

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

PRISCILA FERREIRA DE CARVALHO KANAMOTA

**ESTUDO DA INFLUÊNCIA DAS RESPOSTAS DE EMPATIA E RECOMENDAÇÃO  
DO TERAPEUTA NA INTERAÇÃO TERAPEUTA-CLIENTE E DESCRIÇÃO DE  
EFEITOS DE UM PROCEDIMENTO DE INTERVENÇÃO PARA O TRATAMENTO  
DE MÃES DE ADOLESCENTES COM PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO**

Bauru - SP

2013

PRISCILA FERREIRA DE CARVALHO KANAMOTA

**ESTUDO DA INFLUÊNCIA DAS RESPOSTAS DE EMPÁTIA E RECOMENDAÇÃO DO TERAPEUTA NA INTERAÇÃO TERAPEUTA-CLIENTE E DESCRIÇÃO DE EFEITOS DE UM PROCEDIMENTO DE INTERVENÇÃO PARA O TRATAMENTO DE MÃES DE ADOLESCENTES COM PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, campus de Bauru, como requisito à obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Desenvolvimento e Aprendizagem. Sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Alessandra Turini Bolsoni Silva.**

Bauru - SP

2013

Kanamota, Priscila Ferreira de Carvalho.

Estudo da influência das respostas de empatia e recomendação do terapeuta na interação terapeuta-cliente e descrição de efeitos de um procedimento de intervenção para o tratamento de mães de adolescentes com problemas de comportamento. / Priscila Ferreira de Carvalho Kanamota, 2013  
223 f.

Orientador: Alessandra Turini Bolsoni-Silva.

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2013

1. Interação Terapeuta-Cliente; 2. Sistema Multidimensional de Categorização das Verbalizações na Interação Terapêutica; 3. Habilidades Sociais; 4. Práticas Educativas Parentais; 5. Problemas de Comportamento, 6. Psicologia Baseada em Evidências.
2. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

PRISCILA FERREIRA DE CARVALHO KANAMOTA

ESTUDO DA INFLUÊNCIA DAS RESPOSTAS DE EMPATIA E RECOMENDAÇÃO DO TERAPEUTA NA INTERAÇÃO TERAPEUTA-CLIENTE E DESCRIÇÃO DE EFEITOS DE UM PROCEDIMENTO DE INTERVENÇÃO PARA O TRATAMENTO DE MÃES DE ADOLESCENTES COM PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração: Desenvolvimento e Aprendizagem. Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Alessandra Turini Bolsoni Silva.**

COMISSÃO EXAMINADORA:

---

**Dra. Alessandra Turini Bolsoni Silva.– UNESP – Bauru**

**Orientadora – Presidente da banca**

---

**Dra. Sônia Beatriz Meyer – USP – São Paulo**

**1º Examinadora**

---

**Dra. Jocelaine Martins da Silveira – UFPR – Curitiba**

**2ª Examinadora**

**Dissertação defendida em 05/04/2013**

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado DE PRISCILA FERREIRA DE CARVALHO KANAMOTA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.**

Aos 05 dias do mês de abril do ano de 2013, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. ALESSANDRA T BOLSONI SILVA do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. JOCELAINE MARTINS SILVEIRA do(a) Departamento de Psicologia / Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes / Universidade Federal do Paraná, Profa. Dra. SONIA BEATRIZ MEYER do(a) Departamento de Psicologia Clínica / Universidade de São Paulo, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de PRISCILA FERREIRA DE CARVALHO KANAMOTA, intitulada "ESTUDO DA INFLUÊNCIA DAS RESPOSTAS DE EMPATIA E RECOMENDAÇÃO DO TERAPEUTA NA INTERAÇÃO TERAPEUTA-CLIENTE E DESCRIÇÃO DE EFEITOS DE UM PROCEDIMENTO DE INTERVENÇÃO PARA O TRATAMENTO DE MÃES DE ADOLESCENTES COM PROBLEMAS DE 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.

  
Profa. Dra. ALESSANDRA T BOLSONI SILVA

  
Profa. Dra. JOCELAINE MARTINS SILVEIRA

  
Profa. Dra. SONIA BEATRIZ MEYER

Ao meu marido Juliano Kanamota, a quem tanto amo, que sempre cumpriu todas as suas promessas.

## AGRADECIMENTOS

Àquele que mais acredita em mim, que me faz sentir amada todos os dias, que tem tornado minha vida especialmente boa nesses últimos 12 anos, meu amor, Juliano! Obrigada por toda a ajuda que me deu com a dissertação. Com você eu me sinto “um tanto bem maior”!

Aos meus pais, José e Nilce, em especial a minha mãe que não mede esforços para me apoiar, alterando sua rotina de trabalho e compromissos para me dar carona, me socorrer ou mesmo me fazer companhia. Amo vocês.

Às minhas irmãs, Danila e Milena, e ao meu sobrinho Cauê, que torcem e vibram a cada conquista minha. Vocês são meu ânimo, meus amores.

À minha avó, Maria, que sem dúvida foi uma das pessoas que mais se preocupou com as minhas viagens, alimentação, sono e que me esperava toda quarta-feira com almoço pronto, sobremesa e chá da tarde! Meu eterno modelo de estilo parental participativo!

Um agradecimento especial ao meu presente mais precioso, meu filho Davi! De todos os feitos de 2012, sem dúvida você foi o meu melhor! O mais desejado, o que me causou as mais diversas emoções e o que tem me ensinado a ser aquilo que estudei nos livros e que presunçosamente tento compartilhar com as clientes, ser mãe.

Ao Samy, nosso bebê Shih-Tzu, lindo, carinhoso, manhoso, rabugento, marrentinho, sensível, empático, que nos faz sentir uma família. Obrigada por sentir minha falta e por me receber de braços abertos e rabinho abanando!

À querida Alessandra T. Bolsoni-Silva (Lê), pessoa sensível, humana, competente, extremamente habilidosa e humilde. Com certeza seu modelo como orientadora, professora, terapeuta e mãe foi o legado mais precioso que aprendi nesses últimos anos. Espero um dia, assim como você, poder viver tudo aquilo que acredito e ensino, com tamanha competência e paixão! Além de corrigir trabalhos e responder e-mail tão rápido! Nossa parceria tornou o sonho do mestrado uma realidade possível e muito prazerosa. Ser orientada por você foi um privilégio, obrigada!

Aos alunos, estagiários e amigos Bruna Rodrigues, Fernanda Angélica, Hannah Cláudia, Jucimeri Thewes, Nathalia Hosoya, Vanderlei Monteiro, Vitor Detomini, Taís dos Santos. Sem a ajuda prestimosa de vocês, esse trabalho não seria possível.

À pessoa que acumula função na minha vida, Raquel Sartori, amiga, sócia, coordenadora, colega de profissão. Obrigada pelo apoio na clínica, na faculdade, na vida! Você ocupa um espaço especial no meu coração e quero que fique aqui por muitos anos!

À minha amiga Ana Paula, que me apresentou à Alessandra e ao programa de mestrado de Bauru. Nunca vou me esquecer de quando você disse que tinha certeza que daria certo porque eu e Alessandra tínhamos tudo a ver! No início não entendi bem, mas hoje tenho tanto orgulho disso e desejo que suas palavras sejam verdadeiras! Obrigada por ser minha amiga, por confiar em mim e por conversar comigo sobre muitas coisas, até sobre filhos!

À amiga Cintia Carvalho por me ajudar tanto com o Samy, cuidando dele melhor do que a nós mesmos, enchendo de mimos e carinho! Com certeza ele não poderia ter uma madrinha melhor! Tampouco eu teria a mesma paz para fazer tantas viagens se eu não pudesse contar com você!

Aos amigos Marina e Thobias que primeiro abriram as portas do seu coração e depois do seu lar, me permitindo ter uma estada muito agradável durante todo o período que precisei ficar em Bauru. Sem contar as sessões de pilates e conversas regadas ao bom “remédio” que me ofereciam! Vocês são pessoas iluminadas! Tenho orgulho de chama-los de amigos e mais ainda de ser titia do Francisco e do próximo bebê!

À amiga Mariana e sua linda Luiza, pelos cafés da tarde e doce companhia!

Às amigas de Paranaíba, Jaque e Cris. Compartilhamos da mesma fé, da mesma esperança e da mesma paixão pelo saber. Obrigada por terem um coração grande e me acolherem, como eu sou, dentro dele!

Às pessoas maravilhosas que tive o prazer de conhecer e conviver nos últimos anos: a brilhante Natália Orti, a carismática Alessandra Falcão, às colegas de sala Sária Nogueira, Daniele Santoro, Heloisa Cambuí, pelo carinho, conversas e reclamações.

À Marcia Gon, madrinha, amiga, incentivadora, sem dúvida a sementinha profissional que floresce em mim hoje, foi plantada por você.

Aos queridos professores Sônia Beatriz Meyer e Roberto Alves Banaco, por terem me ensinado desde a graduação, alvo da minha estima e admiração, que prontamente aceitaram o convite para a banca de qualificação e defesa. A leitura cuidadosa e os comentários de vocês foram inestimáveis para a realização deste projeto.

À querida Jocelaine Martins da Silveira, por se prontificar a vir para a banca de defesa, sempre muito carinhosa comigo e com o Juliano! Será um prazer poder te ver novamente e dar um abraço apertado!

A todos os meus colegas docentes, em especial às amigas Cristiane Telles Nunes, Paola Bisaccioni e Janaína Castro.

Às mães/cuidadoras que confiaram a mim a difícil tarefa de auxiliá-las no desenvolvimento de habilidades educativas parentais. Sem dúvida o aprendizado maior foi meu, obrigada pela generosidade!

A todos da UFMS, representado aqui pela Diretora prof<sup>a</sup> Dra. Eliana da Mota Bordin de Sales, que abriram as portas da instituição para que eu pudesse coletar meus dados, fazer estágio, desenvolver projetos de extensão, muito obrigada!

À UNIFEV, em especial a Pró-reitora Acadêmica Edilene Regina Simioli pelo apoio e compreensão.

A CAPES pelo incentivo e apoio financeiro.

**KANAMOTA, P. F. C.** Estudo da influência das respostas de empatia e recomendação do terapeuta na interação terapeuta-cliente e descrição de efeitos de um procedimento de intervenção para o tratamento de mães de adolescentes com problemas de comportamento. Dissertação de Mestrado, Unesp, Bauru, 2013.

## RESUMO

A literatura demonstra que ainda não existe consenso acerca dos efeitos dos comportamentos de apoio e diretividade do terapeuta sobre a conduta do cliente ao longo da psicoterapia. O presente estudo teve como objetivos a) verificar os efeitos do aumento da frequência das respostas de Empatia e Recomendação do terapeuta no processo de interação terapeuta-cliente e b) avaliar os efeitos do modelo de “Intervenção em grupo para pais”, aplicado em terapia individual, tanto na ampliação de repertório social positivo dos pais e filhos quanto na redução de práticas negativas e problemas de comportamento de filhos adolescentes. Participaram de terapia individual, quatro mães (P1, P2, P3 e P4) de adolescentes com problemas de comportamento externalizantes e/ou internalizantes; uma psicóloga e sete avaliadores treinados a transcrever e categorizar as falas do terapeuta e dos clientes. O processo terapêutico foi constituído de aproximadamente 20 sessões. Para a coleta de dados foi programado: um delineamento quase experimental de sujeito único (A, B, C) para a avaliação da interação terapeuta-cliente e um delineamento quase experimental de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para a avaliação da intervenção terapêutica. Durante a Fase A não houve a alteração intencional de nenhuma categoria verbal vocal do comportamento da terapeuta. Nas Fases B e C os comportamentos de Empatia e Recomendação do terapeuta foram os mais frequentes. Foi aplicado o inventário WAI ao final do Pré-teste e das Fases A, B e C. Quanto ao delineamento da intervenção, na Fase de Pré-teste foram aplicados o CBCL (Child Behavior Checklist), uma entrevista semiestruturada e o Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P). Na Fase de Pós-teste, houve a reaplicação dos instrumentos do pré-teste. Na Fase de Seguimento, foram reaplicados os instrumentos 6 meses após a intervenção. Todas as sessões foram transcritas e as verbalizações do terapeuta e dos clientes foram categorizadas de acordo com o Sistema Multidimensional para Categorização de Comportamentos em Interação Terapêutica (SiMCCIT). Os resultados demonstraram que quando o terapeuta se comportava de forma a Recomendar com mais frequência, pareceu facilitar a ocorrência de Solicitação (SOL) e Concordância (CON) e dificultar o estabelecimento de relações entre eventos (CER). Não se observou alteração sistemática quando a variável alterada foi a Empatia. No entanto, o instrumento WAI demonstrou que Empatia elevada por parte do terapeuta teve algum impacto na avaliação do cliente sobre a subcategoria Objetivos. A avaliação do processo psicoterapêutico inteiro por meio de delineamento quase experimental possibilitou novos esclarecimentos das complexas relações que compõem a interação terapeuta-cliente. Quanto aos resultados da intervenção terapêutica, nota-se o desenvolvimento de práticas positivas para P1, P2, P3 e P4, redução de práticas negativas para P1, P2 e P4; além do aumento das habilidades sociais de todos os adolescentes e redução de problemas de comportamento para três dos quatro adolescentes. Observou-se que resultados semelhantes aos encontrados em terapia de grupo com pais de pré-escolares, puderam ser observados na intervenção individual com mães de filhos adolescentes. A pesquisa colabora ainda para a área da psicologia baseada em evidências, além de ampliar a tecnologia de intervenção da área de habilidades sociais educativas e problemas de comportamento.

**Palavras-chave:** Interação Terapeuta-Cliente; Sistema Multidimensional de Categorização das Verbalizações na Interação Terapêutica; Habilidades Sociais; Práticas Educativas Parentais; Problemas de Comportamento, Psicologia Baseada em Evidências.

**KANAMOTA, P. F. C.** A study of the influence of empathic response and therapist recommendations in the hospitalization of therapy clients and the effects of intervention procedures for the treatment of mothers of adolescents with behavioral problems. Master Dissertation, Unesp, Bauru, 2013.

### ABSTRACT

In accordance with current literature there is still no consensus regarding the effects of support behavior and the directness of the therapist with the patient during psychotherapy. The present study has as its aims to; a) verify the effects of the increased frequency of the empathic response and therapist recommendation in the therapeutic patient hospitalization process. b) evaluate the effects of the “intervention groups for parents” model, when applied in individual therapy, equally in the expansion of positive social repertoire for parents and children as well as in the reduction of the negative practices and behavioral problems in adolescent children. Four mothers of adolescents with externalized and/or internalized behavioral problems took part in the individual therapy (P1, P2, P3 e P4); a psychologist and seven evaluators trained to describe and categorize the therapist and client’s speech. The therapeutic process was made up of approximately 20 sessions. Data collection was programmed using the following: an almost experimental delineation single subject design (A, B, C) for the evaluation of therapist-client interaction and an almost experimental delineation design for Pre-test, Post-test and Pursuance for the evaluation of therapeutic intervention. During Phase A there was no intentional alteration in any vocal verbal category of the therapist’s behavior. In the Phases B and C the empathetic behavior and therapist recommendation were more frequent. The WAI inventory was applied at the end of the pretest and of Phases A, B and C. Regarding the delineation intervention, in the pretest phase CBCL (ChildBehaviorChecklist) was applied, a semi structured interview as well as the Parenting Educative Social Abilities Interview Script (RE-HSE-P). During the post-test phase, a reapplication of the instruments of the pretest was applied. In the post-test phase, the instruments were reapplied 6 months after the intervention. All the sessions were transcribed and all client/therapist verbalization were categorized according to the Multidimensional System of Categorization of Behaviors in Therapeutic Interaction (SiMCCIT). The results demonstrated that when the therapist acted to Recommend more frequently, it appeared to facilitate the occurrence of Solicitations (SOL) and Agreement (CON) and impede the establishment of a relationship between events (CER). Systematic changes were not observed when Empathy was the altered variable. However the WAI instrument demonstrated that Empathy, when promoted by the therapist, had an impact on the client’s evaluation of the subcategory Objectives. Evaluation of the entire psycho-therapeutic process by means of the almost experimental delineation enabled new understanding of the complex relations which make up therapist-client interactions. Regarding the results of the therapeutic intervention, note the development of the positive practices for P1, P2, P3 e P4, reduction of the negative practices for P1, P2 e P4; as well as an increased social abilities of all the adolescents and reduction of behavioral problems for three of the four adolescents. Similar results were also observed comparing group therapy involving parents of preschool children and individual intervention with mothers of adolescents. The study still collaborates in the area of evidence based psychology as well as expanding interaction technology in the area of social and educational skills and behavioral problems.

**Key Words:** Therapist-Client Interaction; Multidimensional System of Categorization of the Verbalization at the Therapeutic Interaction; Social Abilities; Parenting Educational Practices; Behavior Problems; Evidence Based Psychology.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição das sessões terapêuticas para as quatro participantes nas Fases de Pré-teste, A, B, C, Pós-teste e Seguimento com as respectivas manipulações da variável independente (Empatia e Recomendação) e aplicação dos instrumentos.....	73
Tabela 2 -	Resultados T escores e classificação em Limítrofe (L), Clínico (C) e Normal dos problemas de comportamento externalizantes, internalizantes, problema social, desordem de pensamento, problemas de atenção e escalas orientadas segundo DSM mensurados pelo instrumento CBCL, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento das participantes P1, P2, P3 e P4.....	96
Tabela 3 -	Escore geral do número de itens respondidos pelas mães ao instrumento RE-HSE-P nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento como indicativo da qualidade e da frequência das interações mães/ adolescentes no que diz respeito à habilidade social educativa parental (HES-P), habilidade social dos adolescentes (HS), práticas educativas negativas dos pais (PR NEG), problemas de comportamento dos filhos (PROBL) e variáveis de contexto (CONT), informados pelas participantes P1, P2, P3 e P4.....	105

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Mediana da porcentagem de ocorrência de cada categoria verbal-vocal do terapeuta Empatia (EMP), Recomendação (REC), Solicitação de relato (SER), Solicitação de reflexão (SRF), Facilitação (FAC), Informação (INF), Interpretação (INT), Aprovação (APR), Reprovação (REP) durante as Fases de Linha de Base, Recomendação e Empatia para as participantes P1, P2, P3 e P4..... 81
- Figura 2 - Porcentagem de ocorrência das categorias verbais vocais Recomendação e Empatia do terapeuta durante as Fases de Linha de Base, Recomendação e Empatia para as participantes P1, P2, P3 e P4..... 85
- Figura 3 - Mediana da porcentagem das categorias dos comportamentos verbais vocais Solicitação (SOL), Cliente estabelece relações (CER), Concordância (CON) e Melhora (MEL), apresentado por P1, P2, P3 e P4 nas Fases de Linha de Base, Recomendação e Empatia..... 89
- Figura 4 - Porcentagem das respostas do instrumento WAI por subcategorias Tarefa, Vínculo, Objetivo e a porcentagem Total, nas Fases de Linha de Base, Recomendação e Empatia, apresentadas por P1, P2, P3 e P4..... 92
- Figura 5 - Número de itens das variáveis antecedentes relacionadas à comunicação (conversar) e o comportamento consequente de seus adolescentes, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4..... 122
- Figura 6 - Número de itens das variáveis antecedentes relacionadas à comunicação (fazer perguntas) e o comportamento consequente de

	seus adolescentes, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4.....	128
Figura 7-	Número de itens das variáveis antecedentes relacionadas à comunicação (falar sobre sexo/ sexualidade), e o comportamento consequente de seus adolescentes, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4.....	131
Figura 8 -	Condições diante das quais as participantes expressam sentimentos negativos, a forma de demonstrar tais sentimentos e o comportamento consequente de seus filhos, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4.....	135
Figura 9 -	Número de itens das respostas de P1, P2, P3 e P4 relacionados a expressar opiniões sobre temas diversos e o comportamento consequente de seus filhos, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento.....	139
Figura 10 -	Número de itens relacionados às situações em que ocorrem as demonstrações de carinho de P1, P2, P3 e P4, a forma como o fazem e o comportamento consequente de seus filhos, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento.....	143
Figura 11 -	Número de itens relacionados aos motivos que levam P1, P2, P3 e P4 a estabelecerem limites, a forma como o fazem e o comportamento consequente de seus filhos, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento.....	149
Figura 12 -	Número de itens relacionados ao estabelecimento de limites diante das atitudes dos filhos que as mães/ cuidadoras não gostam, a forma como o fazem e o comportamento consequente de seus filhos, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4.....	155

Figura 13- Número de itens relacionados às atitudes dos filhos que as participantes gostam, a forma como reagem e o comportamento consequente de seus filhos, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4..... 159

## SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	18
1.1 Revisão da literatura sobre Interação terapeuta-cliente.....	18
1.2 Intervenção psicoterápica com pais/ cuidadores de adolescentes com problemas de comportamento.....	44
2 OBJETIVOS.....	60
3 MÉTODO.....	61
3.1 Participantes.....	61
3.2 Procedimentos éticos.....	61
3.3 Local da pesquisa.....	61
3.4 Materiais e instrumentos.....	62
3.5 Recursos humanos.....	67
3.5.1 Treinamento dos avaliadores.....	67
3.6 Procedimento de coleta de dados.....	68
3.6.1 Programa de atendimento a pais/cuidadores.....	69
3.6.2 Delineamento do estudo.....	71
3.6.3 Pré-teste .....	73
3.6.4 Fase A.....	74
3.6.5 Fase B.....	75
3.6.6 Fase C.....	76
3.6.7 Pós-teste.....	77
3.6.8 Seguimento.....	77
3.7 Procedimento de análise de dados.....	78
4 RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	80
4.1 Resultados do processo terapêutico provenientes da interação terapeuta-cliente das participantes P1, P2, P3 e P4.....	80
4.2 Resultados de produto gerados pelos instrumentos CBCL e RE-HSE-P, provenientes da intervenção terapêutica com as participantes P1, P2, P3 e P4, aplicados nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento.....	95

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	170
REFERENCIAS.....	175
APÊNDICES.....	190
APÊNDICE A - PROTOCOLO DE REGISTRO DA FREQUÊNCIA DOS COMPORTAMENTOS EMITIDOS EM SESSÃO.....	191
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	192
APÊNDICE C - ESTUDO DE CASO DA PARTICIPANTE P1.....	193
APÊNDICE D - ESTUDO DE CASO DA PARTICIPANTE P2.....	202
APÊNDICE E - ESTUDO DE CASO DA PARTICIPANTE P3.....	209
APÊNDICE E - ESTUDO DE CASO DA PARTICIPANTE P4.....	215
ANEXO.....	224
ANEXO A – CARTA DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA.....	225

## **1 APRESENTAÇÃO**

O presente trabalho se caracteriza como uma investigação quase experimental sobre o processo de interação terapeuta-cliente, em terapia individual de base analítico comportamental. As sessões foram estruturadas de acordo com um procedimento para promover interações parentais satisfatórias à mães/cuidadores de filhos adolescentes com problemas de comportamento.

Em função disso, é apresentada a literatura que aborda o processo de interação terapeuta-cliente, a influência de comportamentos diretivos e de apoio do terapeuta no processo terapêutico, em especial a Empatia e a Recomendação. Além disto, são apresentados estudos empíricos e conceituais sobre habilidades educativas parentais e problemas de comportamento os quais oferecem suporte ao procedimento utilizado na intervenção terapêutica.

### **1.1. Revisão da literatura sobre o processo terapêutico e a interação terapeuta-cliente**

A intervenção terapêutica consiste basicamente da interação entre dois indivíduos no qual um deles, o cliente, encontra-se em algum tipo de sofrimento e busca ajuda para a melhoria das contingências de sua vida e, o outro, o terapeuta é a pessoa que dispõe de estratégias de análise e intervenção capazes de possibilitar a diminuição do sofrimento e aumento de contingências reforçadoras do cliente (VERMES; ZAMIGNANI; KOVAC, 2007). Dessa forma, estudar o processo psicoterápico envolve analisar as características comportamentais do terapeuta, as características do cliente, a interação entre elas, além das técnicas e estratégias utilizadas na intervenção.

Quanto às características comportamentais do terapeuta que compõe o processo terapêutico, são geralmente denominados na literatura de fatores inespecíficos referindo-se a comportamentos do terapeuta como empatia, calor humano, apoio, autenticidade, diretividade, entre outros. Em relação às características do comportamento do cliente, a literatura aborda a complexidade inicial do problema enfrentado, o repertório comportamental como resistência, impulsividade, passividade, seguimento ou não de regras, déficits em habilidades sociais, para citar algumas. Tais características do terapeuta e do cliente associados com os chamados fatores específicos que se referem à estrutura do tratamento, contrato, recursos e técnicas utilizadas em terapia, participam do processo de mudança do comportamento do cliente em terapia e podem facilitar ou dificultar tal processo (CASTONGUAY; BEUTLER, 2006; MEYER, 2001; MEYER; VERMES, 2001).

A essas complexas e dinâmicas relações que acontecem entre o terapeuta e o cliente dá-se o nome interação terapeuta-cliente (ZAMIGNANI; MEYER, 2007, 2011), termo utilizado no presente trabalho por ser considerado mais descritivo das relações entre os comportamentos do terapeuta e do cliente ao longo do processo psicoterapêutico, o que possibilita a investigação das variáveis interpessoais responsáveis pelas mudanças em terapia. Dada à singularidade e relevância dessas interações, Silveira (2000) enfatiza que esse relacionamento só deva ser denominado Terapêutico, quando tal interação proporcionar o alcance de objetivos terapêuticos e a melhora dos problemas do cliente.

A maneira como tais fatores se relacionam ao longo das sessões psicoterápicas pode estabelecer um cenário no qual, por meio de interação terapeuta-cliente, novos comportamentos possam ser modelados de forma a proporcionar ganhos terapêuticos para o cliente (FOLLETTE; NAUGLE; CALLAGHAN, 1996; KOHLENBERG; TSAI, 1991/2001).

As pesquisas sobre a interação terapeuta-cliente têm estudado, principalmente, comportamentos verbais vocais de terapeutas e clientes a partir da análise das transcrições de

sessões terapêuticas gravadas em áudio ou em vídeo. As ações verbais de terapeutas e clientes são categorizadas e analisadas como parte do processo para se compreender a interação que ocorre momento a momento ao longo do processo psicoterápico. A metodologia utilizada para análise desse processo torna possível a identificação da relação entre as respostas do terapeuta e do cliente, a compreensão da funcionalidade de tais comportamentos durante os episódios verbais, as regularidades dos comportamentos do terapeuta que podem estar correlacionadas ao sucesso ou fracasso da psicoterapia e a identificação dos processos de mudança por meio dos quais os ganhos terapêuticos são alcançados (ZAMIGNANI, 2007; MEYER; ZAMIGNANI, 2011; DONADONE, 2004, 2009). Tal método pode proporcionar, dessa forma, um meio para se avaliar a função e os efeitos de fatores específicos e inespecíficos no processo psicoterápico.

Tais preocupações se alinham aos objetivos da prática baseada em evidência que inclui a integração das melhores evidências de pesquisas disponíveis, experiência clínica e atenção considerável aos atributos pessoais dos clientes de forma a gerar subsídios para a prática profissional (SILVERMAN, 2005; NORCROSS; WAMPOLD, 2011).

As revisões de pesquisa tendo por base a psicoterapia baseada em evidências, evidenciam a importância da Relação Terapêutica afirmando que 1) a relação terapêutica proporciona contribuições substanciais e consistentes para o resultado da psicoterapia independente do tipo específico de tratamento; 2) é uma das razões pelas quais os clientes melhoram ou falham em melhorar assim como os métodos de tratamento tradicionais; 3) as práticas ou os guias terapêuticos deveriam especificar os comportamentos e qualidades do terapeuta que promoveriam o estabelecimento da relação terapêutica; 4) esforços para promover melhores práticas ou práticas baseadas em evidências que não incluam a relação terapêutica são seriamente incompletas e potencialmente equivocadas; 5) adaptação da relação terapêutica às características particulares dos pacientes, além de um diagnóstico,

podem melhorar a eficácia dos tratamentos; 6) a relação terapêutica, junto com métodos de tratamento, características do paciente e as qualidades do terapeuta podem ser uma medida que determinam a eficácia ou ineficácia da psicoterapia (NORCROSS; WAMPOLD, 2011).

Além das considerações sobre a relação terapêutica, existem discussões sobre práticas baseadas em evidências em outras áreas que podem auxiliar no aprimoramento dessas mesmas práticas na área clínica. A Força Tarefa da Divisão 16 da APA, da área de psicologia escolar, recomenda que as intervenções e pesquisas tornem claras e precisa a descrição dos procedimentos utilizados, especificando os comportamentos alvos a serem trabalhados. Incentivam também a elaboração e validação de manuais de tratamento, ainda que existam variações individualizadas, adaptando às demandas dos clientes com flexibilidade, garantindo o treinamento para aqueles que os utilizarem. Quanto às características do delineamento de pesquisa, apontam para a necessidade de programar avaliações por meio de diferentes tipos de métodos que evidenciem as medidas dos efeitos do procedimento, consistência dos efeitos, mecanismos causais do procedimento sobre as mudanças e a durabilidade dos resultados por meio de medições pós-tratamento (APA, 2006; KRATOCHWILL; STOIBERM, 2002).

Kratochwill e Stoiberm (2002) ao mencionarem sobre as principais necessidades de pesquisa destacam o desenvolvimento de medidas que possam ser usadas para quantificar o julgamento diagnóstico, avaliar o processo de intervenção e mensurar o progresso terapêutico a qualquer tempo. Tais medidas poderiam ser uma forma de suplementar as lacunas entre pesquisa e aplicação, com foco na promoção de competências comportamentais, emocionais e sociais, capazes de apontar aqueles componentes da intervenção responsáveis pela produção de uma mudança, além do desenvolvimento de hipóteses de porque as intervenções funcionam ou não funcionam (KRATOCHWILL; STOIBERM, 2002; WAMPOLD; GOODHEART; LEVANT, 2007). Tais requisitos também podem compor as pesquisas e desenvolvimentos de intervenções na área clínica.

No Brasil, revisões sistemáticas de pesquisas, têm fornecido um panorama das evidências acerca da efetividade de diversos tratamentos psicoterápicos. As pesquisas da literatura sobre efeitos da intervenção psicológica indicaram que essas intervenções são seguras e efetivas no tratamento de crianças, jovens e adultos com diversos problemas psicológicos como transtornos de ansiedade, transtornos afetivos, saúde e problemas de relacionamento (MELNIK; ATALLAH, 2011).

Diante da crescente demanda por avanços tecnológicos e metodológicos de pesquisas que auxiliem o leitor na tomada de decisão quanto à sua prática profissional, aprimorar a análise de processo psicoterápico tem sido útil por permitir a identificação de variáveis de controle, tornar a análise funcional mais completa, possibilitar a criação de modelos de prestação de serviços, oportunizar aos terapeutas diretrizes de como se comportar de forma mais eficaz além da possibilidade de formação e ensino de outros terapeutas (MEYER; DONADONE, 2002; MEYER, 2006; TOURINHO; NENO; BATISTA; GARCIA; BRANDÃO; SOUZA; OLIVEIRA-SILVA, 2007). As pesquisas que se seguem exemplificam a maneira como se tem procedido a investigação do processo terapêutico e os resultados advindos de tais investigações.

Silveira (1997) analisou o padrão de interação de uma terapeuta com sua cliente com base na queixa clínica. Selecionaram-se para análise três sessões iniciais que foram gravadas e cujas verbalizações de queixas foram categorizadas. Utilizou-se como unidade de análise um conjunto de verbalizações entre a terapeuta e a cliente que iniciava com a verbalização da queixa e terminava com a mudança de temática. Dentre as oito queixas categorizadas, a autora observou que houve um padrão de interação da terapeuta com a cliente e que o comportamento da terapeuta estava predominantemente sob controle da situação problema, independente do tipo da queixa. Esse dado parece indicar a existência de regularidade na intervenção de terapeutas. A terapeuta iniciava fazendo perguntas sobre a

queixa, ao que a cliente descrevia em detalhes e em seguida a terapeuta enfatizava comportamentos da cliente incompatíveis com a queixa. Observou-se também o emprego de metáforas por parte da terapeuta, que pareceu facilitar a descrição da história de aprendizagem dos comportamentos-problema pela cliente e, conseqüentemente, a diminuição da frequência das queixas. O estudo mostrou-se útil tanto para a verificação da interação terapeuta-cliente quanto para a obtenção de dados referentes às variáveis controladoras do comportamento de ambos.

Em um estudo sobre correspondência verbal, Pinto (2007), transcreveu e categorizou 15 sessões terapêuticas com base em manuais de atendimento clínico e no SiMCCIT de Zamignani (2007). Após a categorização, ocorria a fase de entrevista com o terapeuta, na qual se escolhia alguns trechos de episódios verbais com o comportamento alvo escolhido, reproduzia-se o registro em áudio para o terapeuta e questionava o que ele havia feito durante aquela interação. O terapeuta relatava o que tinha feito e era liberado para conduzir a sessão seguinte. As entrevistas ocorreram após a 3ª, 6ª, 9ª e 12ª sessão e cada resposta do terapeuta era comparada com a situação observada. Observou-se como resultado que a categoria de maior ocorrência foi à correspondência funcional entre o que o terapeuta relatava e o que era observado, além de contribuir para a melhora do desempenho do terapeuta ao longo das entrevistas. Esse estudo, tendo por base a interação terapeuta-cliente, propiciou a utilização de uma metodologia viável no desenvolvimento de estratégias de supervisão e treinamento de terapeutas. Além de oportunizar a ampliação de estudos que utilizaram a categorização dos comportamentos verbais na interação terapeuta-cliente.

O estudo de Silveira, Bolsoni-Silva e Meyer (2010) objetivou investigar como terapeuta e clientes comportam-se em uma intervenção de grupo bem sucedida e analisar a influência exercida entre ambos. Foram analisadas cinco sessões de psicoterapia de um grupo de 3 participantes, com a utilização do software *The Observer XT* para avaliar a frequência e

duração das categorias de comportamentos do terapeuta e das clientes. Como resultado, observou-se que as categorias do terapeuta apresentadas com percentuais de ocorrência e duração elevados quando dirigidas ao grupo foram: Aprovação, Recomendação, Interpretação, Informação e Solicitação de relato. Para as clientes as categorias com maiores percentuais de ocorrência e duração foram Relato, Concordância, Estabelece relações e Oposição. Esse estudo apontou como relevância a investigação do processo de intervenção terapêutica de grupo, e a descrição da influência recíproca existente, de forma a aprimorar o saber envolvido nos comportamentos do terapeuta envolvidos na mudança do cliente.

Oshiro (2011) por meio de um delineamento experimental (A, B1, C1, B2, C2) investigou os efeitos da introdução e retirada dos procedimentos da FAP (Psicoterapia Analítico Funcional) sobre categorias de comportamentos de clientes que dificultam o andamento da terapia (verborragia, a falta de correspondência com a fala da terapeuta, fala superficial, agressões verbais). Sendo A, linha de base, B1 e B2 a introdução da FAP e C1 e C2 a retirada da FAP. Foi utilizado o SiMCCIT para categorização dos comportamentos do terapeuta e clientes apresentados em sessão (ZAMIGNANI, 2007) e também a descrição dos CCRs 1, 2 e 3 promovidas pelas FAP. Os resultados indicaram que a porcentagem de ocorrência dos comportamentos que dificultavam a terapia, os CCRs 1, diminuíram após a introdução da FAP e aumentaram após a sua retirada. O oposto ocorreu com os CCRs 2 e 3, ou seja, foram mais frequentes durante as fases nas quais a FAP foi utilizada em comparação às fases nas quais a FAP não foi utilizada. Quanto às categorias verbais vocais do terapeuta, foi comum nos dois atendimentos avaliados maior porcentagem de verbalizações de Facilitação, Empatia e Solicitação de Relato durante as sessões analisadas, corroborando com a literatura sobre intervenções com clientes de difícil manejo. Os clientes, por sua vez, responderam a essa interação com maior porcentagem de Relato, Estabelecimento de Relações entre Eventos e Oposição. A importância desse estudo residiu na introdução da

metodologia experimental, utilização da FAP, juntamente com a sistematização da categorização dos comportamentos dos clientes e do terapeuta o que atesta a possibilidade de se estudar o processo de interação terapeuta-cliente de forma sistemática e minuciosa.

As pesquisas descritas à priori são exemplos de estudos que utilizaram a análise da interação terapeuta-cliente e exemplificam o modelo utilizado na Análise do Comportamento para a investigação de processo, e são importantes na medida em que estuda o comportamento do terapeuta em relação ao comportamento do cliente por meio de um delineamento experimental (OSHIRO, 2011), correspondência verbal (PINTO, 2007; AMARAL, 2010), a identificação de padrões de interação e variáveis controladoras do comportamento de terapeutas e clientes (SILVEIRA, 1997; ZAMIGNANI, 2001) e intervenção comportamental (SILVEIRA, 2009; OSHIRO, 2011; ZAMIGNANI, 2001).

Além desse ponto de vista interacional, alguns autores consideram que a interação terapeuta-cliente, quando composta por determinadas características, deva ser denominada de Relação Terapêutica. O termo Relação Terapêutica tem sido amplamente utilizado por autores de diferentes abordagens psicológicas como um constructo que define tanto um tipo específico de relação como para caracterizar a qualidade dessa relação. Nomenclaturas como relação terapêutica (KOHLENBERG; TSAI, 1991/2001), aliança terapêutica (TASCA et al., 2007), aliança de trabalho (BORDIN, 1979; HORVATH; GREENBERG, 1989; KIVLINGHAN et al., 1991; HILL, 2005) e vínculo terapêutico (KASDIN; WHINTLEY, 2006) trazem em comum a importância dada à alguns elementos da interação terapêutica.

O termo Relação Terapêutica será utilizado nas pesquisas apresentadas a seguir por ser o termo mais amplamente utilizado dentre as diversas abordagens e pesquisas que estudaram a definição desse constructo. Tal conceito se diferencia do termo interação

terapeuta cliente por se referir a aspectos específicos dessa interação como os apresentados por Bordin (1979)<sup>1</sup>.

Bordin (1979) definiu o constructo relação terapêutica (RT) como composto de três grandes dimensões: percepção do vínculo emocional mantido pelo indivíduo, concordância com os objetivos da terapia e concordância com as tarefas a serem realizadas durante o processo terapêutico. A proposta de Bordin (1979) sobre os três aspectos que compõem a relação terapêutica parece interessante por oportunizar que se investiguem alguns aspectos particulares da interação com o cliente – o Vínculo, os Objetivos e os Procedimentos da terapia. Baseados no conceito de Bordin (1979) sobre relação terapêutica, inventários foram criados para aferir tal aliança, como o WAI - Working Alliance Inventory (HORVATH; GREENBERG, 1989) e o CALPAS - California Psychotherapy Alliance Scale (GASTON; MARMAR, 1994), por exemplo.

Na tentativa de operacionalizar as dimensões que compõem o constructo RT, Bordin (1979) definiu concordância com os objetivos como sendo o acordo mútuo do que se espera alcançar com o tratamento. Concordância com as tarefas foram descritas como ações e pensamentos que fazem parte do processo terapêutico e que devem ser compreendidas por ambos como relevantes e efetivas. Já o aspecto vínculo, inclui questões como confiança mútua, aceitação e confidência. Esses três componentes, propostos pelo autor, embora utilizados por muitos estudos e sendo base para a confecção de instrumentos avaliativos, pouco descrevem que ações o terapeuta precisa ter quando confia, aceita, compreende ou mesmo quando propõe uma tarefa ou delinea um objetivo. A compreensão desses elementos pode dar importantes pistas dos comportamentos esperados pelo terapeuta em sessão.

Baseados na concepção de Bordin (1979), Holtforth e Castonguay (2005) investigaram de uma forma mais específica fatores relacionados ao estabelecimento do

---

<sup>1</sup> Embora citados como autores que utilizaram o termo Relação Terapêutica, Kohlenberg e Tsai (2001) não compartilham da definição operacional de Bordin (1979).

aspecto vínculo do conceito de aliança de trabalho. Para os autores, o vínculo terapêutico estaria relacionado à demonstração de afeto, confiança e aceitação. De acordo com os autores, fortalece-se o vínculo à medida que o terapeuta estabelece, em sessão, um clima empático e colaborativo, lidando com as rupturas na relação terapêutica de forma assertiva e não defensiva.

Ainda na tentativa de esmiuçar o conceito de RT, Hill (2005) salienta ainda que está envolvida na relação terapêutica a "conexão" existente entre o cliente e o terapeuta. Segundo a autora, tal relação poderia ser avaliada por meio do questionamento de clientes e terapeutas sobre suas experiências individuais no processo terapêutico. Se o cliente se sente seguro com o terapeuta, ele começa a explorar melhor seus "convites" para participação no processo. Essa exploração permite que a relação fique mais profunda, pois terapeuta e cliente começam a trabalhar juntos na tarefa de entender os problemas terapêuticos.

Embora partilhem uma compreensão semelhante sobre a definição do constructo, não há uma definição consensual nas produções científicas sobre o papel que a RT desempenha no processo terapêutico. Algumas pesquisas apontam a Relação Terapêutica como o mais robusto fator preditivo de resultado da terapia entre diferentes problemas apresentados por clientes, segundo levantamentos bibliográficos realizados por Holtforth e Castonguay (2005), Safran (2002) e por Calsa, Fagundes e Bakos (2008). Por outro lado, Muenzer (2007) argumenta que a RT avaliada como boa pelos clientes ao final do processo terapêutico não foi capaz de prever resultados terapêuticos satisfatórios seis meses após o término da terapia. Autores como Feeley, DeRubeis e Gelfand<sup>2</sup> (1999, *apud* HOLTFOORTH; CASTONGUAY, 2005) ressaltam que o fortalecimento da Relação Terapêutica seria apenas uma consequência da melhora do cliente. Há também quem argumente que a relação terapêutica seria um contexto que torna eficazes as intervenções específicas, por exemplo, a

---

<sup>2</sup> FEELEY, M.; DERUBEIS, R. J.; GELFAND, L. A. The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578– 582, 1999.

aplicação de técnicas, uma vez que as revestem de credibilidade ou por evocarem atitudes colaborativas ou pró-terapêuticas por parte do cliente (EYSENCK, 1994). Outros apontam o papel da RT como facilitador de outros aspectos importantes da terapia, o que levaria a um engajamento por parte dos clientes (RANGÉ, 1995; SHINOHARA, 2000).

Cahill, Carrigans e Evans (1998) consideram que o fortalecimento da relação torna o comportamento do terapeuta um estímulo reforçador e aumentam sua influência em encorajar o cliente a novas ações. Kohlenberg e Tsai (1991) já consideram tal relação como o principal mecanismo de mudança na interação com o terapeuta, por ser uma oportunidade para o cliente emitir comportamentos que lhe trazem prejuízo fora do *setting* terapêutico possibilitando o aprendizado de formas mais efetivas de respostas na própria interação com o terapeuta.

Importante observar que tanto as pesquisas de processo que investigam o que acontece momento a momento da interação terapeuta-cliente, quanto às pesquisas que buscam correlacionar algum comportamento do terapeuta que possa compor o constructo Relação terapêutica, estão interessadas na investigação dos chamados fatores inespecíficos e na sua influência nos ganhos terapêuticos do cliente. No entanto, não há consenso sobre qual o papel da relação ou quais comportamentos do terapeuta na interação com o cliente estariam envolvidos nos resultados obtidos na terapia (Meyer, 2009).

Dentre os vários e completos comportamentos do terapeuta que ocorrem na interação com o cliente, a literatura aborda alguns como fazendo parte da classe dos comportamentos denominados de Apoio e outros dos comportamentos denominados Diretivos. Sobre os comportamentos diretivos e de apoio do terapeuta em relação ao cliente, dar-se-á atenção a dois principais mencionados na literatura: a Empatia e a Recomendação.

A categoria comportamental Empatia, é descrita por Meyer e Vermes (2001) como comportamentos verbais ou gestuais que tenham como objetivo a aproximação e

demonstração de compreensão. Para as autoras ser empático inclui: (a) adoção de perspectiva (disposição para se colocar no lugar da outra pessoa, podendo ou não experimentar os mesmos sentimentos dessa pessoa); (b) neutralidade e imparcialidade (disposição para ouvir, sem julgar, os pensamentos e sentimentos de outra pessoa) e (c) comportamento pró-social (preocupação genuína com o bem-estar da outra pessoa). A categoria Empatia é apontada no banco de dados de Meyer (2009) juntamente com “feedback, aprovação e discordância”, caracterizando o que a autora denominou de “prover consequências” e apresenta porcentagem de ocorrência em sessão variando de 14% a 29% e trata-se de uma categoria que ocorre durante todo o tempo em que o cliente encontra-se em terapia. A autora argumentou que é esperado que a categoria empatia ocorresse ao longo de todo o processo terapêutico para criação de um ambiente terapêutico amistoso e não punitivo.

Del Prette e Del Prette (1999) definem empatia como a capacidade do indivíduo de perceber o sentimento do outro e expressar essa compreensão. Falcone (1999) amplia essa definição ao dizer que pessoas empáticas não só compreendem e expressam como também experienciam sentimentos de compaixão e de interesse pelo bem estar do outro.

Outra definição de empatia pode ser encontrada em Rocha (2011) que, em termos analítico-comportamentais, a descreve como uma classe de respostas cuja principal função está relacionada à manutenção da relação entre indivíduos com base na compreensão e expressão de sentimentos; comportamento esse selecionado pelas contingências filogenéticas, ontogenéticas e culturais. A autora enfatiza que a empatia como um comportamento pode ser aprendida, modificada e aprimorada ao longo da vida. Em se tratando de uma classe comportamental, defini-la funcionalmente seria descrever seus componentes. Rocha (2011) e Santos, Kanamota e Banaco (2011) o fazem salientando a escuta ativa, identificação do problema ou tipo de emoção experimentada pelo interlocutor e expressão verbal vocal e gestual de aceitação e apoio; o que possibilitam hipotetizar os efeitos que as variáveis que

controlam o comportamento do cliente teriam sobre o comportamento do terapeuta. Em termos da tríplice contingência, Garcia-Serpa (2007) descreve que

...um determinado estímulo antecedente (alguém em dificuldade), evocaria uma resposta da discriminação da condição desta pessoa, acompanhada por reações fisiológicas semelhantes, expressada de forma verbal e/ou não verbal (...) que poderiam estar sendo mantidos pela expressão de alívio da outra pessoa, por reforçamento positivo ao sentir-se bem acolhendo ou ainda poderiam ocorrer devido a regras existindo no repertório de quem empatiza (Garcia-Serpa, 2007 p.11).

Zamignani (2007) decompõe a classe comportamental Empatia em várias ações ou verbalizações do terapeuta que sugerem acolhimento, aceitação, cuidado, entendimento, validação da experiência ou sentimento do cliente. De acordo com o autor, a função da Empatia é informar essencialmente que o cliente é aceito, “bem vindo”, sem implicar em avaliação ou julgamento. Essa classe de verbalizações tem sido associada tipicamente à criação de um ambiente terapêutico amistoso, seguro e não punitivo, para que o cliente se sinta à vontade para verbalizar eventos que, em outros contextos, poderiam ser alvo de punição. Dentre as ações do terapeuta que estão dentro da classe Empatia, pode-se listar a nomeação e inferência de sentimentos; normalizações e validação de sentimentos; exclamações e expressões de interesse; verbalizações de cuidado; auto-revelações do terapeuta sobre experiências similares; validação de discordâncias ou críticas do cliente; humor; apoio e paráfrases.

Parece consenso na literatura à característica acolhedora e aproximadora da Empatia nas relações interpessoais. Entretanto, há diversidade nas descrições ora dando ênfase nas respostas emocionais que aquele que empatiza precisaria sentir, ora descrevendo ações que podem compor essa característica acolhedora da Empatia.

Fato é que a Empatia parece fazer parte de um conjunto de ações do terapeuta que oportunizam que o terapeuta se estabeleça como uma audiência não punitiva (Skinner, 1953). A função da empatia, vista dessa forma, é a de compor um cenário que “prenda o cliente” na terapia, facilite sua exposição, além de aumentar a aceitação para as intervenções do

terapeuta. Embora a mudança seja o alvo desejado, seria contraproducente que o terapeuta se empenhasse em corrigir ou confrontar o cliente sem que ao menos soubesse a função dos comportamentos que lhe apresentam em sessão ou que o cliente confiasse nessas intervenções. Ouvir sem julgar, acolher, elogiar, não levantar objeções, no início da terapia, relacionado a uma ampla classe dos comportamentos do cliente irá, provavelmente, estabelecer o comportamento do terapeuta como ocasião para interações reforçadoras e para remoção do controle aversivo, tornando o contexto da terapia favorável para o compartilhamento de relações de intimidade (MEYER; DEL PRETTE; ZAMIGNANI; BANACO; NENO; TOURINHO, 2010).

Afirmações similares foram feitas por Elliott, Bohart, Watson e Greenberg (2011) de que a empatia não apenas favorece o acolhimento e aceitação, mas dá suporte ativo para a exploração do cliente, ou seja, facilita a emissão do comportamento de relato do cliente. Por meio de avaliação de estudo de caso, os autores apontaram que a forma empática do terapeuta se expressar frente à queixa inicial, proporcionou o aumento de frequência das expressões do cliente sobre outros aspectos da sua vida, fornecendo dados para análise funcional do terapeuta.

Em um segundo momento, Elliott et al (2011) realizaram uma avaliação de meta-análise de 57 pesquisas e encontraram indicativos de que a empatia do terapeuta seja um mediador que guia a mudança do cliente. Foi possível identificar que variáveis dos clientes claramente interferem no nível de empatia do terapeuta; que nem todos os clientes respondem favoravelmente a expressões empáticas explícitas do terapeuta; e apontou ainda como limitação, a dificuldade da inferência de relações causais baseados em dados correlacionais. Tais dificuldades advêm da validade questionável de algumas medidas de resultado, por exemplo, a satisfação do cliente; a falta de medidas de resultados apropriadas e sensíveis; número restrito de variáveis preditoras e falta de critérios metodológicos claramente descritos.

Em concordância com a meta-análise de Elliot et al (2011) sobre nem todos responderem favoravelmente à expressões empáticas, Harwood (2003) cita que um perigo do uso indiscriminado da empatia seria o terapeuta, inadvertidamente, reforçar e manter padrões que correspondessem às dificuldades comportamentais que trouxeram o cliente à terapia. Proposição similar é apresentada por Patterson e Chamberlain (1994) os quais identificaram que alta frequência de comportamentos de suporte por parte do terapeuta produziu resultados desfavoráveis ao final da intervenção com poucas mudanças terapêuticas.

A pesquisa de Harwood (2003) contou com 22 pais encaminhados para psicoterapia, cujos filhos foram avaliados pelo instrumento CBCL com transtorno de opositor de conduta. Os primeiros 20 minutos da 1ª sessão de entrevista e da 1ª sessão de intervenção com esses pais foram transcritos e categorizados. Os comportamentos do terapeuta alvo de análise foram: 1) Suporte; 2) Ensino; 3) Questões; 4) Estruturação; 5) Desacordo; 6) Interpretação; 7) Facilitação. Os pais foram separados em dois grupos (os que terminaram e os que desistiram do tratamento), pois completar o tratamento foi considerado sinônimo de sucesso terapêutico uma vez que o protocolo utilizado fora elaborado de forma a garantir a aprendizagem das habilidades ensinadas.

Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para 3 das 7 categorias de comportamento do terapeuta aferidos (Suporte, Questão e Facilitação). Os resultados indicaram que dentre os pais que mais tarde desistiram do tratamento, os terapeutas se comportaram nas 2 primeiras sessões com uma frequência maior de Questões (do tipo fechada) e Suporte (Empatia), com baixa frequência de Facilitação, em comparação com os pais que concluíram o tratamento. A autora discutiu que uma alta taxa de declarações facilitadoras junto com uma baixa taxa de questionamento e de apoio por parte do terapeuta previu o sucesso do tratamento. Segundo Harwood (2003) questões do tipo abertas e comportamentos de Facilitação foram considerados especialmente importantes no início da

terapia por proporcionarem um ambiente de aceitação e confiança que encoraja os clientes a discutir suas preocupações confortavelmente. Contrário ao que grande parte das pesquisas sobre empatia salienta, a autora identificou que comportamentos de Suporte (Empatia) do terapeuta ocorreram mais frequentemente com pais que mais tarde desistiram do tratamento. Apontou ainda que os efeitos da Empatia (aumentar a cooperação cliente-terapeuta) podem ser temporários ou insuficientes para engendrar o grau de autoconfiança ou auto eficácia necessária para que os pais agissem de forma a mudar o comportamento dos seus filhos. Concluiu que as declarações de apoio dadas no início da terapia podem ter reforçado atitudes de desamparo ou pessimismo, quando permaneceram frequentes ao longo da terapia, que contribuíram para o abandono do tratamento. (HARWOOD, 2003). A importância da pesquisa de Harwood (2003), no que diz respeito à Empatia, é a de justamente salientar que um processo terapêutico irá demandar do terapeuta um repertório mais engendrado e que, ser acolhedor o tempo todo, pode não ser sinônimo de mudança, colaborando para a desistência do cliente da terapia.

Um posicionamento diferente sobre o uso da empatia em sessões iniciais foi discutido por Kivlinghan, Angelone e Swafford (1991). Os autores observaram correlação negativa entre as categorias comportamentais do terapeuta Acesso (obter informação e esclarecimento) e Exploração (investigar sentimentos, comportamentos e cognições) e o estabelecimento do vínculo. Observaram, por sua vez, correlação positiva entre a categoria comportamental do terapeuta Mudança (dar suporte, esperança e fortalecer a mudança) e a formação do vínculo. Uma hipótese cogitada pelos autores é a de que as categorias Acesso e Exploração, quando realizadas num momento inicial da terapia, não permitem que o cliente se relacione com o terapeuta de forma ativa, colocando-o numa posição mais passiva frente ao terapeuta, uma vez que a essência da aliança terapêutica são as ações do cliente trabalhando junto e em concordância com o terapeuta. Por sua vez a categoria Mudança, que está

relacionada à Empatia, quando no início da terapia oportunizou o estabelecimento do vínculo com o terapeuta.

Esses estudos parecem indicar que, embora a empatia seja importante, conduzir um processo terapêutico baseado exclusivamente no seu uso pode não ser produtivo para o cliente. Há momentos em que o terapeuta precisará apontar as incoerências entre a fala do cliente e suas ações, que pode ser sentido pelo cliente como punição, mas que será importante para o avanço da terapia (COSTA, 2003).

Outra questão reside no fato de que grande parte das pesquisas que estudaram a variável empatia utilizou metodologia correlacional, estudo de caso ou análise de partes de sessão, carecendo ainda de estudos que investiguem tal comportamento durante todo o processo de interação terapêutica por meio de uma metodologia experimental (HARWOOD, 2003; KIVLINGHAN et al, 1991) Tais discussões evidenciam a necessidade de refinamentos metodológicos no estudo sobre os efeitos da empatia no processo psicoterápico. Um desses refinamentos é salientado por Elliott et al. (2011). Os autores evidenciam a necessidade de cuidados sobre a avaliação de ocorrência ou não ocorrência de verbalizações empáticas. Citam como exemplo a pesquisa de Barrett-Lennard (1981) na qual se avaliou as percepções do cliente, do terapeuta e de observadores externos sobre a ocorrência de comportamentos empáticos durante sessões psicoterápicas, por meio do Inventário de Relacionamento Barrett-Lennard. Os resultados demonstraram que os clientes foram mais sensíveis a ocorrências de verbalizações empáticas durante as sessões do que observadores externos e, inclusive, do que dos próprios terapeutas (BARRETT-LENNARD, 1981<sup>3</sup> apud ELLIOTT et al, 2011, p. 46).

Esses resultados corroboram a opinião de Hill (2005) sobre a importância do questionamento de clientes e terapeutas sobre suas experiências individuais no processo

---

<sup>3</sup> Barrett-Lennard, G. T. The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 91–100, 1981.

terapêutico e de ter diferentes medidas para a Empatia como instrumentos, percepção do próprio cliente, percepção de observadores externos e do terapeuta. Tal importância reside no fato de que o terapeuta pode estar sendo empático sem ter consciência disso ou até considerar sua atitude como empática quando o cliente a compreende de forma distinta. Nesse caso o cliente poderia deixar de frequentar a terapia, sem que o terapeuta se apercebesse dos efeitos negativos do seu próprio comportamento, o que seria muito prejudicial.

Passada as sessões iniciais, nas quais se identifica os problemas apresentados pelo cliente, seus déficits, reservas e excessos comportamentais, dá-se a necessidade de intervir de forma a ampliar comportamentos desejáveis e reduzir aqueles que causam problemas. Nessa fase é comum que as intervenções não sejam apenas acolhedoras (COSTA, 2003), mas também que assumam outras funções, como as diretivas. O terapeuta irá lançar mão de perguntas, descrição de contingências, feedbacks e outras estratégias para auxiliar o cliente na difícil tarefa de discriminar seus comportamentos e as variáveis relacionadas ao mesmo, aprender novas respostas, bem como compreender o efeito daquilo que faz para si e para os outros a sua volta, inclusive para o próprio terapeuta (MEYER; DEL PRETTE; ZAMIGNANI; BANACO; NENO; TOURINHO, 2010).

Sobre os comportamentos diretivos do terapeuta, encontra-se a categoria denominada Recomendação, também conhecida na literatura como orientação, aconselhamento, comando e ordem. Zamignani (2007) descreve a Recomendação como verbalizações do terapeuta nas quais são sugeridas alternativas de ação ao cliente ou solicitação de engajamento em tarefas ou ações.

Meyer (2009) ao analisar um banco de dados contendo 622 sessões de psicoterapias de 47 terapeutas (em formação, pouco experientes e experientes), observou que terapeutas experientes recomendam mais que os pouco experientes ou os em formação. Independente do tempo de experiência, os terapeutas recomendam pouco na primeira sessão,

existe um aumento gradual e depois ocorre uma redução dessa forma de intervenção. A autora também identificou que a frequência média da Recomendação do terapeuta no primeiro ano de psicoterapia do cliente é de 14%, diminuindo nos 2 anos subsequentes para 7% e 3%. Analisando a frequência da categoria recomendação na primeira, segunda e quinta sessão, percebe-se que ela ocorre com uma frequência de 9,2%, 22% e 31%, respectivamente. Antes de o terapeuta recomendar, primeiramente ele fazia perguntas que levavam o cliente a refletir sobre o assunto, interpretava a situação juntamente com o cliente e só após recomendava. Os comportamentos do terapeuta eram contingentes aos comportamentos dos clientes que diante da solicitação de reflexão por parte do terapeuta não se responsabilizavam pela situação geradora do problema, não sabiam avaliar sua resposta ou não sabiam o que fazer em situações similares. Após a recomendação do terapeuta, ora os clientes concordavam ora se opunham. Interessante observar que, independentemente do tempo de experiência, todos os terapeutas fazem uso dessa estratégia de interação. Diferentemente da categoria empatia que obteve uma frequência contínua ao longo da terapia, esses dados indicam que o uso da recomendação tende a variar ao longo do processo terapêutico, dando lugar possivelmente a outras formas de interação produtoras de mudança.

Outros autores também afirmam em pesquisas empíricas que o uso da recomendação faz parte de processos terapêuticos e muitas vezes é uma característica do processo, como no caso de atendimento em grupo ou atendimento a clientes com pouca variabilidade comportamental, por exemplo. (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008; KEIJSERS; SCHAAP; HOOGDUIN, 2000; MEYER, 2009; SILVEIRA, 2009; ZAMIGNANI; ANDERY, 2005; ZAMIGNANI, 2001).

A verificação do uso de uma estratégia de intervenção por terapeutas implica na necessidade de se avaliar os efeitos dessa sobre o comportamento do cliente. O uso da recomendação como uma das formas de produzir mudanças em seu comportamento, pode ser

determinado por vários fatores como a abordagem teórica, as solicitações dos clientes, resultados conseguidos por meio de intervenções diretivas, história pessoal do terapeuta, a identificação de que o cliente se encontra em perigo de prejudicar a si ou aos outros e clientes pouco responsivos a intervenções mais reflexivas (MEYER; DONANDONE, 2002).

Na literatura da Análise do Comportamento, os estudos sobre comportamento verbal e regras poderiam elucidar as características dos comportamentos mais diretivos, como a Recomendação na interação interpessoal, especificamente, no processo psicoterápico.

A categoria recomendação assemelha-se à categoria de operantes verbais descrita por Skinner (1957) e denominada mando. Por mando, compreendem-se as respostas verbais (vocais ou motoras) do falante sob controle antecedente de operações motivacionais e sob controle consequente dos estímulos específicos estabelecidos como reforçadores pela operação motivacional antecedente (cf. MICHAEL, 1993, 2000). Ao solicitar ao cliente que reproduza um modelo dado pelo terapeuta em um role-playing ou solicitar a prática de alguma habilidade específica discutida em terapia por meio de uma tarefa de casa, o terapeuta estaria emitindo um mando, para o qual o reforçador específico é o engajamento do cliente na tarefa sugerida, por exemplo.

Na opinião de Medeiros (2002) intervenções nas quais o terapeuta fornece conselhos, sugestões e recomendações podem ser úteis, contudo, o uso indiscriminado de mandos pelo terapeuta pode trazer uma série de dificuldades para a terapia. O seguimento das regras propostas pelo terapeuta pode estar sendo mantido pelos reforçadores naturais produzidas nos contextos ordinários da vida do cliente, assim como pode estar sendo mantido pelo reforço arbitrário da aprovação do terapeuta às verbalizações de seguimento da recomendação. A ocorrência da segunda situação pode produzir verbalizações não correspondentes de seguimento de regras, ou seja, o cliente dizer ao terapeuta que realizou as atividades propostas quando na verdade não o fez. Isto aconteceria quando o terapeuta reforça

tais verbalizações de seguimento de regra ou emite consequências aversivas para verbalizações de não seguimento da regra, sem discutir com o cliente as dificuldades inerentes ao processo, bem como as consequências naturais obtidas a partir da emissão de operantes descritos na regra.

O comportamento de recomendação também pode vir na forma de sugestões ou conselhos. Geralmente o terapeuta lança mão desta estratégia quando almeja que o cliente entre em contato com novas contingências, a fim de testar suas próprias regras, emitindo outro comportamento que tenha alta probabilidade de ser reforçado. De acordo com Medeiros (2002) caso o novo comportamento do cliente seja reforçado ao ser emitido, o cliente poderá substituir suas regras antigas por regras que descrevam de forma mais precisa as contingências. Uma possível consequência desse processo pode ser o seguimento de regras novas, principalmente as dadas pelo terapeuta.

O comportamento de Recomendação ora é apresentado em pesquisas correlacionado à resistência do cliente (PATTERSON; FORGATCH, 1985) e resultados pouco expressivos (ORLINSKY; GRAWE; PARKS, 1994), ora como parte das intervenções que geram mudanças almejadas pelos clientes (SILVEIRA, 2009).

O estudo de Orlinsky, Grawe e Parks (1994), correlaciona intervenções bem sucedidas à maior frequência dos comportamentos de interpretação e apoio (parafrasear falas dos clientes e expressões empáticas do terapeuta) e o comportamento de orientação do terapeuta a intervenções com resultados pouco expressivos.

Patterson e Forgatch (1985) utilizaram um delineamento experimental ABAB para investigar o impacto dos comportamentos de confrontação e orientação (Recomendação) e comportamentos de facilitação e suporte (Empatia) do terapeuta sobre o comportamento de resistência do cliente. Os resultados demonstraram que comportamentos de confrontação e orientação aumentaram a frequência dos comportamentos de resistência, enquanto que

comportamentos de facilitação e suporte do terapeuta diminuiram a frequência dos comportamentos de resistência do cliente.

Hardwood e Eiberg (2004) observaram que o comportamento do terapeuta de orientar e confrontar apenas gerou efeitos negativos quando emitidos durante as sessões iniciais, sem prejuízos quando apareciam no final da terapia, segundo revisão de estudos sobre intervenção com famílias.

Por outro lado, Silveira (2009) apontou que o comportamento de recomendação do terapeuta não teve impacto negativo nos resultados da terapia. A autora utilizou o sistema de categorização proposto por Zamignani (2007) para descrever as interações estabelecidas entre terapeuta e clientes e as possíveis influências exercidas entre ambos em terapia de grupo. Os resultados demonstraram uma expressiva duração das categorias Aprovação (37,9%), Recomendação (19,2%), Solicitação de Relato (10,9%). A ocorrência expressiva de Recomendação deveu-se às características do próprio programa de intervenção em grupo, no qual procedimentos e temáticas foram planejados para cada sessão. Devido aos resultados desejáveis produzidos pela intervenção com esse grupo, a autora hipotetizou que a categoria Recomendação alternada, mas menos duradoura do que a Aprovação, provavelmente tenha reduzido o impacto aversivo da primeira.

No que diz respeito às intervenções terapêuticas mais diretivas, o estudo de revisão de Bachelor e Horvath (1999), demonstrou que a área carece de pesquisas empíricas que esclareçam seus reais efeitos. Intervenções diretivas como dar conselhos ou recomendações, solicitar reflexão, questionamento e suporte (i.e, encorajamento) têm, em geral mostrado uma associação mista com os resultados da terapia. Os autores argumentaram a possibilidade de que diferentes tipos de clientes reagem de forma diferente a essas intervenções ou que o seu impacto é mediado por outros fatores como a habilidade do terapeuta em conduzir a sessão. Bachelor e Horvath (1999) salientaram que a diretividade

terapêutica (recomendação) foi útil com clientes depressivos e resistentes, mas não obtiveram sucesso em processos terapêuticos com clientes depressivos, mas com baixa resistência.

Devido à divergência de resultados encontrados na literatura quando se estuda um determinado comportamento do terapeuta, Harwood (2003) argumenta que essa possível divergência se deva em relação à metodologia empregada para o estudo da interação entre o terapeuta e o cliente. Meyer e Vermes (2001), ao investigar estratégias de avaliação e mensuração da relação terapêutica, utilizadas frequentemente na literatura, descrevem duas estratégias principais. Na primeira estratégia, a relação pode ser avaliada por meio de questionários respondidos por clientes e/ ou terapeutas. A segunda estratégia trata de sistemas de categorização dos comportamentos apresentados em sessão.

Ao se utilizar a primeira estratégia, as pesquisas em geral irão encontrar dados referentes aos resultados da intervenção gerados após um tempo maior de interação como blocos de sessão ou ao final da terapia. Tais medidas são chamadas de macro analíticas e conservam sua utilidade nas avaliações de pré e pós-intervenção, comparação entre grupos, entre outros; o que sem dúvida fornece medidas para avaliação do produto terapêutico ou mesmo para comparação entre processos terapêuticos.

Prado e Meyer (2004) relacionaram alguns dos instrumentos mais utilizados para a macro análise do processo terapêutico como questionários, dentre eles encontra-se o Working Alliance Inventory (WAI) - Horvath e Greenberg (1989); California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS) – Gaston e Marmar (1994); Penn Helping Alliance Questionnaire – Alexander e Luborsky (1986); Session Evaluation Questionnaire (SEQ) – Stiles (1980) e Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS) – O'Malley, Suh e Strupp (1983). Prado e Meyer (2006) utilizaram o inventário WAI para verificar o estabelecimento da relação terapêutica em atendimento psicoterápico via internet. Os resultados indicaram ser possível o

estabelecimento de um forte vínculo de confiança, colaboração e comprometimento entre cliente e terapeuta em atendimento assíncrono.

A estratégia de se utilizar instrumentos que meçam as respostas de clientes e terapeutas sobre suas experiências no processo terapêutico é vista favoravelmente por pesquisadores para auxiliar na identificação de variáveis que podem estar atreladas ao sucesso e/ou fracasso do tratamento psicoterápico (PEUKER et al., 2009; HILL, 2005; ELLIOTT et al, 2011). No entanto, quando o objetivo é avaliar a influência direta dos comportamentos tidos como inespecíficos do terapeuta sobre respostas do cliente, em unidades menores do processo, como sessão a sessão, há necessidade da utilização de instrumentos sensíveis o suficiente para mensurar unidades menores de análise. Esse é o caso da segunda estratégia mencionada por Meyer e Vermes (2001).

A importância da utilização dos sistemas de categorização dos comportamentos em sessão consiste na possibilidade da obtenção de medidas micro analíticas do processo. São considerados mais confiáveis e descritivos do processo do que medidas macro analíticas (HARWOOD, 2003; CHAMBERLAIN; BALDWIN, 1988), além de ser a principal via de medida do processo terapêutico e da investigação das variáveis interpessoais responsáveis pela mudança em terapia. A utilização da estratégia de sistemas de categorização dos comportamentos está de acordo também, com a relevante questão de se observar a qualidade metodológica em pesquisa para a produção de evidências (SILVERMAN, 2005).

Os instrumentos utilizados para avaliar a interação terapeuta-cliente são denominados de sistemas de categorização de comportamento. Nesse aspecto, destacam-se os sistemas apresentados por Bischoff e Tracey (1995); Hill e O'Grady (1985); Donadone (2004); Novaki (2003); Tourinho; Garcia e Souza (2003); Vermes (2000) e Zamignani (2007). Alguns sistemas com função prescritiva sugerindo um conjunto de padrões a ser seguido, outros com um caráter mais descritivo.

O Sistema Multidimensional para a Caracterização do Comportamento da Interação Terapêutica (SiMCCIT) de Zamignani (2007) é um exemplo dessa estratégia e foi o utilizado na presente pesquisa. Zamignani e Meyer (2011) ao descreverem a construção do SiMCCIT, destacam que este sistema contempla a descrição minuciosa de comportamentos vocais e não vocais tanto do terapeuta quanto do cliente, de forma a priorizar não apenas uma descrição topográfica e sim funcional do comportamento. O SiMCCIT diferencia-se de outros sistemas de categorização em vários aspectos como a existência de categorias que descrevem intervenções mais diretivas como Recomendação, Informação, Aprovação e Reprovação; atribui importância à interação terapeuta-cliente com categorias como Empatia, Facilitação e Aprovação; ou mesmo categorias que identificam intervenções mais reflexivas como Solicitação de Reflexão e Interpretação (ZAMIGNANI; MEYER, 2011).

Pesquisas que visem descrever e categorizar o que acontece em sessão tem sido úteis por permitir a identificação de variáveis de controle, tornar a análise funcional mais completa, possibilitarem a criação de modelos de prestação de serviços, além da possibilidade de formação e ensino de outros terapeutas. Outro benefício de se descrever eventos é a possibilidade de se comportar em relação a ele de maneira mais eficaz. Desta forma, a utilização de um sistema de caracterização em pesquisa, poderia auxiliar o pesquisador ou terapeuta na discriminação de variáveis relacionadas ao seu próprio comportamento, alterando-o, se necessário (MEYER; DONADONE, 2002; MEYER, 2006; TOURINHO et al., 2007).

Luna (2012) salientou que fazer pesquisa, seja ela básica ou aplicada, impõe limites à atuação do pesquisador, como por exemplo, os concernentes à metodologia. O autor considera que a metodologia utilizada por analistas do comportamento deve ser vista como uma lógica de raciocínio de que se vale o pesquisador para tomar decisões sobre o próximo passo. A metodologia para o estudo em pesquisa aplicada vem sendo repensada e aprimorada

de forma a ser possível estudar fenômenos outrora apenas inferidos ou considerados como variáveis inespecíficas, como foi o caso da interação terapêutica.

Estudar padrões de interação entre sujeitos, entre outros, têm se tornado possível em virtude dos avanços metodológicos (delineamento em que cada sujeito funciona como seu próprio controle, linha de base múltipla, critérios móveis) e instrumentais (sistemas de categorização, inventários) que ao avançarem no seu desenvolvimento, preenchem uma importante lacuna metodológica para a realização das pesquisas aplicadas (ZAMIGNANI; MEYER, 2011).

As pesquisas sobre interação terapeuta cliente já percorreram um extenso caminho ao dar a esse aspecto da terapia uma importância terapêutica dada outrora somente para as técnicas utilizadas e mapear características da interação relacionadas ao comportamento do terapeuta e ao comportamento do cliente. A tentativa de conhecer o fenômeno in loco tem sido apontada nas pesquisas com inovações metodológicas como gravação em áudio e vídeos de sessões, estudos de caso, análise de episódios verbais na interação terapeuta-cliente, estudos correlacionais, comparação entre grupos utilizando como medida diversas modalidades de atendimento e até mesmo terapeutas com diferentes tempos de experiência. Tecnologia instrumental tem sido produzida para auxiliar no estudo da interação terapeuta-cliente com instrumentos que variam de escalas, inventários e sistemas de categorização de verbalizações. Já se sabe a partir da literatura que a adesão à terapia está relacionada a uma boa interação terapeuta-cliente e que esta se dá independente da abordagem de atendimento, também que o vínculo entre terapeuta e cliente pode se encontrar estabelecido nas primeiras sessões psicoterápicas, mesmo o cliente sendo atendido por terapeutas pouco experientes. Ainda é de interesse para a área responder questões como: o aumento de um determinado comportamento do terapeuta durante algumas sessões teria qual efeito na interação entre terapeuta e o cliente? É possível identificar o efeito de uma intervenção terapêutica mais

diretiva ou mais acolhedora sobre o comportamento do cliente? Como avaliar os efeitos do comportamento do terapeuta no comportamento do cliente de forma objetiva e confiável?

Embora o presente estudo não tenha a pretensão de responder a todas essas questões, pode-se perceber que ainda há campo para a pesquisa e para o aprimoramento de métodos que auxiliem na investigação do fenômeno. A inovação da presente pesquisa ao retomar o estudo da interação terapeuta-cliente é a de tentar ampliar a compreensão dos efeitos dos comportamentos do terapeuta estudados por uma metodologia experimental ainda pouco utilizada em pesquisa aplicada na prática clínica. O controle da variável atendimento é outra medida que se buscou cuidar para a realização da pesquisa aplicada à clínica, utilizando um procedimento de intervenção comum a todas as participantes.

Houve também a preocupação em atender alguns dos critérios sugeridos pela APA (2006) como a utilização de um programa psicoterapêutico validado (BOLSONI-SILVA, 2007), o que implica na definição clara do que seriam considerados ganhos terapêuticos mensurados em múltiplas avaliações valendo-se de instrumentos também validados; a operacionalização precisa dos comportamentos do terapeuta e dos clientes via sistema de categorização (ZAMIGNANI, 2007) e principalmente por meio da utilização de um delineamento quase experimental (COZBY, 2003).

## **1.2 Intervenção psicoterápica com pais/cuidadores de adolescentes com problemas de comportamento**

A literatura psicológica de forma geral, não é uníssona na definição do que sejam problemas de comportamento, trazendo diferentes terminologias geralmente colocadas de forma ambígua e de uso tradicionalmente mentalista. Bolsoni-Silva e Del Prette (2003) argumentam que apesar das dificuldades geradas pelas diferentes terminologias sobre

problemas de comportamento, se faz importante conhecer os diversos rótulos usados pela comunidade verbal e a partir de então buscar operacionalizar os comportamentos em questão.

Embora não haja consenso quanto à conceituação de problemas de comportamento nem critérios definidos para especificar o quanto uma criança apresenta tais problemas, as diferentes classificações e terminologias podem apontar importantes variáveis para avaliações e a intervenções mais efetivas. Na perspectiva da análise funcional do comportamento, a ênfase de análise é sempre individualizada e entende-se que os rótulos serão usados para acessar uma história associada à família e outros contextos em que a criança se relaciona (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE, 2003). Nesse sentido, adota-se para a presente pesquisa a definição de Bolsoni-Silva (2003), que identifica como problemas de comportamento os

Déficits ou excessos comportamentais que prejudicam o acesso da criança com pares e adultos de sua convivência (...) e que dificultam o acesso da criança a novas contingências de reforçamento, que por sua vez facilitaríamos a aquisição de repertórios relevantes de aprendizagem (BOLSONI-SILVA, 2003, p. 10).

Os déficits ou excessos apresentados dificultam os “saltos comportamentais” e são considerados “indesejáveis” por prejudicar a interação da criança com pares e adultos de sua convivência. Por saltos comportamentais compreendem-se as mudanças comportamentais ou variabilidade que ocorrem na interação organismo-ambiente e que permitem o acesso da criança a novas contingências de reforçamento, que por sua vez, facilitaríamos a aquisição de repertórios relevantes de aprendizagem (ROSALES-RUIZ; BAER, 1997).

Do ponto de vista da psicopatologia infantil, Achenbach e Edelbrock (1979) identificaram e classificaram problemas de comportamento em internalizantes e externalizantes. Os rótulos utilizados para caracterizar os problemas de comportamento externalizantes referem-se à categorias como agressividade, mau humor, hiperatividade, destrutividade, desobediência frequente, teimosia, brincar com fogo, ciúme, roubo, ameaça, acessos de raiva, impulsividade. Geralmente são os problemas externalizantes que causam

mais incômodo aos pais e às demais pessoas do convívio familiar, compondo a maior parte das queixas e, desta forma, geram mais pesquisas em torno das variáveis determinantes e intervenções (BOLSONI-SILVA; PAIVA; BARBOSA, 2009; PACHECO; HUTZ, 2009, SILVEIRA; SILVARES; MARTON, 2003).

Os chamados problemas de comportamentos internalizantes são aqueles relacionados à timidez, medo, dificuldades corporais/ fisiológicas, nervosismo, recusa de ir à escola, dispersão do olhar, ansiedade, preocupação exagerada, movimentos lentos, tristeza e excesso de apego (ACHENBACK; EDELBROCK, 1979; PATTERSON; REID; DISHION, 2002). Diferente dos problemas externalizantes que, por incomodar a outros, faz com que os pais/ cuidadores tomem providências urgentes para eliminá-los, os problemas internalizantes muitas vezes não são conhecidos pelas pessoas do entorno, especialmente porque se caracterizam pelo excesso de autocontrole e auto-regulação da criança ou adolescente (MERRELL; GUELDNER; ROSS; ISAVA, 2008). A literatura tem notado também que crianças com problemas de comportamento apresentam menos respostas habilidosas socialmente (BOLSONI-SILVA, 2003).

De acordo com Leme e Bolsoni-Silva (2010), muitos são os contextos de desenvolvimento das habilidades sociais, mas para as crianças, ambientes como o familiar e o escolar são os que primeiro contribuem para esse desenvolvimento por meio das suas práticas educativas.

A importância do atendimento psicoterápico aos pais/ cuidadores quando a queixa se relaciona aos problemas internalizantes e/ou externalizantes de seus filhos, reside no fato da família ser, muitas vezes, a principal fonte de desenvolvimento e manutenção de tais problemas. Carentes de práticas educativas positivas ou com excesso de práticas educativas negativas, a família participa na influência do desenvolvimento infantil, quer para a manutenção de práticas negativas como para a prevenção de manifestação futura de

problemas de comportamento (BOLSONI-SILVA; VILLAS BOAS; ROMERA; SILVEIRA, 2010; MOORE; COHN; CAMPBELL, 2001).

Várias pesquisas enfatizam a relação entre problemas de comportamento e práticas parentais (BOLSONI-SILVA et al., 2003; KILGORE; SNYDER; LENTZ, 2000; MARINHO; SILVARES, 1996; MARTURANO; PARREIRA; BENZONI, 1997; WEBER et al., 2004). Para Gomide (2003, 2004) as práticas parentais educativas positivas compreendem a monitoria positiva (a qual envolve, por exemplo, o uso adequado da atenção e a distribuição de privilégios) e o comportamento moral (o qual implica, por exemplo, em promover condições favoráveis ao desenvolvimento das virtudes, tais como, empatia, senso de justiça, responsabilidade e trabalho). As práticas educativas negativas implicam, dentre outras, na negligência, a ausência de atenção e de afeto e a disciplina relaxada (relaxamento das regras estabelecidas e punição inconsistente). Práticas parentais são, portanto, categorias que envolvem comportamentos dos pais relacionados ao afeto, ao estabelecimento de limites e ao acompanhamento/monitoria do comportamento social e acadêmico dos filhos.

Bolsoni-Silva, Loureiro e Marturano (2011) propõem a classificação das habilidades sociais educativas parentais (HSE-P) em comunicação (conversar, perguntar), expressão de sentimentos e enfrentamento (expressar sentimentos positivos, negativos e opiniões, demonstrar carinho, brincar) e estabelecimento de limites (identificar e consequenciar comportamentos socialmente habilidosos e não habilidosos, estabelecer regras, ter consistência, cumprir promessas, identificar erros e pedir desculpas). Quando os pais usam práticas parentais negativas para expressar sentimentos negativos, opiniões e estabelecer limites, e também quando usam da comunicação apenas contingente a problemas de comportamento, com pouca variedade de assuntos e situações podem predizer problemas de comportamento em seus filhos (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2006, 2008).

Geralmente, para se avaliar a relação estabelecida entre pais e filhos concernentes aos problemas de comportamento ou interações habilidosas, têm-se utilizados instrumentos e inventários padronizados e validados, elaborados a partir de categorias de comportamentos ou com base em manuais diagnósticos como DSM. Como é o caso do CBCL ("Child Behavior Checklist" - Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência), versão para pais (ACHENBACH; RESCORLA, 2001) amplamente utilizado na identificação dos problemas de comportamentos de crianças e adolescentes e utilizado na presente pesquisa. Importante salientar o uso particular que a análise do comportamento faz de inventários ou instrumentos para avaliação psicológica.

A utilização de instrumentos na avaliação terapêutica é bem vinda e prevista, sobretudo na área da Psicologia Baseada em Evidências, uma vez que auxiliam no processo de descrição e mensuração do comportamento do cliente, terapeuta e até mesmo das variáveis do processo de intervenção (APA, 2006; MELNIK; ATALLAH, 2011). A utilização de instrumentos padronizados e validados podem gerar medidas sobre a *eficácia*, ou seja, avaliar se os objetivos propostos foram alcançados e sobre a *eficiência* ou utilidade clínica, que é um indicativo de se a intervenção ocorreu de forma rápida e com o menor curto prazo possível do que ocorreria caso o cliente fosse submetido a outros métodos. Medir os efeitos de um procedimento, a consistência dos efeitos (medidas de generalização), os mecanismos causais do procedimento sobre as mudanças pode ser um meio para melhorar a prestação de serviços aos clientes que procuram por psicoterapia (KRATOCHWILL; STOIBERM 2002; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2007).

No entanto, qualquer que seja o instrumento, o cerne deverá ser a avaliação da frequência e intensidade de respostas, que mesmo pautada em descrições topográficas, poderão dar base para procurar a função do comportamento, a partir de então, inferir se tais comportamentos devem ou não ser tratados clinicamente e o tipo de intervenção terapêutica

adequada, além de oportunizar a investigação de “sob quais circunstâncias aqueles comportamentos foram originados, provocados e mantidos” (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010, p.177).

O Roteiro de Entrevista de Habilidades Educativas Parentais (RE-HSE-P) é um instrumento elaborado de forma a identificar as variáveis antecedentes e consequentes para cada uma das HSE-P mensuradas, de forma a descrever relações funcionais entre respostas dos pais e dos filhos, além de indicar padrões comportamentais clínicos e não clínicos. As HSE-P investigadas foram elaboradas a partir da literatura de práticas parentais, problemas de comportamento e de habilidades sociais. As subcategorias previstas no sistema de codificação do instrumento foram identificadas a partir do relato espontâneo contingente às perguntas guia, de aproximadamente 300 cuidadores primários (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2008; BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2011). Estudos recentes demonstram relações entre HSE-P e problemas de comportamento de pré-escolares. Barbosa (2008) por meio do relato de 40 mães (20 com filhos com problemas de comportamento e 20 com filhos sem problemas) investigou acerca dos comportamentos habilidosos e indicativos de problema dos filhos e de como as mães os consequenciavam. A autora identificou que as mães de crianças com problemas de comportamento pouco davam atenção e elogiam os comportamentos socialmente habilidosos dos filhos e, ao contrário, puniam os comportamentos problema. Por outro lado, as mães das crianças habilidosas eram, de modo geral, socialmente mais habilidosas para estabelecer limites e interagir em diversas situações, além de que davam atenção e elogios aos comportamentos habilidosos dos filhos. No entanto, diante de agressividade e destruição de objetos as mães dos grupos clínico e não clínico utilizavam práticas negativas, tais como gritar e bater, indicando baixa tolerância para tais respostas das crianças. Em intervenções com pais de crianças com problemas de

comportamento nota-se que grande parte dos estudos conduzidos concentra-se na direção de suprimir os comportamentos-problema da criança (PATTERSON et al, 2002).

O enfoque de atendimento dado no presente estudo prioriza a promoção do desenvolvimento e expansão de repertórios funcionalmente equivalentes, de forma que pais e filhos possam acessar os mesmos reforçadores com comportamento aceitos socialmente e sem prejuízos físicos e/ou emocionais (GOLDIAMDOND, 1974, 2002; GIMENES; ANDRONIS, 2005; BOLSONI-SILVA et al., 2010). No seu instrumento "Questionário Construcional", Goldiamond (1974) incentiva os terapeutas a construírem junto com os clientes objetivos razoáveis para a terapia levando em consideração variáveis como: custo da mudança para o cliente, rede de apoio, história de reforço que mantém os comportamentos perturbadores, controle de estímulos, reservas e déficits comportamentais (habilidades sociais presentes ou ausentes no repertório do cliente), até que ponto seus problemas atrapalham sua vida e as das pessoas de sua convivência.

Outros autores de base comportamental que contribuem com uma proposta de ampliação dos comportamentos socialmente habilidosos dos clientes são Webster-Stratton e Herbert (1993). Ao abordarem práticas que teriam maior ou menor êxito em treinamento de pais, tais autores ressaltaram a importância do Modelo Colaborativo. Trata-se de um modelo de intervenção cujo foco é a participação ativa do cliente no processo de mudança "baseado no uso igualitário dos conhecimentos do terapeuta e dos clientes" (p.407). Ao aceitar e incentivar a colaboração, o terapeuta atua de modo a conferir crédito ou respeito pela contribuição de cada pessoa, construindo objetivos partilháveis e aumentando o grau e motivação para o empenho do cliente no processo terapêutico, que inclui a realização das tarefas dadas pelo terapeuta.

Pesquisas que visam trabalhar com os pais de pré-escolares e escolares de modo a ampliar seu repertório socialmente habilidoso têm apresentado resultados promissores, tanto

no aprendizado de habilidades sociais pelas crianças quanto na redução de seus problemas de comportamento (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000; BOLSONI-SILVA et al., 2008; BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008; BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO; 2008; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2010).

Em relação à intervenção com pais de filhos adolescentes, observa-se que Sabbag (2010) realizou uma pesquisa de categorização com a finalidade de descrever o perfil de interações sociais estabelecidas entre mães e filhos adolescentes, de forma a correlacionar e comparar as habilidades sociais educativas de mães com estilo de risco e não risco para problemas de comportamento de adolescentes. Participaram do estudo 24 mães, das quais 14 foram relatadas pelos seus filhos como tendo estilo de risco e 10, estilo de não risco, o que foi identificado pelo Inventário de Estilo Parental – IEP. Além dos resultados apontarem para as relações funcionais entre as práticas, as habilidades sociais educativas maternas e os comportamentos dos adolescentes, também permite identificar diferenças na comparação das habilidades sociais educativas maternas – HSE-P – do grupo de risco e de não risco para quase todas as categorias gerais do RE-HSE-P: habilidades sociais educativas maternas, práticas negativas maternas, situações de contexto, frequência de práticas negativas maternas, total de práticas negativas, total de práticas positivas maternas, habilidades sociais dos filhos e problemas de comportamento dos filhos, confirmando achados com pré-escolares. Os dados dessa pesquisa são importantes também por ser a primeira a utilizar o instrumento RE-HSE-P validado para pré-escolar com pais de adolescentes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (1965), a adolescência é um período biopsicossocial que compreende a segunda década da vida, ou seja, dos 10 aos 20 anos, englobando desde as mudanças físicas relacionadas à maturação biológica, dimorfismo sexual e a capacidade reprodutiva até os componentes psicossociais desse mesmo processo.

É propagada na nossa cultura a ideia de que adolescência sempre se refere a um período de crises e conflitos. No entanto, observa-se que esse conceito sobre a adolescência não é universal e atemporal, o que indica que esse constructo é fruto de uma construção histórica e cultural, que tem determinado as várias formas de viver a adolescência, de acordo com o gênero, o grupo social e a geração. (ARIÉS, 1981; MARTINS et al, 2003).

O significado do termo adolescência e suas implicações na vida comunitária estão relacionados a fatores como economia, política, religião, sendo possível observar na sociedade contemporânea ocidental uma mudança no período em que se compreende a adolescência. Carter e McGoldrick (1995) discorreram sobre as transformações que ocorrem no sistema familiar quando há um adolescente em casa. A dificuldade dos pais geralmente está em perceber as fronteiras entre as imposições e limites que impunham aos filhos enquanto crianças e como devem agir agora com os mesmos na adolescência. Surgem dificuldades oriundas dos outros contextos nos quais os adolescentes transitam, valores que aprendem, nas expectativas que lhes são impostas simplesmente por estarem com uma idade diferente. Frequentemente, se a disciplina da família priorizava o controle e proteção quando os filhos eram mais jovens, podem achar difícil os pedidos do adolescente por mais liberdade, flexibilização de regras e limites.

Quando o repertório inicial dos pais é caracterizado por déficits nas suas práticas educativas, relacionando-se de maneira coercitiva com os filhos, a tendência é se intensificar ainda mais os conflitos nesse período de transição, pois se o diálogo já era escasso em um período de maior acesso ao filho, ele tende a quase desaparecer com o filho se expondo a novos contextos e expressando valores muitas vezes diferentes dos valores da família. Dependendo das práticas que os pais lancem mão para educar os filhos, o adolescente pode se retrair em relação às experiências e envolvimento apropriados para seu desenvolvimento, ou

os pais podem ficar cada vez mais frustrados ao perceberem sua própria impotência diante dos inúmeros conflitos (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

A ferramenta que a família disponibiliza para a educação de seus membros são as chamadas práticas educativas parentais. Tais práticas constituem-se num conjunto de atitudes, sejam elas verbais ou não verbais, com o objetivo de suprimir comportamentos considerados inadequados ou de incentivar a ocorrência de comportamentos habilidosos (ALVARENGA, 2001).

Bolsoni-Silva e Carrara (2010) e Almeida-Verdu e Sutto (2004) enfatizaram que os comportamentos habilidosos devem ser compreendidos e descritos de um ponto de vista relacional, uma vez que não se pode falar de uma atitude habilidosa sem se mencionar o contexto em que ocorre a interação e a consequência dessa ação para o indivíduo. Dessa forma, o termo Habilidade Social é compreendido enquanto adjetivação de categorias de repertórios comportamentais relevantes para o favorecimento de interações sociais satisfatórias (BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

De acordo com Bolsoni-Silva, Loureiro e Marturano (2011) são considerados habilidosos os pais que interagem com seus filhos de forma a se comunicar de forma assertiva e atenciosa; que fazem perguntas e ouvem atentamente o que os filhos têm a dizer; expressam seus sentimentos (positivos e negativos) exaltando a importância do filho; expressam opiniões em situações adequadas respeitando as opiniões alheias, ainda que sejam de discordância; que demonstram carinho e estabelecem limites coerentes à maturidade do filho sem utilizar ameaças ou chantagens, antes agindo de forma consistente com as regras propostas.

Auxiliar os pais no processo de educação de seus filhos envolve ajudá-los a identificar as práticas que frequentemente utilizam e suas consequências nas suas vidas e na vida dos filhos. Bolsoni-Silva, Paiva e Barbosa (2009) ao investigarem as queixas que motivavam os pais a buscarem atendimento para seus filhos criança/ adolescentes

encontraram comportamentos como a agressividade e a desobediência entre os mais citados. Quanto ao contexto e às atitudes dos pais para manejar tais comportamentos, os mesmos relataram que os filhos tendem a se comportarem de modo agressivo quando contrariados e, diante disso, os pais gritam ou batem em seus filhos. Também nem sempre há concordância entre ambos os pais. A atitude dos pais de gritar e bater frente aos comportamentos indesejados dos filhos geralmente é reforçada negativamente por conter o comportamento dos filhos, mas também podem servir de modelo para que a criança/ adolescente se comporte agressivamente para resolver problemas. Além disso, a consequência que mantém o comportamento dos pais (eliminar momentaneamente o comportamento problema) pode não ser mais eficaz quando os filhos crescem e aumentam sua força física, argumentação e variabilidade de controlar as atitudes dos pais, criando um ciclo de coerção e frustração de ambas as partes, além do não desenvolvimento de habilidades para lidar com situações de contrariedade (WEBSTER-STRATON, 1997).

Skinner (1953/2003) salienta que o uso de agressão verbal e/ou física para estabelecer limites também pode levar a ressentimentos e dificuldades na relação de amizade entre os pais e os filhos a médio e longo prazo, dificultando na expressão de afeto. Ainda que os pais consigam conter comportamentos indesejados de seus filhos por meio de práticas negativas, eles podem não conseguir desenvolver laços de amizade, respeito e amor. A dificuldade no estabelecimento desses vínculos pode comprometer não apenas a constituição familiar atual, como a que os filhos formarão futuramente, conforme apontam os estudos sobre transmissão intergeracional (CARTER; MCGOLDRICK, 1995; PETZOLD, 1996; PRETO, 1995 e KITAMURA et al., 2009 citado por RIBEIRO, 2012; WEBER et al., 2006). Não aprendendo a amar e resolver problemas, os jovens podem sair de casa mais cedo, constituir famílias precocemente e ao se confrontar com problemas familiares, agir da forma como estão habituados a agir: com agressividade, isolamento e desrespeito por si e pelo outro.

Lisboa et al. (2007) definem a transmissão intergeracional como a passagem de padrões de uma geração à outra, independente de suas características, quer patológicas ou não. Ribeiro (2012) estudou adolescentes em liberdade assistida a fim de caracterizar suas famílias e descrever as práticas educativas de três gerações (avós, genitores e adolescentes). Os resultados demonstram que há indícios de transmissão do índice de estilo parental (*IEP*) entre as gerações (avós, mães e adolescentes), principalmente das práticas negativas.

As práticas parentais negativas estão relacionadas aos chamados fatores de risco, por estarem correlacionadas aos problemas de comportamento típicos da adolescência (SABBAG; BOLSONI-SILVA, 2011; BORAWSKI et al, 2003; DICLEMENTE et al, 2001). Dentre os problemas de comportamento comumente encontrados na adolescência está o abuso de álcool e drogas, problemas de depressão e ansiedade, comportamento sexual negligente (envolvendo múltiplos parceiros sem proteção ao fazer sexo, com risco de gravidez indesejada ou contrair DSTs). Uma prática negativa existente é a comunicação punitiva, que envolve ameaças verbais e não verbais, humilhação, hostilidade ou mesmo intrusão. A comunicação punitiva do pai/cuidador pode ter como consequência uma reação não habilidosa do filho como não falar nada, mentir ou falar gritando, além de favorecer a aproximação do filho a grupos considerado de risco por necessidade de conversar e ser aceito, já que a comunicação com pais diminui por receio de ser punido (SABBAG; BOLSONI-SILVA, 2010).

Para a mudança das práticas educativas que proporcionem educação e proteção ao adolescente, ao invés de riscos, faz-se necessário realizar intervenções nas interações coercitivas presentes entre membros da família, apresentando-se formas alternativas, ampliando repertórios de interação com o adolescente ou até mesmo entre os adultos.

Bolsoni-Silva (2009) propôs um programa de ensino das HSE-P descritas em seu artigo “Intervenção em grupo para pais: descrição de procedimento”. As intervenções com pais/cuidadores são realizadas em aproximadamente 14 encontros, em que há a utilização de

diversas técnicas, dentre elas consta o uso de uma Cartilha Informativa (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; SILVEIRA, 2009).

Em cada um desses encontros é trabalhado, contingente às demandas e repertórios dos clientes, um dos conteúdos propostos pela cartilha como, por exemplo: iniciar e manter conversações; fazer e responder perguntas; expressar sentimentos positivos, elogiar, dar e receber feedback positivo, agradecer; conhecer direitos humanos básicos; expressar opiniões (de concordância, de discordância), ouvir opiniões (de concordância, de discordância); conhecer diferenças entre comportamento habilidoso, não habilidoso ativo e não habilidoso passivo; expressar sentimentos negativos, dar e receber feedback negativo; fazer e recusar pedidos; lidar com críticas (fazer e receber críticas), admitir próprios erros, pedir desculpas; estabelecer limites: Consistência na forma como pais e mães interagem com a criança; atitudes dos pais que dificultam o estabelecimento de limites aos filhos; ignorar comportamentos problema; consequenciar comportamentos socialmente habilidosos, dar atenção, expressar afeto; solicitar mudança de comportamento, estabelecer e consequenciar regras, negociar.

Em cada uma das sessões são trabalhados, de maneira colaborativa, os temas de forma contingente às dificuldades apresentadas pelos pais/ cuidadores. Ao final das sessões os pais/ cuidadores recebem uma tarefa de casa, a qual é utilizada para iniciar a sessão subsequente, para que possam se engajar na generalização dos comportamentos aprendidos em sessão no ambiente familiar e para que ao mesmo tempo o terapeuta possa obter relatos específicos sobre as interações estabelecidas entre eles e filhos a partir do que foi aprendido e treinado nas sessões. Ao final de cada sessão, pede-se aos pais/ cuidadores para que avaliem a sessão em termos do próprio desempenho e do terapeuta, dificuldades, aspectos positivos e relevantes alcançados e sugestões.

Com base no programa supracitado, Bolsoni-Silva et al. (2008) realizaram um estudo visando a identificação dos efeitos de um procedimento de intervenção com pais (Treinamento de Habilidades Sociais Educativas Parentais) na promoção de melhoras nas interações pais/filhos. O treinamento teve duração de 20 sessões e participaram 14 pais distribuídos em 3 grupos. Utilizaram instrumentos como medida de pré e pós-teste (RE-HSE-P; CBCL; IHS-DEL PRETTE; Inventário de Assertividade de Rathus) que permitiram investigar aspectos distintos e complementares do repertório dos pais, além de proporcionar ao terapeuta dados para uma análise funcional individualizada e estabelecimento de objetivos de intervenção para cada participante.

Os resultados da intervenção com os pais por meio de um treinamento semiestruturado de habilidades educativas parentais permitiram que diversos pontos fossem discutidos pelas autoras. O primeiro deles diz respeito a um aumento da frequência das habilidades sociais educativas parentais, como por exemplo, a comunicação, expressão de sentimentos, apontar comportamento desejável e indesejável do filho, dizer “não” com explicação, conversar/negociar. Em diminuição foram observadas outras práticas parentais como gritar, ameaçar, bater, retirar privilégios, castigar. No que tange ao comportamento dos filhos, embora o treinamento não tenha ocorrido diretamente com eles, pode-se observar no pós-teste, em comparação ao pré-teste, um aumento de frequência no comportamento de obedecer e escutar e diminuição no comportamento de fazer birras, desobedecer, brigar, responder e mentir.

Bolsoni-Silva e Marturano (2006; 2008) demonstram que as habilidades de expressão de sentimentos e de opiniões, fazer perguntas, consistências nas práticas parentais e concordância parental quanto à forma de educar distinguiram estatisticamente pais de crianças sem dificuldades interpessoais quando comparadas a pais de crianças com indicativos de problemas de comportamento. Conclui-se que o ambiente familiar exerce influência

fundamental no desenvolvimento infantil e que é um contexto de privilegiada influência para a aprendizagem de habilidades interpessoais; portanto a investigação acerca de variáveis relevantes para a intervenção eficaz com pais e mães a fim de desenvolverem habilidades parentais positivas se faz imprescindível.

Outros estudos mostram que investir na promoção de HSE parentais pode ser uma forma efetiva de ensino de HS para os filhos, além de promover um ambiente familiar positivo. Isto aconteceria porque pais socialmente competentes seriam mais capazes de resolver problemas de comportamento dos filhos de forma efetiva e positiva, principalmente por meio de modelo de interação.

Ao iniciar o processo de intervenção com os pais, o terapeuta os auxilia a identificar a forma como vêm conduzindo o processo de educação dos filhos. Geralmente esse processo é repleto de falhas como reforçamento de comportamentos inadequados, práticas agressivas ou até inconsistentes, negligência ou pouca ênfase nos comportamentos adequados, entre outros. Perceber o manejo das contingências educativas parentais acaba sendo para esses pais, num primeiro momento, um autoconhecimento aversivo. Por isso caberá ao terapeuta ajudar, mediante a construção do vínculo (com comportamentos empáticos, genuínos, acolhedores), o estabelecimento de objetivos terapêuticos comuns (ampliar o repertório de práticas parentais positivas que assumam função das antigas práticas negativas) e concordância com as tarefas terapêuticas (novas formas de interação praticadas tanto em sessão quando solicitadas em casa) para facilitar o engajamento dos pais no processo de mudança.

Diante do que foi exposto, nota-se a importância de programas ou intervenções que ensinem os pais a desenvolver práticas educativas parentais positivas, uma vez que os filhos tendem a se comportar repetindo o modelo presenciado em casa e que esses podem determinar as práticas educativas parentais que essas crianças poderão adotar futuramente

(RIBEIRO, 2012; LISBOA et al., 2007; LUNDBERG et al., 2000). Os estudos também apontam para o fato de que dependendo dos comportamentos adotados pelos pais no processo educativo dos filhos, é possível que seus filhos desenvolvam problemas de comportamento (PACHECO; HUTZ, 2009; PATTERSON et al., 1992); além de que práticas educativas parentais positivas parecem colaborar para um melhor desenvolvimento do repertório das crianças, e dos próprios cuidadores, afetando diretamente na relação entre ambos (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO, 2008).

Sabe-se que a procura dos pais por atendimento a seus filhos, em clínica-escola, é bastante frequente (LOHR; SILVARES, 2006). Com base nas considerações feitas sobre o desenvolvimento de habilidades sociais educativas parentais e sua relação com a melhora dos filhos, nota-se a importância da prestação de serviços a essa demanda. E percebe-se também, que o desenvolvimento metodológico na área oferece oportunidade para a ampliação de pesquisas envolvendo os pais, seus filhos, além da interação terapeuta-cliente.

Percebe-se na literatura pesquisada que o atendimento a pais/ cuidadores para promoção de HSE-P geralmente é feito em grupo e com pais de crianças. Não é frequente na literatura programas que atendam pais/ cuidadores no processo de terapia individual. Carecem de estudos também a inserção de pais/ cuidadores de filhos adolescentes.

A presente pesquisa utiliza-se da lacuna existente no atendimento a pais/ cuidadores de adolescentes em terapia individual para ampliar os estudos de intervenção com essa população, considerando a variável interação terapêutica.

## **2. OBJETIVOS**

Verificar os efeitos do aumento da frequência das respostas de Empatia e Recomendação do terapeuta nas demais categorias de comportamento do terapeuta e nos comportamentos dos clientes. Descrever os efeitos da promoção de habilidades educativas parentais de um programa de “Intervenção em grupo para pais”, aplicado em terapia individual, tanto na ampliação de repertório social positivo dos pais/filhos quanto na redução de práticas negativas e problemas de comportamento de filhos adolescentes.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Participantes**

Participaram da pesquisa três mães e uma cuidadora (tia), de adolescentes com desenvolvimento típico, que inscreveram seus filhos para atendimento psicoterápico no Setor de Psicologia, do Campus de Paranaíba da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e que aguardavam por atendimento. O critério de inclusão para a participação na pesquisa (atendimentos dos pais/cuidadores) se deu mediante a indicação de problema de comportamento externalizante e/ou internalizante dos filhos mensurada pelo CBCL ("Child Behavior Checklist" - Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência), versão para pais (ACHENBACH; RESCORLA, 2001).

#### **3.2 Procedimentos éticos**

As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996 (Apêndice B). Também assinaram documentos internos do Setor de Psicologia (Termo de Compromisso do Cliente) que previa a gravação das sessões em áudio e a gratuidade dos atendimentos. O presente projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade em que está vinculado. (Anexo A)

#### **3.3 Local da pesquisa**

Setor de Psicologia - Carolina Martuscelli Bori - Campus de Paranaíba da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

### 3.4 Materiais e Instrumentos

Foram utilizados na pesquisa gravador digital, um microcomputador, o Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (ZAMIGNANI, 2007); um Protocolo de Registro das frequências dos comportamentos emitidos em sessão; o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência - CBCL ("Child Behavior Checklist") versão para pais (ACHENBACH; RESCORLA, 2001); folha de aplicação e correção do Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais - RE-HSE-P e do Inventário de Aliança de Trabalho – WAI, o Roteiro de Entrevista Clínica Semiestruturada (BOLSONI-SILVA; BITONDI; MARTURANO, 2008) e a Cartilha Informativa desenvolvida por Bolsoni-Silva, Marturano e Silvera (2009).

O SiMCCIT de Zamignani (2007) foi escolhido por ser um sistema que apresenta três diferentes dimensões de operacionalização de comportamento: eixo I - categorias referentes ao comportamento verbal vocal e verbal não-vocal do terapeuta e cliente; eixo II – temas abordados em sessão; e eixo III – respostas motoras. Sendo possível a categorização de todos os eixos ou de apenas um deles. Destaca-se que o sistema de categorias de Zamignani (2007) possui os comportamentos de interesse para a presente pesquisa (Recomendação e Empatia) devidamente operacionalizados com respaldo empírico.

Um Protocolo de Registro foi elaborado, a fim de se registrar a ocorrência e a frequência dos comportamentos emitidos em sessão pelo terapeuta e pelos clientes, de acordo com as categorias previamente definidas por meio do SiMCCIT de Zamignani (2007). Tal instrumento era preenchido em concordância por quatro avaliadores previamente treinados. (Apêndice A)

Para a seleção dos participantes foi utilizado o CBCL, versão para pais, que investiga frequência de respostas indicativas de problemas de comportamento, sugerindo a

classificação normal, clínico e limítrofe para problemas externalizantes, internalizantes e total (ACHENBACH; RESCORLA, 2001).

O Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P, BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2011) tem por referencial teórico a Análise do Comportamento e busca descrever, a partir de relatos espontâneos, respostas, antecedentes e consequentes das interações estabelecidas entre pais e filhos a partir de 13 perguntas gerais que incluem perguntas adicionais: 1. Você conversa com seu filho? Se sim com que frequência (frequentemente, algumas vezes, nunca/quase nunca). Em que situações ocorrem? Quais são os assuntos das conversas? Quando você conversa com seu filho, como ele se comporta?; 2. Você faz perguntas a seu filho? Se sim, sobre quais assuntos? Quando você faz perguntas como ele se comporta?; 3. Você expressa sentimentos positivos a seu filho? Se sim, de que forma você o faz?; 4. Você expressa sentimentos negativos a seu filho? Se sim, com qual frequência? Em que situações ocorrem? De que forma você expressa sentimentos negativos? Quando você expressa como seu filho se comporta?; 5. Você expressa suas opiniões a seu filho? Se sim, em que momentos você o faz? Como seu filho se comporta quando você expressa opiniões a ele?; 6. Em sua opinião é importante estabelecer limites? Se sim, por quê? Em que situações você costuma estabelecer limites? O que você faz para estabelecer limites? Como você se sente nessas situações? Como seu filho se comporta após o limite estabelecido?; 7. Você encontra dificuldades para cumprir promessas? Se sim, com qual frequência?; 8. Você e seu cônjuge se entendem quanto à forma de educar seu filho? Se sim, com qual frequência? Por que vocês concordam? Por que vocês não concordam? Quando você não concorda com algo que o cônjuge fez, o que você faz? Quando você age dessa forma como seu cônjuge se comporta?; 9. Seu filho faz coisas que você gosta? Se sim o que ele faz? Quando seu filho faz algo legal, o que você faz? Como seu filho se comporta nesses momentos?; 10. Seu filho faz coisas que você não gosta? Se sim com que frequência? O que

ele faz que você não gosta? O que você sente nesses momentos? Quando seu filho faz algo que te desagradar o que você faz? Como seu filho se comporta nesses momentos?; 11. Você demonstra carinho ao seu filho? Se sim em quais situações? O que você faz para demonstrar carinho? Quando você demonstra carinho como ele se comporta?; 12. Seu filho faz perguntas sobre sexualidade? Se sim com qual frequência? O que ele pergunta? O que você sente nesses momentos? Você responde à pergunta? Se sim, como seu filho se comporta?; 13. Acontece de você fazer algo em relação a seu filho e sentir como errado? Se sim, em quais situações? Nessas situações o que você faz?

As respostas espontâneas às perguntas citadas são alocadas, após codificadas, tendo por base o Manual do RE-HSE-P, nas subcategorias habilidades sociais educativas parentais – HSE-P (práticas educativas parentais positivas), práticas educativas negativas, habilidades sociais infantis, comportamentos problema, variáveis de contexto e frequência de habilidades sociais educativas parentais. Tais informações também podem ser organizadas conforme três grandes categorias: Comunicação, Expressão de Sentimentos e Enfrentamento e Estabelecimento de Limites. Em relação à fidedignidade do RE-HSE-P, a realização de testes de correlação de Spearman obteve correlações significativas para as mães (correlação igual a 0,76, significativa a 5%) e para os pais (correlação igual a 0,89, significativa a 1%) (Bolsoni-Silva, 2003). O instrumento, quanto à consistência interna, apresentou um  $\alpha$  de 0,846 e com base na análise fatorial foram identificados dois fatores: características positivas da interação (total positivo, habilidades sociais educativas, habilidades sociais infantis, variáveis de contexto e frequência positiva) e características negativas da interação (total negativo, práticas negativas, problemas de comportamento e frequência negativa). O instrumento apresentou boa validade discriminativa no que se refere a problema de comportamento tendo por padrão ouro o CBCL. O instrumento RE-HSE-P apresenta as classificações em clínico, não clínico e limítrofe para frequência e a qualidade dos comportamentos de habilidade social

educativa parental (HES-P) dos pais/ cuidadores, habilidade social dos adolescentes (HS), práticas educativas negativas dos pais (PR NEG), problema de comportamento dos filhos (PROBL) e variáveis de contexto (CONT), de acordo com o Manual para correção do roteiro (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2010, BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2011).

O RE-HSE-P contém ao total 70 itens, dentre eles o registro de dados demográficos da família. Com a ressalva de que este instrumento foi validado para mães e pais de pré-escolares está sendo utilizado na presente pesquisa com mães de adolescentes.

Quanto à correção do instrumento, os valores obtidos para as categorias, tanto no que diz respeito à *qualidade da interação* como à *frequência da interação* mãe-filho, podem ser classificadas são clínico, não clínico e limítrofe. Os dados de referencia do próprio instrumento RE-HSE-P, validados para população de pré-escolares, indicam em relação à *qualidade da interação*, a indicação clínica para HSE-P (escore 0-7), para HS (escore 0-6), para CONT (escore 0-8), PR NEG (escore 7-8) e PROBL (escore 9-10). A indicação limítrofe refere-se ao número de itens HSE-P (escore 8-9), para HS (escore 7-8), para CONT (escore 9), PR NEG (escore 6) e PROBL (escore 8). Já a indicação não clínica refere-se à HSE-P (escore 10-14), para HS (escore 9-16), para CONT (escore 10-14), PR NEG (escore 0-5) e PROBL (escore 0-7). O total positivo clínico (escore 0-15), limítrofe (escore 16-21) e não clínico (escore 22-31). O total negativo clínico (escore 14-17), limítrofe (escore 13) e não clínico (escore 0-12).

No que diz respeito à *frequência da interação*, a indicação clínica refere-se à HSE-P (escore 0-10), para HS (escore 0-10), para CONT (escore 0-3), PR NEG (escore 12-22) e PROBL (escore 6). A indicação limítrofe refere-se ao número de itens HSE-P (escore 11-12), para HS (escore 11-12), para CONT (escore 4), PR NEG (escore 11) e PROBL (escore 5). Já a indicação não clínica refere-se à HSE-P (escore 13-20), para HS (escore 13-

20), para CONT (escore 5-6), PR NEG (escore 0-10) e PROBL (escore 0-4). O total positivo clínico (escore 0-23), limítrofe (escore 24-25) e não clínico (escore 26-46). O total negativo clínico (escore 14-26), limítrofe (escore 13) e não clínico (escore 0-12).

O Roteiro de Entrevista Clínica Semiestruturada (BOLSONI-SILVA; BITONDI; MARTURANO, 2008) cujo objetivo é receber o participante, informar sobre o atendimento e coletar dados sobre queixas e variáveis relacionadas, de forma a identificar interesses dos clientes, compatibilidades ou não com o atendimento, levantar hipóteses funcionais e objetivos comportamentais de tratamento.

Também foi utilizado o Inventário de Aliança de Trabalho WAI, versão autorizada em português produzida por Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu. O instrumento WAI foi escolhido por possibilitar a avaliação da “Relação Terapêutica” como sendo um constructo composto por de três dimensões: vínculo entre terapeuta e cliente, concordância com os objetivos terapêuticos e concordância com as tarefas dadas em terapia. Segundo Horvath (1994), estudos realizados dão suporte à validade do WAI e sua confiabilidade baseada na homogeneidade (Alpha de Cronbach) entre os itens, vai de 0.84 a 0.93 e entre as subescalas, de 0.68 a 0.92. Tal instrumento consiste num questionário (com versões para cliente, terapeuta e observador) que apresenta três subescalas com doze questões cada, sendo que as questões são avaliadas num espectro de sete itens (sempre - nunca). As subescalas são: Objetivos, Tarefa e Vínculo.

O desenvolvimento das sessões teve como procedimento o descrito por Bolsoni-Silva (2007) e fez uso da Cartilha Informativa desenvolvida por Bolsoni-Silva, Marturano e Silveira (2009), que foi utilizada nas sessões de intervenção junto às mães/cuidadoras. Essa cartilha foi escolhida, para servir de apoio no processo psicoterápico de pais/cuidadores uma vez que apresenta temas relacionados a dificuldades geralmente encontradas na interação pais-filhos, servindo de modelos de comportamentos esperados. Embora o procedimento

preveja uma sequência para as sessões, ele também é flexível para considerar as necessidades de cada cliente, uma vez que respeita o processo terapêutico e os assuntos trazidos pelos clientes em sessão.

### **3.5 Recursos Humanos**

Participaram da pesquisa uma psicóloga, formada, com registro no Conselho Regional de Psicologia e sete avaliadores previamente treinados a transcrever e categorizar as falas do terapeuta e clientes ao longo de 14 sessões de psicoterapia, de acordo com o SiMCCIT. A psicóloga e a pesquisadora correspondem à mesma pessoa.

#### **3.5.1 Treinamento dos avaliadores**

Os avaliadores eram seis alunos e um professor do curso de Psicologia - Bacharelado do Câmpus de Paranaíba da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, previamente treinados a utilizar o SiMCCIT. O treinamento dos avaliadores foi realizado com material impresso composto pela descrição e exemplificação das categorias e com vídeos demonstrativos das categorias. Tanto o material impresso quanto os vídeos foram desenvolvidos por Zamignani (2007). Os avaliadores liam o manual com a descrição das categorias e em seguida realizavam exercícios em vídeo. Após o treinamento, iniciaram as categorizações das sessões de linha de base com apoio do manual escrito e do áudio das sessões. Comparavam-se as respostas dadas por cada avaliador para cada fala das clientes e terapeuta. Os avaliadores foram divididos de forma que três alunos e o professor (quatro avaliadores) categorizaram as sessões das duas primeiras participantes da pesquisa e os outros três alunos e o mesmo professor (quatro avaliadores) categorizavam as sessões das duas

ultimas participantes da pesquisa. No total houve 4 avaliadores categorizando as sessões de cada participante. Em havendo concordância de pelo menos 3 dos 4 avaliadores a categoria era considerada e passava-se para a avaliação da próxima fala. Quando a concordância era menor que 75%, os avaliadores recorriam ao manual para definição da mesma e se a concordância permanecesse menor que 75% a categoria não era contabilizada.

### **3.6 Procedimentos de coleta de dados**

As participantes passaram por aproximadamente vinte sessões terapêuticas, que correspondiam a duas sessões iniciais para avaliação diagnóstica (pré-teste), quatorze sessões de intervenção propriamente dita, duas sessões de replicação dos instrumentos utilizados na avaliação diagnóstica (pós-teste) e duas sessões de seguimento seis meses após o termino da terapia. A duração aproximada das sessões era de 1 hora e 30 minutos e ocorriam semanalmente. O delineamento está esquematizado na Tabela 1.

As participantes foram selecionadas mediante procura espontânea por atendimento ao seu filho adolescente no Setor de Psicologia e/ ou via encaminhamento das escolas do município. Após o agendamento de entrevista individual com as mães/cuidadoras, a elas era esclarecida a estrutura do atendimento, fruto de uma pesquisa da pesquisadora/ psicóloga que visava o aprendizado de habilidades para o manejo da educação dos filhos. Após o aceite do convite para participar da pesquisa e a assinatura dos documentos previstos, dois instrumentos eram aplicados (CBCL e RE-HSE-P) a fim de avaliar se os filhos apresentavam algum tipo de problema externalizante/ internalizante e avaliar se as mães/cuidadoras apresentavam algum déficit no seu repertório de habilidades educativas parentais. Era realizada também uma entrevista semi-estruturada com o objetivo de transmitir

informação sobre o atendimento, apresentar os documentos necessários e coletar dados sobre a queixa para a análise funcional.

Após a aplicação do CBCL e do RE- HSE-P em treze pais/cuidadores que aguardavam por atendimento, foram selecionadas quatro participantes, cujos resultados apontavam para os problemas de comportamento dos filhos e déficit de habilidades educativas das mães/cuidadoras. As participantes selecionadas (P1, P2, P3 e P4) passaram pela fase A (avaliação diagnóstica) e iniciaram a coleta de dados. A Tabela 1 demonstra, de forma esquemática, as sessões e fases terapêuticas para as quatro participantes.

Coube à pesquisadora/terapeuta a aplicação de todos os instrumentos de pesquisa, com exceção do inventário WAI que foi aplicado por um estagiário a fim de evitar interferência nas respostas das participantes.

### **3.6.1 Programa de atendimento a mães/ cuidadoras**

Optou-se por seguir o procedimento semiestruturado elaborado a princípio para o atendimento em grupo de pais (BOLSONI-SILVA, 2007), mesmo em se tratando de psicoterapia individual, para melhor organizar os dados de pesquisa, de modo a garantir uma homogeneidade não apenas na característica inclusão/ exclusão (mães/ cuidadoras de adolescentes com problemas internalizantes e/ou externalizantes de comportamento), como também nos assuntos a serem trabalhados com tais participantes e o número aproximado de sessões.

As intervenções com as mães/ cuidadoras foram realizadas em aproximadamente 14 encontros referentes na Cartilha Informativa (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; SILVEIRA, 2009) e descritos em Bolsoni-Silva (2007).

Os conteúdos propostos pela cartilha e trabalhados em cada um dos encontros foram: Sessão 1: Apresentação do programa, tema: Iniciar e manter conversações (paginas: 5-

8); Sessão 2: tema: Fazer e responder perguntas (paginas: 9-10); Sessão 3: tema: Expressar sentimentos positivos, elogiar, dar e receber feedback positivo, agradecer (páginas 11-15); Sessão4: tema: Conhecer direitos humanos básicos (páginas 16-18); Sessão 5: tema: Expressar opiniões (de concordância, de discordância), ouvir opiniões (de concordância, de discordância) (páginas 19-24); Sessão 6 tema: Conhecer diferenças entre comportamento habilidoso, não habilidoso ativo e não habilidoso passivo (25-28) ; Sessão 7: tema: Expressar sentimentos negativos, dar e receber feedback negativo (paginas 29-30); Sessão 8: tema: Fazer e recusar pedidos (paginas: 31-33); Sessão 9: Lidar com críticas (fazer e receber críticas), admitir próprios erros, pedir desculpas (paginas: 34-36); Sessão 10: Estabelecer limites: Consistência na forma como pais e mães interagem com a criança. (paginas 37-38); Sessão 11: Estabelecer limites: Atitudes dos pais que dificultam o estabelecimento de limites aos filhos. (paginas 39-41); Sessão 12: Estabelecer limites: ignorar comportamentos problema; consequenciar comportamentos socialmente habilidosos, dar atenção, expressar afeto (páginas 42-46); Sessão 13: Estabelecer limites: solicitar mudança de comportamento, estabelecer e consequenciar regras, negociar (páginas 47-50); Sessão 14: Tema livre: por exemplo, "Como respeitar a privacidade de filhos adolescentes".

As sessões respeitavam uma sequência que permeava a discussão da tarefa de casa proposta na sessão anterior, apresentação do tema a ser trabalhado na sessão atual e apresentava a próxima tarefa de casa. Em cada uma das sessões foram apresentados os temas e trabalhados de forma contingente às dificuldades apresentadas pelas mães. As tarefas de casa eram propostas para que as mães/ cuidadoras pudessem se engajar na generalização dos comportamentos aprendidos em sessão no ambiente familiar e ao mesmo tempo a terapeuta ser capaz obter relatos específicos sobre as interações estabelecidas entre mães e filhos a partir do que foi aprendido e treinado nas sessões, além das respostas que ocorriam e as

consequências que produziam. Ao final, era pedido às mães/ cuidadoras que avaliassem a sessão e dessem sugestões.

O processo terapêutico foi baseado na Terapia Analítico Comportamental e as principais estratégias usadas foram à análise funcional, role-playing ou ensaio comportamental, modelagem, modelação, reforçamento diferencial de comportamentos-alvo nos relatos, nas tarefas de casa e nas sessões, dentre outros (BOLSONI-SILVA, 2008).

### **3.6.2 Delineamento do estudo**

Para o procedimento de coleta de dados foi programado dois delineamentos: um delineamento quase experimental de sujeito único (A, B, C) para a avaliação da interação terapeuta-cliente e um delineamento quase experimental (pré-teste, pós-teste e seguimento) para a avaliação da intervenção terapêutica, conforme descrito na Tabela 1 (COZBY, 2003). O delineamento quase experimental (A, B, C) permite observar os efeitos dos comportamentos de Recomendação e Empatia do terapeuta na avaliação do cliente acerca da interação terapêutica. O delineamento quase experimental (pré-teste, pós-teste e seguimento) possibilita a avaliação dos resultados da intervenção terapêutica.

Em relação ao delineamento quase experimental de sujeito único (A, B, C), a Fase A correspondia a linha de base, na qual se deu início ao processo de intervenção terapêutica sem a alteração intencional de nenhuma categoria verbal vocal do comportamento da terapeuta. Nas fases B e C ocorreu a alteração da frequência dos comportamentos verbais vocais de Empatia e Recomendação. Foi aplicado o inventário WAI ao final do pré-teste e das Fases A, B e C.

Quanto ao delineamento quase experimental programado para a intervenção, na Fase de pré-teste foram aplicados o CBCL (Child Behavior Checklist), o WAI (Inventário de

Aliança de Trabalho), uma semi-estruturada para investigar as queixas e variáveis relacionadas e outra a partir do Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P). Na Fase de pós-teste, houve a reaplicação dos instrumentos do pré-teste. Na Fase de seguimento, foram reaplicados os instrumentos da Fase de pré-teste, após 6 meses da intervenção, para avaliar a generalização e a manutenção dos resultados. Ainda que as sessões de intervenção terapêutica fossem previamente estruturadas (BOLSONI-SILVA, 2009), elas permitem e incentivam o atendimento das demandas individualizadas conforme queixas próprias das clientes, uma vez que visa à promoção de repertórios e discutem-se temas sempre a partir das demandas e relatos que os clientes trazem, momentos em que são conduzidas análises funcionais e promovidos repertórios. A efetividade deste procedimento tem sido demonstrada em diversas pesquisas (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2010).

Tabela 1 - Distribuição das sessões terapêuticas para as quatro participantes nas Fases de pré-teste, A, B, C, pós-teste e seguimento com as respectivas manipulações da variável independente (Empatia e Recomendação) e aplicação dos instrumentos.

Participantes	Pré-teste	Fase A Linha de base	Fase B Recomendação	Fase C Empatia	Pós-teste	Seguimento
<b>P1</b> <b>e</b> <b>P3</b>	Aplicação RE-HSE-P, CBCL e Entrevista Clínica Semiestruturada	Início da terapia	Maior frequência da categoria Recomendação	Maior frequência da categoria Empatia	Aplicação RE-HSE-P, CBCL e Entrevista Clínica Semiestruturada	Aplicação RE-HSE-P, CBCL e Entrevista Clínica Semiestruturada
	Aplicação do WAI	Aplicação do WAI	Aplicação do WAI	Aplicação do WAI		
Participantes	Pré-teste	Fase A Linha de base	Fase B Empatia	Fase C Recomendação	Pós-teste	Seguimento
<b>P2</b> <b>e</b> <b>P4</b>	Aplicação RE-HSE-P, CBCL e Entrevista Clínica Semiestruturada	Início da terapia	Maior frequência da categoria Empatia	Maior frequência da categoria Recomendação	Aplicação RE-HSE-P, CBCL e Entrevista Clínica Semiestruturada	Aplicação RE-HSE-P, CBCL e Entrevista Clínica Semiestruturada
	Aplicação do WAI	Aplicação do WAI	Aplicação do WAI	Aplicação do WAI		

O número de sessões de cada fase obedeceu ao critério adesão à terapia (Fase A) - avaliado pela frequência dos clientes as sessões e o engajamento com as atividades previstas, bem como a resposta dos clientes a pergunta da terapeuta de se continuariam no processo. Para as Fases B e C, o critério era ter pelo menos três sessões consecutivas com a categoria, Recomendação ou Empatia, sendo a de maior ocorrência dentre as demais.

### 3.6.3 Pré-teste

A fase de Pré-teste, que teve duração aproximada de 2 sessões de 2 horas cada e foi utilizada para apresentar a pesquisa as mães/cuidadoras, aplicar os instrumentos de inclusão/exclusão da pesquisa, elaborar o diagnóstico do caso, avaliar a frequência das

práticas parentais adequadas e inadequadas, bem como os comportamentos problema dos filhos. Nessa fase a terapeuta aplicou os instrumentos CBCL, a RE-HSE-P e a Entrevista Clínica Semiestruturada. Ao término dessa fase, foi aplicado o WAI para mensurar a avaliação dos clientes sobre a interação terapêutica.

As informações do diagnóstico foram compiladas num estudo de caso, para cada cliente, de forma a facilitar o entendimento dos déficits, excessos e reservas comportamentais, além de hipóteses funcionais, que orientou a terapeuta na sistematização dos objetivos específicos a serem trabalhados para cada cliente. Durante todo o processo terapêutico, a terapeuta conduziu as sessões conforme o procedimento descrito por Bolsoni-Silva (2007), o qual prevê, enquanto parte do procedimento, o uso da Cartilha Informativa desenvolvida por Bolsoni-Silva, Silveira e Marturano (2009).

O estudo de caso das participantes P1, P2, P3 e P4 encontra-se nos Apêndices C, D, E e F.

### **3.6.4 Fase A**

Mediante as informações da avaliação diagnóstica realizada na Fase de Pré-teste, deu-se início ao processo terapêutico para as quatro clientes. Nessa fase o terapeuta conduzia a intervenção conforme o procedimento descrito por Bolsoni-Silva (2007). Foi programada para esta fase, a duração de 4 a 8 sessões aproximadamente, para garantir o engajamento dos clientes na terapia e servir como linha de base da avaliação do cliente sobre a interação terapêutica. A participante P1 passou por 6 sessões na fase de linha de base, a participante P2, por 8 sessões, P3 realizou 4 sessões e P4, 5 sessões. Ao final dessa fase foi aplicado o inventário WAI em todas as participantes com exceção de P1, cuja avaliação não foi realizada por equívoco da terapeuta.

### 3.6.5 Fase B

Na Fase B a terapeuta deveria se comportar de acordo com a descrição de Zamignani (2007) para comportamento de Recomendação, sendo que este comportamento deveria ser o de maior frequência durante a sessão terapêutica. De acordo com o autor, a categoria Recomendação,

Contempla verbalizações nas quais o terapeuta sugere alternativas de ação ao cliente ou solicita o seu engajamento em ações ou tarefas. Deve ser utilizada quando o terapeuta especifica a resposta a ser (ou não) emitida pelo cliente. Estão inclusos na categoria Recomendação:

- 1) Conselhos: Terapeuta especifica ações ou conjuntos de ações de caráter aberto (respostas passíveis de serem observadas por outros que não o próprio cliente) ou encoberto (respostas passíveis de serem observadas apenas pelo próprio cliente, tais como pensamentos ou sentimentos) a serem executadas ou que deveriam ser evitadas pelo cliente, dentro ou fora da sessão. Exemplo: Tente conversar com seu pai durante a semana e lhe falar sobre o que você sente nessas situações.
- 2) Modelo: Terapeuta declaradamente oferece seu comportamento como exemplo de como o cliente deve se comportar. Exemplo: Agora tente fazer um pedido para mim da mesma forma com que acabei de falar.
- 3) Incentivo: Terapeuta sugere que o cliente pode ou é capaz de agir de determinada maneira ou mudar determinado comportamento. Exemplo: Tenho certeza que você é capaz de fazer isso.
- 4) Estruturação de atividade: Terapeuta solicita que o cliente se engaje em atividades, técnicas ou exercícios a serem executados, durante a interação terapêutica no consultório ou extraconsultório. Exemplo: Vamos experimentar praticar isso em uma representação? Dessa vez, tente dizer diretamente o que você sente.
- 5) Permissão, proibição ou solicitação de parada: Ordens, autorizações ou pedidos de parada ou mudança de comportamento do cliente dentro da sessão. Exemplo: Sente-se em sua cadeira enquanto conversamos. Eu não consigo conversar com você andando pela sala. (ZAMIGNANI, 2007, p.134-136)

Após três sessões consecutivas nas quais comportamentos desta categoria ocorreriam na frequência maior que as demais categorias apresentadas, era aplicado novamente o inventário WAI.

As fases B e C foram invertidas para os participantes para evitar o efeito de sequência.

### 3.6.6 Fase C

Durante a Fase C a terapeuta foi orientada a se comportar de acordo com a descrição de Zamignani (2007) para comportamento de Empatia, sendo este comportamento o de maior frequência durante a sessão.

EMPATIA contempla ações ou verbalizações do terapeuta que sugerem acolhimento, aceitação, cuidado, entendimento, validação da experiência ou sentimento do cliente. Diferentemente da categoria APROVAÇÃO, que se refere a uma avaliação sobre ações ou características específicas do cliente, a EMPATIA tem um caráter inespecífico, informando essencialmente que o cliente é aceito, “bem vindo”, sem implicar em avaliação ou julgamento (“eu entendo você e aceito como você é”). Essa classe de verbalizações tem sido associada tipicamente à criação de um ambiente terapêutico amistoso, seguro e não punitivo, para que o cliente se sinta à vontade para verbalizar eventos que, em outros contextos, poderiam ser alvo de punição.

Estão inclusos nessa categoria

- 1) Nomeação e inferência de sentimentos: Terapeuta nomeia ou infere sentimentos, valores e/ou a importância de eventos experimentados pelo cliente. Exemplo: Imagino o quanto isso te deixa ansioso.
- 2) Normalizações e validação de sentimentos: Terapeuta afirma que as ações ou sentimentos do cliente são esperados ou apropriados à situação por ele vivida (apenas quando sugerirem validação, compreensão ou cuidado). Exemplo: Com tudo isso que está acontecendo, seria estranho que você ficasse tranqüilo, não é mesmo? Acho natural que você tenha se sentido ansioso.
- 3) Exclamações e expressões de interesse: Comentários em forma de exclamação, ou interrogação, apresentados após a descrição de eventos que não ações do cliente, consistentes com o assunto relatado e que indicam interesse nele. Exemplo: C: Estou conversando com o P. todo dia por telefone. Conheci pessoalmente... T: sério?
- 4) Verbalizações de cuidado: Terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente, quando tal preocupação não acompanha crítica ou explicação. Exemplo: Como é que você está? Na semana passada você estava super resfriada.
- 5) Auto-revelações sobre experiências similares: Terapeuta relata sua experiência em situações semelhantes àquela relatada pelo cliente, quando tal relato sugere validação ou compreensão da condição do cliente. Exemplo: Você sabe... eu também já passei por isso... é muito chato quando a gente investe toda a energia em um negócio e ele não dá certo... posso imaginar o quanto você está frustrada...

6) Validação de discordâncias ou críticas do cliente: Terapeuta revê suas próprias ações durante o processo terapêutico, corrigindo suas intervenções, admitindo seus erros ou pedindo desculpas.

7) Humor: Verbalizações acompanhadas por risadas, que tenham sido humorísticas, mesmo que remotamente (desde que não representem deboche ou ironia com relação ao cliente ou a qualquer comportamento dele).

8) Apoio: Terapeuta afirma sua disponibilidade para ajudar o cliente a superar determinada situação. Exemplo: Eu não sei qual será a sua decisão nesse caso, mas qualquer que ela seja, eu tô do seu lado.

9) Paráfrases: Terapeuta apresenta de forma resumida o que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente na mesma sessão, por meio de repetição literal ou reorganização das verbalizações do cliente (desde que essa reorganização não mude o sentido do relato do cliente ou não acrescente informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente) (ZAMIGNANI, 2007, p.127-129).

Após três sessões consecutivas de tais comportamentos numa frequência maior que os demais apresentados em sessão pela terapeuta, foi aplicado o inventário WAI.

As fases B e C foram invertidas para os participantes para evitar o efeito de sequência.

### **3.6.7 Pós-teste**

A terapeuta seguia o programa de terapia, comportando-se de forma a não enfatizar nenhuma categoria comportamental em específico. Nesta fase ocorreu o encerramento do processo terapêutico.

Os instrumentos utilizados no Pós-teste (CBCL, RE-HSE-P e o WAI) foram reaplicados, a fim de se avaliar se houve alteração nas habilidades educativas parentais, na frequência de comportamento externalizante e/ ou internalizante dos adolescentes.

### **3.6.8 Seguimento**

Na fase de Seguimento foram reaplicados os instrumentos do Pré-teste, 6 meses após o término da intervenção, para avaliar a generalização e a manutenção dos resultados.

### 3.7 Procedimentos de análise de dados

Para análise de dados do efeito da alteração de frequência da Empatia e Recomendação sobre a interação terapêutica, foi utilizado a medida da frequência dos comportamentos do terapeuta categorizados nas sessões de acordo com o SiMCCIT (Zamignani, 2007) e a tabulação do inventário WAI. A análise foi realizada para cada participante de forma individual.

Zamignani (2007) destaca que o referido sistema tem como elemento central para a categorização os comportamentos verbais do terapeuta e do cliente. O sistema é composto por três eixos, os quais são: Comportamento Verbal, Temas e Respostas motoras. Cada um desses eixos representa uma dimensão ou aspecto do comportamento da díade terapeuta-cliente e os dois primeiros ainda são compostos por qualificadores, os quais especificam algumas propriedades do comportamento categorizado. Em razão das especificidades deste estudo, que teve como procedimento de coleta de dados apenas a gravação das sessões terapêuticas em áudio, serão contempladas na análise dos dados apenas as Respostas verbais vocais do terapeuta e do cliente.

As categorias de comportamento verbais vocais utilizadas para a classificação dos comportamentos do terapeuta serão as seguintes: solicitação de relato (SRE), facilitação (FAC), empatia (EMP), informação (INF), solicitação de reflexão (SRF), recomendação (REC), interpretação (INT), aprovação (APR), reprovação (REP), outras verbalizações (TOU) e silêncio (SIL). Em relação à classificação dos comportamentos verbais vocais dos clientes, encontram-se: concordância (CON), oposição (OPO), solicitação (SOL), relato (REL), melhora (MEL), metas (MET), relações (CER), outras vocal cliente (COL), silêncio (CLS).

Também foi analisada a medida da frequência dos comportamentos dos clientes durante o progresso terapêutico, categorizados nas sessões de acordo com o Sistema de

Categorização proposto por Zamignani (2007), a fim de verificar as mudanças comportamentais dos clientes nas diferentes fases do processo terapêutico. Embora o SiMCCIT descreva em sua composição 9 categorias verbais vocais para o cliente, foram apresentados nos resultados apenas as categorias concordância (CON), solicitação (SOL), relações (CER) e melhora (MEL) que mais se destacaram ao longo das fases experimentais para as quatro participantes.

Esses resultados também foram comparados ao resultado obtido na tabulação do WAI, referente a análise da avaliação do cliente sobre a interação terapêutica.

Para a análise do efeito da intervenção terapêutica individual, foram analisadas as medidas dos instrumentos CBCL e RE-HSE-P aplicados no pré e pós-intervenção terapêutica e seguimento. Também foram incluídas partes das respostas fornecidas pelas mães/cuidadoras ao instrumento RE-HSE-P, principalmente os exemplos referentes às categorias de habilidades: 1) Comunicação; 2) Expressividade; e 3) Estabelecimento de Limites. Tais medidas permitiram avaliar os efeitos da intervenção terapêutica tanto na ampliação de repertório social positivo dos pais quanto na redução de práticas negativas e problemas de comportamento dos seus filhos adolescentes. Os resultados estão organizados na forma de figuras e tabelas.

Os dados das entrevistas individuais e dos instrumentos também foram organizados em estudo de caso, no qual constam as queixas apresentadas, as reservas e excessos comportamentais das clientes e os objetivos individuais a serem atingidos com cada cliente.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados são apresentados em duas seções. Na primeira delas são demonstrados os resultados de processo, oriundos da interação terapêutica caracterizados pela relação entre a alteração da frequência dos comportamentos de Recomendação e Empatia do terapeuta e suas relações com as alterações nas frequências das categorias de comportamento verbal vocal das participantes. Ainda na primeira seção, são apresentados os resultados do inventário WAI, respondido por cada uma das participantes, ao longo das fases experimentais.

A segunda seção, por sua vez, apresenta os resultados de produto provenientes da análise dos dados dos instrumentos RE-HSE-P e CBCL aplicados nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento, de forma a possibilitar a avaliação dos resultados da intervenção terapêutica.

##### **4.1 Resultados do processo terapêutico provenientes da interação terapeuta-cliente das participantes P1, P2, P3 e P4**

A Figura 1 apresenta a frequência dos comportamentos verbais vocais do terapeuta ao longo das sessões de intervenção terapêutica, divididos em três fases experimentais - Fase de Linha de Base, Fase de Recomendação e Fase de Empatia para as quatro participantes, P1, P2, P3 e P4. Os dados da Figura 1 correspondem à mediana da porcentagem obtida com as respostas da terapeuta em cada uma das três fases.

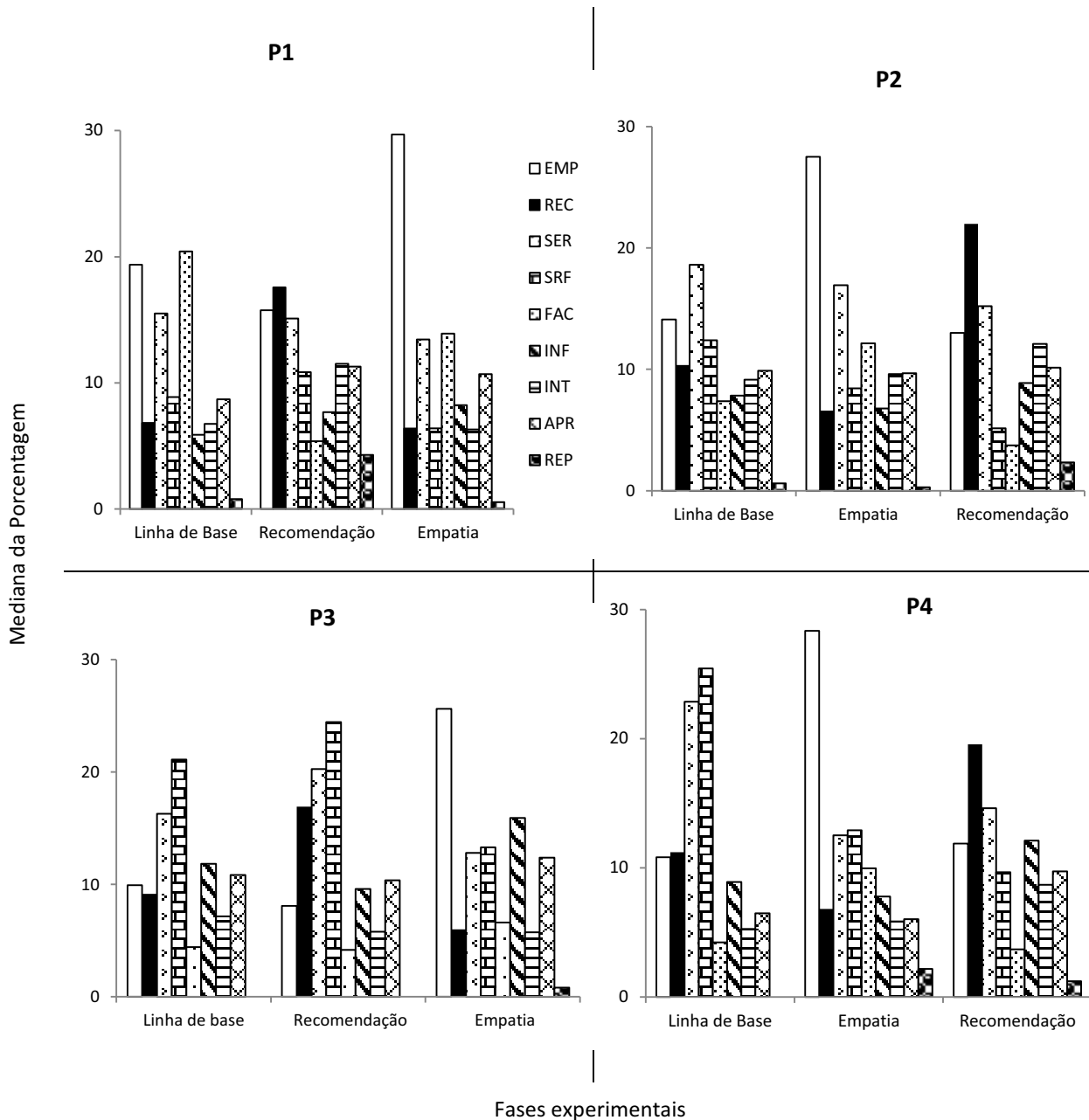


Figura 1 – Mediana da porcentagem de ocorrência de cada categoria verbal-vocal do terapeuta Empatia (EMP), Recomendação (REC), Solicitação de relato (SER), Solicitação de reflexão (SRF), Facilitação (FAC), Informação (INF), Interpretação (INT), Aprovação (APR), Reprovação (REP) durante as Fases de Linha de Base, Recomendação e Empatia para as participantes P1, P2, P3 e P4

Observam-se na Figura 1, que na Fase de Linha de Base, os comportamentos de maior frequência da terapeuta na interação com a P1 foram os de Facilitação (20,3%), Empatia (19,4%) e Solicitação de Relato (15,4%), respectivamente. Para P2, foram Solicitação de Relato (18,6%), Empatia (14%) e Solicitação de Reflexão, (12,3%),

respectivamente. Em relação à P3, os comportamentos de maior frequência na Fase de Linha de base foram Solicitação de Reflexão (21%), Solicitação de Relato (16,2%) e Informação, (11%). Os dados de P4 demonstram que Solicitação de Reflexão ocorreu (25,4%), Solicitação de Relato (22,8%) e Recomendação (11%), respectivamente. Os demais comportamentos do terapeuta ocorreram com uma frequência inferior a (10%) durante esta fase, para as quatro participantes. Demonstrando, dessa forma, diversificação quanto às categorias verbais vocais mais frequentes durante a Linha de Base entre as participantes.

A Figura 1 também revela que a mediana da porcentagem da categoria Recomendação foi maior durante a Fase de Recomendação em relação à Fase de Linha de Base para as quatro participantes. Além disso, durante a Fase de Recomendação, a categoria verbal vocal Recomendação foi a mais frequente para três das quatro participantes, (17,5%) para P1, (21,9%) para P2 e (19,5%) para P4.

Os resultados de P3 demonstram que, embora a recomendação tenha variado de (9,1%) na Fase de Linha de base para (16,6%) na Fase de Recomendação, essa categoria não foi a de maior frequência nessa fase, sendo inferior à Solicitação de Reflexão, (24,4%) e Solicitação de Relato, (20%), respectivamente. Por outro lado, a Figura 1 salienta que a mediana da porcentagem de ocorrência da categoria Recomendação (16,6%) é o dobro da mediana da porcentagem de ocorrência da categoria Empatia (8%) para P3.

Além disso, a Figura 1 demonstra que as categorias verbais vocais mais frequentes, além da categoria Recomendação, foram Empatia (15,7%) e Solicitação de Relato (15%) para P1; Solicitação de Relato (15,2%) e Empatia (13%) para P2; Solicitação de Relato (14,6%) e Informação (12%) para P4.

Durante a Fase de Empatia, por sua vez, a Figura 1 demonstra que categoria verbal vocal Empatia foi a mais frequente para as quatro participantes (26,9% para P1, 27,5% para P2, 25,3% para P3 e 28,6% para P4). Além disso, é possível observar que após a

categoria Empatia, as categorias mais frequentes para P1 foram Facilitação (13,9%) e Solicitação de Relato (13,4%), para P2 foram Solicitação de Relato (16,9%) e Facilitação (12%), para P3 foram Informação (15,9%) e Solicitação de Reflexão (13%), enquanto que para P4 foram Solicitação de Reflexão (12,8%) e Solicitação de Relato (12,5%).

Nota-se que para a P1, na Fase de Recomendação, houve um maior valor da frequência das categorias Interpretação (de 6,7% para 11,4%) e Reprovação (de 0,7% para 4,2%) em relação à Fase de Linha de Base e menor valor da porcentagem da categoria Facilitação, de 20,4% para 3,2%, durante esta fase.

Para P2 houve ao longo das fases uma diminuição da frequência da categoria Solicitação de Reflexão (12%, 8% e 3%, respectivamente). Para P3 a Solicitação de Reflexão apresentou porcentagem menor na Fase de Empatia (13%) em relação à Fase de Recomendação (24,5%). Já a categoria Informação, aumentou sua ocorrência de (9,6%) na Fase de Recomendação, para 15,9% na Fase de Empatia, para P3. A categoria Solicitação de Reflexão para P4 reduz sua ocorrência ao longo das fases experimentais para (25,4%), (12,8%) e (9,6%), respectivamente. Quanto à categoria Facilitação que apresentava ocorrência de 4% na Fase de Linha de base para P4, apresenta a ocorrência de (9,9%) na Fase de Empatia e em seguida, (3,6%) na Fase de Recomendação.

No estudo de Silveira (2009) cuja análise de processo de atendimento de grupo revelou como categorias de maior frequência do terapeuta, a Recomendação (19,2%) e Aprovação (37,9%), a autora discute que a alta frequência da Aprovação, apresentada na interação individual com as participantes, ainda que no atendimento em grupo, pode ter reduzido o possível impacto aversivo da categoria Recomendação, proferida quando na interação da terapeuta com o grupo, além de colaborar para os resultados desejáveis da intervenção. As orientações (Recomendação) fornecidas pelo terapeuta contingentes à aplicação do programa de intervenção (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008)

também utilizado na presente pesquisa, quando atreladas à alta frequência de Aprovação, característica do processo de modelagem por aproximações sucessivas, podem ter favorecido o desenvolvimento das habilidades educativas parentais trabalhadas no processo terapêutico.

Os dados da Figura revelam que a frequência da categoria Recomendação do presente estudo para as quatro participantes, na Fase de Recomendação, obteve porcentagens de ocorrência aproximadas à frequência da mesma categoria apresentada no estudo de Silveira (2009), ou seja, (17,5%) para P1, (21,9%) para P2, (16,9%) para P3 e (19,5%) para P4. A frequência da categoria Recomendação na Fase de Recomendação também foi maior do que a frequência média (10%) catalogada por Meyer (2009) em seu banco. Diferentemente da pesquisa de Silveira (2009), cuja categoria Aprovação teve a frequência de (37,5%), esta manteve sua frequência, na presente pesquisa, entre (6,4% e 12,3%) para as quatro participantes, com porcentagens mais próximas à porcentagem média citada por Meyer (2009), de (8,3%) para essa categoria.

A categoria Empatia no presente estudo obteve porcentagens variando entre (29,6%) para P1, (27,5%) para P2, (25,6%) para P3 e (28,3%) para P4. Comparando ao estudo de Silveira, a categoria *Empatia* ocorreu com frequências (5,9%) quando se dirigia ao grupo como um todo. Dessa forma, a Empatia pode ter apresentado, no presente estudo, função similar ao apresentado no estudo de Silveira (2009) pela categoria Aprovação, contribuindo para a redução dos possíveis efeitos aversivos da categoria diretiva Recomendação.

Similar ao estudo de Silveira (2009) que utilizou um procedimento semiestruturado para o atendimento a pais/cuidadores no desenvolvimento das habilidades educativas parentais, os resultados de produto (serão melhor discutidos na segunda parte dos resultados) também indicaram ganhos terapêuticos, ainda que a Recomendação estivesse presente e com uma alta frequência, em algum momento da intervenção. Os resultados da presente pesquisa corroboram os achados de Silveira (2009) e contrariam os resultados de

Orlinsk, Grawe e Parks (1994) que correlacionou intervenções diretivas, como o uso da Recomendação, a intervenções com resultados pouco expressivos.

A Figura 2 destaca a alteração dos comportamentos de Recomendação e Empatia do terapeuta, sessão a sessão, em função das fases experimentais para as quatro participantes - P1, P2, P3 e P4. Os dados da Figura 2 correspondem à mediana da porcentagem das categorias verbais vocais da terapeuta, Empatia e Recomendação, em cada uma das três fases – Linha de base, Recomendação e Empatia.

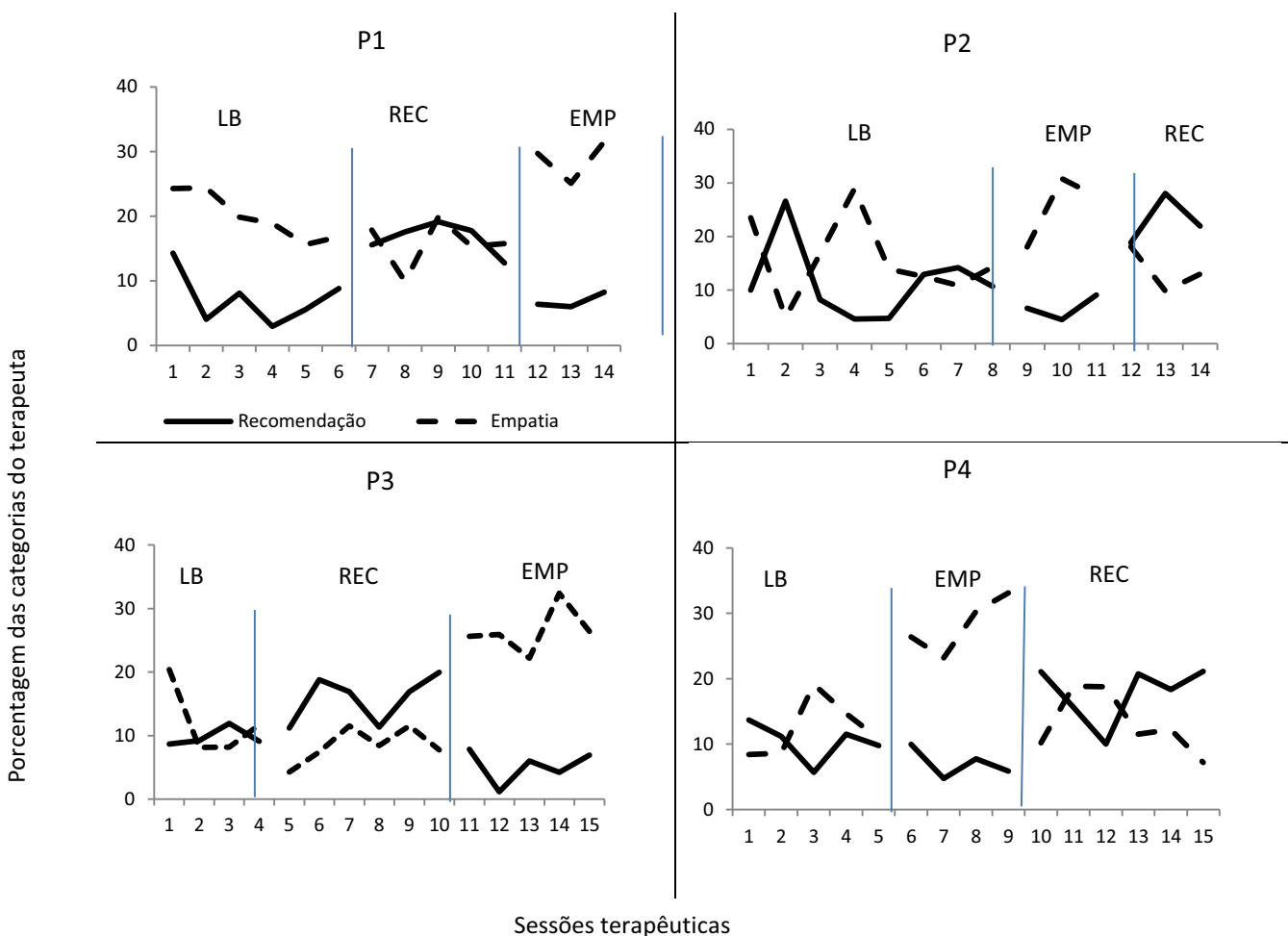


Figura 2 - Porcentagem de ocorrência das categorias verbais vocais Recomendação e Empatia do terapeuta durante as Fases de Linha de Base, Recomendação e Empatia para as participantes P1, P2, P3 e P4

É possível observar o aumento da frequência da categoria Recomendação da Fase de Linha de Base para a Fase de Recomendação e também a diminuição da porcentagem de

ocorrência dessa categoria na Fase de Empatia, numa frequência similar à Fase de Linha de base para todas as participantes. O mesmo pode ser observado para a categoria Empatia, que aumentou sua frequência na Fase da Empatia em comparação com a fase de Linha de base e diminuiu sua frequência na Fase de Recomendação. Esses resultados atestam que o controle experimental pretendido no presente estudo foi garantido.

Para P2, P3 e P4, a categoria recomendação, na Fase de Recomendação permaneceu com frequência superior à categoria empatia por pelo menos três sessões consecutivas, indicativo do procedimento. Para P1, embora a categoria Recomendação tenha ocorrido em uma porcentagem maior em relação à fase anterior, essa porcentagem não foi superior à porcentagem da categoria empatia nessa mesma fase.

Com relação à categoria Empatia, permaneceu com porcentagem superior à da categoria Recomendação na Fase de Empatia por pelo menos três sessões consecutivas para todas as participantes.

Observa-se que na Fase de linha de base, as verbalizações de empatia para as participantes P1 e P2 oscilaram em uma porcentagem de ocorrência superior a das participantes P3 e P4. A menor porcentagem de ocorrência dessas categorias para P3 e P4 na linha de base ocorreu devido às transcrições e categorizações das sessões que passaram a ocorrer semanalmente nesse período da coleta dos dados, o que propiciou à terapeuta feedbacks do seu desempenho sessão a sessão, facilitando a preparação das sessões de forma a intensificar a apresentação da frequência da categoria Recomendação ou Empatia nas suas respectivas fases.

O pico de Empatia presente nas sessões 11 e 12 para P4 ocorreu devido ao falecimento do seu pai, o que se achou por bem interromper o procedimento de desenvolvimento das HSE-P para tratar desse incidente. É possível observar nas sessões

consecutivas, a categoria Recomendação com frequência superior a da Empatia, conforme previsto no procedimento.

A classe de verbalizações Empatia tem sido associada na literatura à criação de um ambiente terapêutico amistoso e não punitivo, para que o cliente se sinta à vontade para verbalizar eventos que, em outros contextos, poderiam ser alvo de punição (MEYER; VERMES, 2001; MEYER, 2009). Os estudos sugerem que a ocorrência de comportamentos empáticos durante todo o processo terapêutico é essencial para que o cliente tenha uma maior abertura e motivação para se envolver no processo (ALEXANDER; BARTON; SCHIAVO; PARSONS, 1976). Assim, embora tenha se tentado variar a porcentagem de ocorrência dessa categoria durante a pesquisa, é esperado que tal categoria ocorresse em alguma medida durante todo o processo terapêutico, uma vez que este é caracterizado pela habilidade de compreensão dos sentimentos do outro, do acolhimento e por uma preocupação com o bem-estar da outra pessoa (MEYER; VERMES, 2001; MEYER, 2009).

No Banco de dados criado por Meyer (2009) com base na análise e sistematização de 626 sessões de psicoterapia de 17 pesquisas brasileiras, a frequência média das categorias Recomendação e Empatia ocorreram com índices de (10% e 8,7%), respectivamente. Na pesquisa de Keijsers, Schaap, Hoogduin e Lammers (1995) a frequência intervenções diretivas, como a Recomendação, variou entre (4%) na primeira sessão, (11%) na terceira sessão, e (6%) na décima sessão. A variação da categoria Recomendação nas fases experimentais da presente pesquisa foi de (17,5%) para P1, (21,9%) para P2, (16,9%) para P3 e (19,5%) para P4 e na fase de Empatia foi de (29,6%) para P1, (27,5%) para P2, (25,6%) para P3 e (28,3%) para P4, sugerindo que essas categorias apresentaram variação de frequência média superior à frequência comumente apresentada na literatura pelos terapeutas em sessões de psicoterapia.

A ocorrência das categorias Recomendação e Empatia com uma porcentagem maior do que a média encontrada na literatura durante as fases experimentais sugere também a possibilidade de se alterar voluntariamente a frequência de um determinado comportamento do terapeuta, por um período de tempo, tornando-a mais frequente que os demais, por meio de treino e feedbacks contingentes do desempenho do terapeuta sessão a sessão. Esse dado é de interesse ao cogitar-se a possibilidade de pesquisas experimentais em âmbito aplicado. Em concordância às necessidades identificadas por Kivlinghan et al. (1991) sobre a importância da realização de estudos experimentais na área clínica.

A Figura 3 apresenta a mediana da porcentagem das categorias verbais vocais que mais se destacaram ao longo das fases experimentais para as quatro participantes. É possível observar, na Figura 3, as similaridades e diferenças com que os comportamentos verbais vocais - Solicitação (SOL), Estabelecimento de relações entre eventos (CER), Concordância (CON) e Melhora (MEL) - das clientes oscilaram em cada fase experimental.

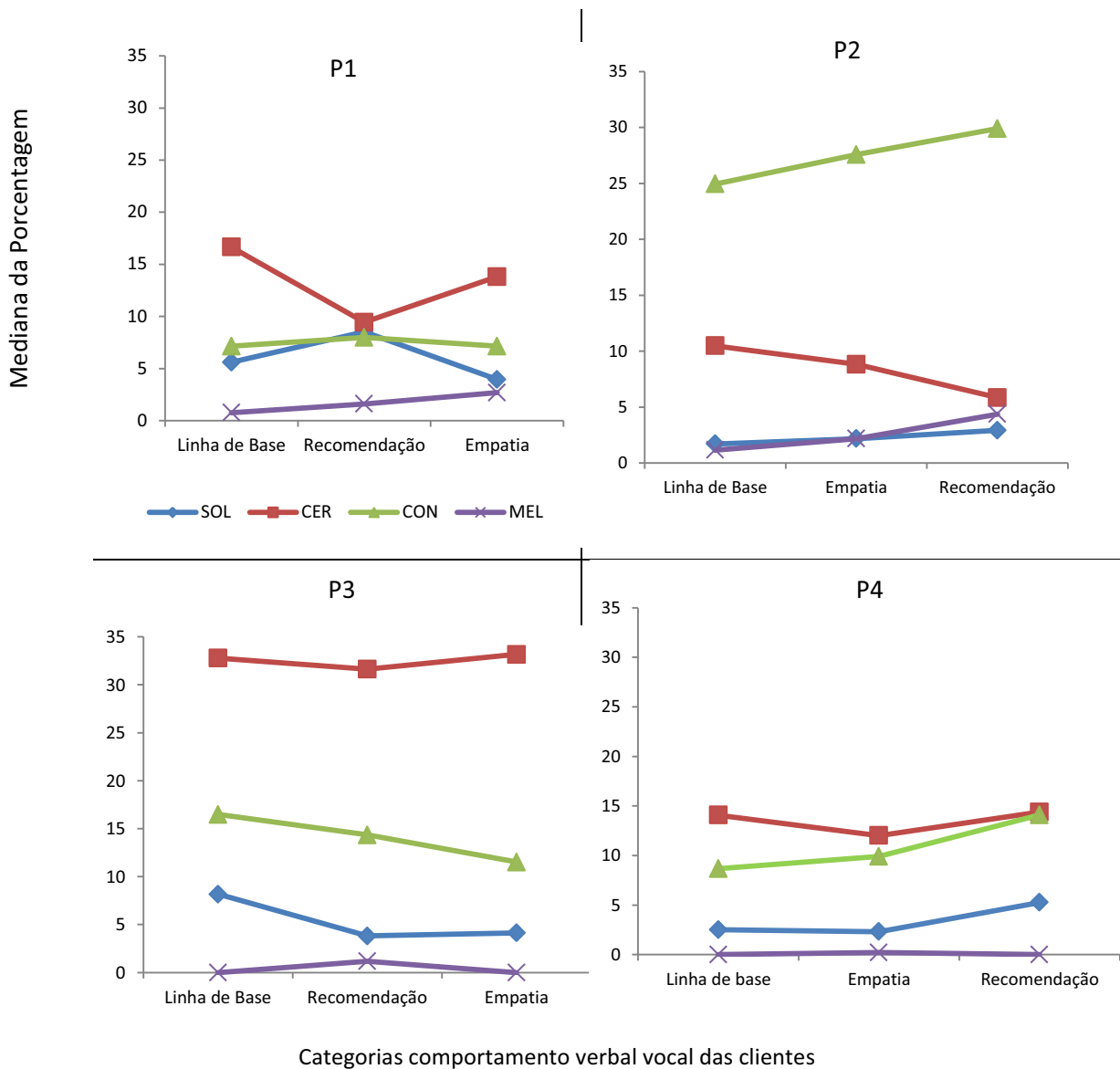


Figura 3 – Mediana da porcentagem das categorias dos comportamentos verbais vocais Solicitação (SOL), Cliente estabelece relações (CER), Concordância (CON) e Melhora (MEL), apresentado por P1, P2, P3 e P4 nas Fases de Linha de Base, Recomendação e Empatia

Pode-se notar na Figura 3, que a categoria Solicitação (SOL) é mais frequente na Fase de Recomendação do que nas Fases de Linha de Base e Empatia para P1, P2 e P4. Para P3, Solicitação (SOL) é mais frequente na Fase de Linha de Base, apresentando porcentagens de ocorrência menores nas demais fases. Os dados sugerem, para P1, P2 e P4, que a Recomendação pareceu facilitar a ocorrência de pedidos (informações, opiniões, asseguração, recomendações ou Procedimentos) do cliente ao terapeuta.

Com relação à categoria Concordância (CON), a porcentagem de ocorrência é maior na Fase de Recomendação para P1, P2 e P4. Nessa mesma fase, pode-se perceber retomando os dados da Figura 1, que o terapeuta emitiu verbalizações de Interpretação e Informação com frequência próxima a (12%) para P1, P2 e P4 e superior à frequência dessas categorias nas demais fases. Parece que na Fase de Recomendação houve uma maior aceitação por parte dessas clientes das interpretações e informações providas pelo terapeuta. Na pesquisa de Donadone (2009), ao se analisar episódios de orientação (Recomendação) de 81 sessões de psicoterapia, a autora observou que após a ocorrência e Recomendação os clientes concordavam em quase metade das ocasiões, indicando que o comportamento de orientar é reforçado pelo cliente, pelo menos de forma imediata. A maior porcentagem da verbalização de Concordância na Fase de Recomendação corrobora com os achados na pesquisa de Donadone (2009).

Os resultados referentes à maior porcentagem de Solicitação e Concordância na Fase de Recomendação para P1, P2 e P4 aparentemente diferem dos resultados encontrados na pesquisa de Silveira (2009) que descreveu correlações positivas entre Empatia e Concordância e entre Empatia e Solicitação, indicando que as demonstrações de contentamento em relação ao processo terapêutico e os pedidos de esclarecimentos, asseguramento ou apresentação de demanda dos clientes, estariam vinculados a demonstrações de aceitação, compreensão e afetividade por parte da terapeuta ao invés de às orientações do terapeuta. Porém, é necessário salientar que não se fez nessa pesquisa análise correlacional entre as categorias verbais do terapeuta e cliente e que o resultado obtido com as categorias Solicitação e Concordância na Fase de Recomendação ocorreram ainda que a categoria Empatia do terapeuta tenha obtido porcentagens de ocorrência superiores às encontradas no estudo de Silveira (5,9%) em detrimento às porcentagens para as clientes deste estudo (29% para P1, 27% para P2, 25% para P3 e 28% para P4).

A categoria Estabelecimento de relações entre eventos (CER) apresenta porcentagem de ocorrência menor na Fase de Recomendação para P1, P2 e P3, em relação às Fases de Linha de base e Empatia. Nota-se também que o Estabelecimento de relações entre eventos (CER) é menor na segunda fase experimental para todas as participantes e aumenta sua porcentagem na terceira fase para P1, P3 e P4, com porcentagens semelhantes às da Fase de Linha de base. O Estabelecimento de relações entre eventos (CER) pode ser um indicativo de que o cliente está aprendendo a descrever as variáveis controladoras de seu comportamento. Essa categoria ser mais frequente para todas as participantes na linha de base, também podem ser um indicativo das relações ou hipóteses que os clientes fazem de seus comportamentos e apresentam ao terapeuta como possíveis causas no início da terapia. Segundo Zamignani (2007) a Solicitação de Reflexão do terapeuta geralmente facilita a emissão da categoria Estabelecimento de relações entre eventos (CER) pelo cliente. Retomando os dados da Figura 1, observa-se na Fase de Recomendação para P1 e P3 que a Solicitação de Reflexão do terapeuta ocorria com frequências de (10,8%) e (24,5%), ainda assim nessa fase o Estabelecimento de relações entre eventos (CER) foi menor do que nas demais fases. Esse dado é um indicativo de que a Fase de Recomendação pareceu dificultar a ocorrência de verbalizações desta categoria para três das quatro participantes, embora a diminuição de CER nas sessões intermediárias também possa ser um indicativo de que novas variáveis estão sendo levantadas com o cliente para investigação das causas do seu problema.

Os relatos de Melhora (MEL) ou progressos terapêuticos dobram suas frequências ao longo das fases para P1 e P2. Para P3 e para P4 a categoria Melhora ocorre apenas na segunda fase do processo terapêutico. Embora a alteração da frequência da categoria Melhora (MEL) ao longo das fases não pareça estar diretamente relacionada às alteração dos comportamentos do terapeuta nas fases experimentais, os dados demonstrados na Figura 4

podem ser comparados aos resultados de produto apresentados e discutidos na segunda parte da sessão de resultados.

A Figura 4 apresenta a percentagem das respostas das participantes ao inventário WAI nas fases em que o instrumento foi aplicado – antes do início da terapia ou Pré-teste, Linha de base, Recomendação e Empatia. Para a participante P1, não houve a aplicação do instrumento ao final da fase de Linha de base.

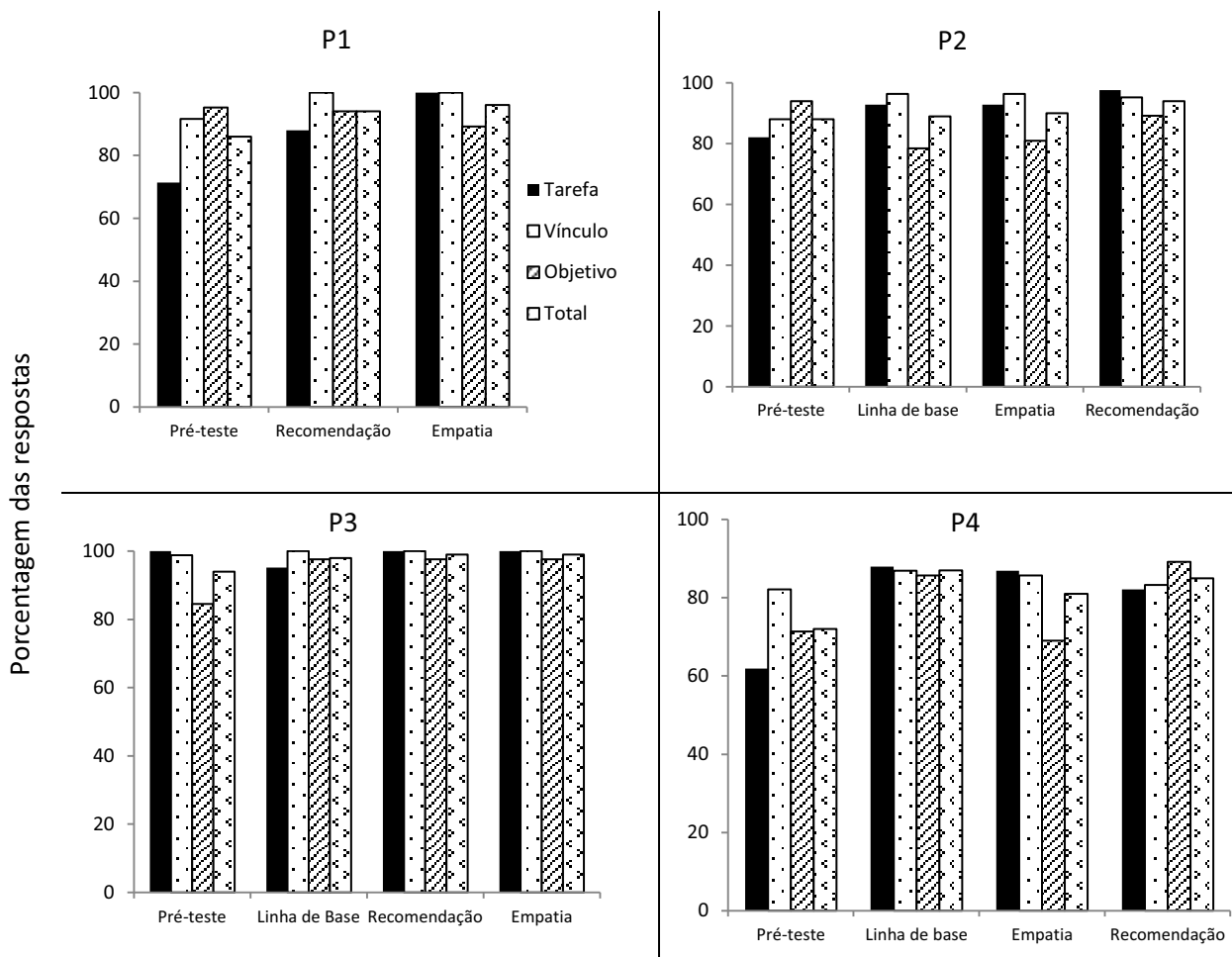


Figura 4 - Percentagem das respostas do instrumento WAI por subcategorias Tarefa, Vínculo, Objetivo e a percentagem Total, nas Fases de Linha de Base, Recomendação e Empatia, apresentadas por P1, P2, P3 e P4

A Figura 4 apresenta as percentagens das respostas dadas pelas participantes a cada subcategoria do instrumento WAI que mede o constructo relação terapêutica em termos

da concordância do cliente com as tarefas terapêuticas, concordância com os objetivos terapêuticos e o vínculo com o terapeuta.

A porcentagem total do WAI para P1, P2 e P3 indica um aumento gradual ao longo das fases. Para P4, a porcentagem total variou de (72%) e (87%) nas Fases de pré-teste e Linha de base, para (81%) na Fase de Empatia e (85%) na Fase de Recomendação. De modo geral, o resultado obtido é similar ao encontrado por Prado e Meyer (2006), que dá indicativos do estabelecimento da relação terapêutica. Com relação à análise das subcategorias, pode-se observar que na subcategoria Tarefa que houve um aumento gradual ao longo das Fases de Linha de Base, Recomendação e Empatia para P1, P2 e P3 respectivamente. A subcategoria Vínculo praticamente não oscilou a porcentagem de uma fase para a outra.

Já a subcategoria Objetivo que apresentava, na Fase de Pré-teste para P1, a ocorrência de (95,2%), obteve porcentagem menor na Fase de Empatia, (89,2%). Algo similar ocorreu para P4, cujas porcentagens da subcategoria Objetivos na Fase de Pré-teste, (71,4%), e Linha de Base, (87,5%), obteve porcentagem menor na Fase de Empatia, (69%). Para P2, a porcentagem de (94%) da Fase de Pré-teste, diminui na Fase de Linha de Base para (78,5%) e permanece menor que a Fase de pré-teste na Fase de Empatia, (80%).

A Empatia como a categoria verbal vocal mais frequente apresentada pelo terapeuta sugere uma interferência de forma a reduzir a porcentagem das respostas da P1, P2 e P4 na subcategoria Objetivo.

As definições operacionais das subcategorias que compõem o constructo Relação Terapêutica não descrevem claramente que ações o terapeuta precisa ter quando confia, aceita, compreende ou mesmo quando propõe uma tarefa ou delinea um objetivo. Por concordância com os objetivos, Bordin (1979) definiu como sendo o acordo mútuo do que se espera alcançar com o tratamento. Para analistas do comportamento como Goldiamond (1974), construir junto com os clientes objetivos razoáveis para a terapia seria levar em

consideração e discutir com o cliente em sessão, variáveis como: custo da mudança para o cliente, rede de apoio, história de reforço que mantém os comportamentos perturbadores, controle de estímulos, reservas e déficits comportamentais (habilidades sociais presentes ou ausentes no repertório do cliente), até que ponto seus problemas atrapalham sua vida e dos a sua volta (GIMENES; ANDRONIS, 2005).

O processo terapêutico das quatro participantes envolvia a construção conjunta de objetivos relacionados principalmente às habilidades sociais educativas parentais, apontados pelo Modelo Colaborativo como tendo maior êxito em treinamento de pais (WEBSTER-STRATTON; HERBERT, 1993; BOLSONI-SILVA, 2007). Isso implicaria em uma participação mais ativa do cliente no próprio tratamento. Parece que na fase experimental, cujo enfoque maior da interação com o cliente se deu através de comportamentos empáticos, tais atitudes do terapeuta tenham dificultado a compreensão do cliente sobre o que se esperava alcançar ou o que ele precisaria fazer durante as sessões, no que diz respeito à construção de objetivos.

No estudo de Harwood (2003) sobre comportamentos do terapeuta preditores de resultados terapêuticos, a autora observou que dentre os pais que desistiram do tratamento, estavam aqueles cujos terapeutas se comportaram nessas duas primeiras sessões com uma frequência maior de comportamentos Empáticos, fizeram mais perguntas do tipo fechadas e apresentaram baixa frequência da categoria Facilitação. Parece que embora a Empatia possa colaborar com o tratamento no que diz respeito à cooperação e diminuição da resistência por parte do cliente (PATTERSON; FORGATCH, 1985), pode ter efeitos temporários e insuficientes para envolver os pais em comportamentos terapêuticos necessários para efetuar mudanças no comportamento dos filhos (HARWOOD, 2003). Segundo a autora, quando o atendimento é composto basicamente por declarações empáticas no início da terapia podem contribuir para o abandono do cliente mais tarde, muito provavelmente porque o cliente não

observa mudanças no processo. Tais resultados não foram observados nesse estudo, muito provavelmente porque o terapeuta apresentou variações no seu comportamento possíveis de auxiliar o cliente nos ganhos terapêuticos. Por outro lado, os dados apresentados na pesquisa sugerem que o efeito mais evidente da Empatia foi referente avaliação do cliente na subcategoria Objetivos do WAI, causando alguma diminuição nas respostas de concordância do cliente.

O aumento da porcentagem total do instrumento WAI para P1, P2 e P3 ao longo do processo, indica que o tempo decorrido de terapia pode ter tido um efeito mais marcado sobre a avaliação dos clientes do que as variáveis destacadas neste estudo.

#### **4.2 Resultados de produto gerados pelos instrumentos CBCL e RE-HSE-P, provenientes da intervenção terapêutica com as participantes P1, P2, P3 e P4, aplicados nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento.**

Os dados obtidos com o instrumento CBCL foram analisados de forma que seus resultados brutos fossem convertidos em T-Escores através da utilização do software ADM (ACHENBACH; RESCORLA, 2001). Os T-Escores podem ser classificados em Clínico (escores a partir de 70), Limítrofe (escores de 65 a 70) ou Normal (escores abaixo de 65), conforme observado nas Tabelas.

Tabela 2: Resultados T escores e classificação em Limítrofe (L), Clínico (C) e Normal dos problemas de comportamento externalizantes, internalizantes, problema social, desordem de pensamento, problemas de atenção e escalas orientadas segundo DSM mensurados pelo instrumento CBCL, nas Fases de pré-teste, pós-teste e seguimento das participantes P1, P2, P3 e P4.

Categorias	Escore/ Classificação													
	P1				P2				P3				P4	
	Pré-teste	Pós-teste	Seguimento	Pré-teste	Pós-teste	Seguimento	Pré-teste	Pós-teste	Seguimento	Pré-teste	Pós-teste	Seguimento	Pré-teste	Pós-teste
Comportamento Externalizante	69 - L	51	51	69 - L	71-C	66-L	73-C	60	54	51	51	60	54	51
	73- C	63	51	78- C	83-C	70-C	76-C	64	58	55	55	75-C	54	55
Comportamento Internalizante	88 - C	65-L	57	79 - C	70-C	68-L	68-L	57	63	51	51	68-L	51	51
	89 -C	78-C	54	57	57	53	50	54	54	63	63	75-C	66-L	63
	56	62	50	72-C	72-C	79-C	64	64	54	54	50	50	50	50
Problema social	73 -C	58	64	66-L	67-L	77-C	67-L	54	58	61	61	66-L	61	61
	52	50	50	67-L	72-C	59	59	51	51	50	50	63	50	50
	61	56	54	69-L	71-C	67-L	69-L	57	53	62	62	76-C	57	62
Desordem de pensamento	88 -C	54	50	75 -C	67-L	51	63	51	51	55	55	73-C	51	55
	75 - C	64	60	74 - C	71-C	77-C	71-C	66-L	66-L	53	53	66-L	53	53
	50	66-L	50	60	60	73-C	64	64	56	50	50	50	50	50
Escala CBCL segundo DSM	58	58	60	67-L	73-C	73-C	77- C	51	51	65- L	65- L	62	52	65- L
	69 -L	59	51	71 -C	75-C	66-L	69- L	62	52	55	55	71-C	52	55
	71 -C	59	51	68-L	71-C	65-L	80-C	62	60	51	51	65-L	51	51
Total de problemas	72 -C	63-L	54	74 -C	74-C	73-C	73 -C	60- L	56	56	56	70-C	56	56
	71-C	59	49	74-C	77-C	69- C	75- C	63- L	57	53	53	69- C	54	53
	78- C	70- C	53	72- C	70- C	70- C	63- L	59	58	58	58	69- C	57	55

Estão salientados na Tabela 2, os escores obtidos nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento das participantes P1 e P2 e nas Fases de Pré-teste e Pós-teste para P3 e P4 obtidos com a análise do instrumento CBCL que avalia os problemas de comportamento internalizantes e externalizantes dos adolescentes.

Nota-se que os adolescentes, filhos das participantes P1, P2 e P4 apresentaram escore clínico tanto para problema internalizante quanto para problema externalizante de comportamento, na Fase de Pré-teste. O adolescente sobrinho da P3 apresentou escore clínico para problema de comportamento externalizante e limítrofe para problema internalizante.

É possível observar para P1 que, na Fase de Pré-teste, que dentre a classe comportamental tida como externalizantes, está classificado como clínico a categoria agressividade (score 73) e, como limítrofe, a categoria desobediência a regras (score 69). Para a classe comportamental internalizante, obteve classificação clínica as categorias ansiedade (score 88), depressão e isolamento (score 89). Também foram classificados como clínico as categorias relacionadas a problemas sociais (score 73) e os transtornos com base no DSM como transtorno afetivo (score 88), transtorno de ansiedade (score 75) e transtorno de conduta (score 71). Quanto ao transtorno opositor desafiante obteve a classificação limítrofe (score 69) e as queixas somáticas, desordens de pensamento, problema de atenção, transtorno somático e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade foram classificados como normal por obterem T-escores inferiores a 65, na Fase de pré-teste.

Conforme indicado na Tabela 2, as Fases de Pós-teste e Seguimento de P1 indicam que houve uma diminuição dos escores relacionados aos problemas de comportamento do tipo internalizantes e externalizante. Os problemas de comportamento externalizantes relacionados à categoria desobediência a regras

passaram da classificação limítrofe (score 69) no pré-teste, para normal nas Fases de Pós-teste e Seguimento (score 51, em ambos). Quanto à categoria agressividade, obteve escores (63-normal e 51-normal) nas Fases de Pós-teste e Seguimento, respectivamente. Os problemas de comportamento do tipo internalizantes, ansiedade e depressão/ isolamento tiveram seus escores reduzidos de (88 e 89-clínico) no pré-teste, para 65-limítrofe e 78-clínico na Fase de Pós-teste e os escores (57 e 54-normal) na Fase de Seguimento, respectivamente. Também houve uma diminuição dos escores da categoria problemas de comportamento social, passando de (73-clínico) no pré-teste para (58-normal), no pós-teste e (64-normal) no seguimento.

As categorias de comportamentos avaliados pelo CBCL e classificados com base nas escalas do DSM (Transtorno afetivo, Transtorno de Ansiedade, Opositor desafiante e de Conduta) também diminuíram seus escores nas Fases de Pós-teste e Seguimento, em comparação com a Fase de Pré-teste para P1. Sendo que na Fase de Seguimento todos foram classificados como normais.

A Tabela 2 indica que, para a participante P2, na Fase de Pré-teste, as categorias que apresentaram a classificação clínica do instrumento foram agressividade (score 78), transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (score 71), ansiedade (score 79), transtorno afetivo (score 75) e transtorno de ansiedade (score 74). As categorias com a classificação limítrofe foram desobediência às regras (score 69), problema social (score 66), desordem de pensamento (score 69), problema de atenção (score 69), transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (score 67) e transtorno de conduta (score 68). Também foram classificados como normais às categorias depressão e isolamento (score 57) e transtorno somático (score 60).

Observa-se que na Fase de Pós-teste ocorre um aumento no valor do score em comparação ao pré-teste para sete das categorias avaliadas. São elas, desobediência

às regras (passou de 69-limítrofe para 71-clínico), agressividade (78-clínico para 83-clínico), desordem de pensamento (67-limítrofe para 72-clínico), problema de atenção (69-limítrofe para 71-clínico), transtorno de conduta (68-limítrofe para 71-clínico), transtorno opositor desafiante (71-clínico para 75-clínico) e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (67-limítrofe para 73-clínico). O valor do escore superior dessas categorias no pós-teste em relação ao pré-teste podem estar relacionados ao fato da mãe ter levado o filho adolescente para morar com um tio a 700 Km de distância da residência dos pais, por considerar que o tio seria a pessoa mais indicada para educar seu filho. Embora o garoto tenha concordado com a decisão dos pais e tenha vínculo afetivo com o tio, houve um aumento de problemas de comportamentos agressivos em relação aos pais (a análise da relação mãe-filho será melhor discutida na apresentação dos resultados do instrumento RE-HSE-P). Em relação aos problemas do tipo internalizantes da categoria ansiedade, que obteve escore 79-clínico no pré-teste, obteve valor menor no pós-teste, escore 70, embora permanecesse na classificação clínica. O mesmo ocorreu com as categorias transtorno afetivo (escore 75-clínico no pré-teste para 67-limítrofe no pós-teste) e transtorno de ansiedade (escore 74-clínico no pré-teste para 71-clínico no pós-teste), que obtiveram escores menores no pós-teste, porém insuficientes para serem classificados como normais.

Os resultados obtidos na Fase de Seguimento de P2 fornecem indicativo de que as relações vivenciadas pelo adolescente após 6 meses da intervenção parecem favorecer a diminuição das queixas relacionadas aos problemas de comportamento externalizantes e internalizantes. Os escores referentes à ocorrência das categorias desobediência as regras, agressividade, ansiedade, desordem de pensamento, problema de atenção, transtorno afetivo, transtorno opositor desafiante e transtorno de conduta, obtiveram valor menor que nas fases anteriores (66-limítrofe, 70-clínico, 68-limítrofe,

59-normal, 67-limítrofe, 51-normal, 66-limítrofe e 65- limítrofe, respectivamente). Quanto às categorias queixas somáticas e transtornos somáticos obtiveram escores superiores às fases de pré-teste e pós-teste (79-clínico e 73-clínico, respectivamente).

Uma hipótese para os resultados de P2 diz respeito à baixa generalização das habilidades discutidas em sessão, por se tratar de uma mãe que apresentava um estilo parental negligente (GOMIDE, 2006). Tal resultado está de acordo com os estudos de Pacheco e Hutz (2009) e Patterson et al. (1992) que apontam para o fato de que dependendo dos comportamentos adotados pelos pais no processo educativo dos filhos, é possível que seus filhos desenvolvam problemas de comportamento. Para mães como P2 com um padrão negligente de comportamento, a interação com o filho praticamente não existe ou acontece em uma frequência muito baixa (WEBER; PRADO; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004). Discute-se como alternativa a realização desse procedimento em terapia de grupo como forma de ampliação do contato com outros modelos de maternidade. Outra possibilidade diz respeito ao desenvolvimento do "Comportamento Moral" Gomide (2011). A autora apresenta uma proposta para o ensino das virtudes como culpa, reparação de dano e perdão, generosidade, empatia que poderiam contrapor o estilo parental negligente.

Ao abordar os diferentes resultados que um procedimento de intervenção pode gerar, Luna (1999) discute a necessidade de se investigar sob que condições esse procedimento poderia ser eficaz com os sujeitos que a princípio não ficaram sob controle do mesmo, ou responderam parcialmente. Faz-se necessário salientar que os instrumentos usados na avaliação de pós-teste e seguimento como indicadores de ganhos terapêuticos se referem exclusivamente ao relacionamento mãe-filho. Os resultados permitem demonstrar que houve pouca generalização das habilidades treinadas em sessão para o contexto familiar, mas não permitem identificar se houve

ganhos terapêuticos em outros aspectos da vida de P2, que explicariam, por exemplo, a permanência da mesma em terapia.

Os resultados apresentados na Fase de Pré-teste para P3, apontam como classificação clínica a classe de comportamentos referentes à agressividade (score 73) e desobediência a regras (score 76). Para a classe dos comportamentos internalizante a categoria ansiedade, obteve a classificação limítrofe pelo T score, (score 68). Foram classificados como clínicos também os transtornos com base no DSM, como transtorno de ansiedade (score 71), transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (score 77) e transtorno de conduta (score 80). Também foram classificados como limítrofe os as categorias relacionadas a problemas sociais (score 67), problema de atenção (score 69), e o transtorno opositor desafiante (score 69). Já as categorias relacionadas depressão e isolamento, queixas somáticas, desordens de pensamento, transtorno afetivo e transtorno somático foram classificados como normal por obterem T-escores inferiores a 65, na Fase de Pré-teste. Nas Fases de Pós-teste e Seguimento, todas as categorias de comportamentos averiguadas no CBCL obtiveram classificação normal, com exceção do transtorno de ansiedade, que embora tenha apresentado score menor que no pré-teste (71-clínico para 66-limítrofe), ainda recebeu a classificação limítrofe. Pode-se observar que os ganhos terapêuticos averiguados no pós-teste permaneceram após 6 meses de intervenção.

Em relação à P4, na Fase de Pré-teste, as categorias de comportamento classificadas como clínica pelo CBCL foram agressividade (score 75), depressão e isolamento (score 75), problema de atenção (score 76), transtorno afetivo (score 73) e transtorno opositor desafiante (score 71). Os escores referentes à ocorrência de comportamentos como ansiedade (score 68), problema social (score 66), transtorno de ansiedade (score 66) e transtorno de conduta (score 65) foram classificados como

limítrofe. No que diz respeito aos comportamentos relacionados à desobediência a regras, queixas somáticas, desordem de pensamento, transtorno somático e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade foram classificados como normal por obterem T-escores inferiores a 65, na Fase de Pré-teste.

Conforme apresentado na Tabela 2, os resultados do CBCL na Fase de Pós-teste para P4, indicam que todas as classes de comportamentos averiguadas obtiveram classificação normal, com exceção da categoria depressão e isolamento, que embora tenha apresentado escore menor que no pré-teste (75-clínico para 66-limítrofe), passou da classificação clínica para limítrofe. Na Fase de Seguimento, as categorias avaliadas permaneceram com escore normal semelhante à Fase de Pós-teste e a categoria depressão e isolamento passou de (75-clínico e 66-limítrofe) para (63- normal). Houve um aumento do problema de comportamento relacionado à TDAH (escore 62 e 52-normal para 65 – limítrofe). De acordo com relato da P4, a mãe percebe o filho mais desatento, com dificuldade para se concentrar e terminar as coisas que começou, porém esses comportamentos acontecem quando está fazendo trabalhos domésticos ou escolares. Relatou que ultimamente se distrai passando mensagens no celular e atribuiu tais comportamentos ao fato de estar paquerando uma garota.

Ao se analisar a categoria Total de Internalizantes, Externalizantes e geral de Problemas, avaliada pelo instrumento, é possível observar que há uma diminuição ao longo das Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P3 e P4, sugerindo que os problemas de comportamento dos adolescentes, existentes antes da intervenção, diminuíram após a mesma e continuaram diminuindo após 6 meses da intervenção para essas mães/ cuidadoras, não sendo mais classificados como clínicos. Esse resultado fornece indicativos de que a intervenção parece ter sido eficaz para a ampliação de repertórios comportamentais habilidosos das mães/cuidadoras, de forma a possibilitar

que estas fossem capazes de resolver ou manejar os problemas de comportamento dos filhos que as motivaram a buscar atendimento. Para P2, os escores de Total de Internalizantes, Externalizantes e geral de Problemas fornecem indicativos de que a intervenção pode não ter sido suficiente para produzir as mudanças necessárias na relação mãe-filho de modo à ainda precisarem de intervenção profissional.

Os dados das participantes P1, P3 e P4 corroboram com a literatura sobre redução de problema de comportamento dos filhos via intervenção com as pais/cuidadores (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000; BOLSONI-SILVA et al., 2008; BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008; BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO; 2008; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2010).

Por meio da utilização do instrumento CBCL foi possível perceber as alterações nas frequências dos múltiplos comportamentos que o instrumento apresenta. Embora seja um instrumento que prioriza a descrição topográfica dos comportamentos, com base em manuais diagnósticos como DSM, sua utilização permitiu além de uma medida de comparação entre as avaliações realizadas, a possibilidade de medir os efeitos de um procedimento, bem como a consistência desses efeitos (APA, 2006; MELNIK; ATALLAH, 2011).

A avaliação da frequência e intensidade de respostas dos clientes, mesmo que pautada em descrições topográficas, possibilitaram também a investigação da função do comportamento, e, a partir de então, definir se tais comportamentos deveriam ou não ser tratados clinicamente e a forma de manejar a sessão com cada mãe/cuidadora (BANACO; ZAMIGNANI; MEYER, 2010).

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos com a aplicação do instrumento RE-HSE-P. Inicialmente são apresentados os escores gerais obtidos nas Fases de Pré-

teste, Pós-teste e Seguimento das categorias habilidade social educativa parental (HES-P), habilidade social dos adolescentes (HS), práticas educativas negativas dos pais (PR NEG), problemas de comportamento dos filhos (PROBL) e variáveis de contexto (CONT) para todas as participantes. Em seguida é apresentada uma análise das perguntas respondidas no instrumento na tentativa de demonstrar a relação de contingência entre mãe/cuidadora e filho durante as Fases de aplicação do instrumento.

Tabela 3 – Escore geral do número de itens respondidos pelas mães ao instrumento RE-HSE-P nas Fases de pré-teste, pós-teste e seguimento como indicativo da diversidade e da frequência das interações mães/ adolescentes no que diz respeito à habilidade social educativa parental (HES-P), habilidade social dos adolescentes (HS), práticas educativas negativas dos pais (PR NEG), problemas de comportamento dos filhos (PROBL) e variáveis de contexto (CONT), informados pelas participantes P1, P2, P3 e P4.

Codificação	Diversidade das Interações											
	P1			P2			P3			P4		
	Pré-teste	Pós-teste	Seguimento	Pré-teste	Pós-teste	Seguimento	Pré-teste	Pós-teste	Seguimento	Pré-teste	Pós-teste	Seguimento
HSE-P	2	12	12	8	10	9	5	4	11	0	13	14
HS	4	23	23	10	13	13	7	19	16	0	23	21
CONT	21	21	24	19	16	15	5	18	14	11	26	27
PR NEG	20	6	4	21	4	3	12	12	9	25	7	11
PROBL	25	3	0	27	20	14	34	6	6	20	4	1
Total Positivo	31	57	61	39	43	39	19	41	43	11	65	65
Total Negativo	47	11	5	52	28	20	60	21	19	45	14	15
Frequência das Interações												
	P1			P2			P3			P4		
	Pré-teste	Pós-teste	Seguimento	Pré-teste	Pós-teste	Seguimento	Pré-teste	Pós-teste	Seguimento	Pré-teste	Pós-teste	Seguimento
	HSE-P	1	10	9	6	8	6	4	4	4	0	7
HS	2	8	12	8	7	5	4	5	5	0	12	9
CONT	2	2	2	2	3	2	0	2	1	0	2	2
PR NEG	10	5	1	11	3	0	5	12	7	11	4	4
PROBL	5	0	0	2	2	2	3	1	0	2	2	0
Total Positivo	5	20	23	16	18	13	8	10	10	0	21	16
Total Negativo	15	5	1	13	5	2	8	13	7	13	6	4

Em virtude do instrumento RE-HSE-P ser validado para a população de pré-escolares e escolares, não foi utilizada a classificação do instrumento em clínico, não clínico e limítrofe em relação à soma total dos itens referentes à qualidade e à frequência das interações mães-filhos. Em função disso, os resultados obtidos foram apenas comparados com o trabalho de Sabbag (2010) que aplicou o mesmo instrumento a uma população de 24 mães de adolescentes, comparando os dados obtidos aos estilos maternos de risco e não risco para problemas de comportamento em adolescentes, obtidos pelo Inventário de Estilo Parental – IEP.

A Tabela 3 apresenta os resultados da P1, na Fase de Pré-teste, referentes à *diversidade da interação* mãe-filha no que diz respeito às HSE-P (escore 2), HS (escore 4), CONT (escore 21), PR NEG (escore 20) e PROBL (escore 25). A pesquisa de Sabbag (2010) indicou que para HSE-P e HS a média do escore foi de (13,4 e 14,5), obtidos pelo grupo de não risco, ou seja, mães que apresentavam habilidades educativas parentais e cujos filhos não demonstravam problema de comportamento. A média do escore para o grupo de não risco referente às variáveis de contexto (CONT) foi de (16,7). No que diz respeito às PR NEG e PROBL, o grupo de risco da pesquisa de Sabbag (2010) - mães e adolescentes que precisavam de intervenção - apresentou médias de 9,3 e 9,2, respectivamente. Os valores apresentados por P1 para PR NEG (escore 20) e PROBL (escore 25) mostram-se superiores as médias do estudo de Sabbag e os índices de referência do instrumento para classificação clínica, demonstrando que P1 tinha indicação para o tratamento. Isso pode ser observado no relato de P1 sobre ir à escola para ver as notas da filha e nessas ocasiões, se as notas são ruins ou se os professores relatam algum problema de comportamento, ela chama a atenção e bate na filha na frente dos outros alunos e já chegou a ameaçar uma colega de sala da filha por julgar que a garota atrapalhava o desempenho da adolescente. Todas essas práticas

negativas da P1 acabavam potencializando problemas de comportamento da adolescente como xingar, gritar, bater a porta, se trancar no quarto e não querer falar com a mãe.

Ao se analisar a *frequência da interação* mãe-filha de P1 no pré-teste, observa-se que os valores apresentados na Tabela 4 ao se comparar com os dados do próprio instrumento também se enquadram na classificação clínica, para HSE-P (score 1), HS (score 2), CONT (score 2). Ao se comparar os resultados de Sabbag (2010), pode-se notar que os valores referentes à HSE-P e HS encontram-se bem abaixo dos valores médios apresentados pelo grupo de não risco, indicando que tanto a mãe quanto a filha apresentavam déficits nas suas habilidades sociais. O mesmo estudo também apresenta para análise da frequência da interação do grupo de risco, dados referentes à PR NEG (score 3,5) e HSE-P (score 1,4), ao que se enquadrariam os dados de P1, sendo a frequência das práticas negativas até mesmo superiores à média apresentada pelo grupo de risco.

Os resultados das Fases de Pós-teste e Seguimento de P1 referentes à *diversidade das interações* indicam aumento do score relacionados à HSE-P (score 12) e HS (score 23), permanecendo constante após 6 meses da intervenção. Quando comparado aos dados de Sabbag (2010), tais valores são semelhantes aos apresentados pelos pais do grupo de não risco. A variável CONT que apresentava número de itens igual a (score 21) na Fase de Pré-teste, permaneceu com (score 21) no pós-teste e em seguida para (score 24) no seguimento, números esses que fornecem indicativos de interações semelhantes às do grupo de não risco (SABBAG, 2010). Em relação às PR NEG e PROBL, diminuíram de (score 20 e 25), respectivamente no pré-teste para (score 6 e 3) no pós-teste e (score 4 e 0) na Fase de Seguimento. Essa diminuição do score das categorias PR NEG e PROBL permite comparar os resultados de P1 aos resultados do grupo de não risco e fornecem indicativo da efetividade do processo

terapêutico. Tais resultados são afirmados pelo relato da mãe ao descrever que embora desejasse fazer uma festa de 15 anos para a filha da forma como ela desejava ter tido e a menina não quisesse preferindo comprar uma moto Bis, ao invés de impor ou brigarem, conversaram e foram capazes de negociar. A mãe organizou uma festa menor levando em conta a opinião da filha e das suas novas amigas de modo a gastar menos e comprar algo significativo para a filha.

Em relação à *frequência das interações* de P1 nas Fases de Pós-teste e Seguimento, observa-se um aumento da frequência de HSE-P e HS de (escore 1 e 2), respectivamente da Fase de Pré-teste para (escore 10 e 8) na Fase de Pós-teste, e (escore 9 e 12) na Fase de Seguimento. A variável CONT permaneceu constante com frequência 2 em todas as fases e PR NEG e PROBL que apresentavam (escore 10 e 5), respectivamente no pré-teste, obtiveram (escores 5 e 0) no pós-teste e (escore 1 e 0) na Fase de Seguimento. Mediante esses resultados, pode-se afirmar que P1 passou a interagir com uma qualidade e frequência maior de comportamentos habilidosos e com uma qualidade e frequência menor de práticas negativas. Por sua vez, a adolescente também passou a interagir com uma qualidade e frequência maior de comportamentos habilidosos e com uma qualidade e frequência menor de problemas de comportamento.

Na Fase de Pré-teste para P2, observa-se quanto à *diversidade das interações*, que as categorias HS (escore 10) e CONT (escore 19), apresentam escores semelhantes aos do grupo de não risco de Sabbag (2010) e da classificação não clínica do instrumento RE-HSE-P. Porém, PR NEG (escore 21) e PROBL (escore 27) apresentam número de itens superiores às do grupo de risco (escore 9,3 e 9,2, respectivamente) e da classificação clínica do instrumento (escore entre 7-8 para PR NEG e 9-10 para PROBL). A categoria HSE-P (escore 8) apresenta valor intermediário entre o escore do grupo de não risco (escore 13,4) e o do grupo de risco (4,2). Esses

valores indicam que a interação entre ambos estava permeada por problemas de comportamentos do filho e práticas negativas da mãe com alta variabilidade de práticas como xingar, bater, gritar, mentir, ameaçar, entre outras.

Ao se analisar a *frequência da interação* na Fase de Pré-teste de P2, observa-se a categoria HSE-P (escore 6), HS (escore 8), CONT (escore 2), PR NEG (escore 11) e PROBL (escore 2). Comparado aos índices de referência do estudo de Sabbag (2010) para análise da *frequência da interação* do grupo de risco, observa-se que os escores de P2 para práticas negativas são até mesmo superiores à média apresentada pelo grupo de risco (escore 3,5). Já os dados de HSE-P se enquadrariam no grupo de não risco (2,1).

Os resultados de pós-teste e seguimento para a *diversidade das interações* de P2, revelaram em relação à categoria HSE-P, que apresentava escore 8 no pré-teste, obteve valor superior nas fases subsequentes (escore 10 e 9, respectivamente). Na Fase de Pós-teste, o filho já havia se mudado para a casa do tio e acredita-se que as interações com a mãe via celular ou passeio de final de semana tenham oportunizado menos situações aversivas e, conseqüentemente, favoreceu que a mãe interagisse de forma mais habilidosa com filho. O mesmo ocorreu com a categoria HS que passou de (escore 10) no pré-teste para (escore 13) no pós-teste e (escore 13) no seguimento. As variáveis de contexto CONT que apresentavam (escore 19) no pré-teste, obtiveram valor de (escore 16) no pós-teste e (escore 15) no seguimento, muito provavelmente em decorrência da mudança do adolescente da cidade da mãe para o sítio do tio, reduzindo a variabilidade dos temas e situações de interação com a mãe. As categorias PR NEG (escore 21) e PROBL (escore 27) do pré-teste, reduziram seus (escores para 4 e 20) no pós-teste, respectivamente e (escore 3 e 14) no seguimento. Embora tenha diminuído ao longo das fases, segundo o relato da mãe no instrumento RE-HSE-P, os valores para

PROBL ainda são superiores aos valores apresentados por Sabbag (2010) referentes ao grupo de risco (escore 9,2), sendo necessária intervenção profissional. Quanto às práticas negativas da mãe, os dados de pós-teste e seguimento demonstram semelhança aos dados do grupo de não risco, apresentados por Sabbag (2010), indicando diminuição de tais práticas após a intervenção.

Ao se analisar a *frequência da interação* na Fase de Pós-teste e Seguimento de P2, observa-se HSE-P (escores 8 e 6), HS (escores 7 e 5), CONT (escores 3 e 2), PR NEG (escores 3 e 0) e PROBL (escores 2 e 2), respectivamente. Comparado aos índices de referência do estudo de Sabbag (2010) observa-se que a categoria PR NEG que no pré-teste se enquadrava ao grupo de risco, na avaliação de seguimento pode ser comparada às médias do grupo de não risco. Para a participante P2, o efeito mais evidente demonstrado na Tabela 3, diz respeito à redução das suas práticas negativas (PR NEG), tanto em termos de qualidade quanto de frequência na interação com o filho.

Em relação à *diversidade das interações* de P3, a Fase de Pré-teste indica que a classe de comportamentos referentes à HSE-P, CONT e PR NEG apresentaram escore 5, 5 e 12, respectivamente. Quando comparados aos dados de Sabbag (2010), percebe-se que os escores de todas essas categorias são semelhantes aos escores do grupo de risco. Ao se analisar a categoria CONT, por exemplo, percebe-se uma restrita variabilidade de assuntos e contextos na interação com o sobrinho, além de que esta interação parecia estar mais vinculada a práticas negativas do que a comportamentos habilidosos da P3. Os escores referentes à HS (escore 7) e PROBL (escore 34) do adolescente, na Fase de Pré-teste, salientam que a qualidade da interação estava permeada, na maior parte, por reações aversivas e pouco habilidosas do adolescente. Todos esses escores referentes à HSE-P, HS, CONT, PR NEG e PROBL são

semelhantes e até superiores aos encontrados por Sabbag (2010) entre os pais e filhos pertencentes ao grupo de risco.

Os escores da Fase de Pós-teste, evidenciam como principal resultado a redução no escore referente à PROBL (de escore 34 no pré-teste, para escore 6 no pós-teste), aumento da classe dos comportamentos de HS (de escore 7) no pré-teste para (escore 19) no pós-teste e aumento da variabilidade de comportamentos relacionados à CONT (de escore 5 para escore 18) no pós-teste. A categoria HSE-P da P3, apresentou (escore 4) no pós-teste, obtendo valor menor em comparação à Fase de Pré-teste e a categoria PR NEG permaneceu com mesmo escore da Fase de Pré-teste (escore 12). Os escores para HSE-P e PR NEG da P3, indicam que a intervenção por si só não foi suficiente para alterar tais práticas a ponto dos escores poderem ser comparados à das mães do grupo de não risco. Algumas hipóteses foram levantadas e discutidas com a cuidadora sobre a função de tais comportamentos, ao que a mesma informou que acreditava estar fazendo mais do que o suficiente em relação ao sobrinho, além de ter expressado a vontade de que a mãe biológica assumisse os cuidados com o mesmo. Ao término da intervenção, a cuidadora embora compreendesse a importância de ser mais afetuosa com o sobrinho, ainda não havia se mostrado disposta a assumir alguns cuidados parentais com o sobrinho, que envolveria muito mais do que dar abrigo, comida e impor limites, mas também se interessar genuinamente pelas necessidades do outro e dar afeto, para evitar que esses cuidados aumentassem a proximidade do sobrinho com ela e inviabilizasse que o adolescente um dia voltasse a morar com a mãe. Pode-se compreender que variar a interação e ampliar os assuntos das conversas (CONT) foi à forma de interação com o sobrinho considerada viável pela tia. Com relação às categorias HSE-P (que envolvia carinho, elogio, afeto, explicação do

comportamento, entre outros) parece não terem sido alteradas por sua possível consequência ter função aversiva para P3.

Na Fase de Seguimento observa-se um aumento das HSE-P de (escore 4) no pós-teste para (escore 11) e redução das práticas negativas, PR NEG, para (escore 9). As categorias HS, PROBL e CONT, obtiveram escores (16, 6 e 14, respectivamente). As categorias HSE-P, CONT e HS, na avaliação de seguimento, podem ser comparadas às médias do grupo de não risco (SABBAG, 2010).

Observa-se quanto à *frequência das interações* de P3, alteração do (escore 0) no pré-teste para (escore 2) no pós-teste para a categoria CONT. Quanto à categoria PR NEG, teve seu escore alterado de 5 no pré-teste para 12 no pós-teste. Esses resultados de qualidade e frequência das interações indicam que a P3 passou a interagir mais com o adolescente, variando assuntos e contextos, porém com práticas negativas (fazendo cobranças e dando sermões) ao invés de comportamentos habilidosos. Percebe-se como possível efeito da alteração da interação cuidadora/ adolescente, o aumento de ocorrência de comportamentos habilidosos e diminuição da ocorrência de problemas de comportamento do adolescente. Os resultados possibilitam levantar hipótese acerca da possível função dos problemas de comportamento do adolescente.

O fato de não ter a mãe por perto, nem amigos e dos seus comportamentos serem aversivos para a tia de modo a esta se esquivar do contato com o adolescente, podem ser consideradas uma condição de privação que estabeleceu o contato social, mesmo não sendo carinhoso ou afetuoso, como possível reforçador efetivo. Em consonância com essa avaliação, a maior variabilidade dos comportamentos da tia em relação a variáveis de contexto (conversar sobre diferentes assuntos e em diferentes momentos do dia), ainda que com práticas negativas (cobranças e sermões), podem ter contribuído para desenvolvimento de habilidades sociais do adolescente e da

diminuição dos seus problemas de comportamento. Cunha e Isidro-Marinho (2005) salientaram que para um evento funcionar eficazmente como reforçador, faz-se necessário que outro evento ambiental estabeleça sua eficácia. Dessa forma, o grau de privação parece ter estabelecido qualquer contato social como reforçador efetivo.

Faz-se necessário salientar, que dentre as participantes, P3 foi a que relatou maior número de problemas de comportamento do adolescente (PROBL score 34). A análise do caso (Apêndice E) indica que, em virtude do tempo de cuidado com o sobrinho estar perdurando mais do que o combinado com a irmã, grande parte dos comportamentos do adolescente eram aversivos para a tia, ainda que topograficamente similares aos comportamentos dos adolescentes da mesma idade admirados pela tia, ou dos seus próprios filhos quando adolescentes. A título de ilustração, a tia se queixava que o sobrinho gastava muito dinheiro por este pedir cerca de R\$2,00 para comprar doces na cantina da escola; queixava-se de desobediência quando o garoto insistia para usar o dinheiro que a mãe havia mandado para ele para comprar uma bota nova para ir à exposição agropecuária ou para comprar uma pizza (coisas que não fazia habitualmente). Quando questionada sobre o motivo de tais atitudes serem vistas como um problema, as respostas estavam mais relacionadas à relação da tia com a irmã (mãe do adolescente) do que com as atitudes do adolescente em si. Problemas não resolvidos com a irmã podem ter favorecido para que qualquer comportamento do garoto, inadequado ou tolerável, passasse a ter função aversiva para P3.

Nesse sentido, a intervenção (questionamentos da terapeuta), ao proporcionar discussões de temas como direitos humanos básicos, assertividade, expressão de opiniões, pode ter apresentado também a função de estímulo discriminativo para o relato da P3 sobre os comportamentos do adolescente, de modo a identificar os comportamentos com consequências negativa para a família e para o

próprio garoto, daqueles cuja função seria apenas aversiva para P3 por sinalizar a necessidade de uma conversa com a irmã sobre o futuro do adolescente. Pode-se presumir, que os efeitos gerais mais evidentes da intervenção para P3 foram o aumento da categoria CONT, a discriminação de problemas de comportamento, além do aumento das habilidades sociais e diminuição dos problemas de comportamento do adolescente. Os valores dos escores das categorias HSE-P e PR NEG de P3 no pós-teste e seguimento ainda a colocam na classificação dos pais do grupo de risco de Sabbag (2010), embora CONT, HS e PROBL estejam dentre os valores do grupo de não risco.

Os resultados da *diversidade da interação* mãe-filha de P4, indicados pela Tabela 3 na Fase de Pré-teste, apresentam as categorias HSE-P (escore 0), HS (escore 0), CONT (escore 11), PR NEG (escore 25) e PROBL (escore 20). Ao se comparar com os dados do próprio instrumento, se enquadram na classificação clínica HSE-P, HS, PR NEG e PROBL sendo que CONT se estariam na classificação não clínica. De acordo com o estudo de Sabbag (2010), com exceção da categoria CONT, todas as demais apresentam escores semelhantes às do grupo de risco. Tais resultados podem ser observados nos relatos da P4 (ver Apêndice F), por tratar-se de uma mãe vaidosa, organizada, com padrões rígidos e autoritários de estabelecimento de limites, dificuldade para discriminar bons comportamentos dos filhos e elogiar e que não admitia que os filhos pudessem ter vontades e opiniões diferentes das dela. O filho, por sua vez, tinha a mãe como modelo, tanto no que diz respeito à agressividade na interação, quanto na vaidade pessoal, porém como os gostos de ambos divergiam em termos de roupa, corte de cabelo, vocabulário, diversão, entre outros, as brigas eram frequentes e intensas.

Em relação à *frequência da interação* na Fase de Pré-teste, observa-se (escore 0) para as categorias HSE-P, HS e CONT, para a categoria PR NEG o (escore

foi 11) e para PROBL o (score 2). Em comparação com o trabalho de Sabbag (2010), a frequência de HSE-P e PRNEG se enquadram à do grupo de risco para essas categorias, indicando necessidade de intervenção profissional.

Na Fase de Pós-teste e Seguimento de P4 referentes à *diversidade das interações* houve uma alteração no valor do score relacionados à HSE-P de (score 0) no pré-teste para (scores 13 e 14) nas demais fase. Com relação à categoria HS aumentou o valor do score de (0 no pré-teste para 23 e 21, no pós-teste e seguimento) e em CONT de (score 11) no pré-teste para (scores 26 e 27) nas demais fases. A mãe passou a demonstrar sentimentos, retribuir gestos de carinho, comprar presente para os filhos, descrever comportamentos ao invés de brigar, passar mais tempo com a família, variar as conversas com os filhos e a se interessar pela vida e atividades do filho. O comportamento do adolescente também alterou sendo mais obediente aos pedidos da mãe, dando explicações dos seus comportamentos, sendo mais carinhoso, sorrindo. As categorias PR NEG e PROBL, obtiveram valor menor no pós-teste, comparado ao pré-teste, com scores 7 e 4, respectivamente. Sendo que PROBL diminuiu o valor do score na Fase de Seguimento para (score 1). Quando comparado aos dados de Sabbag (2010), em relação à qualidade, os valores de todas as categorias, no pós-teste, são semelhantes aos apresentados pelos pais do grupo de não risco. Quanto as práticas negativas de P4 na Fase de Seguimento (score 4), assemelha-se às médias dos pais do grupo de risco. Em relação à frequência, o score apresentado na categoria PR NEG nas Fases de Pós-teste e Seguimento, ainda é semelhante ao apresentado pelos pais do grupo de risco. O resultado referente à PR NEG indica que embora P4 tenha diminuído em termos de qualidade e frequência às práticas parentais negativas na interação com o filho, a frequência com que interage dessa forma ainda não é satisfatória, sugerindo a necessidade de intervenção. Porém, a qualidade e frequência com que apresenta

habilidades educativas e variáveis de contextos parecem contrabalancear os efeitos aversivos das práticas negativas. O resultado da P4 corrobora os estudos que comparam grupos de pais de crianças com e sem problema de comportamento apontam que ambos os grupos utilizam práticas coercitiva e não coercitiva para estabelecer limites, a diferença estava na frequência com que as práticas coercitivas ocorriam e na existência ou não de outras interações habilidosas (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2006, 2008).

De forma geral, é possível observar na Tabela 3, que a intervenção oportunizou para P1 e P4 o aumento da classe de comportamentos referentes às habilidades educativas parentais e habilidades sociais dos adolescentes (HSE-P e HS), além da diminuição da classe de comportamentos referentes às práticas negativas das mães e problema de comportamentos dos filhos (PR NEG e PROBL). Esses dados corroboram os encontrados por Bolsoni-Silva, Silveira e Marturano (2008) no atendimento de pais/cuidadores em situação de grupo. Também trazem contribuições acerca dos estudos sobre a busca de evidências no treinamento de pais para mudanças de comportamentos dos filhos. Similar ao encontrado na revisão de pesquisa usando o critério desenvolvido pelo Task Force de Valdez, Carlson e Zanger (2005) observou-se que os treinamentos de pais e intervenções familiares podem ser considerados exemplos de metodologia e eficácia para mudanças de comportamento de pais e filhos.

Por compreender as habilidades interpessoais como classe de respostas e diante das esquivas de P2 em abordar em sessão suas interações com o filho, optou-se por trabalhar as mesmas habilidades de expressão de sentimentos, estabelecimento de limites e comunicação, contingentes às relações interpessoais advindas do contexto de trabalho e namoro que eram de interesse para a cliente. No entanto, pode-se observar que a classe que se generalizou para o cuidado com o filho foi à diminuição de práticas

negativas. Se comportar como mãe, de forma a se ter responsividade para com as necessidades físicas, emocionais e comportamentais dos filhos são comportamentos que não se aprendem pelo simples fato de se gerar uma criança. Pesquisas indicam que os filhos tendem a se comportar repetindo o modelo presenciado em casa e que esses podem influenciar as práticas educativas parentais que essas crianças poderão adotar futuramente (RIBEIRO, 2012; LISBOA et al., 2007; LUNDBERG et al., 2000). Ausência de modelo parental adequado na infância, somado a relações conjugais aversivas (conforme estudo de caso, Apêndice D) podem ter contribuído para o desenvolvimento e manutenção de um padrão de comportamento prejudicial e de difícil alteração da P2. Os estudos também apontam para o fato de que dependendo dos comportamentos adotados pelos pais no processo educativo dos filhos, é possível que seus filhos desenvolvam problemas de comportamento (PACHECO; HUTZ, 2009; PATTERSON et al., 1992). Esse dado é evidenciado pelos resultados do CBCL para o filho de P2, decorrentes além de outros fatores, da inexpressiva mudança na sua forma de interação com o filho.

Weber (2005) destaca os prejuízos emocionais que filhos de pais com práticas negativas frequentes enfrentam, dentre eles baixa autoestima, ansiedade e estresse, além da tendência a comportamentos antissociais e fraco desempenho acadêmico. Embora P2 ainda careça de intervenção de modo a melhorar o nível de responsividade para com o filho, a diminuição das práticas negativas pode ser um caminho para uma interação menos aversiva com o filho, com possibilidade futura de se apropriar das responsabilidades parentais.

Os resultados de P3 indicam como possível efeito da intervenção o aumento da frequência e qualidade de comportamentos referentes às variáveis de contexto (CONT) avaliadas no pós-teste e seguimento e das habilidades educativas parentais

(HSE-P) avaliadas no seguimento. Além de, para o adolescente, o aumento da classe de habilidades sociais (HS) e da diminuição da classe de problema de comportamentos (PROBL). A ampliação das variáveis de contexto fornece indicativos de que a cuidadora tenha ampliado os assuntos e oportunidades de conversa com o adolescente. Segundo Weber (2005), passar pouco tempo com o filho e conhecer pouco sobre os assuntos de interesse, gostos e amigos faz parte das práticas características de um estilo parental negligente. A ampliação do repertório quanto às variáveis de contexto, de P3, além de contribuir para a alteração de práticas tidas como negligentes, oportunizou também que o adolescente pudesse as habilidades mencionadas anteriormente.

Faz-se importante salientar o enfoque dado ao programa de intervenção utilizado, que priorizava a promoção do desenvolvimento e expansão de repertórios habilidosos que fossem funcionalmente equivalentes as práticas negativas apresentadas pelos pais. Dessa forma, os pais poderiam acessar os mesmos reforçadores na interação com os filhos, mas com comportamentos socialmente aceitáveis e sem prejuízos físicos e/ou emocionais para ambos (GOLDIAMDOND, 1974, 2002; GIMENES; ANDRONIS, 2005; BOLSONI-SILVA et al., 2010). Similar para as participantes P1, P3 e P4 foi a expansão de repertórios habilidosos relacionados à identificação dos direitos dos filhos com relação a gostos pessoais, colocar-se no lugar do filho, consequenciação de comportamentos adequados com elogio, afeto e atenção, fazer perguntas, dar atenção quando o filho iniciava uma conversação e diversificar contextos e assuntos das conversas. Oportunizou-se também a flexibilidade de algumas regras próprias e expectativas com relação aos filhos, além da descrição dos comportamentos esperados pelas mães/ cuidadoras, expressão de sentimentos negativos, opiniões (discordar e concordar) com assertividade, divisão de responsabilidades conjugais e habilidades de observação e descrição de contingências. Portanto, todas as habilidades previstas e

planejadas conforme Bolsoni-Silva (2007). Em virtude de P1 e P4 apresentarem como principal característica na interação com os filhos agressividade física e verbal juntamente com a dificuldade de demonstração de afeto, optou-se por trabalhar modelos de interações mais afetivas, que valorizassem a proximidade física com beijo, abraço, carinho, o contato visual e o ouvir atentamente a fala dos filhos antes de responder. Destaca-se que todos os comportamentos trabalhados foram contingentes aos problemas relatados e objetivos estabelecidos com cada participante. As técnicas utilizadas e a interação terapêutica foram contingentes a cada caso, indicando, portanto, que o procedimento semiestruturado é ajustado aos clientes de forma a atender plenamente os objetivos individuais e histórias de aprendizagens particulares. Tal procedimento contribui para as discussões sobre qualidade metodológica e atenta para os benefícios de procedimentos semiestruturados que garantam flexibilidade às demandas individuais (KRATOCHWILL; STOIBERM, 2002).

Considerando que grande parte dos programas de intervenção (46%) prioriza a redução de comportamentos problema, conforme levantamento bibliográfico realizado por Bolsoni-Silva et al (2010), ao proporcionar que os pais desenvolvam práticas educativas habilidosas, esses poderão, por modelagem e modelação, ensinar seus filhos com interações mais habilidosas. Desse modo, os pais podem alterar suas práticas parentais para outras menos coercitivas, produzindo reações menos agressivas nos filhos. Reações menos agressivas contingentes a práticas positivas, podem fortalecer a manutenção de tais práticas. Além de se comportarem de maneira habilidosa diante de um problema de comportamento do filho, fornecendo modelo de como tratar e ser tratado pelos outros, tem-se nessa alteração de contingências o surgimento de uma nova relação parental, com possibilidade de interações que vão além da obediência às regras, mas também da possibilidade da amizade, diálogo, demonstração de carinho,

respeito e amor (WEBSTER-STRATTON; HERBERT, 1993). Tal proposta de trabalho está em consonância com a perspectiva construcional de Goldiamond (1974/2002).

O aumento da frequência e qualidade das habilidades das mães/ cuidadoras e de seus filhos, juntamente com a diminuição da frequência e da qualidade das práticas negativas das mães e problemas de comportamento dos filhos, fornece indicativo da efetividade da intervenção no que diz respeito à ampliação de comportamentos habilidosos das participantes P1, P3 e P4 e redução das suas práticas negativas de P1, P2, P3 e P4, além da aquisição e/ou desenvolvimento das habilidades sociais dos filhos adolescentes de P1, P2, P3 e P4 e redução dos seus problemas de comportamento de P1, P3 e P4, corroborando dados de pesquisas (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2000; BOLSONI-SILVA et al., 2008; BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008; BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; MARTURANO; 2008; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2010).

A análise pormenorizada das perguntas do instrumento RE-HSE-P auxilia na compreensão das contingências envolvidas na interação mãe-filho nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento. Essa análise pode dar indicativos da eficácia do procedimento terapêutico realizado com as participantes P1, P2, P3 e P4 no que diz respeito ao desenvolvimento de habilidade social educativa parental (HSE-P) e habilidade social dos adolescentes (HS), ampliação das variáveis de contexto (CONT), bem como o efeito da intervenção terapêutica na frequência de ocorrência das práticas educativas negativas dos pais (PR NEG) e dos problemas de comportamento dos filhos (PROBL).

As Figuras de 5 a 13 apresentam a análise das perguntas do instrumento RE-HSE-P que foram agrupadas em três categorias de habilidades: 1) Comunicação: conversar, fazer perguntas em geral, falar sobre sexo/ sexualidade; 2) Expressividade:

expressão de sentimentos positivos, negativos, opiniões e carinho; e 3) Estabelecimento de Limites: reação dos pais diante dos comportamentos adequados ou não do filho, situações e estratégias utilizadas para estabelecer limite e concordância/ discordância entre os cônjuges. Essas três categorias de habilidades são organizadas em dois fatores: características de interação positiva (habilidades sociais educativas parentais e habilidades sociais dos filhos) e negativa (práticas negativas dos pais e problemas de comportamento dos filhos).

Tais categorias de comportamentos são apresentadas em gráficos quando descrevem a contingência – Comportamento antecedente da mãe e o comportamento consequente da adolescente. Os resultados obtidos com as demais perguntas do instrumento são apresentados de forma descritiva, por especificarem apenas parte dessas contingências.

Fazem parte da descrição dos gráficos, parte das respostas fornecidas pelas mães/ cuidadoras ao instrumento RE-HSE-P, principalmente os exemplos referentes às categorias de habilidades: 1) Comunicação; 2) Expressividade; e 3) Estabelecimento de Limites.

As Figuras 5, 6 e 7 correspondem à interação mãe-filha das participantes P1, P2, P3 e P4 no quesito comunicação. Estão incluídos, nesse item, os comportamentos de conversar, fazer perguntas e falar sobre sexualidade, referente às perguntas I, II e XII do instrumento.

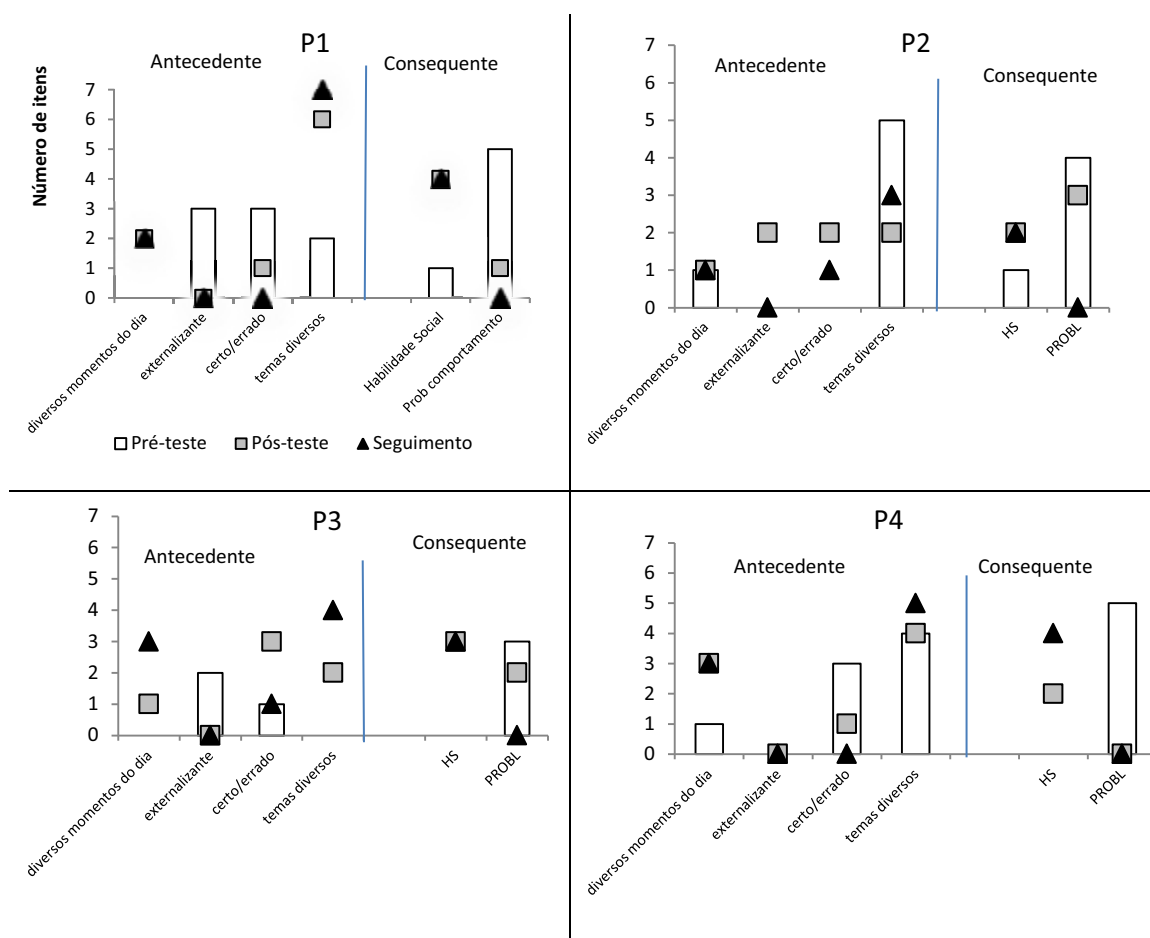


Figura 5: Número de itens das variáveis antecedentes relacionadas à comunicação (conversar) e o comportamento consequente dos adolescentes, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4

Analisando as respostas das participantes às perguntas "Você conversa com seu filho?", "Sobre quais assuntos você conversa?", "Quando você conversa com seu filho como ele se comporta?", observa-se que a P1, no pré-teste, quase não conversava com a filha (diversos momentos do dia, escore 0), mas quando o fazia, conversava principalmente diante de problemas externalizantes (escore 3) e para mostrar o que estava certo ou errado (escore 3). Quanto ao assunto das conversas, apareceram temas diversos (escore 2): conversava sobre *sites* de relacionamento da *internet* e sobre os pedidos que a filha fazia à mãe. Os problemas externalizantes apontados, contingentes às conversas com a mãe, referem-se ao relato sobre a filha ser muito calada, ter contato

com amigas e paqueras não aprovadas pela mãe e brigar com os irmãos. A mãe apontava como concepção de certo e errado a importância de ter como amigos apenas as pessoas da família próxima (pai, mãe e irmãos), comparava-a com o irmão mais velho para demonstrar como deveria ser mais falante e extrovertida, além de corrigi-la e culpá-la quando brigava com os irmãos.

Como consequência, ainda no pré-teste, a filha pouco demonstrava comportamentos habilidosos socialmente (escore 1), contra-argumentando, e apresenta problemas de comportamento (escore 5) internalizantes e externalizantes do tipo: gritar, xingar palavrões, cortar bruscamente a fala da mãe, ignorar as conversas e se isolar no quarto. Fica claro, no pré-teste, um círculo coercitivo (PATTERSON; REID; DISHON, 2002) em que diante de problemas a mãe conversava com a filha, a qual respondia também com comportamentos problema. Nota-se que os comportamentos de mãe e filha estão ocorrendo com alta frequência. Hipotetiza-se que o fato da filha ser obediente em algumas ocasiões, habilidosa com baixa frequência, contingente às conversas da mãe, funcione como reforçador intermitente, mantendo alto o comportamento da mãe de conversar apenas contingente a comportamentos problema.

A Figura 5 retrata também as interações mãe-filha no quesito comunicação (conversar) averiguadas nas Fases de Pós-teste e Seguimento. Quanto aos comportamentos da P1, é possível notar a alteração nas Fases de Pós-teste e Seguimento, em relação à Fase de Pré-teste, passando a conversar com a filha em diversos momentos do dia (escore 2), ao ficarem juntas em casa e ao assistirem TV juntas. A P1 não apresentou mais conversas diante de comportamentos externalizantes e diminuiu para escore (1 e 0), respectivamente, o número de itens de falar sobre concepções de certo e errado nas Fases de Pós-teste e Seguimento. Nota-se na Figura 5, o aumento no número de itens para temas diversos das conversas, passando de (escore

2) no pré-teste para (score 6) no pós-teste e (score 7) no seguimento. Dentre esses temas estão assuntos mencionados pela mãe como: roupas, cabelo, novo paquera da filha, retorno da mãe à escola e trabalho, programas de TV, igreja e favores domésticos.

Como consequência, é possível observar na Figura 5, um aumento das habilidades sociais da adolescente de (score 1) no pré-teste para (score 4) no pós-teste e seguimento, como: concordar com as conversas, introduzir novos assuntos, fazer pedidos, sorrir. Bem como uma redução dos problemas de comportamento da adolescente de (score 5) no pré-teste para (score 1) no pós-teste e (score 0) no seguimento.

Quanto às respostas de P2 às perguntas sobre comunicação, a Figura 5 demonstra que a participante P2, na Fase de Pré-teste, não conversava muito com o filho (diversos momentos do dia, score 1), mas quando o fazia, apresentava uma diversidade de assuntos (score 5) como: comportamento do filho na escola, sobre sua relação com o pai do adolescente, sobre o namorado atual da mãe, sobre sua outra filha, sobre a falta de tempo que tinha para ficar com o adolescente. Geralmente as conversas eram para explicar para o filho que ele deveria ficar com o pai, pois este detinha a guarda legal, obedecer à irmã, e para falar que não podia ficar com o filho quando marcava de sair com o namorado. Nessas ocasiões o filho apresentava problemas de comportamento (score 4) como: ignorar o que a mãe falava, contar mentiras, omitir fatos, bater porta, mas às vezes mostrava-se carinhoso com mãe, HS (score 1).

Nas Fases de no Pós-teste retratadas na Figura 5, P2 passa a conversar também diante de comportamentos externalizantes do filho (score 2), para orientar sobre concepção de certo/ errado (score 2) e temas diversos (score 2). A mãe começa a se envolver e orientar sobre o fato do garoto fugir de casa, contar mentiras, faltar da escola, também para explicar o porquê acredita que o melhor para ele é ir morar com o

tio. Geralmente essas conversas ocorriam por mensagem de celular ou quando o adolescente ia até o trabalho da mãe. Nessas ocasiões ele apresentava problemas de comportamento como: não concordar com o que a mãe falava, responder em voz alta e xingar, ignorar as mensagens que a mãe enviava e, algumas vezes comportamentos habilidosos como: se dispor a ouvir e conversar quando o assunto era relacionado a ir morar com o tio. Na Fase de Seguimento, como o garoto já estava morando com o tio, o contato maior com a mãe se dava por telefone e nesses momentos a mãe conversava sobre temas diversos (escore 3), mostrando interesse em saber como o filho estava e se queria voltar, se fez amigos na escola e se estava se dando bem com a tia. Como consequência, o adolescente apresenta comportamentos habilidosos (escore 2) diante dessas falas da P2, como: conversar, contar em detalhes as coisas que está vivenciando no novo lar. Pode-se hipotetizar com os resultados do seguimento em comparação às demais fases, que a distância causada pela mudança de residência do filho parece ter favorecido as expressões de afeto e conversas da mãe contingentes a outros aspectos da vida do garoto que não apenas aos comportamentos problema, muito provavelmente porque, a privação do contato pessoal tenha diminuído os comportamentos hostis dirigidos à mãe.

Na Fase de Pré-teste para P3, conforme retrata a Figura 5, a participante conversava com o sobrinho somente diante de problemas de comportamento do tipo externalizante (escore 2), quando ocorriam reclamações por parte da escola ou quando o garoto a desobedecia em casa; ou para orientar sobre concepções de certo/ errado (1), geralmente dando sermões frente aos problemas de comportamento. Como consequência, ainda no pré-teste, observa-se que a categoria habilidades sociais (HS) apresentou (escore 0) e a categoria problemas de comportamento (PROBL), (escore 3), com atitudes como: satirizar a fala da tia, sair de perto ou ficar nervoso. Após a

intervenção, na Fase de Pós-teste, observa-se um aumento na interação entre P3 e o sobrinho (diversos momentos do dia, escore 1), pois a tia passa a cumprimentá-lo quando chega em casa, varia os assuntos das conversas (temas diversos, escore 4) falando sobre tarefas domésticas, jogos de computador, forma de lidar com dinheiro, a necessidade do garoto conversar mais com a mãe que mora em outro país. Embora tal interação ocorresse em forma de sermão, bronca ou reclamações para sinalizar concepções de certo/errado (escore 3), tem-se como consequência, a diminuição dos problemas de comportamento de (escore 3 para 2) e o aumento de habilidades sociais de (escore 0 para 3). O adolescente passa a contra argumentar ao invés de satirizar a fala da tia, obedece aos pedidos para realização de tarefas domésticas e faz perguntas.

Na Fase de Seguimento, P3 continua variando os assuntos das conversas (temas diversos, escore 4) ao falar sobre a reforma que faria na casa, as mudanças no quarto do sobrinho, sobre as reuniões na igreja e o uso da bicicleta. Tais conversas acontecem em diversos momentos do dia (escore 3), quando tomam refeições juntos no café da manhã, almoço e as noites. Diminui nessa fase, em relação às fases anteriores, as orientações sobre certo/errado (escore 1), apenas alertando o garoto para não estragar seus objetos pessoais. Como consequência, o sobrinho demonstra comportamentos habilidosos (escore 3) participando das conversas, se dispondo a ajudar e dando opiniões sobre a reforma da casa e como gostaria que fizessem no seu quarto e não apresenta problemas de comportamento.

A análise das respostas da P4 na Fase de Pré-teste, expressas na Tabela 5, indica que a P4 quase não tirava tempo para conversar com o filho (diversos momentos do dia, escore 1), mas quando o fazia era principalmente para expressar suas concepções de certo/errado (escore 3) relacionado a como ela gostaria que o filho fizesse as coisas (o jeito certo de cortar o cabelo e se vestir, de tratar os irmãos, de limpar a casa,

segundo a mãe). Dentre os temas das conversas (score 4) estavam as brigas com os irmãos, suas tarefas domésticas, uso do celular, sobre participar de um campeonato de futebol, ao que a mãe fazia de forma agressiva e impositiva. Como consequência o score para problema de comportamento (5), indica que o adolescente geralmente gritava, agia com agressividade física e verbal, batia porta, enfrentava a mãe.

Os resultados expressos pela Tabela 5 na Fase de Pós-teste, salientam que P4 passou a interagir em diversos momentos do dia (score 3) com o filho, quando chegam em casa, ao almoçarem juntos, à noite, sobre temas diversos (score 4) de maior interesse do filho, como: academia, namoro, trabalho e sobre seu cuidado com o corpo. Nessas ocasiões o filho apresenta comportamentos habilidosos (score 2) respondendo às conversas da mãe e brincando de forma descontraída com ela. As interações em diversos momentos do dia (score 3) e sobre temas diversos (score 5) permaneceram na Fase de Seguimento. A P4 ampliou assuntos como a necessidade do filho sair de casa, o trabalho novo, sobre frequentar a casa da avó, escola e amigos. Observa-se na Figura 5 que o garoto reage favoravelmente (HS, score 4), participando das conversas, se aproximando mais da mãe, pedindo autorização para sair e ligando para dar satisfação quanto ao local onde está com amigos e o horário que pretende chegar.

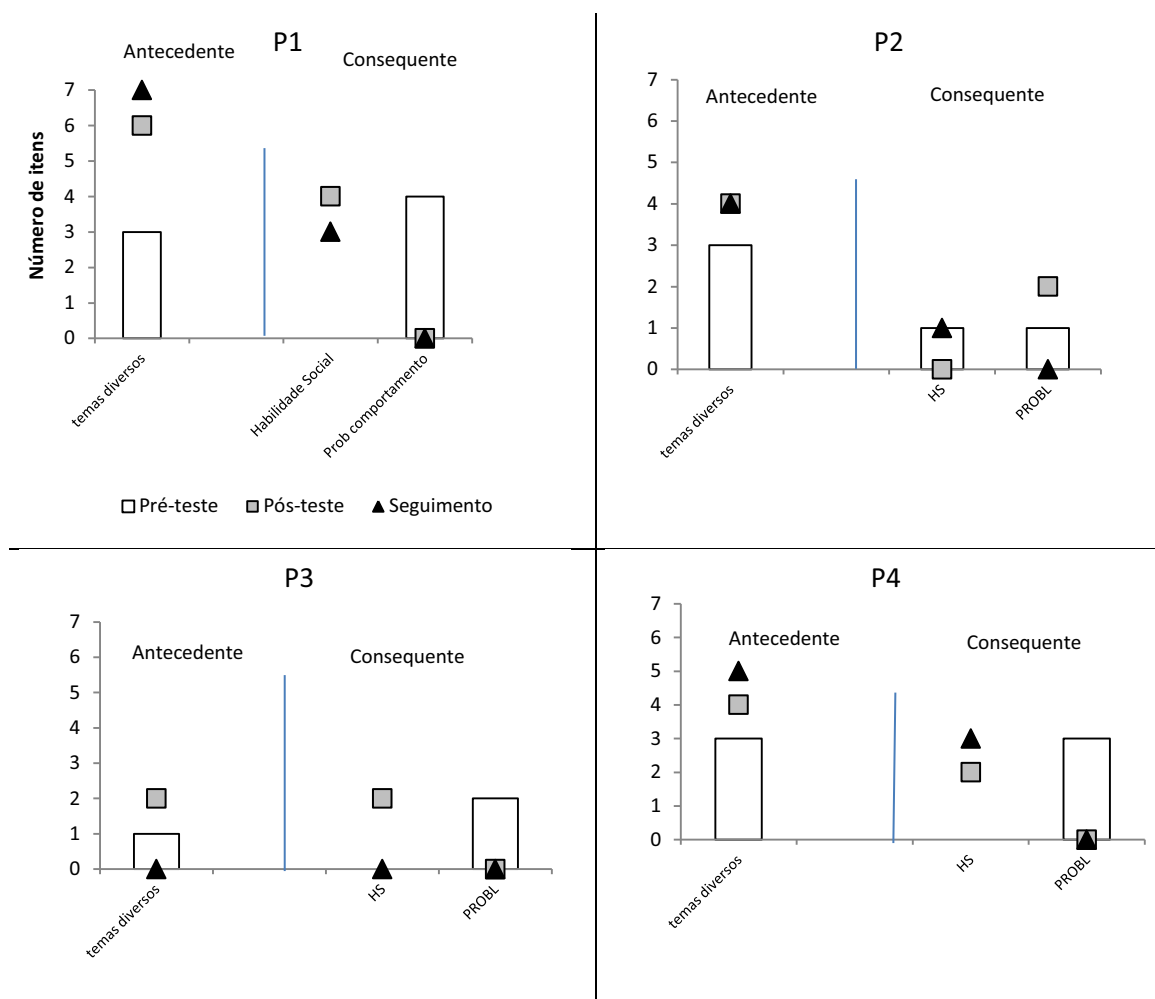


Figura 6 - Número de itens das variáveis antecedentes relacionadas à comunicação (fazer perguntas) e o comportamento consequente dos adolescentes, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4

Analisando as respostas das participantes às perguntas "Você faz perguntas ao seu filho?", "Quando você faz perguntas como seu filho se comporta?", a frequência do comportamento de fazer perguntas sobre temas diversos da P1 também aumentou do pré-teste para o pós-teste e seguimento, passando de (score 3) para (score 6) e em seguida para (score 7), no seguimento. Interessante observar que a diversidade dos temas variou de assuntos como escola, notas e amigas passíveis de punição no pré-teste, para assuntos de maior interesse da filha como passeios, roupas, grupo de jovens da igreja, sentimentos da filha, sobre parentes e pedir favores domésticos. Como consequência para o comportamento da P1, as interações da filha mostraram-se mais

habilidosas (de escore 0 no pré-teste, para escore 4 no pós-teste e escore 3 no seguimento) e menos problemáticas (de escore 4 no pré-teste para escore 0 no pós-teste e seguimento). Dentre os comportamentos habilidosos da filha, destacam-se curiosidade, interesse, sair do quarto para interagir com a família na sala e também fazer mais perguntas.

Em relação à habilidade de fazer perguntas, a Figura 6 demonstra que no pré-teste, P2 fazia perguntas (escore 3) para avaliar como o filho estava se comportando na escola, com que amigos estava saindo e para investigar se o pai estava tomando conta dele. Como consequência, o garoto respondia (HS escore 1), porém só o que lhe fosse conveniente e logo se esquivava da conversa com mãe (PROBL escore 1). Para o mesmo item na Fase de Pós-teste, observa-se que embora a P2 tenha ampliado o número de perguntas (escore 4), estas ainda são de cunho avaliativo, de modo a identificar possíveis problemas em contextos como escola sobre suas notas, se copia matéria, se não tem faltado, se está obedecendo a irmã. Novamente, o adolescente reage de forma negativa, PROBL (escore 2), ignorando o que a mãe pergunta ou respondendo de forma grosseira. Na Fase de Seguimento, as perguntas que a mãe faz (escore 4), demonstram interesse pela vida do menino na casa do tio, ao que este responde de forma habilidosa (escore 1).

Quanto a *fazer perguntas*, a Figura 6 indica que no pré-teste, P3 dificilmente fazia perguntas (temas diversos, escore 1), mas quando questionava o adolescente sobre qualquer coisa que ele tinha feito, o mesmo respondia que não era da conta da tia ou simplesmente a ignorava (PROBL, escore 2). Na Fase de Pós-teste, é possível verificar que aumenta e diversifica os temas das perguntas (escore, 2) com assuntos como o que pretende fazer quando sair da escola ou sobre o nascimento da primeira neta de P3 que morará com a família. O adolescente apresenta, também no pós-teste, interações mais

habilidosas frente às perguntas da tia, ora respondendo ora por fazer outras perguntas. Na avaliação de Seguimento, observa-se que embora a P3 estivesse conversando mais com o sobrinho, conforme apresentado na Figura 5, a interação com perguntas diminuiu (escore 0).

No que diz respeito a fazer perguntas, P4, no pré-teste, fazia (escore 3) somente para obter informações do seu interesse, por exemplo, se o filho havia vendido algum queijo (trabalho da família), se havia recebido em dinheiro ou cheque, sobre o pai biológico do menino se havia enviado o dinheiro da pensão. Como consequência, o adolescente não apresentava comportamentos habilidosos (escore 0) e se comportava de forma a irritar a mãe (PROBL, escore 3) com piadinhas, ironia ou ignorando as perguntas.

Pode-se observar no pós-teste que a interação da P4 com perguntas alterou na diversidade dos temas (escore 4), procurando saber sobre as vendas e recebimentos, mas também sobre os dias e desempenho nos treinos de futebol. Ao que o adolescente passou a relatar o que tinha feito e a fazer brincadeiras aceitáveis para a mãe (HS escore 2), não apresentando problemas de comportamento. Na Fase de Seguimento, observa-se que P4 continua variando os assuntos das perguntas ao filho (escore 5) sobre o trabalho novo que o filho iniciou (auxiliar geral em uma serralheria), para saber a opinião do filho sobre escola, namoro e uma festa que fariam em casa, além de se interessar pela condição de saúde do menino quando este pegou dengue. Como consequência, o adolescente apresentou comportamentos habilidosos (escore 3), respondendo as perguntas da mãe, dando atenção e obedecendo quando após a resposta do mesmo a mãe sugeria algo. Nota-se nessa fase a redução de problema de comportamento para (escore 0).

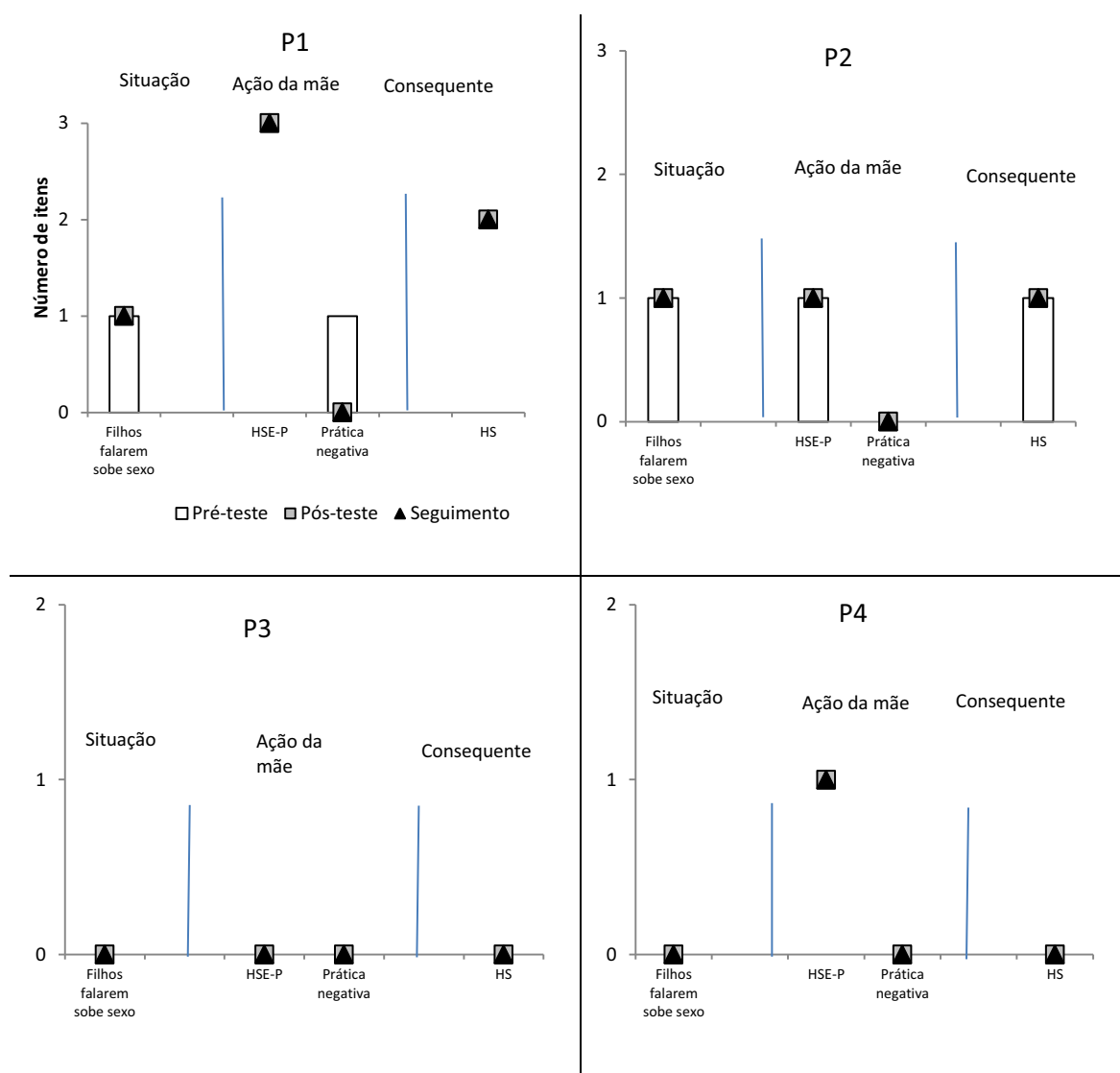


Figura 7 - Número de itens das variáveis antecedentes relacionadas à comunicação (falar sobre sexo/ sexualidade), e o comportamento consequente dos adolescentes, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4

Analisando as respostas das participantes às perguntas “*Seu filho faz perguntas sobre sexo/sexualidade?*”, “*O que você sente nestas horas?*”, “*Você responde às perguntas?*”, a P1 relatou no pré-teste que a filha pouco falava sobre esses assuntos e que ignorava qualquer piada ou tentativa de conversa da mãe ou dos irmãos. No entanto comentou que diante do pedido da filha para iniciar um namoro (Filhos falarem sobre sexo, escore 1), a mãe reagiu negativamente repreendendo a adolescente em forma de sermão. Na Fase de Pós-teste e Seguimento, conversas sobre paqueras entre mãe e filha (escore 1) são consequenciadas pela P1 de forma mais habilidosa

(escore 3) - a filha conta sobre mensagens de celular que estava recebendo de um garoto e a mãe presta atenção na conversa, pede para ler a mensagem, faz comentários positivos e brincadeiras com a possibilidade de um namoro. Como consequência, pode-se observar na Figura 7 que a categoria habilidade social (HS) da filha aumenta de (escore 0) no pré-teste para (escore 2) no pós-teste e seguimento, passando a participar da conversa e sorrir para a mãe nesses momentos.

No quesito sexualidade, conforme apresenta a Tabela 7, P2 não modificou sua forma de interação durante as três fases do procedimento. A P2 relatou conversar com o filho às vezes e a ajudá-lo com relação a um problema teve quando bebê e que dificultou o desenvolvimento do seu pênis. A mãe informou que conversam sobre o desenvolvimento do corpo e instrui sobre relacionamento sexual para que o filho não tenha receio de se aproximar de alguma garota. Nessas ocasiões a P2 relatou que o filho participa da conversa ora tirando dúvidas ora ouvindo e sorrindo.

Para P3, a Figura 7 retrata, com respeito à sexualidade, que conversas desse tipo poderiam fornecer indícios quanto à intimidade parental. Em virtude da obtenção de (escore 0) nas Fases de Pré, Pós-teste e Seguimento, pode-se hipotetizar que embora a intervenção pareça ter propiciado um aumento na variedade de assuntos e contextos na comunicação entre P3 e o sobrinho, a interação existente entre ambos não propiciou o desenvolvimento de relações de intimidade suficientes para falar sobre sexualidade. A literatura indica que os filhos procurarem pelas mães/cuidadores para tratarem de assuntos relativos à sexualidade é um indicativo de aproximação e pode-se supor que as mães/cuidadores se mostram habilidosas e responsivas às necessidades dos filhos (BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE, 2002).

Quanto à P4, esta relatou no pré-teste que o filho não fazia perguntas sobre esse tema, conforme indicado na Figura 7. Nas Fases de Pós-teste e Seguimento, mãe e

filho passam a conversar (HSE-P escore 1) sobre uma paquera do filho e seus sentimentos devido ao fato da mãe da garota não permitir o namoro por serem muito jovens. Nessas ocasiões, o filho de P4 às vezes participa da conversa, mas timidamente e com vergonha, segundo a mãe.

A partir das Figuras 5, 6 e 7 que representam a categoria comunicação, pode-se hipotetizar sobre o impacto da qualidade da interação social estabelecida entre mãe/cuidadoras e filho para P1, P3 e P4, pois quando as mãe/cuidadoras, após a intervenção, passam a conversar mais frequentemente, sobre assuntos de interesse dos filhos e em diversos momentos do dia, os filhos passam a consequenciar positivamente o comportamento das mães/cuidadoras, valendo mais de comportamentos identificados como de habilidades sociais e reduzindo comportamentos considerados inapropriados pelas mães/cuidadoras, sejam os antecedentes às respostas dela, sejam os consequentes (BOLSONI-SILVA et. al, 2008). Similar aos resultados de Bolsoni-Silva (2008) para intervenção em grupo, a habilidade de conversar aumentou de frequência no decorrer das três avaliações. Porém, no estudo das autoras, a habilidade de fazer perguntas manteve-se constante e falar sobre sexo teve sua frequência reduzida. No presente estudo, obtiveram-se resultados positivos quanto à habilidade de fazer perguntas, aumentando de frequência ao longo das fases, e o falar sobre sexo manteve-se constante para P1, P2 e P3 e aumentou de frequência para P4. Os ganhos obtidos na categoria comunicação mostraram-se contingentes aos comportamentos considerados como importantes a serem ensinados, com base nas análises funcionais descritas nos estudos de caso (Apêndices C, D, E e F). No entanto, considerando as diferenças individuais, optou-se por enfatizar o ensino das habilidades de conversar e fazer perguntas por meio de modelo, sugestão de assuntos, consideração de possibilidades quanto aos diferentes momentos que poderiam ser usados para esse tipo de interação, com as participantes P2

e P3 que apresentavam tais respostas com uma baixa frequência. Para P1 e P4 que mantinham certa frequência de comunicação com os filhos, porém sobre os problemas de comportamento dos mesmos, optou-se na intervenção por levantar as consequências para ambos de tais interações e as consequências que obteriam com a variação dos assuntos conversados e da forma de manter a comunicação (de ríspida e autoritária para afável e de interesse).

As Figuras 8, 9 e 10 correspondem à interação mãe-filha da P1, P2, P3 e P4 no quesito Expressividade. Estão incluídas nesse item as habilidades sociais educativas de expressar sentimentos positivos, negativos, opiniões e carinho, referente às perguntas III, IV, V e XI do instrumento.

Com relação à Expressão de sentimentos positivos (pergunta III do instrumento “*Você expressa sentimentos positivos ao seu filho?*” “*De que forma você expressa?*”) observa-se que para P1 e P4, houve um aumento no número de itens entre as Fases de Pré-teste e Pós-teste passando de (score 1 para score 3). Na Fase de Seguimento, o (score 3) de P1 permaneceu constante. Para P2 houve uma diminuição entre as Fases de Pré-teste e Pós-teste (score 3 e 2, respectivamente), mantendo o (score 2) na Fase de Seguimento. A categoria Expressão de sentimentos positivos de P3 não sofreu alteração de valor entre as Fases de Pré-teste e Pós-teste, permanecendo com (score 1), falando que gosta do menino. Já na Fase de Seguimento, P3 passa a se comunicar mais (score 2) com elogios e explicação das consequências. Esses dados indicam que P1, P3 e P4 passaram a emitir comportamentos de elogiar, explicar consequências, dizer que ama, beijar, abraçar, entre outros, com mais frequência após a intervenção. A diminuição de (score 3 para 2) da P2 pode ser explicada em virtude da mudança de cidade do seu filho, que fez com que a mãe expressasse apenas verbalmente quando ligava para o garoto.

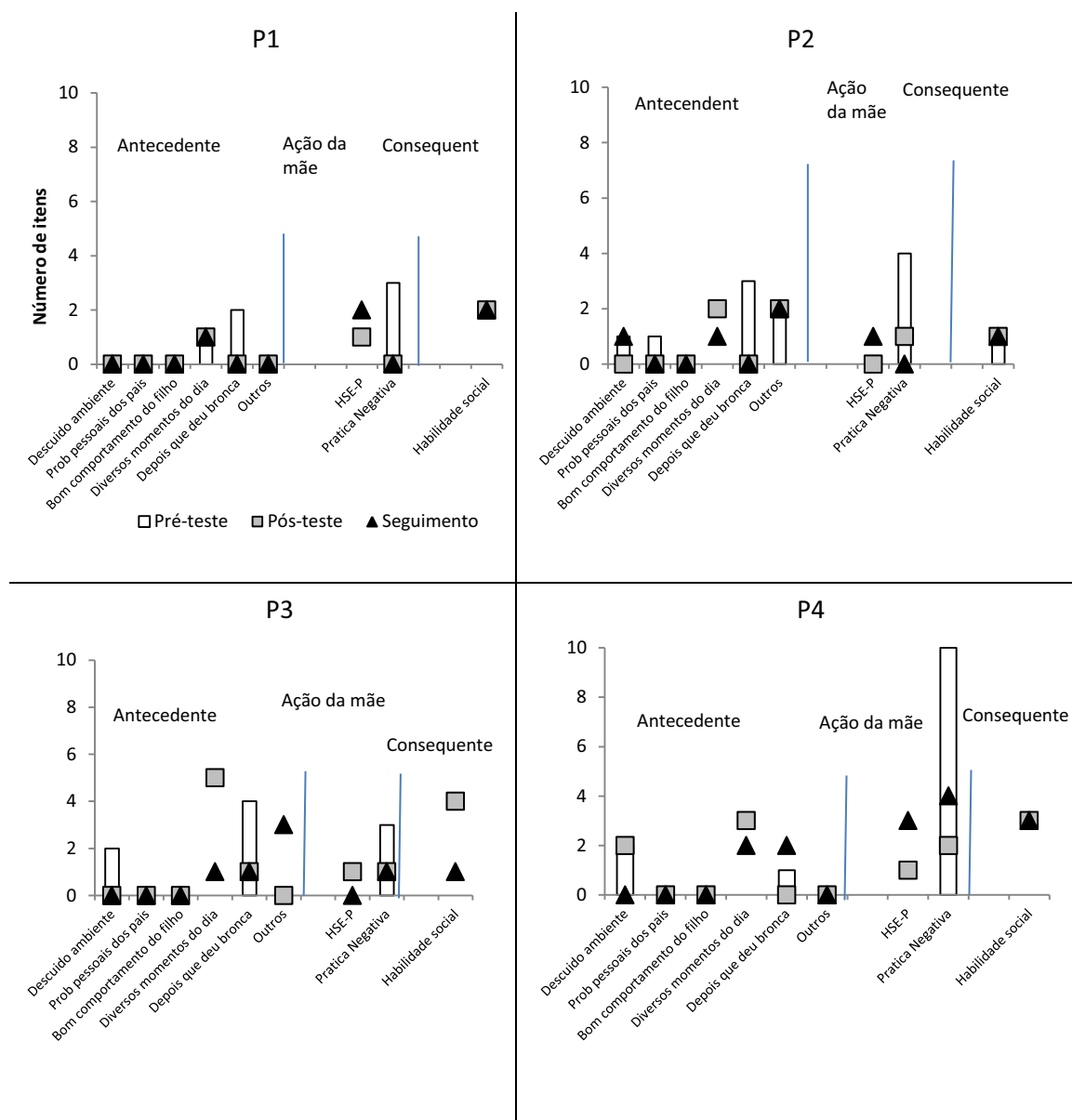


Figura 8 – Condições diante das quais as participantes expressam sentimentos negativos, a forma de demonstrar tais sentimentos e o comportamento consequente de seus filhos, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4

As perguntas respondidas pela cliente no quesito *Expressividade* eram:

"Você expressa sentimentos negativos para com seu filho?", "De que forma você expressa?" "Você expressa suas opiniões para o seu filho?", "Como ele reage diante das suas opiniões?", "Você demonstra carinho ao seu filho?", "Em que situações?", "O que faz para demonstrar carinho?" "E como seu filho reage?". Após as respostas da P1 cada uma dessas questões, foram analisadas as situações em que a categoria

expressividade ocorria, bem como as características de comportamento da P1 em termos de habilidades sociais educativas (práticas positivas) ou práticas negativas e o comportamento consequente da filha (HS ou PROBL).

Pode-se perceber na Figura 8, que a P1 expressava seus sentimentos negativos, no pré-teste, geralmente através de práticas negativas (escore 3) como: piadas que desagradavam à filha, bater e gritar, comparações com outras pessoas. Isto ocorria geralmente depois das broncas (escore 1) e como consequência a HS da filha apresenta (escore 0). Nas Fases de Pós-teste e Seguimento, a expressão de sentimentos negativos aparecem diante de Outros (escore 1), relacionados aos comportamentos inadequados da filha (quando grita). A forma de P1 expressá-los alterou de práticas negativas para comportamentos habilidosos (escore 1) no pós-teste e (escore 2) no seguimento, passando a conversar com a filha e explicar os motivos. A consequência no comportamento da filha indica que HS (escore 0) no pré-teste, aumentou para (escore 2) no pós-teste e seguimento, respectivamente, com comportamentos de obediência e argumentação.

A P2 relatou expressar seus sentimentos negativos, na Fase de Pré-teste, diante do descuido do filho com as próprias coisas (escore 1), problemas pessoais dos pais (escore 1) e depois que deu bronca (escore 3). Em relação às broncas, a mãe relatou que sempre precisava brigar com o filho, pois ele mandava nela como se fosse seu dono. Relatou um episódio no qual queria ir ao cabeleireiro e sair com o namorado e o filho, para impedir, trancou-a no quarto, xingava a mãe de monstra e tomou o celular. Nessas ocasiões a mãe reagia com práticas negativas (escore 4) agredindo física e verbalmente o filho, gritando e dando sermões, ao que o filho às vezes demonstrava preocupação com a mãe (HS escore 1). Na Fase de Pós-teste, a mãe passou a demonstrar sentimentos negativos através de práticas negativas (escore 1) repreendendo o filho, em diversos

momentos do dia (score 2), diante das brigas do filho com os amigos ou quando fugia de casa. Na Fase de Seguimento a demonstração de sentimentos negativos passa a ocorrer apenas por mensagem diante do descuido do menino com as próprias coisas (score 1) e através de comportamentos habilidosos (HSE-P score 1), conversando. Como consequência, tanto no pós-teste quanto no seguimento o adolescente passa a ouvir o que a mãe tem a dizer (HS score 1).

Nota-se na Figura 8, que a P3 expressava seus sentimentos negativos, no pré-teste, geralmente através de práticas negativas (score 3) como: batendo, dando bronca e sermão. Isto ocorria geralmente depois das broncas (score 4) e do descuido do menino com as próprias coisas (score 2), quando estragava seus calçados e bicicleta e colocava fogo nas coisas. Como consequência a HS do adolescente apresenta (score 0). Nas Fases de Pós-teste, a expressão de sentimentos negativos aparecem em diversos momentos do dia (score 5) como na hora de acordar de manhã, na hora do almoço, quando quer comprar coisas, quando vai sair ou ao jogar no computador, e depois das broncas (score 1) como quando se recusa a ir para a escola. A P3 o faz ora dando sermão (PR NEG score 1) ora fornecendo explicação sobre o comportamento (HSE-P score 1). Como consequência, o adolescente passa a escutar o que a tia diz, a obedecer, contra argumentar e falar com a tia (HS score 4). Observa-se na avaliação de seguimento que P3 passa a expressar seus sentimentos negativos apenas diante de problemas de comportamento externalizantes (Outros, score 3) quando o sobrinho briga com sua filha, fala algum palavrão ou irrita outros da casa. Tais expressões ainda acontecem por meio de sermão (PR NEG, score 1), ao que o menino reage reclamando, mas às vezes obedecendo (HS, score 1).

Em relação à P4, a forma como expressava seus sentimentos negativos, no pré-teste, era geralmente através de práticas negativas (score 10), falando que não

gostava do filho, por zombar, implicar, jogar as roupas dele no lixo, bater, xingar, gritar, mandando calar a boca, jogando objetos no filho, ameaçando. Isso acontecia frente ao descuido do menino com as próprias coisas (escore 2) ou depois das broncas (escore 2), geralmente relacionadas a maneira do filho se arrumar ou se portar em casa. Como consequência apresentava HS (escore 0) no pré-teste. Na Fase de Pós-teste, P4 diminuiu o escore das práticas negativas para 2 (gritando e as vezes batendo no filho) e passa a conversar descrevendo para o adolescente seus sentimentos negativos (HSE-P, escore 1) em diversos momentos do dia (escore 3) e diante descuido do menino com as próprias coisas (escore 2). Relatou um episódio no qual explicou para o filho que não gostava quando ele lavava a louça ou limpava a casa ao mesmo tempo em que enviava mensagens no celular, porque geralmente deixava a torneira ligada ou fazia o serviço de qualquer jeito. As habilidades sociais do adolescente aumentam para (escore 3) no pós-teste, obedecendo, explicando para a mãe porque agiu de determinada maneira e até descrevendo que não gosta quando a mãe grita com ele. Na Fase de Seguimento a mãe relatou que houve um episódio no qual precisou intervir de forma mais rígida com o filho (depois que deu bronca, escore 2). Trata-se de uma discussão que teve com a cunhada e que ficou sabendo depois que o filho passava informações de dentro de casa para essa tia, de modo que a mãe a princípio agiu de maneira habilidosa (escore 3) ao conversar com o adolescente, explicar que seu comportamento de “leva e traz” era inadequado e que ela estava triste com isso, mas também usou de práticas negativas (escore 4) por segurar o rosto do filho firmemente com a mão, ameaça-lo e por gritar com ele. Outra situação que P4 relatou expressar seus sentimentos negativos foi quanto às roupas usadas pelo filho, por serem muito justas e com estilo sertanejo não aprovado pela mãe, ao que esta descreveu como sendo roupas de palhaço. A reação do filho nesses episódios foi de confessar para a mãe o que tinha dito para a tia, pedir desculpas

e também argumentar que seu estilo de roupa era uma questão de gosto pessoal (HS, escore 3).

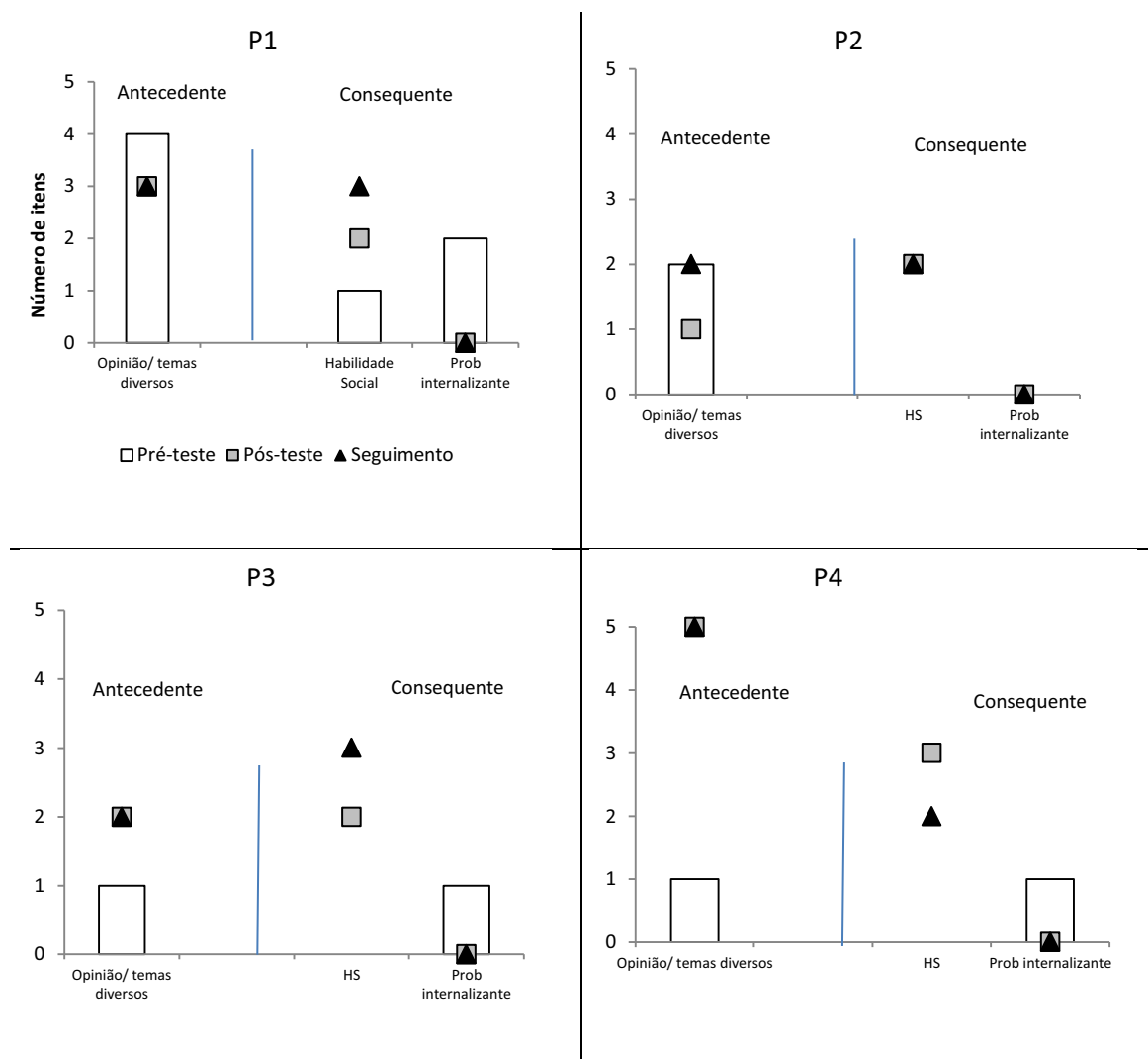


Figura 9 - Número de itens das respostas de P1, P2, P3 e P4 relacionados a expressar opiniões sobre temas diversos e o comportamento consequente de seus filhos, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento

A Figura 9 indica que P1, no pré-teste, expressava opiniões sobre temas diversos (escore 4), mas geralmente relacionados a proibições de lazer e amizades e opiniões quanto à aparência física da filha, dizendo que ela estava gorda. Como consequência, as reações apresentadas pela filha, no pré-teste, indicam problemas de comportamento internalizantes (escore 2) como isolar-se no quarto e cortar a conversa; e pouca habilidade social (escore 1), falar que não concorda com a opinião da mãe.

Embora tenha diminuído no pós-teste e seguimento em relação ao pré-teste a diversidade de temas (de escore 4 para escore 3) que a mãe expressava opiniões, a qualidade dos assuntos sugerem um ganho terapêutico, pois P1 passa a falar sobre seus projetos de voltar a trabalhar e estudar, sobre os filhos frequentarem uma religião, sobre a filha começar a trabalhar fora. As respostas habilidosas da filha aumentaram no pós-teste (escore 2) e seguimento (escore 3) e os comportamentos problema diminuíram nas mesmas fases (escore 0), em relação ao pré-teste (escore 2). Hipotetiza-se que a mudança das opiniões para assuntos não aversivos para a filha possa ter oportunizado que esta participasse de forma mais habilidosa desses momentos de interação, consequenciando de forma positiva a alteração do comportamento de P1. Essa mudança na interação com a ampliação de comportamentos habilidosos corrobora a proposta de Webster-Stratton e Hebert (1993).

Quanto à P2, a Fase de Pré-teste indica que a mesma expressava opiniões sobre temas diversos (escore 2) como: o comportamento do menino na escola ou quando ele contrariava a mãe por querer se envolver em seus namoros. Como consequência, observa-se na Figura 9, que o adolescente não apresenta comportamentos habilidosos e nem problemas de comportamento do tipo internalizantes (escore 0), uma vez que suas reações frente à fala da mãe são de agressividade. Na Fase de Pós-teste a expressão de opinião da mãe diminui para (escore 2) e no Seguimento para (escore 3), cujos assuntos são sobre ir morar com o tio, como ela espera que ele obedeça ao tio, sobre ele voltar para passear. É possível notar que as habilidades sociais do garoto apresentam (escore 2) nas Fases de Pós-teste e Seguimento com comportamentos como concordar com a mãe obedecendo e participando da conversa por dar sua opinião também. Nessas fases o adolescente não apresenta problemas de comportamento do tipo internalizantes (escore 0). De acordo com o relato da mãe, o tio é uma pessoa afetuosa e

consistente no seu padrão de interação. Além de residir na área rural, local de concentração de atividades reforçadoras, mas de pouco acesso do adolescente. É possível que a alteração nas conversas, levando em consideração a escolha de um lar para proteção do filho, tenha a priori, sido reforçador a ponto do mesmo não precisar interagir com a mãe com problemas de comportamento.

Para P3, a Fase de Pré-teste apresentada na Figura 9, indica que a tia quase não expressava suas opiniões ao adolescente (score 1) e quando o fazia era para cobrar das tarefas que o menino não tinha feito. Nessas ocasiões, o adolescente não apresentava comportamentos habilidosos ao interagir com a tia, apenas comportamento do tipo internalizantes (score 1) como sair de perto enquanto esta falava. A interação da tia nesse quesito no pós-teste aumentou para (score 2) com assuntos sobre a importância do adolescente conversar mais com a mãe e sobre pedir dinheiro para a mãe e para a tia. Como consequência, observa-se que o adolescente permanecia na conversa com a tia e também expressava suas opiniões (HS score 2), não mais apresentando problemas de comportamento do tipo internalizantes (score 0). Na Fase de Seguimento, observa-se expressão de opiniões sobre temas diversos (score 2) na medida em que a P3 inclui assuntos como a reforma da casa e a troca dos móveis do quarto do sobrinho, ao que este responde de forma habilidosa (score 3) argumentando sobre as opiniões da tia, explicando seus gostos, dizendo não com explicação.

No pré-teste, P4 expressava suas opiniões ao filho (score 1) geralmente sobre drogas dando como exemplo a vida de uma tia que se casou com um dependente ou falando sobre personagens de novela que eram usuários. Nessas ocasiões o filho ignorava saindo de perto (PROBL internalizante score 1). Na Fase de Pós-teste a mãe já expressa suas opiniões (score 5) sobre temas diversos como: sua indecisão entre fazer uma cirurgia plástica ou comprar um carro, sobre o comportamento do adolescente

na escola que melhorou, com relação às roupas usadas pelo filho, cuidado com os irmãos, alimentação do filho. Como consequência, os problemas de comportamento do tipo internalizantes apresentam (escore 0) e as habilidades sociais (escore 3), pois o filho passa a participar da conversa, contra argumentar e fazer perguntas. Na avaliação de seguimento, observa-se que P4 continua expressando suas opiniões (escore 5) sobre temas diversos como: falar sobre seu relacionamento com a cunhada, explicar seu cansaço quanto ao trabalho, compartilhando as dúvidas diante de uma decisão de trabalho, opinando sobre namoro e o trabalho do filho. Como consequência, este reage de forma habilidosa (escore 2) aceitando as opiniões da mãe e expressando as suas opiniões também.

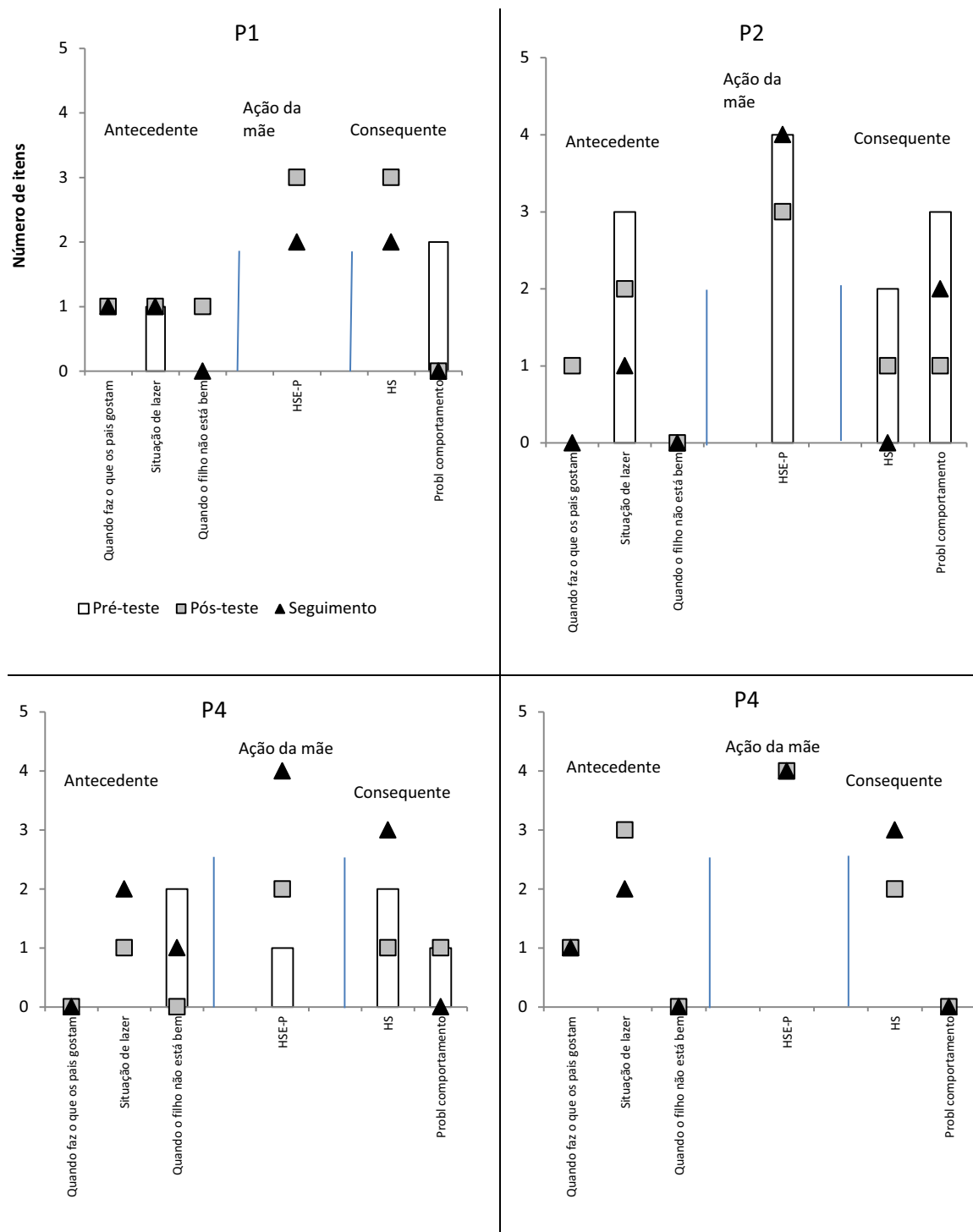


Figura 10 - Número de itens relacionados às situações em que ocorrem as demonstrações de carinho de P1, P2, P3 e P4, a forma como o fazem e o comportamento consequente de seus filhos, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento

Quanto à pergunta sobre demonstração de carinho, a Figura 10 retrata que houve alteração nas situações em que P1 demonstrava carinho à filha. No pré-teste as

demonstrações ocorriam apenas em Situações de Lazer (escore 1) e feitas de uma forma não habilidosa (escore 0) cutucando a filha ou fazendo piadas das quais ela se irritava.

No pós-teste e seguimento, observa-se que além das Situações de Lazer (escore 1) a demonstração de carinho ocorre também diante dos bons comportamentos da filha (escore 1) ou quando esta não estava bem (escore 1). Também a forma demonstrar carinho passou de HSE-P (escore 0) no pré-teste para (escore 3) no pós-teste e (escore 2) no seguimento, destacando-se atitudes da cliente como defender a filha e contato físico. Quanto aos comportamentos habilidosos da filha, que não apareceram no pré-teste como consequência da prática negativa da cliente, passou para (escore 4) no pós-teste, como brincar com a mãe, socializar-se, ser prestativa, atender a pedidos da mãe e (escore 2) no seguimento, aceita o carinho e conversa. Percebe-se também a diminuição de comportamentos problema do pré-teste (escore 2), para o pós-teste e seguimento (escore 0).

Em relação à P2, observa-se no pré-teste que a mãe só demonstrava carinho em Situações de Lazer (escore 3) quando dormiam juntos, quando assistiam TV ou mesmo por mensagem de celular. A P2 demonstrava carinho de forma habilidosa (escore 4) conversando, dizendo que amava o filho, pegando-o no colo e beijando-o. Como consequência, o adolescente apresentava tanto comportamentos habilidosos (escore 2) sorrindo e retribuindo os carinhos, quanto problema comportamento (escore 3) como: choramingar, empurrar, xingar, chuta. A P2 informou que os problemas de comportamento ocorriam quando o garoto já chegava em sua casa alterado e agressivo, não sendo muito receptivo aos carinhos da mãe.

Na Fase de Pós-teste, as demonstrações de carinho passam a acontecer quando o adolescente visitava a mãe, quando estava bonzinho e por mensagem de celular (Situações de lazer escore 2) e (quando faz o que os pais gostam, escore 1). A P2

o faz por abraçar o filho, dizendo que o amava e conversando com ele. Como consequência o menino aceita o carinho (HS, escore 1), mas também começa a se comportar de forma infantil para sua idade, choramingando (PROBL, escore 1). Na Fase de Seguimento, como o adolescente não estava mais morando com a mãe, esta relata demonstrar carinho apenas por mensagem de celular (Situações de lazer escore 1), escrevendo que o ama, ensinando como lavar roupa uma vez que o menino passou a ter responsabilidades na casa do tio, dizendo que sente saudade e enviando mensagens automáticas do celular de expressão de sentimentos (HSE-P, escore 4). A P2 relatou que nesses momentos o filho sempre responde de forma carente e infantil (PROBL, escore 2), muito provavelmente pela perda dos reforçadores que o contato físico com a mãe lhe proporcionava. Embora P2 negligenciasse os cuidados com o filho, tratava-se de uma mulher carinhosa quando os filhos iam até ela.

A Figura 10 apresenta a interação de P3 quando a demonstrar carinho ao sobrinho. A P3 relatou na Fase de Pré-teste que tentava demonstrar carinho apenas quando o garoto não estava bem (escore 2), principalmente quando ele dizia que queria se matar ou reclamava que não sabia porque tinha nascido. Quanto à forma de demonstrar (HSE-P, escore 1), a tia falava que não era para ele pensar assim porque ela gostava dele, ao que o adolescente ora escutava e expressava entendimento (HS, escore 2), ora saía de perto deixando a tia falar sozinha (PROBL, escore 1).

No pós-teste, observa-se que a tia passa a demonstrar carinho em situações de lazer (escore 1) atendendo alguns pedidos do menino e às vezes saindo com ele para ir ao centro da cidade comprar algo (HSE-P, escore 2). Como consequência, o garoto passa a interagir com a tia por fazer perguntas (HS, escore 1), mas às vezes permanece calado (PROBL internalizante, escore 1). Na Fase de Seguimento, a P3 relatou demonstrar carinho em situações de lazer (escore 2) e quando o sobrinho não está bem

(escore 1), fazendo isso de forma habilidosa (escore 4) por conversar sobre os sentimentos do menino, dizer que gosta dele como filho, defende-lo diante de outros, atendendo seus pedidos. Relatou um episódio no qual o menino estava triste dizendo que quando a mãe foi morar em outro país o deixou em qualquer lugar, sem se preocupar se ele ia ficar bem. O menino disse isso porque soube que a princípio a mãe o deixou na casa da avó que estava doente e só mais tarde ligou para a tia pedindo ajuda. A tia explicou para o garoto que ele não ficou em qualquer lugar, pois foi acolhido por ela e que ali era a casa dele. Relatou que o sobrinho tem reagido favoravelmente (HS, escore 3) ouvindo, conversando e demonstrando estar feliz.

Quanto à demonstração de carinho de P4, observa-se que no pré-teste esse tipo de interação mãe-filho não acontecia. A mãe informou ter muita dificuldade em elogiar ou manter contato físico com os filhos por não ter tido modelo em casa e por considerar que eles poderiam lhe desrespeitar caso ela fosse mais dócil. Na Fase de Pós-teste, as demonstrações de carinho são relatadas quando o filho faz o que os pais gostam (escore 1) e em situações de lazer (escore 3). P4 relatou levar mais na brincadeira o que o filho falava para ela, sair para passear com ele, comprar coisas que o filho gostava como gel de cabelo e camisetas justas, além de retribuir quando o filho lhe abraçava (HSE-P, escore 4). A reação habilidosa do adolescente (escore 2) foi de sorrir e agradecer, “Valeu, mãe!” (sic). Na Fase de Seguimento, a P4 relatou demonstrar carinho diante de um comportamento do filho aprovado por ela (escore 1) e em situações de lazer (escore 2) por atender ao pedido do filho para deixá-lo ir ao carnaval e comprar coisas para ele. Tem demonstrado carinho de forma habilidosa (escore 4) por abraçá-lo, beijá-lo, dizer que gosta dele e atendendo alguns pedidos. Como consequência, o adolescente não demonstrou problemas de comportamento (escore 0) e apresentou

reações habilidosas (escore 3) como dizer que gosta da mãe, agradecer e retribuir o carinho com contato físico (abraçar).

Dentre as respostas que compõe a categoria expressividade, a demonstração de carinho e expressão de sentimentos positivos talvez sejam as mais desafiadoras, levando em consideração o desgaste causado na relação parental por conta dos problemas de comportamentos dos filhos e das práticas negativas dos pais. Além do mais, pode-se perceber na história de vida das mães/ cuidadoras selecionadas para o estudo, a falta de modelo de demonstração de carinho e expressão de sentimentos positivos por parte dos seus pais e cônjuges, marcado por interações com alta frequência de cobranças, desamparo e agressões físicas e verbais. As participantes com maior dificuldade de alteração nesse quesito foram a P3 e P4. Para P3 as expressões de afeto do sobrinho não lhe pareciam reforçadoras e para P4, tais expressões estavam vinculadas a regras como “falta de pulso firme dos pais ou dar moleza para os filhos”. Dessa forma, a terapeuta buscou auxiliar no desenvolvimento de tais habilidades sendo afetuosa com essas clientes por elogiá-las, abraça-las, dizer o quanto eram bem-vindas na sessão. Por perguntar como se sentiam quando tratadas dessa forma, além discutir a funcionalidade das regras construídas ao longo da interação com os filhos. A P2 apresentava maior variabilidade dessas respostas em relação ao filho, sendo que a dificuldade maior foi em relação à frequência, uma vez que os contatos pessoais entre ambos eram escassos e a responsividade da P2 em relação ao filho era pouca. Com relação à P1, que tem em casa outros dois filhos carinhosos e comunicativos, o trabalho concentrou-se na discriminação do que seriam respostas carinhosas para a filha, pois o que a mãe fazia outrora para demonstrar afeto era aversivo para a menina. Além de levantar as consequências para a relação de ambas, caso a mãe se propusesse a tentar uma forma de interação diferente.

A partir da análise da categoria expressividade pode-se afirmar que P1 e P4 aprenderam a expressar afeto e carinho contingente aos comportamentos dos filhos e em diversidade de situações, como em situação de lazer. Além disso, a qualidade da interação melhorou, aumentando o contato físico. A P3 passou a diversificar as ocasiões em que demonstrava carinho ao sobrinho, não apenas quando este estava mal, mas também em situações de lazer, saindo com o mesmo. Quanto a P2, observa-se que embora distante, continuou expressando afeto, com menor frequência, mas também de um jeito mais prático por ensinar coisas ao filho. A forma de expressar sentimento negativo era, sobretudo, através de prática negativa para P1, P2, P3 e P4 e, após a intervenção, passou a ser feito conversando/explicando. As opiniões dadas por todas as participantes aos filhos eram pouco variadas e até mesmo pejorativas, após a intervenção, as mães/cuidadora diversificaram as ocasiões e os assuntos. Como consequência os filhos passaram a serem mais afetivos, comunicativos e prestativos com as mães/ cuidadora, corroborando os estudos de Bolsoni-Silva et.al (2008).

As Figuras 11, 12, 13 e 14 correspondem à interação mãe/cuidadora e adolescente da P1, P2, P3 e P4 no quesito Estabelecimento de Limites. Estão incluídos nesse item situações e estratégias utilizadas para estabelecer limites, comportamentos das mães/cuidadora diante dos comportamentos esperados ou não dos adolescentes e concordância parental, referente às perguntas VI, VIII, IX, X e XII do instrumento.

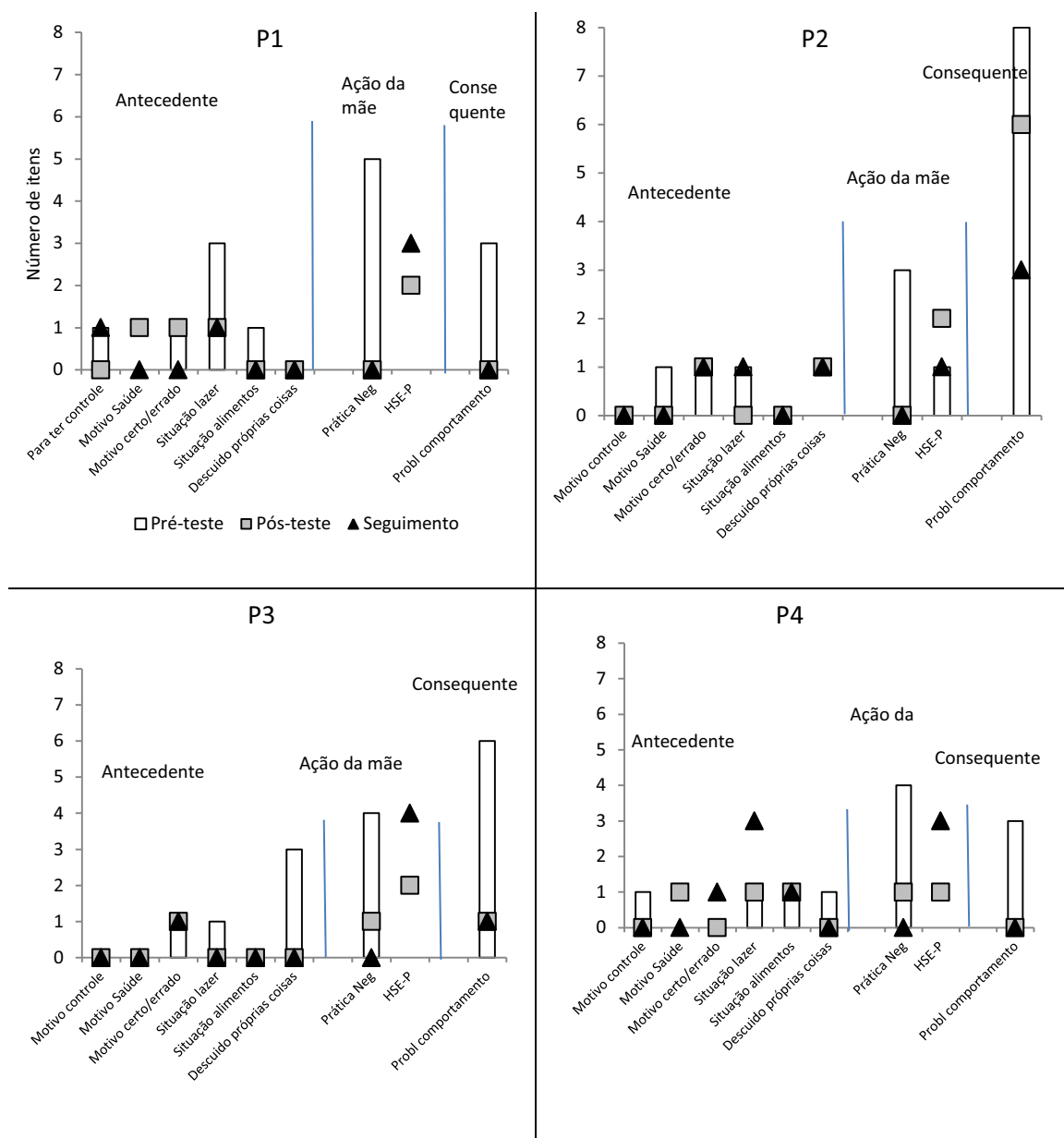


Figura 11 - Número de itens relacionados aos motivos que levam P1, P2, P3 e P4 a estabelecerem limites, a forma como o fazem e o comportamento consequente de seus filhos, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento

As perguntas respondidas pela cliente no quesito Estabelecimento de limites foram "Você estabelece limites para o comportamento de seu filho?", "O que você faz para estabelecer?", "Como seu filho reage ao limite?", "Seu filho faz coisas que você gosta?", "Seu filho faz coisas que você não gosta?", "Você e seu cônjuge se entendem quanto a forma de educar seu filho?".

Destacam-se na Figura 11, na Fase de pré-teste, os motivos e as situações nas quais a cliente estabelecia limites à sua filha - para ter controle do seu comportamento (escore 1), para ensinar o que é certo/errado (escore 1) e nas situações de lazer (escore 3) e alimentos (escore 1). O estabelecimento de limites estava atrelado a práticas negativas (escore 5) da cliente, que ficava brava, ameaçava ir embora de casa, batia na filha e como consequência, nota-se comportamentos problema da filha (escore 3), xingava, gritava e emburrava.

Após a intervenção, no pós-teste, há uma diminuição nas situações em que a cliente estabelece limites - lazer (escore 1), saúde (escore 1) e para estabelecer certo/errado (escore 1). No seguimento, os motivos eram para ter controle (escore 1) e lazer (escore 1). A forma do estabelecimento de limites se altera de práticas negativas (escore 5 no pré-teste para escore 0 nas fases seguintes), e as habilidades sociais educativas aumentam de (escore 0) no pré-teste, para (escore 2) no pós-teste e (escore 3) no seguimento, ampliando as conversas e ignorando comportamentos inadequados. O comportamento consequente da filha, registrado na Figura 11, indica uma diminuição dos problemas de comportamento de (escore 3) no pré-teste para (escore 0) no pós-teste e seguimento.

Em relação à P2, na Fase de pré-teste, os motivos e as situações nas quais a cliente estabelecia limites a seu filho eram por motivo de saúde (escore 1), orientação de certo/errado (escore 1) e situação de lazer (escore 1). Geralmente o fazia com práticas negativas (escore 3) ignorando o filho e não o comportamento inadequado, chantageando-o, batendo e às vezes conversando (HSE-P, escore 1). Como consequência, nota-se comportamentos problema do filho (escore 8), xingava, gritava, emburrava, se vitimizava, exagera falando para todos que a mãe queria mata-lo, trancava a mãe no quarto, tomava o seu celular e a agredia fisicamente.

Após a intervenção, no pós-teste, há uma variação nas situações em que a P2 estabelece limites - orientação de certo/errado (score 1) e descuido com as próprias coisas (score 1). No pós-teste, além da orientação de certo/errado (score 1) e descuido com as próprias coisas (score 1), a P2 também estabelece limites diante de lazer (score 1). A alteração mais evidente da intervenção ocorreu na forma como P2 passou a interagir no estabelecimento de limites que alterou de práticas negativas (score 3) no pré-teste, para (score 0) no pós-teste e seguimento, além de HSE-P (score 2) no pós-teste e (score 1) no seguimento. Como consequência o filho também diminuiu seus problemas de comportamento de (score 8) no pré-teste para (score 6) no pós-teste e (score 3) no seguimento.

O motivo relatado por P3, na Fase de Pré-teste, que a levava a estabelecer limites a seu sobrinho era para ensinar o que é certo/errado (score 1) e isto acontecia em situações de lazer (score 1) e descuido com as próprias coisas (score 3), pois o adolescente destruía suas roupas, calçado, bicicleta e queria frequentar festas não aprovadas pela tia. Nessas ocasiões a P3 agia com práticas negativas (score 4) como ameaçava bater; restringia dinheiro, mas depois cedia; gritava e dava sermão. Frente a essas atitudes o garoto reagia com problemas de comportamento (score, 6) como dizer que não sabia porque tinha nascido, que queria morrer, contar para a mãe o que a tia fazia com o dinheiro dele até a tia ceder, pirraçava, recusava ir para a escola, estragava mais coisas para chamar atenção. Na Fase de Pós-teste a tia passa a estabelecer limites apenas para ensinar o que é certo/errado (score 1) e por meio de sermão (PR NEG, score 1) ao que o menino também reduz seu problema de comportamento (score 1). Quanto à Fase de Seguimento, a P3 continua a estabelecer limites apenas para ensinar o que é certo/errado (score 1), quando o sobrinho apresenta algum problema de comportamento (score 3) como bater a porta da geladeira, lavar as mãos e deixar

pingar água no chão ou não lavar a louça direito. Porém, a tia tem advertido de forma habilidosa (escore 4), dando explicação sobre o que não gostou, conversando com o menino e apontando as consequências. Informou que se sente melhor nessas ocasiões e que o adolescente tem reduzido seu problema de comportamento (escore 1).

Nota-se na Figura 11, na Fase de Pré-teste, que P4 estabelecia limites a seu filho - para ter controle do seu comportamento (escore 1), em situações de lazer (escore 1), alimentos (escore 1) e nos descuidos do menino com as próprias coisas (escore 1). O estabelecimento de limites estava atrelado a práticas negativas (escore 4) como dar bronca, gritar, bater no filho e estabelecer regras exageradas sobre vestimenta e limpeza de casa. Como consequência, percebe-se comportamentos problema (escore 3) do filho como: desobedecer, ignorar a fala da mãe e repetir o erro para pirraça-la.

Após a intervenção, no pós-teste, P4 passa a estabelecer limites por motivos de saúde (escore 1), lazer (escore 1), alimentos (escore 1) e descuidos do menino com as próprias coisas (escore 1) e não mais para ter controle sobre o mesmo. A forma do estabelecimento de limites altera de práticas negativas (escore 4) no pré-teste para (escore 1) no pós-teste, e as habilidades sociais educativas aumentam de (escore 0) no pré-teste, para (escore 1) no pós-teste, conversando com explicação. Como consequência, os problemas de comportamento do adolescente diminuem de (escore 3) no pré-teste para (escore 0) no pós-teste.

Na Fase de Seguimento, P4 informou a estabelecer limites apenas para ensinar o que é certo/errado (escore 1), lazer (escore 3) e alimentos (escore 1), estabelecendo horário para as refeições, passeios, tv e computador. Tem feito isso por meio de atitudes habilidosas (escore 3) conversando e fornecendo explicações sobre o que deveriam ou não fazer. A P4 relatou se sentir bem com a forma de estabelecer

limites, principalmente por acreditar estar protegendo o filho. Como consequência, observa-se que os problemas de comportamento do adolescente apresentam (escore 0).

É comum a todas as participantes a existência de um repertório de estabelecimento de limites por meio de práticas negativas. Segundo Pacheco e Hutz (2009) e Silveira et al (2003), isso ocorre porque são os problemas externalizantes que causam mais incômodo aos pais e às demais pessoas do convívio familiar, fazendo com que os pais tomem providências urgentes para eliminá-los. Sabe-se que a punição, embora tenha efeitos colaterais, ainda é um comportamento utilizado pela eficácia dos seus efeitos imediatos em conter os problemas de comportamento dos filhos (CAMESCHI; ABREU-RODRIGUES, 2005; SIDMAN, 1995). Buscou-se com essas mães/ cuidadoras, substituir tais práticas aversivas por outras similarmente eficazes, porém com custo emocional de resposta mais baixo e cujo modelo para os filhos fosse mais adequado. Foram discutidas em sessão práticas como: descrever o que o filho fez que desagradou os pais, descrever a consequência para o próprio filho e para os a sua volta, solicitar mudança de comportamento, sugerir alternativas viáveis esperadas pelos pais, ouvir o ponto de vista dos filhos, estar aberto a negociações diante de pedidos razoáveis, além de elogiar o empenho do filho diante do seguimento de regras. Discutiuse com os pais que, embora seja mais fácil e rápido substituir tais respostas por um tapa, por exemplo, devido a fase de adolescência em que os filhos se encontravam, tal forma não seria eficaz durante muito tempo, pela força física e possibilidade do filho sair de casa. Além da possibilidade desses eventos interacionais aversivos potencializarem respostas como medo, ansiedade e raiva em pais e filhos. Ainda que os pais consigam conter comportamentos indesejados de seus filhos por meio de práticas negativas, eles podem não conseguir desenvolver laços de amizade, respeito e amor. Outro fator negativo em fazer uso apenas de práticas negativas para estabelecimento de limites nos

filhos seria o modelo ensinado sobre como resolver conflitos, que pode comprometer não apenas a constituição familiar atual, como a que os filhos formarão futuramente, conforme apontam os estudos sobre transmissão intergeracional (CARTER; MCGOLDRICK, 1995; PETZOLD, 1996; PRETO, 1995 e KITAMURA et al., 2009 citado por RIBEIRO, 2012; WEBER et al., 2006). Não aprendendo a amar e resolver problemas, os jovens podem sair de casa mais cedo, constituir famílias precocemente e ao se confrontar com problemas familiares, agir da forma como estão habituados a agir: com agressividade, isolamento e desrespeito por si e pelo outro.

A tentativa de mudança das práticas negativas para as que proporcionem educação e proteção ao adolescente, corroboram com os dados de pesquisa citados por Cameschi e Abreu-Rodrigues (2005) que apoiam a investigação de estratégias que melhorem a eficiência de procedimentos menos aversivos como extinção, uso de reforço diferencial e ensaio comportamental, para citar alguns.

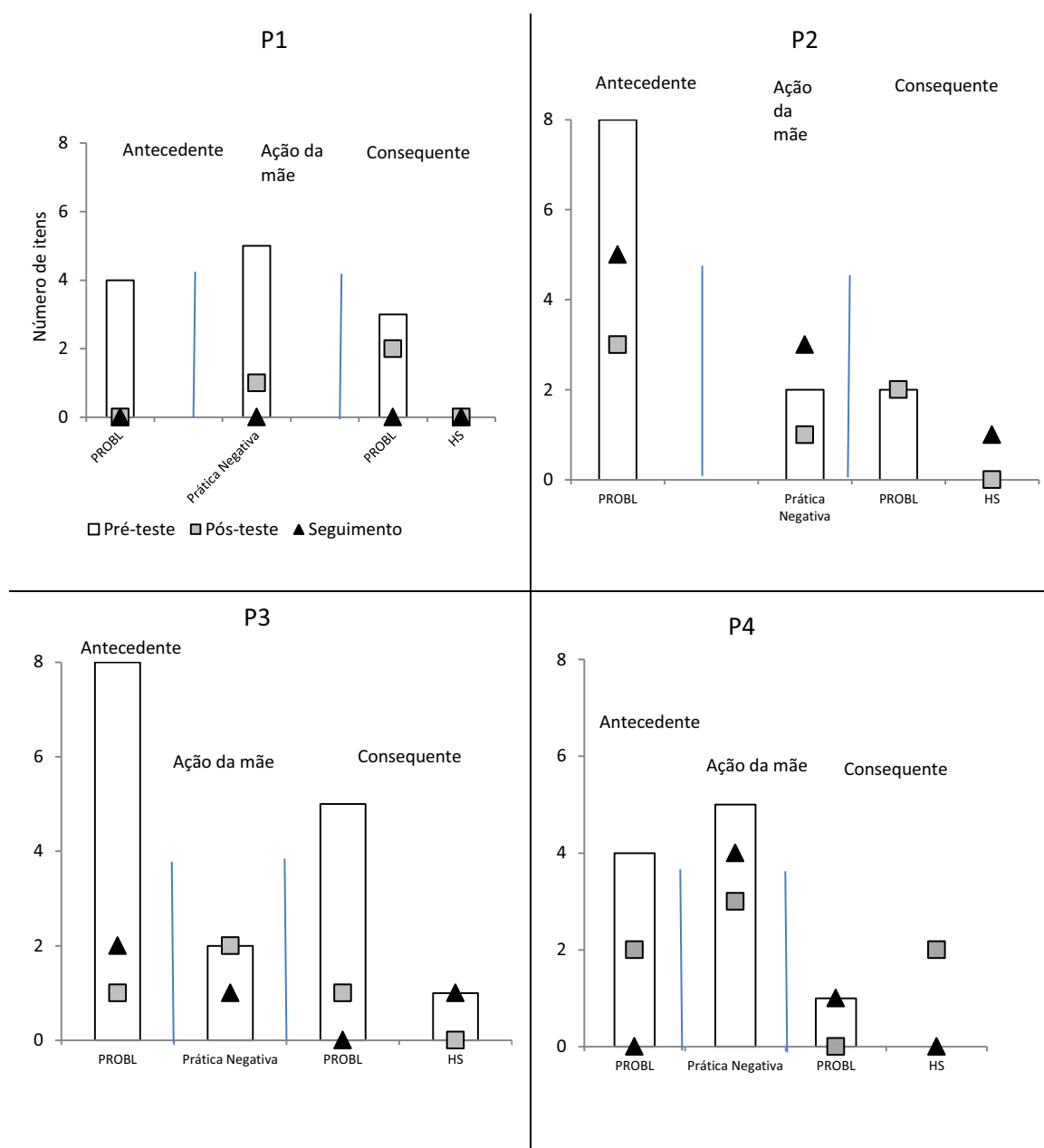


Figura 12 - Número de itens relacionados ao estabelecimento de limites diante das atitudes dos filhos que as mães/ cuidadoras não gostam, a forma como o fazem e o comportamento consequente de seus filhos, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4

A Figura 12 apresenta os dados de análise referentes aos comportamentos da P1 diante de atitudes da filha que a mãe não gosta. Os principais comportamentos no pré-teste, eram do tipo externalizante (escore 4) responder, xingar, enfrentar, desobedecer ao que a mãe reagia com práticas negativas (escore 5) falava alto, ameaçava sair de casa, batia, xingava, colocava de castigo e como consequência outros

problemas de comportamento (escore 3) permaneciam como responder, tremer, se isolar no quarto.

Nas Fases de Pós-teste e Seguimento, o estabelecimento de limites diante de comportamentos externalizantes diminui para (escore 0), a práticas negativas da P1 diminuem para (escore 1) no pós-teste, se sentindo mal, e (escore 0) no seguimento. Os problemas de comportamento consequentes da filha também diminuem para (escore 2) no pós-teste, permanecendo calada e no quarto e (escore 0) no seguimento.

Quanto ao filho de P2, no pré-teste apresentava problemas de comportamento que a mãe não gostava (escore 8) como não estudar e nem copiar matéria, não aceitar regras, brigar com colegas e professores de modo a ser expulso da escola, ser desorganizado com as próprias coisas, fazer parceria com ex-namorados da mãe para pirraça-la, fugir de casa. Diante desses comportamentos do filho, P2 apresentava práticas negativas (escore 2) como sentir-se incapaz e não fazer nada muitas vezes, ao que o filho reagia dizendo que a culpa sempre era dos outros ou contando uma mentira para justificar suas ações (PROBL, escore 2).

Nas Fases de Pós-teste e Seguimento, P2 relata como comportamentos do filho que ela não gostava (escore 3 e 5, respectivamente) atitudes como sair com os amigos sem avisar, desobedecer, mentir, ser desorganizado e brigar com a tia. Nessas ocasiões as reações de P2 no pós-teste era de se vitimizar dizendo que era incapaz de ser mãe (PR NEG, escore 1) ao que o filho reagia com estupidez, xingando-a (PROBL, escore 2) e no seguimento passou a se sentir mal, brigar e dar sermão (PR NEG, escore 3), ao que o filho passou a ora ignorar e não obedecer (PROBL, escore 2), ora a ouvir (HS, escore 1). Pode-se hipotetizar que os comportamentos inadequados do adolescente parecem estar relacionados ao comportamento negligente da mãe, pois quando no seguimento, esta passa a se importar com o que o filho faz e dar sermão, ainda que seja

uma prática negativa, o filho passa a ouvi-la. Atitudes da mãe como se vitimizar dizendo que não é uma boa mãe, se sentir mal ou não fazer nada parecem contribuir para a manutenção dos problemas de comportamento do filho.

Na Fase de Pré-teste, P3 relatava como comportamentos do sobrinho que ela não gostava (escore 8) colocar fogo nas coisas, brincar com o que não podia, estragar suas roupas, calçados e bicicleta, não fazer tarefa, rabiscar/ desenhar no caderno ao invés de copiar matéria, conversar demasiadamente na escola. Nessas ocasiões a tia relatou se sentir culpada, mas sem saber o que fazer (PR NEG, escore 2) ao que o garoto reagia às vezes assumindo seus erros (HS, escore 1), mas na maioria das vezes mentindo, fingindo que não era com ele, saindo de perto para evitar contato, sendo irônico (PROBL, escore 4).

A Figura 12 retrata que na Fase de Pós-teste, P3 relatou que se incomodava apenas quando o sobrinho não atendia suas expectativas (escore 1), como por exemplo, quando ele chegava da escola antes da tia e adiantava o almoço sem ligar perguntando o que poderia fazer para comer. A P3 informou que embora saiba que precisa melhorar com o sobrinho, sente-se mal e reage dando sermões (PR NEG, escore 2). Como consequência, P3 relatou que o garoto apenas ignora o que ela diz (PROBL, escore 1). Já na Fase de Seguimento, observa-se que P3 relatou se incomodar quando o sobrinho teimava em alguma ação ou ignorar a fala de P3 (PROBL, escore 2). A tia reage com sermões (PR NEG, escore 1) ao que o menino tem expressado sua opinião sobre o ocorrido de forma assertiva (HS, escore 1).

É possível observar para P4, que na Fase de Pré-teste, os comportamentos do filho dos quais P4 não gostava (escore 4) se relacionava a se vestir com roupas muito justas, reclamações da escola sobre suas conversas excessivas em sala de aula, bater nos irmãos, limpar a casa com som alto e enviando mensagens no celular. Nessas ocasiões a

mãe relatava que ficava revoltada, batia, xingava, jogava e quebrava objetos no filho (PR NEG, escore 5) ao que este reagia com ironia rindo da cara da mãe (PROBL, escore 1).

Após a intervenção, a avaliação de pós-teste indica que houve uma diminuição nos comportamentos do filho desaprovados pela mãe (escore 2) como: pirraçar os irmãos e se depilar no banheiro deixando todo bagunçado. Frente a esses comportamentos a mãe conversa com o filho explicando o que não gostou (HSE-P, escore 1), mas de vez em quando fica com raiva, dá bronca ou bate (PR NEG, escore 3). Informou que o filho tem reagido pedindo desculpas “foi mal, mãe!” (sic) e argumentando (HS, escore 1). Na Fase de Seguimento, P4 relatou não gostar do estilo de roupa do filho e embora concorde que se trate de gosto pessoal, fica incomodada (PR NEG, escore 4) e reage dando sermões, dizendo coisas que magoa o menino e pedindo para ele trocar de roupa. Nessas ocasiões o adolescente reage ignorando a fala da mãe (PROBL, escore 1).

As reações mais habilidosas de P1, P2 e P4 diante dos problemas de comportamento dos filhos após a intervenção, passaram a ser similares às ações dos pais das crianças sem problema de comportamento da pesquisa de Bolsoni- Silva e Marturano (2007). Tal constatação indica a importância de estudos descritivos que indicam comportamentos que podem ser preditivos de problemas de comportamentos ou de habilidades sociais, dando suporte, portanto, ao clínico que pretende trabalhar com essa temática.

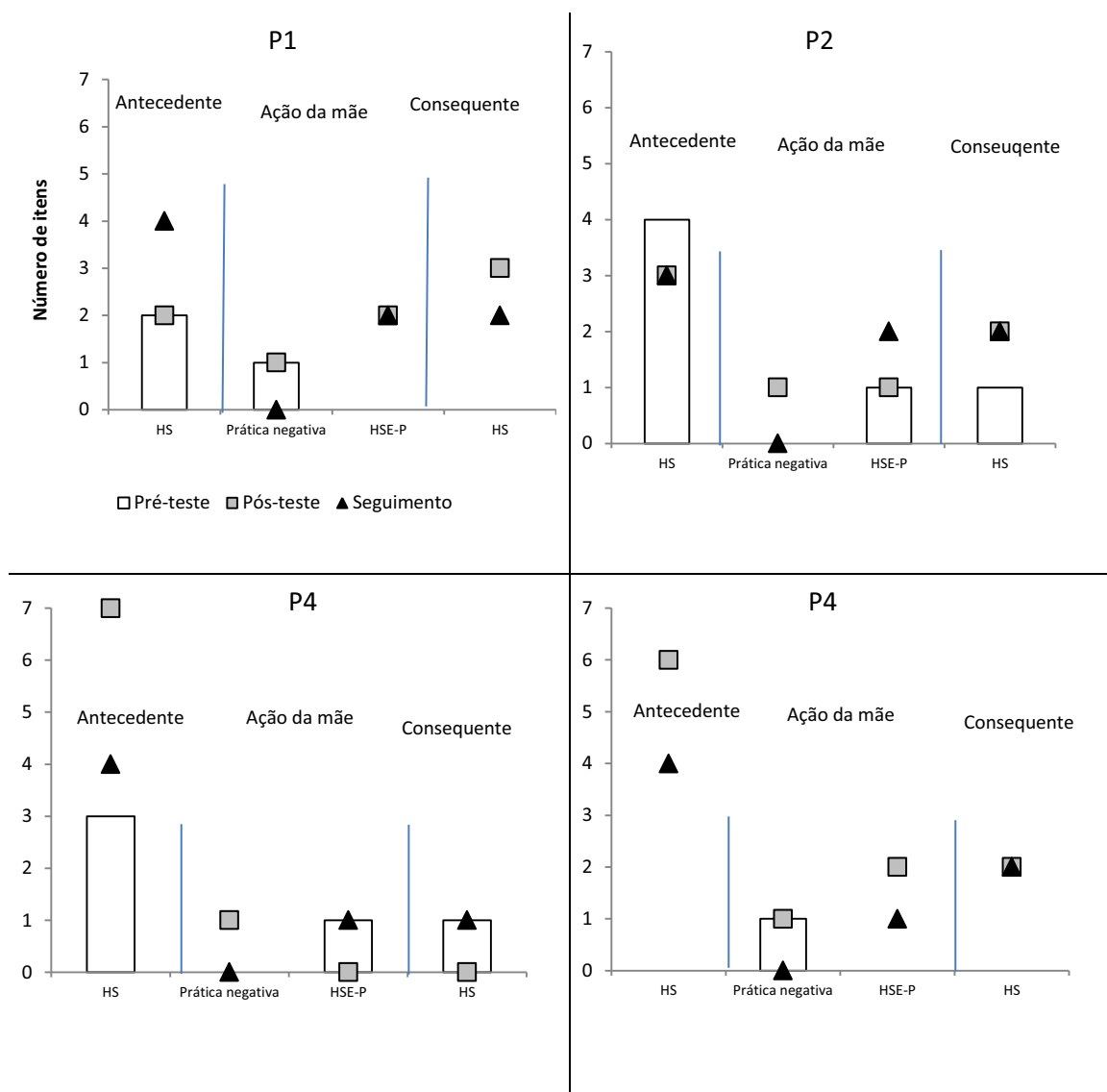


Figura 13 - Número de itens relacionados às atitudes dos filhos que as participantes gostam, a forma como reagem e o comportamento consequente de seus filhos, nas Fases de Pré-teste, Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4

A Figura 13 apresenta o número de itens relacionados à reação da P1 diante de atitudes da filha que a mãe aprovava. As habilidades sociais da filha, percebidas pela mãe passaram de (escore 2) no pré-teste, (escore 2) no pós-teste para (escore 4) no seguimento. Dentre as atitudes da filha pode-se destacar, no pré e pós-teste, se arrumar e limpar a casa. Também apareceram atitudes como fazer bons amigos, frequentar a igreja, bom comportamento na escola e no trabalho novo. Inicialmente, no pré-teste, a mãe consequenciava tais atitudes com práticas negativas (escore 1), fazendo

brincadeiras de tirar sarro - “*Você tá chic! Sê acha! Mas precisa emagrecer*” (sic). Na Fase de pós-teste, embora tenha permanecido a prática negativa (escore 1) relacionada a ignorar o que a filha fez de bom, também ocorreu HSE-P (escore 2) referente a conversar e elogiar a filha por seu bom comportamento. Na fase de seguimento não ocorreram mais práticas negativas e permanecem as HSE-P (escore 2) de P1. Como consequência, observam-se as HS da filha aumentar de (escore 0) no pré-teste, para (escore 3) no pós-teste e (escore 2) no seguimento, com comportamentos como sorrir, interagir com a família saindo mais do quarto, brincar, chamar a mãe para sair.

Quanto aos comportamentos do filho de P2 de que a mãe gostava, estão no pré-teste, atitudes como ser sociável, carinhoso, ter facilidade para mexer e ensinar coisas de informática, ser prestativo com os de fora (HS, escore 4). Nessas ocasiões a P2 informou que agia de forma a elogiar o filho (HSE-P, escore 1) ao que este demonstrava contentamento por sorrir (HS, escore 1). Na Fase de Pós-teste, conforme demonstra a Figura 13, o adolescente passa a apresentar comportamentos aceitáveis pela mãe continuando a ser prestativo com os de fora, educado com as pessoas do trabalho da mãe e comunicativo. Como consequência, P2 informou que ora elogiava o filho (HSE-P, escore 1), ora ficava calada (PR NEG, escore 1) e nos momentos em que a mãe o elogiava, o adolescente dizia se sentir feliz e sorria (HS, escore 2). Na Fase de Seguimento, quando o filho já está morando com o tio, diante de atitudes do filho em um final de semana que veio visitar a mãe como sair e avisar para onde vai, ficar em casa ao invés de ir para a Lan House, cumprir promessas quanto ao horário de chegar em casa (HS, escore 3), a mãe consequência elogiando e dizendo que ele está bem melhor (HSE-P, escore 2). Nessa ocasião relatou que o menino ficou carinhoso com a mãe e sorridente (HS, escore 2).

Conforme mostra a Figura 13, a P3 conseguia identificar, no pré-teste, comportamentos do sobrinho de que gostava como ele lavar a louça às vezes, tirar o lixo e lavar a própria roupa (HS, escore 3), ao que a tia relatou elogiar quando tinha tempo. Como consequência, informou que o sobrinho se sentia bem (HS, escore 1). Na Fase de Pós-teste, embora o adolescente apresentasse um maior número de comportamentos desejáveis para a tia (HS, escore 7) como passar a frequentar uma igreja, ir ao clube, sair com amigos, estar mais calmo em casa, carinhoso, ser elogiado na escola por seu bom comportamento, fazer perguntas para a tia para checar o que poderia ou não fazer de almoço, a reação da P3 é de não fazer nada frente a esses comportamentos (PR NEG, escore 1), o que impossibilita alguma respostas, quer habilidosa ou não, do menino para a tia. Já na Fase de Seguimento, P3 relata que o sobrinho continua fazendo coisas que ela gosta (escore 4) como ir à igreja, ajudar na limpeza da casa, dar dinheiro para a tia quando ela precisa, não sair para festas que a tia desaprova. A reação da P3 continuou a de não fazer nada frente a esses bons comportamentos do adolescente (PR NEG, escore 1). No entanto, o menino tem reivindicado reconhecimento (HS, escore 1).

Na Fase de Pré-teste de P4, quando perguntado sobre o que o filho fazia de bom, a P4 respondeu que não havia nada que ela gostasse e ainda enfatizou que mesmo diante de comportamentos que ela achava que era obrigação dele fazer, ela não fazia nada para consequenciar (PR NEG, escore 1). Na avaliação do pós-teste, é possível observar que a mãe já consegue discriminar os bons comportamentos do filho (HS, escore 6) como: ser carinhoso, obediente, frequentar academia, ter amigos, ajudar em casa lavando a louça, banheiro e carpindo o quintal, avisar quando vai sair. Diante dessas ações algumas vezes a mãe não faz nada (PR NEG, escore 1), mas as vezes elogia e faz perguntas demonstrando interesse pelas atividades do filho (HSE-P, escore

2) e como consequência o adolescente responde as perguntas da mãe e sorri demonstrando contentamento (HS, escore 2).

Na avaliação de seguimento, P4 informou que o filho tem feito coisas aprovadas pela mãe (escore 4) como obedecer a horários estabelecidos para sair e chegar em casa, conversar mais com a mãe, atender seus pedidos, tem sido responsável no trabalho. Nessas ocasiões P4 tem elogiado o filho dizendo o que gostou (HSE-P, escore 1), ao que o menino reage com comportamentos habilidosos como fazer gesto de positivo com o dedo e sorrir (HS, escore 2).

Quanto à pergunta XII do RE-HSE-P sobre concordância parental, observa-se no pré-teste que P1 relatou que havia concordância na forma de educar os filhos, pois sempre que ela fazia algo (geralmente práticas negativas) o marido não falava nada. Nessa fase, a cliente não conseguia identificar a falta de participação do marido e a passividade dele diante do comportamento dos filhos como um problema. Relatou que só discordavam quando o assunto era religião, pois ela proibia os filhos de frequentarem igrejas diferentes da que ela foi criada e o marido dizia que isso era errado. Nas Fases de Pós-teste e Seguimento, a P1 relatou que o casal pensava diferente quanto à forma de educar os filhos, pois ela começou a exigir mais a presença do marido e perceber que ele não tinha autoridade sobre os filhos. Informou que quando ela insiste que ele faça algo, geralmente ele toma uma atitude permissiva demais, ao que ela precisa intervir e o desautorizar ainda mais. Relatou um episódio no qual estavam em um parque de diversões e o filho caçula queria ir a um brinquedo perigoso para sua idade, a P1 já havia falado que não, mas o filho começou a chorar. P1 pediu a ajuda do marido, ele autorizou que o menino fosse. Nessa ocasião, além de ter que voltar atrás na ordem que o pai tinha dado, ficou nervosa e gritou com o pai e com o filho na frente de todos (PR

NEG, escore 4). A P1 relatou que não poder contar com a ajuda do marido tem sido um grande desafio.

A P2 relatou no pré-teste que não havia concordância na maneira de educar o filho (PR NEG, escore 3), pois o ex-marido era muito permissivo, acreditava nas mentiras do filho e o defendia de todos ainda que ele estivesse errado. Havia pouco diálogo entre P2 e o ex-marido, mas geralmente quando a P2 reclamava o ex-marido a agredia verbalmente, a lembrava de que ele é quem detinha a guarda do adolescente e colocava o filho contra a mãe por dizer que ela não era responsável (PR NEG, escore 3). A avaliação de pós-teste indicou que embora não houvesse concordância, P2 já conseguia conversar com o ex-marido sobre a importância de o filho ter uma educação consistente (HSE-P, escore 1) e até mesmo o convenceu de autorizar a ir morar com o tio materno. No seguimento, P2 relatou que não houve ocasião para que as conversas com o ex-marido ocorressem, mas mencionou que ele tem mantido a palavra de permitir que o menino fique com o tio.

Para P3, tanto na avaliação de pré-teste, quanto nas de pós-teste e seguimento indicaram que a tia é a maior responsável pela educação do sobrinho e que quando o tio se aproxima para dizer algo, ela o interrompe (PR NEG, escore 1), pois acredita que ele pode bater e criar um problema maior. A reação do tio, conseqüentemente, é de falar “então você se vira, dá um jeito sozinha” (sic) (PR NEG, escore 1). Parece que a P3 embora tenha demonstrado cansaço em ter que educar o sobrinho sozinha, não permite que outros membros da família dividam com ela essa responsabilidade, pois acredita que mãe ainda virá buscar o adolescente.

Em relação à P4, na Fase de Pré-teste, relatou não concordar com a forma de o marido educar os filhos (PR NEG, escore 1), pois ele era “puxa saco” (sic) da caçula que é a única menina e acabava não sendo carinhoso com os outros filhos.

Informou que expressava seus desentendimentos com o marido na frente dos filhos (PR NEG, escore 1) e como consequência acabavam brigando e se agredindo fisicamente (PR NEG, escore 2). Nas Fases de Pós-teste e Seguimento, relatou que ambos têm concordando mais com a forma de educar os filhos, que o marido tem conversado e dado mais explicação sobre o que devem ou não fazer, com todos os filhos (HSE-P, escore 3). Informou que ainda discutem na frente dos filhos, principalmente sobre problemas conjugais e que o marido a chama de “enjoada” (PR NEG, escore 2), mas que tem havido mais conversa em família (HSE-P, escore 1).

Ao se analisar a categoria estabelecimento de limites, percebe-se que houve uma diminuição das práticas negativas na interação com os filhos para todas as mães/cuidadoras, sendo que P1, P2 e P4 ainda aumentaram suas habilidades educativas parentais. Consequentemente, houve uma diminuição dos problemas de comportamentos para os filhos de P1, P3 e P4. Ao se observar os comportamentos dos filhos não aprovados pelas mães/cuidadoras, percebe-se que obtiveram escore menor nas Fases de Pós-teste e Seguimento para P1, P2, P3 e P4. Nota-se também que os comportamentos aprovados pelas mães/cuidadoras obtiveram escore maior nas Fases de Pós-teste e Seguimento para P1, P3 e P4 e que estas passaram a consequenciar com elogios e demonstração de interesse. Quanto à concordância parental, nota-se que a intervenção auxiliou que P1 discriminasse a participação do marido na educação dos filhos como um aspecto importante, porém a intervenção não foi suficiente para que as habilidades treinadas em sessão se generalizassem para a relação da P1 com o marido. Para P2 e P4, a intervenção parece ter oportunizado diálogo nas questões de divergência entre o casal, de forma a agirem em uníssono no que diz respeito às decisões tomadas para com os filhos.

De maneira geral, ao se observar a mudança na interação mães/ cuidadoras e seus filhos, percebe-se que embora todas as participantes e seus filhos tenham se beneficiado da intervenção em alguma medida, algumas mães tiveram resultados mais expressivos no que diz respeito à diminuição das suas práticas negativas e aumento das suas habilidades educativas parentais do que outras. As diferenças nos ganhos terapêuticos de pais/ cuidadores também foram observados no estudo de Bolsoni-Silva et al (2008). Em um grupo de 14 pais/ cuidadores, houve os que apresentaram melhoras em todas as áreas avaliadas pelos instrumentos, os que apresentaram ganhos parciais e aqueles cujos ganhos não foram observados. As diferenças nos ganhos terapêuticos ocorrem por variáveis que ainda precisam ser melhor rastreadas, tais como o estilo parental, características do repertório individual, mudança do comportamento do filho ser reforçador ou não para os pais, entre outros. No entanto, observa-se que a mesma sensibilidade que o atendimento individual proporciona para análise de contingências e alteração de repertório comportamental de cada participante, pode ser observada também com a utilização desse procedimento em atendimento de grupo. Tais dados corroboram com as sugestões da prática baseada em evidências sobre a flexibilização no uso de manuais às necessidades individuais dos participantes (KRATOCHWILL; STOIBERM, 2002).

Sabe-se que o programa de intervenção é composto pela modelagem e modelação direta das habilidades em sessão e também do treino por meio das tarefas de casa fora da sessão. Quando realizada, as tarefas de casa podem oportunizar um contexto de interação no qual as consequências naturais positivas dos membros da família colaborariam para a generalização dos comportamentos trabalhados em sessão. Nesse sentido, ao compararmos a quantidade de tarefas de casa realizadas pelas participantes, observa-se que das 13 tarefas solicitadas para cada uma durante o

processo terapêutico, a P1 realizou 9 tarefas, a P2 e P3 fizeram 5 tarefas e a P4, 8 tarefas. Além de outras variáveis presentes para a discussão dos possíveis ganhos terapêuticos, observa-se que as participantes com resultados mais expressivos foram as que realizaram mais tarefas de casa, ou seja, as mães cujo foco era a alteração da interação com o filho.

Com relação aos resultados da intervenção, conclui-se que o procedimento elaborado para intervenção em grupo com pais/ cuidadores de crianças, cujos resultados demonstraram efetividade, também pôde ser aplicado em terapia individual com mães/ cuidadoras de adolescentes e com resultados semelhantes. A utilização de instrumentos padronizados e validados gerou medidas sobre a eficácia e eficiência do procedimento de intervenção, contribuindo para melhorar a prestação de serviços aos clientes que procuram por psicoterapia (KRATOCHWILL; STOIBERM 2002; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2007).

O modelo de intervenção utilizado também se adequa aos princípios da Psicologia Baseada em Evidências, por contemplar aspectos como: a utilização de manuais produzidos e avaliados para que se possam padronizar aspectos de avaliação e implementação, ainda que existam variações individualizadas com flexibilidade e adaptação. O modelo utilizado também contemplou multi-métodos de avaliação e o foco na promoção de competências comportamentais, emocionais e sociais que se destacam pela relevância social. Tratou-se também de uma intervenção baseada em avaliações funcionais, com possibilidade de medir os efeitos do procedimento tanto antes quanto após a sua realização, além de averiguar a consistência dos efeitos (medidas de generalização) e a durabilidade dos efeitos (avaliação de follow up) (KRATOCHWILL; STOIBERM 2002; APA, 2006).

Foi possível observar ganhos provenientes da intervenção psicoterápica com todas as mães/ cuidadoras tanto ao final do processo psicoterápico quanto nas avaliações de seguimento, porém os ganhos foram diferentes para as mães cujo foco era o desenvolvimento e melhora na relação com os filhos, daquelas cujo interesse estava voltado para seus próprios problemas pessoais apenas a remoção do comportamento problema do adolescente. Para P1 e P4, os resultados foram o aumento das habilidades educativas parentais e redução das suas práticas negativas, juntamente com o aumento das habilidades sociais dos seus filhos adolescentes e a diminuição dos problemas de comportamento. Para P2, os resultados do pós-teste, com base nos instrumentos que avaliavam HSE-P e PROBL do filho, indicaram pouca generalização das habilidades discutidas em sessão na interação com o filho, sendo a mudança mais evidente a redução das práticas negativas. Desta forma, a alteração nos comportamentos problema do filho também ficou comprometida.

Para P3, observou-se como ganho terapêutico a ampliação de práticas positivas relacionadas às variáveis de contexto, ou seja, passou a interagir com mais frequência e com maior variedade de assuntos com o adolescente. Também foi possível observar o aumento de habilidades educativas parentais na Fase de Seguimento. Como consequência, houve alteração no comportamento do adolescente com o aumento das habilidades sociais e a redução de seus problemas de comportamento. Para essa cuidadora, cuja análise do caso demonstrou não ser reforçadora a melhora da relação interpessoal com o garoto, só foi possível observar a diminuição das práticas negativas na avaliação de seguimento.

Discute-se como alternativa para trabalhar com mães/ cuidadoras com estilo parental negligente (P2 e P3), a realização desse procedimento em terapia de grupo como forma de ampliação do contato com outros modelos de maternidade. Outra

possibilidade diz respeito ao desenvolvimento do "Comportamento Moral" Gomide (2011). A autora apresenta uma proposta para o ensino das virtudes como culpa, reparação de dano e perdão, generosidade, empatia que poderiam contrapor o estilo parental negligente.

Em relação aos resultados de processo, foi observado também que a categoria recomendação não produziu efeitos deletérios ao longo do processo terapêutico que comprometessem a permanência das clientes na terapia ou que influíssem negativamente nos resultados de produto, ainda que tenha diminuído a descrição de contingências por parte dos clientes nas sessões em que foi utilizada com maior frequência.

O uso da recomendação como uma variável de processo, pareceu facilitar a intervenção no que diz respeito a facilitar a ocorrência de Solicitação (SOL) para três das quatro clientes (P1, P2 e P4), que envolve o fazer pedidos (informações, opiniões, asseguramento, recomendações ou procedimentos) do cliente ao terapeuta. Também foi possível observar, que ao recomendar, o terapeuta facilitava a expressão da categoria Concordância (CON) por parte de três das quatro participantes (P1, P2 e P4). No entanto, o aumento da frequência da Recomendação pareceu dificultar para três das quatro clientes (P1, P2 e P3) o estabelecimento de relações entre eventos (CER), que se trata de um indicativo de que o cliente está aprendendo a descrever as variáveis controladoras de seu comportamento. Dessa forma, os resultados sugerem que para a estrutura de atendimento oferecida às participantes, ao receberem recomendações sobre o que deveriam ou não fazer na relação com os filhos, as clientes geralmente aceitavam, tiravam suas dúvidas, mas descreviam menos os controles de seu comportamento ou a relação entre a regra dita e o contexto vivenciado pelas mães/cuidadoras. É importante salientar que o programa de intervenção indica o uso de perguntas abertas e solicitação

de reflexão (SILVEIRA, 2009). Assim, hipotetiza-se que apresentar os temas ou conversar com os pais no formato psicoeducacional (uso maior de Recomendação), pode garantir compreensão (CON) e participação com perguntas (SOL), mas não garante que as habilidades aprendidas sejam relacionadas ao contexto fora de sessão (CER). Reforçando a importância da característica terapêutica do programa utilizado.

Mapear variáveis do terapeuta bem como as reações dos clientes, pode ser uma forma de dar sustentabilidade aos dados de produto, de forma a identificar classes de comportamentos que poderiam favorecer a adesão dos clientes à terapia e aos procedimentos utilizados e também as classes de comportamento que facilitariam a forma de condução das temáticas discutidas em sessão capazes de gerar mudanças ou não de acordo com as características dos clientes. Considerando que desenvolver habilidades educativas parentais não é apenas apresentar os temas ou conversar com os pais no formato psicoeducacional, mas sim psicoterapêutico, faz-se necessário além do aprimoramento da tecnologia sobre o mapeamento das habilidades importantes na relação parental (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2006, 2008), contribuir para o mapeamento da forma de ensinar essas classes de respostas garantindo a eficiência e efetividade (KRATOCHWILL; STOIBERM 2002; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2007). Assim, poder-se-ia falar também de comportamentos terapêuticos habilidosos, compreendidos e descritos de um ponto de vista relacional, para auxiliar no desenvolvimento de comportamentos habilidosos do cliente (BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivos a) verificar os efeitos do aumento da frequência das respostas de Empatia e Recomendação do terapeuta no processo de interação terapeuta-cliente e b) avaliar os efeitos do modelo de “Intervenção em grupo para pais”, aplicado em terapia individual, tanto na ampliação de repertório social positivo dos pais/filhos quanto na redução de práticas negativas e problemas de comportamento de filhos adolescentes.

Para investigar o primeiro objetivo, foi proposto um delineamento quase experimental de sujeito único (A, B, C) para a avaliação da interação terapeuta-cliente. A letra A correspondeu a Fase de Linha de base, condição na qual se deu início ao processo de intervenção terapêutica sem a alteração intencional de nenhuma categoria verbal vocal do comportamento da terapeuta. As letras B e C correspondem às Fases de Recomendação e Empatia, nas quais ocorreu a alteração da frequência dos comportamentos verbais vocais de Recomendação e Empatia, respectivamente. Também houve a aplicação do inventário WAI ao final de cada fase.

Os resultados da investigação do primeiro objetivo possibilitaram discutir aspectos importantes acerca da possibilidade de realização de pesquisa experimental aplicada, cuidados metodológicos, comportamentos do terapeuta e a interação terapêutica, além da colaboração para a área da psicologia baseada em evidências.

Um ponto forte da pesquisa para a contribuição metodológica foi à transcrição e categorização de todas as sessões utilizadas na pesquisa e a utilização de um delineamento quase experimental. É de praxe na área da pesquisa clínica no estudo da relação terapêutica, a utilização de partes de sessões ou de algumas sessões para se realizar a análise, além de grande parte das pesquisas serem correlacionais descrevendo resultados em termos de preditores ou não do processo. A transcrição e categorização de

todas as sessões permitiram analisar de forma integral o processo terapêutico e nuances da interação terapeuta-cliente ao longo das fases experimentais. A utilização de um delineamento quase experimental foi proposto como uma alternativa para sanar os problemas oriundos das pesquisas correlacionais, na tentativa de se encontrar relações de causalidade entre o comportamento do terapeuta e do cliente.

A ocorrência das categorias Recomendação e Empatia com uma porcentagem maior do que a média encontrada na literatura durante as fases experimentais sugere também a possibilidade de se alterar voluntariamente a frequência de um determinado comportamento do terapeuta, por um período de tempo, tornando-a mais frequente que os demais, por meio de treino e feedbacks contingentes do desempenho do terapeuta sessão a sessão. Esse dado é de interesse ao cogitar-se a possibilidade de pesquisas experimentais em âmbito aplicado.

A literatura sobre RT demonstra que há uma forte correlação entre a empatia e o sucesso da terapia e que a baixa adesão à terapia também está correlacionada a comportamentos recomendativos. A metodologia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa não permitiu relacionar os ganhos terapêuticos evidenciados nas avaliações de pré, pós-teste e seguimento à ocorrência da Empatia, discordando da literatura. Em virtude da 'Empatia' contemplar ações ou verbalizações do terapeuta que sugerem acolhimento, aceitação, cuidado, entendimento, pode ser que essa classe de verbalizações tenha contribuído para a criação de um ambiente terapêutico amistoso e não punitivo favorável às expressões dos clientes sobre qualquer tipo de evento, tornando possível intervenções mais efetivas pelo terapeuta.

Não se observou alteração sistemática do comportamento das participantes quando a variável alterada pelo terapeuta foi a Empatia, pela categorização do SiMCCIT. No entanto, os blocos de sessões analisados pelo WAI demonstraram que a

empatia elevada por parte do terapeuta teve algum impacto na avaliação dos clientes sobre os Objetivos da terapia. Ou seja, sessões consecutivas em que o terapeuta passava a maior parte das suas interações acolhendo expressando entendimento aos clientes parecera dificultar que esses compreendessem o que precisavam fazer, quais objetivos ou alternativas poderiam ser propostas ou discutidas diante das queixas.

Quanto à escolha da VI, em virtude do procedimento utilizado para intervenção se basear na modelagem em sessão das habilidades parentais, uma sugestão seria a manipulação da categoria Solicitação de Reflexão, por se tratar de uma categoria diretiva, apoiada pelo procedimento, que visa mudança, mas não da forma estrutural da Recomendação, que pareceu dificultar o estabelecimento de relações por parte dos clientes.

Devido aos resultados referentes à empatia e recomendação não serem uníssonos para todas as participantes, pode-se levantar como hipótese que o delineamento utilizado não foi suficientemente sensível para responder de forma coesa a pergunta de pesquisa, embora ele tenha dado indicativos da influência das variáveis estudadas sobre o comportamento das clientes.

Uma possível alternativa seria simplificar o número de variáveis estudadas, manipulando apenas uma, com a utilização de um delineamento experimental de reversão (A/B1/A/B2/A), no qual A seria a medida de linha de base e B seria a variável independente alterada. Esse delineamento permitiria medidas de linha de base, medidas repetidas ao longo do processo, manipulação da VI e replicação da condição experimental com o mesmo participante. Caso se observasse os mesmos resultados ocorridos em B1 e B2, ter-se-ia uma medida mais confiável da relação entre a alteração do comportamento do terapeuta e o comportamento do cliente.

O trabalho realizado pode ser considerado uma contribuição para a área da pesquisa aplicada em clínica, tanto pela tentativa de um delineamento experimental quanto pelo cuidado de se encontrar um procedimento de intervenção flexível suficiente para atender às necessidades das clientes, mas coeso e estruturado o suficiente para garantir a uniformidade das queixas (problema de comportamento dos filhos) e avaliação dos resultados de produto.

A pesquisa realizada contribui também para a área da psicologia baseada em evidências, uma vez que busca encontrar resultados sistemáticos que auxiliem terapeutas e demais pesquisadores a substituírem as práticas com base na intuição, experiência clínica não sistematizada e nos teóricos, para se concentrarem na análise dos métodos por meio dos quais as informações foram obtidas. Além de buscar identificar habilidades técnicas usadas por clínicos na administração de intervenções psicológicas com efetividade comprovada.

Para a investigação do segundo objetivo da pesquisa, foi proposto um delineamento quase experimental de pré-teste, pós-teste e seguimento a partir da utilização de um modelo de intervenção semiestruturado.

Com relação aos resultados de produto, foi possível observar que o procedimento elaborado para intervenção em grupo com pais/ cuidadores de crianças cujos resultados demonstraram efetividade, também pôde ser aplicado em terapia individual com mães/ cuidadoras de adolescentes e com resultados semelhantes.

Foi possível observar ganhos diferentes provenientes da intervenção psicoterápica com todas as mães/cuidadoras tanto ao final do processo psicoterápico quanto nas avaliações de seguimento.

Em virtude dos resultados encontrados, salienta-se a necessidade de outras pesquisas que aprimorem o procedimento de forma a desenvolver repertórios de

responsabilidade e cuidado em mães/cuidadoras com estilo parental negligente, de modo a oportunizar que o cuidado com os filhos seja reforçador para tais mães. Ainda quanto aos cuidados metodológicos, observou-se neste estudo 1º) o cuidado de selecionar participantes que a priori possuíam as mesmas queixas terapêuticas (problemas de comportamento dos seus filhos); 2º) a utilização do mesmo procedimento de intervenção que garantiu uniformidade quanto aos temas discutidos ao longo do processo terapêutico; 3º) a identificação dos comportamentos do terapeuta a serem manejados durante o estudo foi clara (mediante a utilização do SiMCCIT) e suas alterações não descaracterizaram o compromisso ético de prestação de serviços; 4º) a gravação em áudio permitiu a análise das verbalizações de forma integral; 5º) a categorização das verbalizações, tanto de cliente quanto de terapeuta, foram analisadas por avaliadores treinados e independentes; 6º) a utilização de instrumentos validados e/ou que demonstraram utilidade em outras pesquisas. E, por fim, o procedimento foi flexível o suficiente para atender às exigências metodológicas e respeitar as necessidades particulares das participantes.

A relevância científica do presente estudo consiste na tentativa de encontrar relações causais entre o comportamento do terapeuta e do cliente por meio de uma metodologia quase experimental. Aprimorar estudos dessa natureza poderia não apenas fortalecer a área de pesquisa aplicada como também identificar intervenções com maior probabilidade de alcançar os efeitos pretendidos.

## REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M.; EDELBROCK, C. S. The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6- 11 and 12-16. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, vol. 47 (2), p. 223-233, 1979.

ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles**. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2001.

ALEXANDER, L. B.; LUBORSKY, L. The Penn Helping Alliance Scale. Em: L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (orgs). **The Psychotherapeutic Process: a research handbook**. New York: Guildford Press, 1986, p. 325-366.

ALMEIDA-VERDU, A. C. M; SUTTO, M. J. B. Interações sociais em adolescentes de um abrigo para menores: considerações sobre comportamento assertivo, passivo e agressivo. In: Olga M. P. R. Rodrigues et al (Org). **Psicologia do desenvolvimento e aprendizagem: investigações e análises**. São Carlos: Rima, 2004, p.35-51.

ALVARENGA, P. Práticas educativas parentais como forma de prevenção de problemas de comportamento. Em H. J. Guilhardi (Org.), **Sobre comportamento e cognição**. Santo André, SP: ESETec, 2001, vol. 8, pp. 52-57.

AMARAL, S. S. **Efeitos da solicitação e da subsequente descrição dos relatos verbais de um terapeuta sobre seu desempenho em sessões posteriores**. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. **American Psychologist**, 61, 271–285, 2006.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família** (2ª ed.). Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BACHELOR, A.; HORVATH, A. The therapeutic relationship. In: Hubble, M. A.; Ducan, B. L.; Miller, S. D. (Eds) **The heart & soul of change: what works in therapy**. Washington D. C: American Psychological Association, 1999, p. 133-178.

BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Função do comportamento e do DSM: terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. In: Emmanuel

Z. T. e Sérgio V. L. (orgs), **Análise do comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas**. São Paulo: Roca, 2010, p.175- 191.

BARBOSA, V. R. **Práticas educativas maternas e a sua relação com comportamentos habilidosos e problemas de comportamento de pré-escolares**. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2008.

BOLSONI-SILVA, A. T., DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Relacionamento pais-filhos: Um programa de desenvolvimento interpessoal em grupo. **Psicologia escolar e educacional**. 5(3), 203-215, 2000.

BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, A. O que os pais falam sobre suas habilidades sociais e de seus filhos? **Revista Argumento**, vol. 7, p. 71-86, 2002.

BOLSONI-SILVA, A. T. **Habilidades sociais educativas, variáveis contextuais e problemas de comportamento: comparando pais e mães de pré-escolares**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BOLSONI-SILVA, A. T.; DEL PRETTE, A. Problemas de comportamento: Um panorama da área. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, vol 5 (2), p. 91 – 103, 2003.

BOLSONI-SILVA, A.T.; DEL PRETTE, A.; OISHI, J. Habilidades sociais de pais e problemas de comportamento de filhos. *Revista Psicologia*. **Argumento**, vol. 9, p. 11-29, 2003.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M.. A qualidade da interação entre pais e filhos e sua relação com problemas de comportamento de pré-escolares. In: Z. A. P. Del Prette & Bandeira, M. (Orgs.) **Estudos sobre Habilidades Sociais e Relacionamento Interpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 89-104.

BOLSONI-SILVA, A. T. Intervenção em grupo para pais: descrição de procedimento. (publicado em 2009). **Temas em Psicologia**, Vol. 15, n. 2, p. 217-235, 2007.

BOLSONI-SILVA, A.T. Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P): Categorias e testagem preliminares. In: L. WEBER (org.), **Família e Desenvolvimento**. Juruá, Ed. Curitiba, 2008, p. 145-158.

BOLSONI-SILVA, A. T.; BITONDI, F.; MARTURANO, E. M. Intervenção em grupo para pais: a importância do diagnóstico comportamental individual. Em R. Cavalcanti

(Org.) **Análise do Comportamento: Avaliação e Intervenção**. São Paulo : Roca, 2008, p. 79-100.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. A qualidade da interação positiva e da consistência parental na sua relação com problemas de comportamentos de pré-escolares habilidades sociais educativas parentais e problemas de comportamento. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, Vol. 41, Num. 3, 2007.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Habilidades Sociais Educativas Parentais e problemas de comportamento: comparando pais e mães de pré-escolares. **Aletheia** 27(1), p. 126-138, 2008.

BOLSONI-SILVA, A. T., SALINA, A., VERSUTI, F. M.; ROSIN-PINOLA, A. R. Avaliação de um programa de intervenção de habilidades sociais educativas parentais. **Psicologia Ciência e Profissão**, 28 (1), p. 18 - 33, 2008.

BOLSONI-SILVA, A. T., SILVEIRA, F. F., MARTURANO, E. M. Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 10, p. 125-142, 2008.

BOLSONI-SILVA, A. T.; SILVEIRA, F. F.; RIBEIRO, D. C. Avaliação dos efeitos de uma intervenção com mães/cuidadoras: contribuições do treinamento em habilidades sociais. **Contextos Clínicos**, v. 1, n. 1, p. 19-27. 2008.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M.; SILVEIRA, F. F. **Cartilha Informativa: Orientação para Pais e Mães**. São Carlos: Suprema, 2ed., 2009.

BOLSONI-SILVA, A. T., PAIVA, M. M.; BARBOSA, C. G. Problemas de comportamento de crianças/ adolescentes e dificuldades de pais/cuidadores: Um estudo de caracterização. **Psicologia Clínica**, v. 21, n.1, p. 169–184, 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, ago. 2010.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. Validação do Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P). **Avaliação Psicológica**, vol. 9, p. 63-75, 2010.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Evaluation of group intervention for mothers/caretakers of kindergarten children with externalizing behavioral problem. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**. Vol. 44, n. 3, p. 411-417, 2010.

BOLSONI-SILVA, A. T.; RODRIGUES, O. M. P. R.; ABRAMIDES, D. V. M.; SOUZA, L. S.; LOUREIRO, S. R. Práticas educativas parentais de crianças com deficiência auditiva e de linguagem. **Revista Brasileira de Educação Especial**; Vol. 16, No. 2, p. 265-282, 2010

BOLSONI-SILVA, A. T.; VILLAS BOAS, A. C. V. B; ROMERA, V. B.; SILVEIRA, F. F. Caracterização de programas de intervenção com crianças e/ou adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n. 1, 2010.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R.; MARTURANO, E. M. **Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE-HSE-P) –Manual Técnico**. São Paulo: Vetor Editora, 2011.

BORAWSKI, E.; IEVENS-LANDIS, C. E.; LOVERGREEN, L. D.; TRAPI, E.S. Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: the role of perceived parenting practices in adolescent health risk behaviors. **Jornal of adolescent health**, Deerfield, v. 33, p. 60-70, 2003.

BORDIN, E.S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 16, (3), p. 252-260, 1979.

CALSA, D. C; FAGUNDES, L.; BAKOS, D. S. Relação terapêutica na terapia cognitivo comportamental: lidando com clientes de difícil manejo. In: Piccoloto, M. N.; Wainer, R.; Piccoloto, L. B. (Org). **Tópicos especiais em terapia cognitivo comportamental**. Casa do Psicólogo, 2008, p. 11 - 36.

CAHILL, S. P.; CARRIGAN, M. H.; EVANS, I. M. The relation between behavior theory and behavior therapy: challenges and promises. In: J. J. Plaud; G. H. Eifert (eds.). **From behavior theory to behavior therapy**, Boston. Allyn and Bacon, 1998, p. 294-319.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. (M. A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 1, p. 07-29, 1995. (Trabalho originalmente publicado em 1980)

CASTONGUAY, L.G; BEUTLER, L. E. Principles of therapeutics change that work. Oxford & New York: Oxford University, 2006.

CHAMBERLAIN, P.; BALDWIN D. V. Client resistance to parent training: Its therapeutic management. In T. R. Kratochwill (Ed.), **Advances in School Psychology**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988, Vol. 6, pp. 131-171.

COSTA, N. Terapia: sofrimento necessário? **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Vol. V, nº 1, 1-10, 2003.

COZBY, P. **Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento**. Ed. Atlas, 2003.

CUNHA, AR. N.; ISIDRO-MARINHO, G. Operações estabeledoras: um conceito de motivação. Em: J. Abreu-Rodrigues; M. C. Ribeiro (orgs). **Análise do Comportamento: pesquisa, teoria e aplicação**. Artmed, 2005, 27-44.

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

DICLEMENTE, R.J.; WINGOOD, G. M.; CROSBY, R.; SIONEAN, C.; COBB, B. K.; HARRINGTON, K.; DAVIES, S.; HOOK, E. W. III; OH, M. K. Parental monitoring: association with adolescent's risk behaviors. **Pediatrics Elk Grove Village**, v. 10, n. 7, p. 1363-1368, 2001.

DONADONE, J. C. **O uso da orientação em intervenções clínicas por terapeutas comportamentais experientes e pouco experientes** (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

DONADONE, J. C. **Análise de contingências de orientações e auto-orientações em intervenções clínicas comportamentais**. Tese de Doutorado, USP, 2009.

ELLIOTT, R.; BOHART, A. C; WATSON, J.C.; GREENBERG, L. S. Empathy. **Psychotherapy**, vol 48, nº1, p.46-49, 2011.

EYSENCK, H. J. The outcome problem in psychotherapy: what have we learned? **Behavior Research and Therapy**, 32 (5), p. 477-495, 1994.

FALCONE, E. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 1 (1), p. 23-32, 1999.

FOLLETTE, W.C.; NAUGLE, A. E.; CALLAGHAN, G.M. A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. **Behavior Therapy**, 27,623-641, 1996.

GARCIA-SERPA, F. A. **Aquisição, manutenção e generalização de comportamentos empáticos em meninos, considerando diferentes repertórios no passado**. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, 2007.

GARFIELD, S. L. **Psychotherapy: an eclectic-integrative approach**. New York: John, Wiley & Son, 1995.

GASTON, L.; MARMAR, C. R. The California Psychotherapy Alliance Scale. In: A. O. Horvath and L. Greenberg (Orgs). **The Working Alliance: Theory, Research and Practice**. Toronto: J. Wiley and Sons, 1994, p. 85-108.

GIMENES, L. S.; ANDRONIS, P. T. O questionário construcional de Goldiamond: uma análise não-linear de contingências. In: H. J. Guilhardi; N. C. Aguirre (orgs). **Sobre o Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade**, 2005, vol. 15, p. 308-322.

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

GOMIDE, P.I.C. Estilos Parentais e comportamento anti-social. In A. Del Prette; Z. Del Prette (Orgs.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção**. Campinas: Alínea, 2003, p.21-60.

GOMIDE, P. I. C.. Efeitos das práticas educativas no desenvolvimento do comportamento anti-social. Em M. M. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.) **Psicologia Clínica e da Saúde**. Londrina: Editora UEL/APICSA, 2004, p. 33-53.

GOMIDE, P. I. C. Programa de comportamento moral. In: Gomide, P. I. C. (org). **Comportamento moral: uma proposta para o desenvolvimento das virtudes**. Curitiba: Juruá, 2011, p. 217-242.

HARWOOD, M. D. **Effect of therapist process variables on treatment outcome for parentchild interaction therapy (PCIT)**. A master's thesis presented to the graduate school of the University of Florida, 2003.

HARWOOD, M. D.; EYBERG, G. Therapist verbal behavior in treatment: relation to successful completion of parent-children interaction therapy. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, 33, p. 601-612, 2004.

HILL, C. E. Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricably intertwined in the therapy process. **Psychotherapy: theory, research, practice, training**, Vol. 42, No. 4, 431-442, 2005.

HILL, C. E.; O'GRADY, K. E. List of therapist intentions illustrated with a case study and with therapists of varying theoretical orientations. **Journal of Counseling Psychology**, vol. 32, p. 3-22, 1985.

HOLTFORTH, M.G; CASTONGUAY, L. G. Relationship and techniques in cognitive-behavioral therapy – a motivational approach. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, Vol. 42, n. 4, p. 443-455, 2005.

HORVATH, A. O. Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The working alliance inventory perspective. In A. O. Horvath, & L. Greenberg (Eds.), **The working alliance: Theory, research, and practice**. Nova York: John Wiley & Sons, 1994, p. 85 – 108.

HORVATH, A. O.; GREENBERG, L. Development and validation of the Working Alliance Inventory. **Journal of Counseling Psychology**, vol. 41, p. 438-448, 1989.

KAZDIN, A. E.; WHITLEY, M. K. Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 74, n. 2, p. 346-355, 2006.

KEIJSERS, G.P.J.; SCHAAP, C.P.D.R.; HOOGDUIN, C.A.L. The Impact of Interpersonal Patient and Therapist Behavior on Outcome in Cognitive-Behavior Therapy: A Review of Empirical Studies. **Behavior Modification**, 24, p. 264-297, 2000.

KILGORE, K.; SNYDER, J. & LENTZ, C. The contribution of parental discipline, parental monitoring and school risk to early-onset conduct problems in African boys and girls. **Developmental Psychology**, vol. 36 (6), p. 835-845, 2000.

KIVLIGHAN, D. M., ANGELONE, E. O. & SWAFFORD, K. G. Live supervision in individual psychotherapy: Effects on therapist's intention use and client's evaluation of session effect and working alliance. **Professional Psychology: Research and Practice**, vol. 22(6), p. 489-495, 1991.

KOHLBERG, R. J.; TSAI, M. **Psicoterapia analítica funcional: criando relações intensas e curativas**. Santo André: ESETec, 2001.

KRATOCHWILL, T. R.; STOIBERM, K. C. Evidence-Based Interventions in school Psychology: Conceptual Foundations of the *Procedural and Coding Manual* of Division 16 and the Society for the Study of School Psychology Task Force. **School Psychology Quarterly**, Vol. 17, No. 4, pp. 341–389, 2002.

LEME, V.B.R.; BOLSONI-SILVA, A. T. Investigando as habilidades sociais de pré-escolares com problemas de comportamento. In: Valle, T. G.M; Maia, A.C.B (Org) **Aprendizagem e Comportamento Humano**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010, p. 197-214.

LISBOA, A. V. FÉRES-CARNEIRO, T.; JABLONSKI, B. Transmissão intergeracional da cultura: um estudo sobre uma família mineira. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 12, n. 1, p. 51-59, jan./abr. 2007.

LOHR, S. S.; SILVARES, E. F. M. Clínica-escola: integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In: Silvares, Edwiges Ferreira de Matos. **Atendimento Psicológico em Clínicas – escola**. Campinas: Alínea, 2006, p. 11-22.

LUNA, S. V. O terapeuta é um cientista? Em R. A. Banaco (Org.), **Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. Santo André: ESETec. 1999, vol. 1, 2ª ed, p. 305-315.

LUNA, S. V. Subsídios da prática da pesquisa para a prática clínica analítico-comportamental. In: Borges, N. B.; Cassas, F. A. (Org). **Clínica analítico-comportamental aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 206-213.

LUNDBERG, M.; ANDERSSON, P. Perception of the parental rearing when growing up in a single-parent home. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, vol.7, n. 4, p. 275-278, 2000.

MARINHO, M. L.; SILVARES, E. F. M. Solução de conflitos e percepção de ajustamento infantil em pais de crianças com ou sem encaminhamento psicoterápico. **Estudos de Psicologia**, vol. 13, p. 23-31, 1996.

MARTINS, P. O.; TRINDADE, Z. A.; ALMEIDA, A. M. O. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16, p. 555-568, 2003.

MARTURANO, E. M.; PARREIRA, V. L. C.; BENZONI, S. A. G. Crianças com queixa de dificuldade escolar: avaliação das mães através da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter. **Estudos de Psicologia**, 14 (3), p. 3-15, 1997.

MARTURANO, E. M. O inventário de recursos do ambiente familiar. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, Porto Alegre, 2006.

MEDEIROS, C. A. Análise funcional do comportamento verbal na clínica comportamental. A. M. S. Teixeira, A. M. Lé Sénéchal-Machado, N. M. S. Castro, S. D. Cirino (Orgs). **Ciência do Comportamento: conhecer e avançar**. Santo André: ESETec, 2002, p. 176-187.

MELNIK, T.; ATALLAH, A. N. **Psicologia baseada em evidências: provas científicas da efetividade da psicoterapia**. Santos Editora, 2011.

MEYER, S. B. A Relação Terapêutica é o principal meio de intervenção terapêutica? *In*: Guilhardi, H. J; Madi, M. B. B. P; Scoz, M. C. **Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade**. Santo André: ESETec, 2001, p. 95-98.

MEYER, S. B. Metodologia de Pesquisa da Psicoterapia em Clínicas-Escola. *In*: E. F. de M. Silveiras. (Org.). **Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola**. Campinas: Editora Alínea, 2006, v. 1, p. 23-41.

MEYER, S. B. **Análise de ‘solicitação de informação’ e ‘recomendação’ em banco de dados de terapias comportamentais**. São Paulo, Tese de Livre-Docência (Departamento de Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2009.

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

MEYER, S. B.; DONADONE, J. O emprego da orientação por terapeutas comportamentais. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 4(2), p. 79-90, 2002.

MEYER, S. B.; DEL PRETTE, G.; ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. ; NENO, S.; TOURINHO, E. Z. Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. In: Emmanuel Z. T. e Sérgio V. L. (orgs), **Análise do comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas**. São Paulo: Roca, 2010, p.153- 174.

MERRELL, K.; GUELDNER, B.; ROSS, S.; ISAVA, D. How effective are school bullying intervention programs? A meta-analysis of intervention research. **School Psychology Quarterly**, 23(1), 26, 2008.

MICHAEL, J. Establishing Operation. *The Behavior Analyst*, 16, p. 191-206, 1993.

MICHAEL, J. Implications and refinements of establishing operation. *Journal of Applied Behavior Analyst*, 33, p. 401-410, 2000.

MOORE, G. A., COHN, J. F., CAMPBEEL, S. B. Infant affective responses to mother's still face at 6 months differentially predict externalizing and internalizing behaviors at 18 months. **Developmental Psychology**. vol 37(5), p. 706-714, 2001.

MUENZER, R. M. **Aliança Terapêutica e depressão pós-parto: seguimento aos 6 meses após psicoterapia cognitiva breve**. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pelotas, 2007.

NORCROSS, JOHN C.; WAMPOLD, BRUCE E. **Relações entre dois aspectos da terapia baseada em evidências: conclusões de pesquisas e práticas clínicas**. *Psychotherapy*, 2011, Vol. 48, No. 1, 98–102.

NOVAKI, P. **Influência da experiência e de modelo na descrição de intervenções terapêuticas**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

O'MALLEY, S. S.; SUH, C. S.; STRUPP, H. H. The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: a report on the scale development and a process-outcome study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 51, 581-586, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la O.M.S** (Informe técnico n° 308), 1965, Genebra.

ORLINSKY, D. E.; GRAWE, K.; PARKS, B. K. Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). **Handbook of psychotherapy and behavior change**. New York: Wiley, 4th ed., 1994, p. 270–376.

OSHIRO, C. K. B. **Delineamento experimental e caso único: a Psicoterapia Analítico Funcional com dois clientes difíceis**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PACHECO, J.T.B; HUTZ, C.S. Variáveis familiares predictoras do comportamento anti-social em adolescentes autores de atos infracionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 25 n. 2, p. 213-2, 2009.

PATTERSON, G. R.; FORGATCH, M. S. Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: a paradox for the behavior modifier. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 6, 846-851, 1985.

PATTERSON, G.; REID, J.; DISHION, T. **Antisocial boys: Comportamento anti-social**. (A. C. Lima e G. V. M. Rocha, Trad., 2002) Santo André: ESETec Editores Associados. (Texto original publicado em 1992).

PATTERSON, G. R.; CHAMBERLAIN, P. A functional analysis of resistance during parent training therapy. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 1, p. 53–70, 1994.

PRETO, N. G. Transformação do sistema familiar na adolescência. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.223-247, 1995.

PETZOLD, M. The psychological definition of the family . Em M. Cusinato (Org.) **Research on family: Resources and needs across the world** (pp. 25-44). Milão: LED-Edizioni Universitarie, 1996.

PEUKER, A. C.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H.; E ARAUJO, L. B. Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. **Psicologia em Estudo, Maringá**, vol 14, nº3, p. 439- 445, 2009.

PINTO, M. G. A. **Um estudo sobre relações entre o dizer e o fazer: algumas variáveis que operam no controle do planejamento de sessões terapêuticas**. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

PRADO, O.Z.; MEYER, S.B. Relação Terapêutica: a Perspectiva Comportamental, Evidências e o Inventário de Aliança de Trabalho (WAI). **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Vol. VI, nº 2, 201-209, 2004.

PRADO, O.Z.; MEYER, S.B. Avaliação da Relação Terapêutica na Terapia Assíncrona Via Internet. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 11, n. 2, p. 247-257, 2006.

RANGÉ, B. Relação Terapêutica. In: **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva dos Transtornos Psiquiátricos**. Campinas: Editorial Psy, 1995, p. 43-66.

RIBEIRO, V. T. **O adolescente em liberdade assistida, genitores e avós: vinculação e práticas parentais**. Dissertação de Mestrado, UNESP, Bauru, 2012.

ROCHA, G. V.M. Empatia. In: P. I. Gomide (org). **Comportamento moral: uma proposta para o desenvolvimento das virtudes**. Curitiba: Juruá, 2011, p. 69-80.

ROSALES-RUIZ, J.; BAER, D. M. Behavioral cusps: A developmental and pragmatic concept for behavior analysis. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 30, p.533-544, 1997.

SABBAG, G. M. **Análise das práticas e das habilidades sociais educativas maternas na interação com os filhos adolescentes**. Dissertação de mestrado. UNESP, Bauru, 2010.

SABBAG, G. M.; BOLSONI-SILVA, A. T. A interação entre pais e filhos adolescentes sob a ótica da análise aplicada do comportamento. In: Valle, T. G.M; Maia, A.C.B (Org) **Aprendizagem e Comportamento Humano**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010, p. 233-255.

SABBAG, G. M; BOLSONI-SILVA, A. T. A relação das habilidades sociais educativas e das práticas educativas maternas com os problemas de comportamento em adolescentes. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. 11(2), 423-441, 2011.

SAFRAN, J.D. Brief relational psychoanalytic treatment. **Psychoanalytic Dialogues**, 12, 171-196, 2002.

SANTOS, W. M; KANAMOTA, J. V. K.; BANACO, R. **Possibilidades de diálogos entre Terapia Analítico-Comportamental e Terapia Centrada no Cliente a respeito dos comportamentos do terapeuta na interação terapêutica**. Comunicação oral apresentada na XIX ABPMC, Salvador, 2011.

SILVEIRA, J.M. **A queixa clínica como condição para análise da interação terapeuta-cliente. Dissertação de mestrado.** Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

SILVEIRA, J. M. S. Pesquisa da relação terapêutica em Psicologia Clínica Comportamental. In: Costa, C. E.; Luzia, J. C.; Sant'anna, H. H. N. **Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição.** Santo André. ESETec, 2000, p. 139-148.

SILVEIRA, J. M.; SILVARES, E. F. M.; MARTON, S. A. Programas preventivos de comportamentos anti-sociais: Dificuldades na pesquisa e implementação. **Estudos de Psicologia (PUCCAMP)**, 20, p. 59-67, 2003.

SILVEIRA, F. F. **Análise da interação terapêutica em uma intervenção de grupo com cuidadoras.** Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2009.

SILVEIRA, F. F.; BOLSONI-SILVA, A. T.; MEYER, S. B. Therapist's directive and nondirective behavior: analysis of their effects in a parent training group. **International Journal of Behavioral Consultation and Therapy**, Vol. 6, n. 2, p. 124- 133, 2010.

SILVERMAN, D. K. What works in psychotherapy and how do we know? What Evidence-Based Practice Has to Offer. **Psychoanalytic Psychology**, 22(2), 306–312, 2005.

SHINOHARA, H. Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela? In: Kerbauy, R. R. (Org) **Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico.** Santo André-SP, ESETec, 2000, p. 224-228.

SKINNER, B.F. **Ciência e Comportamento Humano.** São Paulo: Martins Fontes, 2003. Publicação original de 1953.

SKINNER, B. F. **Verbal behavior.** New Jersey: Prentice-Hall, 1957.

TASCA, G. A.; BALFOUR, L.; RICHIE, K.; BISSADA, H. The Relationship Between Attachment Scales and Group Therapy Allinace Growth Differs by Treatment Type for Women With Binge-Eating Disorder. **Group Dynamics: Theory, Research, and Practices**, vol. 11, No1, 1-14, 2007.

TOURINHO, E. Z.; GARCIA, M. G.; SOUZA, L. M. **Avaliação ampliada de categorias para análise de verbalizações de terapeutas**. Projeto de pesquisa. Belém: Universidade Federal do Pará, 2003.

TOURINHO, E. Z.; NENO, S.; BATISTA, J. R.; GARCIA, M. G.; BRANDÃO, G. G.; SOUZA, L. M.; OLIVEIRA-SILVA, M. Condições de treino e sistemas de categorização de verbalizações de terapeutas. Revista **Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, vol., 317-336, 2007.

VERMES, J. S. **Uma avaliação dos comportamentos do terapeuta durante a sessão: relatos verbais do terapeuta e do cliente**. Pesquisa de iniciação científica, Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2000.

VERMES, J. S.; ZAMIGNANI, D. R.; KOVAC, R. A relação terapêutica no atendimento clínico em ambiente extra consultório. In: Denis R. Z.; Roberta K.; Joana S. V. (Orgs) **A clínica de portas abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório**. ESETec, 2007, p. 201-228.

WEBER, L. N. D.; PRADO, P. M.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. Identificação de Estilos Parentais: O Ponto de Vista dos Pais e dos Filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 323-331, 2004.

WEBER, L. N. D.; SELIG, G. A.; BERNARDI, M. G.; SALVADOR, A. P. V. Continuidade dos estilos parentais através das gerações – transmissão intergeracional de estilos parentais. In: **Paidéia**. São Paulo, v.16, n.35, p. 407-414, 2006.

WEBSTER-STRATTON, C.; HERBERT, M. What really happens in parent training? **Behavior Modification**, 17 (4), 407-456, 1993.

WEBSTER-STRATTON, C. Early intervention for families of preschool children with conduct problems. Em Guralnick, M. J. (org) **The Effectiveness of early intervention**, Baltimore: P. H. Brookes Publishing Co. p. 429-453, 1997.

ZAMIGNANI, D. R. **Uma tentativa de caracterização da prática clínica do analista do comportamento no atendimento de clientes com e sem o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo**. (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

ZAMIGNANI, D. R.; ANDERY, M. A. P. A. Interação entre terapeutas comportamentais e clientes diagnosticados com transtorno obsessivo-compulsivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 21(1), 109-119, 2005.

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

ZAMIGNANI, D. R; MEYER, S. B. Comportamento verbal no contexto clínico: contribuições metodológicas a partir da análise do comportamento. **Revista Brasileira de terapia Comportamental e Cognitiva**, vol IX, nº2, p. 241-259, 2007.

ZAMIGNANI, D. R; MEYER, S. B. Comportamentos verbais do terapeuta no sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica (SiMCCIT). **Revista Perspectivas**, vol 2, nº 1, pp. 25-45, 2011.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE A - PROTOCOLO DE REGISTRO DA FREQUÊNCIA DOS  
COMPORTAMENTOS EMITIDOS EM SESSÃO

Avaliador 1 – Cliente 02 / Etapa: Linha de Base			
Nº	Verbalização	Categoria	Justificativa da categoria
1.	Terapeuta:		
2.	Cliente:		
3.	Terapeuta:		
4.	Cliente:		
5.	Terapeuta:		
6.	Cliente:		
7.	Terapeuta:		
8.	Cliente:		
9.	Terapeuta:		
10	Cliente:		
11	Terapeuta:		
12	Cliente:		
13	Terapeuta:		
14	Cliente:		

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “*Efeito dos Comportamentos de Recomendação e Empatia do Terapeuta na Avaliação dos Clientes sobre a Relação Terapêutica*” que será realizada na UFMS. O objetivo dessa pesquisa é entender como alguns comportamentos do terapeuta interferem na opinião do cliente sobre sua relação com o terapeuta e também ajudar os pais/cuidadores a desenvolverem habilidades educativas parentais positivas. A pesquisa será realizada na Clínica- Escola da UFMS e por meio de psicoterapia individual com pais/ cuidadores, num total de 24 sessões. Não será adotado nenhum procedimento que traga qualquer desconforto ou risco a sua vida.

Participar dessa pesquisa é uma opção. Você poderá não participar dela ou desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. A sua identidade será preservada, apenas os dados da pesquisa serão divulgados em publicações e eventos científicos.

Você poderá tirar dúvidas a qualquer momento pelo contato com a pesquisadora.

### Contatos

Pesquisador responsável: Priscila F. C. Kanamota

Endereço Profissional: UFMS, campus Paranaíba

Email: [prifcarvalho@gmail.com](mailto:prifcarvalho@gmail.com)

Orientador: Alessandra Turini Bolsoni-Silva

Endereço Profissional: UNESP, campus Bauru

Email: [bolsoni@fc.unesp.br](mailto:bolsoni@fc.unesp.br) Telefone: (14) 3103-6174

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora  
Psic. Priscila Ferreira de Carvalho Kanamota

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve a pesquisa e qual procedimento será utilizado. Entendi que minha participação é voluntária e que sou livre para interrompê-la a qualquer momento, sem justificar minha decisão e sem que ocorram quaisquer prejuízos físicos, psicológicos ou no serviço prestado pela UFMS. Sei que meu nome não será divulgado, não receberei dinheiro por participar da pesquisa, mas que também não terei despesas com a pesquisa. Assim, declaro que concordo em participar da pesquisa.

Paranaíba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

## APÊNDICE C - ESTUDOS DE CASO: P1

**1. Identificação do cliente:** L., 32 anos, sexo feminino, costureira (atualmente não trabalha fora), casada, ensino fundamental incompleto. Mãe de 3 filhos (um menino, R. de 17anos, uma menina, T. de 14 anos e outro menino R. de 10 anos). Foi convidada a participar da pesquisa mediante ter deixado o nome da filha T para atendimento na clínica escola. O resultado da aplicação do CBCL realizado com a mãe atestou a existência de “problemas de comportamento do tipo externalizantes e internalizantes” na filha T. Em relação ao inventario RE-HSE-P, os resultados indicaram como clínico (HSE-P; HS; PR NEG; PROBL).

### **2. Queixas da cliente**

Durante as sessões de avaliação diagnóstica, apareceram como queixas principais: a filha T. tem apresentado comportamentos de isolamento, além de estar calada e nervosa (xinga, grita, bate porta, se tranca no quarto, não quer falar com a mãe). Informou que a menina está agressiva, responde à mãe (cala a boca, desgraçada, você não sabe de nada, idiota).

Mãe informou que a filha é muito ciumenta dos irmãos, falando que a mãe gosta mais deles do que dela. Mãe acha que é mais próxima dos meninos porque eles são parecidos com ela, brincam, conversam, já T. é calada e nervosa. Relatou que a filha não se abre, é fechada, não conversa, não aceita brincadeiras. Mãe percebeu que a filha tinha "natureza mais forte desde que nasceu", sentou com 5 meses, andou com 9 meses, não chorava para tomar injeção. Quando o irmão caçula nasceu, a mãe teve que tirá-la da escola, por que não queria ficar longe dele. Aos 12 anos queria namorar, a mãe não deixou e ela ficou rebelde. Nessa ocasião, a mãe conversou com ela mostrando como o moço não era boa pessoa, pois tinha 24 anos não trabalhava e a filha não se relacionou mais com ele.

Com relação aos comportamentos de nervosismo de T., são dados exemplos tais como ao chegar em casa se os irmãos estiverem no seu computador sai gritando “essa desgraça, capeta, eu não posso fazer nada aqui nessa casa” (sic). Chega a tremer de nervoso, mas não chora. Sai jogando as coisas, mas não bate nos irmãos porque a mãe não deixa. Nessas ocasiões a mãe grita com a filha, pede para ela parar de xingar e a menina reage ignorando e se trancando no quarto. A mãe relatou um outro episódio no qual os irmãos fizeram piada com ela sobre seu horário de dormir dizendo que ela

dormia com as galinhas e em outro momento a mãe fez piada com seu corpo, a chamado de gorda. Nessas situações a mãe acredita que não houve maldade, por ser brincadeira e pela família sempre se relacionar assim, porém T. saiu gritando, xingando, mandando a mãe calar a boca. A mãe relata resolver o problema batendo ou gritando com a filha por achar que ela faltou com respeito diante de uma brincadeira.

No RE-HSE-P, a mãe relata que costuma conversar com a filha sobre escola, amizade, notas e namoro, sempre enfatizando o que a filha fez de errado ou apontando o que não deveria fazer. Nesses momentos a filha emburra, se cala e corta a conversa. A mãe apresenta dificuldades em lidar com comportamentos da filha de contestação de regras e principalmente de isolamento, ficando nervosa, ameaçando ir embora de casa caso a filha não mude, batendo com vara e gritando com T. Outra situação que costuma expressar opinião desaprovando os filhos é na escolha da religião. Quando o filho mais velho começou a estudar a bíblia com uma religião diferente da mãe, esta relatou fazer de tudo para dificultar, como pedir favores para ele na hora do estudo, reclamar que a família pode ficar desunida se ele mudar de religião e até proibir de frequentar as reuniões na igreja. Nesses momentos o filho (R. de 17 anos) conversa com a mãe, fala que ela não precisa se preocupar, tenta aproximar seus instrutores da mãe para que ela conheça e perceba que são pessoas boas. Mesmo identificando essas atitudes do filho e vendo que ele não tem feito coisas erradas, tem dificuldade de aceitar.

Relatou que sempre vai à escola para ver as notas dos filhos e que nessas ocasiões, se as notas são ruins ou se os professores relatam algum problema de comportamento (o que aconteceu com T), ela chama a atenção da filha na frente dos outros alunos e já chegou a bater na filha e ameaçar uma menina da sua sala que atrapalhava o desempenho de T. Percebe que a filha odeia que ela frequente a escola. Seu filho R, por outro lado, adora, pois sempre é elogiado pelas professoras.

Informou que certa vez T. se envolveu em brigas na escola, apanhou de algumas meninas e não contou em casa. A mãe ficou sabendo pois R. contou, chamou a atenção da filha, foi à escola, ameaçou bater nas meninas que bateram na filha, conversou com a diretora e a filha ficou envergonhada dizendo que não conta as coisas para a mãe porque tem medo. A filha disse à mãe: "não adianta falar para você porque você vai armar confusão" (sic). Todos na escola a conhecem como "a polícia ou o general", mas acredita estar certa, pois "quem ama tem o dever de educar e proteger os filhos" (sic)

No RE-HSE-P, a mãe relata que demonstra carinho para com T. elogiando, porém seus elogios são dados em forma de comparação, como quando disse que a filha era "bonita, mas que tinha que emagrecer, pois estava gorda demais, parecendo sua tia". Outra forma de demonstrar carinho relatada pela mãe é "cutucando" os filhos quando eles assistem TV, mas T. não gosta. A mãe se junta aos outros dois filhos para "zoarem" a T, que pede para que eles cale a boca, se irrita e vai para o quarto. A mãe L. revela expectativas de que a filha seja igual aos irmãos, que brincam e aceitam brincadeiras, que conversam sobre tudo e acredita que impor limites é uma forma de não deixar os filhos dominarem a situação e de ensinar as cosias.

L. demonstra vários mecanismos de controlar a situação em casa, por meio de conversas do tipo "sermão, correção", e alega que está disposta a outros métodos coercitivos para controlar a obediência da filha (batendo, gritando, colocando de castigo).

Destacam-se no RE-HSE-P as respostas da mãe sobre expressão de sentimento negativo, que ocorrem através de conversa, tapas ou castigo, contingente a situações onde T. se deixa levar pelas amigas da escola, vai mal nas provas e não relata à mãe, ou quando alguém briga com ela e a mãe fica sabendo só depois. Então após a bronca da mãe, T. ora responde, ora fica calada, mas acaba por obedecer e se isolar. Ao mesmo tempo, quando a filha obedece ou atende às exigências da mãe, a mesma a elogia, mas sempre com uma solicitação no final, exemplo, "agora você fez certo, veja se dá próxima vez não seja boba de ficar com essas colegas que só querem o seu mal" (sic).

Quanto à rotina da família, os filhos estudam no período da manhã e freqüentam projeto da prefeitura à tarde. Após às 17h a família está toda reunida em casa. Mãe informou que não permite que filhos saiam para casa de amigos e nem que os amigos venham em casa "amigos é a gente mesmo e olha lá ainda"(sic).

Uma hipótese para os comportamentos de T na escola é que a adolescente nunca conseguiu ter um grupo de amigos, começou a se associar com umas meninas que pedem para que ela mate aula, empreste material e ainda faça trabalhos sozinha e coloque o nome da turma. Os alunos da sua sala tiram muito sarro dela, pois sua mãe entra na sala, assiste aula com ela, checka notas e material, conversa com todos os professores na frente de qualquer um e dá broncas em alunos que levantem da carteira para ir até a carteira da filha conversar. Professores acham uma atitude elogiável, pois depois que T se aproximou dessa turma seu rendimento caiu. Embora a T. tenha percebido os prejuízos que vem tendo com essas amizades, esconde fatos da mãe, muito

provavelmente por ser punida por ela, não ter outros amigos, pouco repertório de socialização e baixa probabilidade de ser aceita nesse contexto onde a mãe, para proteger seu desempenho escolar, acaba por dificultar seu relacionamento com pares.

O marido é construtor, muito calado, não gosta de receber visitas em casa, "meio anti-social" (sic). Acredita que a filha tenha puxado para ele no que diz respeito a ser calada. Pai não bate, nem impõe regras, mas geralmente concorda com a mãe. Toda a disciplina fica a critério da mãe. Mãe fica muito incomodada da filha não responder às suas perguntas, só conversar com o pai e com uma tia, e ainda ser grossa ao falar.

Mãe informou que se dá melhor com o filho R., de 17 anos, pois ele é carinhoso, brincalhão, comunicativo, conta tudo o que acontece com ele ou que ele quer, não tem amigos, não dá trabalho; diferente de T. que não fala nada, só conversa com a mãe para pedir as coisas e ainda indiretamente. Ex: Filha: "vai ter teatro na escola e eu não tenho roupa"(sic), Mãe: "Já sei que só tenho ela, então ela nem precisa ficar pedindo, não espero, já faço, vou atrás, mas a gente não se dá bem mesmo assim"(sic)

### **3. Questões relevantes da história de vida**

A cliente morava com os pais quando criança, mas não se dava muito bem com eles, pois eram bem mais velhos e a mãe a proibia de tudo por ciúmes da filha. Não permitia que ela saísse, nem trabalhasse. Relata que sua mãe nunca foi carinhosa e cuidadosa, não acompanhava as tarefas de L. e até a esqueceu na escola no dia do seu aniversário. Quando lembrou de buscá-la, esqueceu que era o dia do aniversário e "nem fez um bolo"(sic)

Conheceu seu atual marido aos 12 anos de idade, fugiu com ele quando estava com 14 anos. Aos 15 anos ficou grávida. Relatou que seu maior sonho era ter várias meninas. Ao saber que seria um menino (R.), não acreditou e fez todo o enxoval cor de rosa. Aos 16 anos engravidou novamente, de uma menina (G.). Segundo a cliente, foi a maior felicidade da sua vida. Ainda mais porque a filha era linda, de cabelos lisos e pele clara, como seu marido.

Relatou que brincava de boneca com os filhos, fazia de tudo por eles, os vestia bem. Aos 3 meses de idade, sua filha teve uma parada cardíaca e faleceu na cama ao seu lado. Acordou de manhã e a menina estava morta. A cliente relatou que sua vida desmoronou nesse instante, ficou depressiva e muito incomodada, pois o filho mais velho (1ano e 8 meses) pedia todos os dias pela irmãzinha. Decidiu engravidar novamente para tentar esquecer o incidente. Meses depois engravidou e durante toda a

gestação a médica dizia que era um menino. Ao nascer, descobriu que era uma menina, voltou a ficar feliz, mas viu que a filha não era tão bonita quanto a que havia perdido, pois essa (T., a filha que a fez buscar ajuda) era mais morena de cabelos enrolados, como a mãe. “Sofri por ver que ela não era igual a G., mas depois foi uma felicidade só”(sic)

No ano seguinte, a cliente engravidou novamente, de outra menina. Foi uma gestação muito difícil, sentia-se mal e a filha nasceu prematura. Por negligência médica, a menina faleceu aos 3 dias de vida. A cliente nessa época morava em uma cidade pequena, seu marido não estava em casa, estava trabalhando numa fazenda e ela precisou resolver todas as coisas (médico, notícia da morte, funeral, pagamentos) sozinha. Teve hemorragia, passou muito mal, voltou a ficar depressiva e não queria mais ter filhos. Porém os médicos não a operaram devido à pouca idade.

Aos 24 anos, tomando todos os cuidados que podia, engravidou. Não percebeu de início, pois tomara remédio e continuou menstruando, mas começou a ter enjoos e nos exames descobriu que estava grávida de um menino. Queria abortar, mas não podia, pois já estava de 4 meses. Ficou muito mal com medo de preparar todo o enxoval novamente, alimentar expectativas e voltar a sofrer a perda de um filho.

O filho nasceu saudável, mas até hoje reclama que a mãe não gosta dele como dos outros. A cliente disse que cuida dos filhos como uma leoa, mas teve medo de se apegar muito ao caçula e perde-lo, no início.

A cliente mostrou-se uma pessoa muito otimista apesar dos acontecimentos, relatou que precisou amadurecer muito cedo e que foi crescendo junto com os filhos. Por sempre ter desejado uma família, traz todos juntos de si, não permite que eles saiam sem ela ou que não dêem notícias. Quando demoram a voltar da escola, por exemplo, fica apavorada, liga várias vezes no celular deles e só se acalma quando eles chegam.

Está planejando o aniversário de 15 anos da filha, embora ela preferisse um celular ou uma moto Bis. Informou que sempre sonhou com uma festa de 15 anos para ela, mas sua mãe nunca fez sequer um bolo em seus aniversários. Acredita que se realiza na filha e procura adivinhar os desejos dela, antes mesmo dela pedir.

Há 4 anos começou a freqüentar uma igreja evangélica e decidiu se casar de noiva e com festa. Informou ser mais um sonho realizado.

#### 4. Dados que ilustram as dificuldades

<b>Excessos de L.</b>	<b>Déficits de L.</b>	<b>Reservas de L.</b>
- Críticas: em forma de sermões, longos, ressaltando concepções de errado e certo.	- Negociar regras, limites, possibilidades.	- Cuidadosa e amorosa com os filhos.
- Inflexibilidade de regras: muitos limites e restrições sobre amizade, namoro, religião.	- Dar feedback negativo adequadamente e dar feedback positivo.	- Disposição e interesse para terapia.
- Expectativas com relação à família ficar sempre unida e fazer o que ela acha ser certo como "saírem juntos, brincarem entre si, conversarem sobre tudo uns com os outros".	- Identificar as necessidades e vontades dos filhos com relação à autonomia, vontades.	- Solicitação de terapia para a filha por achar que ela precise de alguém que a ajude a se expressar e ouvir sobre seus sentimentos.
- "Super-proteção": quer saber onde os filhos estão, com quem estão, fica muito ansiosa até que eles voltem para casa, frequenta a escola dos filhos assistindo aula com eles, interfere nas amizades" (estilo parental dela e sua história de perdas dos filhos).	- Expressão de sentimentos positivos para T., sem ter que exigir algo ou magoar com outro comentário depreciativo.	- Bom relacionamento conjugal.
- Ansiedade: quer tudo na hora e do seu jeito, passa mal se tiver que esperar.	- auto-observação e auto-conhecimento (não percebe que sua forma de educar afasta a filha dela).	- Presença de regras, limites e estruturação da rotina.
	- Usa punição física.	
	- Não tem amizades e interações sociais com familiares e amigos.	
<b>Excessos de T.</b>	<b>Déficits de T.</b>	<b>Reservas de T.</b>
- Ciúme: acredita que a mãe gosta mais dos meninos que dela.	Não consegue expressar opinião e sentimentos, não sai de casa sozinha.	Começou a contestar algumas regras e limites impostos pela mãe.
- Muito calada e nervosa.	Reage com enfrentamento pouco assertivo aos limites e expectativas da mãe.	Organizada, premedada, ajuda nos serviços de casa.
	Isola-se não consegue fazer amigos que a respeitem.	Faz alguns pedidos de forma indireta e presta ajuda em casa.

## 5. Conceituação comportamental da problemática do cliente

Contexto	Situação antecedente	Compto da filha	Consequente
<p>- Família unida, mas apartada de contato social;</p> <p>- Modelo paterno de pouca interação e expressão de sentimentos;</p>	<p>- Mãe faz perguntas sobre sua vida;</p> <p>-Irmãos e mãe fazem brincadeiras com tom sarcástico;</p>	<p>- Isola-se, permanece calada;</p> <p>- Grita, xinga;</p>	<p>Com propriedades aversivas: Pouca interação social, dificuldade de fazer amigos,</p> <p>-Mãe acredita que o problema é dela, pois é diferente dos outros;</p> <p>Reforço negativo: evita ficar na companhia da mãe a irmão que zombam dela;</p> <p>Evita que mãe saiba dos seus comportamentos e faça escândalo na escola;</p>
Contexto	Situação antecedente	Compto da filha	Consequente
<p>- Inflexibilidade parental com relação a regras e concepções de certo e errado</p> <p>- Privação de contato social de amigos;</p>	<p>- Na escola, diante da possibilidade de entrar num grupo;</p>	<p>- Se junta a meninas que tem "mau comportamento" para fazer trabalho;</p> <p>- Faz trabalho por elas, empresta caderno;</p> <p>- Aceita matar aula para acompanhar o grupo;</p> <p>- Evita comentar com a mãe.</p>	<p>- Reforçamento positivo: aumenta contato com pares, é aceita no grupo.</p> <p>- Com propriedades aversivas: tira notas baixas; professora reclama para a mãe que se indigna de saber pelos outros.</p> <p>- Com propriedades aversivas: bronca em forma de "sermão" destacando erros e com ameaças, na frente dos colegas;</p> <p>Sentimentos aversivos relacionados: culpa, vergonha, raiva.</p>

<b>Contexto</b>	<b>Situação antecedente</b>	<b>Compto do filho/ filha e marido</b>	<b>Consequente</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regras rígidas sobre união familiar.</li> <li>- História de perdas dos filhos recém nascidos.</li> <li>- Inflexibilidade parental com relação a concepções do que seja "bom para a família".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilidade de estudar a bíblia com pessoas de outra religião;</li> <li>- Rapaz mais velho e interessante se aproxima com interesse de namorar a filha;</li> <li>- Proposta de trabalho para o marido em outra cidade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceita fazer o estudo bíblico</li> <li>- Filha pede para namorar</li> <li>- Marido aceita o emprego e muda de cidade, vindo a cada 30 dias;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Com propriedades aversivas: mãe expressa sentimentos negativos falando que está triste, ameaça sumir de casa, dá bronca na no filho.</li> <li>- Impede namoro da filha.</li> <li>- Aconselha sobre a necessidade de união familiar, pede para o marido largar o emprego ou levá-la junto.</li> </ul>

<b>Contexto</b>	<b>Situação antecedente</b>	<b>Compto da mãe</b>	<b>Consequente</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padrão de comportamentos da filha T.: isola-se, às vezes agressiva, ignora a família, não fala o que pensa e sente;</li> <li>- Déficits e excessos de comportamentos da mãe e de T.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em casa, assistindo tv ou fazendo refeições juntos.</li> <li>- Filha quieta, não se enturma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mãe ressalta que a filha é diferente e calada; Mãe faz piadas;</li> <li>-Mãe diz que filha precisa se enturmar com a família e faz perguntas sobre sua vida;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Com propriedades aversivas: menina xinga, pede para calarem a bola, vai para o quarto e não fala com a mãe;</li> <li>- Reforço positivo: irmãos se juntam a ela para tirar sarro de T.;</li> </ul>

## 6. Objetivos comportamentais a serem trabalhados com a mãe L.

- Melhorar a qualidade da comunicação: fazer mais perguntas com relação a eventos privados e estratégias de enfrentamento passivas da filha (se calar, se isolar).

Diversificar contextos;

- Colocar-se no lugar da filha, empatia;

- Identificar direitos da adolescente com relação a ter amigos,

- Ensinar reforçamento diferencial como substituição às críticas excessivas e outras práticas negativas, favorecendo que a mãe empregue suas habilidades contingentes aos comportamentos desejáveis;

- Flexibilidade de algumas regras próprias e também às regras impostas à adolescente, exercício da negociação e flexibilização;

- Desenvolver habilidades de expressão de sentimentos, opiniões (discordar e concordar) com assertividade; assim como programar que ela ensine e tolere tais expressões ativas na adolescente;

- Expressão de sentimentos positivos e atenção contingente a comportamentos habilidosos da filha de ajudar em casa, se arrumar;

- Evitar comparações entre os filhos;

- Habilidades de observação, descrição de contingências, quebrar regras, e autoconhecimento.

## APÊNDICE D - ESTUDO DE CASO: P2

**1. Identificação do cliente:** E., 36 anos, sexo feminino, vendedora, separada, ensino médio completo. Mãe de 2 filhos (um menino, L. de 12 anos e uma menina, J. de 18 anos). Foi convidada a participar da pesquisa mediante ter deixado o nome do filho L para atendimento na clínica escola. O resultado da aplicação do CBCL realizado com a mãe, atestou a existência de “problemas de comportamento do tipo externalizantes e internalizantes” no filho L. Em relação ao inventário RE-HSE-P, os resultados indicaram como clínico (PR NEG; PROBL e HS).

### 2. Queixas da cliente

Durante as sessões de avaliação diagnóstica, apareceram como queixas principais: a rebeldia do filho no ambiente escolar (já foi expulso de uma escola, xinga professores e colegas, não copia matéria, notas baixas), não aceita regras e limites "todo castigo que dá pra ele, ele dá um jeito de brincar" (sic). Mãe relatou um episódio no qual o menino chegou em casa com a testa machucada e mentiu dizendo que havia sido a professora que jogou um objeto. O pai tomou as dores do filho, moveu processo contra a docente e posteriormente o menino fora expulso da escola pois a marca em sua testa era fruto de uma briga com outro aluno. Mãe também relatou que L fazia terapia, mas quando a terapeuta chamou atenção do pai sobre a necessidade de estabelecimento de regras e limites, o mesmo tirou o menino da terapia dizendo não admitir que outras pessoas falassem mal do filho dele. Também informou que o ex-marido presenteia L de maneira não contingente ao desempenho dele.

Separou-se do marido quando L estava com quase 6 anos e no início ficou com a guarda dele e da irmã, mas devido a problemas financeiros e de saúde (teve depressão), precisou entregar a guarda dos filhos ao pai.

Os motivos que levaram ao rompimento da relação conjugal foi a traição do marido. A separação não ocorreu de forma amigável, sendo que o pai de L chegou a abrir boletim de ocorrência contra a cliente e a fazer licitação mentirosa, perseguindo a ex-mulher, acusando-a de não ter condições de se manter e nem manter os filhos, até que a cliente de fato adoeceu com depressão e precisou entregar a guarda ao ex-marido.

Desde que deixou a guarda com o marido, não se envolve mais na educação dos filhos. Disse ter sido muito julgada por isso, mas que hoje não se sente culpada, pois se o marido acha que o jeito dele é melhor, ele é quem deve cuidar. Além de ressaltar

que como eles não se dão bem, ela não se intromete na educação para não criar conflito com o ex-marido.

A cliente informou que trabalha das 5h às 20h de segunda a sábado, mas que freqüentemente o filho vai dormir em sua casa. Informou que L é muito autoritário e que cuida da mãe como se ela fosse a filha e ele o adulto. Controla tudo o que a cliente faz: liga várias vezes por dia para saber onde ela está, com quem está e o que está fazendo; dorme com a mãe na cama (com a mão no seio da mãe, segunda a mesma) e faz com que o atual namorado da mãe durma no chão; se esquia de assuntos escolares e não permite que a mãe veja seu material, boletim e nem ir a escola falar com professores. Quando perguntado sobre o que o namorado da cliente acha de tudo isso, ela relatou "jamais colocaria alguém no lugar de um filho meu" e que "o L. não aceitaria que fosse diferente" (sic). Devido a guarda de L estar com o pai, somente esse toma conta do filho no que diz respeito aos assuntos escolares e também não permite que a cliente se "intrometa"(sic). Nessas ocasiões a cliente cede às ordens e controle do filho e ex-marido, atendendo ligações do filho, permitindo que o filho durma com ela e não acompanhado a vida escolar de L.

Com relação aos comportamentos de L de controlar a cliente, ela compreende como sendo cuidado e carinho e fala para o filho "Você é meu pequeno grande homem"(sic). Informou que o L diz que precisa cuidar da mãe para tudo, porque a mãe é sozinha. Acredita que o filho seja dessa forma, porque na época da separação o marido tirava sua autoridade perante os filhos, dizendo que a mãe era uma inválida e não sabia se cuidar. Outro fator que pode estar envolvido é o fato da cliente se abater fisicamente diante dos problemas (não consegue comer, emagrece, fica com bulimia nervosa, não consegue dizer não às pessoas, entre outros).

No RE-HSE-P, a mãe relata que costuma conversar com L sobre escola, namorado da mãe, irmã, relação com o pai. Nesses momentos o filho omite assuntos, mente muito ou ignora o que a mãe pergunta. A mãe apresenta dificuldades em lidar com tais comportamentos de L, aceita a esquivas dele e acaba por mudar de assunto. Nos momentos em que o filho tenta controlar a vida da cliente, ora ela permite (atendendo os telefonemas, deixando o que está fazendo para ir até seu encontro, permitindo que ele durma com ela, etc) ora ela tenta argumentar, bate no filho ou mente para ele. Nesses momentos L xinga, grita, agride a mãe fisicamente. A mãe contou um episódio em que ela precisava ir ao cabeleireiro, mas L não deixou. Após a cliente contestar, o menino chamou a mãe de "monstra" (sic), tomou o celular, trancou a mãe no quarto e bateu a

porta. A mãe precisou contê-lo fisicamente e ele saiu chorando para a casa do pai dizendo que não voltaria mais. A mãe disse se sentir mal, pois já não tem a guarda do filho e não quer perder os poucos momentos que passam juntos. Também se lembra de quando era criança, que apanhou muito dos seus pais e não quer reproduzir isso com L. Outros comportamentos que L emite diante das tentativas da mãe em estabelecer limites é se vitimizar, fala que a mãe quer matá-lo, exagera.

A cliente relatou que sente que tem perdido sua privacidade com os controles do filho, mas que pelo menos não se sente sozinha e que se sente amada por ele. De acordo com a cliente não é só o filho que faz isso com ela. Informou que outras pessoas como patroa, namorado, amigos, funcionários da loja que trabalham, sempre falam o que querem para a cliente. Esta tenta ser empática, porque entende as dificuldades de cada um e também porque admira o jeito de ser do seu pai e avô, que eram pessoas calmas, mansas e cercados de amigos.

Em relação à loja em que trabalha, é vendedora comissionada, mas sua patroa pede favores como: serviço de limpeza, banco, recebimento externo, buscar o filho da patroa na escola, ir a outras lojas comprar roupas para o filho da patroa, entre outros. Tais favores atrapalham suas vendas e influenciam diretamente no seu salário, porém a dona da loja sempre a elogia dizendo que ela é uma funcionária de confiança, bom gosto e sua melhor amiga.

No RE-HSE-P, a mãe relata que demonstra carinho para com L. elogiando, beijando e abraçando, dormindo com o filho, estando disponível para ele, diz que ama, coloca ele em seu colo. Informou que o filho gosta, pois ele é bem carinhoso. Destacou como pontos positivos do filho a sociabilidade, ser carinhoso, preocupado com os familiares, bastante comunicativo, inteligente em informática, prestativo, tem vontade de trabalhar e ensinar informática. Relatou que o menino conseguiu um emprego de meio período numa tapeçaria de um vizinho, que o pai deixou e que ele está muito empregado. A mãe teme que ele deixe a escola por conta disso.

Destaca-se no RE-HSE-P as respostas da mãe sobre expressão de sentimento negativo, que ocorrem de vez em quando, em forma de conversa, contenção da agressividade do menino, mas geralmente com mentiras para se esquivar dos controles do filho.

Uma hipótese para os comportamentos de L na escola é a falta de disciplina (limites, regras) e até negligência parental. O pai dá razão ao que o filho faz e a mãe está ausente desses problemas, não frequentando reuniões de escola, nem falando com o pai

sobre e muito menos conseguindo conversar com o filho de forma a acompanhar sua vida acadêmica.

A cliente parece ser muito passiva no trato com os outros e embora se sinta muitas vezes "sufocada", "sem privacidade", acaba tendo alguns ganhos como carinho, admiração, cuidado. Ao ser constantemente tratada pelo ex-marido como alguém incapaz e não ter a guarda dos filhos, também se livra da responsabilidade de educá-los ou de se responsabilizar pelos problemas de criação.

### **3. Questões relevantes da história de vida**

A cliente trouxe para terapia sua atual preocupação em administrar a vida pessoal apontando como urgente dois campos: namoro e trabalho. Em relação ao namoro, está terminando o relacionamento de 3 anos com um professor de Jiu-Jitsu, que também deu aula para seu filho e que tem ótimo relacionamento com ele. Informou ter tomado a decisão por sofrer violência física e verbal e não ter tido coragem de denunciar por dó/ medo do namorado perder a licença de artes marciais. Relatou que este namorado faz amizade com seu filho para que este vigie a cliente e pressione a cliente a não romper o namoro, mas que por trás fala mal do seu filho e o chama de "sem educação".

A cliente morava num apartamento alugado no centro da cidade ao lado do apartamento da sua patroa. Permitiu que o namorado ficasse algumas vezes com ela e quando se deu conta ele já estava morando lá. Na última briga, ela decidiu sair de casa, deixou todos os móveis com ele, achando que ele fosse ficar com pena dela e aceitar o término do namoro. Mas o ocorrido foi que ela entregou a chave do apartamento na imobiliária, ele alugou e não devolveu nada do que era dela e ainda a ameaçou se ela tentasse pegar algo.

A cliente foi morar de favor com um outro rapaz que conheceu e começou a namorar. Ele é 14 anos mais novo que a cliente e mora com sua mãe num bairro de classe baixa.

Em virtude de todos esses acontecimentos, sua patroa (ex-vizinha e muito preocupada com status e aparência), começou a perseguir a cliente na loja, dizendo que ela estava "feia, suja, encardida" (sic), que não servia mais para ser sua amiga agora que "morava com um negro na favela" (sic). Retirou a chave da loja que ficava com a

cliente e vem constantemente fazendo comentários e piadas que denigrem tanto o atual bairro que ela mora quanto seu atual namorado.

Durante o atendimento psicoterápico a mãe observou a necessidade de acompanhamento do filho, pois este começou a sair de casa com garotos que ela julgava ser más companhias. Em virtude do pai não prestar os cuidados necessários e nem a mãe, a cliente decidiu recorrer à ajuda do seu irmão, tio o adolescente, que morava numa fazenda a 700km da cidade de residência da mãe. O irmão concordou em cuidar do menino e este também não se opôs por gostar muito do tio e da rotina no campo.

#### 4. Dados que ilustram as dificuldades

<b>Excessos de E.</b>	<b>Déficits de E.</b>	<b>Reservas de E.</b>
- Extremamente passiva.	- Negociar regras, limites, possibilidades.	- amorosa com o filho.
- Quando "explode" acaba agredindo verbalmente e fisicamente o filho.	- Dar feedback negativo adequadamente.	- Disposição e interesse para terapia.
	- Identificar as necessidades e vontades próprias.	- Empática e calma no falar.
	- Expressão de sentimentos negativos.	- Bom verbal e raciocínio.
	- Auto-observação e autoconhecimento (não percebe que sua forma de educar contribui para a manutenção dos problemas do filho).	
	- Usa punição física.	
<b>Excessos de L.</b>	<b>Déficits de L.</b>	<b>Reservas de L.</b>
- Ciúme: cuida exageradamente da mãe.	Não consegue expressar opinião e sentimentos.	Carinhoso, afetuoso, preocupa-se com o bem estar da mãe.
- Medo: teme que algo de ruim possa acontecer à mãe.	Reage com enfrentamento pouco assertivo as tentativas de limites.	Gosta de trabalhar.
- Possessivo, nervoso, conta mentiras.	Agressivo com colegas e professores.	
Ansioso	Desorganizado, sem limites.	

## 5. Conceituação comportamental da problemática do cliente

Contexto	Situação antecedente	Compto da cliente	Consequente
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Família desunida, sem a guarda dos filhos.</li> <li>- Modelo paterno de pouca reivindicação e expressão de sentimentos.</li> <li>- Padrão de passividade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Filho liga várias vezes no celular;</li> <li>-Filho impede mãe de sair de casa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atende as ligações e faz o que ele pede;</li> <li>Cede às ameaças do filho;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Com propriedades aversivas: perde privacidade, não sai, não faz suas coisas;</li> <li>Reforço negativo: evita desentendimentos com o filho; não fica sozinha.</li> <li>Reforço positivo: recebe proteção e cuidados do filho.</li> </ul>
Contexto	Situação antecedente	Compto do filho	Consequente
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negligencia parental com relação aos comportamentos inadequados do filho.</li> <li>- Falta de regras e limites de certo e errado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Na escola, diante dos colegas e professores, quando contrariado ou quando é solicitada sua participação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responde;</li> <li>- Briga com colegas;</li> <li>- Mata aula;</li> <li>- Não copia matéria;</li> <li>- Mentira em casa colocando a culpa sempre no outro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforço positivo: apoio do pai (entra com uma ação judicial contra a professora);</li> <li>- Com propriedades aversivas: tira notas baixas; professora reclama para pai; é expulso da escola;</li> <li>Reforço negativo: evita participar das atividades acadêmicas que não gosta.</li> </ul>
Contexto	Situação antecedente	Compto da cliente	Consequente
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade financeira.</li> <li>- Passividade da cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traição do ex-marido;</li> <li>- Brigas com ex-namorado;</li> <li>- Comentários maldosos da patroa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cede às pressões do marido.</li> <li>- Abre mãos dos filhos, casa, móveis;</li> <li>- Não concorda com os comentários, mas aceita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforço negativo: evita problemas advindos da presença dos filhos; evita brigas por abrir mão das suas coisas;</li> <li>Acha que sabe lidar com pessoas difíceis;</li> <li>- Com propriedades aversivas: perde respeito dos filhos, casa, móveis, posição na loja;</li> </ul>

## **6. Objetivos comportamentais a serem trabalhados com a mãe E.**

- Reaproximação dos filhos e assumir responsabilidades maternas;
- Melhorar a qualidade da comunicação: expressão de opinião e sentimentos para com os outros;
- Expressão de sentimentos positivos e atenção contingente a comportamentos habilidosos do filho e não diante dos inadequados dele;
- Habilidades de observação, descrição de contingências, quebrar regras, e autoconhecimento;
- Estabelecimento de regras e limites;
- Assertividade;
- Reconhecimento dos seus direitos.

## APÊNDICE E - ESTUDO DE CASO: P3

**1. Identificação do cliente:** I., 52 anos, sexo feminino, trabalha em uma delegacia de polícia como secretária, casada, ensino médio completo. É tia materna de JP, menino de 12 anos, cujo pai é falecido e a mãe mora na Espanha. A tia tem mais 2 filhos adultos (19 e 21 anos) e uma nora que moram com ela. Foi convidada a participar da pesquisa após ter deixado o nome do sobrinho JP para atendimento, por indicação da escola que o menino estuda. O resultado da aplicação do CBCL realizado com a tia atestou a existência de problemas de comportamento do tipo externalizantes e internalizantes do sobrinho. Em relação ao inventário RE-HSE-P, os resultados indicaram como clínico (HSE-P, CONT, PR NEG e PROBL).

### 2. Queixas da cliente

Durante as sessões de avaliação diagnóstica, as queixas citadas foram: relutância em ir para escola (repetiu 2 anos por falta), não para sentado na escola e nem copia matéria, atrapalha outros colegas, conta mentiras, não obedece aos tios, passa muito tempo em frente ao computador entretido com joguinhos. A tia relatou também que ele era muito vergonhoso com o próprio corpo, não tirava a camisa nem para jogar bola, muito ansioso, carente de atenção e reclamava constantemente que não sabia por que havia nascido. De acordo com a tia, o menino é “doente por dinheiro” (sic) e já roubou pequenas quantidades em casa e na casa da avó. Aceita fazer qualquer serviço se lhe pagarem. Informou que ele destrói todas as suas coisas – bicicleta, brinquedos, roupa, caçados - e que já tentou colocar fogo na casa, se machuca de propósito e vinha mostrar para a tia, além de reclamar que ninguém gostava dele.

Não tem nenhum hobby fora os jogos no computador, frequentava uma igreja evangélica e jogava futebol com os meninos da igreja, mas parou. Não tinha amigos próximos.

A tia relatou que quando JP era criança, vivia pedindo colo, falava para I. “me abraça titia”(sic), ficava “grudado” (sic) à tia, ao que ela descreve como uma “criança muito carente” (sic). Atualmente, na adolescência, a tia relata que a carência passou porque ele não a solicita mais dessa forma.

Segundo a tia, JP sempre foi um menino bagunceiro, já foi diagnosticado em avaliação psicológica como hiperativo, tomou *Ritalina* por um tempo, mas depois a tia

parou de dar o remédio por conta própria. Quando avaliado por um médico, este disse que o menino era “normal”.

Ao ser questionada sobre os pontos positivos de JP, a tia não soube mencionar. Depois relatou que de vez em quando ele tira o lixo, lava a louça e avisa quando vai sair de casa.

De acordo com a tia, o sobrinho gosta muito de ir ao sítio, mexer com gado, trabalhos braçais, festa do peão, bota, e assuntos relacionados à fazenda, mas que dificilmente falam sobre isto, pois a tia nunca tem tempo.

Informou que ele tem um temperamento muito diferente dos seus filhos, pois andou com 8 meses, sempre foi muito esperto e agitado. Contou que, quando criança, pulou do trampolim da piscina do clube e fez um enorme corte na cabeça, sendo socorrido pelas pessoas do local, pois frequentava sozinho.

Quanto à forma de estabelecer limites, relatou que até os 4 anos apanhava muito da mãe e que todos na sua casa gritavam com ele, mas que depois que a mãe foi embora, a tia não permite que batam no JP pois tem dó, por ele ser um menino sem pai e nem mãe. No entanto, interage com o menino todos os dias dando sermão, gritando, recamando das coisas que ele não fez e fazendo ameaças nunca cumpridas. Ameaça não dar dinheiro para ele, mas depois cede; fala que vai bater se ele não fizer a tarefa, mas depois não acompanha para ver se ele realmente fez, fala que vai abandonar o JP, que vai devolvê-lo para a mãe e que seria melhor se ele fosse embora.

A tia relatou que tenta demonstrar carinho por ele, geralmente quando ele diz que vai se matar. Nessas ocasiões ela dá uma bronca e fala que é para ele parar de pensar assim porque gosta dele. A tia acha que ele entende, pois ouve e depois sai de perto.

Os resultados do RE-HSE-P respondido pela tia indicaram que esta mantém pouca interação verbal com o menino sobre assuntos que não sejam os problemas de comportamento do sobrinho. Dificilmente faz perguntas, mas quando faz o menino responde “o que te importa?” (sic) e logo sai de perto. Quando questionada sobre os motivos da pouca interação (conversar, fazer perguntas, acompanhar tarefas, elogiar, dar carinho) ela diz que não faz porque sua vida é muito corrida e não tem tempo para ele.

Faz muitas críticas quanto a ele pedir dinheiro para comprar doces todos os dias, passar horas no computador e querer ir para a festa anual que acontece na cidade. Segundo a tia, ele deveria voltar para a igreja, pois chegou a se batizar, mas parou de

frequentar e quando o faz não consegue cumprir com as promessas de jejuns que faz na igreja.

Expectativa da tia para com o atendimento é de que o JP se torne mais obediente, não falte da escola, volte a frequentar a igreja e ajude em casa.

### **3. Questões relevantes da história de vida**

Sua mãe era jovem quando começou namorar, engravidou, mas o pai de JP foi assassinado antes mesmo de o menino nascer. A tia acredita que o motivo era acerto de contas, pois ele estava envolvido com drogas e más companhias. Após o falecimento do pai, a mãe de JP foi morar com a irmã I. até os 4 primeiros anos do menino. Desde então é a tia quem cuida de JP. A mãe foi embora do país para trabalhar e deixou o menino para ser cuidado pela tia. Atualmente JP está com 12 anos, vê a mãe quando esta vem visitá-lo 1 vez por ano. Ela manda mensalmente R\$500,00 para ajudar nas despesas do menino. JP sempre reclamou de saudade, mas diz que jamais vai morar com a mãe em outro país porque tem medo de avião.

A tia demonstra ser uma pessoa pouco assertiva, parece não estar disposta a dar carinho e atenção as necessidades emocionais do menino, estando cansada de ter que cuidar das necessidades físicas e disciplinar o garoto, mas não fala isso para a irmã. Embora se disponibilize a vir para a terapia, dificilmente faz as tarefas propostas reclamando de falta de tempo. Ao longo das sessões foi possível perceber que a tia se irrita com tudo o que o sobrinho faz e que está nervosa por ter que cuidar de graça do sobrinho e sem perspectiva dessa relação se alterar. Informou que quando o sobrinho tinha 4 anos, os 500,00 que a mãe mandava dava para cobrir as despesas do menino e ainda ajudava nas despesas da sua casa, mas que esse valor permaneceu o mesmo e que quase não cobre os gastos do garoto. Relatou que não conversa com a irmã sobre isso, pois sabe que ela não está bem financeiramente e tem dó da irmã, além de não ter coragem por achar que como tia deveria colaborar. Acredita que cabe ao JP amenizar o problema gastando menos, sendo obediente ou decidindo ir morar com a mãe.

#### 4. Dados que ilustram as dificuldades

<b>Excessos de I.</b>	<b>Déficits de I.</b>	<b>Reservas de I.</b>
- Interage com críticas e cobranças, gritando com o sobrinho;	- Negociar regras, limites, possibilidades;	- Preocupa-se com o desenvolvimento escolar do sobrinho;
- Agride verbalmente dizendo ao sobrinho que preferia que ele fosse embora ou que vai mandá-lo morar com a mãe;	- Dar feedback negativo adequadamente;	- Cuida das necessidades físicas (alimentação, vestuário) do sobrinho;
- Disciplina inconsistente, não cumpre as ameaças que faz;	- Expressão de sentimentos positivos e feedback positivo (elogio, afeto);	- Assiduidade á terapia;
	- Dificuldade em identificar comportamentos adequados do sobrinho;	
	- Pouca disposição para se engajar nas tarefas terapêuticas.	
<b>Excessos de JP.</b>	<b>Déficits de JP.</b>	<b>Reservas de JP.</b>
- Desobediente, falta da escola, gasta muito tempo com jogos de computador;	- Pouca comunicação; dificuldade em expressar opinião;	- Preocupa-se com a tia (a lembra sobre horários dos seus compromissos);
- Mentir, principalmente sobre assuntos escolares.	- Não tem amigos;	- Gosta de trabalhar, prestativo quanto à tarefas relacionadas a consertos, atividades rurais, serviços braçais;
- Destroí objetos pessoais (bicicleta, brinquedos, roupas);	- Poucas atividades de lazer;	- Avisa quando sai de casa.
- Reclama de tristeza e fala que não sabe o porquê viver;		
- Gasta muito dinheiro;		

## 5. Conceituação comportamental da problemática do cliente

Contexto	Situação antecedente	Compto da cliente	Consequente
<p>- Irmã foi morar em outro país e deixou o sobrinho na sua responsabilidade;</p> <p>- Sobrinho é agitado e diferente dos seus filhos biológicos;</p> <p>- Rotina corrida de emprego, tia precisa acordar cedo e organizar tudo para trabalhar;</p> <p>Sobrinho já reprovou por faltas;</p>	<p>- Acordar JP. para ir à escola;</p>	<p>- Acorda o menino com críticas, dizendo que ele está atrasado e que irá reprovar novamente, raramente fala bom dia;</p>	<p>- Com propriedades aversivas: sobrinho demora a acordar; mente para a tia dizendo que não haverá aula; reclama que não quer ir para a escola.</p> <p>- Reforço negativo: obedece intermitentemente levantando e indo à escola;</p>
<p>- Tia chega do trabalho cansada, com atividades domésticas para fazer e pouco apoio dos membros da família;</p> <p>- Histórico de ameaças não cumpridas com relação aos comportamentos inadequado do sobrinho;</p> <p>- Comportamentos agressivos do tio (ameaça bater em JP quando está nervoso);</p>	<p>- JP. permanece no computador o dia todo jogando;</p> <p>- JP. quer usar a bota que comprou para ir ao sítio ajudar o tio;</p> <p>- JP. retira o lixo para a tia; acorda de manhã sozinho; sai do computador e vai para o clube; volta para o grupo de</p>	<p>- Tia reclama que ele não ajuda, que precisa sair do computador, ameaça contar para a mãe ou desligar a máquina, pede tarefas domésticas ao menino; grita e fica irritada;</p> <p>- Tia reclama, briga com ele, dá sermão sobre usar calçados novos para ir trabalhar;</p> <p>- Parentes ignoram tais atitudes, ausência de elogios ou feedbacks positivos; tia reclama que ele só faz coisas boas quando quer; solicita ajuda para</p>	<p>- Com propriedades aversivas: desobediência de JP que ignora os pedidos da tia; reclama que a tia só pede as coisas para ele e que ninguém gosta dele;</p> <p>Reforço negativo: às vezes ele atende os pedidos de sair do computador;</p> <p>- Com propriedades aversivas: JP. contra argumenta,</p> <p>- Reforço negativo: mas obedece e troca de calçado;</p> <p>- JP permanece calado sobre as atividades que faz; ignora novos pedidos da tia, reclama que não sabe por que nasceu e que só sofre;</p>

	jovens da igreja;	outras atividades não realizadas por ele.	
<b>Contexto</b>	<b>Situação antecedente</b>	<b>Compto do filho</b>	<b>Consequente</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tios idosos, sem animo para sair, passear, reclamando de cansaço e pouco dinheiro;</li> <li>- JP. adora rodeio, está na pré-adolescência, com vontade de sair com amigos;</li> <li>- Inconsistência no estabelecimento de limites.</li> </ul>	- Festa anual da cidade;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insiste para ir à festa, quer comprar bota e roupas novas, insiste para a tia lhe dar o dinheiro que a mãe lhe manda;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Com propriedades aversivas: tia dificulta a ida à festa dizendo que ele deveria se interessar pelas coisas da igreja, reclama que não tem dinheiro;</li> <li>Reforço positivo: vai com ele comprar roupa,</li> <li>- Com propriedades aversivas: mas dificulta reclamando das escolhas do sobrinho e dizendo que não há necessidade de comprar botas;</li> </ul>

## 6. Objetivos comportamentais a serem trabalhados com a tia I.

- Identificação das necessidades emocionais do sobrinho (identificar o que ele gosta ou não gosta, conversar sobre assuntos de interesse do menino);
- Assumir responsabilidades maternas, uma vez que aceitou cuidar do sobrinho ou ser assertiva em conversar com a irmã sobre a importância de ela cuidar do mesmo;
- Ser consistente no estabelecimento de limites, cumprindo as promessas feitas;
- Realizar atividades de lazer com o sobrinho, verbalizações de afeto, carinho e cuidado;
- Elogiar bons comportamentos do sobrinho;
- Flexibilização de regras quanto a formas de diversão do sobrinho;
- Melhorar a qualidade da comunicação: expressão de opinião e sentimentos para com os outros;
- Expressão de sentimentos positivos e atenção contingente a comportamentos habilidosos do sobrinho;
- Habilidades de observação, descrição de contingências, quebrar regras, e autoconhecimento.

## APÊNDICE F - ESTUDO DE CASO: P4

1. **Identificação do cliente:** E., 34 anos, sexo feminino, casada pela 2ª vez, ensino médio completo. Trabalha como autônoma, junto ao marido, revendendo produtos de um laticínio da cidade. É mãe de três filhos, o filho mais velho, B., tem 16 anos, é filho do primeiro casamento de E. e alvo da intervenção terapêutica. Também tem uma menina, T., de 6 anos e um menino, Ed., de 8 anos. E. foi selecionada para a pesquisa a partir da lista de espera da clínica escola da UFMS, na qual deixou o nome do filho B. para atendimento, seguido de um resultado do CBCL realizado com a mãe atestando a existência de problemas de comportamento do tipo externalizantes e internalizantes do filho e dos resultados do RE-HSE-P, com indicação clínica para HSE-P, HS, PR NEG e PROBL .

### 2. **Queixas da cliente**

E. relatou que desde fevereiro de 2012, seu filho B. chora muito, reclama de insônia, briga com os irmãos, fica muito tempo no celular com amigos, recusa-se a comer, responde a professores com palavrões, está agressivo em casa e na escola, não copia matéria e falou em se matar. Mãe relatou que ele tinha uma namorada por quem estava apaixonado e que ela terminou o namoro por pressão dos pais, por ser muito jovem, 13 anos. Desde então as queixas relatadas começaram.

B. briga com os irmãos, enfrenta a mãe com socos e palavrões, diz não gostar da irmã T. porque a mãe só sai com ela e porque ela é a queridinha do pai.

Em relação aos outros filhos, a cliente relatou que o menino Ed. é muito ansioso, obediente, bom aluno e faz tudo o que a mãe pede. A menina, por ser a mais nova, acompanha a mãe na entrega dos produtos do laticínio, é carinhosa e ganha o que quer do pai, pois sabe pedir com jeitinho e escapar da punição. B. é descrito pela mãe como explosivo, bate de frente, questiona e reclama. A mãe buscou ajuda dizendo que o filho está insuportável, que tem vontade de manda-lo morar com o pai biológico, mas que não fará isso, pois já foi mandada embora de casa pelo seu pai e não fará isso com o filho por saber o quanto dói.

Reclamou que ela e o filho têm gostos muito diferentes e que isso atrapalha a relação dos dois. Informou que acha o filho muito convencido, chamando-o de babaca. Contou que certa vez ele fez uma tatuagem de caneta no braço escrito BR7 e quando a

mãe viu fez o menino tirar à força, bateu nele e esfregou o braço dele com bucha e “veja”. Quando o menino cortou o cabelo tipo moicano a mãe ficou brava e o fez cortar novamente. B. pintou uma chuteira com caneta e a mãe jogou álcool e queimou ameaçando nunca mais dar nada para ele por ele ter deixado a chuteira igual à de “maloqueiro”. B. personalizou a camiseta de uniforme e mãe o fez tirar e jogar no lixo. Quando o menino comprou roupas com seu próprio dinheiro e veio mostrar para a mãe, esta disse que eram muito apertadas, de playboy e que eram ridículas.

Segundo a mãe, B. ama jogar futebol, reclama que a mãe nunca tem tempo para vê-lo jogar e que reduziu o tempo dele de treino para que ele ajudasse a cuidar dos irmãos para que ela conseguisse fazer as entregas dos produtos que vende. Mãe fala que não gosta do estilo do filho se vestir, acha ele muito convencido igual um parente que ela odeia. Grita com o filho, olha de cara feia, bate de cinta e de murro, ameaça o filho até conseguir que este lhe obedeça. Relatou que em uma das brigas o filho segurou-lhe os braços para não apanhar e deixou os braços dela roxos e ela o chutou. Já quebrou uma bacia de plástico no B. quando ele não obedeceu a seu pedido de calar a boca frente as suas ordens. O padrasto não interfere nas brigas da mãe e do filho dizendo que ele não é o pai biológico.

Quando questionada sobre os pontos positivos do filho, a mãe disse que não tinha, depois relatou que ele é carinhoso, ajuda a mãe a limpar a casa (banheiro, louça, o quarto dele e carpe o quintal). Vai para a escola de manhã e trabalha de sexta a domingo à noite numa pizzaria. Relatou que ele é um ótimo jogador, treina numa escola de futebol da cidade, chegou a ser convidado para ir treinar em Bauru, mas a mãe não autorizou que o filho fosse porque teria que bancar todas as despesas e não tinha dinheiro. Depois de não ter dado certo mudar de cidade para treinar futebol, negociou com o filho de pagar uma academia para que ele ganhasse massa muscular e se aprimorasse. O menino ficou muito triste, mas aceitou.

A mãe reclamou que gostaria que ele a ajudasse na venda dos queijos, mas que ele maltrata os clientes, fala que não tem produtos ou não atende dizendo que a mãe não está.

Informou que suas conversas com o filho geralmente são sobre os problemas de comportamento do mesmo, para pedir favores ou para cobrar que o pai biológico não mandou a pensão. Nessas ocasiões o menino responde gritando ou dizendo que a mãe é muito encrenqueira e não gosta dela.

Em relação à comunicação, o resultado do RE-HSE-P indicou que o B. geralmente se aproxima da mãe para conversar sobre paquera, sobre o término do namoro, seu treino na academia, chamar a mãe para provar os suplementos alimentares que faz ou para pedir uma opinião sobre suas roupas. O mesmo acontece com os outros filhos como a T. que sempre solicita a mãe nas tarefas de escola. Nessas ocasiões a mãe geralmente ignora falando que não pode e que conversa depois quando tiver mais tempo, pois ou está trabalhando ou assistindo TV para descansar. Relatou que só retoma o assunto se for muito sério envolvendo o mau comportamento do filho ou quando o assunto é sobre recados de trabalho. Caso contrário acaba esquecendo a promessa de falar depois. Relatou que percebe que os filhos ficam chateados, mas acha que como são assuntos sem importância, que a chateação passa frente às atividades importantes que a mãe tem. Porém frente aos pedidos do filho por roupa, calçados, gel, a mãe relatou que sempre atende. Relatou ser presente quanto saber com quem os filhos andam, como estão na escola, no trabalho ou em ir conversar com o técnico do futebol.

Quando faz perguntas para o filho é geralmente cobrando sobre o que ele fez de errado ou o que deixou de fazer. Nesses momentos o filho zomba da mãe, faz gracinhas e deixa a mãe mais irritada. Tem muita dificuldade de elogiar e demonstrar afeto, mas relatou retribuir quando os filhos vêm abraça-la e beijá-la.

Ao solicitar mudança de comportamento ao filho geralmente está estressada, fala gritando e bate. Nessas ocasiões o B. dá risada, pirraça e ignora o que a mãe diz. Relatou um episódio em que conversou com B. exigindo que este desligasse o som quando estivesse limpando a casa, pois os vizinhos haviam reclamado, mas ele teimou em desobedecer causando a perda da amizade com os vizinhos.

A mãe parece ser bem autoritária, exige que as coisas em casa e fora sejam feitas da sua maneira. Relatou que até o ex-marido costuma atender seus pedidos quando liga brava. É a responsável por cuidar dos três filhos, por administrar a entrega e o financeiro da empresa e ainda administrar a casa. Relatou não ter muitos amigos por não ter tempo de se divertir.

Exige que o filho arrume a casa do jeito dela, que ao tomar banho tire a roupa e não coloque do avesso no cesto, não aceita brinquedos ou materiais escolares espalhados pela casa. Ordena que ele faxine a casa, mas não suporta que ele deixe os produtos de limpeza fora do lugar depois. Banheiro precisa ser lavado as segundas, quartas e sextas-feiras. B. obedece, mas faz correndo, atendendo celular, respondendo mensagem, ouvindo música e enquanto isso deixa a torneira aberta e a mãe fica

estressada. Diz que não gosta que ele faça as coisas da casa e as dele ao mesmo tempo porque ele faz mal feito. Relatou que só o Ed., filho de 8 anos, puxou para ela, pois ele é organizado, limpa todos os sapatos e é obediente.

Mãe diz incentivar os filhos a pensar positivo, trabalhar e comprar suas coisas.

Expectativa da mãe para com o atendimento é que o filho não lhe respondesse mais e que fosse mais obediente.

### **3. Questões relevantes da história de vida**

Relatou que seus pais se separaram quando ela tinha 8 meses de idade. Sua mãe foi embora, deixando os filhos com o pai que se casou novamente. Informou que seu pai sempre foi bruto, sem educação e agressivo. Por qualquer motivo mandava a filha embora de casa. Por isso sempre fala com os filhos que impõe limites, porque gosta de tudo do seu jeito e organizado, mas que jamais mandará ninguém embora de casa assim como o pai fazia com ela. Acredita que tenha aprendido esse jeito explosivo com o pai.

E. informou que se casou muito jovem, com 18 anos, logo teve B., e seu marido a traía, ia para festas, deixava-a sozinha em casa com o filho. Eram comum brigas e separações que não resultavam em nada. Separou-se definitivamente do pai biológico de B. quando este tinha 3 anos. Após um tempo conheceu outro rapaz com quem está casada há 12 anos e teve mais 2 filhos.

E. informou que toda a responsabilidade de cuidar da casa, dos filhos e administrar contas e entregas dos queijos ficam por conta dela. Que está cansada, sobrecarregada porque não consegue a obediência do B. para facilitar sua rotina.

Na segunda sessão relatou um incidente importante. Havia saído para fazer entregas e flagrou o marido de moto com outra mulher. Ela parou em frente à casa da moça e “fez um escândalo” (SIC), o marido fugiu e mais tarde ao conversarem ele confessou que estava tendo um caso, mas que era a primeira vez que tinha saído de fato com a moça.

E. ameaçou ir embora, quebrou louças em casa, discutiu com o marido na frente dos filhos, se agrediram, chamou a polícia, foram todos para a delegacia. Marido tentou reverter à situação agredindo-a e dizendo que talvez ela também tivesse um caso. Os filhos choraram e cobraram o pai pelo acontecido. O B. que não é filho biológico obrigou a mãe a largar dele. Ed que é relatado pela mãe como o filho mais ansioso começou a ter problemas na escola e até bateu num colega.

Conversou com a amante do marido e ela disse que não havia acontecido antes porque ela não quis, mas que foi a primeira vez que eles haviam saído juntos e que apenas se beijaram.

Chegou à sessão transtornada porque está casada há 12 anos, rompeu o primeiro casamento por traição. Os vizinhos e parentes a aconselham a perdoá-lo dizendo que todos os homens traem e que se ela largasse dele na verdade estaria empurrando o marido para a outra. Relatou não confiar mais nele, porém gosta dele, esta com uma vida estruturada e não consegue cumprir a ameaça de ir embora de casa e deixar os filhos e serviço nas mãos dele.

O marido disse à cliente que quer corrigir o que fez, mas que para isso ela deveria esquecer e não cobrá-lo mais pelo acontecido. E. relatou que não consegue, que brigam todos os dias, pois ele sai de casa e não dá satisfação, deixa o celular desligado e não sai do bar em que a moça trabalha. Nas brigas os dois se agredem, geralmente na frente dos filhos.

Marido exige que ela o perdoe e que pare de cobrá-lo. Também pede que ela transe com ele, mas ela diz que não consegue nem perdoar e nem deixá-lo.

Em sessão, foi discutido com a cliente o que poderia ter acontecido nesses 12 anos que contribuiu para o afastamento do casal. Esposa lembrou que o marido nunca permite que ela faça entregas com ele, que ele frequenta o bar que a moça trabalha há anos e que o dono, por ser grande amigo do marido e cliente dele na compra dos queijos, sempre arruma uma festa, peixada, churrasco para que o marido vá sem a família. Ela sempre reclamou, mas como vive ocupada com o trabalho e filhos, as reclamações vão acontecendo, mas nada muda de fato.

Ela contou que acorda às 6 horas da manhã todos os dias, faz almoço duas vezes – para o marido levar ao laticínio e depois para os filhos quando voltam da escola- leva e busca os filhos da escola, faz entregas, paga boletos, e o marido só cuida de buscar os queijos no laticínio e fazer entregas nos bares dos amigos dele.

À noite está sempre cansada, dorme antes que o marido e relatou que ultimamente tinham pouco tempo para diversão em família. O marido diz que não deixa os amigos por nada e que a esposa precisa aceitar e parar de reclamar, pois ele não vai mais traí-la.

Após 2 meses da descoberta da traição do marido, seu pai adoeceu e veio a óbito. A cliente relatou ter ficado desesperada, pois no velório do pai o pastor lembrou a severidade do pai no intuito de que todos os filhos se convertessem à religião dele. A

cliente era a única filha que não havia ido para a igreja do pai, pois relatou que após ele ter se convertido o relacionamento com a madrasta e os filhos piorou, passou a ser mais rígido e severo, não permitindo sequer trocas de presentes em casa. Batia na esposa e nos filhos e dizia que tudo era vaidade. Expulsou E. de casa quando jovem, obrigando-a a ir morar com a madrinha por ela questionar as atitudes do pai.

E. é uma mulher bonita, jovem, vaidosa, trabalhadora, porém controladora e rígida com a rotina que impõe como certa para a família. Fala alto e de forma autoritária e na maioria das sessões quer decidir quando terminar a sessão, apontando para o relógio e dizendo que o tempo da terapeuta acabou. Tem muita dificuldade de se colocar no lugar dos filhos, de elogiar ou demonstrar carinho, mas parece ser muito cuidadora provendo as necessidades materiais dos mesmos. Mostra-se agradável e divertida quando conversa de assuntos de concordância mútua, é muito responsável nos compromissos vindo pessoalmente desmarcar a sessão quando acontecia algum imprevisto ou ligando com antecedência e já reagendando para o dia seguinte.

Embora seja pouco empática e muito autoritária, não é negligente nos cuidados com os filhos e é constantemente solicitada por eles para dar opinião sobre tudo ou para pedirem as coisas.

#### 4. Dados que ilustram as dificuldades

<b>Excessos de E.</b>	<b>Déficits de E.</b>	<b>Reservas de E.</b>
- Corrigir o filho com críticas, gritos e agressão física.	- Negociar regras, limites, possibilidades.	- Preocupação e cuidado com as necessidades materiais da família.
- Seguir regra rigidamente, pouco sensível às consequências.	- Dar elogios, carinho e atenção aos filhos ou contingentes a bom comportamento dos filhos.	- Presença de regras, limites e estruturação da rotina.
- Punir a aproximação do filho para diálogo e expressão de sentimentos.	- Assertividade na relação com o marido e filhos.	- Tem bom vocabulário e destreza em descrever o que não gosta.
- Muito ocupada com a rotina de trabalho.	- Auto-observação e autoconhecimento (não discrimina relação entre suas práticas e os comportamentos do filho para chamar sua atenção).	- Comprometida e compromissada com a rotina familiar.

	- Falta de relações de intimidade, ter com quem contar.	- Disposição e interesse para terapia.
<b>Excessos de B.</b>	<b>Déficits de B.</b>	<b>Reservas de B.</b>
- Teimoso, desafia as regras impostas pela mãe para obter atenção.	Reagir com enfrentamento assertivo aos limites e expectativas da mãe.	- Faz pedidos, presta ajuda, conta intimidades, expressa carinhos.
- Agressivo verbalmente e fisicamente.		- Demonstra ficar feliz com atenção da mãe – interação com a mãe tem alto valor reforçador.
- Irônico.		- Trabalha em casa e fora, cumpre compromissos, honesto com dinheiro.
- Briga com irmãos.		- Sensível, vaidoso e carinhoso.

## 5. Conceituação comportamental da problemática da cliente

Contexto	Situação antecedente	Comportamento da mãe	Consequente
<p>- Mãe estressada com rotina de trabalho;</p> <p>- Pouco apoio do marido no cuidado com os filhos;</p> <p>- Rigidez em relação à forma de realizar os serviços domésticos;</p> <p>- Modelo parental de agressividade e autoritarismo.</p>	<p>- Mãe chega e vê filho limpando a casa com som alto e respondendo mensagens no celular.</p>	<p>- reclama, fica brava, grita que o filho não faz nada certo, toma o celular e desliga o som.</p>	<p>- Com propriedades aversivas: filho critica a mãe, xinga, é irônico; Reforço negativo: mas termina o serviço que começou.</p>
<p>- Mãe cansada após dia de trabalho estressante; sem a companhia do marido; descoberta da traição do marido.</p>	<p>- Filho quer mostrar seus músculos e falar do resultado que está tendo com a academia. Ou vai a cozinha preparar sheik e chama a mãe para provar. Tira foto com cabelo arrepiado e sem camisa e vem mostrar para mãe.</p>	<p>- Mãe ignora ou pede para ele ficar quieto ou fala que jamais vai experimentar ou critica jeito de ser do filho e pede para ele sair.</p>	<p>- Com propriedades aversivas: Filho grita, mexe com a irmã ou faz outra coisa para provocar a mãe.</p>

<p>- Mãe compra roupa e sapatos para o filho do seu gosto e gel para cabelo.</p>	<p>- Filho personaliza as peças e usa gel para arrepiar o cabelo.</p>	<p>- Mãe critica que o estilo dele é de maloqueiro, fala que o filho deveria ser menos convencido de sua beleza; queima o calçado; não permite que ele use as roupas e fá-lo cortar o cabelo ou pentear “que nem homem”. Agride o filho fisicamente. Solicita mudança de comportamento no grito.</p>	<p>- Com propriedades aversivas: Filho xinga, ri na cara da mãe, é irônico, agride a mãe fisicamente também. Reforço negativo: Mas acaba por obedecer e pentear o cabelo e mudar de roupa.</p>
--	---	--	--

## 6. Objetivos comportamentais a serem trabalhados com a mãe E..

- Melhorar a qualidade da comunicação: fazer mais perguntas com relação à vida do filho, dar atenção quando o filho inicia uma conversação. Diversificar contextos e assuntos das conversas que inicia com o filho.

- Colocar-se no lugar do filho, identificando os diretos dele com relação a gostos pessoais.

- Perceber como positivo e elogiar o fato do filho adolescente ajudar em casa, ser responsável no trabalho fora de casa, se envolver com esporte, ser carinhoso.

- Ensinar reforçamento diferencial como substituição às críticas, agressões e outras práticas negativas, favorecendo que a mãe empregue suas habilidades contingentes aos comportamentos positivos do filho.

- Flexibilidade de algumas regras próprias e também às expectativas com relação ao filho, exercício da negociação e flexibilização.

- Desenvolver habilidades de expressão de sentimentos negativos, opiniões (discordar e concordar) com assertividade com relação ao marido e filho;

- Identificação dos próprios direitos relacionados a descanso, lazer e fazer amigos;

- Divisão de responsabilidades conjugais e tolerar quando os outros façam as coisas combinadas do jeito deles e não do jeito e no tempo dela.
- Habilidades de observação, descrição de contingências, quebrar regras, e desenvolver autoconhecimento.

## **ANEXOS**

**ANEXO A – CARTA DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA**

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



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 61ª Reunião Ordinária realizada no dia 07 de abril de 2011, no Prédio do STI da Faculdade de Ciências - UNESP, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto "Efeito dos comportamentos de recomendação e empatia do terapeuta na avaliação do cliente sobre a relação terapêutica e sobre o sucesso da terapia", Processo nº 3269/46/01/11, sob responsabilidade da Professora Doutora Alessandra Turini Bolsoni Silva.

Bauru (SP), 07 de abril de 2011

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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Engº Luiz Edmundo Carriço Cordeiro, 14-01 - Várzea Limpa - Bauru-SP - CEP: 17.033-960  
Fone: (14) 3100-6187 - e-mail: [ceet@frc.unesp.br](mailto:ceet@frc.unesp.br)