

UNIVERSIDADE ESTADUAL
PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e
Aprendizagem

Laísa Aparecida Moretto

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EM GRUPO EM HABILIDADES
SOCIAIS PARA UNIVERSITÁRIOS NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO**

**BAURU
2017**

Laísa Aparecida Moretto

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EM GRUPO EM HABILIDADES SOCIAIS
PARA UNIVERSITÁRIOS NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO**

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 a orientação da Prof^ª. Adj^a. Alessandra Turini Bolsoni-Silva.

**BAURU
2017**

Moretto, Laísa Aparecida.

Efeitos de uma intervenção em grupos em habilidades sociais na perspectiva da análise do comportamento/ Laísa Aparecida Moretto inteiro, 2017 91 f

Orientadora: Alessandra Turini Bolsoni Silva

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2017

1. Universitários. 2.Habilidades sociais . 3.Método experimental. 4.Política Pública. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE LAÍSA APARECIDA MORETTO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 05 dias do mês de outubro do ano de 2017, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro do prédio da pós-graduação da Faculdade de Ciências, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Prof^a Dr^a ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. SHEILA GIARDINI MURTA do(a) Psicologia Clínica / Universidade de Brasília - UNB, Prof. Dr. HUGO FERRARI CARDOSO do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de LAÍSA APARECIDA MORETTO, intitulada **Efeitos de uma intervenção em grupo em habilidades sociais para universitários na perspectiva da análise do comportamento**. Após a exposição, a discente foi arguida 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.

Prof^a Dr^a ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA

Profa. Dra. SHEILA GIARDINI MURTA

Prof. Dr. HUGO FERRARI CARDOSO

Dedico este trabalho aos meus pais, Ivete e Valdeci.

AGRADECIMENTOS

À orientadora Alessandra Turini Bolsoni-Silva, pela dedicação, cuidado e apoio sempre presentes no decorrer deste trabalho. Foi uma grande honra tê-la como professora e também como modelo de pessoa e profissional extremamente competente e generosa.

À professora Sheila Giardini Murta e ao professor Hugo Ferrari Cardoso, pela disponibilidade em participar da banca examinadora, bem como pela leitura cuidadosa e pelas valiosas contribuições. Aos professores do Programa que contribuíram para minha formação acadêmica e aos funcionários da Pós-Graduação pela atenção, em especial ao Matheus.

À CAPES pelo apoio e incentivo financeiro.

Aos estudantes universitários, participantes deste estudo, pela disponibilidade e pelo comprometimento com os atendimentos.

A todos os amigos e colegas com os quais tive o prazer de partilhar este período do mestrado, em especial Giovanna e Rafaela, pela parceria e companheirismo.

Aos amigos que me acompanham desde a graduação Vitor, Heloísa, Maísa, Wesley, Amanda, Karina e Claudia.

À minha família, que apesar das atribuições do mestrado muitas vezes se trataram de atividades solitárias e difíceis de entender, mesmo assim estavam lá me motivando a continuar. Obrigada, em especial, Gi e mãe! Obrigada, família, por todo suporte material e, principalmente emocional, por me incentivarem e se alegrarem comigo em cada etapa.

E, finalmente, a todos os amigos que, de fora e sem entender muito bem esse mundo, sempre foram compreensivos, reforçadores e empáticos comigo, Tarsila, Debora, Veridiane, Fransismeire, Camila, Stephani e, muito em especial Claudio!

"Por mais que se diga o que se vê, o que se vê não se aloja jamais no que se diz".

(FOUCAULT, 1995).

MORETTO, Laísa Aparecida. **Efeitos de uma Intervenção em Grupo em Habilidades Sociais para Universitários na Perspectiva da Análise do Comportamento**. 2017. 91f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2017.

RESUMO

O termo habilidades sociais (HS) é utilizado para indicar um conjunto de comportamentos aprendidos e necessários nas interações sociais. O estudo das habilidades sociais e suas aplicações torna-se relevante porque tais comportamentos colaboram para desempenhos sociais satisfatórios. A universidade exige diversos repertórios dos alunos, incluindo os interpessoais, contudo, a literatura ainda carece de estudos experimentais quanto a efeitos de intervenções. Este estudo objetivou avaliar os efeitos de um treinamento de habilidades sociais para universitários em dois desenhos experimentais: o experimental de grupo e o delineamento de linha de base múltipla de sujeito único. No estudo experimental de grupo participaram 14 universitários, 9 no Grupo Experimental (GE) e 5 no Grupo Controle (GC), avaliados quanto à HS e saúde mental (SM). O GE foi avaliado no pré-teste, passou pela intervenção, em seguida pelo pós-teste e, seis meses depois, seguimento. Enquanto que, o GC passou pela avaliação de linha de base (LB) 1 e, 3 meses depois, período que o grupo experimental passava pela intervenção, a LB 2. O tratamento dos dados, utilizando estatísticas descritivas e inferenciais, apontou melhora significativa para o GE nas avaliações de pós-teste e seguimento. A mesma análise entre as LB 1 e LB 2 do GC não indicou mudança estatisticamente significativa, sugerindo que os ganhos do GE podem ser atribuídos à intervenção. Assim, os dados expõem ampliação do repertório de HS e diminuição de indicadores de ansiedade e depressão apenas no GE. O estudo com delineamento de ensaio clínico randomizado contou com a participação de 5 universitários, avaliados no âmbito das HS e de SM. Os universitários foram avaliados na LB 1, três meses depois na LB 2, passaram pela intervenção, pós-teste e, seis meses depois, reavaliados no seguimento. Os resultados não apontaram mudanças significativas entre as avaliações de LB 1 e 2, já entre LB 2 e pós-teste,

há indicativos de ampliação do repertório de HS, principalmente dos participantes que fizeram as tarefas de casa, e melhora em indicadores de SM, também foi observada a manutenção de resultados no seguimento. De maneira geral, os dados de pós-teste e, principalmente, de seguimento indicaram que a intervenção teve efeitos na promoção do repertório de HS e na redução de sintomas de ansiedade e depressão em universitários. Diante disso, discute-se a validade da intervenção descrita neste estudo enquanto política pública a ser adotada para os anos iniciais da universidade.

Palavras-chave: universitários; habilidades sociais; método experimental; política pública.

ABSTRACT

The term social skills are used to indicate a set of behaviors learned and needed in social interactions. The study of social skills and their applications become relevant because such behaviors contribute to satisfactory social performance. The university requires diverse student repertoires, including the interpersonal ones, and the literature still lacks experimental studies on the effects of interventions. This study aimed to evaluate the effects of a social skills training for university students in two experimental designs: the experimental group and the single subject multiple baseline design. In the experimental group study, 14 university students participated, 9 in the Experimental Group (EG) and 5 in the Control Group (CG), evaluated for social skills and mental health. The EG was evaluated in the pre-test, followed by the intervention, then by the post-test and, six months later, follow-up. Meanwhile, the GC underwent baseline assessment (BL) 1 and, 3 months later, the period the experimental group went through the intervention, BL 2. Data treatment, using descriptive and inferential statistics, indicated a significant improvement for the EG in the post-test and follow-up evaluations. The same analysis between the BL 1 and LB 2 of the CG did not indicate a statistically significant change, suggesting that the gains of the EG can be attributed to the intervention. Thus, the data show an increase in the social skills repertoire and a decrease in anxiety and depression indicators in the EG alone. The study with a randomized clinical trial design consisted of the participation of 5 university students, evaluated in the scope of social skills and mental health. The students were evaluated in LB 1, three months later in LB 2, underwent the intervention, post-test and, six months later, reassessed in the follow-up. The results did not indicate significant changes between the LB 1 and 2 assessments, between LB 2 and post-test, there are indicative of the expansion of the social skills repertoire, mainly of the participants who did the housework, and improvement in mental health indicators, maintenance of follow-up results was also observed. In general, post-test data, and mainly

follow-up data, indicated that the intervention had effects on the promotion of HS repertoire and the reduction of anxiety and depression symptoms in university students. Therefore, the validity of the intervention described in this study is discussed as a public policy to be adopted for the initial years of the university.

Keywords: university; social skills; experimental method; public policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Descrição das avaliações do delineamento de Ensaio Clínico Randomizado.....	23
Figura 2 – Comparação dos escores totais médios entre Grupos Experimental e Controle.....	44
Figura 3 – Escores totais dos participantes nas avaliações.....	52
Figura 4 – Escores dos participantes nos fatores do IHS-Del Prette em todas as medidas de avaliação.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Informações demográficas dos participantes.....	21
Tabela 2 – Caracterização do delineamento utilizado.....	22
Tabela 3 – Descrição das sessões e dos temas trabalhados.....	30
Tabela 4 – Características demográficas dos participantes.....	32
Tabela 5 – Caracterização do delineamento experimental.....	33
Tabela 6 – Comparação entre grupo Experimental e Controle pelo teste <i>Mann-Whitney</i> dos indicadores de habilidades sociais e saúde mental da primeira avaliação.....	36
Tabela 7 – Levantamento e frequência das queixas dos participantes.....	37
Tabela 8 – Levantamento de satisfação dos participantes, sessão por sessão.....	38
Tabela 9 – Levantamento das tarefas de casa feitas pelos participantes.....	40
Tabela 10 – Número absoluto de participantes clínicos em cada indicador avaliado pelos instrumentos, em ambos os grupos.....	41
Tabela 11 – Número absoluto de participantes ao analisar pelo índice de significância clínica (ISC) entre avaliações realizadas, dos instrumentos aplicados em ambos os grupos.....	42
Tabela 12 – Teste de <i>Wilcoxon</i> referente aos indicadores do Grupo Experimental.....	46
Tabela 13 – Análise referente às competências avaliadas no Grupo Controle.....	47
Tabela 14 – Levantamento e frequência das queixas dos participantes ao longo das avaliações.....	48
Tabela 15 – Levantamento de satisfação dos participantes, sessão por sessão.....	49
Tabela 16 – Levantamento e descrição da execução das tarefas de casa.....	50
Tabela 17 – Número absoluto de participantes ao analisar pelo índice de significância clínica (ISC) entre avaliações realizadas.....	51
Tabela 18 – Análise referente às competências avaliadas nos participantes em todas as avaliações.....	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivos específicos	16
3 MÉTODO	17
3.1 Considerações Éticas	17
3.2 Percorso Amostral Geral	18
3.3 Coleta de Dados.....	19
3.4 Método – Seção 01.....	20
3.4.1 Participantes	20
3.4.2 Local	21
3.4.3 Delineamento Experimental	22
3.4.4 Instrumentos	22
3.4.5 Materiais	27
3.4.6 Procedimento de intervenção	29
3.4.7 Procedimentos de tratamento e análise de dados	31
3.5 Método – Seção 02.....	32
3.5.1 Participantes	32
3.5.2 Local	33
3.5.3 Delineamento de Sujeito Único	33
3.5.4 Instrumentos	34
3.5.5 Materiais	34
3.5.6 Procedimento de intervenção	34
3.5.7 Procedimento de análise de dados	34
4 RESULTADOS	36
4.1 Resultados – Seção 1	36
4.2 Resultados – Seção 02	48
5 DISCUSSÃO	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE 1	74
ANEXO 1.....	75

1 INTRODUÇÃO

A população universitária no Brasil vem crescendo progressivamente nos últimos anos. Em 2014 o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) (2017) divulgou, por meio do Censo da Educação Superior, a efetivação de 7.828.013 matrículas para o ensino superior, que expressaram um aumento de 96,65% entre 2003 e 2014 e crescimento de 7,1% entre os anos de 2013 e 2014. No Censo da Educação Superior de 2014, o número de instituições de ensino superior passava de 2.300 no Brasil, as quais distribuíam um total de 32.878 alunos em diversos momentos da graduação, estando 66,5% na universidade privada e 33,5 na pública. No ano de 2014, o número registrado de ingressantes no ensino superior passou a marca de três milhões, no entanto, o número de concluintes passou de pouco mais de um milhão, denunciando uma expressiva evasão no ensino superior, dado que revela a importância da investigação científica sobre universitários.

A vivência na universidade exige do estudante habilidades sociais específicas, como por exemplo, falar em público, apresentar seminários, expressar opiniões, fazer comentários em público, lidar com críticas, fazer trabalhos em grupo, responder ao professor, reivindicar notas e avaliações junto ao professor e lidar com relacionamentos amorosos e interpessoais (DEL PRETTE; DEL PRETTE; BARRETO, 2006; PACHECO; RANGÉ, 2006). A literatura destaca que as HS de fazer amizades, expressar sentimentos, cooperar com pares e apresentar nível adequado de tolerância intercultural parecem favorecer o bem estar físico e psicológico (DEL-PRETTE; DEL PRETTE, 2003; DEL PRETTE et al., 2004; BOLSONI-SILVA, 2009; RIBEIRO; BOLSONI-SILVA, 2011), sendo estas apontadas, também, como HS favoráveis no processo de adaptação à universidade (SOARES et al., 2016), principalmente no ano de ingresso na universidade.

Soares e Del Prette (2015) apontaram que a universidade requer adaptação em vários âmbitos. O método de ensino exige mais autonomia no aprofundamento dos conteúdos, com a realização de atividades extraclasse como, por exemplo, leituras de textos científicos ou atividades de aplicação do conhecimento aprendido em sala de aula. No aspecto interpessoal, espera-se mais maturidade para lidar com a relação com professores e colegas com características diferentes e a própria formação das turmas é flutuante. Espera-se também maior autocontrole da agressividade, menos comportamentos passivos e comunicação adequada. As autoras concluíram que o ingresso e adaptação às demandas da universidade podem promover o desenvolvimento de HS. Por outro lado, os estudantes que ingressam na universidade já com repertório de HS restrito e com algum indicativo de problemas de saúde mental, tem maior possibilidade de fracassar quanto ao desempenho acadêmico, o qual tende a piorar e aumentar a probabilidade de abandono ou de término fora do período regular (BRANDÃO et al., 2017).

Pinho (2016) realizou pesquisa documental com os prontuários de universitários de uma clínica escola de psicologia e identificou que dos 102 alunos que buscaram pelo atendimento no ano do levantamento, 34% deles tinham queixas relacionadas a déficits de habilidades sociais, seguida por transtorno de ansiedade (16%) e depressão (14%). Neufeld et al. (2016) investigaram a incidência de sintomas de ansiedade social e de transtornos mentais comuns em uma amostra de 794 universitários, encontrando a presença de sintomas de ambos os quadros. Os pesquisadores destacaram que havia altos índices de sintomas para transtornos depressivos e ansiogênicos considerando especialmente ao se tratar de amostra da comunidade. Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005) ao investigarem transtornos psíquicos menores em 558 estudantes de uma faculdade do Mato Grosso Sul, apontaram a prevalência de 25% nesta população. Os autores afirmaram que alunos do primeiro ano apresentavam escores significativamente maiores problemas de saúde mental.

Para Zamignani e Banaco (2005), a ansiedade consiste em se esquivar e/ou fugir de situações sociais, com objetivo de eliminar estímulos aversivos. Em universitários com quadros de ansiedade, comportamentos de fuga e esquiva podem prejudicar o desenvolvimento de um repertório de habilidades sociais adequado. Em consequência, um repertório restrito, ocasiona dificuldades de interação social, que pode também elevar a ansiedade (FERREIRA; OLIVEIRA; VANDENBERGHE, 2014).

Pereira e Lourenço (2012) avaliaram os indicadores bibliométricos da literatura científica com relação ao transtorno de ansiedade social/fobia social em estudantes universitários, entre 2006 e 2010. Foram encontrados 13 artigos que apresentaram uma metodologia quantitativa, uso de instrumento e indícios de que o quadro de ansiedade em universitários interfere na percepção que o sujeito tem de si, avaliando seu desempenho de forma negativa e crítica.

Feitosa (2014) analisou a literatura sobre depressão, constatando que apesar de multideterminada, quadros de depressão estão associados a dificuldades de relacionamento interpessoais que podem ser aprimorados com o desenvolvimento do repertório de HS, apontando que as HS propiciam a construção e manutenção do suporte social, podendo evitar e/ou amenizar os sintomas depressivos e aumentar reforçadores sociais em geral. Em estudo para levantar a prevalência da depressão em estudantes dos cursos de medicina, fisioterapia e terapia ocupacional de uma faculdade mineira, Melo Cavestro e Rocha (2006), constaram taxas do episódio depressivo maior em 10,5% da amostra, não havendo diferenças significativas entre os anos do curso.

Gomes e Soares (2013) encontraram correlações entre habilidades sociais e expectativas acadêmicas e desempenho acadêmico em 196 estudantes no primeiro ano de graduação, de modo que, quanto mais desenvolvido o repertório de HS mais expectativas e melhor o desempenho no âmbito acadêmico. O estudo de Soares, Seabra e Gomes (2014),

apontou que a emissão de HS pelos universitários é influenciada por condições como sexo e tipo da instituição de ensino, ou seja, por condições contextuais e por auto eficácia, mas não por inteligência em universitários. Couto, Vandenberghe, Tavares e Silva (2012) encontraram dados de que universitários mais habilidosos socialmente apresentavam padrões de interação mais adequados e que a emissão de comportamentos socialmente indesejados foram relacionados com um restrito repertório de habilidades sociais.

Angélico, Crippa e Loureiro (2006), em revisão literária sobre estudos empíricos acerca da fobia social e suas associações às habilidades sociais, encontraram 16 artigos, dos quais 10 eram estudos de caracterização, indicando que os pacientes com fobia social apresentaram HS mais deficitárias; seis estudos constataram a maior eficiência do THS para o desenvolvimento de repertório social. Angélico, Crippa e Loureiro (2012) apontaram que quanto mais elaborado o repertório de HS do universitário menor será a probabilidade dele satisfazer os critérios de indicadores diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Social.

Na mesma direção, Wagner et al. (2015) avaliaram 22 universitários, encontrando que quanto mais intensos os sintomas do Transtorno Ansiedade Social, menor o repertório de HS, demonstrando, assim, relações entre o menor repertório de HS para enfrentamento e autoafirmação com risco, e sintomas de ansiedade para interação com o sexo oposto, evidência/fazer papel de ridículo e interagir com desconhecidos. Os autores encontraram ainda que quanto maior o déficit em auto exposição a desconhecidos e a situações novas, mais frequentes os sintomas de ansiedade ao falar em público e interagir com autoridades. Wagner et al (2015), enfatizaram, então, a necessidade da avaliação inicial, para identificar déficits dos participantes e planejar o THS de forma a garantir a eficiência do tratamento da ansiedade.

Bolsoni-Silva e Loureiro (2014) compararam indicadores comportamentais de HS em 288 estudantes universitários com e sem ansiedade social, separados em grupo clínico e não

clínico. As comparações revelaram que os grupos não clínico para ansiedade social eram mais habilidosos, especialmente quanto a falar em “público” e “potencialidades” e tinham menos dificuldades nas interações sociais com diferentes interlocutores. Bolsoni-Silva e Loureiro (2015) verificaram o valor preditivo de HS, variáveis sociodemográficas e características do curso em 1282 universitários, encontrando que o baixo repertório de HS combinado com a área do curso, com maior prevalência em ciências exatas e humanas, são preditoras de quadros de ansiedade. Apontaram também que um baixo escore de HS somado a alto escore em consequências negativas, parecem ser preditoras de quadros depressivos. O déficit em HS tende a indicar, também, algum grau de sofrimento psicológico, uma vez que influencia em menos habilidades de expressão de sentimento positivo e na presença de sintomas depressivos (FEITOSA, 2013).

A relação inversa entre depressão e habilidades sociais também pode ser explicada pela bidirecionalidade da interação do universitário com as pessoas de sua convivência ou seja, o que ele faz influencia as reações das pessoas e vice-versa. Por exemplo, no estudo de Bolsoni-Silva e Guerra (2014), universitários com depressão apresentaram déficit em HS, independente de estabelecer relações interpessoais com diferentes interlocutores, ou seja, tanto no ambiente acadêmico como fora dele. Dado encontrado ao investigarem 128 estudantes (64 clínicos para depressão e 64 não clínicos), com a aplicação do QHC – Universitários, o Mini-Spin, BDI e Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (SCID-I). As autoras constataram que estudantes com sintomas depressivos apresentavam menos reforçadores ao emitirem habilidades de expressar sentimentos e opiniões, fazer e receber críticas e em conversação. O grupo clínico também apresentou reservas comportamentais, no entanto, tais habilidades eram emitidas em menos frequência e, por outro lado os achados dessa pesquisa apontam para o caráter preventivo ao possibilitar a promoção dessas reservas.

Considerando definições de HS, tão importante quanto avaliar o repertório de HS são as consequências que produzem no ambiente social. Nesse sentido, os comportamentos depressivos afetam o recebimento de suporte, bem como, o relacionamento entre esse suporte social e a depressão tem se mostrado bidirecional (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2016; BOLSONI-SILVA; GUERRA, 2014; BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2015; FEITOSA, 2013).

Outro aspecto que chama a atenção da comunidade científica, quando se trata dos estudantes universitários, é o uso de álcool e outras substâncias psicoativas. A motivação para uso de drogas tem variado entre aspectos socioculturais, motivações pessoais, prazer no uso entre outros (ZEFERINO et al., 2015). Natividade, Aguirre, Bizarro e Hutz (2012) investigaram o consumo de álcool de 169 universitários, 90,1% deles declararam ter consumido álcool pelo menos uma vez na vida; nos últimos três meses 19% dos estudantes ingeriram álcool mensalmente, 33,3% beberam semanalmente e 5,4% todos os dias. A frequência de consumo se estende desde o ato de experimentar e uso social entre amigos até a dependência química. A dependência de substâncias psicoativas se caracteriza também como emissão de comportamentos disfuncionais agregado a transtornos psiquiátricos (MORERA et al., 2015; DSM-V, 2013). Castaño-Perez e Calderon-Vallejo (2014), na mesma direção, apontaram que estudantes universitários colombianos que faziam uso abusivo de álcool destacaram-se pelas faltas e os atrasos nas aulas, além do baixo desempenho acadêmico, além de apresentarem dificuldades interpessoais, como frequentes brigas e discussões com os amigos e os pais.

Em uma intervenção breve, elaborada para universitários, com duração de duas sessões no intervalo de 15 dias, para redução do consumo de álcool, Silva e Tucci (2015), encontraram uma diminuição das doses consumidas, menos prática de *binge drinking* e redução de algumas das consequências negativas do consumo em excesso. Num primeiro

momento, as pesquisadoras avaliaram 786 estudantes do Ensino Superior de uma faculdade pública, esses foram informados que se o seu padrão de consumo fosse de risco, seriam convidados para participar da intervenção. Para a intervenção, que pode ser considerada como psicoeducação, os participantes foram separados em grupo experimental e controle, cada um com 16 participantes, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, apesar de ambos apresentarem menos consumo de álcool, sugerindo que o levantamento do padrão de consumo de álcool e o seu respectivo *feedback* já são suficientes para produzir a diminuição do consumo de álcool, no entanto a intervenção foi ineficaz na redução do uso de álcool.

Bolsoni-Silva et al (2016) buscou, com delineamento caso-controle, descrever e comparar repertório de HS e variáveis contextuais em universitários usuários de álcool e/ou outras drogas com uma amostra não clínica. Compôs a amostra 38 participantes, separada em um grupo clínico para consumo de álcool e/ou drogas e um não clínico, ambos pareados quanto ao sexo e momento do curso dos participantes. Os dados indicaram mais dificuldades em expressar sentimentos negativos, opiniões, lidar com críticas e falar em público para o grupo clínico, principalmente quando se trata de interações amorosas e familiares. Quanto à diferenças entre os sexos, mulheres relataram mais comportamentos habilidosos e autoafirmação na expressão de sentimento positivo, homens relataram mais consequências negativas nas interações e conversação e desenvoltura social. Em geral o grupo clínico e homens apresentaram menor repertório de HS e ainda assim a presença de indicadores positivos de HS, indicando recursos comportamentais, o que denota também a presença de outras variáveis sociodemográficas, além do repertório de HS, associadas ao uso abusivo de álcool e/ou drogas. O uso de álcool em 113 universitários também foi investigado por Cunha, Peuker e Bizarro (2012), que encontraram uma equidade no consumo entre os sexos e uma discreta associação entre o beber problemático e padrão *binge* com déficits no repertório de

HS, dado semelhante ao encontrado por Bolsoni-Silva et al. (2016). Ao investigar a dependência de nicotina em universitários, Rondina et al. (2013) encontraram a prevalência de 8,6% para esta população, considerada baixa; os autores afirmaram também que em graduandos da área de saúde a dependência de nicotina está associada à presença de HS assertivas.

Schneider et al. (2017), em revisão sistemática de literatura, apontou que o treinamento em habilidades sociais vem sendo usado como uma intervenção integrada no tratamento de quadros de dependência química, com ênfase no desenvolvimento das habilidades sociais de recusa às drogas, que foi destacada como relevante durante e após o tratamento. Felicissimo, Casela e Ronzani (2013), revisaram a literatura buscando evidências empíricas sobre a relação entre déficits no repertório de HS em alcoolistas e a efetividade do THS para o tratamento do alcoolismo, no entanto, não encontraram resultados conclusivos. Pelos dados apresentados dos estudos anteriormente descritos, há mais evidencia das HS influenciando quadros de ansiedade e depressão que no uso abusivo de álcool/drogas.

Um repertório de HS restrito parece, portanto, estar associado a uma maior vulnerabilidade para desenvolver transtornos psicológicos. Em contrapartida, ter um amplo repertório facilita o enfrentamento de eventos estressantes que, de maneira geral, funcionam como gatilhos para o desenvolvimento de transtornos psicológicos e para o uso de álcool e drogas (SEGRIN; FLORA, 2000). Abreu, Barletta e Murta (2015), sinalizam que os custos com saúde mental, no Brasil, são de cunho econômico, social e emocional, uma vez que dá conta dos cuidados com a pessoa com o transtorno, da família da mesma e de setores governamentais. Apontando que estratégias de prevenção, ao aumentar fatores de proteção e diminuir fatores de risco para saúde mental, podem impactar na qualidade da saúde da população.

Abreu, Miranda e Murta (2016), em levantamento dos programas preventivos para saúde mental no Brasil, apontaram que dos 25 estudos encontrados, 44% deles se tratavam de intervenções em habilidades sociais. Entre seus efeitos, havia também a prevenção de problemas em saúde mental, o que corrobora a tese de que um amplo repertório de habilidades sociais pode se caracterizar como fator de proteção e prevenção para transtornos mentais, além de propiciar o desenvolvimento físico e psíquico saudável e integral (CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015). Em diversos momentos do curso da vida, práticas de prevenção e promoção em saúde mental bem sucedida alteram processos durante o desenvolvimento. A adolescência se destaca como um período de transição e um dos momentos que necessita de mais ações preventivas e promotivas, a fim de possibilitar o estabelecimento de certos repertórios comportamentais diante de contextos com algum risco (MURTA; GUNTHER; GUZZO, 2015). Destaca-se o valor das habilidades sociais, enquanto fator de proteção em contextos de risco e promotoras de relações interpessoais de qualidade. É também no fim da adolescência que, costumeiramente, ocorre o ingresso na universidade, ambiente que exige uma ampliação no repertório de habilidades sociais.

Soares et al. (2016), em um estudo qualitativo e exploratório, por meio da técnica de grupo focal, levantaram as vivências relatadas como mais significativas de universitários em situações interpessoais acadêmicas. Participaram nove estudantes, de uma faculdade particular, em diferentes momentos da graduação. Foram indicadas situações interpessoais acadêmicas percebidas como fáceis e como difíceis nas relações aluno-aluno, aluno-professor, aluno-funcionário, aluno-instituição, sugerindo que tais relações podem influenciar o processo de adaptação à universidade, podendo interferir no processo de ensino-aprendizagem. Os resultados revelaram que a universidade não exige apenas habilidades para o desempenho acadêmico, exigindo também HS, necessárias para vivenciar relações interpessoais acadêmicas e sociais integradas. Soares, Seabra e Gomes (2016) investigaram, utilizando o

IHS-Del-Prette e o Questionário de Vivências Acadêmicas-QVA, a correlação entre o repertório de HS e as vivências acadêmicas no ensino superior, com 689 estudantes do primeiro ano e encontraram que universitários de instituições privadas apresentavam vivências acadêmica e repertório de HS mais elaborados, as quais tendem a favorecer a adaptação ao ensino superior. Utilizando os mesmos instrumentos, IHS-Del-Prette e o Questionário de Vivências Acadêmicas-QVA, acrescido do teste Matrizes Progressivas de Raven, Soares et al. (2013), investigaram 393 estudantes universitários de instituições públicas e privadas, indicando que um repertório de HS desenvolvido pode facilitar a adaptação acadêmica.

Mello e Soares (2014) encontraram que calouros tendiam a reagir com comportamentos mais agressivos frente a situações de frustração, os dados indicaram que as experiências durante o curso proporcionaram ao formando reagir a frustração com HS mais assertivas e empáticas. O estudo de Bolsoni-Silva, Loureiro, Rosa e Oliveira (2010) investigou o repertório de HS de 85 alunos, dos quais 30 receberam indicação para THS. Todos eles frequentavam anos iniciais da graduação, oito do primeiro ano, 16 do segundo e seis do terceiro ano. As autoras sinalizaram para dificuldades interpessoais e HS restritas, especialmente nos primeiros e segundos anos, os quais poderiam estar em risco para desenvolver ansiedade, depressão ou ainda fobia social. Assim, a ampliação do repertório de habilidades sociais implica no aumento da probabilidade de emissão de comportamentos funcionais na idade adulta, na adequação do estudante na instituição de ensino e, futuramente, um desempenho profissional adequado, variáveis relacionadas ao bem-estar físico e psicológico, podendo assegurar ao universitário um processo de socialização com mais qualidade (BOLSONI-SILVA et al., 2010).

Nesse contexto, um procedimento de intervenção que vise desenvolver e ampliar o repertório de HS de alunos ingressantes no ensino superior pode propiciar melhor

desempenho acadêmico e social aos indivíduos, promovendo melhora na saúde mental, no que se refere a reduzir indicadores de ansiedade e de depressão ou mesmo prevenir o surgimento de problemas de saúde mental. Tal procedimento tem o objetivo de ensinar sistematicamente estratégias e habilidades sociais interpessoais, com a finalidade de melhorar a competência interpessoal e individual nas situações sociais a partir da instrumentalização do participante (BOLSONI-SILVA, 2009).

O termo habilidades sociais (HS) é frequentemente utilizado para indicar um conjunto de comportamentos aprendidos, necessários em interações sociais, emitidos frente às demandas de uma situação interpessoal (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999), sendo comportamentos operantes, mantidos pelos efeitos que causam no ambiente, que visam aumentar os ganhos e diminuir as perdas para os envolvidos na interação social (BOLSONI-SILVA, 2002; BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010). Del Prette e Del Prette (2013) ressaltaram que a competência social remete aos efeitos do desempenho das habilidades no contexto de vida da pessoa, enquanto que as HS se referem a diferentes classes de comportamentos sociais do repertório do indivíduo para lidar com as situações interpessoais. Classes estas que podem ser separadas de modo a abranger mais respostas comportamentais com a mesma função. Sendo elas: 1) habilidades sociais de comunicação; 2) habilidades sociais de civilidade; 3) habilidades sociais assertivas de enfrentamento; 4) habilidades sociais empáticas; 5) habilidades sociais de trabalho; 6) habilidades sociais de expressão de sentimento positivo (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001).

A escola e a família surgem como ambientes propícios para crianças aprenderem e desenvolverem comportamentos de habilidades sociais, em que, principalmente por meio de modelos de familiares, pares e professores eles podem ter a oportunidade de compreender quais são as melhores formas de se expressarem (WYLER; RAISER, 2015). O aprendizado das HS pode ocorrer por meio de contingências naturais, mediante as próprias relações

interpessoais que a pessoa vai estabelecendo em seus círculos sociais como com a família, com amigos, e assim por diante. Quando o ambiente de ensino natural é deficitário ou restrito para o ensino das HS, tal ensino pode se dar por contingências programadas, ou seja, em um treino de habilidades sociais (THS) com a programação do ensino de certas habilidades, para certos contextos, prevendo também a generalização das mesmas (MURTA, 2005).

A Psicologia, enquanto prática científica vem buscando o desenvolvimento de tecnologias de intervenções cada vez mais eficazes e eficientes ao alcançar os objetivos que se propõe. Neste âmbito, a Prática Psicológica Baseada em Evidências é definida como a junção entre melhor evidência de pesquisa disponível, a experiência na atuação clínica, diante de características contextuais, culturais e preferências do cliente (APA, 2006). Leonard (2017) reitera que ao levantar evidências de eficácia de certos procedimentos em prejuízos de outro, se evidencia coerência interna de uma teoria e a sustentação empírica de seus princípios.

Del Prette e Del Prette (2011) destacaram que no Brasil os THS costumam ser conduzidos com populações diversas (crianças, pais, casais, professores, alunos de todos os anos do ciclo), com diferentes objetivos, no entanto, primordialmente em contextos aplicados. Por outro lado, o manejo das variáveis que podem influenciar, de alguma forma, os efeitos da intervenção não vêm sendo controladas. A ausência do delineamento experimental é apontada pela literatura como lacuna (MURTA, 2005; BOLSONI-SILVA et al., 2006). Colepícolo (2014), em um estudo bibliométrico sobre a produção científica em habilidades sociais aponta para um crescimento representativo da produção no campo teórico desde a década de 1970, sendo conduzida principalmente nos Estados Unidos, Brasil, Reino Unido e Dinamarca. No Brasil, Bolsoni-Silva et al. (2006) revisaram a literatura no campo de habilidades sociais, encontrando que a população de universitários é investigada com frequência nos estudos desta área. Os estudos de intervenção, com esse público, tiveram como objetivo caracterizar determinada população, relacionar variáveis específicas ou avaliar a efetividade de

procedimentos de intervenção. Entre os 11 estudos encontrados, com universitários, apenas um usou delineamento experimental. Já Murta (2005) em uma revisão de literatura sobre a aplicação em diversas populações THS no Brasil, apontou que entre as 17 publicações que descreveram THS, com público diverso, seis delas utilizou delineamento experimental, um número relativamente baixo.

O estudo de Kestenberg (2010) apresenta um modelo de THS para promover empatia em universitários sinalizando a aproximação maior com a Prática da Psicologia Baseada em Evidências. Kerstenberg e Falcone (2011), na abordagem terapêutica cognitiva comportamental, aplicaram um THS, com objetivo de promover habilidades empáticas, em 33 estudantes do quarto ano de enfermagem, divididos em grupo experimental (17) e controle (16). Todos os participantes foram avaliados em pré, pós-teste e seguimento, de 30 a 40 dias, por meio do Inventário de Empatia – IE e o Instrumento de Avaliação do Comportamento Empático Verbal – IACEV (criado para o estudo). O treinamento foi realizado em 16 encontros semanais, de três horas, em média, e foi estruturado incluindo relaxamento, discussão da tarefa de casa, exposição dialogada, vivências, feedback e exposição do conteúdo e treino de repertório. Ambos os grupos controle e experimental tinham, estatisticamente, o mesmo repertório de entrada quanto à HS empáticas. A análise estatística sobre a variável grau de empatia, nos fatores do Inventário de Empatia, indicou valores médios mais elevados no grupo experimental, após as avaliações de pós-teste e também de seguimento, demonstrando que o programa de promoção de empatia teve efeito positivo sobre os participantes (KESTENBERG, 2010). Esse THS estava preocupado em promover comportamentos de empatia, mas não outros comportamentos de habilidades sociais são importantes, bem como a mensuração de saúde mental.

Boas, Silveira e Bolsoni-Silva (2005) aplicaram um THS, elaborado na abordagem da terapia comportamental, com delineamento não experimental. Participaram quatro estudantes

do Ensino Superior, com queixas de dificuldades interpessoais, levantadas por meio de entrevista individual e pelo IHS-Del-Prette e reavaliadas ainda pelo IHS-Del-Prette, ao fim da intervenção. O THS foi constituído por 22 encontros semanais, com aproximadamente duas horas de duração, que trataram os temas: iniciar e manter conversação; direitos humanos básicos; dar e receber *feedback*; observar os próprios comportamentos; assertividade; expressar sentimentos negativos; falar de si; elogiar e agradecer elogios; expressar empatia e lidar com críticas. Os resultados indicaram a aquisição de alguns repertórios, tais como o autoconhecimento e habilidades de comunicação. Dois dos participantes tiveram mais aquisições no repertório em função da intervenção, o que foi atribuído ao maior engajamento no THS, possibilitando que as facilitadoras o oferecimento de mais *feedbacks*, modelos, questionamentos, análises e modelagem.

Bolsoni-Silva et al. (2009) elaboraram um THS, partindo da terapia comportamental para universitários. Participaram 15 universitários e 3 recém-formados, avaliados por meio de entrevista semi-estruturada e pelo IHS-Del-Prette, antes e depois da intervenção. O programa contou com 20 encontros semanais em grupo, foram conduzidos 6 grupos de intervenção com média de três participantes cada. Os temas abordados foram: iniciar e manter conversações; fazer e responder perguntas; expressar sentimento positivo, elogiar, dar/receber *feedback* positivo, agradecer; direitos humanos básicos; expressar e ouvir opiniões; comportamento habilidoso e não habilidoso; expressar sentimentos negativos, dar e receber *feedback* negativo; fazer e recusar pedidos; lidar com críticas, admitir próprios erros, pedir desculpas; comportamento não-verbal, relacionamento amoroso; falar em público; resolver problemas; expressar empatia; interagir com autoridade; liderança; relacionamentos familiares; trabalhar em equipe; fazer amizades. Os resultados indicaram ganhos significativos referentes ao conjunto de habilidade de enfrentamento e autoafirmação com risco, conversação e desenvoltura social e auto exposição a desconhecido e situações novas. Os autores ainda

destacam o caráter preventivo do THS, uma vez que foi aplicado em uma população sem indicação clínica, que buscou a intervenção espontaneamente e teve aumento no repertório de HS.

Pureza et al. (2012) apresentou uma proposta de THS, não experimental, em grupo para universitários com sintomas de ansiedade social, na abordagem da terapia cognitiva comportamental. Participaram do estudo 22 estudantes de diversos cursos de uma universidade privada, destes apenas oito finalizaram a intervenção. A intervenção foi conduzida ao longo de 10 sessões, abarcando os temas: ansiedade; envolvidos nas HS; comportamento não-verbal; assertividade; passividade; agressividade; iniciar, manter e encerrar uma conversa; defesa dos direitos; fazer e recusar pedidos; expressar desagrado e dizer não; expressar afeto e empatia; expressar opinião; lidar com a raiva do outro; tomada de decisão; resolução de problemas; falar em público. As avaliações, pré e pós-teste, foram feitas com os instrumentos CASO-A30, Escala de Ansiedade Social Liebowitz, BDI, BAI e o ASR. Os resultados antes e depois da intervenção mostraram que os participantes tiveram uma melhora significativa nos sintomas de ansiedade social. Foi identificado que os participantes com sintomatologia mais severa ao início do tratamento foram os mesmos que abandonaram a intervenção. Lima e Soares (2015) propôs uma intervenção, não experimental, em THS para 11 universitários dos primeiros anos de universidades públicas (9) e privadas (3). O THS teve duração de 12 sessões semanais, com os seguintes temas: falar em público; assertividade; expressar e ouvir opiniões, direitos humanos básicos, enfrentamento; expressar sentimentos; *feedback*; lidar com críticas; expressar desagrado e discordância; As avaliações, apenas pré e pós-teste, foram feitas com aplicação de inventário (não descrito no estudo) e análise do conteúdo transcrito do áudio das sessões, tanto a intervenção quanto a coleta e análise de dados foram conduzidas pelo mesmo pesquisador. As autoras identificaram ganhos no repertório de HS gerais, para além do contexto acadêmico, apontando para o potencial

preventivo da intervenção, uma vez que os alunos que buscarem pela intervenção espontaneamente e participaram do THS aprenderam novas habilidades, especialmente as de auto-observação, além da generalização para outros âmbitos da vida do universitário.

Ferreira, Oliveira e Vandenberghe (2014) avaliaram os efeitos a curto, médio e longo prazo sobre o repertório de habilidades sociais e ansiedade de universitários, o THS foi estruturado com caráter de “mundo real”, em delineamento não-experimental e ocorreu diversas vezes no período de cinco anos. A intervenção ocorreu em grupo, com média de quinze participantes, foram realizadas 10 sessões semanais, de duas horas de duração, no entanto, as habilidades sociais ensinadas não foram descritas. Participaram 34 universitários, com medidas de pré-teste, pós-teste e seguimento, avaliados pelo IHS-Del-Prette e IDATE, os escores no IHS-Del-Prette aumentaram, indicando ampliação do repertório de habilidades sociais, enquanto que, no IDATE, houve a diminuição do escore, apontando para a redução dos sintomas de ansiedade da avaliação de pré para a de pós-teste e se mantiveram estáveis do pós-teste para o seguimento.

Lopes et al. (2017), avaliou os efeitos de um THS, não experimental, com universitários da área de ciências exatas em transição para o mercado de trabalho. Participaram 35 estudantes, em três diferentes grupos consecutivos de intervenção, com duração de 15 sessões semanais. Não são descritas as habilidades ou temas abordados nas sessões, é apresentado o nome PRODIP (Programa de Desenvolvimento Interpessoal Profissional) ao THS. Como avaliações de pré-teste, processo, pós-teste e seguimento (três meses após o encerramento do THS), realizadas com o IHS-Del-Prette. As análises dos dados, tanto enquanto grupo como individuais, apontaram para aquisições no repertório de HS e manutenção das mesmas, especialmente no Escore Total do IHS-Del-Prette e nas subescalas F1 - Enfrentamento com risco e F4 - Autoexposição a desconhecidos ou situações do instrumento, indicando eficácia e efetividade do THS.

De maneira geral, os estudos recentes sobre aplicação e efeitos de THS em universitários tiveram entre 10 e 22 sessões e todos avaliaram HS ou por meio do IHS-Del-Prette, exceto Lima e Soares (2016) que usaram o relato dos participantes. A saúde mental foi investigada em dois estudos, por diferentes instrumentos, sendo eles o CASO-A30, Escala de Ansiedade Social Liebowitz, BDI, BAI (FERREIRA; OLIVEIRA; VANDENBERGHE, 2014; PUREZA et al., 2012), no entanto, nenhum avaliou consumo de álcool e drogas. Em relação ao número de avaliações, os estudos de Kestenberg (2010), Kerstenberg e Falcone (2011), Lopes et al. (2017) Ferreira, Oliveira e Vandenberghe (2014), realizaram avaliação de seguimento, com destaque para o estudo de Lopes et al. (2017) que também contou com avaliação de processo, já no estudo de Ferreira, Oliveira e Vandenberghe (2014) o seguimento ocorreu em um período variado entre os participantes. Quanto ao delineamento apenas o estudo de Kerstenberg e Falcone (2011) utilizou ensaio clínico randomizado, ainda que a habilidade social de interesse foi apenas a empatia.

Desse modo, conclui-se até onde pôde alcançar a presente revisão, não há estudos de intervenção que mensurem múltiplas habilidades sociais e diferentes problemas de saúde mental, incluindo avaliação de seguimento em delineamento experimental/ensaio clínico randomizado, sendo nessa lacuna que se insere a presente pesquisa.

2 OBJETIVOS

O presente estudo teve por objetivo geral descrever, em delineamentos experimentais, efeitos de uma intervenção em habilidades sociais com universitários (clínicos e não clínicos para indicadores de ansiedade, depressão, fobia social e uso abusivo de álcool e drogas), conduzida em grupo, na perspectiva da análise do comportamento.

2.1 Objetivos específicos

- Descrever resultados de produto da intervenção comparando as medidas de linha de base, pré, pós-teste e seguimento a partir de um delineamento experimental de Ensaio Clínico Randomizado, analisada entre o grupo experimental e o grupo controle, considerando medidas de habilidades sociais e de ansiedade, depressão, fobia social e uso abusivo de álcool e drogas (Estudo 1);
- Descrever resultados de produto da intervenção comparando as medidas de linha de base, 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 ansiedade, depressão, fobia social e uso abusivo de álcool e drogas (Estudo 2).

3 MÉTODO

A sessão Método foi dividida em duas partes, tendo a finalidade de facilitar a apresentação da metodologia usada neste estudo. Na Seção 01, foi descrito o delineamento experimental de ensaio clínico randomizado para grupo e os efeitos da intervenção comparando o Grupo Experimental e Grupo Controle (Estudo 1). Já na Seção 02, foi descrito o delineamento de linha de base múltipla de sujeito único e os efeitos da intervenção nos participantes (Estudo 2). No entanto, antes de especificar características próprias de cada estudo, são descritas informações comuns para ambos.

3.1 Considerações Éticas

O projeto foi apreciado e aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Ciências, UNESP/Bauru, a qual pertence este Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Aprendizagem, sob o processo número 323.436. Após a aprovação no Comitê de Ética a intervenção foi divulgada, por e-mail, redes sociais e pessoalmente, para os estudantes matriculados nos primeiros e segundos anos das diferentes faculdades de uma universidade pública. Na universidade em questão, a divulgação, bem como as intervenções, ocorreu em três momentos diferentes, no início do primeiro e segundo semestres de 2015, e no primeiro semestre de 2016. Para ampliar a amostra a intervenção também foi divulgada em uma faculdade particular da mesma cidade, sendo que tanto a divulgação quanto a intervenção ocorreram durante o ano de 2016.

3.2 Percurso Amostral Geral

Após a divulgação para os universitários dos primeiros e segundos anos em ambos os campus, o total de 72 alunos procuraram pelo atendimento, desses, 32 aceitaram participar da pesquisa e compareceram na avaliação inicial. Seguida da avaliação inicial, os participantes foram separados aleatoriamente, em condição experimental, chamado Grupo Experimental e controle, nomeado Grupo Controle, que consistiu na amostra do Estudo 1. A Tabela 1 apresenta as características demográficas dos participantes que efetivamente permaneceram na intervenção em cada grupo. No primeiro semestre de 2015 ocorreu Grupo Experimental 1 e, ao término dele, o Grupo Controle 1 foi chamado a participar da intervenção por questões éticas, mas o atendimento não foi finalizado, pois os participantes pararam de frequentar os atendimentos. No segundo semestre do mesmo ano ocorreu a intervenção no Grupo Experimental 2, seguido do Grupo Controle 2, e, por último, em 2016 se deu a intervenção no Grupo Experimental 3 para, em seguida, ocorrer a intervenção no Grupo Controle 3, também por questões éticas.

Os participantes do Grupo Experimental passaram pela intervenção (Bolsoni-Silva, 2009b, descrita em procedimento) após o pré-teste. Neste momento do delineamento contava-se com 16 participantes, que passaram pelo pré-teste, no entanto, sete deles desistiram do atendimento, seja por não frequentar nenhuma das sessões ou apenas uma, ou ainda por alegarem motivos pessoais. Nove participantes finalizaram a intervenção, os quais foram avaliados em mais dois momentos, no pós-teste e no seguimento, seis meses após o término da intervenção.

Os participantes da condição controle ficaram em espera por três meses, enquanto o Grupo Experimental passava pela intervenção (BOLSONI-SILVA, 2009b). No Grupo Controle 16 estudantes passaram pela primeira avaliação (Linha de base 1), três meses depois

todos foram contatados e oito aceitaram ser reavaliados (Linha de base 2) e iniciaram os atendimentos, destes apenas cinco finalizaram o processo de intervenção (BOLSONI-SILVA, 2009b), os quais foram avaliados novamente no pós-teste e seis meses depois, no seguimento, constituindo a amostra do Estudo 2. Destaca-se que os grupos de participantes dos dois Grupos foram avaliados em momentos diferentes configurando condição suficiente para o delineamento de linha de base múltipla.

As Seções 01 de Método e Resultados irão apresentar informações referentes à intervenção e avaliações de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento do Grupo Experimental na comparação com o Grupo Controle (Estudo 1), com desenho experimental de ensaio clínico randomizado. As Seções 02 de Método e Resultados descrevem o Estudo 2, em que os participantes previamente do Grupo Controle, participaram da intervenção constituindo um grupo de intervenção em delineamento de linha de base múltipla, contando com avaliações de Linha de base 1 e Linha de base 2, pós-teste e seguimento.

3.3 Coleta de Dados

Os dados foram colhidos a partir da entrevista semiestruturada e aplicação dos instrumentos, em atendimentos individuais, com duração de 30 minutos até 1 hora e 30 minutos, ocorridos na mesma sala reservada para intervenção (sala de atendimento de um laboratório de pesquisa, na universidade pública e sala reservada da biblioteca, na faculdade particular). A coleta foi iniciada no primeiro atendimento, no momento, foi apresentado ao universitário o procedimento de intervenção e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I). Após o universitário aceitar participar da pesquisa, foi realizada a entrevista semiestruturada e aplicado os instrumentos (IHS-Del-Prette, QHC-Universitários,

Mini-SPIN, Dusi, Audit, BAI e BDI), na sequência descrita. As situações de coleta de dados aconteceram antes da intervenção, ao fim da mesma e seis meses após a aplicação da intervenção, com o acréscimo de uma ocasião de coleta ao Grupo Controle, a avaliação de linha de base. Também foram colhidos dados referentes à avaliação de satisfação dos participantes ao final de cada sessão.

3.4 Método – Seção 01

3.4.1 Participantes

Participaram 14 graduandos, separados aleatoriamente por sorteio em condição experimental (Grupo Experimental) e em condição controle (Grupo Controle), respectivamente, nove e cinco participantes. Parte deles matriculados em uma universidade pública, cujo campus abriga três faculdades e outra parte alunos de uma faculdade particular, ambas localizadas em uma cidade do interior de São Paulo.

A Tabela 1 apresenta as informações demográficas dos participantes. Tal tabela foi organizada com o critério de ocorrência dos grupos de intervenção.

Tabela 1 – Informações demográficas dos participantes.

Características demográficas dos participantes						
Grupo	Participantes	Idade	Sexo	Faculdade	Ano	Curso
Experimental	PE1	20	Feminino	Pública	1º	Psicologia
	PE2	19	Feminino	Pública	1º	Psicologia
	PE3	28	Masculino	Pública	1º	Psicologia
	PE4	18	Feminino	Pública	1º	Design
	PE5	19	Feminino	Pública	1º	Arquitetura
	PE6	19	Masculino	Particular	2º	Psicologia
	PE7	19	Masculino	Particular	2º	Psicologia
	PE8	35	Feminino	Particular	2º	Psicologia
	PE9	47	Masculino	Particular	2º	Psicologia
Controle	PC1	18	Feminino	Particular	1º	Design
	PC2	18	Feminino	Pública	1º	Design
	PC3	19	Masculino	Pública	1º	Design
	PC4	20	Masculino	Particular	2º	Psicologia
	PC5	18	Feminino	Particular	2º	Psicologia

Com exceção do curso de Arquitetura, da área de exatas, todos eram cursos da área de humanas. Sendo a maioria dos alunos de Psicologia, além de todos estarem, obrigatoriamente, entre o primeiro e segundo ano durante o período da intervenção, eles tinham idade média de 22,64 anos, com desvio padrão de 8,50.

3.4.2 Local

As avaliações e também as intervenções foram realizadas no próprio campus em que os alunos estudavam. Na universidade pública, ocorreram em uma sala de atendimento em um laboratório de pesquisa, devidamente equipada e adaptada para intervenções de grupo, enquanto que na faculdade particular se deram em uma sala reservada na biblioteca.

3.4.3 Delineamento Experimental

Os participantes foram divididos, aleatoriamente, em Grupo Experimental e Grupo Controle, todos foram avaliados em um primeiro momento, em seguida o Grupo Experimental passou pela intervenção, enquanto o Controle ficou em espera. Ao término do THS, todos foram novamente avaliados, seis meses depois apenas o Grupo Experimental foi avaliado, no seguimento. A caracterização do delineamento de ensaio clínico randomizado pode ser observada na Tabela 2:

Tabela 2 - Caracterização do delineamento utilizado.

Grupos	Avaliação 1	Avaliação 2	Avaliação 3
Grupo Experimental	Pré-Teste	Pós-Teste	Seguimento
Grupo Controle	Linha base 1	Linha base 2	

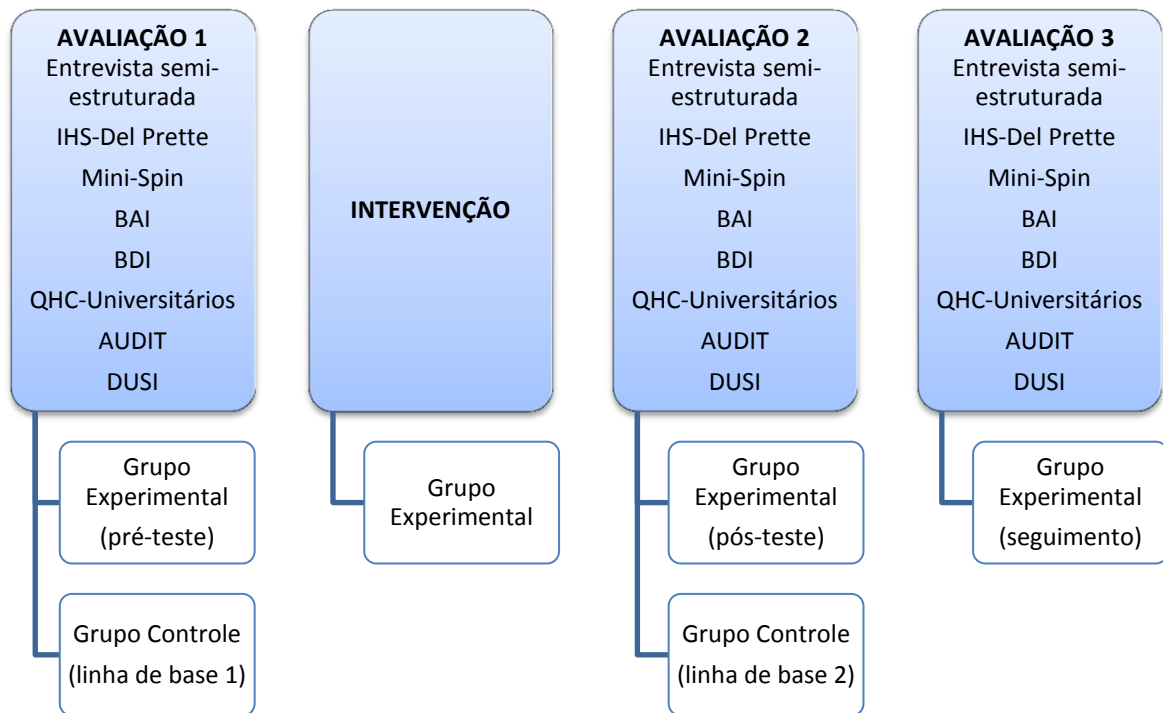
Linha tracejada – Intervenção.

Com exceção da avaliação de seguimento, ambos os grupos foram avaliados no mesmo momento, no que se refere ao pré-teste e linha de base 1 e ao pós-teste e linha de base 2.

3.4.4 Instrumentos

A Figura 1 ilustra a ordem e frequência de aplicação dos instrumentos.

Figura 1 Descrição das avaliações do delineamento de Ensaio Clínico Randomizado



Observa-se que o Grupo Experimental foi avaliado em três momentos diferentes, enquanto que o Grupo Controle foi avaliado em duas ocasiões. De modo que, o pré-teste, para o Grupo Experimental, coincide temporalmente, com a Linha de base 1, para o Grupo Controle, o mesmo ocorreu com o Pós-teste e Linha de base 2, respectivamente, para o Grupo Experimental e Grupo Controle.

A seguir apresentar-se-á uma breve descrição dos materiais e instrumentos que foram empregados na avaliação dos participantes:

- *Inventário de Habilidades Sociais - IHS-Del-Prette* (Del Prette; Del Prette, 2001): instrumento de autorelato com a finalidade de avaliar respostas comportamentais frente a situações de enfrentamento social. O inventário conta com 38 itens, cada um descreve uma

relação interpessoal e uma possível reação à última. Tais itens são agrupados em cinco fatores, sendo eles:

Fator 1- *enfrentamento e autoafirmação com risco*: os itens apresentam situações que demandam do indivíduo a autoafirmação e defesa de direitos e auto-estima, com possibilidades de uma reação indesejável do interlocutor. É composto pelos itens: 1, 5,7, 11, 12, 14, 15,16, 20, 21 e 29.

Fator 2 – Autoafirmação na expressão de sentimento positivo: indica a capacidade do indivíduo em lidar com situações interpessoais de sentimento positivo e de afirmação da autoestima, com baixo e/ou nenhum risco de rejeição pelo interlocutor. Contém os itens: 3, 6, 8, 10, 28, 30 e 35.

Fator 3 – Conversação e desenvoltura social: envolve as habilidades do indivíduo em iniciar e manter uma conversação, demonstrando conhecimento das regras sociais e “traquejo social”. Abrange os itens: 13, 17, 19, 22, 24, 36 e 37.

Fator 4 – Autoexposição a desconhecidos e situações novas: engloba a abordagem a pessoas desconhecidas pelo indivíduo, com algum risco de reação indesejável pelo interlocutor. Compreende os itens: 9, 14, 23 e 28.

Fator 5 – Autocontrole da agressividade: compreende as habilidades do indivíduo em lidar com reações aversivas do interlocutor, exigindo, para tal, controle da agressividade. Inclui os itens: 18, 31 e 38.

O entrevistado responde com uma estimativa de quantas vezes se comportaria da forma descrita em cada um dos itens. O estudo de avaliação das propriedades psicométricas (Del Prette; Del Prette; Barreto, 1998), apontam índices de discriminação positivos, variando de 3,0 a 16,7; índices de correlação positivos, com apenas dois não significativos e 10 abaixo de 0,30; consistência interna satisfatória com um alfa de *Cronbach* de 0,75; e estrutura fatorial com cinco fatores principais, identificados em termos comportamentais-situacionais, com

coeficientes alfa variando 0,74 a 0,96, que explicam 92,75 da variância total (Del Prette, 2001).

- *Inventário de Fobia Social (Mini-Spin)*: versão abreviada do Inventário de Fobia Social (SPIN) possibilita o diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social. 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 tipo *likert*, de cinco pontos, com escore de corte igual ou superior a seis pontos. A escala demonstrou boas propriedades psicométricas: 89,8% de precisão no diagnóstico do TAS, especificidade de 90%, sensibilidade de 88,7%, valor preditivo positivo de 52,6% e valor preditivo negativo de 98,5% (DEL REY; MATOS, 2009)

- *Inventário de Ansiedade Beck - BAI*: escala constituída por 21 itens, apresentados como descrições de sintomas de ansiedade, avaliados pelo indivíduo numa escala *Likert* de quatro pontos. O escore pode variar de 0 a 63, com quatro pontos de corte, classificando os sintomas de ansiedade em mínimo, leve, moderado e grave. As características psicométricas se mostram satisfatórias: com alfa de *Crombach* de 0,87.

- *Inventário de Depressão Beck - BDI*: instrumento com vinte e um grupos de afirmações, sendo que cada grupo contém com quatro afirmações, que descrevem estados emocionais, com a finalidade de investigar sintomas de depressão apresentados na última semana, assim, o respondente indica se sentiu da forma descrita nos últimos sete dias. O escore pode variar de 0 a 63, com quatro pontos de corte, classificando os sintomas de depressão em mínimo, leve, moderado e grave. As características psicométricas são satisfatórias: alfa de *Crombach* (0,88) (GORENSTEIN et al., 2011, CUNHA, 2001).

- *Questionário de Avaliação de Habilidades Sociais, Comportamentos e Contextos para Universitários – QHC-Universitários* (Bolsoni-Silva & Loureiro, 2017). É

composto por questões referentes à maneira e frequência que os alunos se comportam em relação a seus pais, amigos, namorado(a), companheiros de república e público desconhecido. O instrumento é organizado em 19 questões de frequência e 217 opções de resposta de conteúdo de acordo com os seguintes temas: comunicação; expressividade (sentimentos positivos e negativos, e pareceres); crítica (fazer e receber críticas); falar em público (apresentação de seminários e falar para o público desconhecido) e dados adicionais. As características psicométricas se mostram satisfatórias: com alfa *Cronbach* de 0,657 para as duas partes do instrumento e variância de 66,272% para a Parte 1 e variância de 71,904 para a Parte 2 (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2015).

- *Roteiro de entrevista semi-estruturada* (BOLSONI-SILVA et al, 2009): com o objetivo acolher os estudantes, dar informações sobre o atendimento em grupo e coletar dados sobre as queixas e variáveis relacionadas. A entrevista é composta das seguintes questões norteadoras: 1. Como soube do grupo? 2. O que te fez pensar em procurar o grupo? (se essa pergunta levar a descrição da queixa, prosseguir com as seguintes.). 3. Quantas vezes esse comportamento acontece? Desde quando acontece? Em que situações? Onde você estava? O que estava fazendo anteriormente? Quando isso ocorre o que você faz? O que acontece depois? (se estas perguntas não levarem a descrição da queixa, prosseguir com as seguintes). 4. 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? Você poderia me dar alguns exemplos? O terapeuta pode/deve fazer outras perguntas, com objetivo de operacionalizar a queixa e coletar dados sobre variáveis relacionadas.

- *Roteiro de avaliação de sessão*: desenvolvido com o objetivo de colher informações sobre a experiência e avaliação do atendimento por parte do universitário. Era entregue um quadro para que fosse indicado: 1. Algo que gostou na sessão; 2. Algo que gostaria que fosse de outra forma; e 3. Uma sugestão.

- *AUDIT*: foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com objetivo identificar possíveis dependentes de álcool. É composto por 10 questões, avaliadas pelo indivíduo numa escala *Likert* de cinco pontos. As questões são referentes aos últimos 12 meses, sendo que as três primeiras medem a quantidade e frequência do uso regular ou ocasional de álcool, as três questões seguintes investigam sintomas de dependência e as últimas são a respeito de problemas recentes na vida relacionados ao consumo do álcool.
- *DUSI*: é dividido em duas partes, a primeira mede a frequência de uso de 13 classes de drogas no ano e no último mês. A segunda parte é composta de 149 questões do tipo “sim” (que indicam presença de problemas) ou “não”, com respostas afirmativas que indicam problemas funcionais distribuídos em: (I) uso de substância, (II) comportamento de autocontrole, (III) saúde, (IV) transtornos psiquiátricos, (V) competência social, (VI) sistema familiar, (VII) desempenho escolar, (VIII) desempenho profissional, (IX) relação de pares e (X) lazer/recreação. O DUSI fornece uma medida geral indicada pela Densidade Absoluta dos problemas que podem estar associados e uma média por domínios que representa a gravidade do problema na área avaliada (DE MICHELI; FORMIGONI, 2000).

3.4.5 Materiais

Na intervenção foram utilizados materiais didáticos, como lápis, canetas, folhas sulfites, entre outros. Os materiais de multimídia, computador e *datashow* e a cartilha de orientações “*Como Vencer os Desafios da Universidade*” (BOLSONI-SILVA, 2009b), como material de apoio para as discussões em sessão.

Para a análise de dados foram usados os seguintes softwares:

- *Psicoinfo*: software online e gratuito que faz uma análise comparativa entre medidas de pré e pós-intervenção a fim de indicar se as diferenças entre eles representam mudanças confiáveis e se são clinicamente relevantes. O software utiliza o “Método JT”, com dois indicadores de efetividade: o Índice de Mudança Confiável (IMC), um indicador que determina se as mudanças verificadas, ao se comparar dados de pré e de pós-intervenção podem ser atribuídas aos procedimentos da intervenção ou se representam erros de medida ou irregularidades da coleta. Assim, pode-se dizer que as alterações, em termos de frequência, intensidade, duração, topografia, entre outras, nas medidas de pré e pós-teste de determinado instrumento não é um erro, mas sim decorrente da intervenção, relacionando-se assim, com a validade interna. O segundo indicador é a Significância Clínica que dá indícios de quanto os efeitos da terapia mudam os indicadores clínicos do cliente da população disfuncional e/ou funcional. Diz respeito à generalização dos efeitos da intervenção para outros ambientes do cliente, ou seja, se a intervenção faz uma diferença real na vida do cliente e das pessoas com as quais ele interage; desse modo se relaciona com a validade externa das intervenções (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2008).

- *SPSS: Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão para Windows. Neste estudo foram usados os testes não-paramétrico de *Mann-Whitney*, com objetivo de comparar amostras diferentes, no caso, usado para comparar o repertório de entrada dos participantes. E o teste de *Wilcoxon*, método usado para comparação de duas amostras pareadas.

3.4.6 Procedimento de intervenção

Com as informações colhidas no primeiro atendimento, através da entrevista semiestruturada e aplicação de instrumentos, foi elaborado um estudo de caso individual. Partindo de déficits e reservas comportamentais para a formulação de objetivos comportamentais para cada sessão do procedimento de intervenção.

A intervenção adotada foi adaptada de Bolsoni-Silva (2009b). As sessões foram aplicadas em formato de grupo. Com exceção da primeira sessão, que teve a apresentação da terapeuta e dos participantes e verificação de objetivos dos últimos, as demais foram estruturadas, basicamente, em cinco partes.

Na primeira parte acontecia a investigação da tarefa de casa (ver exemplo em ANEXO I), discutia-se com o grupo alternativas socialmente habilidosas de resolução para as dificuldades descritas, usando técnicas comportamentais (CALAIS; BOLSONI-SILVA, 2008) para tal. Em seguida era feita a introdução e discussão, partindo das dificuldades e expectativas do grupo, do tema a ser abordado na sessão em questão (Tabela 3). A terceira parte se caracteriza pela exposição teórica dialogada, com o apoio de uma cartilha informativa (BOLSONI-SILVA, 2009b), que aponta modelos de comportamentos socialmente habilidosos. Nesse momento da sessão eram novamente realizadas análises funcionais e treino de repertório, contingentes aos objetivos estabelecidos para cada participante naquela sessão em particular. Para tal, havia a execução de uma atividade de ensino e treino com a finalidade de desenvolver a habilidade social vinculada ao tema da sessão (dinâmica, role playing, etc.). Na sequência havia a apresentação da tarefa de casa, referente à sessão e, por fim, a avaliação da sessão, que solicitava ao participante destacar algo que gostou na intervenção daquele dia e uma sugestão de algo que poderia ser diferente.

Na primeira sessão, cada participante recebeu um cronograma das sessões, com temas e datas e uma cartilha informativa “*Como enfrentar os desafios da universidade*” (BOLSONI-SILVA, 2009b). Tal cartilha apresenta a definição teórica dos temas trabalhados (Tabela 3) e exemplos de sua aplicabilidade para os contextos de vida universitária, relacionamento amoroso e familiar.

A intervenção foi conduzida pela própria pesquisadora, profissional com formação em Psicologia, com experiência prévia em atendimento clínico individual e em grupo, de aproximadamente um ano. Na condução dos grupos, a facilitadora contou com supervisão e discussão dos atendimentos, que foi realizada pela, também, supervisora desta pesquisa.

A Tabela 3 descreve o número de sessões e temas tratados em cada sessão.

Tabela 3 – Descrição das sessões e dos temas trabalhados.

Sessões	Temas
1	Apresentação. Comunicação: iniciar e manter conversação.
2	Comunicação: fazer e responder perguntas.
3	Direitos humanos básicos.
4	Tipos de comportamento: conhecer diferenças entre comportamento habilidoso, não habilidoso ativo e não habilidoso passivo.
5	Expressão de sentimentos: expressar sentimento positivo e elogiar.
6	<i>Feedback</i> positivo e agradecer: dar e receber <i>feedback</i> positivo e agradecer .
7	Expressão de opiniões: de concordância e de discordância.
8	Expressão de sentimentos negativos, dando e recendo <i>feedback</i> negativo e solicitação de mudança de comportamento.
9	Críticas: lidar com críticas (fazer e receber críticas), admitindo erros e pedindo desculpas.
10	Relacionamento amoroso e relacionamento familiar.
11	Exposição pública: falar em público.

A intervenção é organizada visando a generalização e aprendizado dos comportamentos, tendo como base a complexidade das habilidades que serão trabalhadas, partindo das mais simples, como as de comunicação para as mais complexas, como lidar com críticas, por exemplo. Outro procedimento que facilita a generalização do procedimento é a atividade de tarefa de casa, ao solicitar que o participante executasse a habilidade da sessão,

também fora dela. O formato de procedimento semi-estruturado permite que a intervenção seja aplicada contingente as demandas individuais identificadas na formulação do caso e em cada uma das sessões. Ainda que haja uma sequência de temas, eles podem ser antecipados ou retomados de acordo com a necessidade dos participantes. Uma vez que, fazendo-se uso da análise funcional, como principal instrumento de avaliação e de intervenção, é possível transitar entre os temas e habilidade que a intervenção se propõe a desenvolver sem perder a análise da função do comportamento.

3.4.7 Procedimentos de tratamento e análise de dados

Os instrumentos foram aplicados e tabulados conforme instruções próprias. Em um segundo momento, os mesmos foram organizados usando o *excel* (versão 2010), separando-os por categorias já existentes nos instrumentos e pela condição da amostra, experimental ou controle. Em seguida, os dados foram tratados pelos softwares *Psicoinfo* e *SPSS*. No *Psicoinfo* foi feita a análise de significância clínica, por se tratar da avaliação dos efeitos da terapia nos indicadores clínicos do cliente da população disfuncional e/ou funcional, ou seja, remete à generalização dos efeitos da intervenção para outros ambientes do cliente.

Já no *SPSS*, foi feito o teste de *Wilcoxon*, com a finalidade de avaliar as diferenças que a intervenção pode ter ocasionado no repertório de habilidades sociais dos participantes, quando comparado uma amostra que passou pela intervenção com outra que não passou. Além do teste de *Mann-Whitney* usado para comparar tendências centrais das duas amostras independentes, o grupo controle (Grupo 2) e o experimental (Grupo 1), referentes ao repertório inicial dos participantes.

Também foram conduzidas análises qualitativas de parte dos dados colhidos, ao ser feita a apreciação das avaliações de satisfação de cada uma das sessões e com o levantamento de tarefas de casa que foram realizadas pelos participantes. Outro ponto analisado qualitativamente se refere aos valores totais e classificações de cada um dos instrumentos.

3.5 Método – Seção 02.

Esta seção apresenta a descrição do delineamento experimental de Linha de base Múltipla de sujeito único.

3.5.1 Participantes

Participaram cinco graduandos, parte deles matriculados em uma universidade pública, cujo campus abriga três faculdades e outra parte alunos de uma faculdade particular. Ambas localizadas em uma cidade do interior de São Paulo.

A Tabela 4 apresenta as informações demográficas dos participantes.

Tabela 4 - Características demográficos dos participantes.

Características demográficas dos participantes						
	Faculdade	Participantes	Idade	Sexo	Ano	Curso
Grupo 1	Pública	PC1	18	Fem	1º	Designer
	Pública	PC2	18	Fem	1º	Designer
	Pública	PC3	19	Mas	1º	Designer
Grupo 2	Particular	PC4	20	Mas	2º	Psicologia
	Particular	PC5	18	Fem	2º	Psicologia

Todos os participantes estavam matriculados na área de humanas, nos cursos de Designer ou Psicologia, além de estarem entre o primeiro e segundo ano da graduação durante a intervenção. Tinham idade média de 18,6 anos, com desvio padrão de 8,94, sendo três mulheres e dois homens.

3.5.2 Local

Idem Método – Seção 01.

3.5.3 Delineamento de Sujeito Único

Os participantes foram divididos, em dois grupos, tendo por critério a faculdade de origem. As avaliações e intervenção tiveram início, primeiro no Grupo Público e, posteriormente, no Privado. Todos os participantes foram avaliados quatro vezes, na linha de base 1, três meses depois na linha de base 2, após três meses no pós-teste e passados seis meses no seguimento. A caracterização do delineamento pode ser observada na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização do delineamento experimental e avaliações.

Grupos			Avaliações			
Público	Linha Base 1	Linha Base 2	■	Pós-Teste	Seguimento	
Privado		Linha Base1	■	Linha Base 2	■	Pós-Teste Seguimento

Linha tracejada - intervenção.

Os grupos foram separados em estudantes de universidade pública e privados, sendo que ambos passaram pela intervenção após a linha de base 2. E entre cada uma das avaliações

tiveram três meses de diferença, com exceção do pós-teste para o seguimento, que tiveram três meses.

3.5.4 Instrumentos

Idem Método – Seção 01.

3.5.5 Materiais

Idem Método – Seção 01.

3.5.6 Procedimento de intervenção

Idem Método – Seção 01.

3.5.7 Procedimento de análise de dados

Os instrumentos foram tabulados conforme instruções próprias. Em um segundo momento, os mesmos foram organizados usando o *excel* (versão 2010), separando-os por categorias já existentes nos instrumentos e por participante. Em seguida, os dados foram tratados pelos softwares *Psicoinfo* grupo (análise de significância clínica, por se tratar da

avaliação dos efeitos da terapia nos indicadores clínicos do cliente da população disfuncional e/ou funcional, dizendo sobre a generalização dos efeitos da intervenção para outros ambientes do cliente) e SPSS (teste de *Wilcoxon*, com a finalidade de avaliar as diferenças que a intervenção pode ter ocasionado no repertório de HS e de saúde mental dos participantes, quando comparado às avaliações feitas antes e depois da intervenção). Foram conduzidas também análises qualitativas das categorias dos instrumentos, comparando os escores dos participantes nas diferentes avaliações.

Também foram conduzidas análises qualitativas de parte dos dados colhidos, ao ser feita a apreciação das avaliações de satisfação de cada uma das sessões e com o levantamento de tarefas de casa que foram realizadas pelos participantes. Outro ponto analisado qualitativamente se refere aos valores totais e classificações de cada um dos instrumentos.

4 RESULTADOS

Na Seção Resultados apresentar-se-ão os dados coletados, organizados e analisados. Esta seção de Resultados está dividida em duas partes, como informado no Método. A Seção 1 descreve os dados referentes ao delineamento experimental de grupo. Na Seção 2 serão apresentados os dados que dizem respeito ao delineamento de linha de base múltipla de sujeito único, tratando os participantes como controle deles mesmo.

4.1 Resultados – Seção 1

A Tabela 6 apresenta a análise estatística pelo teste de *Mann-Whitney*, usado para comparar tendências centrais de duas amostras independentes. Aqui comparando o repertório de entrada, tanto do grupo controle, quanto do experimental, antes de iniciarem a intervenção.

Tabela 6 – Comparação entre Grupo Experimental e Controle pelo teste de *Mann-Whitney* dos indicadores de habilidades sociais e saúde mental da primeira avaliação.

Comparação entre Grupo Experimental e Grupo Controle quanto ao repertório inicial			
Indicadores	Mediana		Valor de <i>p</i>
	Pré (Experimental)	LB (Controle)	
QHC - F1	15	18	0,502
QHC - F2	4	4	0,684
QHC - F3	4	5	0,944
QHC - Potencialidades	60	66	0,947
QHC - Dificuldades	21	20	0,383
IHS - Total	30	35	0,451
IHS - F1	25	15	0,228
IHS - F2	25	35	0,228
IHS - F3	45	30	0,947
IHS - F4	45	35	0,688
IHS - F5	75	85	0,202
BAI	4	15	0,229
BDI	6	9	0,947
Mini-spin	6	3	0,736
DUSI	23	20	0,285
AUDIT	3	1	0,544

Os valores resultantes da análise, não indicaram diferenças significativas entre um grupo de participantes e outro. Apontaram que ambos os grupos são equivalentes quanto a variáveis referentes à saúde mental e ao repertório de habilidades sociais de entrada para a intervenção. Essa análise afirma a importância desse controle de variáveis, de forma a isolar variáveis de interesse no estudo, no caso o procedimento de intervenção.

A Tabela 7 apresenta as queixas iniciais dos participantes, que foram identificadas com o roteiro de entrevista semi-estruturada. Tais queixas foram identificadas na entrevista inicial, no pré-teste (Grupo Experimental) ou linha de base (Grupo Controle), e foi verificado se elas se mantinham ou não ao longo das outras avaliações. Com a diferença que para os participantes do Grupo Controle também se verificou se as queixas se mantiveram no período de espera, entre a primeira e segunda avaliação. As queixas foram organizadas por categorias de análise.

Tabela 7 - Levantamento e frequência das queixas dos participantes.

Levantamento de queixas dos participantes (n=14) (%)				
Queixa inicial	Experimental (n=9)		Controle (n=5)	
	Pré-teste	Pós-teste	Linha base1	Linha base 2
Dificuldade de falar em público.	100	22	100	80
Dificuldade em relacionamento interpessoal.	100	33	80	100
Dificuldade em manter relacionamentos mais íntimos.	66	33	80	80
Dificuldade em relacionamento familiar.	77	22	60	60
Dificuldade em manter vínculos de amizade.	77	11	100	100
Dificuldade em controlar agressividade.	66	0	60	80
Dificuldade em entender demandas das relações interpessoais.	77	11	60	60

De acordo com a Tabela 7, nota-se que a maioria das queixas se relaciona com a exposição em público, que inclui dificuldade em apresentar seminário, dar recados para a sala, falar para um grupo de amigos ou em alguma situação que sua presença ficasse em evidência. As demais queixas incluem a maneira como eles estabeleciam seus relacionamentos interpessoais, identificavam ou não as demandas interpessoais, bem como o quanto conseguiam desenvolver de intimidade, tanto com familiares como com amigos.

A Tabela 8 apresenta um levantamento da satisfação dos participantes sobre as sessões realizadas. Ao final de cada sessão, era solicitado que os participantes avaliassem a metodologia da sessão, apontassem o que mais gostou e o que poderia ter sido conduzido de outra forma.

Tabela 8 - Levantamento de satisfação dos participantes, sessão por sessão.

Avaliação de sessão											
	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Sessão 9	Sessão 10	Sessão 11
PE1	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
PE2	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
PE3	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
PE4	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
PE5	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
PE6	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
PE7	S	S	S	S	S	S	S	PS	S	S	S
PE8	S	S	S	S	S	S	S	S	S	PS	S
PE9	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

S – satisfeito; P – parcialmente satisfeito.

A grande maioria dos participantes avaliaram as sessões como satisfatórias. As sessões avaliadas como parcialmente satisfatórias foram sessões que, em geral, os participantes

relataram exemplos pessoais, disseram se sentir incomodados e desconfortáveis ao fazerem.

Abaixo seguem exemplos de algumas falas nas avaliações sobre as sessões:

“A conversa flui bem e o tema foi posto em prática, inclusive no atendimento.” – sessão *feedback* negativo.

“Gostei das discussões feitas no encontro, do compartilhamento de experiências e a análise do *feedback* feito no seriado.” – sessão *feedback* positivo.

“Gostei da forma que o encontro foi conduzido, houve um grande diálogo, e do vídeo apresentado, possibilitando maior entendimento do assunto.” – sessão expressar sentimento negativo.

“Gostei da dinâmica, pois assim pudemos treinar elogiar e agradecer aos elogios.” – sessão expressão de sentimento positivo.

“Gostei muito dos temas trazidos para realizar a atividades de debate, acho que o grupo serve também para a discussão desses temas e mostra que a terapeuta prepara muito bem os encontros.” – sessão expressão de opinião.

“Gostei muito da dinâmica para nos fazer falar em público, dá para ter uma noção dos sentimentos associados a esses momentos.” – sessão falar em público.

“Foi bem interessante. Eu não gosto muito de discutir, mas achei interessante fazer o debate e bem mais fluido do que eu imaginei que seria, achei bem legal.” – sessão expressar opiniões.

“Gostei do encontro, foi produtivo e mostrou que eu ainda posso superar minhas dificuldades.” – sessão falar em público.

“Gostei da atividade e discussão, mas não me senti a vontade para falar da minha relação com meus pais.” – sessão relacionamento familiar.

“Gostei da maneira que o encontro se desenvolveu. Com os momentos em que relatei os casos vividos, o diálogo foi bem aberto, simples e preciso.” – sessão relacionamento familiar e amoroso.

Na Tabela 9 encontra-se o levantamento da execução das tarefas de casa de cada sessão. A sessão 11 não tem indicação de tarefa, pois se trata da última sessão de intervenção.

Tabela 9 – Levantamento das tarefas de casa feitas pelos participantes.

Tarefas de sessão										
	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Sessão 9	Sessão 10
PE1	F	FP	FP	FP	FP	FP	FP	FP	FP	F
PE2	F	FP	FP	FP	FP	FP	FP	FP	FP	FP
PE3	F	FP	FP	FP	FP	FP	FP	FP	FP	F
PE4	F	F	F	FP	FP	FP	N	FP	FP	N
PE5	F	FP	FP	FP	FP	FP	N	FP	FP	N
PE6	F	FP	FP	FP	FP	FP	F	FP	FP	F
PE7	F	FP	FP	FP	FP	FP	F	N	FP	N
PE8	FP	N	F	FP	FP	FP	F	FP	FP	FP
PE9	N	FP	F	F	F	F	F	FP	FP	F

F – fez a tarefa; N – não fez a tarefa; FP – fez parcialmente a tarefa.

No Grupo Experimental, das tarefas de casa entregues aos participantes, a grande maioria foi feita parcialmente. Fazer a tarefa toda consistia em dar dois exemplos da habilidade solicitada, e foram consideradas tarefas feitas parcialmente aquelas com a descrição de um exemplo.

A Tabela 10 apresenta a quantidade de participantes classificados como clínico em cada um dos fatores de cada instrumento, tanto do Grupo Experimental quanto do grupo Controle.

Tabela 10 – Número absoluto de participantes clínicos em cada indicador avaliado pelos instrumentos, em ambos os grupos.

Participantes classificados como clínicos do Grupo Experimental e Grupo Controle					
Indicadores	Grupo Experimental (N=9)			Grupo Controle (N=5) (%)	
	Pré	Pós	Seg	LB1	LB2
QHC - Fator I/Ansiedade	7 (78)	7 (78)	5 (56)	3 (60)	5 (100)
QHC - Fator I/Depressão	7 (78)	7 (78)	3 (33)	3 (60)	4 (80)
QHC - Fator II/Ansiedade	7 (78)	6 (67)	6 (67)	5 (100)	4 (80)
QHC - Fator II/Depressão	0	1 (11)	2 (22)	2 (40)	1 (20)
QHC - Fator III/Ansiedade	6 (67)	7 (78)	5 (56)	3 (60)	5 (100)
QHC - Fator III/Depressão	3 (33)	7 (78)	5 (56)	3 (60)	5 (100)
QHC – Potencialidades/Ansiedade	3 (33)	3 (33)	2 (22)	4 (80)	2 (40)
QHC – Potencialidades/Depressão	3 (33)	3 (33)	1 (11)	4 (80)	2 (40)
QHC – Dificuldades/Ansiedade	7 (78)	5 (56)	4 (44)	4 (80)	3 (60)
QHC – Dificuldades/Depressão	7 (78)	5 (56)	6 (67)	3(60)	3 (60)
IHS - Fator Total	3 (33)	0	1 (11)	1 (20)	2 (40)
IHS - Fator I	5 (56)	2 (22)	3 (33)	3 (60)	2 (40)
IHS - Fator II	3 (33)	2 (22)	1 (11)	2 (40)	1 (20)
IHS - Fator III	2 (22)	0	0	2 (40)	2 (40)
IHS - Fator IV	1 (11)	0	1 (11)	2 (40)	2 (40)
IHS - Fator V	1 (11)	0	1 (11)	1 (20)	0
BAI	1 (11)	2 (22)	0	1 (20)	1 (20)
BDI	1 (11)	0	1 (11)	0	0
Mini-SPIN	5 (56)	1 (11)	1 (11)	2 (40)	2 (40)
AUDIT	1 (11)	0	0	0	0

Partindo do número de participantes clínicos, descritos na Tabela 9, observa-se que, em geral, ambos os grupos tinham um repertório de entrada considerado adequado pelos instrumentos na primeira avaliação (pré-teste, para o Grupo Experimental e linha de base para Grupo Controle) e parecido quanto ao número de participantes considerados clínicos. Tais dados corroboram com a análise de repertório de entrada de ambos os grupos (descrita na Tabela 6), que não indicou distinções entre repertório do Grupo Experimental e Controle. A análise dos instrumentos pelo índice de significância clínica (ISC) referente as duas avaliações (Pré-teste, Pós-teste e Seguimento do Grupo Experimental e Linha de base 1 e Linha de Base 2, do Grupo Controle) dos participantes é descrita na Tabela 11.

Tabela 11 – Número absoluto de participantes ao analisar pelo índice de significância clínica (ISC) entre avaliações realizadas, dos instrumentos aplicados em ambos os grupos.

Índice de Significância Clínica (ISC) dos fatores avaliados pelos instrumentos						
Indicadores	Experimental (n=9)			Controle (n=5)		
	Pré/Pós			LB1/LB2		
	PF	MF	MD	PF	MF	MD
QHC - Fator I/Ansiedade	2	0	0	0	0	0
QHC - Fator I/Depressão	2	0	0	0	0	5
QHC - Fator II/Ansiedade	0	0	0	0	0	0
QHC - Fator II/Depressão	9	0	0	0	0	0
QHC - Fator III/Ansiedade	1	1	2	1	0	2
QHC - Fator III/Depressão	1	1	2	0	0	0
QHC – Potencialidades/Ansiedade	0	7	0	1	1	2
QHC – Potencialidades/Depressão	1	7	0	1	1	2
QHC – Dificuldades/Ansiedade	4	3	0	3	0	1
QHC – Dificuldades/Depressão	4	1	0	4	0	1
IHS - Total	9	3	3	1	0	0
IHS - Fator I	9	3	0	5	0	0
IHS - Fator II	9	0	0	5	0	0
IHS - Fator III	9	3	0	3	1	0
IHS - Fator IV	9	1	0	5	0	0
IHS - Fator V	8	1	1	5	0	1
BAI	6	2	2	4	0	0
BDI	8	4	0	5	0	0
Mini-SPIN	4	4	0	5	0	0
Total	95(56%)	41(24%)	10(6%)	48(51%)	3(3%)	14(15%)

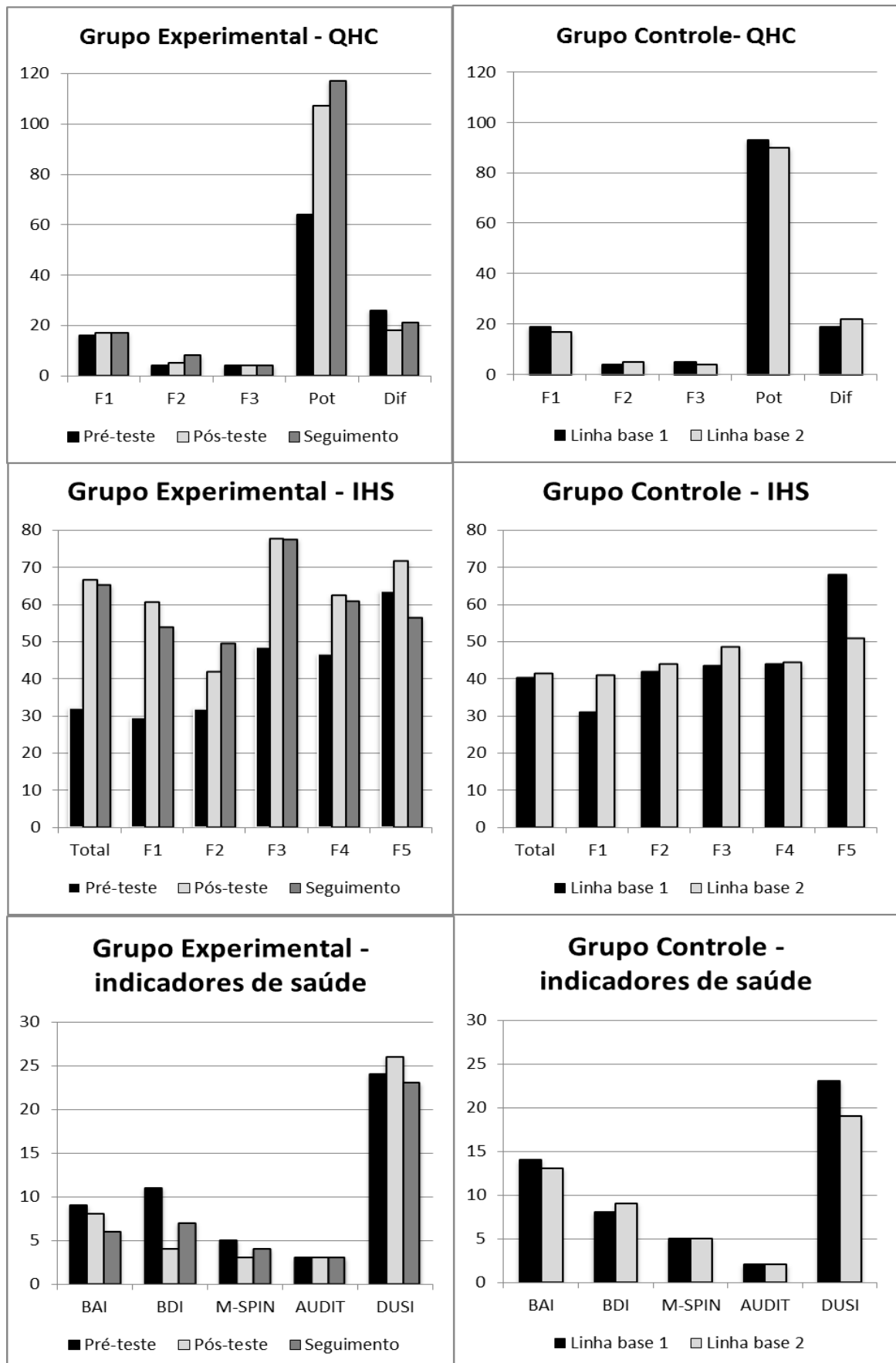
PF – população funcional; MF – mudança funcional; MD – mudança disfuncional; Pré – pré-teste; Pós – pós-teste; LB – linha de base.

A Tabela 11 apresenta os dados referentes ao índice de significância clínica (SC) dos indicativos avaliados. Observa-se que os participantes da intervenção, em ambos os grupos, já eram considerados população funcional para grande parte dos indicadores em proporções semelhantes, 56% do Grupo Experimental e 51% do Grupo Controle, corroborando com a análise realizada na Tabela 6. Nota-se que o Grupo Experimental teve mais mudanças funcionais (24%), indicativas de melhora decorrente da intervenção, que ocorreram em treze indicadores (QHC - Fator I/Ansiedade, QHC - Fator I/Depressão, QHC - Fator II/Depressão, QHC – Dificuldades/Ansiedade, QHC – Dificuldades/Depressão, IHS – Total, IHS - Fator I, IHS - Fator II, IHS - Fator III, IHS - Fator IV, IHS - Fator V, BAI, BDI). Quanto às mudanças disfuncionais (MD), aconteceram em apenas cinco indicadores (QHC - Fator III/Depressão,

IHS – Total, IHS - Fator V e no BAI) que representam 6% das possíveis alterações nos fatores estudados. No Grupo Controle, avaliado no mesmo período, apresentou mudanças funcionais (MF) apenas em três indicadores (QHC – Potencialidades/Ansiedade, QHC – Potencialidades/Depressão e o IHS - Fator III), correspondendo a 3% de mudanças. E mudanças disfuncionais (MD) em sete indicadores (QHC - Fator I/Depressão, QHC - Fator III/Ansiedade, QHC – Potencialidades/Ansiedade, QHC – Potencialidades/Depressão, QHC – Dificuldades/Ansiedade, QHC – Dificuldades/Depressão e o IHS - Fator V), numa ocorrência ponderada de 14%. Ao observar os totais ponderados, as mudanças funcionais (MF) foram muito mais frequentes no Grupo Experimental, enquanto que, mudanças disfuncionais (MD) ocorreram mais frequentemente no Grupo Controle.

A Figura 2 apresenta os escores médios ao longo das avaliações, tanto do Grupo Experimental quanto do Grupo Controle.

Figura 2 - Comparação dos escores totais médios entre Grupos Experimental e Controle.



Na Figura 2 no que diz respeito aos dados do QHC-Universitários para o Grupo Experimental, observa-se um aumento sutil nos escores de F1, F2, para Potencialidades o aumento foi de quase sessentas pontos. A média do escore de Dificuldades diminuiu após a intervenção, apontando para ampliação do repertório de habilidades sociais do grupo. Já no Grupo Controle a média dos escores variou pouco, na Linha de base 2 ocorreu a diminuição em Potencialidades e o aumentou em Dificuldades, indicando uma piora no repertório de habilidades sociais dos participantes do grupo.

Os escores médios do IHS do Grupo Experimental mostraram aumento expressivo em todos os fatores entre Pré e Pós-teste. No Seguimento, apesar da diminuição na média de Total, F1, F4 e F5, há manutenção dos valores médios próximos dos valores de Pós-teste, com exceção de F5 que diminuiu abaixo do pré. Quanto aos escores médios do Grupo Controle, notou-se também um aumento nos escores de todos os fatores, exceto F5. No entanto, tal aumento foi bem mais discreto que o observado no Grupo Controle.

Quanto aos indicadores de saúde mental, para o Grupo Experimental houve diminuição no escore médio do BAI, nas três avaliações, no BDI e Mini-SPIN a diminuição foi em relação ao Pré e Pós-teste, entre Pós-teste e Seguimento houve um aumento nas médias, mas ainda assim não retornou as médias iniciais. O DUSI aumentou as médias no Pré-teste e diminuição no Seguimento, também não retornando à média inicial. O Grupo Controle apresentou diminuição na média dos escores do BAI e DUSI, o BDI aumentou e os Mini-Spin e AUDIT permaneceram com a mesma média em ambas as avaliações. Os dados referentes ao AUDIT e DUSI não apresentaram diferenças significativas, pois os estudantes não foram classificados como usuários abusivos de álcool e drogas.

Os valores da análise dos dados pelo teste de *Wilcoxon* para o Grupo Experimental nas avaliações Pré-teste, Pós-teste e Seguimento são apresentados na Tabela 11.

Tabela 12 - Teste de *Wilcoxon* referente aos indicadores do Grupo Experimental.

Análise estatística das competências avaliadas no Grupo Experimental						
Indicadores	Mediana			Valor de <i>p</i>		
	Pré	Pós	Seg	Pré/Pós	Pré/Seg	Pós/Seg
QHC - Fator 1	15	17	16	0,397	0,120	0,674
QHC - Fator 2	4	6	6	0,135	0,061	0,121
QHC - Fator 3	4	4	25	0,609	0,905	0,480
QHC - Situação/Assunto	27	32	34	0,674	0,270	0,063
QHC - Comportamento Habilidoso	13	32	14	0,008	0,671	0,008
QHC - Comportamento Não Habilidoso	3	0	1	0,041	0,495	0,168
QHC - Consequência Positiva	27	25	31	0,767	0,056	0,352
QHC - Consequência Negativa	4	2	3	0,394	0,726	0,891
QHC - Sentimento Positivo	4	38	45	0,008	0,008	0,069
QHC - Sentimento Negativo	18	10	9	0,044	0,192	0,395
QHC – Potencialidades	60	107	124	0,858	0,008	0,017
QHC – Dificuldades	21	21	20	0,240	0,155	0,182
IHS – Total	30	65	55	0,011	0,011	1,000
IHS - Fator I	25	65	70	0,012	0,018	0,236
IHS - Fator II	25	35	45	0,350	0,017	0,057
IHS - Fator III	45	70	80	0,008	0,012	0,574
IHS - Fator IV	45	65	55	0,021	0,137	0,157
IHS - Fator V	75	75	60	0,799	0,351	0,043
BAI	4	3	7	0,953	0,373	0,623
BDI	6	4	4	0,017	0,068	0,248
Mini-SPIN	6	2	4	0,007	0,048	0,047
AUDIT	3	3	4	0,566	0,414	0,518
DUSI	23	27	19	0,953	0,482	0,575

Valor de *p* significante $\leq 0,05$.

Na Tabela 12 tem-se a análise estatística, pelo teste de *Wilcoxon*, de todas as competências avaliadas. Nota-se que no IHS-Del-Prette houve mudança significativa em todos os fatores. Sendo elas no Pré e o Pós-teste em Total, Fator I, Fator III e Fator IV, entre Pré-teste e Seguimento em Total, Fator I, Fator II, Fator III e entre Pré-teste e Seguimento nos fatores Fator II e Fator V. A análise estatística do QHC-Universitários indica mudanças referentes a ganhos de repertório nas comparações entre Pré-teste e Pós-teste, nos fatores Comportamento Habilidoso Comportamento Não Habilidoso, Sentimento Positivo, Sentimento Negativo. Entre Pré-teste e Seguimento nos fatores Sentimento Positivo e Potencialidades e entre Pós-teste e Seguimento em Comportamento Habilidoso e Potencialidades.

Nos instrumentos que avaliaram uso de álcool e drogas, DUSI e AUDIT, as mudanças não foram significativas em nenhuma das três avaliações, pois já se tratavam de participantes que não faziam uso abusivo de álcool e drogas. O mesmo resultado foi indicado com a análise dos dados do BAI. Para o BDI, o teste estatístico indicou uma mudança significativa entre a avaliação de Pré e Pós-teste. Tal mudança também foi verificada com o Pré-teste, Pós-teste e Seguimento dos dados de Mini-SPIN.

Ainda pela análise estatística, com o teste de *Wilcoxon*, para os escores do Grupo Controle não indicaram significância em nenhum dos indicadores nas avaliações de Linha de base. Como se pode observar na apresentação dos dados feita na Tabela 13.

Tabela 13 – Análise referente às competências avaliadas no Grupo Controle.

Análise estatística das competências avaliadas no Grupo Controle			
Indicadores	Mediana		Valor de <i>p</i>
	LB1	LB2	LB1/LB2
QHC - Fator 1	18	18	0,29
QHC - Fator 2	4	4	0,22
QHC - Fator 3	5	4	0,19
QHC - Situação/Assunto	23	24	0,89
QHC - Comportamento Habilidoso	10	10	0,72
QHC - Comportamento Não Habilidoso	1	1	0,71
QHC – Consequência Positiva	20	24	0,34
QHC - Consequência Negativa	2	2	0,41
QHC - Sentimento Positivo	21	25	0,89
QHC - Sentimento Negativo	16	17	0,89
QHC - Potencialidades	66	80	0,27
QHC - Dificuldades	20	19	0,89
IHS - Total	35	65	0,27
IHS - Fator I	15	70	0,10
IHS - Fator II	35	50	0,36
IHS - Fator III	30	45	0,50
IHS - Fator IV	35	25	0,68
IHS - Fator V	85	40	0,22
BAI	15	12	0,46
BDI	9	11	0,85
Mini-SPIN	3	3	0,10
AUDIT	1	2	0,41
DUSI	20	20	0,47

Valor de *p* significante < 0,05; LB – Linha de Base.

Com a Tabela 13, nota-se que não houve mudanças estatísticas entre nenhum dos indicadores avaliados entre linha de base 1 e linha de base 2, para o Grupo Controle.

4.2 Resultados – Seção 02

Os dados apresentados correspondem aos momentos que os participantes foram avaliados pela primeira vez (Linha de base 1), ficaram em espera por três meses, foram reavaliados (Linha de base 2) e iniciaram os atendimentos, com o término da intervenção foram avaliados mais uma vez (Pós-teste) e, seis meses depois, ocorreu a quarta avaliação (Seguimento). A seguir, são apresentados os dados das quatro avaliações realizadas com estes participantes.

A Tabela 14 apresenta a frequência das queixas dos participantes ao longo das avaliações realizadas.

Tabela14–Levantamento e frequência das queixas dos participantes ao longo das avaliações.

Levantamento das queixas dos participantes por categoria (n=5) (%)				
Queixa inicial	Linha Base1	Linha Base 2	Pós-teste	Seguimento
Dificuldade de falar em público.	100	80	40	60
Dificuldade em relacionamento interpessoal.	80	100	20	40
Dificuldade em manter relacionamentos mais íntimos.	80	80	40	60
Dificuldade em relacionamento familiar.	60	60	20	40
Dificuldade em manter vínculos de amizade.	100	100	20	20
Dificuldade em controlar agressividade.	60	80	20	20
Dificuldade em entender demandas das relações interpessoais.	60	60	20	40

A Tabela 14 contém as categorias de queixas, bem como a frequência que foram trazidas pelos participantes. Percebe-se, em linhas gerais, que entre a Linha Base 1 e Linha Base 2 há manutenção da frequência da queixa. Já no Pós-teste há diminuição do relato das queixas, o que se mantém baixo na avaliação de Seguimento.

A Tabela 15 apresenta um levantamento, quanto a satisfação dos participantes com a metodologia, estratégias e abordagem aplicado nas sessões.

Tabela 15 - Levantamento de satisfação dos participantes, sessão por sessão.

	Avaliação de sessão										
	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Sessão 9	Sessão 10	Sessão 11
P1	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
P2	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
P3	S	S	PS	S	S	PS	PS	PS	S	PS	S
P4	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
P5	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

S – Satisfeito; PS – Parcialmente Satisfeito.

A grande maioria dos participantes avaliaram as sessões como satisfatórias. As sessões avaliadas como parcialmente satisfatórias foram sessões que, em geral, os participantes relataram exemplos pessoais, disseram se sentir incomodados e desconfortáveis ao fazerem. Seguem abaixo exemplos de algumas falas nas avaliações sobre as sessões:

“O encontro se desenvolveu de modo que o tema foi posto em prática, inclusive no atendimento.” – sessão feedback negativo.

”Gostei das discussões levantadas no encontro, de compartilhar de experiências e dificuldades e a análise do feedback feito no seriado.” – sessão feedback positivo.

“Gostei de tudo, muito bem falado, uma ótima atividade que nos proporcionou aprendizados e sorrisos ao mesmo tempo.” – sessão falar em público.

“Gostei bastante dos temas e da junção que fizemos de todas as coisas que aprendemos aplicados ao tema relacionamentos.” – sessão relacionamento familiar e amoroso.

“Não me senti a vontade para trazer exemplos, tive dificuldade para pensar nas situações, principalmente na tarefa.” – sessão fazer críticas.

Na Tabela 16 é apresentado um levantamento das tarefas de casa, dadas aos participantes desde a primeira até a décima sessão, a décima primeira não a atividade por se tratar da última sessão.

Tabela 16 - Levantamento e descrição da execução das tarefas de casa.

Levantamento as tarefas de casa por sessão										
	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Sessão 9	Sessão 10
P1	N	PF	N	N	N	N	N	N	N	PF
P2	FP	PF	PF	PF	PF	PF	F	PF	PF	PF
P3	N	F	PF	N	N	N	N	N	N	N
P4	FP	PF	PF	PF	PF	PF	PF	PF	F	F
P5	PF	PF	PF	PF	PF	PF	PF	PF	F	F

F – fez a tarefa; N – não fez a tarefa; FP – fez parcialmente a tarefa.

Pelos dados da Tabela 16 nota-se que poucas foram as tarefas executadas por completo. Apenas seis delas, enquanto que, 16 não foram feitas, de um total de cinquenta atividades propostas. P4 e P5 foram os participantes que mais fizeram as tarefas, mesmo que, a maioria delas, parcialmente. Enquanto que, P1 e P3 não fizeram a maioria das tarefas solicitadas, cada um deles fez apenas duas e apenas P3 fez uma das tarefas completas.

A análise dos instrumentos pelo índice de significância clínica (ISC) referente as duas avaliações (Pré-teste, Pós-teste e Seguimento do Grupo Experimental e Linha de base 1 e Linha de base 2, do Grupo Controle) dos participantes é descrita na Tabela 17.

Tabela 17 – Número absoluto de participantes ao analisar pelo índice de significância clínica (ISC) entre avaliações realizadas.

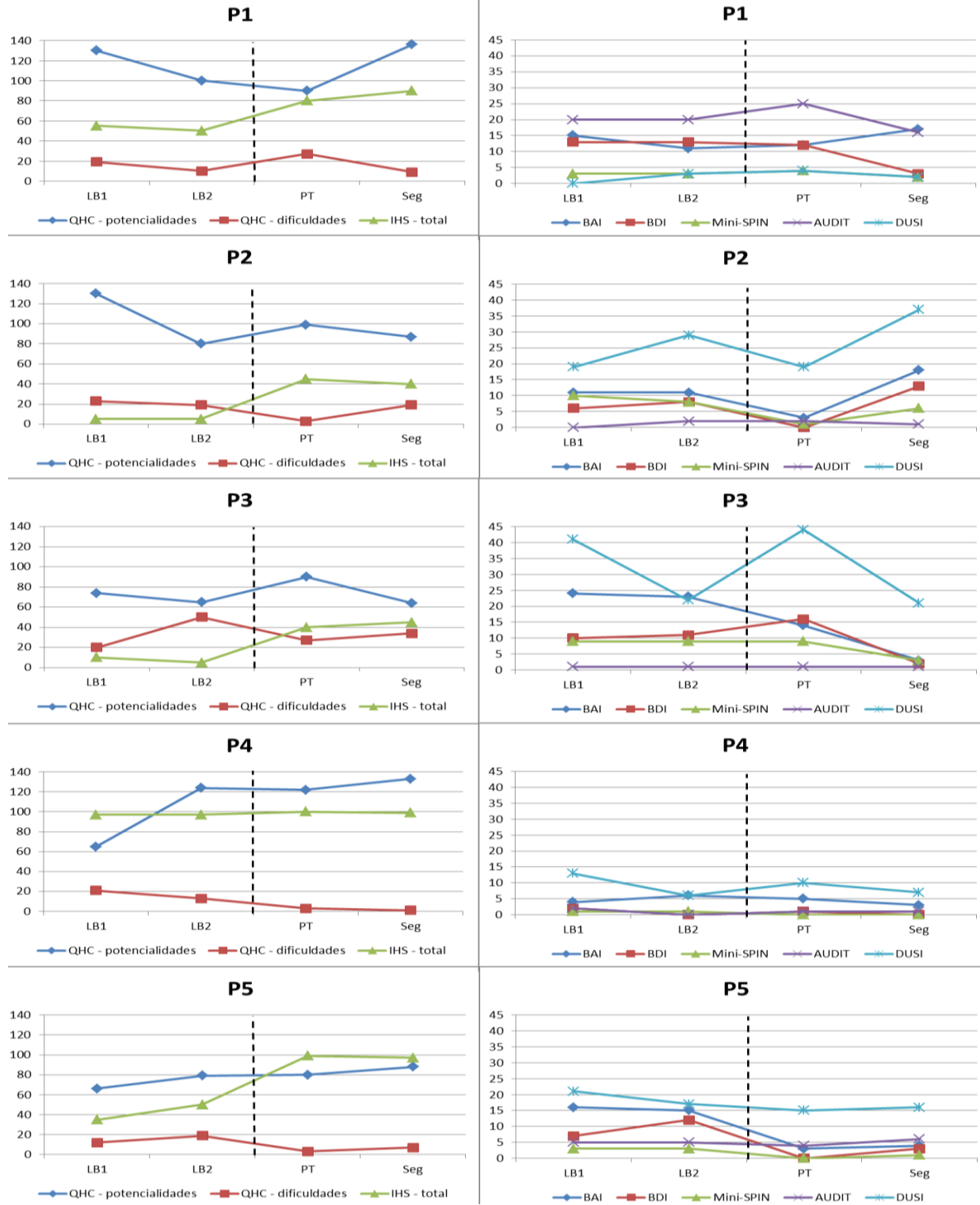
Indicadores	Índice de Significância Clínica (ISC) dos fatores avaliados pelos instrumentos		
	Linha base 2/Pós-teste		
	PF	MF	MD
QHC - Fator I/Ansiedade	1	0	0
QHC - Fator I/Depressão	1	1	0
QHC - Fator II/Ansiedade	0	1	0
QHC - Fator II/Depressão	1	1	0
QHC - Fator III/Ansiedade	3	1	0
QHC - Fator III/Depressão	1	1	0
QHC – Potencialidades/Ansiedade	2	2	0
QHC – Potencialidades/Depressão	4	1	0
QHC – Dificuldades/Ansiedade	3	3	1
QHC – Dificuldades/Depressão	3	1	0
IHS - Total	1	4	0
IHS - Fator I	5	5	0
IHS - Fator II	5	3	0
IHS - Fator III	4	3	1
IHS - Fator IV	5	5	0
IHS - Fator V	5	4	1
BAI	4	3	0
BDI	5	2	0
Mini-SPIN	5	0	0

PF – população funcional; MF – mudança funcional; MD – mudança disfuncional.

A Tabela 18 apresenta a análise dos indicadores pelo método JT, indicando melhora atribuída à intervenção em todos os fatores do IHS. Sendo que nos fatores IHS - Fator I e IHS - Fator IV foram referentes á todos os participantes, já nos fatores IHS - Total e IHS - Fator V afetaram quatro dos cinco participantes e nos demais fatores a mudança disse respeito a três participantes. Para a avaliação do QHC-Universitários foi atribuída melhora em todos os fatores, exceto no QHC - Fator I/Ansiedade. Melhoras funcionais (MF) também foram indicadas em ansiedade e depressão. Quanto ás mudanças disfuncionais (MD), ocorreram nos indicadores QHC – Dificuldades/Ansiedade IHS - Fator III e IHS - Fator V apenas. Os dados referentes ao AUDIT e DUSI não apresentaram diferenças significativas, no entanto os estudantes não foram classificados como usuários abusivos de álcool e drogas em qualquer medida de avaliação.

A Figura 3 ilustra as médias dos escores do repertório de habilidades sociais (gráficos da coluna da esquerda) e de saúde mental (gráficos da direita) dos cinco participantes ao longo das avaliações.

Figura 3 – escores totais dos participantes nas avaliações.

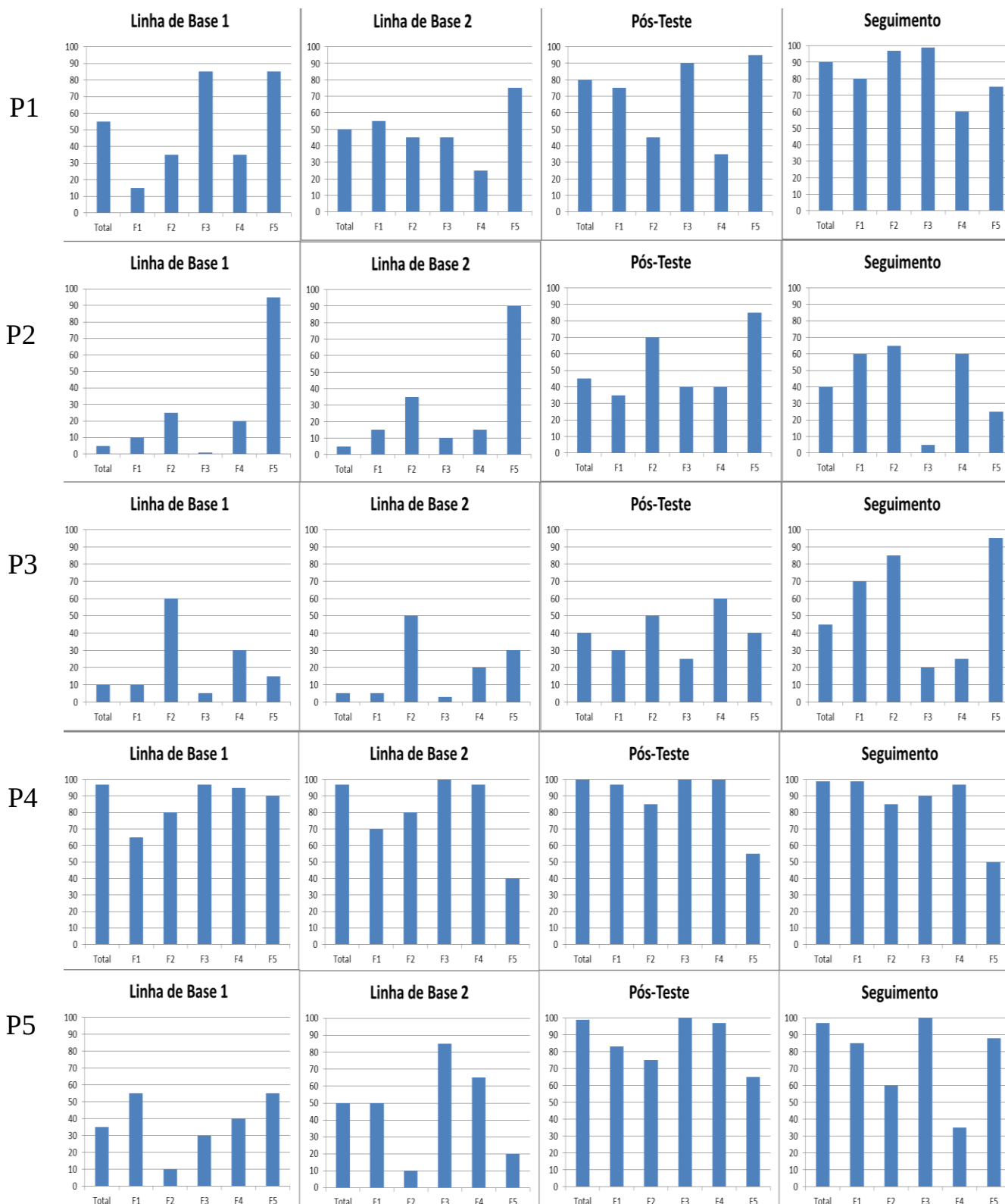


Linha tracejada - Intervenção; LB - Linha de Base; PT - Pré-Teste; Seg - Seguimento.

Em relação ao repertório de habilidades sociais dos participantes, os dados do IHS-Del-Prette, apontam para um aumento no escore de todos os participantes, exceto de P4 que já tinha Total de 100% e manteve. No QHC-Universitários, o fator Dificuldades P1 teve aumento no escore no Pós-teste, comparado as duas avaliações anteriores, no Seguimento houve a diminuição do escore. P2 diminuiu o escore em Dificuldades no Pós-teste, mas retornou a medida inicial no Seguimento. P4 e P5 apresentaram diminuição do escore após a intervenção e mantiveram as medidas abaixo das iniciais. No indicador Potencialidades P1 teve uma diminuição no escore no Pós-teste, seguido de um aumento no Seguimento, voltando ao escore da Linha de base 1. Para P2 e P3, o escore aumentou após a intervenção, mas diminuiu na avaliação de Seguimento. Já em P5 e P6 observa-se um aumento progressivo no escore ao longo das quatro avaliações realizadas.

Quanto aos indicadores de saúde mental, para P1 e P4 nota-se uma que já tinham escores totais baixos e que reduziram ainda mais no Seguimento, seis meses após a intervenção. P3 também teve uma redução mais significativa nos escores no Seguimento, no entanto, na Linha de base 1 apresentava escores mais altos. Em P2 observa-se uma redução dos escores totais no Pós-teste, mas tal redução não se mantém para todos os indicadores, no BAI, BDI e DUSI os escores ultrapassaram as medidas de Pré-teste. P5, apesar de já ter escores baixos, pois não se tratavam de usuários abusivos de álcool e drogas, teve uma redução no Pós-teste, que se manteve no Seguimento.

Figura 4–Escore dos participantes, nos Fatores do IHS-Del-Prette em todas as medidas de avaliação.



A Figura 4 apresenta os escores totais nos fatores do IHS-Del-Prette, para P1 tinha escores mais baixos para F1, F2 e F4 na Linha de base 1, F1 e F2 aumentaram na Linha de base 2 e F4 diminuiu. No Pós-teste todos os fatores aumentaram, quando comparados à Linha de base 2, já no Seguimento, o aumento foi ainda mais expressivo, de modo que todos os fatores passaram do percentil sessenta. Em P2 nota-se escores baixo do percentil quarenta para todos os fatores, sugerindo um repertório de HS restrito, exceto F5 que se manteve acima de oitenta nas avaliações de Linha de base 1, Linha de base 2 e Pós-teste. No Pós-teste há aumento nos escores de Total, F1, F2, F3 e F4. No Seguimento há a manutenção dos escores de Total, F1, F2 e F4. Para P3 os escores na Linha de base 1 e Linha de base 2 são mais baixos, próximos de percentil vinte em Total, F1, F3, F4 e F. de modo geral, as mudanças mais expressivas de escores, se deram após a intervenção, houve também uma tendência a se manterem no Seguimento.

A Tabela 18 apresenta a análise estatística, pelo teste de Wilcoxon, dos fatores avaliados nos instrumentos.

Tabela 18 – Análise referente às competências avaliadas nos participantes em todas as avaliações.

Indicadores	Análise estatística das competências avaliadas							
	Mediana				Valor de p			
	LB1	LB2	Pós	Seg	LB1/LB2	LB2/Pós	LB2/Seg	Pós/Seg
QHC - Fator 1	18	18	18	19	0,29	1,00	0,69	0,72
QHC - Fator 2	4	4	5	6	0,22	0,46	0,07	0,59
QHC - Fator 3	5	4	5	5	0,19	0,41	0,78	0,41
QHC - Situação/Assunto	23	24	26	33	0,89	0,50	0,08	0,04
QHC - Cpto Habilidade	10	10	13	11	0,72	0,20	0,22	1,00
QHC - Cpto Não Habilidade	1	1	0	0	0,71	0,28	0,65	0,65
QHC - Conq Positiva	20	24	27	24	0,34	0,79	0,89	1,00
QHC - Conq Negativa	2	2	1	2	0,41	0,26	0,58	0,58
QHC - Sent Positivo	21	25	27	33	0,89	0,69	0,08	0,47
QHC - Sent Negativo	16	17	3	7	0,89	0,35	0,04	0,72
QHC - Potencialidades	66	80	90	94	0,27	0,50	0,04	0,35
QHC - Dificuldades	20	19	3	9	0,89	0,34	0,07	0,69
IHS - Total	35	65	80	90	0,27	0,11	0,08	0,79
IHS - Fator I	15	70	75	80	0,10	0,04	0,04	0,04
IHS - Fator II	35	50	70	85	0,36	0,29	0,07	0,47
IHS - Fator III	30	45	90	90	0,50	0,07	0,22	0,27
IHS - Fator IV	35	25	60	60	0,68	0,04	0,69	0,47
IHS - Fator V	85	40	65	75	0,22	0,08	0,58	0,69
BAI	15	12	5	4	0,46	0,04	0,50	0,69
BDI	9	11	1	3	0,85	0,42	0,14	0,69
Mini-SPIN	3	3	1	2	0,10	0,29	0,10	0,72
AUDIT	1	2	2	1	0,41	0,56	1,00	0,79
DUSI	20	20	19	16	0,47	0,50	0,89	0,50

LB – Linha de Base; Pós – Pós-teste; Seg – Seguimento.

Partindo-se da Tabela 18, nota-se que não houve mudanças estatisticamente significativas entre a avaliação de Linha de base 1 e 2, período em que os participantes estavam em espera. As mudanças significativas ocorreram após a intervenção, que pode ser observado na comparação entre Linha de base 2 e Pós-Teste, no IHS-Del-Prette (Fator I e Fator IV) e BAI. Entre linha de base 2 e Seguimento também foi observado mudanças positivas no QHC-Universitários (Sentimentos Negativo e Potencialidades), no IHS-Del-Prette (Fator I e Fator II) e no BAI. Também entre as avaliações de Pós-Teste e Seguimento, no QHC-Universitários (Situação/Assunto) e no IHS-Del-Prette (Fator I). Os dados referentes ao AUDIT e DUSI não apresentaram diferenças significativas, no entanto os estudantes não

foram classificados como usuários abusivos de álcool e drogas em qualquer momento das avaliações.

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo verificar os efeitos de uma intervenção em habilidades sociais para universitários, por meio de dois métodos experimentais, sendo eles: o ensaio clínico randomizado e a linha de base múltipla de sujeito único. O controle experimental de variáveis empregado no estudo, permitiu atribuir a efetividade dos ganhos dos participantes ao programa implementado.

Destaca-se enquanto características dos participantes, as reservas comportamentais em habilidades sociais, os baixos indicadores de problemas em saúde mental e a ausência de uso abusivo de álcool e drogas. Este estudo propôs uma intervenção em grupo no âmbito da prevenção universal, no entanto, não teve demanda de universitários com sintomas que caracterizassem diagnóstico clínico. Por outro lado, seus efeitos foram observados também em caráter de promoção de habilidades sociais e de saúde mental, mesmo em participantes não clínicos, é provável que a adesão do procedimento em grupo, por participantes clínicos seja mais dificultosa. Mesma hipótese levantada por Rocha (2012), que propôs também a intervenção em grupo, sem adesão, a pesquisadora realizou os atendimentos individuais com clientes clínicos para fobia social. A intervenção em grupo se apresenta como um modo de trabalho adequado no contexto de prevenção universal, com a ressalva que há dificuldade de adesão dos participantes, desta população.

As queixas apresentadas pelos participantes, no pré-teste de ambos os estudos, expostas nas Tabela 7 e Tabela 14, mostram dificuldades referente ao repertório de habilidades sociais. Como, por exemplo, “dificuldade em falar em público” e “dificuldade em relacionamento interpessoal” foram relatados por todos. O estudo de Ribeiro e Bolsoni-Silva (2010), identificou queixas semelhantes, principalmente, no que diz respeito à dificuldade de falar em público, controle da agressividade e dificuldades interpessoais. Após a intervenção

houve diminuição de frequência do relato das queixas. A queixa “dificuldade em falar em público” é apontada em estudos como frequente entre universitários, além de muito exigido, o comportamento de falar em público, é desenvolvido ao passo que o universitário entra em contato com a contingência, desempenhando a habilidade (OSÓRIO et al, 2012). As habilidades de fazer amizades, expressar sentimentos, cooperar com pares e ser tolerante, podem ser relacionadas com as queixas trazidas pelos participantes, são habilidade que favorecem o bem estar físico e psicológico de universitários (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2003; DEL PRETTE et al., 2004; BOLSONI-SILVA, 2009; RIBEIRO; BOLSONI-SILVA, 2011).

As avaliações de sessão trazidas nas Tabelas 8 e Tabela 15, indicam o envolvimento, engajamento e satisfação dos participantes no procedimento de intervenção. Até mesmo o incômodo, relatado por alguns participantes em algumas discussões, sugere engajamento, pois aponta para envolvimento emocional e sensibilidade necessária na identificação de déficits no próprio repertório e posterior mudança de comportamento, Murta et al. (2009) identificou semelhantes ao avaliar a satisfação dos participantes na sessão de THS, inclusive o sentimento de incômodo. O engajamento dos participantes, também avaliado pela execução das tarefas de casa, descrita nas Tabela 9 e Tabela 16, com um total de 91% das atividades realizadas. Destacando que, os participantes que mais realizaram as tarefas de casa, foram os mesmos com maiores ganhos, o mesmo achado no estudo de Boas, Silveira e Bolsoni-Silva (2005).

O uso do instrumento QHC-Universitários nota-se um maior número de participantes clínicos, o que pode ser explicado pelo caráter rastreados do instrumento, sugerindo a tendência a sintomas de ansiedade e depressão destes participantes nos contextos avaliados. Quando é comparado com o número de participantes identificados como clínicos pelo BAI e BDI, instrumento diagnóstico nota-se uma quantidade menor de participantes. Dado que aponta a importância da prevenção em saúde mental, ao passo que há a identificação de

fatores de risco para possíveis transtornos, neste caso de ansiedade ou depressão, uma vez que ainda não fechou diagnóstico pelo BAI e BDI. A aplicação da intervenção precoce para essa população parece impedir o avanço dos sintomas já diagnosticados, bem como fatores de risco.

Outro ponto a ser destacado diz respeito aos efeitos em longo prazo do THS, pois as avaliações de seguimento, tanto no Estudo 1 quanto no Estudo 2, sugerem manutenção dos ganhos dos participantes após a intervenção. Mesmo não estando mais em atendimento pela intervenção, os participantes ainda apresentaram melhoras no repertório, sugerindo que as habilidades sociais aprendidas são usadas em novos contextos e mais frequentemente. Dado semelhante aos encontrados em estudos que descreveram efeitos de um THS que fizeram uso da avaliação de seguimento (KESTENBERG, 2010; KERSTENBERG; FALCONE, 2011; LOPES et al, 2017; FERREIRA; OLIVEIRA; VANDENBERGHE, 2014).

No Estudo 1, chama atenção que no Grupo Controle os indicadores com diminuição de escores de participantes clínicos foram apenas de HS, sugerindo que problemas em saúde mental não tendem a regredir sem atendimento especializado necessário.

No Estudo 2, foram observadas diferenças significativas entre universitários de universidade pública e particular, por outro lado, o método de linha de base múltipla, permitiu observar que os universitários da rede particular se mostraram mais engajados, ao passo que fizeram mais tarefas de casa e expunham mais exemplos pessoais para as discussões. Assim, o impacto da intervenção no repertório de habilidades sociais e na saúde mental dos participantes, não pode ser atribuído apenas ao caráter público ou privado da instituição de ensino, como no estudo de Soares, Seabra e Gomes (2016), mas também ao engajamento no procedimento.

Ainda que ocorressem mudanças disfuncionais (MD), apresentadas nas Tabela 11 e Tabela 17, mesmo após a intervenção, essas representaram um percentil pouco expressivo ao

comparar com mudanças disfuncionais dos participantes que não passaram pela intervenção. Apontando para o caráter de promoção de habilidades sociais e prevenção de déficits, da intervenção, que também foi encontrado nos estudos de Boas, Silveira e Bolsoni-Silva (2005); Bolsoni-Silva, et al. (2009).

Já a ocorrência mais frequente de mudanças funcionais (MF), descritas nas Tabela 11 e Tabela 17, após passarem pela intervenção, diz sobre a validade externa do procedimento, apontando para a generalização dos comportamentos aprendidos em sessão para outros ambientes do participante (DEL PRETTE E DEL PRETTE, 2008), o estudo de Lima e Soares (2015) também encontrou generalização dos comportamentos ensinados. O fato das mudanças funcionais (MF) ocorrerem tanto naqueles participantes que passaram pela intervenção quanto nos que não passaram, no entanto, sendo mais expressiva para os participantes que havia passado pelo THS, firmando a hipótese de que em ambiente natural, sem a programação de contingências também ocorre o aprendizado de HS (DA SILVA CARMINATTI, & KRUG, 2010, MURTA, 2005). O estudo de Lopes et al. (2017), usou o método JT para analisar os dados do IHS – Del Prette, encontrando resultados semelhantes ao deste estudo tanto mudanças disfuncionais (MD), quanto funcionais (MF), sendo as últimas em maior ocorrência.

Os participantes do Estudo 1 e do Estudo 2 não eram considerados clínicos para uso de álcool e drogas, faziam pouco ou nenhum uso no pré-teste e assim permaneceram, ainda assim a Figura 1 indica a redução no score do DUSI, sugerindo a diminuição de fatores de risco. A literatura aponta o uso do THS combinado com outra intervenção tem apresentado resultados relevantes no tratamento (SCHNEIDER et al., 2017).

Considerando que o THS foi proposto para ensino direto de HS, observa-se a extensão de seus efeitos e também a diminuição de sintomas de depressão e fobia social. Em relação a diminuição dos incômodos de fobia social permaneceu significativo após o término da

intervenção. A literatura aponta para a função protetora das habilidades sociais em quadros de fobia social (ANGÉLICO; CRIPPA; LOUREIRO, 2005; ANGÉLICO; CRIPPA; LOUREIRO, 2012; CECCONELLO et al., 2015; BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2014) e para quadros de depressão (BOLSONI-SILVA e LOUREIRO, 2016; BOLSONI-SILVA e GUERRA, 2014; BOLSONI-SILVA e LOUREIRO, 2015; FEITOSA, 2013).

Nas avaliações de pós-teste e seguimento, realizadas após as intervenções, notou-se melhora nos escores dos indicadores de depressão, ansiedade e fobia social, semelhante aos estudos de Pureza et al. (2012) e Ferreira, Oliveira e Vandenberghe (2014). Destaca-se que, apesar do menor envolvimento no THS, por parte de alguns participantes, ainda assim, apresentaram melhora em saúde mental e, principalmente, no repertório de habilidades sociais.

Por meio dos dados analisados por diferentes métodos, na Tabela 11, qualitativamente, na Tabela 12 e Tabela 17 pelo método JT e na Tabela 13 e Tabela 18 tratados estatisticamente, pode-se constatar que o controle experimental garantido seja pelo uso do ensaio clínico randomizado, seja pela linha de base múltipla de sujeito único, ambos combinados com avaliações por diversos instrumentos e em diferentes momentos isolando variáveis de contexto, atribui os efeitos observados à intervenção, firmando a efetividade da intervenção (COZBY, 2003; MURTA, 2005; BOLSONI-SILVA, 2006), corroborando com a prática da Psicologia Baseada em Evidências, sugerindo se tratar da verificação de uma tecnologia para intervenção psicológica, com eficácia e eficiência, na direção de promoção habilidades sociais e de condições de saúde mental, prevenindo o desenvolvimento de transtornos psíquicos, no âmbito dos transtornos de humor e ansiolíticos (ABREU; BARLETTA; MURTA, 2015; ABREU; MIRANDA; MURTA, 2016),

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em ambos os estudos, seja com o desenho experimental de ensaio clínico randomizado ou de linha de base múltipla de sujeito único, é constatada a mudança nos indicadores comportamentais, de ansiedade, depressão, fobia social e abuso de álcool e drogas dos participantes. Ainda que a amostra deste estudo se fosse, predominantemente, não clínica e de alguns participantes não terem se engajado tanto na intervenção, os dois delineamentos apresentaram resultados assegurando a efetividade do programa, apontando ao caráter de promoção de habilidades sociais e prevenção em dificuldades de saúde mental, ou seja, todos os participantes se beneficiaram com a intervenção.

Levanta-se a hipótese de que, mesmo controlando variáveis como o ano que o aluno cursava ou por meio da distribuição randômica, do uso de diferentes instrumentos (tanto diagnósticos como rastreadores) para avaliação, da realização de diversas avaliações e presença de grupo controle, ainda assim, houve a interferência de outras variáveis. Uma delas, diz respeito ao período do semestre que a intervenção foi realizada, quando no segundo semestre do ano e/ou no final do semestre letivo os alunos estavam também engajados em outras atividades, como projetos extracurriculares e avaliações da graduação e o próprio cansaço em função dos compromissos. O que, de certa maneira, refletiu na adesão ao programa, bem como no engajamento no procedimento de intervenção. Outros dois pontos observados, na universidade pública, foram a ocorrência da paralização por greves, em seguida, a reorganização do calendário acadêmico, ambos prejudicando o engajamento dos participantes. Sugere-se a aplicação do procedimento em períodos iniciais tanto do ano, como do semestre letivo.

Apresentam-se como limitações deste estudo as dificuldades na adesão dos participantes ao programa, apesar do número expressivo de participantes, se expresso

reduzido quando comparado ao número de alunos que poderiam ser beneficiados com a implantação de uma política pública de promoção de saúde mental ao ingresso da universidade, uma vez que, os dados aqui discutidos sinalizam ganhos em saúde mental, que se manifestam por meio de uma menor evasão do ensino superior, menores gastos públicos com tratamento medicamentoso de transtornos mentais.

Outra limitação se refere à dificuldade em mensurar a generalização para os demais contextos dos comportamentos aprendidos em sessão. Para próximos estudos, sugere-se a avaliação dos repertórios aprendidos também por medidas de observação, além das de relato. Afora a aplicação do procedimento em populações de universitários clínicos para diferentes transtornos mentais e déficits em habilidades sociais, somado à aplicação em diferentes localidades, com diferenças culturais, além de amostras compostas por número maior de participantes.

Este estudo avança na produção científica nacional em relação à aplicação do método experimental, ao controle de variáveis, de maneira que valida a atribuição dos efeitos obtidos pelos participantes a efetuação do programa. Tal constatação, diz sobre uma consequência de cunho social da Psicologia enquanto ciência, o desenvolvimento e implantação de tecnologias de promoção de saúde para a população. Com o estabelecimento da intervenção, enquanto uma prática da inserção do universitário no ingresso ao ensino superior.

REFERÊNCIAS

- ABREU, S.; BARLETTA, J. B.; MURTA, S. G.. Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In Murta, S. G.; Leandro-França, C.; Santos, K. B.; Polejack, L.. (Org.). **Prevenção e Promoção em Saúde Mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção**. 1ªed. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015, v. 1, p. 54-74.
- ABREU, S.; MIRANDA, A.A.V.; MURTA, S.G. Programas preventivos brasileiros: quem faz e como é feita a prevenção em saúde mental? **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 21, n. 1, p. 163-177, 2016.
- 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.
- ANGÉLICO, A.P.; CRIPPA, J.A.S.; LOUREIRO, S.R. Utilização do Inventário de Habilidades sociais no diagnóstico do transtorno de ansiedade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 467-476, 2012.
- Associação Psiquiátrica Americana. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, Porto Alegre, Ed. 5, Artes Médicas, 2013.
- BOAS, A.C.V.B.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. et al. Avaliação de um treinamento de habilidades sociais (THS) com universitários e recém-formados. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 2, 2009.
- 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, 2009, v. 23, p. 21-52.
- BOLSONI-SILVA, A.B.; GUERRA, B.T. O impacto da depressão para as interações sociais de universitários. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-452 2014.

BOLSONI-SILVA, A.T. et al. A área das habilidades sociais no Brasil: Uma análise dos estudos publicados em periódicos. In: BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, Z.A.P. DEL PRETTE, A. (Org.) **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016. p. 17-45.

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

BOLSONI-SILVA, A.T. et al. Habilidades sociais e variáveis contextuais em universitários usuários de álcool: um estudo descritivo e comparativo. In: SOARES, A.B.; MOURÃO, L.; MOTA, M.M.P.E. (Org.) **O Estudante Universitário Brasileiro: Características cognitivas, habilidades relacionais e transição para o mercado de trabalho**. Curitiba: Appris Editora, 2016, p. 199-215.

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, p. 233-242, 2002.

BOLSONI-SILVA, A.T. Supervisão em habilidades sociais e seu papel na promoção deste repertório em estagiários de psicologia. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 18-32, 2009.

BOLSONI-SILVA, A.T.; 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.; LOUREIRO, S.R. Social skills of undergraduates without mental disorders: academic and socio-demographic variables. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n.3, p. 447-459, 2015.

BOLSONI-SILVA, A.T.; LOUREIRO, S.R. The role of social skills in social anxiety of university students. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 58, p. 223-232, 2014.

BOLSONI-SILVA, A.T.; LOUREIRO, S. R. O impacto das habilidades sociais para a depressão em estudantes universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília (Online), v. 32, n. 4, p. 1-8, 2016.

BOLSONI-SILVA, A.T.; LOUREIRO, S.R. Validação do Questionário de Avaliação de Habilidades Sociais, Comportamentos, Contextos para Universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília (Online), v. 32, n. 2, p. 1-10, 2016.

BRANDÃO, A.S., BOLSONI, A.T.; LOUREIRO, S.R. The Predictors of Graduation: Social Skills, Mental Health, Academic Characteristics. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 66, p. 117-125, 2017.

CALAIS, S. L.; BOLSONI-SILVA, A. T. Alcance e limites das técnicas comportamentais: Algumas considerações. In: CAVALCANTI, R. M. (Org.), **Análise do Comportamento: Avaliação e Intervenção** (pp. 15-29). São Paulo, Roca, 2008.

CAMPOS, J.R.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. Habilidades sociais e depressão na adolescência: Uma revisão da literatura. **Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, Guadalajara, v. 22, n. 4, p.469-482, 2014.

CASTAÑO-PEREZ, G.A.; CALDERON-VALLEJO, G.A. Problemas associados ao consumo de álcool em estudantes universitários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 739-746, 2014.

CERCHIARI, E.A.N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 10, n. 3, p. 413-420, 2005.

COLEPÍCOLO, E. Análise bibliométrica sobre a produção científica no campo das habilidades sociais. **Revista de Bibliotecología y Ciencias de la Información**, n. 57, p. 12-21, 2014

COUTO, G.; et al. Interações e habilidades sociais entre universitários: Um estudo correlacional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 667-677, 2012.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas. 2003.

CUNHA, J. A. et al. O uso do inventário de Beck para avaliar depressão em universitários. **Psico** (Porto Alegre), p. 107-115, 1996.

CUNHA, J.A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2001.

CUNHA, S. M.; PEUKER, A. C.; BIZARRO, L. Consumo de álcool de risco e repertório de habilidades sociais entre universitários. **Psico**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 289-297, 2012.

D'EL REY, G. J. F.; MATOS, C. W. Validação da versão em português do Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1681-1686, 2009.

DA SILVA CARMINATTI, J.; KRUG, J. S. A prática de canto coral e o desenvolvimento de habilidades sociais. **Pensamiento Psicológico**, v. 7, n. 14, 2010.

DEL PRETTE, A., DEL PRETTE, Z.A.P.; BARRETO, M.C.M. Treinamento de habilidades sociais em grupo com estudantes de Psicologia: Avaliando um programa de intervenção. In: BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A. **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 217-234, 2006.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 413-420, 2003.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de habilidades sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001b.

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

DEL PRETTE, Z. A.P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. Petrópolis, Ed. Vozes, 1999.

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

DEL PRETTE, Z.A.P. Social Skills Inventory (SSI-Del-Prette): Characteristics and studies in Brazil. In: **Social anxiety disorders: From theory to practice**, p. 47-62, 2013.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. Práticas baseadas em evidência e treinamento de habilidades sociais. In: DEL PRETTE, A.; PRETTE, Z.A.P. (Org.) **Habilidades sociais: Intervenções efetivas em grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 57-82, 2011.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das relações interpessoais. Vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes, 2001.

DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. Significância Clínica e Mudança Confiável na Avaliação de Intervenções Psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 105-114, 2008.

FEITOSA, F.B. Habilidades sociais e sofrimento psicológico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 65, n. 1, 2013.

FELICISSIMO, F.B.; CASELA, A. L. M.; RONZANI, T. M. Habilidades sociais e alcoolismo: uma revisão da literatura. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 1, 2013.

FERREIRA, V.S.; OLIVEIRA, M.A.; VANDENBERGHE, L. Efeitos a curto e longo prazo de um grupo de desenvolvimento de habilidades sociais para universitários. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 73-81, 2014.

GOMES, G.; BENEVIDES SOARES, A. Inteligência, habilidades sociais e expectativas acadêmicas no desempenho de estudantes universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 4, 2013.

GORENSTEIN, C. et al., **Manual do Inventário de depressão de Beck-BDI-II**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Resumo técnico: censo da educação superior 2014**. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2014/resumo_tecnico_censo_educacao_superior_2014.pdf> Acesso em: 20 junho, 2017.

KERSTENBERG, C. C. F. **Avaliação de um programa de desenvolvimento da empatia para graduandos de enfermagem**. Tese (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

KESTENBERG, C. C. F.; FALCONE, E. M. O. Programa de promoção da empatia para graduandos em enfermagem. In: DEL PRETTE A.; DEL PRETTE Z. A. P. (Org.) **Habilidades sociais - Intervenções efetivas em grupo**. São, 2011, p. 115-144.

LEONARDI, J.L. Reflexões sobre a terapia analítico-comportamental no contexto da prática baseada em evidências e possibilidades de atuação em análise do comportamento clínica. Acta Comportamentalia: **Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, v. 25, n. 2, 2017.

LIMA, C. T, et al. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism** 40.6 (2005): 584-589.

LIMA, C.A.; SOARES, A. B. Treinamento em Habilidades Sociais para universitários no contexto acadêmico: ganhos e potencialidades em situações consideradas difíceis. In: Del Prette, Z.A.P. et al. (Org.). **Habilidades sociais diálogos e intercambios sobre pesquisa e prática**. 1ed.Nova Hamburgo: Sinopsys, v. 1, p. 22-43, 2015.

LIMBERGER, J. et al. Treinamento em habilidades sociais para usuários de drogas: revisão sistemática da literatura. **Contextos Clínicos**, v. 10, n. 1, p. 99-109, 2017.

LOPES, D. C. et al. Treinamento de habilidades sociais: Avaliação de um programa de desenvolvimento interpessoal profissional para universitários de ciências exatas. **Interação em Psicologia**, v. 21, n. 1, 2017.

MELLO, T.V.S.; SOARES, A.B. Habilidades sociales y frustración en estudiantes de medicina. **Ciencias Psicológicas**, v. 8, n. 2, p. 163-172, 2014.

MELO CAVESTRO, J.; ROCHA, F. L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 4, p. 264-267, 2006.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L.; Psychometric properties of the Brazilian version of the Drug Use Screening Inventory. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research** 26.10 (2002): 1523-1528.

MORERA, J.A.C. et al. Sociocultural factors e drug consumption among costarrican university students. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. ESP, p. 145-153, 2015.

MURTA, S. G. et al. Prevenção primária em saúde na adolescência: avaliação de um programa de habilidades de vida. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 3, p. 181-189, 2009.

MURTA, S. G.; GUNTHER, I. A.; GUZZO, R. L. S.. Prevenção e promoção em saúde mental no curso de vida: indicadores para a ação. In: Murta, S. G.; Leandro-França, C.; Santos, K. B.; Polejack, L.. (Org.). **Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção**. 1ed. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015, v. 1, p. 75-92.

MURTA, S.G. Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 283-291, 2005.

NATIVIDADE, J. C. et al. Fatores de personalidade como preditores do consumo de álcool por estudantes universitários. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1091-1100, 2012.

NEUFELD, C. B. et al. Incidência de sintomas de ansiedade social e de transtornos mentais comuns em universitários e suas implicações para as habilidades relacionais. In: SOARES, A.B.; MOURÃO, L.; MOTA, M.M.P.E. (Org.) **O Estudante Universitário Brasileiro - Características Cognitivas, Habilidades Relacionais e Transição para o Mercado de Trabalho**. Curitiba: Appris Editora, 2016, p. 157-176.

OSÓRIO, F. L. et al. Aspectos cognitivos do falar em público: validação de uma escala de autoavaliação para universitários brasileiros. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 2, p. 48-53, 2012.

PACHECO, P.; RANGÉ, B. Desenvolvimento de habilidades sociais em graduandos de Psicologia. In: BANDEIRA, M.; DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal**. 1. ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 199-216, 2006.

PEREIRA, S.M.; LOURENÇO, L.M. O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, 2012.

PINHO, R. Caracterização da clientela de um programa de atendimento psicológico a estudantes universitários. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 6, n. 1, p. 114-130, 2016.

PUREZA, J.D.R. et al. Treinamento de Habilidades Sociais em Universitários: uma proposta de intervenção. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 8, n. 1, p. 2-9, 2012.

RIBEIRO, D.C.; BOLSONI-SILVA, A.T. Potencialidades e dificuldades interpessoais de universitários: Estudo de caracterização. **Acta Comportamentalia**, v. 19, n. 2, p. 205-224, 2011.

ROCHA, J. F. **Efeitos de uma intervenção comportamental com treino de habilidades sociais para universitários com fobia social**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2012.

RODRIGUES, V.S., SILVA, J.G.D.; OLIVEIRA, M.D.S. Habilidades sociais e tabagismo: uma revisão de literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 1, p. 31-41, 2011.

RONDINA, R.D.C. et al. Habilidades sociais e dependência nicotínica em universitários fumantes. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n. 1, p. 232-244, 2013.

SCHNEIDER, J.A.; LIMBERGER, J.; ANDRETTA, I. Habilidades sociais e drogas: Revisão sistemática da produção científica nacional e internacional. **Avances en psicología latinoamericana**, v. 34, n. 2, 2016.

SEGRIN, C.; FLORA, J. Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. **Human Communication Research**, v. 26, n. 3, p. 489-514, 2000.

SILVA, É.C.; TUCCI, A.M. Intervenção breve para redução do consumo de álcool e suas consequências em estudantes universitários brasileiros. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, n.4, p. 728-736, 2015.

SOARES, A.B. et al. Inteligência e competência social na adaptação à universidade. **Estudos de Psicologia**, v. 30, n. 3, p. 317-328, 2013.

SOARES, A.B.; DEL PRETTE, Z.A.P. Habilidades sociais e adaptação à universidade: Convergências e divergências dos construtos. **Análise Psicológica**, v. 33, n. 2, p. 139-151, 2015.

SOARES, A.B.; LEME, V. R.; Nogueira, C.C. ; Maia, F. A. ; LIMA, C. A. . Situações interpessoais: o que dizem os estudantes universitários? In: SOARES, A.B.; MOURÃO, L.; MOTA, M.M.P.E. (Org.) **Estudante Universitário Brasileiro: Características cognitivas, habilidades relacionais e transição para o mercado de trabalho**. 1ed. Curitiba: Appris Editora, v. 1, p. 115-126, 2016.

SOARES, A.B.; SEABRA, A.M.R.; GOMES, G. Inteligência, autoeficácia e habilidades sociais em estudantes universitários. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 15, n. 1, p. 85-94, 2014.

SOARES, A.B.; SEABRA, A.M.R.; GOMES, G. Vivências acadêmicas e habilidades sociais: um estudo correlacional com universitários do primeiro ano de instituições do Rio de Janeiro. In: SOARES, A.B.; MOURÃO, L.; MOTA, M.M.P.E. (Org.). **Estudante universitário brasileiro: características cognitivas, habilidades relacionais e transição para o mercado de trabalho**. 1ed. Curitiba: Appris, v. 1, p. 143-156, 2016.

WAGNER, M. F. et al. Repertório deficitário de habilidades sociais no transtorno de ansiedade social: avaliação pré-intervenção. In: DEL PRETTE, Z. A. P.; SOARES, A. B.; PEREIRA-GUIZZO, C. S; WAGNER, M. F.; LEME, V. B. R. (Org.). **Habilidades sociais: diálogos e intercâmbios sobre pesquisa e prática**. Novo Hamburgo, 2015, p. 348-367.

WYLER, M.M.; RAISER, J.S. Habilidades sociais e educação: avanços e possibilidades. **Ágora: revista de divulgação científica**, v. 19, n. 2, p. 40-63, 2015.

ZAMIGNANI, D.R.; BANACO, R.A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.

ZEFERINO, M.T. et al. Consumo de drogas entre estudantes universitários: família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. **Texto & Contexto Enfermagem**, 24, 125-135, 2015.

APÊNDICE 1

Tarefa de Casa Sessão 01 Tema -> comunicação: iniciar e manter conversação.

Nome:

Hoje nós discutimos sobre maneiras de iniciar, manter e encerrar uma conversação. A proposta da tarefa de casa é fazer um exercício de observação dos momentos em que você precisa usar essas habilidades no seu dia-a-dia. Quando surgir a oportunidade, observe-se interagindo com a outra pessoa e depois responda as questões:

Com quem você conversou?	Quem iniciou o assunto?	Sobre o que conversaram?	Como foi a conversa? (longa, curta, quem falou mais, o assunto original de estendeu para outros assuntos).	Quem encerrou o assunto?	Como se sentiu após terminar a conversa?	Houve alguma dificuldade? (em que momento, o que sentiu, pensou e fez em relação a essa dificuldade).	Como você avalia o seu desempenho nesse exercício?

DIFICULDADES ENCONTRADAS AO FAZER A ATIVIDADE:

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA UNIVERSITÁRIOS

Nome da pesquisa: Promovendo interações sociais positivas e prevenindo problemas de saúde mental.

Pesquisadora responsável: Alessandra Turini Bolsoni-Silva CRP: 06/57948-0.

Informações dadas aos respondentes: Estamos realizando uma pesquisa com universitários, que estão matriculados no primeiro e segundo ano de cursos de graduação. Os participantes desta pesquisa, responderão a roteiros de entrevista e inventários, de forma a abordar questões sobre relacionamento interpessoal. Os instrumentos serão aplicados em 3 momentos, antes da intervenção, após a mesma e 6 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 às necessidades dos participantes.

Informamos que os universitários não terão quaisquer despesas ao participarem desta pesquisa.

Os participantes tem a liberdade de se recusarem a participar, de não responder a alguma pergunta e de retirar o seu consentimento, a qualquer momento, caso alguma coisa lhes desagrade, sem qualquer prejuízo para eles.

Está 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 coletados durante a pesquisa.

Eu, _____, portador do 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) ter a liberdade de recusar a participar da pesquisa.

Bauru, _____ de _____ 2016

Assinatura do participante.

Nome e assinatura do pesquisador responsável.