentos amorosos – iniciar, manter ou terminar relacionamentos (BOAS; SILVEIRA; BOLSONI-SILVA, 2005; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2003; DEL PRETTE et al., 2004; DEL PRETTE; DEL PRETTE; BARRETO, 1998; PACHECO; RANGÉ, 2006) e na relação com familiares: comunicar-se, expressar sentimento, lidar com críticas (BANDEIRA; QUAGLIA, 2005).

O desenvolvimento de habilidades sociais ajuda a favorecer relações interpessoais gratificantes (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999), auxiliam o indivíduo a discriminar entre objetos, estímulos, aplicação de regras, construção de resolução de problemas e a decodificar o ambiente, o que beneficia a competência social (BOLSONI-SILVA, 2002; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001b).

Competência social é a capacidade da pessoa para apresentar um comportamento que possa atingir os objetivos em uma situação interpessoal e manter uma relação equilibrada e

positiva com o interlocutor (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999). Na expressão “competência social” está empregada um sentido avaliativo, tendo em vista qualificar a proficiência com que os comportamentos são ou deveriam ser emitidos (MCFALL, 1982). Para agir de maneira socialmente competente é relevante que o indivíduo desenvolva automonitoramento, “(...) uma habilidade metacognitiva e afetivo-comportamental pela qual a pessoa observa, descreve, interpreta e regula seus pensamentos, sentimentos e comportamentos em situações sociais.” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001b, p. 62).

O conceito de automonitoramento, para Bolsoni-Silva (2002) pode ser relacionado com o conceito de autoconhecimento a partir da Análise do Comportamento. Autoconhecimento é uma resposta discriminativa verbal que especifica as contingências das quais o próprio comportamento é função (SKINNER, 1953/2000). Desse modo, o indivíduo teria consciência (autoconhecimento) ao saber realizar análises funcionais do seu próprio comportamento, o que ocorre diante de uma comunidade verbal (BOLSONI-SILVA, 2002). Contudo, Skinner (1953/2000) assinala que somente o autoconhecimento não superaria as dificuldades, pois as variáveis que controlam o comportamento podem não ser manipuladas pela pessoa. Nessa perspectiva, o automonitoramento, somado ao desenvolvimento de HS, permite que a pessoa seja “capaz de automonitorar-se e, então possa observar, descrever e avaliar qual comportamento é adequado para dada situação social, a fim de aumentar a probabilidade de conseguir reforçadores positivos e negativos” (BOLSONI-SILVA, 2002, p.236), maximizando sua competência social.

Del Prette e Del Prette (2001b) apontam que “(...) as pessoas socialmente competentes são as que contribuem na maximização de ganhos e na minimização de perdas para si e para aquelas com quem interagem” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001b, p.33), o que é coerente com os pressupostos do Behaviorismo Radical, que estabelece que as pessoas podem emitir operantes de forma a favorecer a obtenção de reforçadores, nesse sentido, considera-se o repertório de habilidades sociais como operante, pois desempenha tal função (BOLSONI-SILVA, 2002). Ademais, ao interagir com o ambiente o indivíduo o faz em concordância com a sua história passada, com estímulos discriminativos anteriores à resposta (antecedentes) e o seu comportamento tem um efeito no interlocutor (consequente), o que influenciará comportamentos futuros, aumentando ou diminuindo sua frequência (TOURINHO, 1999).

Skinner (1974/2006) define comportamento operante como aquele que produz consequências, desse modo, especifica ao menos uma relação entre resposta e consequência. As consequências podem ser reforçadoras ou punidoras, sendo que a primeira aumenta a probabilidade de ocorrência da resposta (comportamento) e a segunda a reduz.

Nessa perspectiva a aquisição e desenvolvimento de habilidades sociais parecem favorecer ao indivíduo a obtenção de reforçadores nas situações em que vive e, por conseguinte, reduzir eventos punidores e fatores estressores, bem como auxiliar na prevenção e/ou redução de dificuldades psicológicas (BOLSONI-SILVA, 2002). No entanto, Bolsoni-Silva (2002), enfatiza que para caracterizar HS é imprescindível considerar fatores relacionados ao contexto histórico-cultural, considerando a influência de variáveis como sexo, idade, nível socioeconômico e habilidade comportamental das pessoas. Esses fatores, apresentados pelo campo teórico-prático do Treinamento em Habilidades Sociais são coerentes com um dos pressupostos básicos da Análise do Comportamento, que compreende qualquer comportamento como processo de três níveis de seleção: o filogenético (história da espécie), o ontogenético (história pessoal) e o cultural (história das práticas culturais (SKINNER, 1984).

A caracterização de *déficits* em HS sinaliza a ausência do comportamento esperado ou a emissão com baixa frequência e proficiência diante de uma demanda (MCFALL, 1982). Nessas circunstâncias, Del Prette e Del Prette (2010) destacam que é necessário promover programas educacionais que desenvolvam repertório socialmente habilidoso.

O treinamento de habilidades sociais (THS) visa superar *déficits* no desempenho social com o desenvolvimento de repertório socialmente desejado por meio de procedimentos clínicos e educativos (BOLSONI-SILVA, 2002). Os programas de THS ressaltam diversos comportamentos socialmente competentes, bem como a sensibilidade às contingências, as quais atuam como condições para a seleção de comportamentos funcionais para o indivíduo lidar com as demandas de interação social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2010). Favorece a promoção de comportamento descritivo e discriminativo, promovendo o conhecimento do próprio desempenho e das contingências relacionadas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001a), bem como amplia as alternativas de resposta do indivíduo, possibilitando a superação de comportamento-problema.

No THS são empregadas técnicas de vários modelos teóricos, como da terapia comportamental, tais como ensaio comportamental, reforçamento, modelagem, modelação, *feedback*, tarefas de casa e de abordagens cognitivas, como terapia racional-emotivo-comportamental, resolução de problemas, parada de pensamento, modelação encoberta (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999; CABALLO, 1996).

O THS pode ser realizado em formato individual ou grupal. O formato grupal comporta o estabelecimento de situação social, o que permite aos participantes praticar com as demais pessoas do grupo; é possível representar papéis e proporcionar *feedback*

frequentemente; além do terapeuta, os próprios membros do grupo fornecem modelos. Ao passo que o formato individual permite ensaios extensos e com repetição, há maior disponibilidade do terapeuta para modelar habilidades específicas e modificar de maneira imediata os procedimentos que não estejam sendo efetivos (CABALLO, 1996; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001b).

Caballo (1996) propõe a seguinte estrutura para o THS: a) identificar dificuldades quanto à inadequação social; b) identificar quais *déficits* impedem o comportamento socialmente adequado; c) informar o cliente sobre a terapia; d) iniciar o treinamento de habilidades deficitárias. Del Prette e Del Prette (1999) acrescentam que é preciso: a) informar sobre o tratamento; b) informar acerca das dificuldades interpessoais avaliadas; c) informar sobre a incidência das dificuldades avaliadas; d) apresentar o planejamento do programa; para então e) iniciar o programa.

Programas de THS tornam-se relevantes ao considerar que os indivíduos passam grande parte de seu tempo envolvidos em alguma forma de comunicação interpessoal e, ao emitir comportamento socialmente habilidoso, possivelmente, promoverão interações sociais satisfatórias (CABALLO, 1997), seja no contexto educacional, de trabalho ou nas relações familiares. Ademais, agir de maneira habilidosa amplia o acesso a reforçadores, auxiliando na prevenção e/ou redução de dificuldades psicológicas (BOLSONI-SILVA, 2002).

Tendo em vista a importância das HS para as relações pessoais, Bolsoni-Silva et al. (2006) investigaram a produção em HS no Brasil analisando 55 artigos empíricos até o ano de 2004. Os autores encontraram estudos que caracterizaram populações, correlacionaram variáveis e desenvolveram instrumentos. Dessa amostra, 11 estudos foram conduzidos com universitários, sendo que três conduziram desenvolvimento de instrumentos de avaliação; dois examinaram o efeito de intervenções e seis estudos caracterizaram populações e correlacionaram variáveis. As variáveis correlacionadas foram: a) habilidades sociais e traços de personalidade b) habilidades sociais e estresse c) influência do curso de graduação sobre a assertividade e habilidades sociais específicas d) habilidades sociais, influências do sexo e idade. Embora os estudos de caracterização tenham predominado, os autores destacam que pouco se sabe sobre o repertório de HS de grupos clínicos específicos, como depressivos, tímidos e fóbicos sociais, por exemplo, tornando-se relevante o desenvolvimento de estudos nessa área.

1.2 Habilidades sociais de universitários

Como o desenvolvimento humano está em constante transformação, o indivíduo necessita aprender continuamente habilidades que promovam o desenvolvimento de outras. A aprendizagem das habilidades sociais tem início na infância, fase na qual os comportamentos dos pais servem como modelo para os comportamentos dos filhos. Ao reagirem diferentemente às manifestações de habilidades dos filhos, os pais fornecem instruções específicas para isso (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999). De maneira similar, as interações que ocorrem com os pares nas instituições educacionais, de lazer ou em qualquer outro ambiente proporcionam maior variabilidade de modelos e demandas para a aquisição de novas habilidades sociais. Ao ingressar na escola, a criança passa a conviver em um espaço interativo amplo e precisa adaptar-se às novas demandas sociais, necessitando de um repertório ampliado de comportamentos sociais.

Algo semelhante ocorre com o ingresso na universidade, independente da idade, alguns estudantes podem ter dificuldades para lidar com as novas demandas sociais e acadêmicas, necessitando de auxílio para manter relações sociais satisfatórias (BAKER, 2003). Nesse contexto, as habilidades sociais constituem recursos indispensáveis para a realização de atividades essenciais para a vida universitária como fazer amizade, trabalhar em grupo, apresentar seminário, reclamar com o professor, lidar com críticas, lidar com relacionamentos amorosos (BOAS; SILVEIRA; BOLSONI-SILVA, 2005; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2003; DEL PRETTE et al., 2004; DEL PRETTE; DEL PRETTE; BARRETO, 1998; GERK; CUNHA, 2006).

Todavia, a aprendizagem dessas habilidades quando ocorrem nos currículos da graduação, é de maneira assistemática e geralmente não contempla as necessidades daqueles alunos que apresentam maiores dificuldades (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006), como pode ser observado em pesquisas que descrevem o repertório de habilidades sociais junto a essa população. Exemplificando, Bolsoni-Silva et al., (2010) descreveram as habilidades sociais apresentadas por 85 estudantes de Desenho Industrial, graduandos dos primeiros, segundos e terceiros anos universitários e verificaram as mudanças com o passar dos períodos letivos. Os resultados indicaram que 35% dos estudantes avaliados precisavam de algum tipo de assistência que favorecesse o desenvolvimento das habilidades sociais. Considerando as diferenças entre os anos, observou-se que em relação às habilidades “expressão de sentimentos negativos” e “apresentação de seminários”, os universitários do segundo ano emitiam com maior frequência que os do primeiro ano, porém, de maneira não habilidosa,

valendo-se de agressividade, acarretando consequências negativas como medo e ansiedade. Comparando os alunos do segundo e terceiro ano, verificou-se uma melhora na maneira como “expressam sentimentos negativos” e “fazem críticas”, pois o fazem “conversando”, mas ainda há sentimentos negativos, o que demonstra que nem sempre os universitários atingem os objetivos diante de tarefas difíceis. Bandeira e Quaglia (2005), em uma amostra de 40 universitários, encontraram queixas relacionadas à dificuldade em solicitar mudança de comportamento e situações negativas de expressar insatisfação. Del Prette et al., (2004) ao investigar 564 estudantes de Psicologia, identificaram maior frequência para o Fator 1 - indicador de assertividade e controle de ansiedade, para o Fator 3 - conversação e desenvoltura social e Fator 4 - autoexposição a desconhecidos e situações novas, e a menor frequência foi para o Fator 2 - auto-afirmação na expressão de sentimento positivo e Fator 5 - auto-controle da agressividade.

A maneira como os estudantes lidam com as experiências vividas na universidade está vinculada com a saúde física, psicológica e ao seu desempenho acadêmico (BAKER, 2003), pois o indivíduo pode vivenciar um momento de grandes desafios e conflitos, tanto mais quanto menos repertório tiver ao ingressar na universidade. Entretanto, as universidades esperam por um aluno pronto para a aprendizagem, desconsideram suas incertezas e inseguranças e deixam de promover programas que favoreçam a adaptação psicossocial dos estudantes (GERK; CUNHA, 2006).

Os universitários são expostos a uma diversidade de situações, por vezes experimentadas como dificuldades sociais, tais como: o medo de falar em público, o temor de se relacionar, o medo da não aprovação dos outros, receios de expressar sentimentos, opiniões e de recusar pedido ou discordar, além de se expor a situações novas. Essas situações podem ser enfrentadas com ansiedade social para os indivíduos, principalmente para aqueles que apresentam *déficits* em habilidades sociais.

Strahan (2003) verificou a relação entre ansiedade social, habilidades sociais e desempenho acadêmico de estudantes universitários. Participaram do estudo 55 universitários ansiosos socialmente e 198 universitários não-clínicos. Os resultados indicaram que os estudantes com ansiedade social apresentavam dificuldades significativamente maiores na habilidade verbal de expressar-se socialmente, na interpretação adequada da comunicação verbal dos outros e na habilidade de apresentar-se e desempenhar papéis. Embora a ansiedade social não tenha determinado efeitos diretos sobre o desempenho acadêmico e permanência na universidade, a autora reconhece que essa relação é possível, pois o excesso de ansiedade social tem relação negativa com o ajustamento universitário e sucesso acadêmico

(STRAHAN, 2003). Por outro lado, habilidades de auto-controle, auto-regulação e monitoria do próprio comportamento são indicativas de competência acadêmica (VEENMAN; WILHELM; BEISHUIZEN, 2004). Nesse contexto, verifica-se a relevância das HS para os estudantes, pois as “dificuldades interpessoais estão associadas a sensações de intenso desconforto e frequente tentativa de esquiva de situações sociais, o que constitui fator de risco para a fobia social e isolamento” (BOAS; SILVEIRA; BOLSONI, 2005, p. 324).

1.3 Fobia Social: diagnóstico, epidemiologia e etiologia

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR (APA, 2002), o Transtorno de Ansiedade Social (TAS) ou Fobia Social², é caracterizado pelo medo excessivo, persistente e irracional de uma ou mais situações nas quais o indivíduo é exposto à possível avaliação por parte de outros como, por exemplo, comer, escrever, falar em público, interagir com o sexo oposto, temendo comportar-se de maneira humilhante ou embaraçosa e da conseqüente desaprovação ou rejeição por parte dos outros. O temor principal na fobia social é o de ser o centro das atenções, mostrar fraquezas e, em virtude disso, ter o desempenho avaliado negativamente (BURATO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009). No entanto, tais características não podem ser decorrentes de uma condição médica geral ou de outro transtorno mental. O medo deve acarretar grande sofrimento e prejuízos para o funcionamento diário do indivíduo (COLLIMORE; ASMUNDSON, 2009).

O transtorno de ansiedade social pode ser classificado em: generalizado e específico (ou circunscrito). O tipo generalizado caracteriza-se pelo medo extremo relacionado às situações de interação social e de desempenho em público como, por exemplo, iniciar conversas, participar de pequenos grupos, interagir com pessoas do sexo oposto, falar com autoridade e frequentar festas. Já o tipo específico é caracterizado pelo temor diante de situações específicas de desempenho, como falar em público (APA, 2002). De acordo com o Manual (APA, 2002), o tipo generalizado apresenta acentuado prejuízo social e ocupacional, devido à evitação frequente e constante da maioria das situações sociais, o que caracteriza a esquiva fóbica. Embora o indivíduo fóbico reconheça o medo como excessivo e irracional (APA, 2002), quando a exposição é inevitável, a situação temida é suportada com intensa ansiedade e sofrimento e, quase que invariavelmente, são evidenciadas por reações

² Os termos “Transtorno de Ansiedade Social” e “Fobia Social” ou “indivíduos com transtorno de ansiedade social” e “fóbicos sociais” serão usados no presente trabalho indistintamente.

fisiológicas de ansiedade tais como taquicardia, rubor, tremedeiras, sudorese e boca seca (SILVARES; MEYER, 2000; OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009) presentes antes, durante e depois das pessoas estarem em uma situação social (BURATO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009). Esse padrão de comportamento evitativo gera impedimentos significativos na vida profissional, acadêmica, social de uma pessoa, bem como sofrimento proeminente por emitir comportamentos fóbicos.

Devido aos impedimentos de interação social, há evidências de que mais da metade de todos os fóbicos sociais são solteiros, divorciados ou separados (BRUNELLO, et al., 2000). Em um grupo de pacientes com fobia social, mais de 90% relataram que a ansiedade interferiu significativamente com o funcionamento ocupacional e 85% relataram interferência com o funcionamento acadêmico (BEIDEL; TURNER; DANCU³, 1985 *apud* BRUNELLO et al., 2000). Quando comparadas às pessoas sem transtorno psiquiátrico, as pessoas com transtorno de ansiedade social apresentam maior risco de abandonar a escola, devido à ansiedade de falar em público, de apresentar seminários e desempenhar tarefas diante de outras pessoas (AMERINGEM; MANCINI; FARVOLDEN, 2003), evitam entrevistas, conversas com chefes ou autoridades, bem como com pessoas de modo geral, acarretando dificuldade para conseguir e manter um emprego, aceitar cargos administrativos e ascender na carreira profissional (LECRUBIER et al., 2000). Desse modo, a fobia social representa um fator de risco para o mau desempenho escolar, para a evasão escolar, para o rendimento no trabalho e desemprego.

A fobia social é uma condição crônica e debilitante (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997), é o transtorno de ansiedade mais frequente (OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009; SAREEN; STEIN, 2000), o quarto transtorno psiquiátrico mais comum e um dos que tem menor taxa de remissão entre os transtornos de ansiedade (COLLIMORE; ASMUNDSON, 2009). A prevalência em seis meses é de 2 a 3 por 100 pessoas. O aparecimento pode ser observado dos 5 aos 35 anos de idade, no entanto, o ápice se dá na adolescência (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). Em estudos epidemiológicos as mulheres são mais afetadas que os homens e ocorre o inverso em amostras clínicas (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997; SAREEN; STEIN, 2000). As razões para esta discrepância são desconhecidas, todavia, observa-se que a ansiedade social implica em maior comprometimento nos homens devido ao desempenho dos papéis sociais esperados levando-os a procurar o tratamento mais

³ BEIDEL, D. C.; TURNER, S. M.; DANCU, C. V.; Physiological, cognitive, and behavioral aspects of social anxiety. *Behav. Res. Ther.* v.23, p. 109- 17, 1985.

frequentemente do que mulheres (SAREEN; STEIN, 2000). Na população geral estima-se a prevalência variando entre 2,6 e 16%. Essa disparidade pode estar relacionada às mudanças nos critérios diagnósticos apresentados nas versões do DSM III, DSM III-R, DSM IV e CID 10 (LECRUBIER et al., 2000).

Em estudo epidemiológico realizado por Baptista (2007), foram avaliados 2319 estudantes universitários de diversos cursos de graduação, visando determinar a prevalência do transtorno de ansiedade social (TAS) e as características demográficas dessa população.

O autor aplicou coletivamente, em sala de aula, a escala SPIN (Inventário de Fobia Social), em todos os sujeitos que aceitaram participar. Em seguida, selecionou os indivíduos com escores ≥ 6 na versão abreviada da SPIN (Mini-SPIN), os quais também foram contatados por telefone para responderem ao módulo de ansiedade social da SCID-I. Após a aplicação da SCID, confirmou-se o diagnóstico em 56,3% da amostra selecionada pela Mini-SPIN, representando 11,6% da amostra total, considerada a prevalência real do transtorno. A maioria dos sujeitos com TAS apresentaram medo de falar em público (91,6%), seguido do medo de comer em público (28,3%) e o medo de escrever em público (16,5%). O autor verificou que os indivíduos do sexo feminino apresentavam significativamente maior prevalência do TAS (12,5%) do que os indivíduos do sexo masculino (7,4%). A idade média de início do transtorno foi de 11,4 anos e o tempo médio de doença foi de 10,2 anos. Apenas dois sujeitos (0,8%) que apresentavam TAS referiram terem sido diagnosticados previamente por um profissional de saúde como portadores do transtorno. Com base nesses dados, o autor assinala que o TAS é um transtorno sub-reconhecido, sub-diagnosticado e associado a incapacidades sociais importantes.

Além de ser um transtorno sub-reconhecido (BAPTISTA, 2007; SAREEN; STEIN, 2000), a fobia social pode associar-se a outros transtornos psiquiátricos, sendo comum a presença de comorbidades com outros transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior, abuso de substâncias e transtornos alimentares (APA, 2002; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997; SAREEN; STEIN, 2000; WALSH, 2002). Segundo Brunello, et al., (2000) em amostras clínicas é extensiva a comorbidade com transtorno depressivo maior, distímia, outros transtornos de ansiedade (transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo) e transtornos por uso de substância (abuso de álcool/dependência), especialmente nos homens. Em amostras epidemiológicas, a comorbidade é um pouco menos extensa, mas os padrões de comorbidade são muito semelhantes, por exemplo, depressão maior, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada (BRUNELLO, et al., 2000).

O impacto sobre o funcionamento cotidiano, combinado com a alta prevalência, natureza crônica e alta proporção de comorbidades, indicam que a fobia social é uma doença de importância para a saúde pública (BRUNELLO, et al., 2000; SAREEN; STEIN, 2000). A identificação precoce e correta deste transtorno é de extrema importância, pois poderá minimizar sofrimentos e prevenir o desenvolvimento de comorbidades associadas a um pior prognóstico.

Um fator contribuinte importante para a fobia social parece ser a vulnerabilidade genética. De acordo com KAPLAN; SADOCK; GREBB (1997), parentes em primeiro grau dos fóbicos sociais são, aproximadamente, três vezes mais propensos a serem afetados com fobia social do que parentes em primeiro grau de indivíduos sem transtorno.

Práticas parentais também são examinadas como um fator igualmente contribuinte para o desenvolvimento de fobia social. Pais de fóbicos sociais costumam ser menos carinhosos, mais rechaçantes e superprotetores que outros pais (KAPLAN; SADOCK; GREBB (1997), apresentam pouca interação social e são muito atentos ao julgamento dos outros a ponto de impedir o contato dos filhos (WOOD et al., 2003).

Práticas de superproteção podem restringir as oportunidades de a criança confrontar situações produtoras de ansiedade, impedindo-a de adquirir autonomia adequada e desenvolver habilidades sociais (HUDSON; RAPEE, 2000; LIE et al., 2000; IANCU; GOLDSTEIN, 2009), levando-a a uma situação de maior dependência da figura dos pais e maior dificuldade de interação com pares.

As práticas parentais podem ser analisadas a partir da compreensão de que o comportamento é produto de três processos de seleção: o filogenético, o ontogenético e o cultural (SKINNER, 1984). As habilidades sociais, assim como as práticas parentais, são aprendidas e modificadas no transcorrer da vida por meio da seleção de comportamentos modelados na interação social. Contudo, o indivíduo pode desenvolver tanto um repertório elaborado de comportamentos efetivos na produção de reforçadores, como um repertório deficitário, a depender das contingências a que está exposto (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2010). Segundo Bolsoni-Silva e Carrara (2010), tendo em vista o nível de seleção cultural, tanto as práticas parentais positivas como as negativas, passam de geração a geração e podem acarretar resultados adversos. Os resultados possíveis são, respectivamente, pessoas socialmente habilidosas e capazes de obter os reforçadores de que precisam sem prejudicar os outros, ou pessoas com sérios problemas de comportamento (BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

Comumente as próprias mães de crianças tímidas tiveram a infância marcada pela timidez e essa se transformou em fobia social (MAIS, 2003). Estudos apontam a timidez como fator de risco para a fobia social, visto que pessoas tímidas apresentam níveis intermediários de ansiedade (RETTEW, 2000). Para Rettew (2000) e Walsh (2002), timidez, personalidade esquiva e fobia social fazem parte de um mesmo continuum.

Furmark (2000) destaca que, se os próprios pais são ansiosos socialmente, os filhos podem adquirir medos sociais por processos de modelagem. Tendo como modelo comportamentos tímidos e com interação social reduzida, as crianças ficam apartadas de modelos de comportamentos alternativos e com baixa flexibilidade comportamental.

Outro fator contribuinte são eventos estressantes precoces. Cometer um erro ou transmitir uma impressão desfavorável em situações sociais, por exemplo, quando se fala em sala de aula (torna-se estímulo condicionado), pode resultar em o indivíduo ser ridicularizado e ser exposto a hostilidade dos outros (estímulo incondicionado). Dessa forma, uma situação social pode adquirir potencial para provocar o medo ou reação de ansiedade (uma resposta condicionada) no futuro (FURMARK, 2000). Se isso aconteceu, essa primeira experiência pode estabelecer uma relação operante das respostas com os outros componentes da situação, por exemplo, diante do medo ao falar em público, o indivíduo foge/evita situações nas quais precisa se expor e é reforçado negativamente pelo alívio do medo e evitação da avaliação negativa. Dessa maneira, os comportamentos de fuga/esquiva mantêm a resposta ansiosa pela retirada ou adiamento da apresentação do evento aversivo (SKINNER, 1953/2000; ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

O reforço negativo aumenta a probabilidade da ocorrência de respostas que interrompam a estimulação aversiva (SKINNER, 1953/2000), assim sendo, a pessoa que está sendo exposta à estimulação aversiva engajar-se-á em aprender respostas de fuga que a ajude a se livrar das consequências incômodas que a controla (reforço negativo). E, futuramente, manifestará o comportamento de esquiva, suscitado em situações anteriores à apresentação da estimulação aversiva (SIDMAN, 1995), evitando ainda mais o contato com a situação perturbadora. Portanto, respostas de fuga e esquiva dificultam a exposição a novas contingências de reforçamento e a pessoa pode deixar de emitir novos operantes de forma a testar se as consequências aversivas do passado ainda ocorrem na atualidade, além de aumentar a probabilidade de obter reforçadores positivos e ampliar o repertório.

1.4 Fobia Social: padrão de comportamento e habilidades sociais

Sidman (1995) assinala que duas observações comumente constituem a base para o diagnóstico de fobia. Nota-se a deficiência em certas ações e a ocorrência de outras ações mais frequentemente do que o esperado. O autor descreve as ações de uma pessoa com fobia de multidão a qual não participa de organizações sociais, nunca come em restaurantes, ou vai a festas, não frequenta *shows* musicais, teatros ou eventos esportivos. Além disso, se vira e corre antes de se deparar a um grupo na rua, faz longos desvios quando multidões são vistas a frente, contrata professores particulares ao invés de ir à escola. Do mesmo modo que na fobia de multidões, uma pessoa com fobia social apresenta *déficits* em alguns comportamentos de contato social e possui repertório pobre em habilidades sociais, bem como foge e se esquivava de situações sociais mais frequentemente do que o esperado (SILVARES; MEYER, 2000).

O padrão comportamental dos indivíduos com fobia social é descrito por um medo característico e um anseio de evitar as situações sociais de exposição (BURATO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009), diante de um evento ameaçador ou incômodo, o fóxico emite uma resposta que elimina, ameniza ou adia esse evento (ZAMIGNANI; BANACO, 2005). Sair correndo da sala de aula ao precisar falar, voltar mais cedo de uma festa, desligar o telefone antes que a outra pessoa possa atender, são exemplos de comportamentos de fuga. O comportamento de esquivar pode se manifestar em situações como, por exemplo, um funcionário habilidoso rejeita uma promoção porque precisará ter mais contatos sociais ou um aluno talentoso se recusa ir para a faculdade pelo medo de falar na aula, fazer amigos (FURMARK, 2000), sinalizando baixo repertório de habilidades sociais.

Alden e Mellings (2004) avaliaram os perfis de habilidades sociais apresentadas por indivíduos com fobia social generalizada (FSG) em medidas de auto-relato. A hipótese do estudo era que níveis altos de ansiedade social afetavam negativamente o desempenho social durante a interação social e as percepções interpessoais - julgamentos sociais, autopercepções e interpretação do outro. Os participantes foram divididos em indivíduos com fobia social generalizada (N=25) e grupo controle (N=26). Os grupos participaram de uma atividade de interação social e avaliaram o desempenho nas situações. Os participantes com fobia social generalizada foram avaliados por si mesmos e pelas auxiliares de pesquisa como menos habilidosos e sentindo ou parecendo mais ansiosos do que os participantes do grupo controle. Os resultados do estudo também sugerem que estas pessoas identificaram as pistas sociais diferentes dos parceiros convencionais, o que aponta para uma falha potencial na compreensão de como os outros respondem a eles.

Thompson e Rapee (2002) investigaram o desempenho de 26 estudantes ansiosos socialmente e 24 estudantes não ansiosos em uma tarefa estruturada e não-estruturada. Avaliadores independentes e cegos classificaram os comportamentos em uma escala, desde um alto nível de HS até um baixo nível, nas duas tarefas. As tarefas foram realizadas com a presença de um auxiliar de pesquisa e de um participante por vez, com duração que variava de 5 a 30 minutos. Na tarefa não-estruturada, o participante e o auxiliar foram deixados pelo experimentador sozinhos na mesma sala. Uma filmadora estava visível ao participante, indicando que estava em funcionamento, contudo não continha fita. Na segunda tarefa, tarefa estruturada, o experimentador retornou e orientou ao participante e ao auxiliar a imaginar que estavam em uma festa e deveriam conhecer um ao outro ao máximo possível, informou que seriam filmados. Ao comparar os dois tipos de tarefas, os autores obtiveram como resultado que os participantes ansiosos socialmente apresentaram um repertório de habilidades sociais inferior, comparados aos não ansiosos, bem como observaram que a estrutura das situações de interação social interfere no desempenho social de indivíduos ansiosos socialmente e de não ansiosos, pois os participantes apresentaram um desempenho social melhor em situações estruturadas comparativamente a situações não-estruturadas.

Outros estudos evidenciam que indivíduos com fobia social e com elevados níveis de ansiedade social apresentam repertório inferior de habilidades sociais e competência social em comparação com indivíduos não-clínicos (BAKER; EDELMANN, 2002; STRAHAN, 2003; WENZEL et al., 2005). Avaliam negativamente o próprio desempenho social, mesmo quando foram habilidosos, são hipersensíveis a críticas e avaliações (SILVARES; MEYER, 2000; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2002) e, em suas auto-avaliações, apóiam-se em julgamentos idealizados, baseados em comparações e avaliações de competência social relacionadas à elevada exigência, favorecedoras de avaliações negativas (WALSH, 2002).

O repertório escasso dos indivíduos diante de eventos sociais pode estar relacionado à história de punição. Uma pessoa pode apresentar *déficit* no seu repertório por não ter aprendido o comportamento em decorrência da ausência de modelos eficazes para uma aprendizagem adequada (pais agressivos ou pouco empáticos constituem modelos inapropriados); por restrições de oportunidades de aprendizagem devido a normas culturais ou situações sociais empobrecidas; ou devido a deficiências na aprendizagem operante desse comportamento, tal como um *déficit* de reforçamento positivo, por exemplo, práticas parentais que reforçam dependência e comportamento submisso, restringindo iniciativas de contato social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

É importante destacar, do ponto de vista da Análise do Comportamento, que todo comportamento se mantém porque é reforçado, seja positiva ou negativamente (GOLDIAMOND, 1974/2002; SKINNER, 1953/2000) e, assim, se os indivíduos fóbicos continuam emitindo respostas que mantêm o distanciamento a exposições sociais, é sinal que não conhecem formas alternativas de se comportar e a fobia social será mantida por comportamentos de fuga e esquiva, pois o esquivador bem sucedido não tem meios de aprender que a situação aversiva original não virá novamente (SIDMAN, 1995). No entanto, para Goldiamond (1974/2002), os comportamentos patológicos podem ser modificados por meio de intervenções apropriadas e pelo manejo de informações que promovam o sistema de reforçamento levando o cliente a desenvolver maior auto-controle e auto-consciência.

Goldiamond (1974/2002) propõe a avaliação dos comportamentos múltiplos do indivíduo por meio de táticas construcionais, as quais consistem em métodos de intervenção baseados no entendimento de que o comportamento problema produz consequências desejáveis, na medida em que o indivíduo não consegue obter tais reforçadores (ou ganho secundário) com outros comportamentos socialmente adequados (entendidos como aqueles que têm maior probabilidade de obter reforçador positivo). De acordo com o autor, todo comportamento permite que se faça análise funcional, o que é concordante com a proposta skinneriana, a qual compreende o comportamento patológico como um operante competente, embora acarrete alto custo para a pessoa, até mesmo podendo colocar em risco sua saúde.

1.5 Fobia social: tratamento

Os tratamentos que têm demonstrado eficácia em pacientes com transtorno de ansiedade social são: farmacológico, terapia cognitivo-comportamental e treinamento de habilidades sociais.

Benzoadizepínicos, beta bloqueadores, toda classe de antidepressivos e drogas anticonvulsivantes atuam para aliviar os sintomas da ansiedade (SAREEN; STEIN, 2000; WALSH, 2002). No entanto, os medicamentos são eficazes em 50% das pessoas e apresentam efeitos colaterais como: boca seca, constipação, visão borrada e ganho de peso. Além dos efeitos colaterais, o uso do medicamento em adolescentes e jovens adultos pode implicar em menos motivação para mudanças comportamentais e cognitivas para combater a ansiedade (WALSH, 2002). Como é característica do fóbico atribuir os fracassos a si e os sucessos a razões externas, todo o resultado terapêutico bem sucedido poderá ser associado ao medicamento e não aos seus recursos pessoais.

Ademais, estudos apontam que as taxas de recaída são mais elevadas para o tratamento farmacológico do que para o tratamento psicológico (HAUG et al. 2003; LIEBOWITZ et al, 1999). A Terapia Cognitivo-Comportamental tem consistentemente demonstrado efetividade com clientes com fobia social (D'EL REY et al., 2008; SAREEN; STEIN, 2000; WALSH, 2002). Esses clientes apresentam menos recaída quando comparados com os que recebem apenas medicação, pois aprendem técnicas e outros padrões de pensamento que ajudam a superar a ansiedade (WALSH, 2002). No entanto, há poucos dados disponíveis sobre combinação de farmacoterapia e psicoterapia para o tratamento do transtorno de ansiedade social (SAREEN; STEIN, 2000).

As principais técnicas empregadas no tratamento de fobia social com terapia cognitivo-comportamental são a reestruturação cognitiva, exposição, técnicas de relaxamento, treino de habilidades sociais (HEIMBERG, 2001; LINCOLN, et al., 2003) e a técnica de exposição com prevenção de respostas (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

A título de exemplo, D'el Rey et al. (2008) verificaram o efeito da terapia cognitivo-comportamental de grupo em pacientes com fobia social generalizada. Participaram do estudo 31 pacientes com diagnóstico de fobia social generalizada, randomicamente distribuídos em dois grupos: um de terapia cognitivo-comportamental de grupo – TCCG (N = 15) e um grupo-controle na Lista de Espera – LE (N = 16). Os pacientes foram avaliados por quatro instrumentos (Inventário de Fobia Social, Escala de Medo de Avaliação Negativa, Inventário de Ansiedade Beck e Escala de Impressão Clínica Global) na primeira e na décima segunda semana do tratamento. Ao final da décima segunda semana, os pacientes que receberam TCCG apresentaram melhoras superiores aos da LE em todas as medidas de avaliações. No entanto, o autor não discute se o diagnóstico de fobia social se manteve ou não após a intervenção.

Em um estudo desenvolvido por Clark et al. (2006), comparou-se o efeito dos tratamentos: terapia cognitiva, exposição com relaxamento e lista de espera, no atendimento grupal de 62 fóbicos sociais aleatoriamente designados para cada um dos tratamentos, compondo dois grupos com 21 pessoas e o grupo de lista de espera, com 20 pessoas. O tratamento contou com 14 semanas de duração. Os participantes foram diagnosticados por psicólogos treinados que aplicaram a entrevista clínica estruturada para DSM-IV, (SCID-I e SCID-II). Os resultados da terapia cognitiva e da exposição com relaxamento foram superiores à lista de espera em todas as medidas. Na avaliação pós-intervenção, 84% dos pacientes tratados com terapia cognitiva e 42% dos pacientes submetidos à exposição com relaxamento não preencheram os critérios diagnósticos para fobia social. Na lista de espera

não houve melhora, todos mantiveram o transtorno. Em seguimento, um ano depois, as diferenças entre os métodos de tratamento se mantiveram. Além disso, os pacientes tratados com a exposição foram mais propensos a procurar tratamentos adicionais.

Van Dam-Baggen e Kraaimaat (2000) compararam a eficácia do treinamento de habilidades sociais em grupo (THSG) e da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) como tratamento para fobia social generalizada de pacientes psiquiátricos ambulatoriais. Os tratamentos foram realizados em 17 semanas, com uma hora e meia de duração cada. Os resultados indicaram que ambas, THSG e TCCG, foram eficazes na redução da ansiedade, diminuindo a gravidade da psicopatologia e aumentando as competências sociais e auto-controle dos participantes. Contudo, os pacientes que participaram do THSG apresentaram redução significativamente maior de ansiedade social e maior aumento em habilidades sociais quando comparados com os participantes da TCCG. Além disso, em seguimento, as medidas da ansiedade social e das habilidades sociais do grupo de THSG atingiram o nível equivalente ao de um grupo de referência normal, enquanto que os dos participantes TCCG melhoraram apenas em relação aos pacientes com transtorno de ansiedade. Não houve diferenças no que tange ao compromisso e a satisfação com o tratamento, nas duas condições de intervenção. Diante desses dados, os autores concluíram que em um ambiente clínico, o grupo de THS pode ser a melhor opção de tratamento para os pacientes psiquiátricos com fobia social generalizada, devido ao alto indicador de comorbidade.

De acordo com Stangier et al. (2003), o tratamento cognitivo-comportamental em grupo é o tratamento de escolha para a fobia social, contudo, os autores observaram que nem todos os pacientes se beneficiam e poucos estudos investigaram se um formato de tratamento em grupo é mais eficaz do que um formato individual. Partindo dessa observação, os autores desenvolveram um estudo controlado comparando a terapia cognitiva individual, com a terapia cognitiva grupal e uma condição de lista de espera. Participaram 65 pessoas com diagnóstico de fobia social, recrutadas em ambulatório de tratamento psiquiátrico e na comunidade, avaliadas pela entrevista clínica estruturada para o DSM IV (SCID-I e SCID-II). As medidas pós-teste indicaram melhoria significativa tanto no tratamento individual como em grupo, todavia, 50% dos participantes da terapia cognitiva individual deixaram de apresentar o transtorno, ao passo que no tratamento de grupo, foram 13,6% dos participantes, o que sugere que a terapia cognitiva individual é um tratamento específico para a fobia social e que a sua eficácia pode ser diminuída se aplicada em formato de grupo. Mörtberg et al. (2007) observaram que o tratamento cognitivo-comportamental individual é mais eficaz,

quando comparado com o tratamento em grupo e com o tratamento usual (medicação padrão e cuidados psiquiátricos).

Stravynski et al. (2000) avaliaram duas intervenções destinadas a melhorar as relações interpessoais dos fóbicos sociais, a Terapia Comportamental - TC (sem treino em habilidades sociais) e o Treinamento em Habilidades Sociais. Participaram do estudo 68 fóbicos sociais, sem comorbidade com transtornos psicóticos e adição a substâncias, oriundos da comunidade. Os participantes foram aleatoriamente divididos, 47 receberam tratamento imediatamente e 21 depois de um período de espera. O estudo não apresentou o número de participantes por grupo. Houve avaliação pré-teste, pós-teste e seguimento, depois de 6 meses e de um ano da intervenção, com a aplicação dos instrumentos: *Anxiety: Fear Questionnaire; Social Avoidance and Distress; Fear of Negative Evaluation; General psychopathology: Symptom Check'List-90; Social functioning: Social Adjustment Scale; Clinical status interview*. A intervenção contou com 12 sessões, com 120 minutos de duração cada, na presença de terapeuta e co-terapeuta. A TC foi planejada na forma do THS, tendo em vista melhorar o desempenho do paciente no comportamento-alvo, espontaneamente escolhido, com a restrição de não utilizar técnicas de treinamento, como a modelação, ensaio comportamental e *feedback*. Os autores observaram que nenhuma mudança clinicamente significativa ocorreu durante o período de espera. No final do tratamento de 12 sessões, 32% (THS) e 25% (TC) dos pacientes estavam em remissão. Essa melhoria continuou progressivamente em um ano e, embora o THS tenha produzido resultados imediatos melhores, esses dados se nivelaram com a TC após doze meses.

Na Terapia Comportamental, Silves e Meyer (2000) propõem uma análise funcional da classe operante “Fobia Social”. Para tanto, as autoras destacam que é preciso incluir a especificação dos antecedentes que consequenciaram as respostas na história de aprendizagem, as cadeias comportamentais e as respectivas consequências. Segundo as autoras, a atuação em Psicologia Clínica Comportamental deve ser orientada pela avaliação clínica do problema, a partir da identificação das contingências envolvidas no processo deficitário apresentado pelo cliente, assessorando o terapeuta na condução da intervenção. Cabe ao clínico, aproveitando os pressupostos de Goldiamond (1974/2002), questionar quais são os reforçadores que mantêm o padrão comportamental característico da fobia social e, então, propor novos operantes com função equivalente. Observa-se que respostas socialmente habilidosas possam assumir função equivalente (BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

Considerando que a fobia social está associada a uma diminuição substancial da qualidade de vida, comprometendo áreas vitais, como o funcionamento familiar e relações

sociais e amorosas, o Treinamento de Habilidades Sociais pode contribuir como procedimento de intervenção, o qual visa desenvolver repertório socialmente competente e maximizar os ganhos nas interações (BOAS; SILVEIRA; BOLSONI-SILVA, 2005; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

Diante do exposto, verifica-se que a caracterização e compreensão do desempenho social dos estudantes fóbicos sociais são relevantes, pois as relações interpessoais podem ser úteis dentro da universidade e favorecer o bem estar físico e psicológico (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999), bem como facilitar a adaptação dos estudantes à vida universitária e assim diminuir o estresse e outros resultados negativos dessa experiência. O desenvolvimento das HS pode contribuir para o crescimento pessoal, pois ao identificar os comportamentos esperados pelas pessoas no ambiente acadêmico, o estudante pode responder e obter reforçadores de forma a maximizar os ganhos e diminuir as perdas, ampliando o repertório comportamental.

Nota-se que a literatura apresenta diversos estudos que investigam tratamento para fobia social, comparando intervenção individual com a grupal (STANGIER et al., 2003; MÖRTBERG et al., 2007), avaliando a eficácia de diferentes terapias, como a terapia cognitiva comparada com a exposição somada a relaxamento (Clark et al., 2006), terapia cognitivo-comportamental de grupo (D'El REY et al., 2008) e de grupo em paralelo com a individual (STANGIER et al., 2003) ou comparando com treinamento de habilidades sociais em grupo (VAN DAM-BAGGEN; KRAAIMAAT, 2000) e terapia comportamental (sem treino em habilidades sociais) em paralelo com o treinamento em habilidades sociais (STRAVYNSKI et al., 2000). Contudo, é escasso na literatura um estudo que investigue um tratamento para fobia social que combine terapia comportamental com treinamento em habilidades sociais, justificando estudos que avaliem o efeito de procedimentos dessa natureza junto a essa população.

2 OBJETIVOS

O presente estudo tem por objetivo geral avaliar os efeitos de um procedimento de intervenção comportamental que inclui treino de habilidades sociais. Constituem objetivos específicos: a) caracterização das habilidades sociais e das dificuldades dos universitários com fobia social antes, após e no seguimento da intervenção; b) a partir do repertório presente, oferecer terapia comportamental com treinamento de habilidades sociais, treinamento já testado empiricamente para universitários sem fobia social, a partir de um procedimento

estruturado, com flexibilidade; c) descrever resultados de produto da intervenção comparando as medidas de pré, pós-teste e seguimento a partir de um delineamento de Linha de Base Múltipla de sujeito único, considerando medidas de habilidades sociais e de fobia social; d) descrever resultados de processo da intervenção a partir das medidas de *checklist*, tarefas de casa e relato da avaliação/satisfação dos encontros.

3 MÉTODO

O presente projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, conforme processo número 334/46/01/10 (Anexo A).

3.1 Participantes

Participaram deste estudo quatro universitários com fobia social, graduandos de uma universidade pública do centro-oeste paulista, na faixa etária de 19 a 31 anos (23 anos em média). Dois participantes eram do sexo masculino e dois do sexo feminino, alunos de cursos e anos diferentes. Os quatro eram solteiros, dois namoravam e dois não. Dois participantes moravam com amigos, um sozinho e um com a família, não trabalhavam, porém, dois cursavam estágio curricular. A caracterização dos participantes está descrita na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização dos participantes

Participantes	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Trabalho	Residência
1	M	19	2º. Ano Bacharelado em Ciência da Computação	Solteiro/Sem namorada	Não	República residia com um amigo
2	F	22	4º. Ano Pedagogia	Solteira/Com namorado	Estagiária	República residia com quatro amigas
3	F	31	6º. Ano Arquitetura	Solteira/Sem namorado	Não	Residia sozinha
4	M	20	4º. Ano Educação Física	Solteiro/Com namorada	Estagiário	Residia com a família

A variável controlada para a inclusão dos participantes no estudo foi ser universitário com o diagnóstico de Fobia Social, sem comorbidade. As diferenças demográficas não foram consideradas devido à baixa adesão de fóbicos sociais em intervenção interpessoal. A

numeração (1, 2, 3 e 4) dos participantes foi realizada de acordo com a sequência dos atendimentos.

3.2 Materiais

- Gravador Digital
- Procedimento de Intervenção (BOLSONI-SILVA, 2009c)

3.3 Instrumentos

- *Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (SCID-I – versão clínica)*, traduzida e adaptada para o português por Del-Ben et al. (2001) é um instrumento utilizado para confirmação de diagnóstico clínico psiquiátrico baseado no DSM-IV. É composta por dez módulos que podem ser aplicados de maneira independente ou combinada, de acordo com os objetivos desejados.

Nesse estudo foi aplicado o Módulo F referente à avaliação de ansiedade, tendo em vista a confirmação do diagnóstico de Fobia Social e a exclusão de comorbidade com outros Transtornos de Ansiedade (Transtorno de Pânico; Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Fobia Específica; Transtorno de Ansiedade Generalizada); o Módulo A, para excluir comorbidade com Transtornos de Humor (Transtorno Depressivo Maior; Episódio de Mania; Transtorno Distímico); o Módulo B, para excluir comorbidade com Sintomas Psicóticos e Associados; o Módulo E, para excluir comorbidade com Transtorno do Uso de álcool e Outras Substâncias. A entrevista foi aplicada antes, depois da etapa de intervenção (descrita a seguir) e em seguimento (quatro meses após a intervenção).

- *Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN)* – versão abreviada do Inventário de Fobia Social (SPIN), permite a triagem de pessoas com indicativos de fobia social. O inventário é composto por três itens (“*Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado*”; “*Evito atividades nas quais sou o centro das atenções*”; “*Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores*”), avaliados em uma escala de cinco pontos, que varia de “nada” a “extremamente”, com escore de corte maior ou igual a seis. Apresentou boas propriedades psicométricas, a saber: especificidade de 90%, sensibilidade de 88,7%, valor preditivo positivo de 52,6% e valor preditivo negativo de 98,5%

e 89,9% de precisão no diagnóstico do transtorno de ansiedade social (CONNOR, et al., 2001). Osório (2007) traduziu e adaptou para o português a SPIN, inventário que originou o Mini-SPIN, com boa consistência interna (0,90) e Osório, Crippa e Loureiro (2007) testaram a validade discriminante do instrumento na versão reduzida, Mini-SPIN.

- *Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários - Q-ACC-VU (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2009):* É composto por questões que se referem à forma como o estudante se comporta com relação aos pais, amigos, namorado(a), entre outros, bem como as ações destes. As questões estão divididas em duas partes: a) frequência com que aparece o tema mencionado. O respondente deverá escolher apenas uma das alternativas: frequentemente (se o comportamento acontecer muitas vezes durante a semana), algumas vezes (se o comportamento acontecer uma ou duas vezes durante a semana) ou quase nunca ou nunca (se o comportamento aparecer a cada 15 dias, um mês ou menos). Caso a pergunta não se aplique às interações sociais, por exemplo, não tem irmãos, o respondente deverá assinalar “não se aplica”. b) a segunda parte refere-se às características desse comportamento: assuntos, situações, ações e sentimentos do respondente, ações do interlocutor. O instrumento é dividido em Categorias de Frequência e Conteúdo. As categorias de frequência são organizadas nos temas: Expressividade (sentimentos positivos, negativos e opiniões); Críticas (fazer e receber crítica) e Falar em público (apresentação de seminários e falar a público desconhecido). Já as categorias de Conteúdo são organizadas em: Contexto, Comportamento Habilidade, Comportamento Não Habilidade, Consequência Positiva e Consequência Negativa. Os escores das Categorias são divididos em Potencialidade (expressão de sentimentos, opiniões, lidar com críticas, contexto, comportamento habilidoso, consequência positiva) e Dificuldade (falar em público, comportamento não habilidoso, consequência negativa). Os pontos de corte de Potencialidade e Dificuldade indicarão se o respondente se encontra no grupo Clínico ou Não Clínico (Potencialidade: entre 0 - 36,4 = Clínico; de 36,5 - 38,5 ou mais = Não Clínico; Dificuldade: 5,5 – 6,5 ou mais = Clínico; de 0 – 5,4 = Não Clínico).

O instrumento foi elaborado a partir de um Roteiro de Entrevista aplicado a 74 universitários, cujos dados permitiram a proposição na forma de questionário, com categorias específicas de respostas, facilitando a coleta e a organização dos dados. Estudos iniciais de validade e confiabilidade encontraram os seguintes resultados: (a) 70,040% de variância para os seguintes temas abordados (descritos acima); (b) Alfa de Cronbach = 0,837; (c) satisfatória validade convergente com o IHS-Del Prette (correlação Spearman); (d) boa

validade discriminativa: considerando classificações clínica e não clínica tendo por critério o IHS-Del-Prette e o Inventário de Fobia Social – forma reduzida - Mini-SPIN.

- *Inventário de Habilidades Sociais* – IHS-Del-Prette (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001a), instrumento de auto-relato composto por 38 itens, que tem como objetivo avaliar dimensões situacionais e comportamentais das habilidades sociais. O respondente deve indicar a frequência com que age ou se sente de acordo com o que está escrito em cada item, seguindo a legenda de uma escala tipo *Likert*, com cinco pontos: A (nunca ou raramente), B (com pouca frequência), C (com regular frequência), D (muito frequentemente), E (sempre ou quase sempre). Os itens são agrupados em cinco Fatores:

Fator 1: Enfrentamento e auto-afirmação com risco: os itens apresentam situações interpessoais em que as reações do indivíduo se caracteriza pela afirmação e defesa dos direitos e auto-estima, com risco de reação indesejável do interlocutor. É composto pelos itens: 1, 5, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 21 e 29.

Fator 2: Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo: apresentam situações interpessoais de expressão de sentimento positivo e de afirmações de auto-estima, com baixo risco de reação indesejável. Abrange os itens: 3, 6, 8, 10, 28, 30 e 35.

Fator 3: Conversação e desenvoltura social: apresentam situações neutras (sem relação a sentimento positivo ou negativo), demanda “traquejo social” na conversação, demonstrando conhecimento das normas cotidianas, com risco mínimo para reação indesejável. Compreende os itens: 13, 17, 19, 22, 24, 36 e 37.

Fator 4: Auto-exposição a desconhecidos e situações novas: os itens contemplam basicamente abordagem a pessoas desconhecidas. Os itens são: 9, 14, 23 e 28.

Fator 5: Autocontrole da agressividade: apresenta reações aversivas de interlocutor, exigindo controle da raiva e da agressividade. Contém os itens: 18, 31 e 38.

O repertório de habilidades sociais do respondente pode ser classificado pelo escore Total e pelos escores Fatoriais, de “Bastante elaborado” a “Indicação para treinamento”, seguindo os dados normativos propostos pelo manual do instrumento, com cortes diferentes para os participantes do sexo masculino (M) e feminino (F), como pode ser observado no Anexo B.

A análise das propriedades psicométricas foi realizada a partir da aplicação dos instrumentos junto a 527 universitários. Os resultados obtidos foram: índices de discriminação positivos variando entre 3,0 e 16,7; índices de correlação positivos, foram 10 abaixo de 0,30 e apenas dois não significativos. A consistência interna foi satisfatória, com um alfa de Cronbach de 0,75. A estrutura dos fatores principais foram identificados a partir de termos

comportamentais e situacionais, com coeficientes alfa variando de 0,74 a 0,96, que justificam 92,75% da variância total (DEL PRETTE; DEL PRETTE, BARRETO, 1998).

- *Entrevista semi-estruturada* – Essa entrevista foi desenvolvida a partir do roteiro elaborado por Bolsoni-Silva et al. (2009) cujo objetivo é o de informar sobre o atendimento clínico e coletar dados sobre as queixas e variáveis relacionadas (Anexo C).
- *Lista de Verificação de Comportamentos (checklist)* – Essa lista foi elaborada para a presente pesquisa tendo em vista a obtenção de dados do relacionamento do participante com a família, amigos e outras pessoas da sua convivência no decorrer da semana. A lista é composta por 38 comportamentos adequados (conversar, expressar sentimento positivo, por exemplo), e 12 comportamentos inadequados (como ser agressivo, se isolar), sendo 19 comportamentos adequados do respondente em direção ao interlocutor e 19 do interlocutor em direção ao respondente; 6 comportamentos inadequados do respondente em direção ao interlocutor e 6 do interlocutor em direção ao respondente. O respondente deve ler o comportamento, anotar o interlocutor com quem ocorre (como pai) e assinalar com que frequência acontece no decorrer de uma semana, frequentemente (se o comportamento ocorreu 5, 6 ou 7 vezes na semana), algumas vezes (se o comportamento ocorreu 3 ou 4 vezes na semana) e quase nunca ou nunca (se o comportamento ocorreu 2 vezes ou menos durante a semana). O mesmo comportamento pode ser selecionado para diferentes interlocutores, com variações na frequência. Ao final o respondente deve avaliar como está a sua interação social e como as pessoas com quem convive pensam em relação a sua interação social, se é satisfatória, regular ou insatisfatória (Apêndice A). O tempo de aplicação da *checklist* varia de 15 a 20 minutos.
- *Avaliação do Desempenho* – É composta por três questões, nas quais o respondente descreve como avalia o seu próprio desempenho durante a sessão, como avalia o desempenho da terapeuta e o procedimento do encontro (Apêndice B). Essa avaliação foi desenvolvida para a presente pesquisa, tendo em vista a obtenção de dados da avaliação do próprio participante a cerca do seu comportamento sessão a sessão.
- *Tarefas de Casa* – Essa atividade permite a discriminação de características da situação cotidiana diante das quais o emprego das habilidades adquiridas pode gerar consequências desejáveis ou indesejáveis, possibilitando a emissão de outros comportamentos alternativos. O anexo D apresenta um exemplo de tarefa de casa, as demais estão disponíveis em Bolsoni-Silva (2009c).

Os instrumentos desenvolvidos para a presente pesquisa, *Lista de Verificação de Comportamentos e Avaliação do Desempenho*, diferentemente dos instrumentos padronizados e publicados, não apresentam padrão de referência e ponto de corte para os escores. O objetivo foi aplicar medidas processuais, as quais permitem verificar mudanças na frequência dos escores apresentados no decorrer das sessões. Importante destacar que tanto avaliações de produto como processuais são importantes e as segundas são encontradas em menor número na literatura (ZAMIGNANI, 2007).

3.4 Delineamento

Foi adotado um delineamento de linha de base múltipla (COZBY, 2006), o qual estabelece intervenção em momentos diferentes para os participantes e verifica se a mudança no desempenho ocorre para todos, visando excluir interpretações baseadas no tempo, na história de aprendizagem e ampliar a consistência para atribuição da mudança à variável independente, representada pelo contexto da intervenção. Segundo Cozby, nesse delineamento, “demonstra-se a eficácia do tratamento quando um comportamento muda apenas após a introdução da manipulação” (COZBY, 2006, p. 248). A linha de base adotada foi entre sujeitos, a qual permite que se registre o comportamento de cada sujeito ao longo do tempo, com introdução da intervenção em momento diferente.

Todos os participantes passaram pela primeira avaliação (Linha de Base 1) no projeto “Caracterização de habilidades sociais, fobia e depressão em estudantes universitários: análise por período e gênero” (FAPESP, processo 2008/10299-5), no qual foram aplicados os mesmos instrumentos, à exceção da entrevista semi-estruturada. Esse projeto envolveu todo o campus da universidade, no qual alunas de iniciação científica apresentavam a proposta aos professores e aplicavam os instrumentos em sala de aula. No presente estudo foi realizada a segunda avaliação dos participantes (Linha de Base 2), após ter passado seis meses, em média, da primeira avaliação. Após a medida de Linha de Base 2 dos participantes 1 e 2, iniciou-se a intervenção com o participante 1 (BOLSONI-SILVA, 2009c, descrito em procedimento) e os demais ficaram em espera. Concluída a intervenção, todos os participantes foram avaliados, sendo avaliação Pós-Intervenção para o participante 1, Linha de Base 3 para a participante 2, Linha de Base 2 para os participantes 3 e 4. Ao concluir a análise dos dados da avaliação, iniciou-se a intervenção com os participantes 2 e 3, seguindo a mesma estrutura (BOLSONI-SILVA, 2009c). Ao término dessa, foi realizada a avaliação Pós-Intervenção com os participantes 2 e 3. Chegado o momento de participar da intervenção, o participante 4

respondeu aos instrumentos (Linha de Base 3), porém, solicitou desistência. Conforme lhe era assegurado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o participante 4 deixou o estudo. Portanto, passaram pela etapa de intervenção apenas os participantes 1, 2 e 3. A participante 3, participou de oito das doze sessões propostas pela pesquisa, pois começou a trabalhar em uma cidade distante, ocasionando desligamento da pesquisa.

A avaliação de Seguimento foi realizada quatro meses após a avaliação Pós-Intervenção, com os participantes 1, 2 e 3, individualmente, seguindo as mesmas condições das avaliações anteriores. A caracterização do delineamento pode ser observada na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização do delineamento

Participantes		Avaliações				
1	LB 1	LB 2		Pós-Int	Seg	
2	LB 1	LB 2	LB 3		Pós-Int	Seg
3	LB 1		LB2		Pós-Int	Seg
4	LB 1		LB2	LB 3		

Linha tracejada = Intervenção; LB = Linha de Base; Pós-Int = Pós-Intervenção; Seg = Seguimento

3.5 Procedimento

3.5.1 Coleta de dados

A seleção dos participantes foi iniciada a partir de um banco de dados do estudo “Caracterização de habilidades sociais, fobia e depressão em estudantes universitários: análise por período e gênero” (FAPESP, processo 2008/10299-5). O critério de inclusão dos participantes foi ser universitário com o diagnóstico de Fobia Social (obtido a partir da SCID-I, versão clínica, DEL-BEN et al., 2001), sem comorbidade.

Dos 600 universitários participantes do estudo, 24 foram identificados com diagnóstico de fobia social sem comorbidades, dos quais, no momento da entrevista (ano 2009), 17 indicaram interesse por intervenção. No entanto, no início de 2010, após contatá-los para reafirmar o interesse e iniciar a coleta de Linha de Base, apenas dois deles reafirmaram o interesse. No segundo semestre de 2010, ao ligar novamente para as pessoas que

manifestaram interesse no primeiro contato, foi recrutada mais duas pessoas. Dessas, uma aceitou participar da intervenção e uma aceitou apenas responder aos instrumentos.

Os participantes foram avaliados, individualmente, pela aplicação da entrevista clínica SCID-I e pelos instrumentos Q-ACC-VU, IHS-Del-Prette e Mini-SPIN (anteriormente descritos), antes e depois da intervenção, bem como em seguimento, quatro meses após a finalização da intervenção. As avaliações foram realizadas em uma sala do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) de uma universidade estadual do interior de São Paulo, em horário previamente combinado. Nesse momento foram oferecidos os devidos esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e os participantes assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Vale ressaltar que os participantes incluídos nesse estudo receberam o diagnóstico de fobia social generalizada a partir da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – SCID-I (versão clínica, DEL-BEN et al., 2001), reportando altos níveis de ansiedade social e evitação de diversas situações sociais e de desempenho, com interferência nas rotinas diárias e com relato de sofrimento.

3.5.2 Intervenção

O procedimento de intervenção adotado foi desenvolvido e aplicado por Bolsoni-Silva desde 2003 (BOLSONI-SILVA, 2009b; BOLSONI-SILVA, 2009c), mostrando-se efetivo na promoção de repertório de habilidades sociais em universitários que apresentavam *déficit* no desempenho socialmente habilidoso, contudo, nesses estudos, não houve medidas de saúde mental dos participantes (BOAS; SILVEIRA; BOLSONI-SILVA, 2005; BOLSONI-SILVA et al., 2009).

A intervenção da presente pesquisa foi realizada no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da universidade, contou com 12 encontros semanais com aproximadamente duas horas de duração, conduzidos pela própria pesquisadora, com o auxílio de uma aluna do quarto ano do curso de Psicologia, da mesma instituição. A pesquisadora era Psicóloga, com experiência clínica em Análise do Comportamento e na aplicação do procedimento de intervenção adotado (BOLSONI-SILVA, 2009c) junto a universitários com indicação de treinamento em habilidades sociais, sem avaliação de saúde mental. O esquema dos encontros é apresentado a seguir:

No início de cada encontro, o participante respondia a Lista de Verificação de Comportamentos (*checklist* - Apêndice A), de forma que pudesse observar as habilidades que

desempenhou e as mudanças obtidas no decorrer da intervenção. Terminada a Lista, a pesquisadora investigava as tarefas de casa (as quais os participantes traziam respondidas – ver exemplo no Anexo D) e acontecimentos da semana, buscando identificar variáveis envolvidas nas queixas, por meio de perguntas que levassem a uma descrição funcional das contingências. Em seguida, discutia-se com o participante alternativas socialmente habilidosas de resolução para as dificuldades descritas, valendo-se de técnicas comportamentais como modelagem, modelação, reforçamento, *role-playing* (descritas a seguir). O próximo passo era apresentar o tema do encontro (Tabela 3), os quais foram identificados na literatura da área, e discutidos a partir das dificuldades e expectativas do participante. Na sequência eram conduzidas exposições teóricas dialogadas sobre o tema, momento em que novamente eram realizadas análises funcionais e treino de repertório (contingente aos objetivos estabelecidos com o participante na avaliação e com as dificuldades apresentadas no dia do encontro) utilizando as mesmas técnicas empregadas na discussão da tarefa de casa. Portanto, embora a intervenção seja estruturada, com temas e número de sessões pré-definidas (Tabela 3), a atuação da terapeuta considerava a queixa apresentada pelo participante (entrevista inicial) e o treinamento de habilidades sociais se deu a partir do repertório presente observado nas avaliações de Linha de Base.

Os conteúdos teóricos trabalhados em cada encontro estavam descritos na cartilha informativa “*Como enfrentar os desafios da universidade*” (BOLSONI-SILVA, 2009b) e essa foi entregue aos participantes no primeiro encontro. A cartilha apresenta definição dos temas trabalhados (Tabela 3) e exemplos de sua aplicabilidade para os contextos de vida universitária, relacionamento amoroso e familiar. Estes conteúdos foram parafraseados de forma a garantir a plena compreensão dos mesmos.

Ao final do encontro, o participante preenchia ou comentava (condição opcional), a tabela de avaliação (Apêndice B), descrevendo como avaliou o próprio desempenho, o desempenho da terapeuta e do procedimento, podendo oferecer sugestões para melhorar o atendimento, momento em que recebia a tarefa de casa correspondente ao tema trabalhado. Ao optar pela avaliação oral, o participante seguia as orientações escritas (Apêndice B), as respostas eram gravadas em áudio e depois transcritas para o papel, pela estagiária que auxiliava a pesquisadora.

A Tabela 3 apresenta os temas que foram trabalhados, esquematizando didaticamente a sequência dos encontros. Entretanto, os mesmos temas, inevitavelmente, também foram trabalhados em outros encontros, por serem pré-requisitos para habilidades mais complexas.

Embora os encontros tivessem temas fixos, a habilidade trabalhada era contingente à queixa apresentada pelo participante na avaliação e/ou dificuldade relatada durante o encontro, dessa forma, o procedimento era estruturado, porém com flexibilidade interna. A terapeuta investigava o que o participantes conhecia sobre o tema, como emitia tal habilidade, se encontrava alguma dificuldade, com quem, em qual contexto e o que fazia para resolver. Tais perguntas permitiam análises funcionais, formulação de hipóteses acerca da promoção e manutenção dos comportamentos não habilidosos, seguimento de regras e estratégias de resolução de problemas.

Tabela 3 - Descrição das sessões e dos temas trabalhados (BOLSONI-SILVA, 2009c).

Encontros	Temas
1	Apresentação, verificação de expectativas Comunicação: iniciar e manter conversações
2	Comunicação: fazer e responder perguntas
3	Conhecer direitos humanos básicos
4	Conhecer diferenças entre comportamento habilidoso, não habilidoso ativo e não habilidoso passivo
5	Expressar sentimentos positivos, elogiar
6	Dar e receber <i>feedback</i> positivo, agradecer
7	Expressar opiniões (de concordância, de discordância), ouvir opiniões (de concordância, de discordância)
8	Expressar sentimentos negativos, dar e receber <i>feedback</i> negativo, solicitar mudança de comportamento
9	Lidar com críticas (fazer e receber críticas), admitir próprios erros, pedir desculpas
10	Relacionamento amoroso
11	Relacionamento familiar
12	Falar em público

No intuito de promover comportamentos socialmente habilidosos foram empregadas as técnicas: reforçamento, modelagem, modelação, *feedback*, ensaio comportamental e análise funcional, as quais são definidas, a seguir, conforme Calais e Bolsoni-Silva (2008) e Del Prette e Del Prette (1999).

Reforçamento: processo no qual a emissão de uma consequência para um determinado comportamento aumenta a probabilidade de sua ocorrência. Del Prette e Del Prette (1999) apontam que essa técnica é empregada para instalar, desenvolver e fortalecer desempenhos sociais.

Modelagem: consiste em reforçar diferencialmente respostas mais semelhantes ao comportamento final desejado.

Modelação: o objetivo dessa técnica é ensinar comportamentos apresentando modelos do comportamento-alvo. É uma maneira de exibir alternativas de respostas com maior probabilidade de obter reforço natural, contudo o comportamento tornar-se-á forte se a pessoa emitir a resposta (apresentada no modelo) e obtiver consequência positiva.

Feedback: é a descrição de como a pessoa age e o efeito que produz no interlocutor. Autores como Del Prette e Del Prette (1999) assinalam que essa técnica “funciona como uma regulagem do comportamento, mantendo-o ou produzindo alguma alteração de forma, direção ou conteúdo do desempenho (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999, p. 126).

Ensaio comportamental: essa técnica vale-se de outras como modelação, modelagem e *feedback*, no intuito de promover comportamentos em situação terapêutica, com alta probabilidade de replicação em ambiente natural. O cliente desempenhará na sessão comportamentos que experienciou em seu cotidiano, permitindo ao terapeuta a observação direta de seu desempenho, permitindo intervenção sobre os comportamentos clinicamente relevantes (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999).

Análise Funcional: é o método de intervenção na terapia comportamental, na qual o terapeuta, por meio de perguntas, auxilia o cliente a identificar a relação entre os eventos que envolvem antecedente, resposta e consequência, ou seja, a tríplice contingência que controla seu comportamento. As perguntas feitas pelo terapeuta permitem que o cliente reconheça o contexto, os sentimentos eliciados, os comportamentos evocados e as consequências na interação em que o problema acontece.

Avaliação: Participantes avaliam seu próprio comportamento (nível de ansiedade, facilidade/dificuldade, desempenho) na interação.

3.6 Procedimentos de análise de dados

Os dados foram divididos em duas seções, sendo ambas correspondentes à avaliação dos efeitos do procedimento de intervenção:

(A) Resultados de produto da intervenção, Terapia Comportamental com Treinamento em Habilidades Sociais, sobre os escores em Habilidades Sociais e Fobia Social comparando as medidas de pré, pós-teste e seguimento a partir do delineamento de linha de base múltipla entre sujeitos. Os dados analisados são as medidas de Habilidades Sociais (Entrevista semi-estruturada (Anexo C), Q-ACC-VC; IHS-Del-Prette) e de Fobia Social (Mini-SPIN; SCID).

(B) Resultados de processo da intervenção, para cada um dos participantes, a partir das medidas: *checklist* respondida no início de cada sessão; tarefas de casa, realizada em ambiente

natural e discutida no início de cada sessão e relato, por escrito ou oral, da avaliação/satisfação em cada encontro. O participante poderia optar pela avaliação oral ou escrita. Como a sessão era gravada em áudio, a avaliação oral era registrada integralmente.

Os dados obtidos com a Entrevista semi-estruturada foram organizados em formato de estudo de caso para cada participante. O estudo de caso foi estruturado seguindo as informações sobre a queixa, história de vida, dificuldades (*déficits* – comportamentos adequados que ocorrem com baixa frequência; excessos – comportamentos inadequados com ampla frequência), reservas comportamentais, análise funcional e objetivos comportamentais. Esse documento permitiu selecionar, de modo apropriado, objetivos específicos para a intervenção, contemplando as dificuldades e expectativas particulares, bem como os objetivos propostos pelo treinamento de habilidades sociais. Os dados da entrevista também foram organizados em tabelas, considerando as variáveis históricas e as contingências atuais relacionadas à queixa.

Para a análise do instrumento Q-ACC-VU, os escores das Categorias Gerais Potencialidade e Dificuldade, foram organizados em figuras individuais, em todas as etapas de avaliação, bem como em tabelas. As figuras permitiram observar a evolução dos dados nos decorrer das avaliações e os dados da tabela foram classificados em Clínico e Não Clínico, de acordo com o valor de referência proposto pelo instrumento (Potencialidade: escore entre 0 - 36,4 = Clínico; de 36,5 - 38,5 ou mais = Não Clínico; Dificuldade: escore de 5,5 – 6,5 ou mais = Clínico; de 0 – 5,4 = Não Clínico).

As Categorias de Frequência (Expressão de sentimentos positivos e negativos; Opiniões; Fazer e Receber Críticas; Falar em público) e de Conteúdo (Contexto; Comportamento Habilidoso; Comportamento Não Habilidoso; Consequência Positiva; Consequência Negativa) não apresentaram pontos de corte pelo instrumento, no entanto, os escores foram organizados em figuras individuais, em todas as medidas de avaliação, tornando-se possível observar se houve mudanças na expressão das habilidades em todas as medidas de avaliação. Os mesmos dados de Frequência e de Conteúdo também foram organizados em tabelas, considerando os diferentes interlocutores, o que permitiu verificar se houve mudanças nas interações sociais relatadas no decorrer das avaliações.

Os resultados do escore total e dos escores fatoriais do IHS-Del-Prette foram organizados em figuras individuais, em todas as medidas de avaliação. Os mesmos resultados também foram organizados em tabelas e classificados, seguindo os dados normativos do próprio instrumento (Anexo B), em “Repertório bastante elaborado de habilidades sociais; Repertório acima da média; repertório médio; Repertório abaixo da média; Indicação para

treinamento em habilidades sociais”. Os escores obtidos nos itens do instrumento (organizados nos Fatores – vide descrição do instrumento) foram organizados em figuras individuais, considerando as medidas de avaliação pré e pós-teste. Essas figuras permitiram conferir mudanças em habilidades mais específicas que as apresentadas nas medidas do escore Total e Fatorial.

Os dados do Mini-SPIN e da SCID foram organizados em tabela e classificados em Clínico e Não Clínico, de acordo com as normas do instrumento.

A *checklist* respondida pelos participantes no início de cada sessão foi dividida em três blocos referentes a quatro sessões (sessões de 1 a 4; de 5 a 8 e de 9 a 12), para que fosse possível observar a evolução do participante no início, meio e final da intervenção. As respostas dos participantes foram organizadas em adequadas e inadequadas, separadas por interlocutor (pai, mãe, etc) e apresentadas em tabela. A *checklist* apresentava um escore mínimo e máximo que poderia ser obtido pelo respondente, contudo, não havia um ponto de corte padronizado como referência.

As respostas da avaliação do encontro foram separadas nas categorias: Relato de satisfação com o desempenho; Relato de envolvimento com a atividade proposta na sessão; Relato de melhora no desempenho na sessão; Relato de melhora no desempenho fora da sessão; Relato de Dificuldade e Relato de insatisfação com o desempenho, organizadas em tabela, considerando a sessão e com um relato como exemplo de cada categoria.

Assim como a *checklist*, as tarefas de casa, relatadas e entregues pelos participantes em cada sessão, condizentes às habilidades trabalhadas, foram divididas em três blocos referentes a quatro sessões (sessões de 1 a 4; de 5 a 8 e de 9 a 12). Considerou-se a Emissão do comportamento alvo (habilidade trabalhada), os Contextos diferentes, Pessoas com diferentes níveis de relacionamento, Avaliação de sentimento e de desempenho. As tarefas de casa não visavam o estabelecimento de escores, mas a observação da aplicação da habilidade em contexto natural, o que permitia discussões em sessão, análise funcional e expansão do repertório dos participantes.

4 RESULTADOS

4.1 Efeitos da Terapia Comportamental com Treinamento em Habilidades Sociais sobre os escores em Habilidades Sociais e em Fobia Social – Resultado de Produto

Nessa análise foram comparados os resultados dos participantes 1, 2 e 3 (P1, P2 e P3), os quais participaram da etapa de intervenção. Os dados do participante 4 (P4) foram analisados separadamente, pois esse participante aceitou contribuir com o estudo respondendo aos instrumentos, em momentos diferentes, no entanto, declinou sobre sua participação na etapa de intervenção.

4.1.1 Resultados obtidos com a aplicação da Entrevista semi-estruturada

A seguir está exposto o estudo de caso dos participantes 1, 2 e 3, os quais participaram da etapa de intervenção. Os dados foram coletados a partir da aplicação da entrevista semi-estruturada (Anexo C) descrita na seção de instrumentos.

Participante 1 (P1)

Queixa

A principal queixa era relacionada à dificuldade de se apresentar em público, iniciar uma conversa ou mesmo expor suas idéias diante de um grupo. Contou que sua timidez o incomoda e que também já procurou ajuda para o mesmo problema em outros momentos, em um grupo de teatro e em uma banda na igreja que frequentava.

Anamnese

P1 passou por dois momentos de atendimento psicológico. O primeiro por volta dos 11 anos, encaminhado pela mãe, que o considerava muito perfeccionista nos estudos acadêmicos e musicais (teclado). O atendimento durou aproximadamente um ano, no entanto, P1 não soube dizer se recebeu alta ou se parou de frequentar. Em um segundo momento, P1 procurou atendimento psicológico diante da dificuldade que encontrou por não ter passado no vestibular logo que terminou o ensino médio. O atendimento durou apenas uma sessão.

História de vida

Família

A família nuclear de P1 é composta pelo pai, mãe e irmã (21 anos). P1 avaliou como bom o seu relacionamento familiar. Relatou que é com o pai que tem diálogo na família, pois o pai gosta muito de ler e quando estão juntos saem para caminhar (normalmente nos finais de semana) e conversam sobre religião, evolução humana e sobre a filosofia espírita que o pai segue. Considerava o pai tímido, mas observou que ele se tornou mais extrovertido após ter trabalhado com vendas, dos cursos e livros de auto-ajuda que esse trabalho implicou.

Com a mãe, P1 relatou conversar um pouco menos, ela lhe faz perguntas sobre o andamento da faculdade ou sobre sua alimentação durante a semana. Assinalou que a mãe não gosta muito de casa e é tão tímida quanto ele.

Foi pela relação da irmã com a música que P1 buscou aprender a tocar teclado. Fizeram juntos algumas apresentações para pessoas conhecidas, no coral da Igreja que frequentavam quando eram mais novos. Quando se apresentava junto com a irmã, P1 considerava a situação difícil, por ser em público, pois toda vez que precisava se apresentar em público ficava muito ansioso, sentia “batedeiras”, suava frio e ao final da apresentação julgava que poderia ter tocado melhor, mesmo recebendo elogio das pessoas que o assistiam. Conta que sentia essas mesmas reações quando se apresentava na banda que teve com alguns amigos durante a adolescência. Nessas ocasiões, quando era elogiado por alguém que assistiu a apresentação, não concordava com o elogio, porque acreditava que essas pessoas não percebiam os erros que eles (músicos) cometiam durante a apresentação, já que se tratava de pessoas leigas no assunto da música.

P1 avaliou a relação com a irmã como distante, a considera tímida, mas destaca que ela está melhorando em decorrência do curso de Comunicação que faz.

Infância e Adolescência

P1 relatou que o sofrimento diante de situações de exposição ao público sempre ocorreu em sua vida, desde os tempos escolares. Na pré-escola foi uma criança muito arqueira, brigava com os colegas, respondia aos professores e por conta disso os pais foram chamados pela direção da escola. Dentre esses episódios, o que mais marcou foi a vez em que os pais foram chamados na escola por conta de uma “arte” de P1 e a mãe o repreendeu fisicamente. A partir de então ele deixou de apresentar problemas de comportamento para não ser repreendido pelos pais. No mesmo período, P1 recebia os amigos para brincar em casa, pois

ele não podia brincar na rua. Sua mãe preparava lanches e tratava os amigos bem para que voltassem, no entanto, conforme foram crescendo, preferiram brincar na rua e deixaram de ir à casa de P1.

No primeiro ano do Ensino Fundamental, P1 começou a se isolar, mesmo tendo continuado com a mesma turma da pré-escola. Não costumava brincar durante os intervalos com os outros alunos, temia sujar a roupa ou ficar suado, pois sua mãe segundo lhe dizia para não se sujar, destaca que ela não falava brava, apenas recomendava. Durante os intervalos costumava conversar com os funcionários que ficavam cuidando do pátio e com o seu pai, que durante o primeiro ano lhe levava o lanche na hora do intervalo e o esperava comer. Esse comportamento do pai só foi interrompido quando o P1 solicitou, próximo ao final do ano.

Quando P1 agia de maneira considerada errada pelos pais, a mãe alterava a voz e ficava brava, já o pai conversava. Nessas situações a irmã não se intrometia, mas quando P1 fazia algo que não a agradava, ela gritava e ficava nervosa. Como ele não suporta gritos, já parava, mas quando continuava, a irmã batia.

P1 também descreveu o período em que usou colete ortopédico para ajuste da postura. Foi entre o último ano do Ensino Fundamental e o primeiro ano do Ensino Médio. Por conta do colete, P1 foi alvo de muitas brincadeiras de mau gosto dos colegas de classe, o que contribuiu para que ele se isolasse, deixando de sair da sala da aula nos intervalos, para se esquivar das zombarias. Sozinho, na sala de aula, aproveitava para compor músicas e escrever poemas.

Amigos / Faculdade

P1 contou que preferia realizar suas atividades sozinho, principalmente às ligadas à música, pois diante de pessoas, as atividades perdiam a qualidade. Sabia que ao apresentar algo poderia tê-lo feito melhor caso não estivesse em público, pois sempre faltava alguma coisa, mesmo quando as pessoas elogiavam, questionava-se se as pessoas estavam elogiando porque realmente foi bom ou por educação.

Na faculdade P1 optava por evitar qualquer tipo de situação que precisasse se expor. Para as impossíveis de evitar, ele desenvolveu estratégias como, por exemplo, imaginar que não há platéia ou não olhar para quem estava assistindo.

Com os amigos do mesmo curso, P1 relatou manter uma relação saudável, frequente reuniões nas casas ou programas durante a tarde, evita apenas as festas grandes (festas de república, danceterias). Entretanto destacou que deveria se envolver mais com o grupo, expor

mais suas idéias, porque muitas vezes os próprios amigos fazem brincadeiras com seu modo pensativo e calado, chamando-o de “*stand by*” (modo de espera).

Em situações de grupo, P1 relatou que conversa somente se alguém ao seu lado iniciar assunto, pois caso contrário se mantém calado. Quando tenta expor sua opinião, em voz baixa e para os mais próximos, os colegas ficam pensando ou comentam “*só podia ser o P1 mesmo*”, isso porque ele gosta de “filosofar” sobre alguns assuntos. Com essas brincadeiras P1 não se incomoda, porém quando os amigos exageram brincando em relação a sua falta de interação e seu tom baixo de voz fica chateado. Como não conseguia aumentar o tom de voz, quando quer comentar algo, cutuca um amigo para que este lhe dê atenção. Conversar com uma pessoa conhecida, P1 diz ser mais tranquilo do que com desconhecido, desde que não se sinta observado ou avaliado, pois fica constrangido.

Reservas

- Apresenta boa comunicação com a terapeuta, expõe com lógica seus pensamentos
- Apresenta boa comunicação com o pai
- Mantém comunicação com um grupo de amigos na faculdade, desde que iniciem interação
- Possui algum autoconhecimento = descreve bem algumas contingências – ou seja, sabe da importância de saber se expressar no grupo, além de descrever adequadamente sua própria dificuldade em relação à comunicação
- Participa de atividades de lazer (sai algumas vezes com os colegas de classe) em festas com poucas pessoas

Déficits

- Expõe sua opinião ao grupo com baixa frequência
- Dificilmente inicia conversação
- Participa pouco de conversação
- Dificuldade diante de elogios
- Conversa com a família com baixa frequência (mãe e irmã)
- Dificuldade para fazer críticas
- Estabelece amizade com baixa frequência
- Dificuldades para falar com público conhecido ou desconhecido

Excessos

- Preocupação intensa com a avaliação dos outros
- “Perfeccionismo” - acredita que nada do que faz em público é bom o suficiente
- Dificuldade pra lidar com os próprios erros

Objetivos comportamentais

- Treinar habilidades sociais de expressão de opiniões e sentimentos
- Iniciar, manter e encerrar conversação com pessoas conhecidas e/ou desconhecidas
- Aprender a se expressar em grupo
- Falar em público
- Aprender a receber elogios e/ou elogiar outras pessoas
- Aprender a se expor mais as contingências sem tentar antever sempre a reação do outro
- Atentar para a topografia do comportamento – tom de voz, expressão de interesse na conversa, postura (comportamentos não verbais)
- Descrever relações funcionais = estabelecer relação entre o próprio comportamento e o comportamento da audiência (SKINNER, 1953/2000)
- Promover autoconhecimento = conhecer as fontes de controle que governam o comportamento (regras, auto-regras) e assim ter autoconfiança para se comportar de maneira adequada (SKINNER, 1953/2000)
- Dar e Receber *feedback* positivo e negativo tanto para a família quanto para os amigos
- Aprender a expressar sentimentos negativos e não utilizar a esQUIVA mais como forma de reação
- Ensinar a solicitar ajuda dos outros quando necessário
- Aprender a fazer críticas de maneira habilidosa

Tabela 4 - Análise funcional da queixa do participante 1

ANTECEDENTE	RESPOSTA	CONSEQUÊNCIA
História: Infância		
<ul style="list-style-type: none"> • Fez “arte” na pré- escola 	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe bateu e ficou brava em casa (Punição) 	<ul style="list-style-type: none"> • Não desagradava a mãe, evitando se sujar (Reforço negativo)
<ul style="list-style-type: none"> • Hora do intervalo 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolava-se no pátio 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitava contato social (Reforço negativo) • Atenção/cuidado do pai (Reforço positivo)
<ul style="list-style-type: none"> • Uso do aparelho ortopédico para ajustar a postura 	<ul style="list-style-type: none"> • Saía para o intervalo 	<ul style="list-style-type: none"> • Os colegas de classe faziam piadas sobre seu aparelho (Punição)
<ul style="list-style-type: none"> • Punições no ambiente escolar por uso do colete 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolava-se na sala de aula 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitava gozações dos colegas (Reforço negativo) • Produzia músicas e poemas (Reforço positivo)
Contingências Atuais		
<ul style="list-style-type: none"> • Situações em grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Expõe sua opinião com baixa frequência 	<ul style="list-style-type: none"> • Evita que alguém discorde de sua opinião (Reforço negativo)
<ul style="list-style-type: none"> • Situações em grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia conversa com baixa frequência 	<ul style="list-style-type: none"> • Evita que fale alguma coisa e não tenha atenção dos outros e não incomoda ninguém com sua conversa (Reforço negativo)
<ul style="list-style-type: none"> • Hora do intervalo na faculdade com os colegas de classe 	<ul style="list-style-type: none"> • Participa da conversa em grupo só quando falam diretamente com ele 	<ul style="list-style-type: none"> • Evita que fale alguma coisa e não tenha atenção dos outros e não incomoda ninguém com sua conversa (Reforço negativo)
<ul style="list-style-type: none"> • Situações em que é avaliado (Vestibular, provas da faculdade.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evita contato com as pessoas • Treina constantemente o exercício exigido 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço negativo pelos motivos já apontados • Elogios das pessoas e dos pais (Reforço positivo) • Sucesso acadêmico (Reforço positivo) • Evita fracasso e crítica da mãe (Reforço negativo)
<ul style="list-style-type: none"> • Situação de falar em público 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagina que não há público • Evita olhar para as pessoas 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduz a ansiedade (Reforço negativo) • Obtém sucesso (Reforço positivo)

Participante 2 (P2)

Queixa

A principal queixa era relacionada à comunicação. Avaliou-se com uma pessoa introvertida diante de outras, principalmente em ambientes novos, nos quais prefere ficar quieta, calada e reservada. Diante de amigos diz que é tranquila, mas prefere ouvir a ter que falar. Com os familiares fala apenas o necessário, dificilmente comenta sobre coisas pessoais. Relata ser passiva diante de situações nas quais o outro demonstra posição autoritária, prefere “deixa passar”, mesmo sabendo que é seu direito discordar. Seus maiores temores são falar, fazer perguntas, para conhecidos e desconhecidos, e demonstrar interesse pelas pessoas das quais gosta, diz que fica “reprimida” por receio de ofender ao se expressar.

Anamnese

P2 não havia passado por atendimento psicológico ou psiquiátrico.

História de vida

Família

A família nuclear de P2 é composta pelo pai, mãe e dois irmãos (24 e 17 anos) P2 avaliou como tranquila a relação com os pais, mas diz ser muito reservada e não contar tudo para eles, apenas o que considera como “coisas básicas”. Assinala que sempre guardou as coisas para ela, mas quando criança ao afirmar que “gostava de fulaninho”, a mãe dizia de forma “dura” que a cliente deveria estudar. Nunca conversou com os pais assuntos que abordassem sexualidade.

Justifica que conversa pouco com a mãe devido aos compromissos da faculdade e da “correria da semana”, mas procura manter contato telefonando. Em relação ao pai, diz ter mais liberdade para brincar (por exemplo, não o chama de pai, diz seu nome no aumentativo, embora ele não goste), mas não conversa sobre a vida pessoal. Considera os pais quietos e muito reservados, pois expressam opinião com pouco frequência e raramente expressam sentimento positivo.

Conta que quando queria alguma coisa, como um sapato ou um brinquedo, e o pai negava, ela ficava chateada, emburrava no canto, não falava com ninguém. Seu pai dizia que ela era uma criança chata, birrenta. A mãe ignorava, mesmo diante de choramingos. O pai dizia que era besteira comprar coisas para criança, para ele ter um sapato era suficiente. Quando a levava para comprar algo, roupa ou produtos de higiene pessoal, precisava ser muito rápido e, se possível, comprar na primeira loja e sem escolher muito, pois o pai precisava voltar para o trabalho e não autorizava P2 e a mãe irem sozinhas,

Quando fazia algo considerado errado pelos pais, eles ficavam bravos e diziam para ela não fazer aquilo. Porém, diante de coisas boas, os pais nada comentavam, pois acreditavam que era obrigação. P2 não recebia destaque ou parabéns por ter feito algo bom, por exemplo, ser boa aluna e ter boas notas era obrigação, então não precisava de elogio.

P2 destaca que com os pais havia pouco diálogo, eles não perguntavam como estava na escola, sobre a rotina e nunca sentaram junto para fazer a tarefa. Os pais permitiam levar amigos em casa, mas como moravam no sítio, raramente um amigo ia até lá e quando ia, o pai apenas cumprimentava e retomava o trabalho, a mãe somente perguntava sobre os pais, se os pais da amiga estavam bem.

Com os irmãos acredita ter um relacionamento tranquilo. Quando eram crianças, o irmão mais velho pegava suas coisas, destruía e a xingava, caso ela chorasse ou contasse para a mãe. P2 acredita que o irmão mais velho tem “um gênio mais difícil” (é nervoso e possessivo) que choca com o dela e domina as situações. Quando moraram juntos em outra cidade, onde ambos cursavam a faculdade, ele queria determinar as coisas que ela poderia fazer.

O irmão mais novo, P2 cuidava enquanto a mãe ajudava o pai no trabalho. Ela era quem dava mamadeira, olhava no carrinho. Acredita que eles “têm o gênio parecido” (é calmo e compreensivo) e, por isso, não tiveram tantos atritos.

Infância / Adolescência

P2 contou que no Ensino Fundamental interagiu com as amigas durante o intervalo e, quando era preciso fazer trabalho em grupo, elas se encontravam depois da escola. Contudo, a interação após a escola era pouco comum, pois P2 residia na zona rural e ficava na cidade, na casa de uma tia, somente quando era necessário. As amigas não frequentavam sua casa por conta da distância e, pelo mesmo motivo, quando possível, P2 optava por fazer as atividades escolares sozinha. Para lazer, P2 não ficava na cidade.

No primeiro ano do Ensino Médio, P2 foi estudar em outra escola que nunca imaginou estudar, escola localizada na periferia da cidade e com “uma fama não muito boa”. Nesse período coincidiu de entrar para a mesma sala de sua prima, com a qual interagiu e também com as amigas dela. No entanto, criou antipatia por algumas alunas que a incomodavam, por conta de conversa, bagunça e brincadeiras, além de desentendimento por causa de paqueras e por P2 ser elogiada pelos professores.

No início do segundo ano P2 mudou de escola novamente, saiu da escola pública e foi para uma escola particular, na qual recebeu uma bolsa de estudos. Na nova escola, P2 se sentia deslocada, não tinha amigos, os alunos faziam brincadeiras que ela não participava, falavam sobre assuntos que ela não tinha acesso, como internet, por exemplo, e sobre o Clube que frequentavam. Nessas situações, P2 se isolava na sala de aula ou na biblioteca. Ao notar que P2 estava isolada, os alunos a convidavam para se aproximar, na hora do intervalo a chamavam na sala, mas ela preferia ficar lendo ou estudando, pois sentia vergonha em se enturmar. Além de não conhecer alguém, P2 destaca como dificuldade, o conteúdo ministrado. Sempre gostou de estudar e na escola pública a concorrência era baixa, tudo o que ela fazia dava destaque como “a inteligente”, mas na escola particular o conteúdo estava à frente e ela se sentiu “analfabeta”, pois todos sabiam e ela não.

Amigos / Faculdade

P2 considera bom o relacionamento com os amigos, ela procura ajudar no que for possível, embora haja momentos de estresse, quando ela está mais irritada. Diz que tem momentos de ouvir e de falar, mas que prefere ouvir a falar e, muitas vezes deixa de conversar, fica quieta por sentir dificuldade em exteriorizar algumas coisas.

Com os colegas de faculdade, diz que não concorda com alguns comportamentos deles e, por isso, acaba criando uma certa antipatia e a relação é mais superficial, voltada para o contexto da faculdade, apenas cumprimenta e pergunta o que estão fazendo.

Com as colegas de república relata dificuldade em se expressar verbalmente, principalmente em situações que discorda de algo ou quando gostaria que as colegas agissem de outra maneira. Diz que deixa passar algumas situações em que as colegas se colocam de forma autoritária, fica submissa a elas, não reage. Tem medo que as pessoas fiquem magoadas ou levem para o lado pessoal o que ela diz.

Participa de uma Igreja Evangélica e lá conheceu algumas pessoas que considera bons amigos. Com eles participa de eventos promovidos pela Igreja e algumas vezes se reúne para comemorar aniversário de alguém do grupo ou outra data festiva.

Namoro

P2 relatou que encontra muita dificuldade em demonstrar interesse pela pessoa de quem gosta, não exterioriza. Diz que está feliz com a relação, o namorado é a pessoa que a completa, pois eles têm alguns objetivos em comum, como estudar, frequentar a Igreja (são evangélicos). Acredita que algumas dificuldades com relacionamentos amorosos estavam ligadas às expectativas dos pais e a quem eles gostariam que ela namorasse, no entanto, destaca que ela mesma sempre priorizou os estudos ao namoro, porém, com esse namorado, P2 diz que está aprendendo a não ser egoísta no relacionamento, tenta conciliar o tempo para o namoro, para a faculdade e para a família.

Reservas

- Reconhece que as dificuldades de interação com as outras pessoas estão relacionadas com a forma que se comporta – se expressa pouco
- Descreve adequadamente sua própria dificuldade em relação à comunicação e a administração do tempo em relação à faculdade e ao namoro
- Procura ajudar e ouvir aos amigos
- Participa de atividades de lazer – eventos promovidos pela Igreja
- Observa suas interações e deseja melhorar

Déficits

- Expressa sentimento com baixa frequência
- Dificilmente inicia conversação
- Evita expressar desagrado
- Dificuldade para fazer trabalhos em grupo
- Conversa com a família com baixa frequência
- Dificuldade para fazer críticas

- Aceita pedidos abusivos para não desagradar
- Dificuldade em nomear sentimentos
- Dificuldades para falar com público conhecido ou desconhecido

Excessos

- Preocupação intensa com a avaliação dos outros
- Dificuldade pra lidar com os próprios erros
- Aponta o erro dos outros quando é criticada
- Faz-se de vítima diante de acusações
- Faz brincadeiras com tom de crítica

Objetivos comportamentais

- Treinar habilidades sociais de comunicação, expressão de opiniões e de sentimentos
- Iniciar, manter e encerrar conversação com pessoas conhecidas e desconhecidas
- Expressar sentimento positivo
- Aprender a nomear sentimentos
- Atentar para o conteúdo das brincadeiras, para que não soem como críticas
- Aprender a expressar desagrado e a negar pedidos abusivos
- Aprender a lidar com críticas e a fazer crítica de maneira habilidosa
- Falar em público
- Atentar para a topografia do comportamento – olhar nos olhos, expressão de interesse na conversa (comportamentos não verbais)
- Descrever relações funcionais = estabelecer relação entre o próprio comportamento e o comportamento da audiência (SKINNER, 1953/2000)
- Promover autoconhecimento = conhecer as fontes de controle que governam o comportamento (regras, auto-regras) e assim ter autoconfiança para se comportar de maneira adequada (SKINNER, 1953/2000)
- Aprender a expressar sentimentos negativos e *feedback* negativo e não utilizar a esquiva mais como forma de reação

Tabela 5 - Análise funcional da queixa da participante 2

ANTECEDENTES	RESPOSTAS	CONSEQUÊNCIAS
História: Infância		
	<ul style="list-style-type: none"> • Pede algo para o pai • Emburra diante do não do pai • Estuda para tirar boas notas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pai nega (Punição) • Pai chama de chata, birrenta (Punição) • Os pais ignoram boas notas (Punição)
<ul style="list-style-type: none"> • Irmão estraga suas coisas 	<ul style="list-style-type: none"> • Chora, conta para a mãe 	<ul style="list-style-type: none"> • Irmão xinga (Punição)
Contingências Atuais		
<ul style="list-style-type: none"> • Alguém faz ou fala algo que a desagrada • Diante de desconhecidos • Diante de pessoas pouco conhecidas • Diante de pedidos abusivos • Trabalho em grupo • Brincadeiras que não gosta (escola) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fica emburrada. • Fica quieta. • Fica quieta, apenas responde a perguntas • Cede para não desagradar ao outro • Fica brava com as pessoas que não fazem o trabalho com antecedência, briga como grupo na hora da apresentação • Isola-se na sala ou na biblioteca 	<ul style="list-style-type: none"> • Evita confronto com a outra pessoa. (Reforço negativo) • Não se expõe e fica livre de ser ignorada pelo interlocutor. (Reforço negativo) • Evita falar sobre assuntos que não domina. (Reforço negativo) • Evita culpa, rejeição e discussão. (Reforço negativo) • As pessoas ficam chateadas com ela, pela maneira que ela expõe. Não consegue mudanças, pois falou depois que o trabalho estava pronto. (Punição) • Evita situações aversivas. (Reforço negativo)

Participante 3 (P3)

Queixa

A principal queixa era relacionada ao medo de toda situação de exposição. Relatou ter dificuldade para falar em público, principalmente diante de desconhecidos. Não conseguia iniciar e manter conversação e se aproximar das pessoas para ter relações duradouras. Não confiava em ninguém, nem para amizade, nem para relacionamentos amorosos.

Anamnese

P3 passou por atendimento psiquiátrico a pedido do ex-namorado. Inicialmente teve a hipótese de Transtorno Bipolar do Humor, fez tratamento com Carbolítium, no entanto, essa hipótese não foi confirmada por outros profissionais da psiquiatria. No início da pesquisa P3 estava sem atendimento e sem medicamento há mais de seis meses, mantendo-se sem qualquer medicação até o final da avaliação de seguimento.

História de vida

Família

A família nuclear de P3 é composta pelo pai, mãe e três irmãs (36, 34 e 26 anos). Sua relação com a família sempre foi conflituosa, seus pais eram muito rígidos e não a deixavam sair de casa. Na infância P3 relatou que sua companhia e confessorário eram os livros, a biblioteca era o único lugar que ela frequentava sem problemas. Tinha poucas amigas e quando queria visitá-las atravessava a cidade de bicicleta, mas sem o consentimento dos pais.

P3 diz que seu pai apesar de rígido é uma pessoa muito justa. É quieto, raramente expressa sentimento positivo, sempre cobrou alto desempenho em todas as atividades e restringia relacionamentos, principalmente com namorados. Exigiu que as filhas aprendessem a tocar piano. Selecionava professoras rígidas, determinava exercícios rigorosos e muitas horas de dedicação. Cobrava que P3 fosse tão inteligente quanto a irmã que a precedeu, por isso P3 estudava horas e horas para obter dez em todas as atividades acadêmicas.

Sobre a mãe P3 diz que é uma pessoa que não se pode confiar, pois várias vezes, durante a infância e adolescência, a mãe solicitava sua confiança, no entanto, quando contava algo à mãe sempre se prejudicava, era colocada de castigo ou tinha seu “segredo” exposto. A mãe restringia as roupas que P3 poderia vestir, priorizava por roupas largas e compridas. Certa vez P3 comprou uma calça mais justa, então a mãe ficou furiosa e mandou tirar, como P3 resistiu, a mãe ameaçou jogar a cadeira em cima dela e a fez ir trocar a roupa. Sempre aconselhou P3 a se preocupar com o que os outros iriam pensar sobre seu comportamento, sua aparência. A mãe revelou que não a queria, mas como não pôde abortar, manteve a gestação. Como essa relação a incomodava muito, P3 prestou vestibular em outra cidade, para se afastar.

A interação com as três irmãs também era conflituosa. A irmã mais velha P3 define como a rainha da casa, a irmã do meio como justa e calada, semelhante ao pai e a irmã mais nova define como o orgulho da família, mimada e arrogante, pois sempre foi inteligente, concluiu a universidade aos 22 anos com medalha de honra ao mérito. Comparada as irmãs, P3 sempre se sentiu rejeitada e inferior. Quando P3 era criança, as irmãs mais velhas conversavam em inglês para que ela não entendesse e, quando ela aprendeu o idioma, as irmãs passaram a conversar com a porta fechada. As irmãs a ofendiam por ter atrasado o curso e ser sustentada pelos pais.

Infância e Adolescência

Durante a infância P3 conta que vivia entre os livros, tinha poucos amigos e não se relacionava bem com a família. Recorda que era alvo de gozações durante o Ensino Fundamental, pois tinha “orelha de abano”. Os alunos a chamavam de “Dumbo”, orelhão e, para fugir das gozações, P3 fingia estar doente e pedia para ir para casa. Em casa, pedia ajuda para a mãe, a qual a orientava a ignorar as brincadeiras. No último ano do Ensino Fundamental, o pai propôs a P3 a Otoplastia, cirurgia plástica para corrigir a orelha. P3 destaca esse momento como sua “primeira batalha vencida”.

Na adolescência sentia vontade de sair, fazer amigos, mas os pais não permitiam que ela saísse para se divertir e, nas raras vezes que autorizavam, precisava voltar cedo para casa, o que dificultava estabelecer companhias. Por isso, passou a maior parte do tempo sozinha e se refugiava na biblioteca, único local que podia frequentar sem restrições e seus únicos amigos eram os livros.

No segundo ano do Ensino Médio, P3 se apaixonou por um colega da escola e foi correspondida, contudo, seus pais não aprovaram o namoro e a proibiram de sair de casa, pois o namorar era permitido somente após o ingresso na universidade. Os pais passaram a vigiá-la e ofendiam o rapaz sempre que possível. Uma vez P3 reagiu à ofensa e disse que os xingamentos deveriam ser para a sua família e não para o namorado, então, o pai lhe deu um soco no rosto. P3 ressalta que gostava da companhia do namorado e do fato dele a fazer rir, eles estudavam muito juntos e ele sempre a respeitou. No entanto, os pais proibiram o namoro, proibiram-na de sair de casa e ficaram em dúvida se ela havia se relacionado sexualmente com ele. Mesmo P3 negando, os pais preferiram esclarecer com exame ginecológico. P3 relata esse episódio como o momento mais constrangedor de sua vida.

Amigos / Faculdade

P3 diz que sempre teve poucas amizades, na faculdade ficou mais isolada após reprovar duas vezes. Fez a maioria dos trabalhos sozinha, pois os grupos estavam cada vez mais fechados, constituindo panelinhas e como ela não fazia parte da turma, ficava de fora. Manteve apenas duas amigas que conheceu no início do curso, mas tem pouco contato, pois as rotinas são diferentes. Mantinha contato com amigos por MSN (*Messenger*/internet), mas preferiu cancelar, manteve somente o *facebook* (rede social), mas tem receio em escrever e ser avaliada como chata e desinteressante.

Não convida amigos para ir à sua casa para não ter a privacidade invadida. Quando alguém aparece sem avisar, ela finge que não está. Destaca que não gosta que as pessoas fiquem perto, abrace ou pergunte coisas de sua vida. Raramente sai com amigos, vai algum barzinho. Prefere sair sozinha, mesmo que a amiga a julgue como fracassada, se considera como independente dos outros. Sozinha não se sente observada e avaliada, pode ficar mais à vontade.

Reservas

- Possui algum autoconhecimento = descreve bem algumas contingências – ou seja, sabe da importância da desenvoltura social, descreve adequadamente sua própria dificuldade em relação à comunicação
- Tenta manter amizades antigas, mesmo utilizando redes sociais
- Consegue se envolver em atividades de lazer, mesmo sozinha

Déficits

- Dificuldade para iniciar e manter conversação
- Dificilmente conversa com os amigos
- Emite opinião com baixa frequência
- Dificilmente expressa sentimentos positivos e/ou negativos
- Dificuldade para fazer críticas
- Evita expressar desagrado
- Evita relacionamentos afetivos - amizade, namoro

- Dificuldades para falar com público conhecido ou desconhecido
- Dificuldade com contato físico – cumprimentos, abraços
- Dificuldade diante de elogios

Excessos

- Preocupação intensa com a avaliação dos outros
- “Perfeccionismo” - acredita que nada do que faz em público é avaliado como bom
- É agressiva quando contrariada ou quando se sente acuada
- Dificuldade para lidar com os próprios erros

Objetivos comportamentais

- Treinar habilidades sociais de comunicação, de expressão de opiniões e sentimentos
- Iniciar, manter e encerrar conversação com pessoas conhecidas e/ou desconhecidas
- Expressar sentimento positivo
- Falar em público
- Aprender a receber elogios e elogiar sem considerar bajulação
- Expressar desagrado de maneira adequada
- Solicitar mudança de comportamento
- Descrever relações funcionais = estabelecer relação entre o próprio comportamento e o comportamento da audiência (SKINNER, 1953/2000)
- Promover autoconhecimento = conhecer as fontes de controle que governam o comportamento (regras, auto-regras) e assim ter autoconfiança para se comportar de maneira adequada (SKINNER, 1953/2000)
- Dar *feedback* negativo tanto para a família quanto para os amigos
- Aprender a fazer crítica de maneira habilidosa

Tabela 6 - Análise funcional da queixa da participante 3

ANTECEDENTE	RESPOSTA	CONSEQUÊNCIA
História: Infância		
<ul style="list-style-type: none"> • Afastamento das orelhas (orelha de abano) • Punições no ambiente escolar por causa das orelhas • Competição e comparação entre as irmãs • Histórico de exigência e perfeccionismo • Não pode frequentar a casa de amigas • Mãe solicita confiança • É paquerada por um colega da escola • Família é contra o namoro 	<ul style="list-style-type: none"> • Fingia passar mal e isolava-se em casa • Esforçava-se ao máximo na escola para ter desempenho semelhante • Discorda das pessoas que a elogiam • Refugia-se na biblioteca • Conta para a mãe que vai a casa das amigas • Inicia um namoro • Discorda dos pais 	<ul style="list-style-type: none"> • Colegas fazem gozação na escola (Punição) • Evitava gozações dos colegas (Reforço negativo) • Evitava punição dos pais (Reforço Positivo) • Afastava-se das irmãs (Punição) • Segundo relato evita que as pessoas não a apoiem (Reforço negativo) • Evita brigas em casa (Reforço negativo) • Obtém boas notas (Reforço positivo) • Fica de castigo e passa a ter o horário controlado (Punição) • Obtém atenção e companhia (Reforço positivo) • Apanha do pai (Punição)
Contingências atuais		
<ul style="list-style-type: none"> • Situações de exposição público conhecido e/ou desconhecido • Não recusa pedidos abusivos (ambiente de trabalho, relacionamento afetivo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Não confia nas pessoas, evita contato • Procura pelas amigas com baixa frequência • Não fala sobre a vida pessoal com os pais • Fala em público com baixa frequência • Reage de maneira agressiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Evita traição (Reforço positivo) • Não incomoda ninguém com sua conversa (Reforço negativo) • Evita críticas (Reforço negativo) • Evita avaliação negativa (Reforço negativo) • As pessoas se afastam (Punição)

Os *déficits* e excessos dos participantes, assim como as reservas e objetivos comportamentais, de maneira sintética, são apresentados nas Tabelas 7 e 8, a seguir.

A Tabela 7 permite observar que os participantes apresentavam *déficits* e excessos tanto singulares quanto comuns. Considerando os três participantes, P1, P2, e P3, notam-se dificuldades em comum, entre elas três *déficits* (Dificuldade para iniciar conversação; Dificuldade para fazer crítica; Dificuldade para falar com público conhecido ou

desconhecido) e dois excessos (Preocupação intensa com a avaliação dos outros; Dificuldade para lidar com os próprios erros).

Outras dificuldades foram compartilhadas por mais de um participante: (a) entre P1 e P2 observa-se um *déficit* (Conversa com a família com baixa frequência); (b) entre P1 e P3 três *déficits* (Emite opinião com baixa frequência; Dificuldade diante de elogios; Dificuldade para estabelecer novas amizades) e um excesso (“Perfeccionismo” - acredita que nada do que faz é bom o suficiente); entre P2 e P3 um *déficit* (Evita expressar desagrado).

Tomando como referência a Tabela 8, observa-se que P1, P2 e P3 apresentavam reservas e objetivos particulares e comuns. Uma única reserva foi apontada por todos os três participantes: Participa de atividades de lazer. Possui algum autoconhecimento (descreve bem algumas contingências) foi identificado no repertório de P1 e de P3.

Quanto a objetivos, é possível apontar sete: Treinar habilidades sociais de comunicação, expressão de opiniões e sentimentos; Iniciar, manter e encerrar conversação com pessoas conhecidas e/ou desconhecidas; Falar em público; Descrever relações funcionais. Promover autoconhecimento e autoconfiança; Dar e Receber *feedback* positivo e negativo; Aprender a expressar sentimentos negativos/desagrado; Aprender a fazer críticas de maneira habilidosa). Os objetivos foram definidos pela pesquisadora, juntamente com os participantes, no final da entrevista inicial.

Também no caso de objetivos, notam-se aqueles indicados para mais de um participante: (a) para P1 e P2: Atentar para a topografia do comportamento – tom de voz, expressão de interesse na conversa, postura; (b) para P1 e P3: Aprender a receber elogios e/ou elogiar outras pessoas e (c) para P2 e P3: Expressar sentimento positivo.

Tabela 7 – Síntese dos *déficits* e excessos apresentados pelos participantes 1, 2 e 3, na entrevista semi-estruturada

Déficits		Excessos	
Emite opinião com baixa frequência	P1; P3	Preocupação intensa com a avaliação dos outros	P1; P2; P3
Difícilmente inicia conversação	P1; P2; P3	“Perfeccionismo” - acredita que nada do que faz é bom o suficiente	P1; P3
Participa pouco de conversação	P1	Dificuldade para lidar com os próprios erros	P1; P2; P3
Dificuldade diante de elogios	P1; P3	Aponta o erro dos outros quando é criticada	P2
Conversa com a família com baixa frequência	P1; P2	Faz-se de vítima diante de acusações	P2
Dificuldade para fazer críticas	P1; P2; P3	Faz brincadeiras com tom de crítica	P2
Dificuldade para estabelecer novas amizades	P1; P3	É agressiva quando contrariada ou quando se sente acuada	P3
Expressa sentimento com baixa frequência	P2		
Evita expressar desagrado	P2; P3		
Dificuldade para fazer trabalhos em grupo	P2		
Aceita pedidos abusivos para não desagradar	P2		
Dificuldade em nomear sentimentos	P2		
Difícilmente conversa com os amigos	P3		
Dificuldades para falar com público conhecido ou desconhecido	P1; P2; P3		
Dificuldade com contato físico – cumprimentos, abraços	P3		

Tabela 8 – Síntese das reservas e objetivos comportamentais apresentados pelos participantes 1, 2 e 3, na entrevista semi-estruturada

Reservas		Objetivos	
Apresenta boa comunicação com a terapeuta, expõe com lógica seus pensamentos	P1	Treinar habilidades sociais de comunicação, expressão de opiniões e sentimentos	P1; P2; P3
Apresenta boa comunicação com o pai	P1	Iniciar, manter e encerrar conversação com pessoas conhecidas e/ou desconhecidas	P1; P2; P3
Mantém comunicação com um grupo de amigos na faculdade, desde que iniciem interação	P1	Aprender a se expressar em grupo	P1
Possui algum autoconhecimento = descreve bem algumas contingências	P1; P3	Falar em público	P1; P2; P3
Participa de atividades de lazer	P1; P2; P3	Aprender a receber elogios e/ou elogiar outras pessoas	P1; P3
Reconhece que as dificuldades de interação com as outras pessoas estão relacionadas com a forma que se comporta – se expressa pouco	P2	Aprender a se expor mais as contingências sem tentar antever sempre a reação do outro	P1
Descreve adequadamente sua própria dificuldade em relação à comunicação e a administração do tempo em relação à faculdade e ao namoro	P2	Atentar para a topografia do comportamento – tom de voz, expressão de interesse na conversa, postura	P1; P2
Procura ajudar e ouvir aos amigos	P2	Descrever relações funcionais. Promover autoconhecimento e autoconfiança	P1; P2; P3
Observa suas interações e deseja melhorar	P2	Dar e Receber feedback positivo e negativo	P1; P2; P3
Tenta manter amizades antigas, mesmo utilizando redes sociais	P3	Aprender a expressar sentimentos negativo, desagrado	P1; P2; P3
		Ensinar a solicitar ajuda dos outros quando necessário	P1
		Aprender a fazer críticas de maneira habilidosa	P1; P2; P3
		Aprender a nomear sentimentos	P2
		Atentar para o conteúdo das brincadeiras, para que não soem como críticas	P2
		Aprender a expressar desagrado e a negar pedidos abusivos	P2
		Expressar sentimento positivo	P2; P3

A entrevista semi-estruturada também possibilitou verificar as variáveis históricas e as contingências atuais relacionadas à queixa dos participantes. Tais dados encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9 - Variáveis históricas e contingências atuais relacionadas à queixa dos participantes 1, 2 e 3, obtidas a partir da entrevista semi-estruturada

Variáveis Históricas	Contingências Atuais
Timidez dos pais	Déficits interpessoais
Déficits interpessoais	Ausência de modelos de comportamentos alternativos
Práticas educativas que envolvem muita exigência e comparação com irmão	Punição com retirada de atenção, para as tentativas de expressão
Modelagem do comportamento de timidez	Punição de tentativas de expressão, com agressividade
Punição de comportamento problema (com extinção outras respostas)	
Punição de tentativas de expressão	
Restrição de contato social	

De acordo com os dados apresentados na Tabela 9, o comportamento de habilidades sociais dos participantes 1, 2 e 3 é punido na atualidade, tal como foi no passado, bem como o ambiente familiar não propicia a expansão de repertório social e mantém o padrão de comportamento fóbico.

4.1.2 Exemplo da atuação da terapeuta junto aos participantes 1, 3 e 3, em diferentes sessões

A finalidade dessa seção é ilustrar a atuação da terapeuta com exemplos de interação e técnicas adotadas, selecionados de sessões e momentos distintos com os participantes.

As sessões foram gravadas e transcritas na íntegra. A atuação do participante e da terapeuta (ou co-terapeuta) no momento do exercício (ensaio comportamental, por exemplo) está descrita em formato itálico. A discussão sobre a atuação do participante no exercício e a relação com o cotidiano está em formato normal. A aplicação das técnicas está em destaque, em negrito, acompanhando a fala da terapeuta.

Os exemplos são diferentes para cada um dos participantes, demonstrando a flexibilidade do procedimento adotado diante das queixas particulares, porém, seguindo a estrutura padronizada dos temas propostos.

Para a participante 2 são apresentados dois exemplos, pois o seguinte descreve a atuação da terapeuta quando a participante admite que se esquivava das perguntas da terapeuta, por meio de respostas “furtivas” (adjetivo empregado por P2).

Participante 1 – Ensaio Comportamental

Queixa: P1 tem dificuldade de emitir opinião, principalmente quando é divergente e o assunto é polêmico.

A terapeuta (T) sugere o ensaio comportamental com objetivo de treinar repertório relacionado à solução da dificuldade de expressar e lidar com opiniões divergentes. P1 e co-terapeuta (Co-T) deveriam discutir um assunto e expressar opiniões divergentes. Optam pelo assunto “greve dos funcionários da universidade”, pois P1 comentou que estava um pouco alheio as notícias atuais.

Co-T: *Eu acho que os funcionários tem razão em fazer o que estão fazendo (greve) porque quando os professores entraram em greve, mesmo não tendo muito o que ganhar, mas como colaboradores, entraram também, parou tudo. Então, pensando no ambiente da universidade como um lugar que é possível ter companheirismo. Hoje eles estão aí, só pedindo ajuda das outras partes e a gente só está olhando.*

P1: *Assim, eu não concordo com tudo. Eu acho que se eles estão no movimento como esse, eles tem que ter um projeto, um plano, expor isso, para dar seriedade ao movimento. E, entre eles mesmo, eu vejo algumas coisas, tipo vejo alguns funcionários, participantes da greve, jogando sinuca (na faculdade). Bom, então eu acho que é mais em relação a apresentar uma proposta, fica muito no boca a boca, eu acho. O cara pega o megafone, vai lá, diz que a gente tem que se envolver, tem que correr atrás, mas e aí? E o projeto em cima disso? Por que mudar? Onde mudar? Mostrar qual setor está pior. Então eu acho que tem que ter um projeto mais consistente.*

Co-T: *Concordo com você que eles precisam ter um projeto, mas o problema é que quando eles vão apresentar a gente nem quer ver. Eles marcaram vários encontros no auditório para apresentar as propostas e ninguém apareceu. Eu também acho que tem que ser organizado porque senão não tem fundamento.*

P1: *E a movimentação desse pessoal? Vamos supor assim que enquanto eles estão ali, a gente aparece por lá, eles dão uma nota pra gente ‘tá vendo a greve? O que vocês acham de participar?’ Entregam alguma coisa pra mostrar pra gente como que tá, como que não tá e aí convidam a gente pra participar de uma reunião que eles irão fazer sobre isso. Porque uma pessoa falando pra você acaba sendo mais convincente do que uma folha no mural que*

muitas vezes você passa batido e não vê. Já a pessoa vai no boca a boca, te chama, convida. Não sei, é uma forma de divulgar.

Co-T: *Eu também acho que precisa ter uma organização nesse sentido, mostrar pra todos quais são as queixas e o que está sendo feito.*

T: O que vocês acharam da discussão? (**Avaliação**)

P1: Dificil porque eu também concordo com a greve, mas como eu precisava achar alguma coisa pra ir contra, eu tive que inverter, mas depois que eu achei ficou mais fácil para dar continuidade.

Co-T: É difícil formar uma única opinião sobre um assunto popular

T: P1, você se sentiu ofendido em algum momento? (**Avaliação, P1 dizia que temia emitir opinião e ofender ou ser ofendido. A regra “se eu emitir minha opinião estarei ofendendo a alguém ou correndo o risco de ser ofendido”, controlava o comportamento de P1 nessas situações e funcionava como estímulo aversivo, sinalizando punição**).

P1: Não, não me senti. E você (Co-T), se ofendeu?

Co-T: Não, não me ofendi.

T: Vocês foram muito habilidosos, não se exaltaram, mas foram enfáticos naquilo que acreditavam. Mantiveram contato visual, sorriram (**feedback positivo**). No início o P1 mordeu um pouco os lábios (**feedback negativo**), mas depois foi se soltando, sorrindo, demonstrando que estava a vontade na discussão (**feedback positivo**). P1, ao começar a expressar sua opinião você disse “eu não concordo...” e a co-t ouviu sua opinião. O que você acha que aconteceria se ela fosse uma funcionária participante da greve? (**Análise Funcional**).

P1: Ela iria se exaltar totalmente.

T: Exatamente e você iria perder a oportunidade de expor a sua idéia. De que outra maneira você poderia dizer isso? (**Início da Modelagem**)

P1: Confesso que estou um pouco desinformado, eu me informaria mais sobre a greve.

T: Certo. E nesse ponto especificamente, você disse ‘não concordo’, como você poderia fazer diferente? (**Modelagem**)

P1: Ah sim, acho que eu fui radical, mas como eu concordo em parte, eu poderia ter citado a parte que ela falou e eu concordava e ai falar dos pontos que eu não concordava nisso.

T: Exatamente, você emitiria sua opinião sem confrontar (**Modelagem**). Alguns inícios de frase que ajudam nesse casos são: Eu entendo que você está falando isso, mas por outro lado...

Uma outra questão que a gente pode pensar também é... (**Modelo**)

A T sugere novo ensaio comportamental e P1 propõe um assunto que discutiu com um colega que se posicionou contrário “P1 tenta achar um fato lógico para a existência de Deus e não apenas uma crença”.

P1: *O que eu penso é que se considerar a teoria do Big Bang como ponto de partida, ali todas as coisas estavam em conformidade, o amor era o amor total, a beleza era a beleza total. Tudo isso era uma coisa única. Quando ocorre a explosão, com a evolução, nós adquirimos parte disso, então nós não podemos reproduzir isso fielmente, então a gente, tecnicamente, tem que acreditar que tem uma essência maior e essa essência maior tem tudo dentro dela, então é por isso que eu acredito em um Deus que tem isso concentrado nele, o amor, a beleza e que só espalha isso, a gente tem isso espalhado, mas falando isso filosoficamente. Eu queria chegar a um ponto mais exato e tal. O que você acha disso? Pode ser, não pode?*

Co-T: *Eu achei muito linda essa articulação que você fez de estar tudo junto e depois espalhar e estar presente em partes, mas pensando em todo o avanço científico que a gente tá, o grau de conhecimento que a gente tem hoje, não sei se dá pra explicar dessa forma. Está tudo tão racional, tão explicado que dá a impressão de que a gente usava Deus para explicar alguma coisa que a gente não conhecia, mas que agora a gente conhece, então não tem porque ter.*

P1: *Entendo, mas você concorda comigo que se você é capaz de dominar condições de sentimento, se você domina os sentimentos totalmente você é capaz de criar ele, interpretar ele, racionalmente como se isso fosse um código (de programação), mas a gente não consegue. A gente não tem uma explicação para o amor, para a beleza, para a tristeza, são coisas obscuras, você não tem explicação total porque você não tem domínio e esse domínio que eu acredito que está em uma essencial maior, que seria Deus.*

Co-T: *Entendi. Pra mim também há lados obscuros ainda, mas que é só uma questão de tempo, como na Idade Média era obscuro uma máquina, um computador. São coisas que conforme o tempo, talvez, apareça explicações.*

P1: *Acredita que o ser humano vai achar uma explicação para isso?*

Co-T: *Isso*

P1: *Bom.*

T: *O que você achou P1? (Avaliação)*

P1: Achei legal a forma como ela expos. O meu colega discordou de mim também, só que não foi assim. “Não, imagina, não pode ser assim. Ele foi bem...”. Achei bem legal, foi a forma que eu esperava dele. Eu não consigo mudar a minha forma de pensar, mas eu respeitei a sua opinião, achei legal você ter falado isso da evolução.

Co-T: Eu achei legal que você não deixou de considerar a minha opinião. Achei legal o que você falou e eu acredito. Bom que você expressou a sua opinião porque eu nunca teria pensado numa teoria dessas (*feedback positivo*).

T: P1, o que você achou dessa habilidade? (**Avaliação**)

P1: O mais legal é quando a pessoa concorda, mas se ela discorda de uma forma habilidosa, de uma forma que não te ofenda, aí você acaba arranjando outro argumento e, mesmo que você não consiga convencer, você sai bem também.

T: Supondo que o outro te ofendesse, dissesse “Você está maluco, nem parece que está em uma universidade e conhece ciência” e você quisesse encerrar. Como poderia fazer sem ser grosseiro.

P1: Poderia dizer, tudo bem, eu achei que o papo até aqui foi bom, mas vamos ficar cada um com a sua concepção e eu acho que é isso.

T: Excelente. Considerou o outro sem precisar mudar de opinião. Não alterou o tom de voz, continuou olhando nos olhos (*feedback positivo*). Muito bem (**elogio**).

Participante 2 – Ensaio Comportamental

Queixa: P2 tem dificuldade de conversar com a colega de república, sem agredir, sobre os erros que a menina pede para ela não cometer e acaba cometendo.

A terapeuta (T) sugere o ensaio comportamental com objetivo de treinar repertório relacionado à solução da dificuldade de conversar sobre os erros sem agredir ao outro. P2 selecionou a seguinte situação: ao chegar em casa nota que a colega de república deixou louça suja na mesa, mas essa mesma colega chamou sua atenção por deixar louça suja na pia.

P2: *Ah, você tinha falado da louça, que não era pra deixar na pia porque atrapalha. Qual a diferença de deixar em cima da mesa as coisas sujas e não pia?*

Co-T: *Na pia, se eu quero fazer alguma coisa e ela está cheia de louça eu não tenho como fazer, já em cima da mesa não irá atrapalhar.*

P2: *Ah, mas como as coisas são relativas, e se eu quiser usar a mesa?*

Co-T: *Ah, mas você pode usar as outras partes da casa. Já a pia, se eu quiser fazer comida não tem como eu usar. Na mesa não deixa panela, não deixa prato, só coisas menores.*

P2: *Será? (Risos). Agora só está o farelo e a colher, mas tipo, você deixa o prato em cima da mesa, você deixa o copo, você deixa a margarina em cima da mesa.*

Co-T: *Mas é que eu estou com muita coisa pra fazer e não estou com tempo pra lavar e às vezes eu deixo, mas você também deixa, só que você deixa na pia.*

P2: *Sim, mas e se as coisas que eu usar eu deixar na mesa e não na pia?*

Co-T: *Você acha que é melhor deixar na mesa?*

P2: *Não, não acho melhor, mas você está falando uma coisa que eu faço, mas você também faz.*

Co-T: *Mas eu acho que não atrapalha tanto quanto na pia.*

P2: *Isso é muito relativo, você só tirou de um lugar e colocou no outro, a coisa é a mesma. Você fala de eu não lavar as coisas e a questão de usar, na nossa edícula só tem uma mesa, onde nós vamos estudar?*

Co-T: *Eu deixo as coisas no cantinho, não atrapalha toda a mesa.*

P2: *No cantinho (risos), não, eu já vi no meio da mesa.*

Co-T: *Mas você não pode empurrar na hora de usar? Depois eu tiro, depois eu lavo.*

P2: *Então, mas por que você não faz a mesma coisa quando eu deixo as coisas na pia (Risos)?*

Co-T: *Porque atrapalha mais na pia.*

P2: *Ah, mas isso é muito relativo. É isso, quando eu faço as coisas você fala, mas quando é você, você sempre dá um jeitinho pra amenizar.*

T: O que vocês acharam da conversa? (**Avaliação**)

P2: De início é complicado porque no dia a dia, se eu chegasse e visse as coisas dela e...assim, quando ela fosse falar das minhas coisas na pia, aí sim eu ia introduzir o assunto “ah, tá, mas qual a diferença de deixar em cima de um lugar ou do outro”, a Co-T foi insistente, soube argumentar e aí eu ia ver que a coisa não ia sair do lugar e “ah, tá bom sabe” e encerrar.

Co-T: Pensei nas formas que a menina agiria no caso da situação. A conversa a partir de um momento acabou girando em torno de um mesmo ponto, de deixar a louça na pia ou na mesa.

T: P2, encerrar a conversa resolveria o seu problema? (**Análise Funcional, P2 encerra a conversa quando não consegue expor o que a desagrada, por medo de ser punida pelo interlocutor**)

P2: Não, ia continuar a mesma coisa e eu não ia falar pra não dar confusão, mas ia ficar remoendo aquilo.

T: P2, qual é a consequência de não dizer nada? (**Análise Funcional**)

P2: É ficar na questão de falar que sou criticada, mas ela também faz a mesma coisa, “faz o que eu falo, mas não faz o que eu faço”. E toda vez que eu for falar vai ter aquela coisa de “ah, mas eu não sou perfeita”. Eu sei que não é, mas como criticar uma coisa em mim se você também faz?

T: Isso. Pensando no tema “conversa”, como você poderia falar com ela?

P2: No momento não me vem nada à mente.

A T propõe que P2 observe o ensaio no qual ela será P2 e a Co-t será a amiga. (**Modelação**)

T: *Oi, tudo bem?*

Co-T: *Tudo bom.*

T: *Eu precisava falar com você. Você comentou a respeito da louça que se deixar na pia pode vir bicho e eu concordei com você que fica fedido e pode vir bichos e mesmo muitas vezes eu estando com horário corrido, vindo do estágio, apertada para não perder o ônibus, eu dou um jeito de lavar a louça e não deixar lá porque eu também entendi que era importante, mas eu percebi que você tem deixado a louça na mesa.*

Co-T: *Mas o que eu deixo na mesa são coisas menores.*

T: *Realmente, mas são coisas que também estão sujas e que podem atrair bichos e a mesa é o único lugar que a gente tem para estudar, então eu gostaria que você pensasse um pouquinho nisso e não deixasse mais lá porque a hora que eu chego eu vou precisar tirar a louça e colocar na pia, para não me atrapalhar e aí eu estarei fazendo justamente o que você me pediu para não fazer, eu vou deixar louça suja na pia.*

Co-T: *Mas você continua deixando a louça na pia.*

T: *Não, eu estou lavando, eu falei pra você que tem momentos difíceis, mas eu lavo porque eu compreendi que você colocou que não é mais para deixar lá. Você lembra o dia que eu deixei na pia?*

Co-T: *Não lembro.*

T: *Bom, eu vou prestar mais atenção pra não deixar e eu gostaria que você também prestasse atenção e não deixasse mais lá porque está me incomodando e aí a gente já resolve isso também de ficar chateando.*

Co-T: *Tá bom, vou tentar.*

T: *Obrigada.*

P2: Parabéns P2 (risos). Bom, vi a questão do cumprimento ao invés de chegar e “ah, mas o que é isso?”; o tom de voz, momento algum você alterou, aí não soa como uma crítica ofensiva; a questão da mudança de atitude, de falar que está fazendo ao invés de apontar que outro dia a pessoa fez; perguntar sobre o dia para fazer a pessoa refletir sobre o que está falando, para não falar apenas como uma defesa; estar justificando “eu estou fazendo porque eu entendi o que você disse, entendi a importância e pelo mesmo motivo eu também gostaria que você não fizesse mais isso”.

T: E o que você acha disso? (**Avaliação?**)

P2: Importante, sobretudo o modo como você diz as coisas porque foi a mesma coisa, mas o modo como eu falei foi mais agressivo e aí já deixa a outra pessoa desconfiada, com raiva.

T: Exatamente. Como a habilidade de comunicação poderia contribuir nessa situação?

P2: Ajudaria para não fazer perguntas tendenciosas.

T: Isso, e como nos sentimos ao receber esse tipo de pergunta? (**Análise Funcional**)

P2: Sente que a pessoa está sendo irônica, fazendo uma indireta. Às vezes a pessoa fica mais “p. da vida” com a pergunta, fica com raiva, vai se sentir cutucada e, mesmo que não esteja sendo direta, você acaba provocando.

T: Qual a consequência para a relação? (**Análise Funcional**)

P2: É a desconfiança, a outra pessoa vai ficar “com o pé atrás” em relação à pergunta e aí a conversa pode ser remetida a uma coisa que você nem tinha imaginado e depois vai ter que explicar a outra pessoa “Não, mas eu não pensei isso”.

T: É isso mesmo, nessas situações geralmente nem se ouve a pergunta, porque enquanto a pessoa está fazendo a pergunta, a outra já está pensando em uma resposta a altura, não resolve o problema e dificulta a interação. Você conseguiria agir da maneira que me descreveu?

P2: Ir até o fim eu não sei, bom, mas talvez o modo como eu falo contribua para que a pessoa fique mais irritada, não tendo o diálogo e eu acabo encerrando. É isso mesmo, é preciso manter a calma e expor assim, é importante a mudança de atitude.

T: Muito bem (**Elogio**).

A T propõe fazer novamente e instrui P2 a pensar em outros argumentos.

P2: *Oi, tudo bem?*

Co-T: *Tudo e com você?*

P2: *Tudo. Você lembra que tinha falado outro dia a questão da louça na pia, de tá lavando...então, eu tive pensando e acho que você está certa pelo fato que junta bicho, essas coisas e eu to tentando lavar sempre que eu posso, mesmo na correria, tal, só que eu tava vendo que às vezes a louça que você usa fica lá na mesa e pode atrapalhar, às vezes atrapalha quando eu quero estudar, preciso ficar tirando as coisas, guardando. Teria como você também tá lavando?*

Co-T: *Tá, eu to tentando também. Tem dias que eu consigo, tem dias que tem mais coisa pra fazer, eu chego mais cansada em casa e eu também deixo porque você muitas vezes também deixa.*

P2: *Entendi.*

P2, ficou um pouco perdida, olhou para a T e essa disse “*ah, entendi, pra mim também está um pouco corrido, mas também estou tentando*” (**Modelação**). P2 voltou a olhar para a Co-T e continuou.

P2: *Ah, entendi, pra mim também está um pouco corrido, mas também estou tentando. E, às vezes, quando você deixa as coisas em cima da mesa, eu lavo, eu não me importo de estar lavando.*

Co-T: *Sim, eu deixo pra lavar quando chegar em casa. Daí eu também to tentando, mas nem sempre eu consigo.*

P2: *Certo, eu estou me esforçando pra poder lavar, então se você puder também se esforçar, evitando deixar.*

Co-T: *Tá bom, eu também vou me esforçar e tentar lavar com mais frequência do que eu estou lavando agora.*

P2: *Então tá bom, obrigada.*

T: Muito bem P2. (**Elogio**) Como você se sentiu? (**Avaliação**)

P2: Uma certa dificuldade por causa daquela coisa de ser agressiva, de pensar “você pode, só eu não posso”. Eu não fico com isso de cada um lava a sua. Se eu estou com tempo, eu pego e lavo, mas o que me incomoda é falar de mim e fazer a mesma coisa, acho que no sentido de estar conversando mesmo e não atacar.

T: Isso, você não deixou de demonstrar a ela “está falando de mim, mas está fazendo a mesma coisa”, mas de outra maneira, conversando, dizendo que ela te fez um pedido, que você entendeu, considerou importante e por isso você também gostaria que ela fizesse. Essa dificuldade que você disse, ela existe mesmo porque é a primeira vez, mas essa dificuldade diminuirá com o tempo, conforme você for fazendo. **Feedback positivo**. Parabéns (**Elogio**).

T: Como você é para você falar assim? (**Avaliação**)

P2: Senti dificuldade em procurar outros meios para falar, para evitar o conflito e acabar caindo na conversa que a gente teve antes. Eu sei que se eu falar daquele modo eu vou ta girando em torno da mesma coisa e não vai sair do lugar. Eu não vou conseguir falar o que eu quero e nem vou tentar fazer com que a pessoa mude e perceba que ela está errada.

T: Parabéns, é isso mesmo, você se saiu muito bem (**Elogio**).

Participante 2 – Esclarecimento

T solicita informações ou esclarecimento a respeito de eventos relatados (ZAMIGNANI, 2007)

T: Li a sua avaliação do encontro passado e vi que você avaliou o seu desempenho como regular porque as suas respostas foram um pouco furtivas. Gostaria que você falasse um pouco sobre isso.

P2: Qual foi o adjetivo que eu usei?

T: Furtivas.

P2: Hum. Bom, foi meio assim...sei lá acho que eu estava meio cansada então eu respondia meio que não respondendo esse último encontro, eu não queria interagir muito, mais por isso que eu falei que foi regular e tal porque a intenção aqui é comunicar, se expressar, e eu não fui tão comunicativa e que foi um pouco intencional, sabe? Eu não queria conversar muito.

T: Tem algo te desagradando aqui?

P2: Não, não é aqui, acho que é a pressão mesmo do TCC, daí deu uma desestabilizada e em situações assim eu fico mais quieta, mais por isso, não é específico daqui, mas pelo contexto do qual me encontro.

T: É importante saber, porque eu sai daqui bastante preocupada, até comentei com a Co-t “acho que eu não estou sabendo ajudar P2 da maneira que eu gostaria. Me parece que ela não está gostando muito de estar nos atendimentos. E também fiquei bastante preocupada se é alguma coisa da minha postura que você pode não estar gostando ou você está um pouco receosa de confiar.

P2: Não, não é nada, é a questão do contexto mesmo, meio que respirando, transpirando TCC, por isso. Eu tinha saído da supervisão com a orientadora e daí pensei “nossa, tem um monte de coisas que ela falou para fazer, fiquei preocupada, é mais cansaço psicológico.

T: Entendi. Fiquei me questionando também se esse jeito que você está interagindo aqui, você também está fazendo lá fora e aí, como está a sua relação com as pessoas. Aqui é o lugar onde você pode e deve dizer tudo o que quer e gosta. Nós somos suas terapeutas e estamos aqui para te acolher sem nenhum julgamento. Como está lá fora? Como está a sua relação com as pessoas lá fora?

P2: Como está meu relacionamento lá fora? (Risos). Bom, tá tranquilo, assim, digamos... tá tranquilo. Claro que às vezes eu estou estressada, cansada por causa da questão do TCC e do dia ser corrido, cansa bastante, mas que estou conseguindo lidar com os conflitos com as pessoas. Meu namorado está entendendo esse momento de TCC na minha vida, às vezes quando a gente se vê de final de semana eu estou só o “pozinho”, mas ele está sendo compreensivo. Os momentos mais críticos seriam quando eu estou muito cansada mesmo, eu fico mais quieta, na questão de não querer responder de acordo, de querer ficar mais na minha. Mas também, eu tenho ponderado a questão dos comportamentos passivos, assim, de tá vendo a minha fala, de tá refazendo ela, quando vou escrever um e-mail penso “hum, muda, seja direta”. Tenho conseguindo expressar mais os sentimentos (negativos), entender que quando uma pessoa fala algo para mim é direito dela falar e, se é alguma coisa que me incomodou e eu não falei antes, eu é que não exerci um direito meu de estar falando. É isso, você está ajudando bastante sim.

T: Fico feliz que esteja ajudando. Eu estava preocupada com o fato de você estar quietinha, pensei que poderia ser algo que você não estava gostando ou confiando e a base de uma boa terapia é o relacionamento e a confiança. É muito melhor quando você fala, não se preocupe com respostas certas ou erradas. É bom saber as coisas que você fala, porque só assim nós temos acesso às suas coisas e para poder te ajudar.

Participante 3 – Treino da habilidade de agradecer e elogiar

Queixa: P3 tem dificuldade de aceitar elogio e expressão de sentimento positivo, entende como bajulação e reage de maneira grosseira.

Como P3 não se engaja em ensaio comportamental, a T propõe que ela pense em alguém e escreva uma mensagem expressando sentimento positivo e se compromete em fazer o mesmo.

P3: *Eu tenho vergonha.*

T: *É normal, todo mundo tem, mas você consegue. Também escreverei.*

P3: *Bom saber que não estou sozinha nessa.*

T: Como foi escrever? (**Avaliação**)

P3: Foi bom. Escrevi para a Ta, minha amiga.

T: Você pode ler?

P3: Ah, eu começo? Você pode começar?

T: Tudo bem. Eu escrevi para você. Fiquei muito feliz porque hoje você autorizou gravar a sessão, então queria demonstrar isso e escrevi: *“Fiquei muito feliz pela oportunidade de te conhecer e ser merecedora da sua confiança. Aguardo com carinho o dia do nosso atendimento e o preparo da melhor maneira para que você se sinta cada vez melhor. Obrigada por ter aceitado o convite. Juliana”*

P3: Nossa, que tudo. Sabe, chegou segunda-feira a noite e eu fiquei em casa assim amuada, pensando “ah, vai chegar 19h e ai, preciso arrumar alguma coisa pra fazer, cadê aquela sessão animada”. (OBS:Nessa semana houve feriado e a sessão mudou de segunda para quarta-feira)

T: Que bom que você está gostando. Fico feliz. Você pode ler o seu?

Ta,

Queria dizer a grande amiga que tem sido esses anos todos, sempre me ajudando na faculdade em momentos de emergência, compreendendo minhas ausências por conta do TFG. As incríveis festas de ano novo com a sua família, que sempre me recebeu como parte dela e a sua mãe sempre me tratou como uma filha.

Amiga que sempre lembra dos outros nas horas boas e ruins e é generosa sempre tentando ajudar, perdoa muito os meus erros, comemorou muito os meus acertos, dividiu suas alegrias com todos, sempre se comportou da maneira como é, mesmo não nos compreendendo às vezes.

T: Muito bem (**Elogio**). Como foi para você se expressar? (**Avaliação**)

P3: É como se eu tivesse expressando gratidão. Acho que gratidão é um sentimento muito ausente no ser humano.

T: E isso é bom, aproxima as pessoas. Como você acha que ela agradecerá?

P3: Fofa, adorei, penso a mesma coisa de você.

T: O que você acha da habilidade de agradecer?

P3: Necessária e importante.

T: Você encontra alguma dificuldade?

P3: Às vezes dá vergonha. É que pra fazer isso você precisa se desarmar e quando a gente se desarma, se expõe, expõe a alma da gente e se torna vulnerável e as pessoas sentem desconfortáveis quando estão vulneráveis. Porque o fato de você se colocar vulnerável, de uma certa forma permite que você dê ao outro o poder de te machucar ou te fazer um carinho. Eu acho que é isso.

A T propõe praticar a habilidade de agradecer e P3 imediatamente se prontifica a começar

P3: *Eu que tenho que agradecer porque é você quem está me ajudando a fazer as mudanças que eu queria, está me ajudando a ser uma pessoa melhor porque a minha vida estava enterrada e eu venho buscando ajuda há tanto tempo e de repente surgiu assim, a Ju, e está conseguindo me ajudar a vislumbrar um futuro mais feliz e bacana para a minha vida.*

T: *E você mudou muito e em pouco tempo, hoje estamos no quinto encontro. No primeiro encontro eu te elogiei e você me perguntou se eu estava te bajulando. Então foi mais um progresso porque hoje você aceita elogio, aceita receber sentimento positivo. Para conseguir agradecer algo, é preciso aceitar e compreender como verdadeiro. Obrigada, fico muito feliz pelo retorno. (**Feedback Positivo**)*

P3: *Obrigada.*

T: Como que se sentiu ao agradecer? (**Avaliação**)

P3: Bem, é como se a vida se tornasse mais leve. Dá paz.

T: P3, você se desarmou ao expressar sentimento e agradecer. Encontrou alguma dificuldade?

P3: Um pouquinho, mas a gente sabe que é gratificante. A gente está acostumada a ser tão dura e direta no dia-a-dia e pra isso precisa ter mais sensibilidade, então eu levo um certo tempo pra deixar o capitão caverna que existe do lado de fora e encontrar um pouco de humanidade dentro da minha caverna.

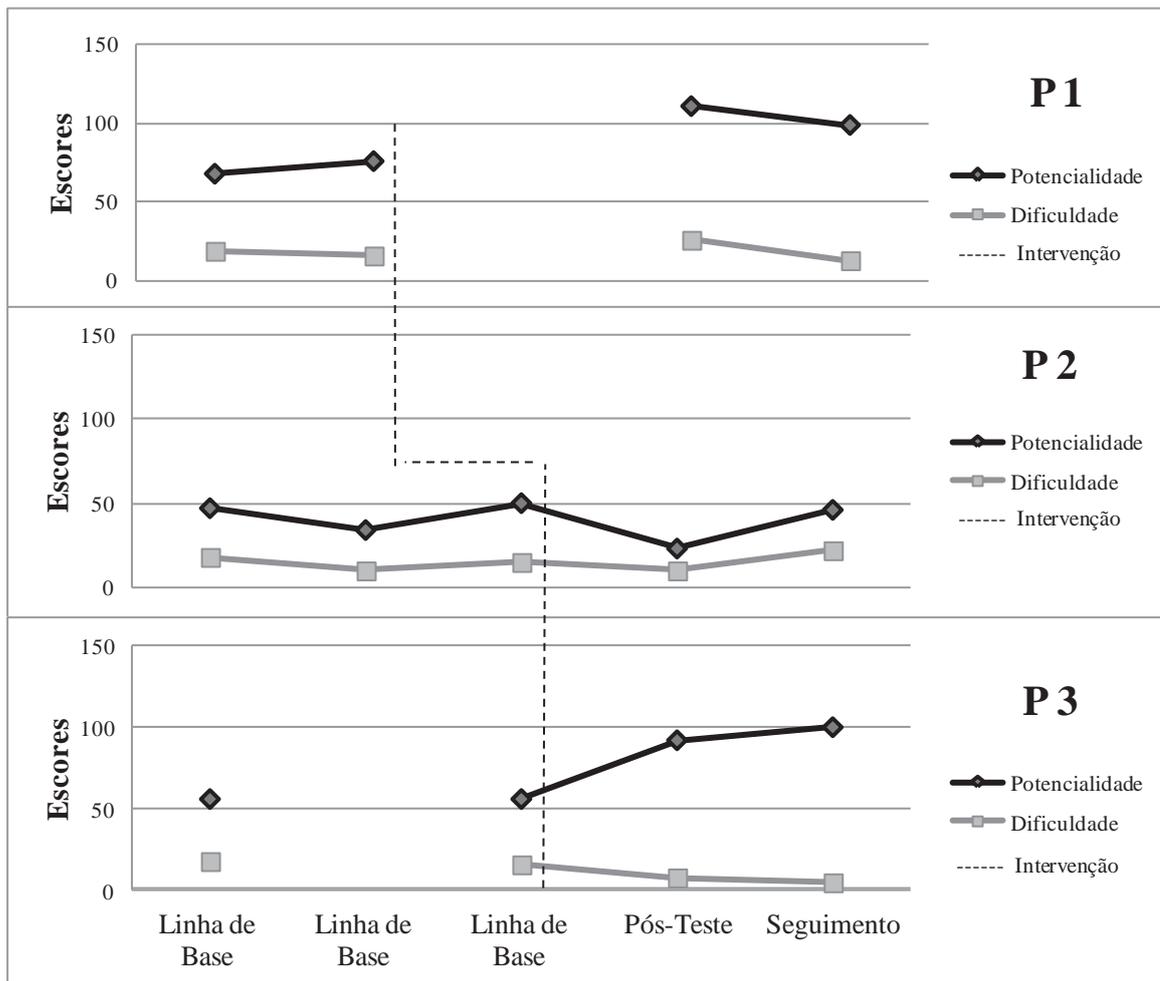
T: E você está conseguindo, aceitou a minha demonstração de carinho por você, agradeceu e escreveu expressando para a sua amiga (**Feedback Positivo**). Você conseguia entregar?

P3: Acredito que sim.

4.1.3 Resultados obtidos com a aplicação do Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários (Q-ACC-VU)

Os valores obtidos pelos participantes 1, 2 e 3 durante o estudo, medidos pelas categorias Potencialidade e Dificuldade do Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários (Q-ACC-VU), nas avaliações pré e pós-teste estão apresentados na Figura 1, em gráficos individuais.

Figura 1 - Medidas de Potencialidade (linha escura) e Dificuldade (linha clara) dos participantes 1, 2 e 3, mensuradas pelo Q-ACC-VU nas avaliações pré (Linha de Base) e pós-teste (Pós-Teste e Seguimento)



Nas avaliações antes da intervenção, os participantes 1 e 3 apresentaram pouca variação nos escores, sinalizando manutenção das medidas de Potencialidade e Dificuldade. Após a intervenção, realizada em momentos diferentes para P1 em relação a P2 e P3, e, concomitantemente para P2 e P3, as medidas de Potencialidade (linha escura) aumentaram

substancialmente para os participantes 1 e 3 (de 68 para 111 – P1; de 56 para 92 – P3). Na medida de seguimento, o efeito se manteve para P3, com aumento no escore (de 92 para 100), porém se manteve em parte para P1, o qual apresentou redução em sua Potencialidade (de 111 para 99), mas ainda assim com valor superior à linha de base.

O escore para Dificuldade (linha clara), na medida pós-teste, apresentou aumento para P1 (19 para 26) e, em seguimento, redução (26 para 13). Para P3, a medida de Dificuldade reduziu substancialmente na avaliação pós-teste (18 para 8) e o escore se manteve, em seguimento, com redução (de 8 para 5).

A participante 2, apresentou desempenho estável nas medidas de linha de base, sempre com escore abaixo de 50 para as Potencialidades relatadas e abaixo de 25 para as Dificuldades relatadas. Após-intervenção, P2 apresentou um resultado inusitado, pois reduziu os escores de Potencialidade (de 47 para 23) o que era não condizente com os objetivos estabelecidos pela intervenção proposta, embora tenha reduzido seu escore de Dificuldade (de 18 para 10), o que correspondia com os objetivos estabelecidos pelo programa. Na avaliação de seguimento, os escores de P2 retornaram ao nível de linha de base, tanto para Potencialidade (46), como para Dificuldade (22). Os dados de P2 são comentados de forma mais detalhada posteriormente considerando-se possíveis relações de controle que talvez tenham sido estabelecidas por sessões específicas do programa de Treinamento em Habilidades Sociais.

Os participantes foram classificados, em suas Potencialidades e Dificuldades, em Clínicos e Não-Clínicos, tendo como base os valores de referência proposto pelo Q-ACC-VU (descritos em instrumentos). Na categoria Potencialidade, em todas as medidas, P1 e P3 obtiveram a classificação como Não-Clínicos; P2 foi classificada como Não-Clínica nas avaliações de linha de base 1, linha de base 3 e na avaliação de seguimento. Nas demais avaliações, P2 recebeu a classificação Clínica. Em Dificuldade, P1 e P2 foram classificados como Clínico, em todas as fases do delineamento. Já P3 manteve o escore Clínico para Dificuldade, em linha de base e pós-teste, mudando essa condição para Não-Clínico na avaliação de seguimento, como pode ser observado na Tabela 10.

Tabela 10 - Classificação das medidas de Potencialidades e Dificuldades, dos participantes 1, 2 e 3, em Clínicos e Não-Clínicos, de acordo com o valor de referência proposto pelo Q-ACC-VU

Participante	Avaliação	Potencialidade	Classificação	Dificuldade	Classificação
1	LB1	68	Não-Clínico	19	Clínico
	LB2	76	Não-Clínico	16	Clínico
	Pós-Teste	111	Não-Clínico	26	Clínico
	Seguimento	99	Não Clínico	13	Clínico
2	LB1	47	Não-Clínico	18	Clínico
	LB2	34	Clínico	10	Clínico
	LB 3	50	Não-Clínico	15	Clínico
	Pós-Teste	23	Clínico	10	Clínico
	Seguimento	46	Não Clínico	22	Clínico
3	LB1	56	Não-Clínico	18	Clínico
	LB2	56	Não-Clínico	16	Clínico
	Pós-Teste	92	Não-Clínico	8	Clínico
	Seguimento	100	Não-Clínico	5	Não-Clínico

LB = Linha de Base

Os valores obtidos pelos participantes 1, 2 e 3, medidos em todas as categorias do Q-ACC-VU, estão apresentados nas Figuras 2, 3 e 4, respectivamente, contemplando todas as medidas de avaliação. As categorias avaliadas são apresentadas seguindo a sequência: Expressão de Sentimento, Opinião, Críticas, Falar em Público, Total Contexto, Total Comportamento Habilidoso, Total Comportamento Não-Habilidoso, Total Consequência Positiva, Total Consequência Negativa, Total Potencialidade e Total Dificuldade. A linha tracejada no gráfico indica o momento que ocorreu a intervenção.

Observa-se pela Figura 2 e 4, que os participantes 1 e 3 mantiveram estabilidade durante as avaliações de linha de base e apresentaram maiores medidas após a intervenção. Esse aumento se manteve na avaliação de seguimento, realizada quatro meses após a finalização da intervenção. P1 e P3 apresentaram escores maiores, após a intervenção e em seguimento, para as categorias Críticas, Falar em Público, Contexto, Comportamento Habilidoso e Consequência Positiva. Nas categorias Expressão de Sentimento e Opinião, P3 manteve as medidas de linha de base, em todas as avaliações. P1 manteve o escore de linha de base na categoria Opinião e apresentou redução do escore em Expressão de Sentimento na avaliação pós-intervenção e essa medida se manteve em seguimento. Houve redução nas categorias Comportamento Não-Habilidoso e Consequência Negativa. Essa redução ocorreu para P3 na avaliação pós-intervenção e em seguimento. Para P1, na avaliação pós-intervenção, os escores foram maiores, reduzindo em seguimento.

O desempenho de P2 apresentou maiores medidas, na avaliação pós-intervenção e em seguimento, na categoria Contexto, como pode ser observado na Figura 4. Na categoria Falar em Público, P2 manteve os escores de linha de base em todas as avaliações. Na avaliação pós-intervenção, houve redução nas categorias Consequência Positiva, Comportamento Não-Habilidoso e Consequência negativa, contudo, em seguimento, essas medidas apresentaram aumento superior aos escores obtidos em linha de base. As categorias Expressão de Sentimento, Críticas e Comportamento Habilidoso, sofreram redução na avaliação pós-intervenção e melhoraram na avaliação de seguimento, todavia o escore se manteve inferior a medida de linha de base. Houve redução pós-intervenção e em seguimento, para a categoria Opinião.

Os escores obtidos pelos participantes 1, 2 e 3, considerando os diferentes interlocutores propostos pelo Q-ACC-VU, estão apresentados na Tabela 11, contemplando todas as medidas de avaliação. Os interlocutores são: pai, mãe, irmão, amigos e colega de república. Para cada um dos interlocutores foram avaliadas as medidas das categorias: Frequência (expressão de sentimento, opinião e críticas), Contexto, Comportamento Habilidoso, Comportamento Não-Habilidoso, Consequência Positiva e Consequência Negativa.

Os ganhos mais expressivos por P1, P2 e P3 na análise dos interlocutores são os obtidos na Categoria Consequência Positiva. P1 melhorou o escore obtido em Consequência Positiva, diante de todos os interlocutores, com destaque para o pai, amigos e colega de república. Com esses mesmos interlocutores, P1 ampliou os escores de Contexto, também sendo expressivo o escore de Comportamento habilidoso, para os amigos. P2 também demonstrou melhora em Consequência Positiva com todos os interlocutores, sobretudo com a mãe e colegas de república. Na mesma linha, a participante 3, sobressaiu em Consequência Positiva diante da mãe e amigos e com esses mesmos interlocutores apresentou redução da Consequência Negativa e Comportamento Não Habilidoso com os amigos. Nas avaliações pós-intervenção P3 deixou de morar sozinha e passou a morar em república, por isso que os dados desses interlocutores não existiam nas avaliações de linha de base e passaram existir nas medidas de pós-teste e seguimento.

Figura 2 - Valores obtidos pelo participante 1 nas Categorias avaliadas pelo Q-ACC-VU, em todas as medidas de avaliação.

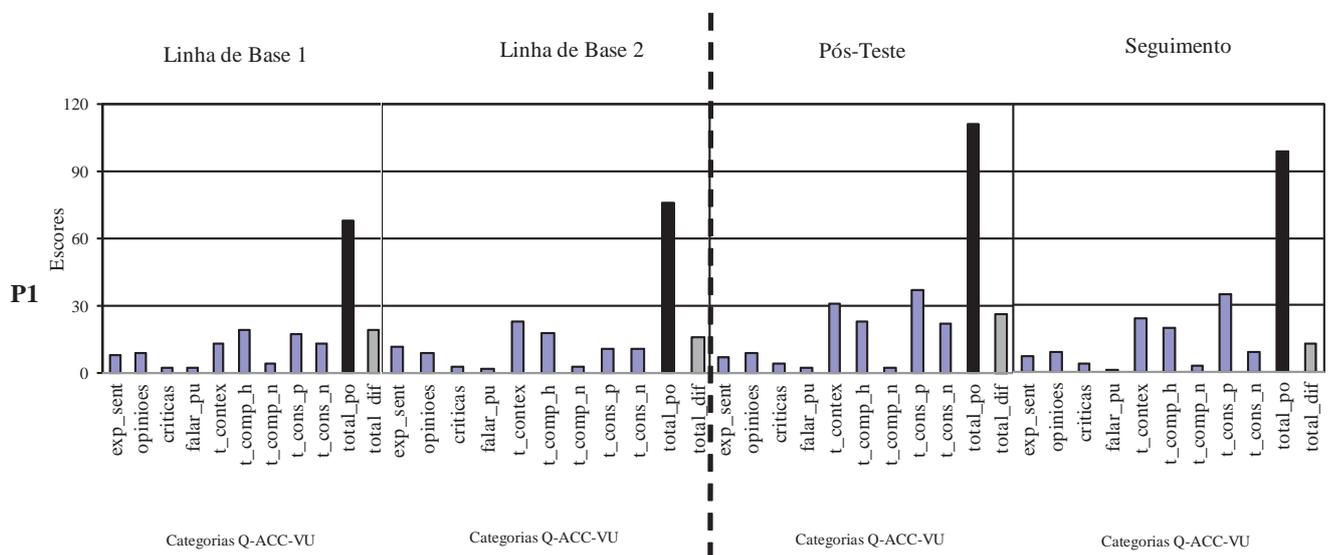


Figura 3 - Valores obtidos pela participante 2 nas Categorias avaliadas pelo Q-ACC-VU, em todas as medidas de avaliação.

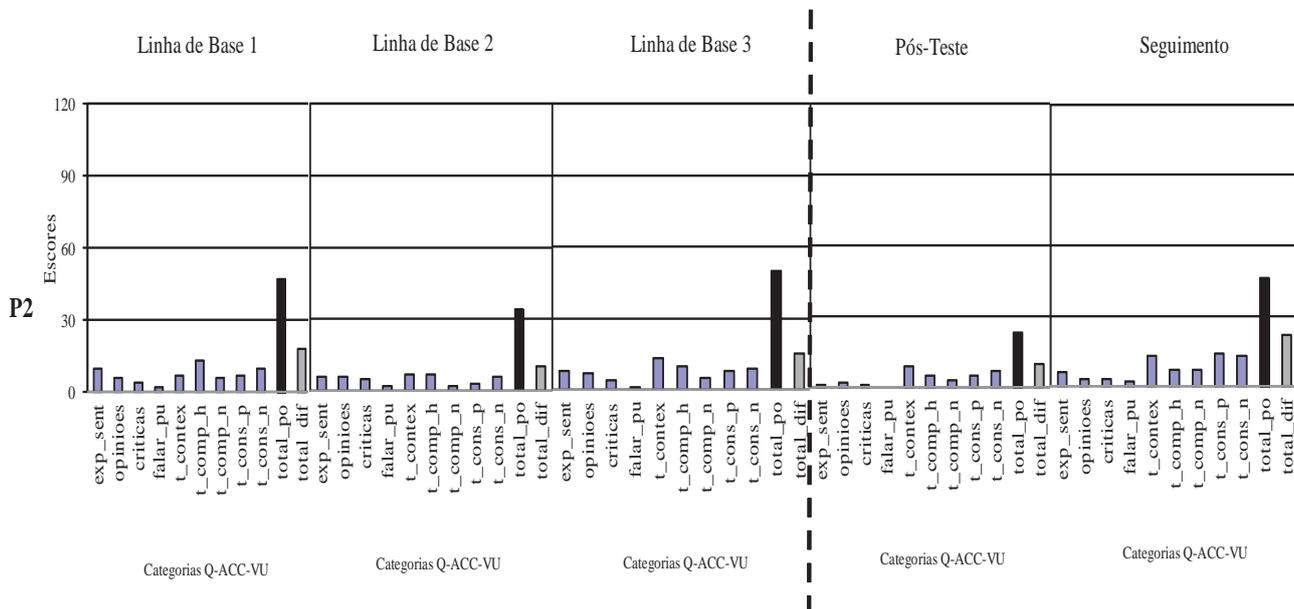
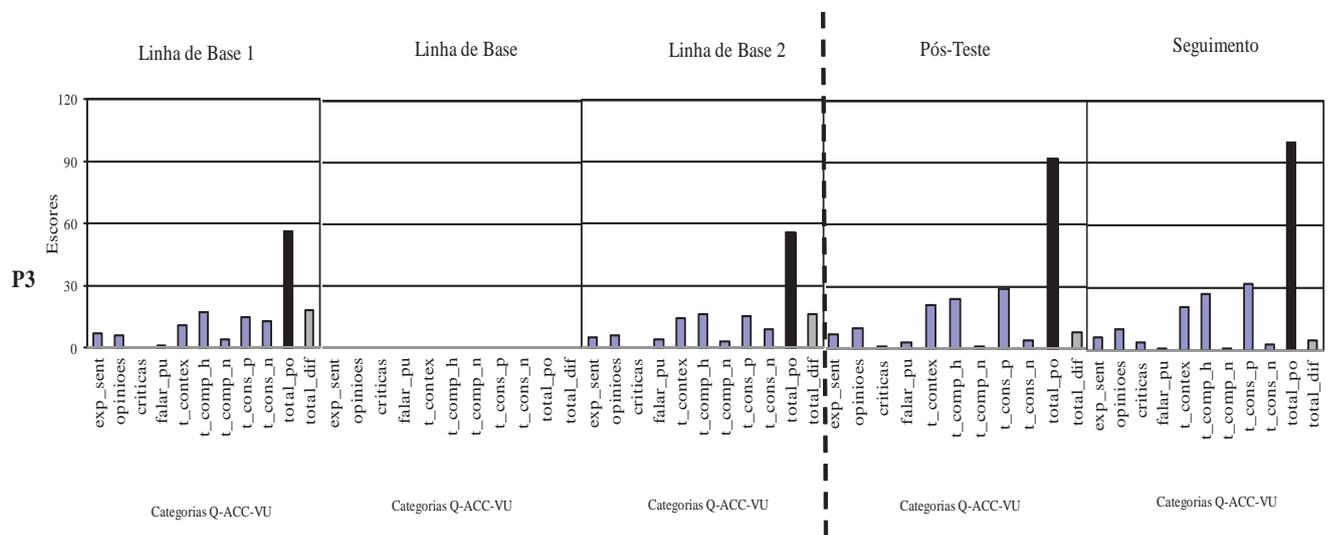


Figura 4 - Valores obtidos pela participante 3 nas Categorias avaliadas pelo Q-ACC-VU, em todas as medidas de avaliação.



Considerando os resultados de produto obtidos com o instrumento Q-ACC-VC, o efeito positivo da intervenção foi observado nos dados dos participantes 1 e 3, os quais demonstraram melhoras nos escores de Potencialidade (linha escura – Figura 1) somente após a etapa de intervenção. Em seguimento, a melhora se manteve integralmente por P3 e parcialmente por P1. Esses participantes apresentaram Potencialidade Não-Clínica desde as avaliações de linha de base. Já o resultado da participante 2 não correspondeu a hipótese do estudo, pois reduziu os escores de Potencialidade após a intervenção.

Nas medidas das categorias, após a intervenção e em seguimento, as mudanças mais expressivas observadas nos dados de P1 e P3, foram em Críticas, Falar em Público, Contexto, Comportamento Habilidoso e Consequência Positiva; e, para P2, foi em Contexto. Os dados obtidos com a análise das categorias do Q-ACC-UV por interlocutor também demonstraram que os participantes passaram a obter mais Consequência Positiva nas avaliações depois da intervenção.

Os ganhos mais expressivos por P1, P2 e P3 na análise dos interlocutores são os obtidos na Categoria Consequência Positiva. P1 melhorou o escore obtido em Consequência Positiva, diante de todos os interlocutores, com destaque para o pai, amigos e colega de república. Com esses mesmos interlocutores, P1 ampliou os escores de Contexto, também sendo expressivo o escore de Comportamento habilidoso, para os amigos. P2 também demonstrou melhora em Consequência Positiva com todos os interlocutores, sobretudo com a mãe e colegas de república. Na mesma linha, a participante 3, sobressaiu em Consequência Positiva diante da mãe e amigos e com esses mesmos interlocutores apresentou redução da Consequência Negativa e Comportamento Não Habilidoso com os amigos. Nas avaliações pós-intervenção P3 deixou de morar sozinha e passou a morar em república, por isso que os dados desses interlocutores não existiam nas avaliações de linha de base e passaram existir nas medidas de pós-teste e seguimento.

Considerando os resultados de produto obtidos com o instrumento Q-ACC-VC, o efeito positivo da intervenção foi observado nos dados dos participantes 1 e 3, os quais demonstraram melhoras nos escores de Potencialidade (linha escura – Figura 1) somente após a etapa de intervenção. Em seguimento, a melhora se manteve integralmente por P3 e parcialmente por P1. Esses participantes apresentaram Potencialidade Não-Clínica desde as avaliações de linha de base. Já o resultado da participante 2 não correspondeu à hipótese do estudo, pois reduziu os escores de Potencialidade após a intervenção.

Tabela 11 – Escores obtidos pelos participantes 1, 2 e 3, considerando os diferentes interlocutores propostos pelo Q-ACC-VU, em todas as avaliações

Interlocutores	Avaliações	Freq		Comp	Comp	Cons	Cons	Freq		Comp	Comp	Cons	Cons	Freq		Comp	Comp	Cons	Cons	
		H	NH	H	NH	P	N	H	NH	P	N	H	NH	P	N	H	NH	P	N	
P1	Pai	LB 1	4	2	4	0	3	0	4	0	3	1	0	0	3	1	3	1	5	0
		LB 2	5	2	5	1	2	2	4	1	1	0	0	0	4	2	5	0	5	0
		LB 3							4	0	1	1	0	0						
		Pós-Teste Seguimento	4	4	5	0	9	0	0	1	1	1	1	0	4	3	5	0	6	0
	Mãe	LB 1	4	1	3	0	0	3	5	0	3	1	0	4	5	2	2	1	2	4
		LB 2	5	3	5	1	1	3	4	1	1	0	0	1	4	2	4	0	2	1
		LB 3							4	0	2	0	1	2						
		Pós-Teste Seguimento	5	4	4	0	2	6	0	0	1	0	0	1	4	2	5	0	5	0
	Irmão	LB 1	2	2	1	0	2	0	3	1	0	1	0	2	1	2	1	0	1	2
		LB 2	2	3	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	3	0
		LB 3							P2	2	2	0	1	0	P3	1	0	1		
		Pós-Teste Seguimento	2	3	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	5	0
Amigos	LB 1	5	3	5	1	6	3	6	3	4	1	3	2	4	5	9	1	5	4	
	LB 2	6	9	4	1	5	2	4	2	4	0	2	1	1	5	3	1	1	3	
	LB 3							5	4	4	1	3	3							
	Pós-Teste Seguimento	5	10	7	0	10	3	2	2	2	0	2	1	4	4	7	0	6	0	
Colega de República	LB 1	4	5	4	0	2	2	2	3	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
	LB 2	6	6	3	0	1	4	4	3	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0	
	LB 3							4	7	2	0	1	3							
	Pós-Teste Seguimento	4	10	4	0	7	8	2	4	2	1	1	2	4	8	1	1	2	2	
	Seguimento	4	8	4	0	5	1	4	3	3	1	3	2	3	4	4	0	6	0	

Freq = Frequência Cont = Contexto Comp H = Comportamento Habilidoso Comp NH = Comportamento Não Habilidoso Cons P = Consequência Positiva Cons N = Consequência Negativa

Nas medidas das categorias, após a intervenção e em seguimento, as mudanças mais expressivas observadas nos dados de P1 e P3, foram em Críticas, Falar em Público, Contexto, Comportamento Habilidoso e Consequência Positiva; e, para P2, foi em Contexto. Os dados obtidos com a análise das categorias do Q-ACC-UV por interlocutor também demonstraram que os participantes passaram a obter mais Consequência Positiva nas avaliações depois da intervenção.

4.1.4 Resultados obtidos com a aplicação do Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)

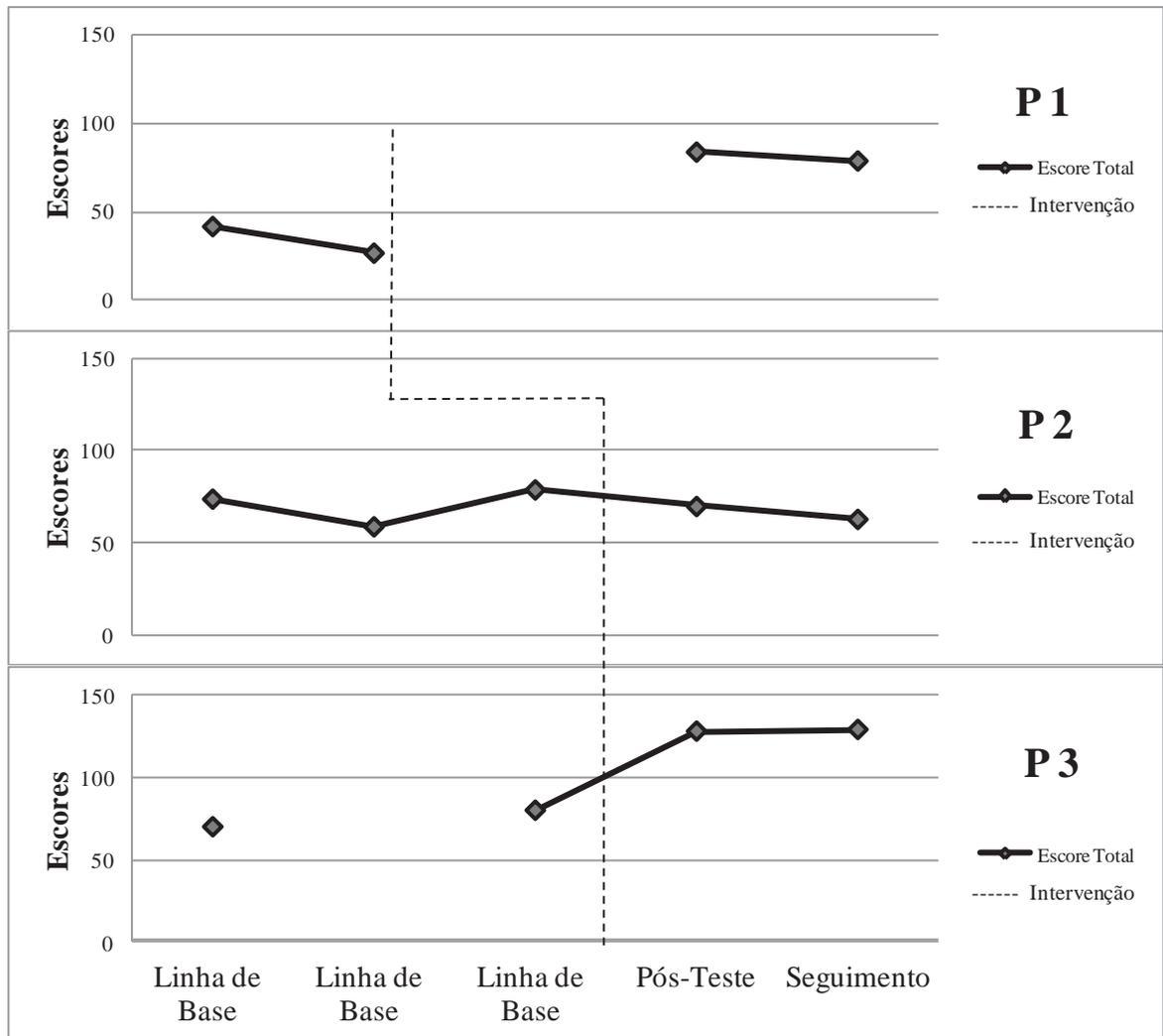
Os valores obtidos pelos participantes 1, 2 e 3 durante o estudo, medidos pelo Escore Total do Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette), nas avaliações pré e pós-teste estão apresentados na Figura 5, em gráficos individuais. A linha tracejada no gráfico indica o momento que ocorreu a intervenção.

Nas avaliações de Linha de Base, os participantes 1, 2 e 3 apresentaram pequena variação nos escores totais, sendo que P1 e P2 reduziram (de 42 para 27 – P1; de 74 para 59 – P2) e P3 aumentou o escore na avaliação de Linha de Base 2 (de 70 para 80). Na avaliação de Linha de Base 3, realizada apenas por P2, a participante apresentou aumento (de 59 para 79), superando o nível da Linha de Base 1.

Após a intervenção, os escores totais de P1 e P3 aumentaram sensivelmente na avaliação pós-teste (de 42 para 84 – P1; de 70 para 128 – P3) e esse aumento se manteve, em seguimento, com uma pequena redução para P1 (de 84 para 79) e ínfimo aumento para P3 (de 128 para 129). A participante 2, manteve o valor dos escores similares aos obtidos em Linha de Base, na avaliação pós-teste (70) e, com uma pequena redução, em seguimento (63).

O Escore Total dos participantes no IHS-Del-Prette foi interpretado segundo os dados normativos da amostra de referência representada no instrumento, considerando as diferenças de gênero. Nas avaliações de Linha de Base, o Escore Total dos participantes 1, 2 e 3, foi “Indicado para Treinamento em Habilidades Sociais”. Na avaliação Pós-Teste e em Seguimento, o Escore Total de P1 e P2, manteve a “Indicação para Treinamento em Habilidades Sociais”, ainda que P1 tenham aumentado o escore de forma evidente. Já o Escore Total obtido por P3, nas avaliações Pós-Teste e em Seguimento, passou a ser interpretado como “Repertório Bastante Elaborado de Habilidades Sociais”, como pode ser observado na Tabela 12.

Figura 5 - Medida do Escore Total dos participantes 1, 2 e 3, mensuradas pelo IHS-Del-Prette nas avaliações pré (Linha de Base) e pós-teste (Pós-Teste e Seguimento)



Os resultados dos escores fatoriais dos participantes 1, 2 e 3 encontrados na aplicação do IHS-Del-Prette nas avaliações pré e pós-intervenção são apresentados na Figura 6. A linha tracejada representa o momento da intervenção.

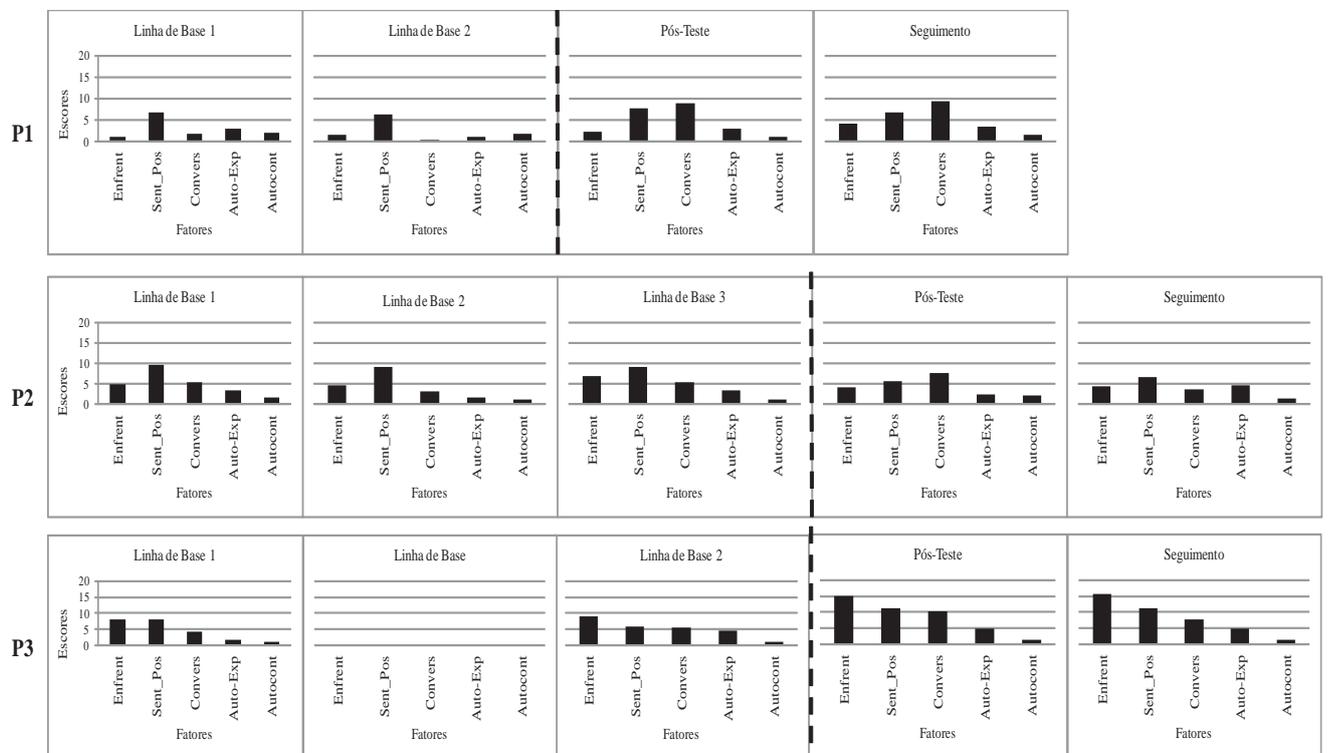
Tabela 12 - Interpretação do Escore Total, dos participantes 1, 2 e 3, de acordo com os dados normativos propostos pelo IHS-Del-Prete

Participante	Avaliação	Escore Total	Interpretação
1	LB1	42	Indicação para THS
	LB2	27	Indicação para THS
	Pós-Teste	84	Indicação para THS
	Seguimento	79	Indicação para THS
2	LB1	74	Indicação para THS
	LB2	59	Indicação para THS
	LB3	79	Indicação para THS
	Pós-Teste	70	Indicação para THS
	Seguimento	63	Indicação para THS
3	LB1	70	Indicação para THS
	LB2	80	Indicação para THS
	Pós-Teste	128	Repertório Bastante Elaborado de HS
	Seguimento	129	Repertório Bastante Elaborado de HS

LB = Linha de Base

Os participantes 1, 2 e 3 apresentaram estabilidade nas avaliações de Linha de Base, referentes aos Fatores do IHS. Na avaliação pós-intervenção, as medidas dos Fatores melhoraram substancialmente para P1 e P3. P3 apresentou melhor desempenho nos cinco Fatores avaliados pelo instrumento. P1 demonstrou melhorias nos Fatores: 1) Enfrentamento e auto-afirmação com risco; 2) Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo e 3) Conversação e desenvoltura social; manteve o desempenho no Fator 4) Auto-exposição a desconhecidos e situações novas e pequena redução no 5) Autocontrole da agressividade (de 2,21 para 1,21). O desempenho de P2, na avaliação pós-teste, melhorou nos Fatores 3) Conversação e desenvoltura social (de 5,51 para 7,65) e 5) Autocontrole da agressividade (de 1,82 para 2,22) e reduziu nos demais Fatores.

Figura 6 - Valores obtidos pelos participantes 1, 2 e 3, nos Fatores do IHS-Dell-Prette, em todas as medidas de avaliação.



Na avaliação de Seguimento, P1 e P3 mantiveram a melhora no desempenho. P1 melhorou ainda mais o escore do Fator 1 (de 2,29 para 4,19), do Fator 3 (de 8,92 para 9,44) e do Fator 4 (de 3,01 para 3,52). Em seguimento, o desempenho de P1 no Fator 4 tornou-se superior ao obtido em Linha de Base 1. No Fator 5, embora P1 tenha apresentado melhora no desempenho, em seguimento, o escore continuou menor quando comparado à Linha de Base. P3 melhorou o desempenho nos Fatores 1, 4 e 5, manteve o mesmo escore da avaliação pós-teste no Fator 2 e reduziu o escore do Fator 3 (de 10,29 – pós-teste para 7,76 – seguimento). Já P2, melhorou nos Fatores 1, 2 e 4 (4,43; 6,76 e 4,75 respectivamente). O Fator 4 superou as medidas de Linha de Base e pós-teste, porém os escores dos Fatores 1 e 2 ainda são menores do que os de Linha de Base. O Fator 5, embora tenha apresentado melhoras no pós-teste, reduziu em seguimento.

O escore dos Fatores obtidos pelos participantes no IHS-Del-Prette foi interpretado segundo os dados normativos da amostra de referência representada no instrumento, considerando as diferenças de gênero. A interpretação dos Fatores pode ser observada na Tabela 13.

A interpretação dos Fatores obtidos pelos participantes 1, 2 e 3 indica que houve melhoras mais expressivas no desempenho de P1 e P3, com destaque para P3, que melhorou a classificação na medida pós-teste e manteve em seguimento. P3 recebeu a classificação “Repertório Bastante Elaborado” para as habilidades de “enfrentamento e auto-afirmação com risco” (Fator 1), “auto-afirmação na expressão de sentimento positivo” (Fator 2), “conversação e desenvoltura social” (Fator 3) e “auto-exposição a desconhecidos e situações novas” (Fator 4), bem como manteve a classificação de “Repertório Acima da Média” para “autocontrole da agressividade” (Fator 5). P1 apresentou “Repertório Bastante Elaborado” na avaliação pós-teste e em seguimento, em “conversação e desenvoltura social” (Fator 3); na medida pós-teste manteve “Repertório Abaixo da Média” para “auto-exposição a desconhecidos e situações novas” (Fator 4), evoluindo para “Repertório Acima da Média” na medida de seguimento. Em “auto-afirmação na expressão de sentimento positivo” (Fator 2), P1 melhorou no pós-teste “Repertório Abaixo da Média”, contudo retrocedeu em seguimento, voltando para “Indicação para THS”. No Fator 1, “enfrentamento e auto-afirmação com risco”, P1 manteve a classificação “Indicação para THS”, já em “autocontrole da agressividade” (Fator 5), mudou de “Repertório Bastante Elaborado” para “Repertório Abaixo da Média”.

Tabela 13 - Interpretação dos Fatores, dos participantes 1, 2 e 3, de acordo com os dados normativos propostos pelo IHS-Del-Prete

Avaliações		F1 Enfrentamento e Auto-afirmação	F2 Expressão de Sentimento Positivo	F3 Conversaão e Desenvoltura Social	F4 Auto-Exposição a Desconhecidos	F5 Autocontrole da Agressividade
P 1	LB1	Indicação para THS	Indicação para THS	Indicação para THS	Rep. Abaixo da Média	Rep. Bastante Elaborado
	LB2	Indicação para THS	Indicação para THS	Indicação para THS	Indicação para THS	Rep. Bastante Elaborado
	Pós-Teste	Indicação para THS	Rep. Abaixo da Média	Rep. Bastante Elaborado	Rep. Abaixo da Média	Rep. Abaixo da Média
	Seguimento	Indicação para THS	Indicação para THS	Rep. Bastante Elaborado	Rep. Acima da Média	Rep. Acima da Média
P 2	LB1	Indicação para THS	Rep. Abaixo da Média	Indicação para THS	Repertório Médio	Rep. Bastante Elaborado
	LB2	Indicação para THS	Rep. Abaixo da Média	Indicação para THS	Indicação para THS	Rep. Acima da Média
	LB3	Rep. Abaixo da Média	Rep. Abaixo da Média	Indicação para THS	Repertório Médio	Rep. Acima da Média
	Pós-Teste	Indicação para THS	Indicação para THS	Rep. Acima da Média	Rep. Abaixo da Média	Rep. Bastante Elaborado
	Seguimento	Indicação para THS	Indicação para THS	Indicação para THS	Rep. Bastante Elaborado	Rep. Acima da Média
P 3	LB1	Rep. Abaixo da Média	Indicação para THS	Indicação para THS	Indicação para THS	Rep. Acima da Média
	LB2	Rep. Acima da Média	Indicação para THS	Indicação para THS	Rep. Bastante Elaborado	Rep. Acima da Média
	Pós-Teste	Rep. Bastante Elaborado	Rep. Bastante Elaborado	Rep. Bastante Elaborado	Rep. Bastante Elaborado	Rep. Acima da Média
	Seguimento	Rep. Bastante Elaborado	Rep. Bastante Elaborado	Rep. Bastante Elaborado	Rep. Bastante Elaborado	Rep. Acima da Média

LB = Linha de Base

F = Fator

Rep = Repertório

P2, por sua vez, apresentou melhoras na medida pós-teste nos Fatores 3 - “conversação e desenvoltura social” e 5 - “autocontrole da agressividade”, sendo classificada como “Repertório Acima da Média” e “Repertório Bastante Elaborado”, respectivamente. No entanto, não manteve em seguimento, retornando para as classificações de Linha de Base.

Considerando os resultados de produto obtidos com o instrumento IHS-Del-Prette, o efeito da intervenção foi observado nos dados dos participantes 1 e 3, os quais aumentaram sensivelmente o escore total na avaliação pós-teste, ainda que P1 não tenha saído da condição clínica. Já a participante 2, manteve no pós-teste o escore obtido em linha de base. Embora P1 tenha apresentado melhora, manteve a classificação “Indicação de THS”, bem como P2 e diferente de P3, a qual atingiu o escore compatível com a classificação “Repertório Bastante Elaborado de HS”. Em relação aos Fatores, os três participantes apresentaram melhoras após a intervenção, com destaque para P3, a qual melhorou nos cinco Fatores avaliados. P1 melhorou em três Fatores e P2 em dois. Na avaliação de Seguimento, P1 e P3 mantiveram a melhora de desempenho e P2 retrocedeu.

Ao comparar a classificação da Dificuldade dos participantes, dada pelo Q-ACC-UV, com a classificação do Escore Total do IHS-Del-Prette, é possível identificar compatibilidades e incompatibilidades. Os participantes 1 e 2, em todas as medidas de avaliação, são considerados Clínicos em suas Dificuldades pelo Q-ACC-UV e, em compatibilidade, receberam a Indicação para THS pelo IHS. O mesmo ocorreu com a participante 3, nas medidas de linha de base. No entanto, nas avaliações pós-intervenção, P3 reduziu o escore de Dificuldade e manteve a classificação de Clínica, tornando-se incompatível com o aumento do Escore Total do IHS e a respectiva classificação como Repertório Bastante Elaborado de HS.

No que concerne ao desempenho obtido pelos participantes 1, 2 e 3, uma análise do processo de intervenção pode revelar ganhos em classes de respostas muito específicas, mas que não revelaram efeitos sobre os Escores Totais do IHS-Del-Prette. Desse modo, foi realizada uma análise da média dos dados obtidos nas avaliações de Linha de Base, em comparação com a média dos dados das avaliações pós-intervenção (pós-teste e seguimento), em cada um dos 38 itens do IHS-Del-Prette.

Os dados do participante 1 estão apresentados na Figura 7. Observa-se que nas medidas pós-intervenção houve um aumento no escore de 28 itens, manutenção de seis e redução de quatro, indicando uma substancial melhora no repertório de habilidades sociais do participante 1, o que é coerente com a melhora nos sintomas de fobia social.

P1 apresentou melhora em todos os fatores, sendo que no Fator 1, Enfrentamento e auto-afirmação com risco, aumentou o escore nos itens: “Devolver mercadoria defeituosa; Discordar do grupo; Lidar com críticas injustas; Fazer perguntas a conhecidos; Manter conversa com desconhecidos; Cobrar Dívida de amigo e Abordar para relação sexual. No Fator 2, Auto-Afirmação na expressão de sentimento positivo, melhoraram os itens: Participar de conversação; Defender outrem em grupo e Expressar sentimento positivo. No Fator 3, Conversação e desenvoltura social, P1 apresentou melhor desempenho em todos os itens (Encerrar conversação; Reagir a elogios; Recusar pedidos abusivos; Manter conversação; Pedir favores a colegas; Encerrar conversa ao telefone e Abordar autoridade). No Fator 4, Auto-exposição a desconhecidos e situações novas, foram observadas melhoras em “Fazer pergunta a desconhecido e Pedir favores a desconhecidos”. Em Autocontrole da agressividade, Fator 5, houve melhora nos escores de “Lidar com chacotas e Cumprimentar desconhecidos”. P1 também apresentou melhora em todos os itens da categoria “Itens que não entram em nenhum fator”, o que indica que seu Escore Total poderia ser ainda maior. Os itens são: “Negociar uso de preservativo; Pedir mudança de conduta; Interromper a fala do outro; Lidar com críticas justas; Expressar desagrado a amigos; Pedir ajuda a amigos e Recusar pedido abusivo”.

Ao observar os itens, nota-se que P1 melhorou o repertório de entrada, apresentado na Entrevista semi-estruturada, o aumento nos escores dos itens corresponderam à melhora na queixa apresentada pela participante, bem como aos objetivos comportamentais estabelecidos e aos sintomas característicos de fobia social. Portanto, a intervenção proposta pela presente pesquisa promoveu ampliação do repertório socialmente habilidoso e redução dos sintomas do transtorno de fobia social.

A análise dos dados da participante 2 permitiu verificar que o Escore Total apresentou decréscimo nas avaliações pós-teste e esta medida está em consonância com as medidas já demonstradas e obtidas pelo Q-ACC-UV. Contudo, a análise pormenorizada de cada um dos itens do IHS permitiu identificar aumento nos escores, como está exposto na Figura 8. Os dados referentes à média de P2, dentre os 38 itens avaliados pelo instrumento, 15 apresentaram valores mais altos, cinco mantiveram-se inalterados e 18 apresentaram queda dos valores iniciais. Os itens que apresentaram aumento podem ser agrupados nos seguintes categorias, apresentados pelo instrumento: Enfrentamento e auto-afirmação com risco (itens: Manter conversa com desconhecidos; Falar a público conhecido); Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo (itens: Participar de conversação; Defender outrem em grupo); Conversação e desenvoltura social (itens: Encerrar conversação; Recusar pedidos

abusivos; Manter conversação; Pedir favores a colegas); Auto-exposição a desconhecidos e situações novas (itens: Fazer pergunta a desconhecido; Pedir favores a desconhecidos); Auto-controle da agressividade (itens: Lidar com críticas dos pais); há itens que não tem relação com categoria (Pedir mudança de conduta; Lidar com críticas justas; Negociar o uso de preservativo; Recusar pedido abusivo).

Ainda que muitos dos escores tenham sofrido alteração indesejada em relação aos objetivos do programa de Treino em Habilidades Sociais, destaca-se um acréscimo nos itens relacionados à categoria Conversação e desenvoltura social, a classe de desempenhos que inclui essa categoria está diretamente relacionada com a principal dificuldade apresentada pela participante, a qual era condizente com o diagnóstico de Fobia Social.

Diante desses dados, é possível observar a evolução no desempenho de P2, que não foi identificada na análise do Escore Total. Essa diferença pode estar atrelada ao fato de P2 ter apresentado melhora em 4 itens que não pertencem a nenhuma categoria (Fator), portanto, são descartados da soma do Escore Total.

A participante 3 apresentou melhora substancial nos itens do IHS, sendo que o valor do escore foi superior em 34 dos itens avaliados, o que correspondeu ao aumento em todos os itens dos Fatores 3, 4 e 5 (Conversação e desenvoltura social, Auto-exposição a desconhecidos e situações novas e Autocontrole da agressividade, respectivamente). Em Enfrentamento e auto-afirmação com risco (Fator 1) houve melhora nos itens: “Devolver mercadoria defeituosa; Abordar para relação sexual; Discordar do grupo; Discordar de autoridade; Falar a público conhecido; Fazer perguntas a conhecidos; Manter conversa com desconhecidos; Declarar sentimento amoroso; Apresentar-se a outra pessoa e Cobrar Dívida de amigo”. No Fator 2, Auto-Afirmação na expressão de sentimento positivo, os itens: “Agradecer elogios; Expressar sentimento positivo; Participar de conversação; Expressar sentimento positivo; Defender outrem em grupo e Elogiar outrem”, melhoraram o escore, como pode ser observado na Figura 9. O aperfeiçoamento observado no repertório de habilidades sociais de P3 está relacionado à queixa inicial da participante (Entrevista semi-estruturada), bem como as características do transtorno de fobia social.

Vale ressaltar os ganhos obtidos no desempenho socialmente habilidoso dos participantes 1, 2 e 3, visto que muitos dos itens que apresentaram aumento no escore pós-intervenção faziam parte dos objetivos comportamentais estabelecidos a partir da Entrevista semi-estruturada (Anexo C), aplicada antes da intervenção, à queixa apresentada e aos critérios diagnósticos de fobia social. A análise dos itens do instrumento IHS-Del-Prette mostrou ganhos em classes de respostas muito específicas do repertório de P1, P2 e P3.

Figura 7 - Valor médio dos itens do IHS-Del-Prette atribuídos pelo participante 1 nas avaliações pré (Linha de Base 1 e 2) e pós-intervenção (Pós-Teste e Seguimento)

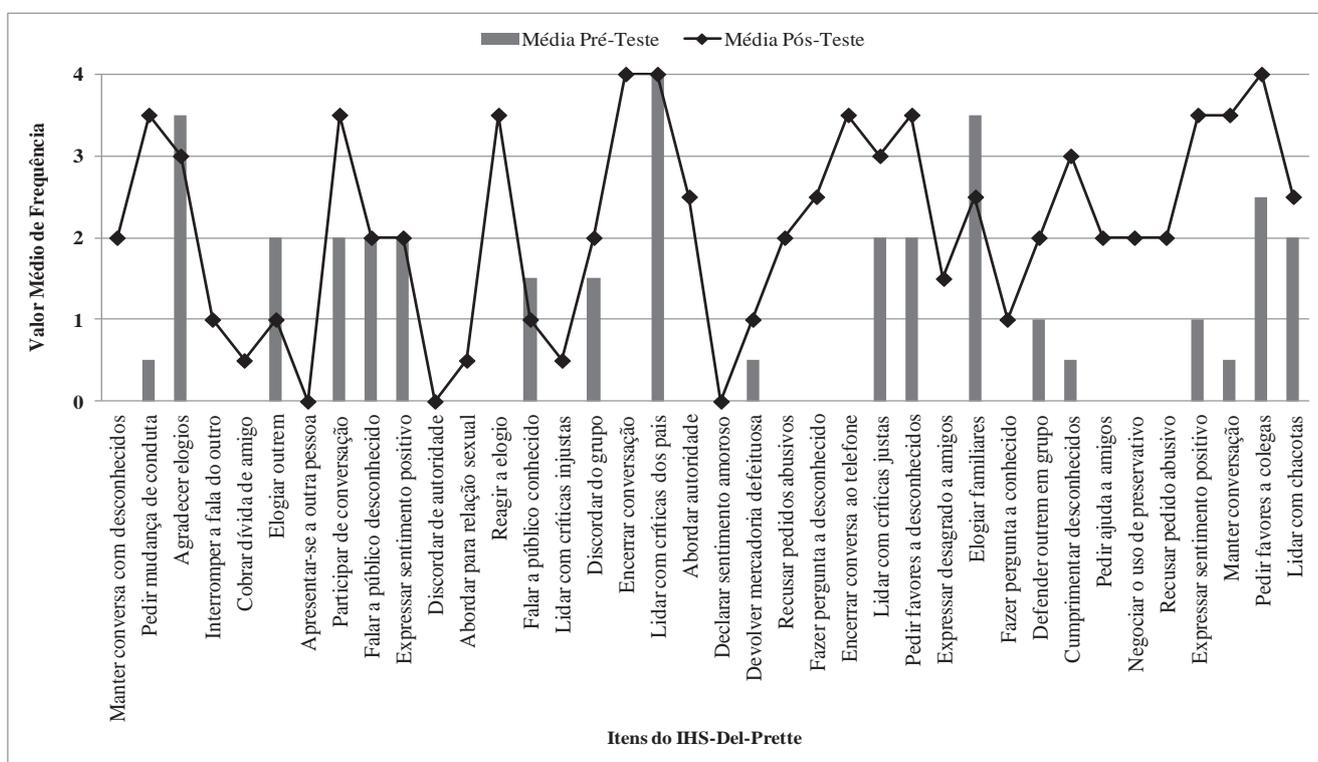


Figura 8 - Valor médio dos itens do IHS-Del-Prette atribuídos pela participante 2 nas avaliações pré (Linha de Base 1, 2 e 3) e pós-intervenção (Pós-Teste e Seguimento)

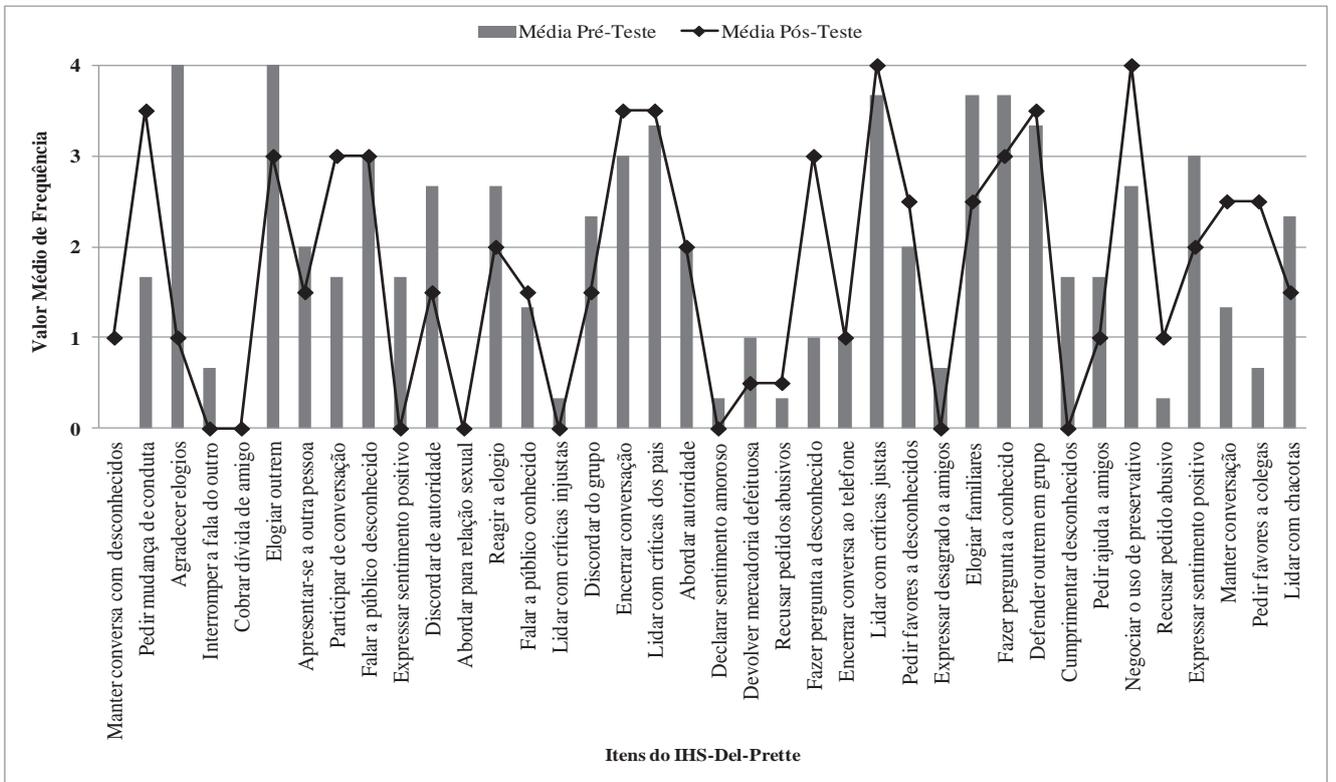
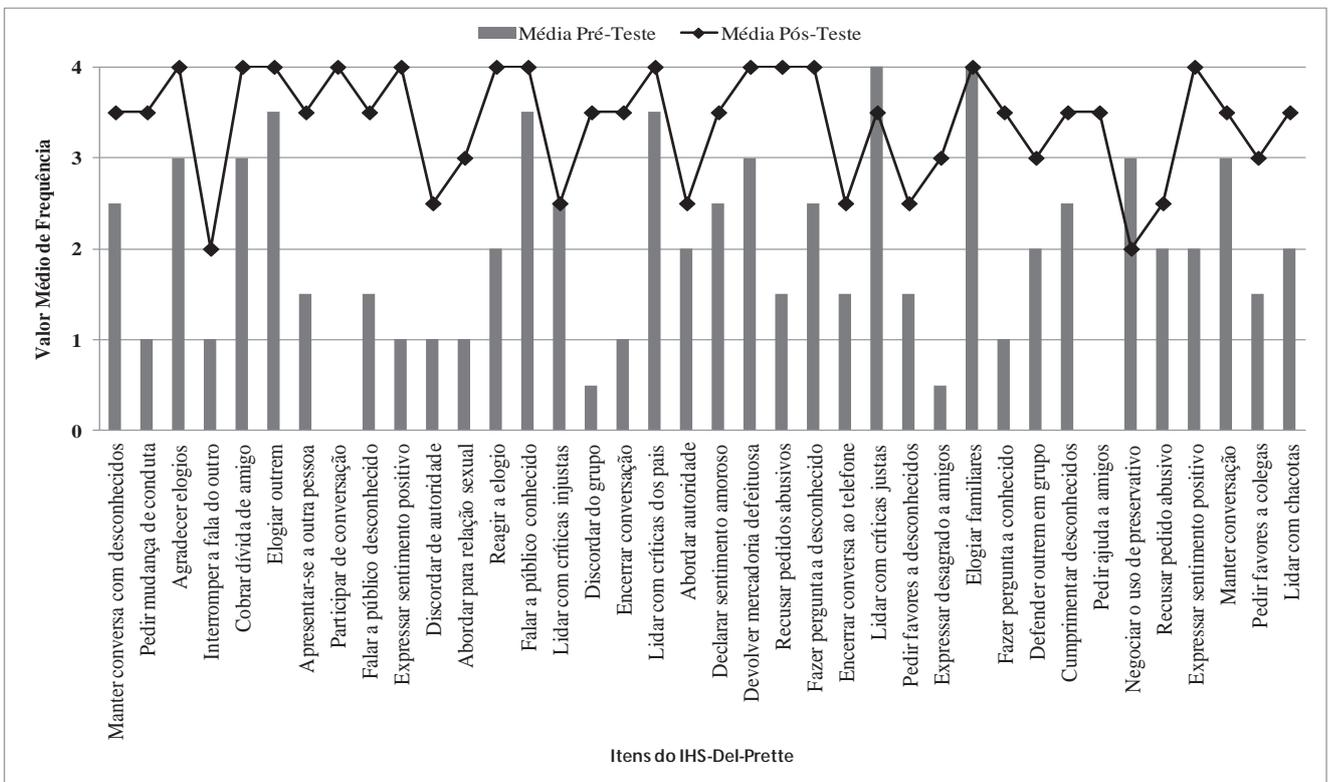


Figura 9 - Valor médio dos itens do IHS-Del-Prette atribuídos pela participante 3 nas avaliações pré (Linha de Base 1 e 2) e pós-intervenção (Pós-Teste e Seguimento)



4.1.5 Resultados obtidos com a aplicação da Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (SCID-I, DEL-BEN et al., 2001) e do Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN)

Com a aplicação da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (SCID-I), os participantes 1, 2 e 3 foram diagnosticados como Fóbicos Sociais, em todas as medidas de Linha de Base. Na aplicação da SCID após a intervenção, a qual ocorre em momento diferente para P1 e simultaneamente para P2 e P3, os participantes deixaram de apresentar diagnóstico para o transtorno, bem como, em seguimento, quatro meses após a intervenção, como pode ser observado na Tabela 14.

Tabela 14 - Avaliação dos participantes 1, 2 e 3 pela SCID-I e Mini-SPIN

Participantes	Avaliação	Mini-SPIN	SCID	
			Fobia Social	Comorbidade
1	LB1	Clínico	Clínico	Não-Clínico
	LB2	Clínico	Clínico	Não-Clínico
	Pós-Teste	Não-Clínico	Não-Clínico	Não-Clínico
	Seguimento	Clínico	Não-Clínico	Não-Clínico
2	LB1	Clínico	Clínico	Não-Clínico
	LB2	Clínico	Clínico	Não-Clínico
	LB 3	Clínico	Clínico	Não-Clínico
	Pós-Teste	Clínico	Não-Clínico	Não-Clínico
	Seguimento	Não-Clínico	Não-Clínico	Não-Clínico
3	LB1	Clínico	Clínico	Não-Clínico
	LB2	Não-Clínico	Clínico	Não-Clínico
	Pós-Teste	Não-Clínico	Não-Clínico	Não-Clínico
	Seguimento	Não-Clínico	Não-Clínico	Não-Clínico

LB = Linha de Base

De acordo com os resultados obtidos com a aplicação do Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN), os participantes 1 e 2 foram rastreados como Clínicos para Fobia Social nas avaliações de Linha de Base. Na avaliação pós-intervenção, P1 foi rastreado pelo instrumento como Não-Clínico e P2 manteve-se Clínica. Esse resultado mudou em seguimento, no qual P1 voltou a ser rastreado como Clínico e P2 passou a Não-Clínica. Já P3, foi rastreada pelo instrumento como Clínica, apenas na avaliação de Linha de Base 1. Nas

demais avaliações, P3 foi rastreada como Não-Clínica. Os resultados da Mini-SPIN podem ser observados na Tabela 14.

5 Efeitos da Terapia Comportamental com Treinamento em Habilidades Sociais sobre os escores em Habilidades Sociais e em Fobia Social – Resultados de Processo

5.1 Efeito da Terapia Comportamental com Treinamento em Habilidades Sociais sobre os escores da *Checklist* respondida no início de cada sessão

Nessa análise são comparados os resultados dos participantes 1, 2 e 3 (P1, P2 e P3), os quais participaram da etapa de intervenção. Como P1 e P2 participaram do processo completo de intervenção, são apresentadas as análises das 12 sessões. Já para P3, são apresentadas as análises das sessões de um a oito, das quais participou. O participante 4 não apresenta as medidas de processo, pois não participou da etapa de intervenção. Os escores obtidos por P1, P2 e P3 na *Checklist* estão apresentados na Tabela 15. Considerando cada um dos interlocutores, o escore mínimo que poderia ser obtido era zero. Para os comportamentos adequados, o escore máximo era 304 e para os inadequados, 96.

No decorrer das 12 sessões de intervenção, P1 melhorou substancialmente o escore total de comportamentos adequados (249) e reduziu a níveis ínfimos o escore de comportamentos inadequados (1). Considerando os interlocutores, P1 interagiu mais com os amigos, seguido dos pais e irmã. Os amigos foram os interlocutores que P1 apresentou comportamentos adequados com maior frequência (70) e melhorou o escore no decorrer das sessões (75). A interação de P1 com os pais era baixa (57) nas primeiras quatro sessões, mas ao final da intervenção, a frequência de interação melhorou com seu pai (78) e sua mãe (72). Com a irmã, P1 apresentou estabilidade na frequência de interação (22), com pequeno aumento nas sessões de cinco a oito (25). Nas primeiras sessões, P1 interagiu com tios (1), professores (4) e pessoas desconhecidas (2) e nas últimas sessões, passou a interagir com a vizinha (2).

Tabela 15 - Escores obtidos pelos participantes 1, 2 e 3 na *checklist* respondida no início das sessões de intervenção

Participantes	Interlocutores	Sessões					
		1 a 4		5 a 8		9 a 12	
		Adeq	Inad	Adeq	Inad	Adeq	Inad
1	Pai	57	2	50	0	78	0
	Mãe	57	2	60	0	72	0
	Irmã	22	1	25	0	22	0
	Amigos	70	2	80	0	75	1
	Tios	1	0	0	0	0	0
	Professores	4	2	0	0	0	0
	Desconhecidos	2	0	0	0	0	0
	Vizinho	0	0	0	0	2	0
	Total		213	9	215	0	249
2	Pai	4	0	8	0	8	0
	Mãe	12	0	21	0	10	0
	Irmãos	18	0	23	0	22	0
	Amigos	72	5	87	2	67	1
	Namorado	57	2	109	0	89	1
	Total		163	7	248	2	196
3	Pai	31	0	87	4		
	Mãe	78	0	114	4		
	Amigos	175	3	140	8		
	Professor	28	0	37	0		
	Desconhecidos	62	3	0	0		
	Vizinha	0	0	41	0		
	Total		374	6	419	16	

Adeq = comportamento adequado

Inad = comportamento inadequado

O melhor escore obtido por P2 na *checklist* de comportamentos adequados foi nas sessões de cinco a oito (248); nas demais sessões apresentou escores bem baixos. Contudo, o escore em comportamentos inadequados reduziu de 7 para 2 e se manteve. Em relação aos interlocutores, P2 apresentou comportamentos adequados com maior frequência com os amigos e com o namorado. A interação com o namorado aumentou consideravelmente durante a intervenção (89), já com os amigos, embora tenha mantido frequência alta, apresentou redução no escore (67). Com o pai e os irmãos, a frequência de interação era baixa nas primeiras sessões, melhorando nas sessões finais, dobrando o valor do escore com o pai (8) e aumentando com os irmãos (22). A interação com a mãe melhorou nas sessões de cinco a oito (21), mas a melhora não se manteve nas sessões finais.

P3 foi a participante que apresentou maior aumento no escore de comportamentos adequados (419), em menos tempo de intervenção. Entretanto, também aumentou o escore total de comportamentos inadequados (16). Observando os interlocutores, P3 interagiu mais com os amigos (140) e com a mãe (114). O escore de comportamento adequado apresentou aumento maior do que o dobro com o pai (87) e melhorou com o professor (37). Nas sessões finais, P3 passou a interagir com a vizinha (41) e deixou de apresentar interação com desconhecidos.

Ao responder a *checklist*, os participantes também avaliaram a própria interação social e o julgamento das pessoas sobre sua interação social, como pode ser observado na Tabela 16.

Tabela 16 - Avaliação da interação social de P1, P2 e P3

Participantes	Questões	Sessões			Escore Mínimo	Escore Máximo
		1 a 4	5 a 8	9 a 12		
1	Como está sua interação social?	3	6	8	0	8
	O que as pessoas com quem você convive pensam em relação a sua interação social?	3	8	8	0	8
2	Como está sua interação social?	3	7	7	0	8
	O que as pessoas com quem você convive pensam em relação a sua interação social?	7	8	7	0	8
3	Como está sua interação social?	4	7		0	8
	O que as pessoas com quem você convive pensam em relação a sua interação social?	8	6		0	8

P1 avaliou sua interação social como melhor no decorrer das sessões, atingindo o escore máximo (8) e considerou que seus interlocutores também fizeram essa avaliação (8). Assim como P1, a avaliação de P2, em relação a sua interação social, melhorou (7) e, desde o início, considerou satisfatório (7) o julgamento das pessoas sobre sua interação social. P3 também avaliou sua interação social como melhor no decorrer das sessões (7), contudo, reduziu o escore ao considerar o julgamento das pessoas sobre sua interação social (6).

5.2 Efeitos da Terapia Comportamental com Treinamento em Habilidades Sociais sobre os escores da Avaliação de Desempenho respondida no final de cada sessão

Nessa análise as respostas dos participantes 1, 2 e 3 (P1, P2 e P3), para as avaliações de desempenho realizadas no final das sessões, foram organizadas em quatro categorias positivas: 1) Relato de satisfação com o desempenho; 2) Relato de envolvimento com a atividade proposta na sessão; 3) Relato de melhora no desempenho na sessão e 4) Relato de melhora no desempenho fora da sessão e duas categorias que apontam para déficits comportamentais: 1) Relato de Dificuldade e 2) Relato de insatisfação com o desempenho; como pode ser observado na Tabela 17. Vale ressaltar que as respostas de P1 e P2, são referentes ao processo completo de intervenção, 12 sessões e de P3 referente a oito sessões.

Considerando as categorias positivas, P1 apresentou “Relato de satisfação com o desempenho” em todas as sessões, P2 apresentou na maioria das sessões, deixando de apresentar apenas na sessão 4 e P3 apresentou em metade das sessões que participou (4, 5, 7 e 8). “Relato de envolvimento com a atividade proposta na sessão” foi apresentada por P1 em seis sessões, por P2 em cinco sessões e não apareceu na avaliação de P3. A categoria “Relato de melhora no desempenho na sessão”, foi apresentada pelos três participantes, na mesma proporção para P1 e P2, quatro sessões, e, em três sessões para P3. Na última categoria positiva, “Relato de melhora no desempenho fora da sessão”, foi apresentada em quatro sessões por P1 e não apareceu no relato dos demais participantes.

As categorias negativas foram apresentadas por P2 e P3, sendo que P2 apresentou “Relato de Dificuldade” em quatro sessões e P3 em uma. O “Relato de insatisfação com o desempenho” foi apresentado por P2 em apenas uma sessão e por P3 em três sessões.

5.3 Efeitos da Terapia Comportamental com Treinamento em Habilidades Sociais sobre os escores das tarefas de casa discutidas no início de cada sessão

As respostas dos participantes 1, 2 e 3 para as 11 tarefas de casa propostas (sessões de 1 a 11), foram organizadas em dois blocos de quatro sessões e um de três, visando verificar a evolução dos participantes no início, meio e fim da intervenção. Para essa medida avaliativa não há um ponto de corte, a tarefa era proposta e os participantes poderiam realizá-la ou não. Os dados das tarefas foram organizados em categorias de análise: Emitiu comportamento alvo (dificuldades discutidas na sessão); Contextos Diferentes; Pessoas com diferentes níveis de

relacionamento; Avaliação de sentimentos; Avaliação de desempenho, como pode ser observado na Tabela 18.

A participante 2 fez todas as tarefas propostas, 11, P1 fez 10 e P3 fez seis, no entanto, P3 participou somente de oito sessões. P2 realizou as tarefas em mais contextos diferentes, 14, seguida de P1, 13 e P3, nove. Todos os participantes relataram que se sentiram bem na realização das tarefas e P2 e P3, também se sentiram mal em uma tarefa, sendo: P2 na 8 (expressar sentimento negativo) e P3 na tarefa 7 (expressar opiniões). P1 e P2 apresentaram dificuldade emocional e em recepção e os três (P1, P2 e P3) apresentaram dificuldade de expressão, em algum momento. P1, P2 e P3, consideraram o desempenho como bom, sendo avaliado como ruim apenas em um momento, por P1 e P3.

Tabela 17 - Avaliação de Desempenho respondida pelos participantes 1, 2 e 3 no final de cada sessão

Como avalio meu desempenho?	Sessões												Exemplo
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Relato de satisfação com o desempenho	P1	P1	P1	P1	P1	P1	P1	P1	P1	P1	P1	P1	<i>Avalio como bom</i>
	P2	P2	P2		P2	<i>Avalio como bom, gostei.</i>							
				P3	P3		P3	P3					<i>Foi bom, me fez lembrar de uma frase do filme “Comer, Rezar, Amar” que diz que quando você ajuda a si mesmo, acaba ajudando a todos.</i>
Relato de envolvimento com a atividade proposta na sessão	P1	P1	P1	P1	P1			P1					<i>Particpei o máximo que pude do exercício e do encontro como um todo</i>
	P2				P2	P2		P2		P2			<i>Creio que, dentro do que foi proposto, consegui fazer o que foi pedido</i>
Relato de melhora no desempenho na sessão			P1	P1						P1	P1		<i>Achei que eu falei mais e talvez isso seja um indício de que eu esteja mais conversador, mais próximo, como mais liberdade, me sentindo mais a vontade</i>
		P2			P2		P2					P2	<i>Dessa vez me expressei mais, falei e não quis fugir das respostas.</i>
			P3	P3				P3					<i>Eu acho que hoje eu avancei, no aspecto que eu comecei a gostar do trabalho e também da minha disposição em colaborar</i>
Relato de melhora no desempenho fora da sessão						P1	P1		P1			P1	<i>Hoje eu saio, converso, exponho coisas que eu tinha vontade e não falava, tenho mais iniciativa pra tomar minhas decisões</i>
Relato de Dificuldade		P2	P2		P2	P2							<i>Tive dificuldade em refazer o meu diálogo, colocando outro tom na conversa, a fim de desfazer o clima de crítica ao outro</i>
			P3										<i>Essa questão de responder perguntas é um momento difícil, depende da pergunta</i>
Relato de insatisfação com o desempenho				P2									<i>Regular, pois fui meio furtiva às respostas. Poderia ter interagido mais.</i>
	P3	P3					P3						<i>Eu tive muita dificuldade.</i>

Tabela 18 – Tarefas de Casa realizada pelos participantes 1, 2 e 3, discutidas no início de cada sessão

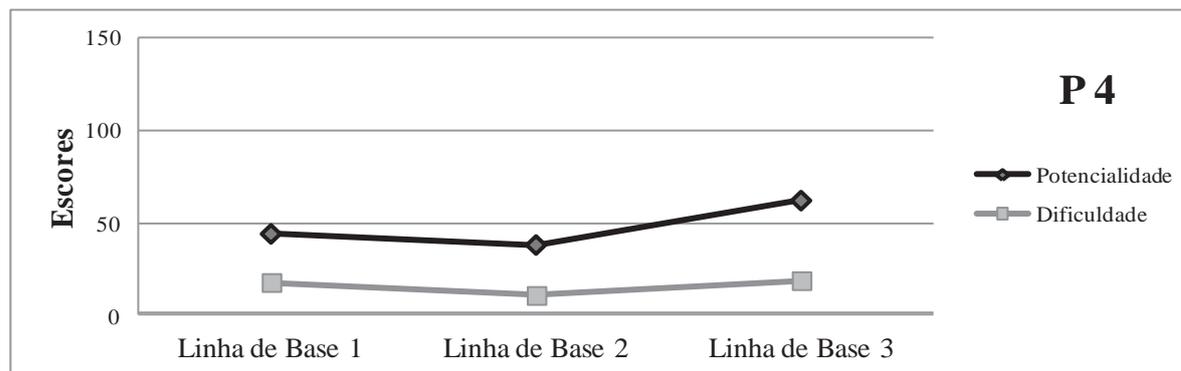
	Sessões						Exemplos		
	1 a 4			5 a 8				9 a 11	
	P1	P2	P3	P1	P2	P3		P1	P2
Emitiu comportamento alvo	3	4	3	4	4	3	3	3	
Contextos Diferentes	4	5	4	6	6	5	3	3	P1 - Festa P2 - Ponto de ônibus P3 - Supermercado
Pessoas com diferentes níveis de relacionamento	4	5	4	7	5	5	4	4	P1 - Vizinha P2 - Desconhecido P3 - Promotora de vendas
Avaliou que sentiu-se bem	3	3	1	2	2	2	2	1	
Avaliou que sentiu-se mal					1	1			P2 - Ficou chateada ao comentar que a menina não usava o crachá porque P3 - Ao ver uma pessoa passando
Relato de dificuldade emocional	1				1			1	P1 - Tremeu muito P2 - Vergonha da mãe
Relato de dificuldade em recepção				1	1			1	P1 - Ao receber feedback negativo P2 - Ao receber feedback negativo
Relato de dificuldade emocional em expressão		1	2	2		1			P1 - Expressar opinião P2 - Continuar conversa P3 - Iniciar conversa
Avaliação de desempenho bom	2	4	2	4	4	3	3	3	
Avaliação de desempenho ruim	1		1						

6 Resultados do Participante 4 (P4)

6.1 Resultados obtidos por P4 com a aplicação do Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários (Q-ACC-VU)

Os valores obtidos por P4 nas avaliações de Linha de Base, medidos pelas categorias Potencialidade e Dificuldade do Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários (Q-ACC-VU), estão apresentados na Figura 10.

Figura 10 - Medidas de Potencialidade e Dificuldade do participante 4, mensuradas pelo Q-ACC-VU nas avaliações de Linha de Base



Comparando as avaliações de Linha de Base 1 e 2, P4 apresentou redução na Potencialidade (de 44 para 38) e na Dificuldade (de 18 para 11). Na avaliação de Linha de Base 3 houve o maior valor obtido em Potencialidade (62) e o escore de Dificuldade se aproximou do valor obtido em Linha de Base 1 (19).

Na classificação dos escores obtidos em Potencialidades e Dificuldades, tendo como base os valores de referência proposto pelo Q-ACC-VU, P4 foi classificado como Não-Clínico em todas as medidas da categoria Potencialidade e como Clínico em todas as medidas da categoria Dificuldade, como pode ser observado na Tabela 19.

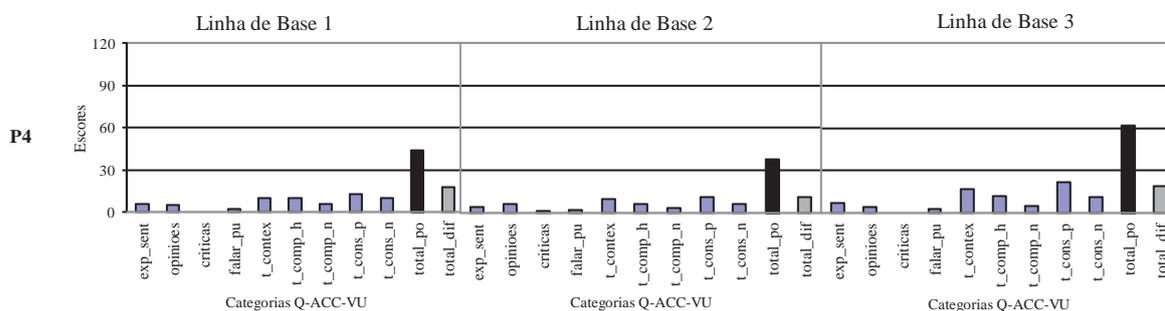
Tabela 19 - Classificação das medidas de Potencialidades e Dificuldades do participante 4, em Clínicos e Não-Clínicos, de acordo com o valor de referência proposto pelo Q-ACC-VU

Participante	Avaliação	Potencialidade	Classificação	Dificuldade	Classificação
4	LB1	44	Não Clínico	18	Clínico
	LB2	38	Não Clínico	11	Clínico
	LB 3	62	Não Clínico	19	Clínico

LB = Linha de base

Os valores obtidos por P4, em todas as categorias do Q-ACC-VU, estão apresentados na Figura 11. As categorias avaliadas são apresentadas na seguinte sequência: Expressão de Sentimento, Opinião, Críticas, Falar em Público, Total Contexto, Total Comportamento Habilidade, Total Comportamento Não-Habilidade, Total Consequência Positiva, Total Consequência Negativa, Total Potencialidade e Total Dificuldade.

Figura 11 - Valores obtidos pelo participante 4 nas categorias avaliadas pelo Q-ACC-VU, nas medidas de Linha de Base.



Os escores da maioria das categorias se mantiveram estáveis durante as avaliações, à exceção das categorias Contexto e Consequência Positiva, as quais apresentaram maior escore na avaliação de Linha de Base 3, acarretando aumento na categoria Potencialidade.

A Tabela 20 apresenta os escores obtidos por P4 na análise dos itens do Q-ACC-UV.

Tabela 20 - Escores obtidos pelo participante 4, considerando os diferentes interlocutores propostos pelo Q-ACC-VU

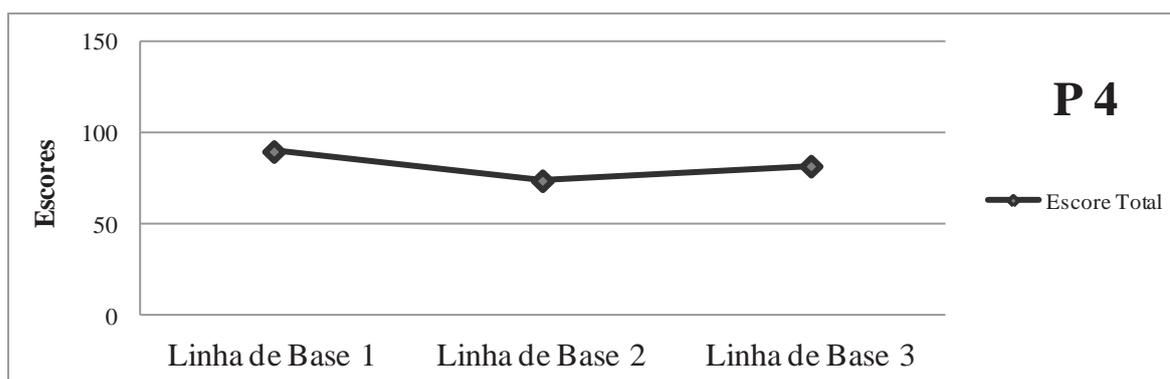
Interlocutores	Avaliações	Freq	Cont	Comp	Comp	Cons	Cons
				H	NH	P	N
Pai	LB 1	3	2	2	0	4	1
	LB 2	2	1	1	0	3	0
	LB 3	2	2	3	0	4	1
Mãe	LB 1	4	1	4	0	3	0
	LB 2	4	0	1	0	2	1
	LB 3	4	4	3	0	5	1
Irmão	LB 1	1	1	0	1	0	2
	LB 2	2	2	1	0	3	0
	LB 3	3	3	1	0	2	2
Amigos	LB 1	3	5	4	1	4	3
	LB 2	3	6	3	0	3	2
	LB 3	2	7	4	0	8	3
Colega de República	LB 1	0	0	0	0	0	0
	LB 2	0	0	0	0	0	0
	LB 3	0	0	0	0	0	0

O participante 4 apresentou estabilidade nas medidas avaliadas pelos itens do Q-ACC-UV, considerando os diferentes interlocutores. Foram observadas modificações somente no escore de Contexto e Consequência Positiva, na relação com a mãe e amigos.

6.2 Resultados obtidos por P4 na aplicação do Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)

Os valores obtidos pelo participante 4 nas avaliações de Linha de Base, medidos pelo Escore Total do Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette), estão apresentados na Figura 12.

Figura 12 - Medidas do Escore Total do participante 4, mensuradas pelo IHS-Del-Prette nas avaliações de Linha de Base

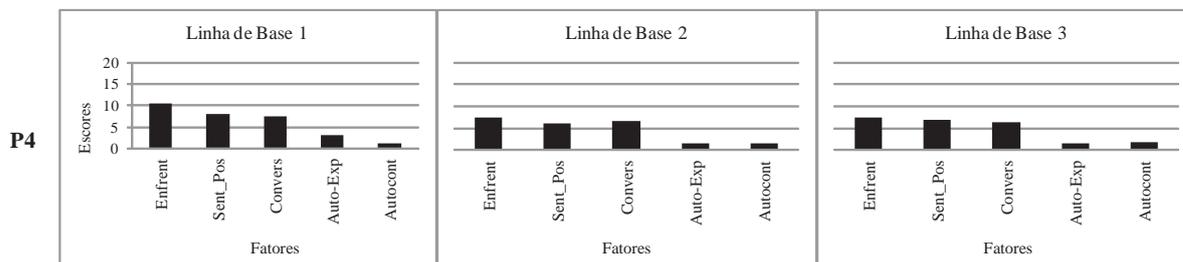


O participante 4 apresentou pouca variação no Escore Total medido pelas avaliações de Linha de Base 1, 2 e 3, com redução na Linha de Base 2 (de 90 para 74) e aproximando-se da primeira medida, na Linha de Base 3 (82).

De acordo com os dados normativos da amostra de referência representada no IHS-Del-Prette, considerando as diferenças de gênero, o Escore Total de P4 em Linha de Base 1 foi classificado como “Repertório - Abaixo da Média”, já em Linha de Base 2 e 3, a classificação foi “Indicação para THS”.

Os resultados dos escores Fatoriais de P4 estão apresentados na Figura 13.

Figura 13 - Valores obtidos pelo participante 4 nos Fatores do IHS-Dell-Prette, das avaliações de Linha de Base



Nas três avaliações, P4 obteve melhor escore nos Fatores 1) Enfrentamento e auto-afirmação com risco; 2) Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo e 3) Conversação e desenvoltura social. P4 não apresentou evolução nas medidas, contudo, houve redução, principalmente no Fator 1 (10,48; 7,44; 7,52). O Fator 4, Auto-exposição a desconhecidos e situações novas, sofreu redução entre as Linhas de Base 1 e 2 (de 8,06 para 6,17) e manteve-se estável nas Linhas de Base 2 e 3. O Fator 5, Autocontrole da agressividade, manteve-se estável nas medidas 1 e 2 e apresentou aumento na Linha de Base 3 (de 1,16 para 1,87).

A interpretação do escore dos Fatores do IHS-Del-Prette está apresentada na Tabela 21.

Tabela 21 - Interpretação dos Fatores, do participante 4, de acordo com os dados normativos propostos pelo IHS-Del-Prette

Participante 4					
Avaliações	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
LB1	Acima da Média	Abaixo da Média	Acima da Média	Abaixo da Média	Abaixo da Média
LB2	Ind. para THS	Ind. para THS	Abaixo da Média	Ind. para THS	Acima da Média
LB3	Ind. para THS	Ind. para THS	Abaixo da Média	Ind. para THS	Bastante Elaborado

LB = Linha de Base

A interpretação dos Fatores indica que P4 precisa desenvolver as habilidades sociais contempladas nos Fatores 1) Enfrentamento e auto-afirmação com risco; 2) Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo e 4) Auto-exposição a desconhecidos e situações novas e aprimorar o desempenho das habilidades contempladas pelo Fator 3) Conversação e desenvoltura social.

De maneira geral, os resultados obtidos com P4 atestam para a estabilidade dos comportamentos. P4 pode ser considerado um participante controle, em que foi avaliado em

todas as medidas sem, contudo, frequentar o programa proposto. Os resultados apontam que sem a intervenção não houve mudança comportamental, diferentemente dos demais universitários P1, P2 e P3.

7 DISCUSSÃO

A discussão dos dados do estudo está organizada em dois tópicos:

(A) Referente ao produto da Terapia Comportamental como Treinamento em Habilidades Sociais sobre o diagnóstico de fobia social e sobre o desempenho social (HS) dos participantes, comparando as medidas de pré, pós-teste e seguimento.

(B) Referente ao processo da Terapia Comportamental como Treinamento em Habilidades Sociais sobre o desempenho social dos participantes, acompanhado sessão a sessão.

7.1 Análise do Produto da Terapia Comportamental com Treinamento em Habilidades Sociais sobre o diagnóstico de fobia social e sobre o desempenho social (HS) dos participantes, comparando as medidas de pré, pós-teste e seguimento

A caracterização dos participantes revelou ampla diversidade de perfil em relação à idade, ano do curso, condições de trabalho, moradia e de proximidade de relacionamento. Não era meta da pesquisa trabalhar com pessoas tão diferentes, contudo, todas faziam parte de um mesmo rol de coleta de dados, o campus universitário, e foram diagnosticadas com transtorno fóbico social a partir da SCID-I. Ademais, foram essas as pessoas que se apresentaram e se dispuseram a participar de um procedimento de intervenção psicológica já representa uma experiência de medo na fobia social, visto que envolve a interação social. A relutância do fóbico social em buscar ajuda representa uma dificuldade para intervenções, pois o emprego de técnicas psicológicas também requer extensivo contato social (WELLS; McMILLAN, 2004).

A formulação preliminar dos casos dos participantes, realizada a partir da entrevista semi-estruturada (Anexo C), permitiu conhecer a queixa, história de vida (relacionamento com a família, namorado, amigos - da infância, da faculdade), a amplitude do repertório comportamental problemático (interação social deficiente – *déficits* e dificuldade de autocontrole - excessos) e não-problemático (reservas que poderiam ser usadas como recursos no tratamento) e realizar análise funcional. A análise funcional pré-tratamento estabelece objetivos de avaliação e intervenção, relacionando as variáveis com maior probabilidade de

interferir na emissão do comportamento e que podem ser modificadas durante a terapia (STURMEY, 1996; VANDENBERG, 2002).

A análise funcional dos participantes 1, 2 e 3 permitiu verificar que P2 melhor representava o fenômeno estudado do ponto de vista de inibição. A análise funcional de P2, realizada a partir da entrevista semi-estruturada (Anexo C) foi bem mais estreita do que a de P1 e P3, revelando uma inibição muito marcada. Embora a análise de P1 e P3 tenha indicado inibição, também foi possível observar outras dificuldades, como de auto-controle, sentimento de incapacidade, restrição a algumas pessoas por pré-concepção. Uma pessoa com o nível de inibição de P2 dificulta o estabelecimento de um procedimento de intervenção somente com a utilização de um instrumento, no caso a entrevista semi-estruturada, pois a terapeuta tem a visão de uma dificuldade que sabe que existe, mas não consegue mapear essa dificuldade, o que pode ser um ponto crítico no trabalho com fóbicos sociais. No decorrer da pesquisa P2 demonstra outras coisas que não eram inibição (agressão em tom de brincadeira) fazendo-se necessário um procedimento flexibilizado, o que exigiu da terapeuta um repertório diferenciado (exigindo mais *feedback* positivo e negativo, modelo de comportamento não verbal – postura, olhar). Nesse sentido Stein e Stein (2008) discutem que em configurações médicas, pessoas com transtorno de ansiedade social oferecem apenas respostas superficiais, revelando seus problemas sobre ansiedade social somente mediante questionamento direto. Para os autores, essa reticência poderia ser devido ao embaraçamento sobre os sintomas, a crença da pessoa de que o profissional não levaria seu problema a sério.

Para ter conhecimento amplo das dificuldades dos participantes, foi necessário, além da entrevista semi-estruturada, a aplicação de diferentes instrumentos (descritos na seção de instrumentos), que avaliavam as características de fobia social, bem como a emissão de comportamento socialmente habilidoso.

Para a intervenção, adotou-se um procedimento semi-estruturado (BOLSONI-SILVA, 2009c) o qual ajustava o tema trabalhado (Tabela 3) à dificuldade singular do participante, seja na entrevista prévia ou revelada no decorrer das sessões de intervenção. Primeiramente foi necessário a terapeuta (pesquisadora) estabelecer vínculo com o participante, sendo uma audiência positiva, respeitando seu relato, suas dificuldades e elogiando qualquer tentativa de relato verbal, tendo em vista desencadear comportamentos operantes habilidosos. A audiência refere-se aos estímulos discriminativos que controlam a emissão do comportamento verbal, pois indica a disponibilidade do reforço fornecido pelo ouvinte (SKINNER, 1957/1978) e é o reforço que mantém o comportamento.

Ao propor o tema da sessão, a terapeuta questionava se o participante encontrava alguma dificuldade para emitir tal comportamento (conversar, por exemplo), em qual contexto, com quem, como ele reagia, como se sentia e como gostaria de fazer, com o propósito de intervir diretamente na queixa, promover auto-observação e autoconhecimento do participante. Desse modo, a terapeuta propiciava ao participante condições de descrever as contingências que controlavam seu comportamento, verificar se as regras que seguia eram condizentes com contingências reais, atuando como um ambiente verbal, concordando com Skinner que assinala que “todo comportamento, seja ele humano ou não humano, é inconsciente: ele se torna consciente quando os ambientes verbais fornecem as contingências necessárias à auto-observação” (SKINNER, 1988/1991, p.88).

A atuação da terapeuta junto aos participantes 1, 2 e 3 implicou no emprego de análise funcional e de outras técnicas psicoterápicas como modelo, modelagem, *feedback*, ensaio comportamental (descritas no método e com exemplos na seção de resultados) sendo coerente com a proposta de modelo construcional de Goldiamond (1974/2002), no qual o processo de avaliação e de intervenção demanda descrição de variáveis históricas e contingências atuais análogas ao comportamento-problema, realizado de maneira colaborativa com o cliente. Ademais corresponde à proposta da presente pesquisa em realizar uma intervenção comportamental, pois segundo Skinner (1988/1991) o terapeuta deve valer-se de recursos comportamentais para treinar o tato como: instrução, modelação e modelagem. Segundo o autor, tato é um comportamento verbal que descreve algo coerente com a realidade, portanto, o relato descreve as contingências das quais o comportamento é função (SKINNER, 1988/1991).

Nessa perspectiva, a participante 2 exigiu um repertório diferenciado da terapeuta, tendo em vista sua inibição de relato verbal, bem como a apresentação de tato distorcido. P2 relatava que brincava com as colegas de república, quando na verdade fazia uma crítica. Fugia da punição relatando uma realidade diferente da verdadeiramente ocorrida. A essa realidade distorcida por meio da fala Skinner (1957/1978) denomina de tato distorcido.

Ao identificar que o relato de P2 não condizia com a realidade, a terapeuta, por meio de questões, conduzia a participante ao conhecimento das regras que governavam seu comportamento, verificava quais contingências que respondia ao criticar o comportamento das colegas, promovendo autoconhecimento. A partir do autoconhecimento, a terapeuta passou a ensinar novos comportamentos a participante 2, assim como fez com os demais (2 e 3), partindo-se de tatos puro, ou seja, comportamentos verbais coerentes com a realidade (SKINNER, 1957/1978). O desafio com P2 foi maior visto que seu relato era mais restrito e o

contato visual era mínimo, características frequentes em fóbicos sociais (STEIN; STEIN, 2008).

Para a adesão da participante no processo terapêutico, bem como a estimulação de sua participação, a terapia tornou-se um ambiente em que o comportamento verbal preciso não era punido, favorecendo a autoconfiança dos participantes e o conhecimento de contingências reais. Nesse contexto, a audiência não punitiva surge como uma alternativa para a terapeuta discutir os fatos distorcidos e promover fatos puros. Por exemplo, P2 *“Como que você se sente quando elas (colega de república) falam com o seu namorado antes de você? Eu fico com raiva. Ah, entendo, eu também ficaria chateada. De que maneira você pode expressar esse desagrado?”* P1 e P3 que já apresentavam mais comportamentos verbais, diante da audiência positiva, relatavam suas dificuldades sem medo de passar por embaraço, temor dessa população (APA, 2002). Segundo Osório et al., (2011), o diagnóstico de transtorno de ansiedade social parece estar associado com o medo de procurar ajuda devido à possibilidade de ser criticado ou avaliado negativamente. Por conseguinte, a audiência não punitiva do terapeuta pode favorecer a adesão e melhorar as condições de tratamento junto a essa população.

A adesão dos participantes junto à intervenção pode ser observada pela frequência, foram propostas 12 sessões, das quais P1 e P2 participaram de todas e P3 participou de oito, pois foi contratada em uma empresa em outra cidade. Embora P3 não tenha conseguido concluir o processo como um todo, sua contratação representou extenso ganho do processo terapêutico, visto que até o momento ela evitava enviar currículos por medo de passar por entrevista e trabalhar em ambiente social.

Com o vínculo estabelecido e analisado pela frequência e participação nas atividades, a aplicação de diferentes instrumentos de coleta de dados revelou sua significância no processo terapêutico, sobretudo nas avaliações de processo (avaliação melhor detalhada a seguir). Ao avaliar o próprio desempenho na sessão, P2 observou o quanto se esquivava das perguntas da terapeuta e a auto-observação da participante permitiu que a terapeuta solicitasse esclarecimento sobre sua esquiva (ZAMIGNANI, 2007).

Após discutir a postura da participante na sessão, as consequências dessa atuação no processo terapêutico e, possivelmente, na relação com as demais pessoas do seu convívio, a terapeuta pode acolher a participante, se colocar a disposição para ajudar, destacar a importância do relato verbal na terapia, bem como a necessidade desse relato ser coerente com a realidade externa ao *setting* terapêutico. A partir de então, os relatos de P2 tornaram-se

mais precisos e extensos, sua postura não verbal mais direcionada – passou a sorrir, a olhar para a terapeuta e co-terapeuta.

O estudo de caso, além do repertório inicial dos participantes, também permitiu conhecer as variáveis históricas e as contingências atuais comuns e que controlavam o comportamento dos participantes. Essa análise permitiu levantar algumas hipóteses para o surgimento e manutenção do quadro de fobia social: (a) O comportamento de habilidades sociais é punido na atualidade, tal como foi no passado; (b) A história de punição favorece o surgimento de eventos privados de insegurança e ansiedade, bem como sua permanência; (c) tais contingências também favorecem baixa flexibilidade comportamental, o que é agravado por poucos modelos e modelagem de comportamentos alternativos (por exemplo habilidades sociais); (d) emissão de respostas de fuga/esquiva de punição imediata; (e) alguma evidência de influência biológica, pois ocorre timidez em todos os membros da família. Ademais, os resultados indicaram fatores psicológicos e influências sociais, como, exposição crônica a estressores ambientais e críticas nos anos iniciais da vida, indicando que o ambiente familiar dos participantes favoreceu pouca expansão de repertório social e reforçou o padrão de comportamento fóbico. A inibição comportamental hereditária é comumente um antecedente ao desenvolvimento do transtorno de ansiedade social (FURMARK, 2000; STEIN; STEIN, 2008). Essas condições históricas e atuais, justificam os *déficits* e excessos comportamentais comuns observados no repertório social dos participantes 1, 2 e 3. De maneira geral, concluiu-se que o quadro de fobia social, para os participantes estudados, é multideterminado, em que co-existem variáveis hereditárias, históricas e atuais, concordando com Furmark (2000), Mais (2003) e Stein e Stein (2008).

Com a análise do Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários (Q-ACC-VU), o qual verifica a frequência e a forma como o participante se comporta nas diferentes situações interpessoais, observou-se Potencialidades e Dificuldades no repertório inicial dos participantes. Nas medidas de Linha de Base, exceto P2, os participantes apresentaram escore não-clínico para Potencialidade, contudo com alto custo de resposta na emissão desses comportamentos, pois apresentaram escore clínico para Dificuldade nas mesmas medidas. Uma hipótese levantada é que possivelmente a forma utilizada para expressar as habilidades sociais não seja competente a ponto de obter, como consequência, reforçadores positivos e sentimentos positivos associados, deixando o indivíduo mais sob controle da dificuldade (ansiedade). De acordo com o referencial teórico da Análise do Comportamento, a dificuldade de emitir comportamento socialmente habilidoso reduz a probabilidade do sujeito de obter reforçadores positivos e, por consequência, ampliar

o repertório comportamental, dificultando sua atuação diante de estimulação aversiva. A dificuldade de emitir operantes positivos somada a um ambiente pobre de reforçadores, sugere pouca probabilidade de que respostas alternativas à resposta-problema (no caso a ansiosa) sejam estabelecidas e mantidas (ZAMIGNANI; BANACO, 2005), necessitando de intervenção clínica.

A comparação das medidas de Linha de Base das categorias do Q-ACC-VU evidenciou que as dificuldades mais exacerbadas dos participantes estavam relacionadas às habilidades de Expressão de Sentimento, Crítica e Falar em Público, habilidades conflitantes para fóxico social, devido ao temor de situações nas quais seu desempenho pode ser exposto a avaliação dos outros (APA, 2002) e por ser hipersensível a críticas e avaliações (SILVARES; MEYER, 2000; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2002). O repertório pobre em expressão de sentimento também está relacionado a dificuldades identificadas no repertório de universitários (DEL PRETTE et al., 2004; BOLSONI-SILVA, 2009c). Contudo os universitários dos estudos citados não tiveram medidas acerca de transtornos psiquiátricos.

A análise dos resultados do escore total do IHS-Del-Prette obtidos nas avaliações de Linha de Base permitiu verificar os *déficits* no repertório de HS dos participantes, quando comparados aos indivíduos não-clínicos que compõem a amostra de referência do instrumento (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001a). Os participantes 1, 2, 3 e 4 receberam indicação para treinamento em HS, em todas as avaliações de Linha de Base, com o valor de escore muito abaixo do valor de repertório médio e demasiadamente distante do escore proposto para repertório bastante elaborado de HS. Esse resultado é concordante com os achados de outros estudos os quais evidenciaram que indivíduos com elevados níveis de ansiedade social apresentam inferior repertório de habilidades sociais em comparação com indivíduos não ansiosos (BAKER; EDELMANN, 2002; STRAHAN, 2003; THOMPSON; RAPEE, 2002; WENZEL et al., 2005). Ademais, o déficit observado no repertório dos participantes do estudo em questão é semelhante aos achados de Bolsoni-Silva et al. (2010) e Pacheco e Rangé (2006), os quais indicaram que 35% dos universitários avaliados no primeiro estudo e 62% dos avaliados no segundo, precisavam de algum tipo de assistência que promovesse o desenvolvimento das habilidades sociais. Contudo, vale ressaltar que os estudantes avaliados pelos autores não foram avaliadas quanto à saúde mental, sendo os resultados obtidos, indicativo de problemas de adaptação para a vida universitária, o que se torna agravante para os fóxicos sociais os quais, além do repertório escasso em habilidades sociais, ainda precisam enfrentar as dificuldades impostas pela adaptação universitária.

Tendo em vista os parâmetros normativos do IHS, considerando as características de gênero, os participantes apresentaram indicação para treinamento em habilidades sociais e repertório social abaixo da média, para os seguintes fatores: (1) Enfrentamento e auto-afirmação com risco, concordando com os achados de Bandeira e Quaglia (2005). As autoras encontraram queixas relacionadas à dificuldade em solicitar mudança de comportamento e situações negativas de expressar insatisfação, em uma amostra de 40 universitários, sem diagnóstico psiquiátrico. Esse fator está relacionado à condição do fóbico social, o qual evita enfrentar contingências ambientais aversivas, por medo de demonstrar fraqueza e ter o desempenho avaliado negativamente (BURATO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009). (2) Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo, dados em conformidade com os achados do Q-ACC-UV (no presente estudo), com Del Prette et al. (2004) e com Bolsoni-Silva (2009c). A expressão de sentimento positivo parece ser uma dificuldade do universitário, além disso, os pais de fóbicos sociais costumam ser menos carinhosos que outros pais (KAPLAN; SADOCK; GREBB (1997), o que pode agravar essa dificuldade. (3) Conversação e desenvoltura social, dificuldade também encontrada no estudo de Strahan (2003), o qual verificou que os estudantes com ansiedade social apresentavam dificuldades significativamente maiores na habilidade verbal de expressar-se socialmente, na interpretação adequada da comunicação verbal dos outros. Esse dado é coerente, visto que o fóbico social avalia negativamente o próprio desempenho social, mesmo quando foi habilidoso (SILVARES; MEYER, 2000; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2002) apresenta elevada exigência, o que favorece avaliações negativas (WALSH, 2002). (4) Auto-exposição a desconhecidos e situações novas. Dificuldade também relacionada à fobia social devido ao medo característico e anseio de evitar as situações sociais de exposição (BURATO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009) e dificuldades significativas na habilidade de apresentar-se e desempenhar papéis (STRAHAN, 2003). Esse resultado encontra proximidade também com dados de universitários, como os encontrados por Boas; Silveira e Bolsoni-Silva (2005), Del Prette et al. (2004) e Pacheco e Rangé (2006).

A caracterização das habilidades e *déficits* pré-existentes no repertório em habilidades sociais dos participantes permitiu que o procedimento de intervenção (BOLSONI-SILVA, 2009c) fosse focado no desenvolvimento de respostas alternativas às respostas ansiosas já instaladas, bem como na promoção do contato do participante com eventos reforçadores. Portanto, o procedimento foi coerente com a proposta de Goldiamond (1974/2002) e com a Análise do Comportamento, visto que o comportamento patológico foi considerado um operante competente.

Na sequência são discutidos os dados dos participantes, obtidos após a intervenção e em seguimento, quatro meses depois. Começando pelos dados de P1 e P3, seguido dos de P2.

Na aplicação pós-intervenção do instrumento Q-ACC-UV, os participantes 1 e 3 mostraram melhora na Potencialidade, demonstrando ampliação do repertório de habilidades sociais, contudo, mantiveram a classificação clínica para Dificuldade, com redução do escore de P3 e aumento no escore de P1. A diferença no escore de Dificuldade de P1 e P3 pode estar relacionada ao momento da graduação e ao tipo de moradia. P1 estava no primeiro ano da universidade, ao passo que, P3 estava cursando o último ano. Segundo os achados de Bolsoni-Silva et al. (2010), universitários dos primeiros e segundos anos apresentam maiores *déficits* comportamentais. P3 morava sozinho há, aproximadamente, 10 anos, necessitando frequentar algumas situações sociais por conta disso, como por exemplo, supermercado, agência bancária, viagens de ônibus para a casa dos pais (residiam em outra cidade). Já P1, havia mudado da casa dos pais há pouco mais de um ano e morava com um amigo e esse amigo era responsável pelas compras do supermercado, pagamento de contas em bancos e, quando P1 viajava para a casa dos pais, com receio de dividir o banco do ônibus com estranho, convidava o amigo para ir junto. Preferia caminhar quatro quilômetros para chegar até a universidade a enfrentar a companhia de estranhos em um transporte público. No decorrer das intervenções, P1 deixou de emitir respostas de esquiva diante dessas situações perturbadoras e passou a se expor às novas contingências, emitindo novos operantes e testando se as consequências do passado ainda ocorriam na atualidade, melhorando sua Potencialidade, embora apresentasse Dificuldade.

Na avaliação de seguimento, P1 reduziu a Potencialidade, embora tenha mantido escore superior ao apresentado em Linha de Base, e manteve o escore clínico para Dificuldade. Ao passo que, P3 aumentou o escore de Potencialidade e deixou a condição clínica para Dificuldade. Esses dados sugerem a efetividade do procedimento de intervenção, pois, ampliou o repertório de Potencialidade de P1 e P3, ainda que não tenham sido esgotadas as Dificuldades apresentadas por P1.

No que se refere às categorias do Q-ACC-UV, P1 e P3 mostraram melhoras nas categorias Críticas e Falar em Público, afastando-se dos critérios para fobia social, como o temor de situações nas quais poderiam comportar-se de maneira humilhante ou embaraçosa e da consequente desaprovação dos outros (APA, 2002). Ampliaram o escore de Contexto, Comportamento Habilidoso e Consequência Positiva, o que indica que passaram a se expor com maior frequência e em diferentes situações, emitindo comportamento socialmente habilidoso e sendo reforçados positivamente. Em outras palavras, passaram a emitir operantes

de forma a favorecer a obtenção de reforçadores (BOLSONI-SILVA, 2002). P3 também apresentou melhora na categoria Opiniões, afastando-se do medo de ter o desempenho exposto à avaliação negativa (APA, 2002). Em seguimento, tais ganhos foram mantidos por P3, sugerindo que a consequência reforçadora manteve a frequência da resposta (SKINNER, 1974/2006), diferente de P1 que manteve o resultado positivo somente para as categorias Crítica e Falar em Público. Todavia, é pertinente ressaltar que essas categorias estão diretamente relacionadas à queixa do cliente, bem como ao diagnóstico de fobia social. Uma hipótese para o impedimento na manutenção dos ganhos por P1 pode ter sido o alto custo da resposta socialmente competente, como pode ser observado no escore de Dificuldade, bem como ao fato de suas dificuldades estarem há mais tempo instaladas e generalizadas.

Quanto à categoria Expressão de Sentimento, não foram observadas melhoras nos escores dos participantes, tanto na avaliação pós-intervenção, como em seguimento, concordando com o estudo de Bolsoni-Silva (2009c), no qual os universitários obtiveram ganhos após a intervenção, porém, insuficientes para alterar a condição clínica. Essa habilidade foi avaliada por Del Prette et al. (2004) como *déficit* no repertório de estudantes universitários de diferentes localidades.

A análise dos itens do Q-ACC-UV permitiu verificar que, nas avaliações pós-intervenção, os participantes 1, 2 e 3 aumentaram o acesso à Consequência Positiva com todos os interlocutores. P1 e P3 também ampliaram o escore de Contexto, o que indica aumento da variedade de situações de interação social quanto à exposição e redução das consequências negativas disponibilizadas pelos interlocutores. As consequências negativas favoreciam a manutenção do comportamento de fuga/esquiva de situações sociais, bem como o desenvolvimento consequências negativas pelo próprio indivíduo (sentimentos negativos). Tais dados concordam com Abib (2001), o qual assinala que sentimentos de desprazer estão relacionados a contingências aversivas e, sentimentos de prazer, a contingências reforçadoras.

Os dados de Frequência de P2 reduziram o escore, possivelmente em decorrência do autoconhecimento promovido no repertório da participante. Inicialmente, P2 relatou ter boa interação com as pessoas, contudo, no decorrer das sessões o relato verbal mudou, tornou-se um tato puro (SKINNER, 1957/1978), mais coerente com a realidade vivida. P2 observou que pouco interagiu com as pessoas e passou a se inserir em momentos de interação. Como pode ser observado na Tabela 11, na análise pós-teste os escores reduziram e começaram a aumentar em seguimento. Para Skinner (1953/2000), o autoconhecimento não é inato, e sim construído na interação com a comunidade verbal, a qual exige que os indivíduos descrevam o seu comportamento, como também as variáveis das quais é função. Nessas circunstâncias,

coube a terapeuta estimular o autoconhecimento de forma a ajudar a participante a descrever suas dificuldades, antecedentes e consequentes, relacionando com as reservas comportamentais para, então, estimular a emissão de novos operantes (como pode ser observado em resultados, na seção “exemplo de atuação da terapeuta”). Daí a importância do estudo de caso realizado antes da intervenção.

A análise dos resultados encontrados com a avaliação do IHS permitiu verificar que os participantes 1 e 3 apresentaram aumento substancial no escore total após a intervenção. Com esse aumento, P3 deixou a indicação clínica para treinamento em habilidades sociais na avaliação pós-intervenção e manteve o ganho, em seguimento, o que revela a promoção de comportamento socialmente competente, a partir da intervenção realizada. Embora P1 também tenha apresentado ganho expressivo, não foi suficiente para superar a condição clínica, mantendo a indicação para treinamento em habilidades sociais, tanto na avaliação após a intervenção, quanto em seguimento. A manutenção clínica do escore de P1 pode estar relacionada ao fato desse participante ter relevado, nas avaliações de Linha de Base, um escore muito abaixo do valor mínimo representado pela amostra normativa do instrumento. Esse dado é coerente com a Dificuldade avaliada pelo Q-ACC-UV, pois ao avaliar comportamento e contexto, o instrumento mostrou as Potencialidades do cliente e os ganhos após a intervenção, bem como a Dificuldade clínica mantida após a intervenção e em seguimento.

Em relação aos fatores do IHS, o ganho mais expressivo foi apresentado pela participante 3. P3 melhorou o escore de todos os fatores, saiu da indicação clínica apresentada nos fatores 2 e 3 no pré-teste, passando para Repertório Bastante Elaborado de Habilidades Sociais, mantendo essa classificação em seguimento. No fator 5, embora P3 tenha melhorado o valor do escore, manteve a classificação de Repertório Acima da Média. Os dados de P3 superaram os obtidos por Bolsoni-Silva et al. (2009), por Boas; Silveira e Bolsoni-Silva (2005) e por Bolsoni-Silva (2009c). No primeiro estudo, a intervenção foi realizada com nove universitários clínico e seis não-clínico no IHS. No pós-teste os autores observaram melhoras nos Fatores 1 (enfrentamento e auto-afirmação com risco), 3 (conversação e desenvoltura social) e 4 (auto-exposição a desconhecidos e situações novas). No segundo estudo, realizado com quatro universitários com queixas de dificuldades interpessoais, sem indicativo clínico no IHS e sem transtorno, para observar os ganhos, foi preciso desmembrar os Fatores em itens. Nos dados pós-teste de Bolsoni-Silva (2009c), a melhora comum do grupo foi nos Fatores 1 e 4. A melhora no desempenho socialmente habilidoso de P3 vai na mesma direção da superação da queixa apresentada, bem como dos critérios diagnóstico de fobia social

(APA, 2002), com destaque para os Fatores 1 (enfrentamento e auto-afirmação com risco), 3 (conversa o e desenvoltura social) e 4 (auto-exposi o a desconhecidos e situa oes novas), os quais estão relacionados com o medo da desaprova o e rejei o dos outros.

O participante 1, após a interven o, melhorou os escores dos Fatores 1 (enfrentamento e auto-afirma o com risco), 2 (auto-afirma o na expressão de sentimento positivo) e 3 (conversa o e desenvoltura social), corroborando com os dados de Bolsoni-Silva et al. (2009). Vale ressaltar a melhora de P1 e P3 em auto-afirma o na expressão de sentimento positivo, visto que   uma dificuldade dos universitários sem transtorno (DEL PRETTE et al., 2004; BOLSONI-SILVA et al., 2009). Todavia, essa habilidade ainda precisa ser aprimorada no repertório de P1, pois sua classifica o passou de Indica o para THS para Repertório Abaixo da M dia e não se manteve em seguimento, retornando para a condi o clínica.

Embora o ganho de P1 em enfrentamento e auto-afirma o com risco tenha sido substancial na avalia o p s-interven o e, quadruplicando o valor de Linha de Base, na medida de seguimento, não foi suficiente para sair da condi o clínica. Uma explica o para esse dado pode ser decorrente do escore inicial do cliente (1,13) estar muito aquém do valor mínimo determinado pela amostra normativa do instrumento (2,81). Além disso, enfrentamento e auto-afirma o correspondem   habilidade de lidar com situa oes interpessoais que requerem afirma o dos próprios direitos, preservando auto-estima em situa oes que apresentem a possibilidade de rea o indesejável do interlocutor, o que   diretamente relacionado aos critérios diagnóstico de fobia social (APA, 2002), demonstrando o quanto esse transtorno acarretava prejuízo para o funcionamento diário de P1, concordando com Collimore e Asmundson (2009). Tal dificuldade também pode ser agravada em decorrência de P1 ser aluno do segundo ano, pois, de acordo com Bolsoni-Silva et al. (2010), universitários dos primeiros e segundos anos apresentam maiores *déficits* comportamentais nas habilidades de comunica o, expressividade e resolu o de conflitos.

Na medida de seguimento, além da manuten o do escore do Fator 1 (já discutida), P1 manteve os ganhos no Fator 3 (conversa o e desenvoltura social) e superou no Fator 4 (auto-exposi o a desconhecidos e situa oes novas). No Fator 3 saiu da condi o clínica para Repertório Bastante Elaborado e no Fator 4, saiu de Repertório Abaixo da M dia para Repertório Acima da M dia. O desenvolvimento de repertório socialmente habilidoso nesses fatores merece destaque tendo em vista que estão diretamente relacionados   queixa apresentada, bem como com os critérios diagnósticos de fobia social (APA, 2002),

demonstrando superação do comportamento de esquiva (SIDMAN, 1995) e emissão de novos operantes (SKINNER, 1974/2006).

Tal como no estudo de Bolsoni et al. (2009), P1 não apresentou melhoras no Fator 5 (autocontrole da agressividade), contudo, mostrou redução, saindo de Repertório Bastante Elaborado para Repertório Abaixo da Média. Segundo Del Prette et al. (2004), os universitários apresentam dificuldade para lidar com a habilidade de autocontrole da agressividade. Essa mudança no repertório de P1 pode ser decorrente de maior exposição a situações de interação, nas quais ainda está aprimorando o comportamento socialmente habilidoso, deixou de emitir respostas passivas, porém, em alguns momentos passou a reagir de maneira agressiva. Para ilustrar, P1 se queixava que os amigos o chamavam de “*stand by*”, querendo dizer que ele estava em um modo de descanso, não estava interagindo, embora estivesse acordado, aguardando o outro fazer a interação. Diante desse apelido, P1 ficava calado, mesmo não gostando. No decorrer das sessões, passou a responder, dizer que não gostava, mas nem sempre o fazia de maneira habilidosa, sendo agressivo com os colegas. Esse dado demonstra a melhora no comportamento de P1, ainda que haja a necessidade de aprimorar as respostas recém-instaladas, como a habilidade de solicitar mudança de comportamento. Todavia, dificuldade em lidar com situações negativas de expressar insatisfação e de solicitar mudança de comportamento foram encontradas no repertório de universitários (BANDEIRA; QUAGLIA, 2005).

A análise dos itens do IHS nas medidas pós-intervenção revelaram ganhos ainda mais expressivos no repertório de habilidades sociais, nos sintomas e fobia social e na queixa apresentada pelos participantes 1 e 3.

O participante 1, que preferia andar mais de quatro quilômetros e arriscar usar o transporte público e precisar interagir com pessoas, passou a “manter conversa e fazer pergunta a desconhecido” e a “cumprimentar desconhecidos”, itens avaliados com escore zero nas avaliações de Linha de Base, revelando a emissão de novos operantes (SKINNER, 1974/2006). Ademais, P1 relatou que não aceitava elogios, visto que era muito exigente com seu desempenho – característica do transtorno de fobia social (APA, 2002), no entanto, a análise dos itens demonstrou que o participante passou a “reagir a elogio” de maneira adequada.

P1 e P3, inicialmente, eram tipicamente tímidos ao conhecer novas pessoas, quietos em grupos e arredios em ambientes sociais desconhecidos, características coerentes com a fobia social (BURATO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009; STEIN. STEIN, 2008). Após a etapa de intervenção, os participantes relataram maior entrosamento em grupo, estabelecimento de

amizades, o que foi confirmado com a análise dos itens “participar de conversação, encerrar conversação, fazer pergunta a conhecido, pedir ajuda a amigos, expressar sentimento positivo e pedir favores a colegas”, habilidades inexistente ou existente com baixa frequência no repertório comportamental dos participantes. O mesmo ocorreu para habilidades como “discordar do grupo, recusar pedidos abusivos e expressar desagrado a amigos”, as quais além de ser uma dificuldade encontrada no repertório de fóbico social também representam uma dificuldade no repertório de universitários (BANDEIRA; QUAGLIA, 2005; BOLSONI et al., 2009; DEL PRETTE et al., 2004), o que poderia ampliar o *déficit* da população estudada na presente pesquisa.

A melhora nos itens do IHS, somada ao aumento no escore de Consequência Positiva, na análise dos itens do Q-ACC-VU, indica a evolução no desempenho dos participantes, a melhora do comportamento socialmente habilidoso (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999), sobretudo, o aumento na emissão de operantes que maximizam os ganhos em relação interpessoal (BOLSONI-SILVA, 2002), além das melhoras nos sintomas do transtorno de fobia social (APA, 2002).

A análise dos dados da participante 2, na avaliação do instrumento Q-ACC-UV, indicou um resultado inesperado após a intervenção, não demonstrando ganhos efetivos e queda na Potencialidade e nas categorias Expressão de Sentimento, Opiniões, Críticas, Comportamento Habilidoso e Não-Habilidoso e Consequência Positiva, embora tenha mostrado redução em Dificuldade. Em seguimento, P2 retornou aos escores de Linha de Base em Potencialidade, em Dificuldade e nas categorias, à exceção da categoria Consequência Positiva e Comportamento Não-Habilidoso, nas quais mostrou aumento. Ao Emitir comportamento não-habilidoso, a participante obtém ora consequência positiva, ora consequência negativa. Dessa maneira, seu comportamento inadequado pode estar sendo mantido por reforçamento intermitente, tornando-se mais resistente à extinção (CATANIA, 1999) ou a modificação mediante intervenção. Essa condição pode estar atrelada ao fato de P2 não discernir claramente a diferença entre brincadeira e crítica. Os exemplos que P2 apresentava nos encontros para ilustrar alguma brincadeira, sempre apresentava conteúdo de crítica. A título de exemplo, certa vez, P2 estava com um grupo de pessoas em um evento da igreja e quis iniciar conversa com uma menina que não conhecia. Para tanto, P2 perguntou a garota porque ela não estava usando crachá. A menina sorriu e disse que esqueceu. No intuito de fazer uma brincadeira, P2 questionou se a garota havia esquecido o crachá ou esquecido de pagar o evento. A menina respondeu que estava se referindo ao crachá e se afastou. Os demais amigos apontaram o comportamento de P2 como grosseiro e ela preferiu ficar quieta.

Portanto, reações semelhantes de P2 tinham função punitiva para a audiência, embora, ela atingisse o seu objetivo de expressar desagrado ao outro (desabafo – reforço negativo). Esse dado foi foco de intervenção e trouxe implicações positivas, como poderá ser observado na discussão do IHS-Del-Prette.

Ao analisar o desempenho da participante 2 nos Fatores do IHS, observa-se melhora no Fator 3 (conversação e desenvoltura social) na medida pós-intervenção, deixando a condição clínica e passando para Repertório Acima da Média. Em seguimento, essa melhora não se manteve, reduzindo o escore e retornando à condição clínica, segundo os dados normativos da amostra de referência (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001a). Esse resultado indica que o programa beneficiou P2 na superação do medo de falar em público e da avaliação negativa e possível rejeição por parte dos outros, minimizando prejuízos no funcionamento geral e acadêmico, enquanto estava em operação e logo após. A título de exemplificação, P2 relatou sucesso na solicitação de mudança de horário no estágio, em virtude de um compromisso acadêmico, no qual apresentou um trabalho oral, bem como a obtenção de elogios após apresentação do seu trabalho de conclusão de curso, com redução das condições fisiológicas (taquicardia, rubor, tremedeira) características de ansiedade (SILVARES; MEYER, 2000; OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009). Contudo, esse ganho não se manteve sem monitoria, em seguimento, logo é possível que o número de sessões da intervenção não tenha sido suficiente para possibilitar mudanças comportamentais sem acompanhamento terapêutico, sendo necessário aprimoramento da habilidade treinada.

Já o Fator 4, auto-exposição a desconhecidos e situações novas, embora tenha demonstrado decréscimo na medida pós-intervenção, em seguimento, mostrou o melhor escore obtido, superando as medidas de Linha de Base. A melhora no Fator 5 implica na redução de comportamentos de esquiva diante do evento aversivo (SKINNER, 1953/2000; ZAMIGNANI; BANACO, 2005), deixando o comportamento de P2 incompatível com os critérios diagnósticos de fobia social (APA, 2002).

No Fator 5 (autocontrole da agressividade), P2 mostrou desempenho muito bem estabelecido e consolidado, desde a medida de Linha de Base, oscilando entre Repertório Bastante Elaborado e Repertório Acima da Média. Por outro lado, nos demais Fatores houve redução, o que não significa que a intervenção não tenha trazido benefícios, uma vez que houve crescimento em diversos itens após a intervenção. O aumento no escore dos itens “manter conversa com desconhecidos; falar a público conhecido; participar de conversação; recusar pedidos abusivos; manter conversação; pedir favores a colegas”, sinaliza a melhora na queixa apresentada pela participante, sobretudo, em critérios relevantes do diagnóstico de

fobia social, como o medo de falar em público, medo da desaprovação e/ou rejeição por parte dos outros (APA, 2002; BURATO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009), favorecendo os aspectos acadêmicos como apresentar seminários e desempenhar tarefas diante de outras pessoas (AMERINGEM; MANCINI; FARVOLDEN, 2003) e atividades essenciais para a vida universitária como fazer amizade e trabalhar em grupo (BOAS; SILVEIRA; BOLSONI-SILVA, 2005; DEL PRETTE, DEL PRETTE, 2003; GERK, CUNHA, 2006).

Uma hipótese levantada para o fato de P2 ter apresentado escores mais baixos após a intervenção é a de que o treinamento pode ter contribuído para a auto-observação e autoconhecimento (SKINNER, 1974/2006, 1953/2000) da participante acerca de suas próprias dificuldades.

Com base na análise dos itens, verificou-se que as dificuldades superadas remetiam-se às queixas iniciais de P2, sobretudo as relacionadas com os critérios diagnósticos de fobia social (APA, 2002), tais como dificuldades para falar em público, iniciar e manter conversação (especialmente com desconhecidos), recusar pedido abusivo das colegas de república. A participante melhorou em “fazer pergunta a desconhecido”, “pedir favores a desconhecidos”, “manter conversa com desconhecidos, discordar do grupo e declarar sentimento amoroso”. É importante ressaltar esse ganho, pois P2 evitava qualquer tipo de conversa com desconhecidos, procurando por bancos vazios em transporte público, ficava afastada das pessoas em pontos de ônibus, para evitar que elas solicitassem qualquer tipo de informação, preferia ficar horas procurando por algo ou por um local, a pedir ajuda a estranhos. Esse ganho identificado pelos itens do IHS, condiz com o relato de P2, a qual passou a conversar com pessoas no ponto de ônibus, no grupo de jovens que frequentava na igreja e com alguns familiares do namorado (ainda que com esses fazia com menor frequência). Além disso, não sabia nomear sentimentos, tanto positivos como negativos. Quando era questionada a nomear algum sentimento negativo, suas respostas eram vagas como “isso é tenso”, “não sei, deixo quieto”; e positivos “achei legal”, “bom” e sempre tentava se esquivar de respostas que envolviam descrição de sentimentos. Após esse tema ser trabalhado (encontros 5 e 8 – vide Tabela 3), P2 passou a relatar que sentia raiva, tristeza, quando as colegas de república a incomodavam durante conversas ao telefone, permitindo intervenções mais pontuais para a aquisição de comportamentos equivalentes. As declarações amorosas do namorado que respondia com “também”, “que bom”, passaram a ser respondidas com “gosto de você”, “sinto sua falta”, e a participante passou a declarar seus sentimentos espontaneamente, ligando fora do horário combinado e dizendo que gostava do namorado e

estava com saúde, conseguindo dizer que o amava, nos últimos dias de intervenção. O que revela benefícios para intervenção para sua interação social e afetiva.

Itens relevantes que mostraram melhora, como “pedir mudança de conduta”, “lidar com críticas justas” e “recusar pedido abusivo”, são itens que não entraram em nenhum Fator do IHS, portanto, são descartados da soma do Escore Total, o que pode ter interferido no baixo desempenho apresentado por P2. Esses itens eram análogos à queixa da cliente e a melhora no instrumento também foi comprovada pelo relato da participante nos encontros. Por exemplo, P2 relatou que passou a pedir para as colegas de república deixarem de interferir em suas conversas com o namorado e, quando as mesmas lhe teciam alguma crítica, como em ocasiões que ela deixava de fazer alguma atividade na casa, ao invés de responder com agressividade, indicando alguma falha da colega, P2 passou a acatar a crítica, se desculpar, alterando seu comportamento. De maneira similar, deixou de atender a pedidos avaliados como abusivos, como o uso do seu telefone celular de maneira indiscriminada. Essa melhora favoreceu atividades acadêmicas, como os trabalhos em grupo, pois P2 deixou de aceitar a concentração das atividades em si e a solicitar a execução das atividades pelos integrantes do grupo. Diante desses dados, é possível observar a evolução no desempenho de P2, a melhora do seu comportamento socialmente habilidoso (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999), bem como a emissão de novos operantes competentes na maximização de ganhos na relação interpessoal (BOLSONI-SILVA, 2002) e o distanciamento das características de fobia social (APA, 2002). Essas mudanças no repertório de P2 podem favorecer o aumento na frequência de respostas mais adaptativas e reduzir a ansiedade contingente a situações anteriormente vistas como aversivas.

Considerando que a ansiedade relaciona-se a respondentes condicionados, os quais são subprodutos de contingências aversivas (TOURINHO, 1999), é possível concluir que a aprendizagem de novas estratégias de resolução de problemas favoreceu reduzir aversivos eliciadores de ansiedade, o que, por sua vez, pode ter favorecido a emissão de novas respostas e propiciado melhor relacionamento para P2.

Os resultados encontrados nas avaliações pós-intervenção sugerem que a Terapia Comportamental associada ao Treinamento em Habilidades Sociais foi eficaz ao desenvolver um conjunto de comportamentos referentes às queixas relatadas pelos participantes, ainda que algumas não puderam ser superadas. O programa pode ser considerado como tratamento, pois foi composto por participantes que apresentavam o diagnóstico de fobia social, obtido a partir da SCID-I (versão clínica, DEL-BEN et al., 2001). As poucas aquisições obtidas por P2, podem estar relacionadas ao fato das suas dificuldades estarem instaladas e generalizadas,

sem que a cliente tivesse conhecimento, como também pelo engajamento da participante no processo terapêutico, como poderá ser melhor observado na discussão dos resultados das medidas de processo.

Os resultados obtidos com a entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (SCID-I) sinalizam o efeito positivo do procedimento de intervenção (BOLSONI-SILVA, 2009c) para o tratamento do transtorno de fobia social. Nas medidas pré-intervenção, os participantes 1, 2 e 3 foram diagnosticados como fóbicos sociais, contudo na avaliação após a intervenção e em seguimento, quatro meses depois, os participantes não apresentavam os critérios para o transtorno. Essa condição pode ser atribuída à intervenção, visto que nas medidas de Linha de Base o diagnóstico se manteve inalterado, bem como nas avaliações de P4, o qual não foi exposto à intervenção e manteve o diagnóstico de fobia nas três medidas de avaliação, realizadas em momentos diferentes. Vale ressaltar que a superação do transtorno de fobia social somada ao desenvolvimento de habilidades importantes para o relacionamento interpessoal pode contribuir para a adaptação à universidade (BAKER, 2003; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999; GERK; CUNHA, 2006), bem como para interações mais saudáveis tanto no contexto pessoal quanto profissional dos participantes (CABALLO, 1996)

Com base na análise dos resultados do Mini-SPIN, verificou-se que, embora os participantes 1 e 2 tenham deixado de apresentar o diagnóstico de fobia social, mantiveram indicativos para o transtorno. Uma hipótese levantada para esse fato é que, com a ampliação do repertório de habilidades sociais, os participantes deixaram de emitir comportamento de fuga e esquiva, se expuseram a novas contingências, emitindo novos operantes (SIDMAN, 1995) e dessa maneira, modificaram a resposta ansiosa (SKINNER, 1953/2000; ZAMIGNANI; BANACO, 2005) e a dificuldade mantida (indicativo de fobia) não foi suficiente para acarretar grande sofrimento e prejuízos para o funcionamento diário (COLLIMORE; ASMUNDSON, 2009), critério essencial para a determinação do transtorno.

A comparação das medidas de Linha de Base com as medidas pós-intervenção demonstrou que as mudanças ocorreram somente após a intervenção, o que é coerente com o delineamento proposto. Observa-se que enquanto o treinamento é iniciado para o participante 1, os demais (P2, P3 e P4) permaneceram com as Linhas de Base estáveis, apesar de algumas oscilações nos valores de Potencialidade e Dificuldade (Q-ACC-VU) e no escore total do IHS-Del-Prette. O mesmo ocorre quando o tratamento é iniciado com as participantes 2 e 3, o escore de P4 se manteve em Linha de Base. De acordo com Cozby (2006), no delineamento de Linha de Base Múltipla, o efeito da intervenção é demonstrado quando ocorre mudança no desempenho dos participantes que passaram pela intervenção e manutenção dos níveis da

Linha de Base para os participantes que a intervenção não foi implementada. Esse delineamento permite excluir interpretações baseadas no tempo, na história de aprendizagem e ampliar a consistência para atribuição da mudança à variável independente, representada pelo contexto da intervenção.

7.2 Análise das medidas de Processo da Terapia Comportamental como Treinamento em Habilidades Sociais sobre o desempenho social dos participantes, acompanhado sessão a sessão.

A medida processual obtida com a aplicação da *checklist*, respondida pelos participantes no início das sessões de intervenção, permitiu verificar a quantidade de interação que os participantes realizavam durante a semana, os diferentes interlocutores e o aumento no número das interações no decorrer da intervenção. Todos os participantes mostraram aumento na quantidade de interações, na emissão de comportamentos adequados, com destaque para a interação com os pais (P1 e P3), com o namorado (P2) e com a vizinha (P3), com manutenção do número de interlocutores, exceto P3 que ampliou a interação com pessoas desconhecidas e com a vizinha. Esses resultados atestam para a importância de promover repertório socialmente habilidoso mais do que reduzir aversivos, pois embora os participantes tenham apresentado Potencialidade (Q-ACC-UV) antes da intervenção, havia indicação clínica para o repertório de habilidades sociais (IHS-DEL-PRETTE), o que era coerente com a queixa apresentada e com os critérios do transtorno de fobia social (APA, 2002). O aprimoramento da interação social está de acordo com Goldiamond (1974/2002) que sugere a ampliação de respostas funcionalmente equivalentes mais do que reduzir respostas inapropriadas.

Do primeiro bloco de sessões (1 a 4) para o segundo (5 a 8), P2 mostrou substancial aumento no número de interações, sobretudo com a mãe, amigos e namorado, e redução no número de comportamentos inadequados, revelando ganhos no processo de intervenção. As respostas positivas reduziram na etapa seguinte, mantendo superioridade para três interlocutores (pai, irmão e namorado) e queda para dois interlocutores (mãe e amigos), quando comparados aos escores iniciais. Já os escores das respostas inadequadas se mantiveram. Esse dado era observado e comentado pela participante, a qual justificava a redução de sua interação ao fato de estar escrevendo o trabalho de conclusão de curso e fazendo estágio ao mesmo tempo, reduzindo seu tempo para interagir com as pessoas, visitando menos a família, o namorado e os amigos (da faculdade e residentes da cidade dos pais). Além disso, a maior parte dos amigos era proveniente da universidade e estavam

vivenciando a mesma sobrecarga de trabalhos e estágios, dispensando menos tempo para interação. Todavia, P2 apresentou algumas tentativas para evitar o distanciamento, como telefonar, escrever bilhetes e enviar mensagem por celular (SMS), embora ainda encontrasse algumas dificuldades, pois na república onde morava havia apenas um computador, sendo necessário dividir com as outras quatro moradoras e o valor dos créditos em seu celular era reduzido.

A redução de comportamentos inadequados observada na *checklist* corrobora com a melhora nos itens do IHS “recusar pedidos abusivos e discordar do grupo”, situações em que P2 era agressiva com os amigos. A medida da participante nessa avaliação também complementa o seu ganho menos expressivo com a intervenção. Ao comparar a interação social de P2 com os participantes 1 e 3, observa-se que P2 interagiu menos e com um número mais restrito de pessoas, refletindo maior dificuldade. Ademais, ficar ansiosa ao ter que falar com alguém lhe provia atenção de alguns amigos que se aproximavam para perguntar se estava tudo bem e do namorado que a admirava por ser “comportada” (quieta, não participava de festas da universidade, não bebia), portanto, P2 obtinha atenção e reforçamento social mesmo interagindo pouco, o que pode ter contribuído para a resistência à mudança.

O participante 1 reduziu o número de comportamentos inadequados e ampliou os adequados, aumentando o número de interlocutores, como a vizinha com quem passou a interagir no final da intervenção. Com os amigos, vale ressaltar que, embora o número de interação tenha apresentado estabilidade, P1 relatou diferentes locais de interação, como reunião na casa de amigos, idas a lanchonetes, não se restringindo mais o contato ao contexto da universidade, revelando mudanças nas condições ambientais.

O ganho na interação da participante 3 foi excelente, pois no primeiro dia da intervenção ela advertiu que duvidava que a terapeuta (pesquisadora do presente trabalho) fosse capaz de convencê-la a se aproximar de pessoas, a tecer amizades, principalmente com a mãe. Além disso, P3 participou somente de 8 sessões em virtude da sua mudança de cidade. Embora a participante também tenha aumentado a frequência de comportamentos inadequados, buscou aproximação com os pais e amigos. Com amigos, o comportamento precisava ser aprimorado, pois diante de rejeição, como quando os amigos não retornavam seus e-mails ou telefonemas, P3 tendia a se afastar ou a responder de maneira agressiva, necessitando de apoio terapêutico.

No decorrer da intervenção, os participantes relataram menos medo e ansiedade diante de interação social, e, conseqüentemente, apresentaram menos respostas de fuga e esquiva. Essa mudança pode ser atrelada ao fato da intervenção ser focada na Análise do

Comportamento, a qual considera ansiedade e medo como eventos privados indicadores de contingências aversivas (ABIB, 2001) e, como tal, foram analisadas funcionalmente (SKINNER, 1945) e substituídas por respostas equivalentes, como habilidade de comunicação e resolução de problemas, aumentando as contingências reforçadoras e reduzindo as aversivas. Essa afirmação corrobora com os achados de Strahan (2003), o qual verificou relação entre melhoras nas interações sociais e redução dos sintomas de ansiedade de fóbicos sociais.

Outro ganho que a medida processual *checklist* permitiu observar foi em relação à auto-avaliação do desempenho em interação social, bem como a avaliação dos outros.

Os participantes 1, 2 e 3, inicialmente, avaliaram sua interação social como insatisfatória, considerando o próprio desempenho como negativo, concordando com Burato, Crippa e Loureiro (2009); Silvares e Meyer (2000); Del Prette e Del Prette (2002). Segundo Walsh (2002), fóbicos sociais apresentam auto-avaliações apoiadas em julgamentos idealizados, baseados em comparações e avaliações de competência social relacionadas à elevada exigência, o que favorece avaliações negativas. Essa condição foi alterada com a intervenção, os participantes passaram a avaliar o próprio desempenho como satisfatório, o que pode ser decorrente da melhora no comportamento socialmente habilidoso, bem como submissão do comportamento a regras que realmente descrevem contingências (BAUM, 2006), diferente do que ocorria, pois avaliavam negativamente o próprio desempenho social, mesmo quando eram habilidosos (SILVARES; MEYER, 2000; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2002).

Em relação à avaliação dos outros, no início P1 identificou a avaliação do seu repertório como insatisfatório pelas pessoas de sua convivência. No entanto, essa condição foi alterada para satisfatória, com o passar dos encontros, coincidindo com o aumento no número de interações e com a avaliação positiva do próprio comportamento, sugerindo a emissão de comportamento socialmente competente, de tal modo que P1 passou a atingir seu objetivo em situação interpessoal e manteve uma relação equilibrada e positiva com o seu interlocutor (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999). Em outras palavras, P1 passou a emitir novos operantes e a conseguir reforçadores (BOLSONI-SILVA, 2002).

Já P2 e P3, desde o início, consideraram que as pessoas avaliavam seus comportamentos como satisfatórios. Essa avaliação pode estar pautada no fato de ambas considerarem que os familiares e amigos confiavam nelas para contar seus problemas, suas dificuldades e elas ouviam com atenção.

A análise da avaliação de desempenho, respondida pelos participantes ao final de cada sessão, permitiu verificar o envolvimento dos participantes na intervenção proposta. P1 relatou satisfação com o próprio desempenho em todas as sessões, destacando o seu envolvimento com as atividades propostas durante o atendimento e a generalização dessa melhora, observando evolução no desempenho fora da sessão, comprovando os resultados positivos obtidos nas avaliações de produto. P2 demonstrou satisfação com seu desempenho nas sessões de um a três, observando melhora no desempenho e também dificuldade. Na quarta sessão P2 relatou insatisfação com seu desempenho, relevando que havia sido “furtiva” às respostas. Essa avaliação de P2 era coerente com a observação da terapeuta, pois a participante desviava o olhar durante todo o tempo, se esquivava das perguntas, respondendo de maneira vaga, com palavras como “tenso”, “difícil”, ou apenas sorrindo e ficando calada. Na sessão seguinte, quinta, a terapeuta solicitou mudança de comportamento da participante, a qual se envolveu na sessão, passou a manter contato visual, engajou-se nas atividades e avaliou seu desempenho como satisfatório, observando melhoras em seu repertório durante o treino, ainda que com algumas dificuldades. A partir de então, o relato de dificuldade foi substituído pela satisfação e melhora. Já P3 revelou insatisfação com seu desempenho nas primeiras sessões, mudando o relato para satisfação, envolvimento nas atividades e melhora no desempenho.

A análise dos dados obtidos com a tarefa de casa permitiu verificar o engajamento dos participantes no processo terapêutico, pois de um total de 11 sessões, P1 realizou 10 tarefas, P2 realizou todas e P3 realizou seis (das oito sessões que participou). Os participantes mantiveram a emissão do comportamento alvo em diferentes contextos, com pessoas com diferentes níveis de relacionamento, apresentado novos operantes (SIDMAN, 1995; SKINNER, 1974/2006), deixando de apresentar respostas ansiosas de fuga e esquiva, características do transtorno de fobia social (APA, 2002; SKINNER, 1953/2000; ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

Diante das novas exposições, observaram sentimentos negativos com baixa frequência, o que indica redução de contingências aversivas (ABIB, 2001) na interação social. Passaram a observar sentimentos positivos, corroborando com os achados de Strahan (2003) e Zaider e Heimberg (2003), os quais verificaram, ao intervir com fóbicos sociais, que ao melhorar suas interações sociais, reduziam os sintomas de ansiedade.

Nas sessões de cinco a oito, nas quais as tarefas exigiam a emissão de habilidades recém adquiridas, bem como de sessões anteriores, os participantes observaram dificuldade em recepção de *feedback* negativo. Todavia, não se esquivaram da situação social temida e

avaliaram o próprio desempenho como bom. A avaliação positiva do próprio desempenho merece destaque, pois fóbicos sociais costumam avaliar negativamente o próprio desempenho social, mesmo quando são habilidosos (SILVARES; MEYER, 2000).

Diante dos dados nota-se que a aplicação das tarefas de casa propiciou aos participantes a realização de análises funcionais, ao registrar o próprio comportamento, seus antecedentes e consequentes, sendo expostos a reforçamento social natural, além dos arbitrários dispensados pela terapeuta na sessão. Durante as discussões das tarefas a terapeuta questionava quais foram as consequências para a emissão do comportamento social solicitado (seguindo o planejamento apresentado na Tabela 3) fora da terapia. Dessa maneira, os participantes tornaram-se mais sensíveis aos reforçadores naturais, obtendo mais consequências positivas ao interagir e afastando-se de aversivos. Ademais, a exposição às interações favoreceu auto-observação e autoconhecimento relacionado às habilidades sociais, indicando quais comportamentos precisavam ser aprimorados.

As discussões de tarefa de casa facilitava a aplicação de técnicas, como ensaio comportamental e análise funcional diante de dificuldades específicas do participante, portanto, embora houvesse um planejamento estruturado, as discussões e orientações da terapeuta eram condizentes as dificuldades singulares do participante. As discussões realizados com os participantes (ver exemplos da atuação do terapeuta) foram úteis para que esses pudessem observar e descrever o próprio comportamento, discriminando as dificuldades enfrentadas e os eventos dos quais o comportamento era função (STURMEY, 1996; VANDENBERG, 2002), o que permitia desenvolver repertório alternativo ao comportamento-problema (GOLDIAMOND, 1974/2002).

As medidas de avaliação processual permitiram verificar o processo de mudança de comportamento momento a momento da intervenção, dados que não poderiam ser detectados a partir das avaliações de produto, como as mudanças relacionadas à resistência e ao engajamento na sessão. P2 e P3 apresentaram recusa explícita em cooperar (RANGÉ, 1998), ao se esquivar das perguntas da terapeuta dando respostas vagas e imprecisas, evitando contato visual (P2) e intimidando a terapeuta com ameaça de agressividade (P3). Contudo, na medida em que a resistência apareceu como um obstáculo ao resultado positivo, a atuação da terapeuta se deu no sentido de superá-la, sendo coerente com terapia analítico-comportamental, a qual postula que a terapia deve minimizar os efeitos originados da punição, como medo, ansiedade, resistência, reações emocionais de revolta, raiva e depressão sobrevindas das agências educacionais, governamentais e religiosas (SKINNER, 1953/2000).

A interação estabelecida entre as características do terapeuta e do cliente é denominada por Rangé (1998) como relação terapêutica. Segundo o autor, a relação terapêutica amplia o valor reforçador do terapeuta e evoca atitudes colaborativas no cliente (RANGÉ, 1998). Nessa perspectiva, a terapeuta tornou-se uma audiência não-punitiva e, ao mesmo tempo, reforçadora, o que contribuiu para o aumento da tolerância dos participantes diante da exposição aversiva, aceitando as análises, seguindo as instruções (MEYER; VERMES, 2001) e se expondo a novas contingências e situações, ingressando em atividades necessárias para o bom convívio social e melhora no desempenho acadêmico, as quais eram evitadas pelo intenso desconforto provocado pela fobia social.

Pelos dados obtidos pelos instrumentos que avaliaram o repertório de habilidades sociais, Q-ACC-UV e IHS-Del-Prette, os ganhos no desenvolvimento do repertório de habilidades sociais não foram tão expressivos quanto à superação do transtorno fóbico social. Contudo, é preciso avaliar as diferenças entre os instrumentos aplicados. O Q-ACC-UV avalia as Potencialidades e Dificuldades em contexto de vida universitária e na elaboração desse instrumento, a participação de universitários com fobia social foi mínima. De maneira similar, o IHS avalia dimensões situacionais e comportamentais das habilidades sociais sem o foco em repertório de pessoas com fobia social. Possivelmente, por não estar padronizado para pessoas com repertórios compatíveis com fobia social, que os participantes obtiveram escore muito inferior nos instrumentos e, embora, tenham melhorado consideravelmente o repertório de habilidades sociais, ainda não foi suficiente para sair da condição clínica de Dificuldade (Q-ACC-UV) e da indicação de treinamento de habilidades sociais (IHS) após a intervenção. Vale ressaltar que o Q-ACC-UV e os IHS são os melhores instrumentos publicados para a obtenção de medidas de habilidades sociais com a população de universitários, por isso foram selecionados para coleta de dados da pesquisa.

Na avaliação da SCID-I e do Mini-SPIN, instrumentos que avaliam manifestações expressas de sintomas de fobia social, os participantes melhoraram clinicamente, ou seja, tiveram uma remissão de sintomas suficiente para mudar o diagnóstico. Nessa perspectiva, o tratamento foi efetivo, considerando-se que a terapia tem como função favorecer mudanças comportamentais que conduzam à diminuição do sofrimento e ao aumento de contingências reforçadoras (MEYER; VERMES, 2001).

8 CONCLUSÃO

O procedimento de intervenção adotado no presente estudo orienta os participantes a inicialmente desempenhar o comportamento habilidoso treinado, partindo da habilidade mais fácil para a mais difícil, as quais foram identificadas a partir da literatura da área e dos diagnósticos realizados na fase de avaliação. Com esse procedimento, cada participante pode apresentar evolução diferenciada no processo desenvolvimento de habilidades sociais, dependendo do envolvimento na sessão e da exposição às novas contingências, às novas situações, testando a aquisição do novo repertório e as consequências obtidas com essa mudança.

A Terapia Comportamental combinada com THS favoreceu a realização de análises funcionais comportamentais descritivas, as quais permitiram que os participantes identificassem as variáveis que controlavam seus comportamentos e desenvolvessem estratégias de melhoria dos relacionamentos. O formato individual tornou-se mais propício para o atendimento de fóbicos, pois, inicialmente não precisaram confrontar diretamente com a possibilidade de avaliação dos outros, começando a se expor no decorrer dos atendimentos e partindo das pessoas que eram menos aversivas, o que favoreceu o engajamento dos clientes. O trabalho individual também promoveu ensaios extensos e com repetição, com maior disponibilidade do terapeuta para modelar habilidades específicas, tornando o ambiente terapêutico seguro para emissão de novas respostas, diante de audiência não punitiva (terapeuta). Por outro lado, o formato individual acarretou algumas limitações, como menor diversidade de ensaio comportamental, pela ausência de outras pessoas; pode ter dificultado a generalização mais rápida dos ganhos, bem como reduziu a quantidade de *feedback* efetivo para os desempenhos treinados, limitando apenas ao *feedback* da terapeuta e estagiária; apresentou um número menor de situações-problema com menor disponibilidade de modelos; menos discussão das possíveis consequências desejáveis e indesejáveis para emissão dos novos comportamentos aprendidos, com pessoas que compartilham das mesmas dificuldades. Todavia, vale ressaltar que o formato grupal era a proposta inicial do projeto, no entanto, dos 17 universitários com fobia social que manifestaram interesse por intervenção, apenas um (P1) aceitou participar de atendimento em grupo, sendo necessário alterar o formato para individual e, ainda assim, apenas três participantes mantiveram o interesse por intervenção, compondo uma amostra pequena (P1, P2 e P3). O quarto participante ficou indeciso quanto a participar da intervenção, desistiu argumentando falta de tempo devido às atividades de

conclusão de curso (estágios e trabalho final), se propondo apenas a responder aos instrumentos.

Partindo das melhorias obtidas pelos participantes, sobretudo da aproximação dos mesmos de pessoas, conhecidas e desconhecidas, uma sugestão para pesquisas futuras poderia ser a continuidade dos atendimentos, com modificação do formato individual para o grupal, com a integração dos participantes, o que poderia favorecer o aprimoramento do desempenho socialmente habilidoso, bem como auxiliá-los no contato interpessoal, com ensaio comportamental mais abrangente e *feedback* diversificado.

As melhoras obtidas pelos participantes, sobretudo para o tratamento do transtorno de fobia social, sugerem que a Terapia Comportamental associada com o Treinamento em Habilidades Sociais foi benéfica e promoveu um conjunto de comportamentos referentes às queixas relatadas pelos participantes, ainda que algumas não puderam ser superadas. Foi possível observar pontos fortes dos atendimentos, por exemplo, os participantes que experienciavam situações de exposição social com intenso desconforto, respondendo com fuga e esquiva, passaram a apresentar trabalhos orais em congressos (P1 e P2) e apresentaram trabalho de conclusão de curso (P2 e P3) relatando sucesso no desempenho. P1 passou a atentar para a topografia do comportamento, regulando tom de voz, apresentando postura de interesse na conversa, aceitando elogio e fazendo elogio (por exemplo, escreveu um poema para a terapeuta e estagiária e entregou no último dia de atendimento). P2 que evitava contato visual e respondia as questões da terapeuta com *respostas furtivas* (observação feita pela própria participante), passou a manter contato visual, a relatar situações com mais detalhes e se envolveu nas atividades de ensaio comportamental, discutindo suas dificuldades e superações. P3, que chegou intimidando a terapeuta, dizendo “*duvido que me faça gostar de gente; se tocar em assuntos que eu não quero falar, posso te bater*”, se engajou na terapia, fez as atividades propostas e deixou de concluir as doze sessões porque conseguiu concluir o curso (que estava para jubilar) e foi contratada por uma empresa de outra cidade. Esses ganhos, revelam, além da aquisição de habilidades importantes para interação social e situações acadêmicas, a relevância da relação terapêutica, sobretudo para pessoas com fobia social.

Outros fatores que merecem destaque no presente trabalho são o delineamento e a medida de avaliação processual. O delineamento de Linha de Base Múltipla assegurou a credibilidade do procedimento de intervenção, visto que a intervenção foi estabelecida em momentos diferentes para os participantes e a mudança no repertório comportamental ocorreu somente para os universitários que participaram do atendimento (P1, P2 e P3) e houve manutenção dos níveis da Linha de Base para o universitário que não passou pela intervenção.

O delineamento permitiu excluir interpretações baseadas no tempo, na história de aprendizagem, sendo a mudança atribuída à variável independente, representada pelo contexto da intervenção. Os dados que permitem tal afirmação são os resultados de produto, obtidos a partir dos instrumentos aplicados antes e depois da intervenção (Q-ACC-UV, IHS, SCID, Mini-SPIN), nos quais os participantes demonstraram mudança no repertório somente nas avaliações pós-teste, mantendo os escores de linha de base nas avaliações pré-intervenção.

Já as avaliações processuais, obtidas pela *checklist*, avaliação de desempenho e tarefas de casa, permitiram verificar as mudanças ocorridas momento a momento da etapa de intervenção. Embora as medidas de processo sejam importantes, são encontradas em menor número na literatura. Frequentemente os estudos obtêm dados por meio da comparação entre avaliações pré e pós-intervenção, sem uma análise momento a momento do processo, o que não permite a identificação do desenvolvimento de repertório no decorrer do procedimento de intervenção estabelecido. A avaliação processual aplicada permitiu identificar os processos de mudança ao longo da intervenção, possibilitando observar alterações no número de interações, nos interlocutores, nos comportamentos adequados e inadequados, bem como na avaliação do desempenho pelo próprio participante, dentro e fora da sessão, e a avaliação dos interlocutores externos (pessoas da convivência) e internos (terapeuta e estagiária). Portanto, a avaliação processual proporcionou diferentes tipos de informações sobre o fenômeno estudado, sobretudo propiciou um entendimento do processo de aquisição de comportamentos.

Como o tratamento extinguiu diversos *déficits* comportamentais dos participantes, porém não todos, seria importante a continuação do tratamento, para consolidar o repertório recém-instado, bem como trabalhar as dificuldades que não foram superadas. Desse modo, para pesquisas futuras, faz-se necessário desenvolver intervenção mantendo o procedimento de THS semi-estruturado, ampliando as sessões das habilidades que o participante apresentar maior dificuldade para desempenhar, expondo os participantes a mais e diversas situações-problemas, de tal forma que favoreça generalização. Sugere-se também que sejam realizadas pesquisas para avaliar os efeitos da intervenção proposta aplicada a outras populações clínicas, em amostras mais amplas e diversificadas.

O estudo representou um avanço quanto ao controle experimental (delineamento), em relação às medidas avaliativas (pré-teste, pós-teste e seguimento), com dados de produto e processo, considerando medidas de repertório (contexto) e de saúde mental, priorizando intervenção com um grupo seletivo (universitários) e sem comorbidade com outros transtornos. Demonstrou também a relevância em estudar e intervir com a população universitária, visto que muitos alunos possuem dificuldade, porém não buscam por apoio. Considerando a

dificuldade do fóbico social em se expor e, por conseguinte, buscar ajuda profissional, disponibilizar intervenção na universidade pode favorecer a procura por atendimento psicológico, facilitando a adaptação à vida acadêmica, bem como melhorando a qualidade de vida dos estudantes com e sem transtornos psiquiátricos.

REFERÊNCIAS

- ABIB, J. A. D. Teoria moral de Skinner e desenvolvimento humano. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.14, n. 1, p. 107-117, 2001.
- ALDEN, L. E.; MELLINGS, T. M. B. Generalized social phobia and social judgments: the salience of self- and partner-information. **Journal of Anxiety Disorders**. New York, v. 18, p. 143-157, 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**, 4. ed. Consultoria e coordenação de Miguel R. Jorge. Tradução: Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AMERINGEM, M. V.; MANCINI, C.; FARVOLDEN, P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. **J. Anxiety Disord.**, New York, v. 17, p. 561-571, 2003.
- ANGÉLICO, A. P.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. Fobia social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 113-125, 2006.
- BAUM, W. M. **Compreender o Behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução**. 2. ed. Tradução M. T. A. Silva; M. A. Matos; G. Y. Tomanari. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BAKER, S. R. A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health and academic motivation and performance. **Personality and Individual Differences**, v. 35, p. 569-591, 2003.
- BAKER, S. R.; EDELMANN, R. J. Is social phobia related to lack of social skills? Duration of skill-related behaviours and ratings of behavioural adequacy. **British Journal of Clinical Psychology**, London, v. 41, p. 243-257, 2002.
- BANDEIRA, M. et al. Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais: estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.5, n. 2, p. 401-419, 2000.
- BANDEIRA, M.; QUAGLIA, M. A. C. Habilidades sociais de estudantes universitários: identificação de situações sociais significativas. **Interação em Psicologia**, v. 9, n. 1, p.45-55, 2005.
- BAPTISTA, C. A. **Estudo da prevalência do transtorno de ansiedade social em estudantes universitários**. 2007. 111f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

BOAS, A. C. V. V.; SILVEIRA, F. F.; BOLSONI-SILVA, A. T. Descrição de efeitos de um procedimento de intervenção em grupo com universitários: um estudo piloto. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 321-330, 2005.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 6, n. 2, 233-242, 2002.

BOLSONI-SILVA, A. T. **Caracterização de habilidades sociais, fobia e depressão em estudantes universitários: análise por período e gênero**. FAPESP, (processo 2008/10299-5), 2009a.

BOLSONI-SILVA, A. T. **Como enfrentar os desafios da universidade**. São Carlos: Suprema, 2009b.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais de universitários: procedimentos de intervenção na perspectiva da Análise do Comportamento. In: WIELENSKA, R. C. (Org.). **Sobre Comportamento e Cognição: Desafios, soluções e questionamentos**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2009c, v. 23, p. 21-52.

BOLSONI-SILVA, A.; CARRARA, K. Habilidades Sociais e Análise do Comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 330-350, 2010.

BOLSONI-SILVA, A. T. et al. Habilidades Sociais no Brasil: Uma análise dos estudos publicados em periódicos. In: BANDEIRA, M; DEL PRETTE, Z. A. P; DEL PRETTE, A (Orgs.). **Estudos sobre Habilidades Sociais e Relacionamento Interpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 17-45.

BOLSONI-SILVA, A. T. et al. Avaliação de um Treinamento de Habilidades Sociais (THS) com Universitários e Recém-Formados. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 241-251, 2009.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. Questionário de Habilidades Sociais para Universitários discriminando características para fobia social e déficits interpessoais. In **Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica**, Campinas. Anais do Congresso de Avaliação Psicológica – IBAP, 2009, p. 464.

BOLSONI-SILVA, A. T. et al. Caracterização das habilidades sociais de universitários. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 3, n. 1, p. 62-75, 2010.

BURATO, K. R. S.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. Transtorno de ansiedade social e comportamentos de evitação e de segurança: uma revisão sistemática. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 14, n. 2, p. 167-174, 2009.

BRUNELLO, N. et al. Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 60, p. 61-74, 2000.

CABALLO, V. E. O treinamento em habilidades sociais. In: _____. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Editora Santos, 1996. p. 3-42.

- CABALLO, V. E. El papel de las habilidades sociales en el desarrollo de las relaciones interpersonales. In ZAMIGNANI, D. R. (org.), **Sobre comportamento e cognição: A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos**. São Paulo: ARBytes Editora, 1997, v. 3, p. 229-233.
- CALAIS, S. L., BOLSONI-SILVA, A. T. Alcance e limites das técnicas comportamentais: algumas considerações. In: CAVALCANTI, M. R. (org), **Análise do Comportamento: Avaliação e Intervenção**. São Paulo: Roca, 2008, p. 15-29.
- CATANIA, A. C. **Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição** (D. G. Souza, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. 1999.
- CLARK, D. M. et al. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** v. 74, n.3, p. 568–578, 2006.
- CONNOR, K. M. et al. Mini-SPIN: a brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. **Depress Anxiety**, New York, v. 14, n. 2, p. 137-140, 2001.
- COLLIMORE, K. C.; ASMUNDSON, G. J. G. Social anxiety disorder: etiology, diagnosis and treatment. In: AXELBY, C. A. (Org.). **Social Phobia: etiology, diagnosis and treatment**. New York: New Science Publishers, 2009, p. 209-226.
- COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. 1.ed. 2003 – 3.reimpr. – São Paulo: Atlas, 2006.
- DEL-BEN, C. M. et al. Confiabilidade teste-reteste da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID) versão clínica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 6, p. 156-159, 2001.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Petrópolis; Vozes, 1999.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de habilidades sociais (HIS- Del Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001a.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes, 2001b.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Transtornos psicológicos e habilidades sociais. In: GUILHARDI, H. J.; MADI, M. B. B. P.; QUEIROZ, P. P.; SCOZ, M.C. (Orgs.). **Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento**. Santo André: Esetec, 2002, v.10, p. 377-386.
- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. **Estudo de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, p. 413-420, 2003.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades sociais e análise do comportamento: proximidade histórica e atualidades. **Revista Perspectivas em Análise do Comportamento**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 104-115, 2010.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.; BARRETO, M. C. M. Análise de um inventário de habilidades sociais (IHS) em uma amostra de universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 14, n. 3, p. 219-228, 1998.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.; BARRTETO, M. C. Treinamento de habilidades sociais em grupo com estudantes de Psicologia: avaliando um programa de intervenção na adaptação de estudantes ao ensino superior. In: BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. (Orgs) **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 181-198.

DEL PRETTE, Z. A. P. et al. Habilidades sociais de estudantes de Psicologia: um estudo multicêntrico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 341-350, 2004.

D'EL REY, G. J. F. et al. Tratamento cognitivo-comportamental de grupo na fobia social: resultados de 12 semanas. **Rev. Psiq. Clín**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 79-83, 2008.

GERK, E.; CUNHA, S. M. As habilidades sociais na adaptação de estudantes ao ensino superior. In: BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. (Orgs) **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 181-198.

GOLDIAMOND, I. Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavioral analysis. **Behavior and Social Issues II**, p. 108-197, 2002. (originalmente publicado em 1974).

HAUG, T. T. et al. Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. **British Journal of Psychiatry**, v.182, p. 312-318, 2003.

HEIMBERG, R. G. Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 62, n. 1, p. 36-42, 2001.

HUDSON, J. L.; RAPEE, R. M. The origins of social phobia. **Behavior Modification**, v. 24, p.102-129, 2000.

IANCU, I.; GOLDSTEIN, J. Life events and the development of social phobia. In: AXELBY, C. A. (Org.). **Social Phobia: etiology, diagnosis and treatment**. New York: New Science Publishers, 2009, p. 111-121.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. Fobia Específica e fobia social. In: **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Tradução de DAYSE BATISTA. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 562-567.

LECRUBIER, Y. et al. A European perspective on social anxiety disorder. **European psychiatry**, New York, v. 15, n. 1, p. 5-16, 2000.

LIE, R. et al. Parental Psychopathology, Parenting Styles, and the Risk of Social Phobia in Offspring: A Prospective-Longitudinal Community Study. **Arch Gen Psychiatry**, v. 57, p. 859-866, 2000.

LIEBOWITZ, M. R. et al. Cognitive– behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. **Depression and Anxiety**, v. 10, n. 89, 1999.

LINCOLN, T. M. et al. Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. **Behaviour Research and Therapy**, v. 41, n. 11, p. 1251-1269, 2003.

McFALL, R. M. A review and reformulation of the concept of social skills. **Behavioral Assessment**, v. 4, p. 1-33, 1982.

MEYER, S. B.; VERMES, J. S. Relação terapêutica. In RANGÉ, B. (Org.) **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, p. 101-110.

MÖRTBERG, E. et al. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. **Acta Psychiatr Scand**, v.115, p.142–154, 2007.

OSÓRIO, F. L.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. A study of the discriminative validity of a screening tool (Mini-SPIN) for social anxiety disorders applied to Brazilian university students. **European Psychiatry (Paris)**, v. XX, p. 1-5, 2007.

OSÓRIO, F. L.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. Instruments for the evaluation of social phobia. In: AXELBY, C. A. (Org.). **Social Phobia: Etiology, Diagnoses and Treatment**. New York: New Science Publishers, 2009, p. 1-66.

OSÓRIO, F. L. et al. Social anxiety disorder, fear of public speaking and the use of assessment instruments. In: SELEK, S. (Org.). **Different Views of Anxiety Disorder/ Book 3**. Rijeka: Tech Open Access Publisher, 2011, v. x, p. 185-198.

PACHECO, P.; RANGÉ, B. Desenvolvimento de habilidades sociais em graduandos de Psicologia. In: BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. (Orgs) **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 199-216.

RANGÉ, B. Relação terapêutica. In: RANGÉ, B (Org.) **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de transtornos psiquiátricos**. Santo André: Arbytes, 1998, p. 43-64.

RETTEW, D. C. Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: putting the personality back into personality disorders. **Harvard Rev Psychiatric**, v. 8, n. 6, p. 283-297, 2000.

SAREEN J, STEIN M. A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder. **Drugs**, v. 59, p. 497-509, 2000.

SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. Tradução de ANDERY, M.A.; SÉRIO, T.M. Editora Psy, Campinas, 1995.

SILVARES, E.F.M.; MEYER, S.B. Análise funcional da fobia social em uma concepção behaviorista radical. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 27, n. 6, 2000. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/index.html>>. Acesso em 09 julho 2009.

SKINNER, B. F. **O comportamento verbal**. Traduzido por M. P. Villalobos. São Paulo: Cultrix, 1978. (originalmente publicado em 1957).

SKINNER, B. F. Selection by consequences. **The behavioral and brain sciences**, v. 7, n. 4, p. 477-481, 1984.

SKINNER, B. F. O Lado Operante da Terapia Comportamental. In: _____. **Questões Recentes na Análise Comportamental**. Campinas: Papirus, 1991. (originalmente publicado em 1988).

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. (originalmente publicado em 1953).

SKINNER, B. F. **Sobre o behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 2006. (originalmente publicado em 1974).

STANGIER, U. et al. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. **Behaviour Research and Therapy**, v. 41, n. 9, p. 991-1007, 2003.

STEIN, M. B.; STEIN, D. J. Social anxiety disorder. **Lancet**, v. 371, p. 1115-1125, 2008.

STRAHAN, E. Y. The effects of social anxiety and social skills on academic performance. **Personality and Individual Differences**, v. 34, n. 2, p. 347-366, 2003.

STRAVYNSKI, A. et al. Social phobia treated as a problem in social functioning: a controlled comparison of two behavioural group approaches. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 102, n. 3, p. 188-198, 2000.

STURMEY, P. S. **Functional Analysis in Clinical Psychology**. Chichester, John Wiley; Sons, 1996.

THOMPSON, S.; RAPEE, R. M. The effect of situational structure on the social performance of socially anxious and non-anxious participants. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 33, n. 2, p. 91-102, 2002.

TOURINHO, E. Z. Eventos privados em uma ciência do comportamento. In: BANACO, R. A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. São Paulo: Arbytes, v. 1, 1999, p. 174-187.

VAN DAM-BAGGEN, R.; KRAAIMAAT, F. W. Group Social Skills Training or Cognitive Group Therapy as the Clinical Treatment of Choice for Generalized Social Phobia? **Scandinavian Journal of Behaviour Therapy**, v. 29, n. 1, p. 14-21, 2000.

VANDENBERG, L. A prática e as implicações da análise funcional. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 4, n.1, p. 35-45, 2002.

WALSH, J. Shyness and social phobia. A social work perspective on a problem in living. **Health and Social Work**, v. 27, n. 2, p. 137-144, 2002.

WEILLWE, E. et al. Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder. **Br J Psychiatry**, v. 168, n. 2, p. 169-74, 1996.

WELLS, A.; McMILLAN, D. Psychological treatment of social phobia. **Psychiatry**, v. 3, n.5, p. 56-60, 2004.

WENZEL, A. et al. Communication and social skills in socially anxious and nonanxious individuals in the context of romantic relationships. **Behaviour Research and Therapy**, v. 43, p. 505–519, 2005.

ZAMIGNANI, D. R. (2007). **O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ZAMIGNANI, D. R., BANACO, R. A. Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.

ZAIDER, T. I.; HEIMBERG, R. G. Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 108, n. 417, p. 72-84, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE A - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTOS (*checklist*)

Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____ Encontro: _____

Este questionário possui comportamentos acerca do seu relacionamento com sua família, amigos, namorada (o) e outras pessoas da sua convivência. Pensando na semana, você deverá assinalar (MARQUE COM X) a frequência que esses comportamentos aconteceram: frequentemente, algumas vezes ou quase nunca ou nunca. Frequentemente significa que o comportamento ocorreu 5, 6 ou 7 vezes na semana; algumas vezes significa que o comportamento ocorreu 3 ou 4 vezes na semana; e quase nunca ou nunca significa que o comportamento ocorreu 2 vezes ou menos durante a semana.

Lembre-se: Não há respostas certas ou erradas.

Na semana eu...	Com (pai, mãe, namorada, etc)	Frequentemente	Algumas vezes	Quase nunca ou nunca
Conversei				
Fiz perguntas				
Respondi perguntas				
Defendi meus direitos				
Respeitei os direitos da outra pessoa				
Expressei sentimentos positivos				
Fiz carinho				
Elogiei				
Agradei				
Dei <i>feedback</i> positivo				
Expressei minha opinião				
Ouvi a opinião da outra pessoa				
Expressei sentimentos negativos				
Dei <i>feedback</i> negativo				
Solicitei mudança de comportamento				
Fiz crítica				
Consegui lidar com as críticas que recebi				
Admiti meus próprios erros				
Fui agressivo				
Discuti				
Isolei-me				
Emburrei				
Fiquei triste				
Fui passivo				
Falei em público (conhecido ou desconhecido)				
De forma geral, como está sua interação social?		Satisfatória ()	Regular ()	Insatisfatória ()

Na semana minha família, amigos, namorada (o)...	Quem	Frequentemente	Algumas vezes	Quase nunca ou nunca
Conversou				
Fez perguntas				
Respondeu perguntas				
Defendeu seus direitos				
Respeitou os meus direitos				
Expressou sentimentos positivos				
Fez carinho				
Fez coisas que eu gosto				
Elogiou				
Agradeceu				
Deu-me <i>feedback</i> positivo				
Expressou sua opinião				
Ouviu a minha opinião				
Expressou sentimentos negativos				
Deu-me <i>feedback</i> negativo				
Solicitou mudança de comportamento				
Fez crítica				
Conseguiu lidar com as minhas críticas				
Admitiu seus próprios erros				
Foi agressivo				
Discutiu				
Isolou-se				
Emburrou				
Ficou triste				
Foi passivo				
De forma geral, na sua a opinião o que as pessoas com quem você convive pensam em relação a sua interação social?		Satisfatória ()	Regular ()	Insatisfatória ()

APÊNDICE B - AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____ Sessão: _____

Avaliação da Sessão

Como avalio meu desempenho	
Como avalio o desempenho da terapeuta	
Como avalio o procedimento da sessão	
Sugestões	

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA UNIVERSITÁRIOS

Nome da pesquisa: **Avaliação de um treinamento de habilidades sociais para estudantes universitários**

Pesquisadora responsável: Juliana Ferreira da Rocha

Informações dadas aos respondentes: Estamos realizando uma pesquisa com universitários que participaram anteriormente de um estudo de caracterização. Os participantes desta pesquisa, responderão a roteiros de entrevista e inventários, de forma a abordar questões sobre relacionamento interpessoal. Os instrumentos serão aplicados em três momentos, antes da intervenção, imediatamente após e quatro meses após a intervenção. Esta pesquisa tem por objetivo verificar a efetividade da intervenção realizada, assim, irá avaliar se a intervenção foi capaz de atender as necessidades dos participantes. Informamos que os universitários não terão quaisquer despesas ao participarem desta pesquisa. Os participantes têm liberdade de se recusar a participar, de não responder a alguma pergunta e de retirar seu consentimento, a qualquer momento, caso alguma coisa lhes desagrade, sem qualquer problema para eles. Esta pesquisa fornecerá informações importantes para futuras intervenções com universitários e assim, os participantes estarão ajudando outros estudantes no futuro. Eu, enquanto pesquisadora responsável pelo projeto, estou compromissada com o Código de Ética Profissional do Psicólogo, assegurando total sigilo quanto aos dados obtidos durante a pesquisa.

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, estou ciente de que faço parte de uma amostra de pesquisa sobre a avaliação da efetividade de intervenção que buscou melhorar o relacionamento dos universitários com pessoas de sua convivência. Contribuirei com dados através das respostas às entrevistas e inventários. Declaro estar ciente: a) do objetivo do projeto; b) da segurança de que não serei identificado e de que será mantido caráter confidencial das informações relacionadas com minha privacidade e c) de ter a liberdade de recusar a participar da pesquisa.

Bauru, _____ de _____ de 20__

Assinatura do participante

Juliana Ferreira da Rocha

Pesquisadora responsável

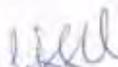
ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

 unespUNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Bauru

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 55ª Reunião Ordinária realizada no dia 29 de março de 2010, no Prédio do STI da Faculdade de Ciências da UNESP, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto "Avaliação de um treinamento de habilidades sociais para estudantes universitários", *Processo nº 334/46/01/10*, sob responsabilidade da Professora Doutora Alessandra Turini Bolsoni-Silva.

Bauru (SP), 29 de março de 2010



PROF. DR. ARI FERNANDO MAIA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Engº Luiz Edmundo Carrijo Cordeiro, 14-01 - Valgem Lins - Bauru-SP - CEP: 17.033-360
Fone: (14) 3103-6187 - email: celar@fz.unesp.br

ANEXO B - DADOS NORMATIVOS PARA OS ESCORES TOTAIS E FATORIAIS DO INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001c)

Classificação	Score Total	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
Repertório bastante elaborado	M: 108 - 135 F: 106 - 137	M: 12,76 - 17,66 F: 11,87 - 18,22	M: 10,14 - 11,70 F: 10,64 - 11,70	M: 7,82 - 10,63 F: 7,68 - 9,62	M: 4,33 - 5,82 F: 4,44 - 5,82	M: 1,86 - 2,86 F: 1,56 - 2,86
Repertório acima da média	M: 98 - 105 F: 93 - 103	M: 10,46 - 12,27 F: 8,67 - 10,81	M: 8,98 - 9,85 F: 9,75 - 10,52	M: 6,94 - 7,60 F: 6,76 - 7,51	M: 3,44 - 4,14 F: 3,58 - 4,37	M: 1,48 - 1,78 F: 1,16 - 1,54
Repertório Médio	M: 96 F: 92	M: 10,35 F: 8,40	M: 8,79 F: 9,62	M: 6,72 F: 6,59	M: 3,30 F: 3,32	M: 1,41 F: 1,15
Repertório abaixo da média	M: 88,5 - 94 F: 81,75 - 89	M: 8,89 - 10,08 F: 6,15 - 8,19	M: 7,46 - 8,55 F: 8,19 - 9,38	M: 5,90 - 6,60 F: 5,81 - 6,35	M: 2,49 - 3,19 F: 2,33 - 3,21	M: 0,75 - 1,16 F: 0,42 - 1,04
Indicação para THS	M: 56,18 - 87 F: 54,35 - 80	M: 2,81 - 8,52 F: 2,48 - 5,69	M: 3,56 - 7,03 F: 3,01 - 7,80	M: 2,59 - 5,50 F: 3,12 - 5,54	M: 0,00 - 2,29 F: 0,65 - 2,05	M: -0,67 - 0,59 F: -1,01 - 0,37

ANEXO C - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (BOLSONI-SILVA et al., 2009)

1. O que te fez aceitar o atendimento? Se esta pergunta levar à descrição da queixa:
2. Quantas vezes esse comportamento acontece?
3. Desde quando acontece? Em que situações?
4. Onde você estava? O que estava fazendo anteriormente?
5. Quando isso ocorre o que você faz?
6. O que acontece depois?
7. Fale um pouco sobre seu relacionamento com seus amigos na faculdade. Você encontra dificuldades para se relacionar com eles? Porque você acha que estas dificuldades ocorrem?
8. Você poderia me dar alguns exemplos?
9. Fale um pouco sobre seu relacionamento com seus pais (amigos, namorado). Você encontra dificuldades para se relacionar com eles? Porque você acha que estas dificuldades ocorrem?
10. Você poderia me dar alguns exemplos?

ANEXO D - EXEMPLO DE TAREFA DE CASA (BOLSONI-SILVA, 2009a)

Tarefa de casa referente à Sessão 2.

Perguntas em que teve dificuldade	Fez a pergunta ou não	Qual foi a dificuldade	Situações em que fez a pergunta (local, quem estava presente, etc)	Comportamento da pessoa a quem você se dirigiu
1.				
2.				
Respostas em que teve dificuldade	Respondeu ou não	Qual foi a dificuldade	Situações em que fez a pergunta e a resposta (local, quem estava presente, etc)	Comportamento da pessoa a quem você se dirigiu
1.				
2.				