

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

Alexandre Aguiar Victuri

**TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL PARA ANSIEDADE E
DEPRESSÃO: ELABORAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROMOVE –
SAÚDE DA MULHER**

BEHAVIORAL ANALYTICAL THERAPY FOR ANXIETY AND DEPRESSION OF
WOMEN: ELABORATION, APPLICATION AND EVALUATION OF SEMI-
STRUCTURED PROCEDURE (PROMOVE – SAÚDE DA MULHER)

TERAPIA ANALÍTICA CONDUCTAL PARA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE
MUJERES: ELABORACIÓN, APLICACIÓN E EVALUACIÓN DE PROCEDIMIENTO
SEMIESTRUCTURADO (PROMOVE – SAÚDE DA MULHER)

Projeto de pesquisa financiado pela FAPESP, processo número 2019/02487-0

Bauru, 2021

Alexandre Aguiar Victuri

**TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL PARA ANSIEDADE E
DEPRESSÃO: ELABORAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROMOVE –
SAÚDE DA MULHER**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Bauru, para Qualificação em processo de obtenção de título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob orientação da Profa. Ass. Alessandra Turini Bolsoni-Silva. Projeto financiado pela FAPESP (processo nº 2019/02487-0).

BAURU
2021

V646t

Victuri, Alexandre Aguiar

Terapia Analítico-Comportamental para ansiedade e depressão :
elaboração, aplicação e avaliação do Promove – Saúde da Mulher /
Alexandre Aguiar Victuri. -- Bauru, 2021
208 p. : tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Ciências, Bauru

Orientadora: Alessandra Turini Bolsoni-Silva

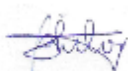
1. Terapia Analítico-Comportamental. 2. Ansiedade. 3. Depressão.
4. Comorbidade. 5. Mulheres. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de
Ciências, Bauru. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

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

Aos 24 dias do mês de setembro do ano de 2021, às 14:00 horas, no(a) Faculdade de Ciências (UNESP/Bauru), realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de ALEXANDRE AGUIAR VICTURI, intitulada *Terapia Analítico-Comportamental para ansiedade e depressão: elaboração, aplicação e avaliação do Promove Saúde da Mulher*. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Unesp, Faculdade de Ciências, Bauru, Profa. Dra. MARIA DE JESUS DUTRA DOS REIS (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIN ROLIM RODRIGUES (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / UNESP/Câmpus de Bauru (participação por videoconferência). Após a exposição pelo mestrando e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, o discente recebeu o conceito final APROVADO . Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.



Profa. Dra. ALESSANDRA TURINI BOLSONI SILVA

**Em memória da Safira, a princesa dourada que
marcou a minha vida profundamente e aqueceu meu
coração com sua companhia nos momentos mais
difíceis**

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço profundamente às três participantes da pesquisa, que desde nosso primeiro contato, demonstraram sua colaboração e seu respeito ao trabalho que seria desenvolvido. Vocês são pessoas incríveis e fortes, que muito admiro, e fico feliz por ter contribuído de alguma forma para se sentirem melhor.

Ao Helyson, meu parceiro durante todo o desenvolvimento e florescimento deste trabalho, agradeço por ter sempre se disposto a ajudar, em especial com os textos que se tornaram livro e com as minhas dúvidas sobre ABNT, e a ouvir o que eu tinha para contar. Por me dar a maior força, me fazer muita companhia e por entender o motivo de algumas de minhas ausências e inquietações.

À minha orientadora Alessandra, cuja preciosa orientação posso resumir em uma palavra: presença. Você esteve presente sempre que precisei, sugerindo alterações valiosas em meus escritos, supervisionando os casos da pesquisa e acolhendo as minhas críticas e inquietações com cuidado e respeito.

Ao meu pai Antônio, agradeço pelo suporte financeiro sem o qual dificilmente conseguiria ter passado grande parte do mestrado em Bauru. Mas também pelo incentivo e por sempre acreditar no meu potencial para ser uma pessoa e um profissional melhor.

À minha mãe Silvana, pelo suporte emocional impecável, pelo carinho e pelas conversas, também tenho muito a agradecer. Acredito que herdei dela o interesse pelas pessoas e por tratar todos de forma respeitosa.

À Safira, minha companheira canina que partiu para o céu dos cachorrinhos em 2020, e de quem me distanciei fisicamente para poder viver o mestrado, mas me reaproximei por conta da pandemia, a tempo de passar seus últimos meses de vida em sua preciosa companhia.

À Princesa, minha companheira felina que me diverte muito e que me ajudou a superar a dor da ausência da Safira.

Às professoras Maria de Jesus dos Reis e Olga Rodrigues, por toda a atenção e reconhecimento que me dirigiram e pelas preciosíssimas e caprichosas contribuições ao meu trabalho, oferecidas nos momentos do meu exame geral de qualificação e da minha defesa.

Aos amigos do mestrado e da vida, agradeço por todos os momentos que passamos juntos. Principalmente pelas risadas e pela companhia em momentos difíceis. Isso sem contar a ajuda e as valiosas parcerias. Aqui vão nomes de algumas dessas pessoas: Matheus, Francisco, Jéssica, Giovanna, Laís, Marta, Larissa, Daniel, Ricardo, Gabriela, André, Vinícius, Mayara, Leandro, Nei e Eduardo.

Ao professor Peter Sturmey, pela sugestão de incluir em minha pesquisa os diagramas funcionais pelos quais tanto me interessei.

Ao professor Stephen Haynes, pelos ensinamentos sobre os diagramas funcionais, pelos rápidos *feedbacks* e por todo o material que compartilhou comigo.

À professora Zilda Del Prette, pela gentileza de nos fornecer alguns dados normativos do IHS-2 Del Prette que não constavam no manual.

Aos meus amigos que revisaram trechos da minha dissertação (Marcos, Francisco, Marta e Helyson), por capricharem em suas considerações, que ajudaram a melhorar a qualidade do meu trabalho.

Ao meu terapeuta Florêncio, que soube acolher minhas dificuldades com sensibilidade impecável e, principalmente, por me ajudar a entender em que contextos o meu repertório de pesquisador funciona e em que contextos ele não funciona. E, também, por me incentivar a colorir mais a minha vida e ser mais sincero como os meus sentimentos.

Ao meu irmão Rodrigo e minha cunhada Tatiane, agradeço por sempre terem me acolhido em sua casa e por terem me dado o maior presente que eu poderia ganhar, dois sobrinhos!

Aos meus familiares que sempre me apoiaram e me nutriram com seu amor e também àqueles que estiveram dispostos a me ouvir, especialmente aos meus avós Maria Antonieta, Costância e Antônio, minhas tias Constance e Rosely, meu tio Marcelo, o João Paulo, meu primo Francisco e sua esposa Taline, muito obrigado!

À FAPESP, agradeço pelo apoio financeiro que me conferiu tranquilidade em momentos tão difíceis e por incentivar a minha persistência. O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2019/02487-0 (23 meses de bolsa).

À CAPES, agradeço pelo apoio oferecido ao programa de pós-graduação e por também ter me contemplado com uma bolsa de mestrado, ainda que eu só tenha usufruído de um mês dela. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 (1 mês de bolsa).

Aos que me prestigiaram nos momentos da minha qualificação e defesa, em especial à Ana Carmen e ao sensei Márcio, obrigado!

A todos os defensores do ensino superior público e todos os contribuintes que o sustentam, espero que meu trabalho seja digno da parcela dos pesados impostos que é direcionada para a UNESP.

APRESENTAÇÃO

Minha história como pesquisador se iniciou no terceiro ano do curso de psicologia, quando tive o prazer de conhecer a professora Alessandra, em sua disciplina Terapia Comportamental I. Encantei-me com as aulas dela e com a forma como a área clínica me foi apresentada. Então busquei uma parceria com ela, que me ofereceu a possibilidade de trabalhar em conjunto com a Giovanna Levatti, que cursava mestrado com bolsa FAPESP naquela época. A Giovanna estudou a interação terapêutica em três casos de mulheres com ansiedade e depressão que haviam sido atendidas na UNESP em seu ano de estágio. Como minha iniciação científica, orientada pela Alessandra e com bolsa PIBIC do meio do quarto para o meio do quinto ano de graduação, ajudei a Gi a organizar e analisar estatisticamente a infinidade de dados que ela coletou.

No quinto ano da graduação, também fiz o estágio de Terapia Comportamental com a professora Alessandra. Foi quando conheci a prática clínica, que me encantou ainda mais do que a teoria. A professora Alessandra sempre demonstrou interesse pela continuidade da carreira acadêmica dos seus orientandos. Então certo dia, enquanto aguardávamos pelo início de uma reunião de supervisão de estágio, ela me perguntou se eu gostaria de escrever um projeto de mestrado que desse continuidade ao meu trabalho de iniciação científica.

Seria um trabalho de tentativa de sistematização da intervenção livre nos moldes da Terapia Analítico-Comportamental (TAC) que havia demonstrado tão bons resultados no estudo da Giovanna. A ideia seria que eu propusesse uma intervenção em clínica semiestruturada para o meu mestrado e a Gi propusesse algo em saúde pública para o seu doutorado. E assim foi gerado o projeto que deu origem a esta dissertação, que submeti no processo seletivo para mestrado da UNESP daquele ano mesmo. Tive o apoio da Alessandra na escrita do projeto e, para nossa alegria, passei no mestrado logo após ter concluído a graduação.

O grupo de pesquisa liderado pela professora trabalha, entre outros temas, com o desenvolvimento de manuais de intervenção de abordagem analítico-comportamental para diferentes públicos. Esses manuais são chamados Promove(s) e têm como foco o desenvolvimento de repertórios diversos dos clientes atendidos, em especial no que se refere às habilidades sociais. Até aquele momento, já haviam sido estudadas pelo nosso grupo intervenções Promove(s) para demandas exclusivamente parentais e exclusivamente conjugais, além de outras (universitários, crianças e professores). Foi dentro desse contexto que surgiu a ideia de desenvolver um Promove para mulheres que desenvolvem múltiplos papéis em suas vidas e, portanto, possuem dificuldades interpessoais em contextos diversos.

RESUMO

A prevalência de transtornos de ansiedade e depressão é um problema de saúde pública brasileiro. Em mulheres, essa prevalência é ainda maior. Grande parte dos casos é de comorbidade entre os dois transtornos, e isso agrava ainda mais os prejuízos funcionais. A Terapia Analítico-Comportamental (TAC) é uma das possibilidades de tratamento, mas carece de evidências científicas. O presente estudo propôs uma intervenção semiestruturada (Promove – Saúde da Mulher) com essa abordagem para três participantes mulheres que trabalhavam e possuíam relacionamento conjugal e filhos, identificadas por relato e instrumentos como tendo ansiedade e depressão. Teve-se como objetivos descrever e analisar, em três casos clínicos, a aplicação e os efeitos do Promove – Saúde da Mulher, elaborado para reduzir queixas e sintomas de ansiedade e depressão, a partir da ampliação de repertórios comportamentais específicos, especialmente habilidades sociais. O Estudo I descreve e compara as formulações de caso, elaboradas por dois métodos diferentes, para as três participantes. O Estudo II descreve e compara, para os três casos, os efeitos da aplicação do Promove – Saúde da Mulher, para a aquisição de repertório e seu impacto na redução de queixas e sintomas de ansiedade e depressão, além da satisfação das participantes com a intervenção. O delineamento utilizado foi uma adaptação de linha de base múltipla entre participantes. Os materiais utilizados foram: GAD-7, PHQ-9, IHS-2-Del Prette, *Checklist* de Queixas personalizado, avaliação do processo terapêutico (registro escrito de satisfação) e relatórios elaborados após as sessões. Os resultados dos instrumentos padronizados foram analisados estatisticamente por meio do Método JT. Foram identificados (Estudo I) fatores de risco comuns para os transtornos e fatores específicos para cada caso. O Estudo II indicou redução dos sintomas de ansiedade e depressão das três participantes a níveis não clínicos, com exceção do nível de depressão de uma delas. Várias mudanças estatisticamente confiáveis ocorreram ao longo da intervenção. Houve dificuldade metodológica de detectar a ampliação de repertório comportamental das participantes, apesar de alguns resultados apontarem para esse desfecho. As três participantes demonstraram-se satisfeitas com a intervenção, de acordo com o registro escrito. Também houve redução importante do número de queixas clínicas ao longo da intervenção. Este estudo contribuiu para a produção de evidências em TAC e descreveu o alcance da intervenção, que pode ser replicada e aprimorada em estudos futuros.

Palavras-chave: Terapia Analítico-Comportamental; Ansiedade; Depressão; Comorbidade; Mulheres.

ABSTRACT

The prevalence of anxiety and depression disorders is a Brazilian public health problem. In women, this prevalence is even higher. Most of the cases show comorbidity between the two disorders, what aggravates the functional impairments. Behavioral-Analytical Therapy is one of the possible treatments, but it lacks scientific evidence. The present study proposed a semi-structured intervention with this approach for three participants, women who worked, had marital relationships and children, and were identified by reports and instruments as having anxiety and depression. The objectives were to describe and analyze, in three clinical cases, the application and effects of Promove – Saúde da Mulher, designed to reduce anxiety and depression symptoms, through the development of specific behavioral repertoires, especially social skills. Study I describes and compares the clinical case formulations, elaborated through two methods, for the three participants. Study II describes and compares, for the three cases, the effects of Promove – Saúde da Mulher, on the acquisition of repertoire and its impact on the reduction of complaints and symptoms of anxiety and depression and, also, participants satisfaction with the intervention. The design used was an adaptation of multiple baseline among participants and adopted the following materials: GAD-7, PHQ-9, IHS-2 Del Prette, personalized complaints *Checklist*, evaluation of the therapeutic process (written survey) and reports prepared after the sessions. Standardized instruments' results were analyzed statistically through JT Method. Study I results indicated common risk factors for the disorders and individual factors. Study II indicated anxiety and depression symptoms reduction of the three participants to non-clinical levels, except for the depression level of one participant. Various statistically reliable changes occurred during the intervention. There was a methodological difficulty in detecting the expansion of the participants' behavioral repertoire, although some results point to this outcome. The three participants were satisfied with the intervention, according to the written record obtained by the written survey. There was also an important reduction in the number of clinical complaints throughout the intervention. This study contributes to the production of evidence in Analytical-Behavioral Therapy and describes the scope of the intervention, which can be replicated and improved in future studies.

Keywords: Behavioral Analytical Therapy; Anxiety; Depression; Comorbidity; Women.

RESUMEN

La prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión es un problema de salud pública brasileña. En las mujeres, esta prevalencia es aún mayor. La mayoría de los casos tienen una comorbilidad entre los dos trastornos, lo que agrava aún más las alteraciones funcionales. La terapia analítica conductual es una de las posibilidades de tratamiento, pero carece de evidencia científica. El presente estudio propuso una intervención semiestructurada con este abordaje para tres participantes, mujeres que trabajaban y tenían relaciones maritales e hijos, identificadas por informes e instrumentos como con ansiedad y depresión. El objetivo fue describir y analizar, en tres casos clínicos, la aplicación y efectos de Promove - Saúde da Mulher, diseñado para reducir las quejas y síntomas de ansiedad y depresión, a partir de la expansión de repertorios conductuales específicos, especialmente habilidades sociales. El Estudio I describe y compara las formulaciones de casos, preparadas por dos métodos diferentes, para las tres participantes. El Estudio II describe y compara, para los tres casos, los efectos de la aplicación de Promove – Saúde da Mulher, para la adquisición de repertorio y su impacto en la reducción de quejas y síntomas de ansiedad y depresión, además de la satisfacción de las participantes con la intervención. El diseño utilizado fue una adaptación de línea base múltiple entre los participantes y se adoptaron los siguientes materiales: GAD-7, PHQ-9, IHS-2 Del Prette, *Checklist* personalizado de quejas, evaluación del proceso terapéutico e informes elaborados después de las sesiones. Los resultados de los instrumentos estandarizados se analizaron estadísticamente utilizando el Método JT. Los resultados (Estudio I) indicaron factores de riesgo comunes para los trastornos y factores individuales. El estudio II indicó una reducción de los síntomas de ansiedad y depresión en las tres participantes a niveles no clínicos, con la excepción del nivel de depresión en una de ellas. Se produjeron varios cambios estadísticamente fiables durante la intervención. Hubo una dificultad metodológica en detectar la expansión del repertorio conductual de las participantes, aunque algunos resultados apuntan a este resultado. Las tres participantes quedaron satisfechas con la intervención, según consta en el registro escrito obtenido por la evaluación del processo terapéutico. También hubo una reducción importante en el número de quejas clínicas a lo largo de la intervención. Este estudio contribuye a la producción de evidencia en Terapia Analítico-Conductual y describe el alcance de la intervención, que puede ser replicada y mejorada en estudios futuros.

Palabras clave: Terapia analítica conductual; Ansiedad; Depresión; Comorbilidad; Mujeres.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Ilustração do delineamento proposto.....	26
Figura 2- Estrutura sugerida para as sessões temáticas.....	32
Quadro 1- Comportamentos-alvo contemplados pelo procedimento de intervenção.....	33
Quadro 2- Elementos presentes nos diagramas funcionais.....	51
Figura 3- Diagrama funcional da Participante 1.....	66
Figura 4- Diagrama funcional da Participante 2.....	79
Figura 5- Diagrama funcional da Participante 3.....	93
Quadro 3- Análises realizadas por meio do Método JT.....	112
Quadro 4- Valores para codificação dos resultados do <i>Checklist</i> de Queixas.....	112
Quadro 5- Descrição das categorias de comportamentos avaliados nos relatórios.....	114
Quadro 6- Critérios para a classificação da adequação de cada comportamento avaliado nos relatórios.....	115
Figura 6- Escores de ansiedade segundo resultados do GAD-7 por momento.....	119
Figura 7- Escores de depressão segundo resultados do PHQ-9 por momento.....	121
Figura 8- Resultados das participantes no IHS-2 Del Prette em termos de percentis dos escores obtidos.....	122
Figura 9- Queixas das três participantes ao longo da pesquisa, de acordo com o <i>Checklist</i> de Queixas.....	124
Figura 10- Frequências acumuladas de emissões adequadas (A), parcialmente adequadas (PA) e inadequadas (I) de comportamentos de Comunicação Positiva (CP), demonstração de Sentimento Positivo (SP) e Autocontrole/Enfrentamento (AE) das três participantes ao longo das intervenções.....	127
Figura 11- Modelo de checklist de queixas.....	186
Quadro 7- Dados normativos utilizados para a análise estatística.....	187

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Identificação das participantes no momento inicial da pesquisa	24
Tabela 2- Queixas apresentadas pela Participante 1 nas sessões de linha de base 1 e 2.....	52
Tabela 3- Análise funcional molecular das queixas da Participante 1 no contexto conjugal.....	58
Tabela 4- Análise funcional molecular das queixas da Participante 1 no contexto parental.....	60
Tabela 5- Análise funcional molecular das queixas da Participante 1 em outros contextos.....	61
Tabela 6- Análise funcional molar dos padrões comportamentais relacionados às queixas da participante 1.....	62
Tabela 7- Queixas apresentadas pela Participante 2 nas sessões de linha de base 1, 2 e 3.....	69
Tabela 8- Análise funcional molecular das queixas da Participante 2 no contexto conjugal.....	73
Tabela 9- Análise funcional molecular das queixas da Participante 2 no contexto parental.....	74
Tabela 10- Análise funcional molecular das queixas da Participante 2 em outros contextos.....	74
Tabela 11- Análise funcional molar dos padrões comportamentais relacionados às queixas da participante 2.....	76
Tabela 12- Queixas apresentadas pela Participante 3 nas sessões de linha de base 1, 2, 3 e 4.....	82
Tabela 13- Análise funcional molecular das queixas da Participante 3 no contexto conjugal....	86
Tabela 14- Análise funcional molecular das queixas da Participante 3 no contexto parental....	87
Tabela 15- Análise funcional molecular das queixas da Participante 3 em outros contextos.....	88
Tabela 16- Análise funcional molar dos padrões comportamentais relacionados às queixas da Participante 3.....	89
Tabela 17- Resultados brutos das participantes no IHS-2 Del Prette.....	188
Tabela 18- Queixas da Participante 1 ao longo da pesquisa.....	189
Tabela 19- Queixas da Participante 2 ao longo da pesquisa.....	191
Tabela 20- Queixas da Participante 3 ao longo da pesquisa.....	192
Tabela 21- Registro de ocorrências de comportamentos adequados, parcialmente adequados e inadequados das Participante 1 nos relatórios da intervenção.....	194
Tabela 22- Registro de ocorrências de comportamentos adequados, parcialmente adequados e inadequados das Participante 2 nos relatórios da intervenção.....	197
Tabela 23- Registro de ocorrências de comportamentos adequados, parcialmente adequados e inadequados das Participante 3 nos relatórios da intervenção.....	199
Tabela 24- Respostas das participantes às questões de múltipla escolha da Avaliação do Processo Terapêutico.....	202
Tabela 25- Respostas às questões discursivas da Avaliação do Processo Terapêutico.....	203

LISTA DE SIGLAS

CPA- Centro de Psicologia Aplicada

GAD-7- Módulo de ansiedade do Patient Health Questionnaire

HS- Habilidades Sociais

PHQ-9- Patient Health Questionnaire-9

TAC- Terapia Analítico-Comportamental

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL	16
MÉTODO GERAL.....	22
DESCRIÇÃO DO PROMOVE – SAÚDE DA MULHER	30
ESTUDO I- FORMULAÇÃO DE CASO E ANÁLISE FUNCIONAL DIAGRAMADA DE TRÊS CASOS DE MULHERES COM ANSIEDADE E DEPRESSÃO	42
RESUMO	42
INTRODUÇÃO.....	42
OBJETIVO GERAL.....	47
MÉTODO	47
RESULTADOS	52
DISCUSSÃO.....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
ESTUDO II- EFEITOS DA APLICAÇÃO DO PROMOVE – SAÚDE DA MULHER EM TRÊS CASOS DE MULHERES COM ANSIEDADE E DEPRESSÃO	98
RESUMO	98
INTRODUÇÃO.....	98
OBJETIVO GERAL.....	101
MÉTODO	102
RESULTADOS	117
DISCUSSÃO.....	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
DISCUSSÃO GERAL.....	143
CONCLUSÃO GERAL	144
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	152
APÊNDICE B- PERGUNTAS DISPARADORAS	154
APÊNDICE C- EXEMPLO DE FOLHA COM ATIVIDADE DISPARADORA	166
APÊNDICE D- EXEMPLO DE TEXTO AVULSO ENTREGUE ÀS PARTICIPANTES	167
APÊNDICE E- INSTRUÇÕES E QUESTÕES DAS TAREFAS DE TODAS AS SESSÕES	170
APÊNDICE F- AVALIAÇÃO DO PROCESSO TERAPÊUTICO INTERMEDIÁRIA (aplicada como tarefa da décima sessão).....	182
APÊNDICE G- AVALIAÇÃO DO PROCESSO TERAPÊUTICO FINAL (aplicada após o procedimento).....	184
APÊNDICE H- MODELO DE <i>CHECKLIST</i> DE QUEIXAS.....	186

APÊNDICE I- DADOS NORMATIVOS UTILIZADOS PARA O TESTE JT NA PRESENTE PESQUISA	187
APÊNDICE J- RESULTADOS BRUTOS DAS TRÊS PARTICIPANTES NO IHS-2 DEL PRETTE	188
APÊNDICE K- ACOMPANHAMENTO DETALHADO DAS QUEIXAS DA PARTICIPANTE 1.....	189
APÊNDICE L- ACOMPANHAMENTO DETALHADO DAS QUEIXAS DA PARTICIPANTE 2.....	191
APÊNDICE M- ACOMPANHAMENTO DETALHADO DAS QUEIXAS DA PARTICIPANTE 3.....	192
APÊNDICE N- RESULTADOS BRUTOS DA ANÁLISE DA COMPETÊNCIA SOCIAL/COMPORTAMENTAL PARA A PARTICIPANTE 1.....	194
APÊNDICE O- RESULTADOS BRUTOS DA ANÁLISE DA COMPETÊNCIA SOCIAL/COMPORTAMENTAL PARA A PARTICIPANTE 2.....	197
APÊNDICE P- RESULTADOS BRUTOS DA ANÁLISE DA COMPETÊNCIA SOCIAL/COMPORTAMENTAL PARA A PARTICIPANTE 3.....	199
APÊNDICE Q- RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DE MÚLTIPLA ESCOLHA SOBRE SATISFAÇÃO	202
APÊNDICE R- RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DISCURSIVAS SOBRE SATISFAÇÃO	203
ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS	204
ANEXO B- INSTRUMENTO PADRONIZADO PARA RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO (PHQ-9)	207
ANEXO C- INSTRUMENTO PADRONIZADO PARA RASTREAMENTO DA ANSIEDADE (GAD-7).....	208

INTRODUÇÃO GERAL

Segundo o DSM-V (APA, 2014), manual de referência para transtornos psicológicos, o transtorno depressivo é caracterizado pela presença de um humor triste e irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que representem prejuízo funcional ao indivíduo, como perda do apetite ou dificuldade de concentrar-se. O transtorno de ansiedade, por sua vez, é caracterizado pela presença persistente de respostas emocionais exageradas (incompatíveis com o perigo real da estimulação) de medo e antecipação de ameaças e comportamentos relacionados. Os dois transtornos têm maior probabilidade de ocorrer em mulheres, do que na população masculina (CORREIA; BORLOTI, 2011; APA, 2014).

Alguns autores (ZANELLO, 2010; CORREIA; BORLOTI, 2011) apontaram diversos fatores que aumentam a chance de mulheres apresentarem transtornos de ansiedade e transtornos depressivos. Dentre eles podem ser citados: a violência doméstica ou sexual; a posição discriminada da mulher no mercado de trabalho; a dupla ou tripla jornada de trabalho a ela atribuída, que contempla a delegação à mulher do cuidado dos filhos e da casa, somados ao trabalho; a falta de atividades de lazer; a culpabilização da mulher pela depressão pós-parto e a desigualdade nas relações de gênero. Todos eles aumentam o contato feminino com estimulação aversiva e restringem com estímulos reforçadores positivos, sejam eles primários, ou secundários.

Zanello (2010) destacou que se deve ter cuidado ao naturalizar a maior prevalência de ansiedade e depressão em mulheres, utilizando justificativas biológicas ou imutáveis, porque grande parte do que induz as mulheres aos transtornos se encontra em relações e expectativas de gênero opressoras, que podem ser modificadas. Nesse sentido, ainda que o tratamento medicamentoso possa amenizar sintomas dos transtornos e auxiliar no seu tratamento, não se exclui a necessidade de intervenções nas condições concretas que levaram ao adoecimento, para a sua resolução. Portanto, este estudo enfatizará fatores de risco pessoais e culturais. Fatores de risco genéticos e hormonais podem ser melhor explorados em Kinrys e Wygant (2005).

De acordo com um relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2017, houve um aumento de 18,4% na estimativa de casos de depressão na população mundial entre os anos de 2005 a 2015, transtorno que já atinge 322 milhões de pessoas. No mesmo período, os casos de ansiedade aumentaram em 14,9%, chegando a atingir um número de 264 milhões de pessoas. O documento qualifica a prevalência desses transtornos na população mundial como um problema de saúde pública. Entre os 184 países investigados, o Brasil encontra-se como o país de maior prevalência de pessoas com transtorno de ansiedade e o

terceiro maior em prevalência de pessoas com transtorno depressivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O diagnóstico dos dois transtornos envolve o reconhecimento de uma alteração significativa e prejudicial no funcionamento do indivíduo ou na sua interação com o ambiente, em relação ao funcionamento pré-mórbido (APA, 2014). Vários dos sintomas dos dois transtornos convergem e, segundo Johansson et al. (2013) e Starr, Hammen, Conolly e Brennan (2014), ocorre um alto índice (50 a 60%) de comorbidade (ocorrência simultânea) entre os transtornos de ansiedade e depressão, o que amplifica a severidade dos sintomas e é associado a um pior prognóstico, incluindo maior risco de suicídio (CYRANOWSKI et al., 2012).

Blanco et al. (2013) discutiram que a sobreposição de sintomas entre o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno depressivo maior – e a frequente comorbidade – produziram controvérsias na utilidade de separá-los como duas categorias diagnósticas. No entanto, ainda que haja elementos de risco genético compartilhados entre os dois transtornos, os dados estatísticos coletados pelos autores favoreceram a separação, apontando que ansiedade e depressão se diferenciam em suas manifestações clínicas e padrões de comorbidade com outros transtornos. Outro achado dos autores foi que para as mulheres da amostra, a ocorrência simultânea de transtorno de ansiedade generalizada e transtorno depressivo maior foi mais frequente do que a ocorrência dos transtornos isolados.

Starr et al. (2014) apontaram algumas características importantes que têm sido observadas em pessoas com diagnósticos de comorbidade de ansiedade e depressão. Entre elas, os autores destacaram o fato de que geralmente a ansiedade aparece antes da depressão e a associação desses transtornos parece estar relacionada com dificuldades interpessoais. Essas dificuldades tendem a se expressar como baixa sociabilidade, hipersensibilidade interpessoal¹ e um padrão de respostas inassertivas. Entre elas, a dificuldade que apareceu mais associada ao desenvolvimento de depressão tardia foi a hipersensibilidade interpessoal, caracterizada como um padrão de alta sensibilização, preocupação e culpa diante de falhas nas relações interpessoais e respostas negativas do ambiente social ao comportamento do indivíduo. Os autores recomendaram que abordar os problemas interpessoais seja um alvo importante em intervenções para pessoas com transtornos de ansiedade.

Entre a gama de intervenções psicoterapêuticas para os transtornos de ansiedade e depressão, encontra-se a Terapia Analítico-Comportamental (TAC) (LEVATTI, 2017). No

¹ Hipersensibilidade interpessoal (“*interpersonal oversensitivity*”) é definida pelos autores (STARR et al., 2014) como um padrão de alta sensibilização, preocupação e culpa diante de falhas nas relações interpessoais e respostas negativas do ambiente social ao comportamento do indivíduo.

entanto, a autora não encontrou nenhum estudo empírico que fez uso da TAC para mulheres com ansiedade e depressão. Este estudo adotará esta prática, na tentativa de contribuir para a superação da lacuna de evidências científicas dessa forma de intervenção (LEONARDI; MEYER, 2016).

A TAC a que este estudo se refere é a de abordagem operante, pautada nos princípios do Behaviorismo Radical e com destaque à análise funcional. Nesse sentido, ultrapassa o tecnicismo das terapias de modificação do comportamento muito difundidas entre os anos 1950 e 1980 e inclui comportamentos abertos (públicos) e encobertos (privados) em suas análises. A relação terapêutica também recebe maior destaque neste tipo de abordagem (GARCIA, 2007).

Segundo Santos (2018), a TAC tem sido definida, na literatura, principalmente por seus procedimentos e resultados, mas também pode ser definida por processos, pressupostos teóricos e outras dimensões. A autora destacou que os procedimentos mais comuns são descritos de forma muito ampla ou inespecífica (como descrever o comportamento do cliente em sessão).

Mesmo assim, alguns procedimentos são descritos de forma mais padronizada, entre os quais destacam-se a análise funcional e a modelagem, as quais são sempre referidas por terapeutas analítico comportamentais como procedimentos essenciais da intervenção psicoterapêutica. Já em relação aos resultados, os principais apontados pela literatura são mudanças no comportamento não-verbal do cliente (como instalação de repertório alternativo, por exemplo) e mudanças no comportamento do cliente em relação ao seu próprio comportamento (auto-observação, autocontrole e autoconhecimento) (SANTOS, 2018).

Segundo Banaco, Zamignani e Meyer (2010), antes de propor intervenções, a descrição da topografia de cada transtorno com base em um manual diagnóstico rigorosamente e objetivamente elaborado, como o DSM-V, pode auxiliar os terapeutas na identificação dos comportamentos-alvo de intervenção, na comunicação entre profissionais, na sistematização dos campos de pesquisa, na predição do desenvolvimento dos transtornos, entre outras vantagens. Além disso, o manual auxilia o clínico a discriminar sentimentos corriqueiros de ansiedade e tristeza de transtornos propriamente ditos, pois oferece critérios objetivos para avaliar os sintomas. Depois dessa discriminação, a análise da função dos comportamentos que caracterizam cada transtorno é mais útil para o planejamento de intervenções analítico-comportamentais do que a análise da sua forma ou topografia, como aparece no DSM-V (APA, 2014). Isto se dá porque comportamentos muito semelhantes na sua forma podem se manter por diferentes condições ambientais, portanto, exigindo intervenções em contingências diferentes.

Uma forma de personalizar uma terapia aos objetivos individuais de cada cliente, levando em consideração as particularidades das funções de seus comportamentos – pautados nas intervenções – é a formulação de caso. Formulação de caso é definida por Eels, Kandjelic e Lucas (1998, p. 146) como “uma hipótese sobre as causas, desencadeadores e influências mantenedoras dos problemas psicológicos, interpessoais e comportamentais de uma pessoa” (tradução livre). Segundo os mesmos autores, é uma forma de organizar as informações de um cliente, que pode auxiliar no tratamento.

Existem diversos modelos de formulação de caso, e não há um consenso na literatura sobre qual é o mais útil ou adequado. Qualquer que seja o modelo escolhido terá vantagens e desvantagens. No entanto, todos os modelos superam o simples diagnóstico e a mecanicidade que se encontra na aplicação de protocolos fechados de intervenção, porque ajustam intervenções de acordo com as demandas de cada cliente (STURMEY, 2014). Alguns modelos serão apresentados mais adiante.

A personalização das intervenções não exclui, todavia, a existência de regularidades funcionais dos transtornos, ou seja, aspectos que aparecem com frequência na vida de pessoas com o mesmo transtorno. Em relação ao transtorno de ansiedade, Zamignani e Banaco (2005) descreveram um padrão de respostas com função de evitação generalizada de estímulos aversivos para o indivíduo. A partir de condicionamento respondente, o efeito aversivo desses estímulos se estende para outros estímulos inicialmente sem valor aversivo que aparecem para o indivíduo simultaneamente. Assim, esses estímulos também passam a eliciar respostas de ansiedade e evitação fóbica, que são mantidas pela evitação do contato com os estímulos aversivos primariamente temidos, mesmo que não haja nenhuma relação de contiguidade entre eles e os outros que aparecem simultaneamente.

Segundo Abreu e Abreu (2017), a análise funcional do transtorno depressivo indica que parte de sua etiologia pode ser explicada pela interrupção da disponibilidade de estímulos reforçadores importantes, a ausência de repertório que produz reforçadores e/ou a perda do valor reforçador desses estímulos. No primeiro caso, ocorre uma mudança significativa no ambiente do indivíduo, que restringe as ocasiões em que o ele poderia responder e ter seu comportamento reforçado. No segundo, mesmo que os reforçadores ainda estejam disponíveis no ambiente do indivíduo, seu repertório não é capaz de produzi-los ou acessá-los. No terceiro, ocorre uma diminuição da magnitude dos reforçadores, ou seja, os reforçadores obteníveis pelo comportamento do indivíduo deixam de reforçá-lo de forma suficiente para mantê-lo se comportando para buscá-los. Isso resulta, segundo os autores, em um estado em que o indivíduo

deixa de se comportar para obter reforçadores e aumenta sua frequência de comportamentos com o intuito de evitar ou fugir de estímulos aversivos.

No texto de Dougher e Hackbert (1994), podem ser encontradas outras análises funcionais da etiologia do transtorno depressivo, como excesso de punição incontrollável e reforçamento de comportamentos queixosos (como choro, reclamação e irritabilidade). Os autores também indicaram um padrão de respostas frequentes de fuga e esquiva apresentado pelas pessoas deprimidas, o que as protege do contato com os estímulos aversivos, mas também as impede da obtenção de estímulos apetitivos/reforçadores importantes para mantê-las ativas. Outros fatores apontados para a análise funcional do transtorno depressivo são o caráter cumulativo das reações emocionais aos processos de punição e extinção; a possibilidade de operações estabelecedoras e abolidoras aumentarem o valor de padrões deprimidos; processos de condicionamento verbal e influências culturais.

Meyer, Del Prette, Zamignani, Banaco, Neno e Tourinho (2010) indicaram duas diferenças fundamentais entre a análise funcional realizada em laboratório e a conduzida em clínica: na clínica há um maior número de variáveis e um menor controle do clínico sobre elas. Clínicos devem estar atentos a isso no momento de transpor achados de estudos de laboratórios para o contexto da terapia. Ao mesmo tempo, essas diferenças demonstraram a importância de produzir pesquisas com uso da análise funcional em clínica, para assim testar a adequabilidade dos achados de laboratório em ambientes menos controlados e com multideterminação mais saliente.

Além da sua utilidade para compreender a origem dos transtornos, Abreu e Abreu (2017) apresentaram a análise funcional como principal método de avaliação e manejo do comportamento. Ademais, a alta frequência do uso deste procedimento também aparece no estudo empírico de Levatti (2017).

A análise funcional, ou análise de contingências (SANTOS, 2018), compreende a investigação de variáveis antecedentes e consequentes que se relacionam entre si e com as respostas do indivíduo. Em um modelo de seleção pelas consequências, pode-se dizer que os eventos antecedentes à resposta do indivíduo sinalizam a sua consequência, enquanto que os eventos consequentes à resposta aumentam (reforçadores) ou diminuem (punições) a probabilidade de ocorrência futura do comportamento. Nesse sentido, a habilidade do cliente de descrever as relações que cada um de seus comportamentos tem com o ambiente em que se comporta (autoconhecimento) é proporcional à probabilidade de poder escolher se comportar da forma que lhe traga maiores ganhos e menores perdas a curto e longo prazo (autocontrole).

Ao mesmo tempo, a ampliação do repertório comportamental pode fornecer opções mais vantajosas para o cliente em suas relações interpessoais, por isso é outro objetivo importante na terapia comportamental (SANTOS, 2018). Dentre os comportamentos relevantes de aprendizagem estão as habilidades sociais, além de outros como organizar o tempo, comportamento financeiro, descrever contingências a que responde (autoconhecimento) etc. Segundo Bolsoni-Silva e Carrara (2010), habilidades sociais podem ser definidas como um conjunto de comportamentos operantes que parecem maximizar os ganhos e minimizar as perdas para o indivíduo que se comporta diante de interações interpessoais, de forma a equalizar os próprios reforçadores e os de outras pessoas também.

Del Prette e Del Prette (2017) explicaram que a avaliação de determinado repertório como socialmente habilidoso depende do seu contexto cultural. Os autores também destacaram a capacidade de o indivíduo analisar os resultados imediatos e atrasados de cada comportamento em cada contexto específico como importante para a maximização dos resultados positivos das habilidades sociais. Essa dimensão de adaptação do repertório às peculiaridades de cada ambiente é chamada de competência social. Portanto, não basta aprender formas de se comportar, sem aprender a avaliar onde cada comportamento pode ser mais adequadamente aplicado. Em se tratando de TAC, isso pode ser desenvolvido a partir de análises funcionais de cada habilidade, avaliando a pertinência de suas formas de acordo com aspectos ambientais antecedentes e consequentes.

Leonardi e Meyer (2016) indicaram que a adoção de intervenções com maior sustentação empírica para a população atendida, considerando a prática baseada em evidências, vem ganhando maior destaque na Psicologia. Esse modelo se propõe a aproximar a pesquisa da prática em psicoterapia, e se aproxima dos pressupostos da análise do comportamento aplicada, ao se propor a obter medidas de eficácia e eficiência em suas práticas. A prática baseada em evidências em Psicologia, segundo definição da Associação Americana de Psicologia (APA PRESIDENTIAL TASK FORCE ON EVIDENCE-BASED PRACTICE, 2006), busca aplicar as melhores evidências disponíveis em pesquisa e a perícia clínica no contexto das características, da cultura e de preferências dos clientes, para obter os melhores resultados em termos de eficácia e utilidade clínica.

Sendo assim, a intervenção mais indicada seria aquela na qual o clínico teria domínio das práticas com maior validação científica para atender às demandas de cada cliente, adaptando-se às características individuais, produzindo maiores resultados positivos e minimizando resultados negativos no menor tempo possível. Vale ressaltar que além da

importância de avaliar a consistência empírica de uma prática no momento de escolhê-la, o psicoterapeuta também deve mensurar os resultados na sua aplicação. Assim, pode selecionar o que funciona com maior coerência (LEONARDI; MEYER, 2016; APA PRESIDENTIAL TASK FORCE ON EVIDENCE-BASED PRACTICE, 2006).

Vlayen et al. (2020) atribuíram um grande potencial aos estudos com poucos participantes para coleta de evidências em clínica. Além de não exigirem tantos recursos humanos e financeiros como os ensaios clínicos randomizados, que exigem muito mais participantes, possibilitam maior aprofundamento nas particularidades de cada caso. Desde que se tome cuidado com os riscos de vieses dos pesquisadores, garantem maior validade interna e, se combinados, seus resultados podem ser agregados para aumentar a validade externa da intervenção proposta. Os autores apontaram o delineamento de sujeito único para estudar casos de comorbidade.

Como indicado, há uma alta prevalência de transtornos de ansiedade e depressão em comorbidade e esse quadro pode apresentar piores prognósticos do que quando os transtornos se apresentam isoladamente (CYRANOWSKI et al., 2012). Considerando o caráter cumulativo da ciência e a importância da divulgação das técnicas existentes para tratar pessoas que sofrem deste quadro, este trabalho se propõe a apresentar um procedimento semiestruturado de intervenção clínica para mulheres com ansiedade e depressão e avaliar os resultados de sua aplicação, por diferentes ângulos.

MÉTODO GERAL

Percurso amostral e participantes

Participaram deste estudo três mulheres que haviam se inscrito como interessadas por tratamento psicológico no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) de uma universidade pública. Para entrarem para a fila de espera pelo tratamento, todas elas já haviam passado por entrevista de triagem, conduzida por estagiários do curso de psicologia. Após as entrevistas de triagem, o cadastro das participantes fora realizado em sistema virtual a que estagiários e pesquisadores autorizados têm acesso. Neste sistema, é possível visualizar o número do cadastro de cada inscrito, sua idade e um breve resumo de suas queixas, bem como acessar um relatório com informações sociodemográficas e o detalhamento das queixas, redigido pelo estagiário que realizou a entrevista de triagem. No momento da entrevista de triagem, as participantes foram informadas sobre a possibilidade de não serem chamadas para tratamento e, também, com a

possibilidade de que caso viessem a ser chamadas para atendimento, seus dados poderiam ser utilizados para fins de pesquisa, desde que autorizassem.

Entre dois meses, o pesquisador buscou no sistema por inscritas com os seguintes critérios de inclusão:

- ser do sexo feminino;
- estar na faixa etária entre 30 a 50 anos;
- conter palavras que sugerissem sintomas de transtorno de ansiedade no resumo das queixas do relatório de triagem do Centro de Psicologia Aplicada;
- conter palavras que sugerissem sintomas de transtorno depressivo no resumo das queixas do relatório de triagem do Centro de Psicologia Aplicada;
- estar em um relacionamento amoroso/conjugal;
- ser mãe;
- estar trabalhando;
- não possuir como queixas principais sintomas característicos de outros transtornos psicológicos.

A escolha desses critérios e do número de participantes foi adotada para assemelhar-se ao perfil das participantes do estudo anterior (LEVATTI, 2017) que inspirou o presente estudo. Foram eleitas e convidadas inscritas dentro dos critérios de inclusão com os sintomas mais característicos dos transtornos, de acordo com sua compreensão acerca dos transtornos de ansiedade e depressão, até que atingisse três interessadas. Cada convite foi realizado preferencialmente por telefone, mas o e-mail foi o meio pelo qual mais se obteve retorno.

Ao contatar cada candidata, por telefone ou por e-mail, o pesquisador se apresentou como psicólogo e pesquisador e a convidou para uma conversa no CPA. Se a candidata concordasse, uma sessão era agendada para a conversa. Então, a proposta da pesquisa era apresentada e o termo de consentimento livre e esclarecido era recebido e preenchido pela participante. Neste caso, o preenchimento dos instrumentos padronizados era solicitado pelo pesquisador e realizado pela participante e as queixas associadas à busca por atendimento eram investigadas. Por motivos éticos, as candidatas que, após a entrevista inicial, não atendessem aos critérios da pesquisa, seriam atendidas pelo pesquisador ou encaminhadas para o estágio de terapia comportamental.

Cinco candidatas participaram dessa conversa. Uma delas já estava sob atendimento psicológico pelo plano de saúde. Por motivos éticos, foi-lhe sugerido que continuasse em seu atendimento particular e, assim, ela o fez. Outra participante não preencheu os critérios

indicadores nos instrumentos de ansiedade e depressão. Ainda assim, foi convidada a participar do procedimento, pois suas queixas apresentavam sintomas de ansiedade e depressão e déficits importantes em habilidades sociais. Ela aceitou, porém desistiu após duas faltas na segunda entrevista de linha de base. Ambas foram excluídas do estudo. As demais se tornaram participantes deste estudo e participaram das etapas seguintes do estudo. Sua

Tabela 1- Identificação das participantes no momento inicial da pesquisa

Categoria de identificação	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Idade	36 anos	34 anos	41 anos
Escolaridade	Ensino médio completo	Ensino superior em curso	Ensino médio completo
Profissão	Cabeleireira e professora	Técnica em enfermagem e vendedora autônoma	Funcionária pública no setor financeiro de instituição de saúde
Número de filhos	1 filha de 10 anos 1 filho de 16 anos	1 filha de 9 anos 1 filho de 12 anos	1 filha de 11 anos
Sintoma de ansiedade pela qual foi identificada	“Se queixa de estar muito ansiosa”	“se sente muito sobrecarregada e estressada, descontando sua raiva em sua família”	“Se sente paralisada frente às atividades, e quando está com medo sente sudorese, boca seca, coração acelerado”; “disse se sentir ansiosa a todos os momentos”
Sintoma de depressão pela qual foi identificada	“teve depressão pós-parto”	“teve depressão pós-parto após as duas gestações”; “atualmente toma antidepressivo”	“Relata também dificuldades na parte social de sua vida, porque inventa desculpas para não sair com as pessoas e disse pensar muito antes de realizar qualquer atividade, desistindo certas vezes”
Fazia uso de medicação para controle dos sintomas?	Somente florais para controle da ansiedade e comportamentos agressivos, com frequência ocasional.	Sim, com frequência alta. Relaxantes musculares (como Velija 60mg) e antidepressivos (como Nortriptilina). As prescrições médicas da P2 foram alteradas por diversas vezes ao longo da psicoterapia.	Não.

Fonte: elaborada pelo próprio autor

As três participantes concordaram em participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Conforme combinado com as participantes e informado no TCLE, a ordem de chamada para início das fases interventivas da pesquisa seria, prioritariamente, determinada por sorteio. Assim aconteceu no primeiro mês. No segundo mês, todavia, foi necessário escolher uma das participantes (a Participante 2) devido a apresentação de demandas urgentes. No terceiro mês, a Participante 3 foi convidada a iniciar a intervenção.

Delineamento

O delineamento adotado por esta pesquisa foi uma adaptação² de linha de base múltipla entre participantes (COZBY, 2003). As intervenções de cada participante se iniciaram em um momento diferente. A Participante 1 foi avaliada mensalmente por dois meses seguidos, pelos instrumentos padronizados e pela investigação dialogada do estado das principais queixas. Em seguida, antes do início das sessões temáticas, foram realizadas duas sessões de avaliação mais aprofundada das queixas e sintomas, de aproximadamente 100 minutos cada, para a formulação dos casos (BOLSONI-SILVA; FOGAÇA, 2018; FONSECA; NERY; 2018). A execução dessas entrevistas será descrita mais adiante.

Com a formulação dos casos (Estudo I) foram identificados déficits, excessos e reservas comportamentais e explicitadas as funções comportamentais, considerando análises funcionais moleculares e molares. Feito isso, foram iniciadas as sessões temáticas para discussão dos 17 conjuntos de comportamentos-alvo, cada uma com aproximadamente 90 minutos.

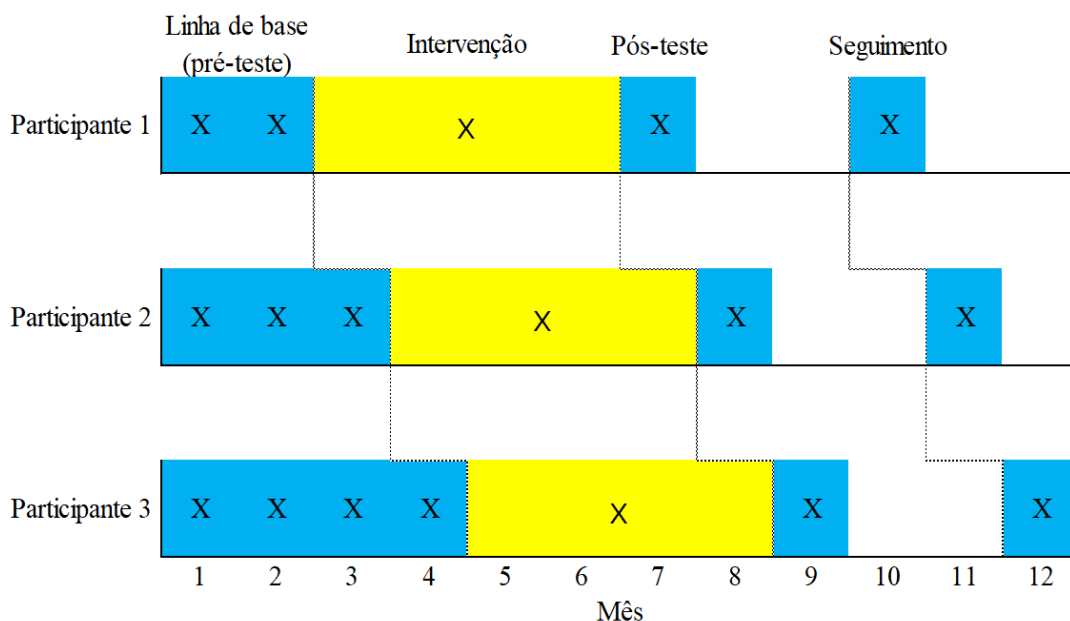
O mesmo processo foi realizado com as demais participantes, sendo que a participante 2 foi avaliada mensalmente por três meses seguidos antes da fase interventiva (sessões de formulação de casos e sessões temáticas), e a Participante 3 foi avaliada mensalmente por quatro meses antes dessa fase. Foi realizada nova avaliação pelos instrumentos padronizados ao meio da fase interventiva, bem como ao final da fase interventiva e após três meses sem a intervenção. Os resultados da intervenção são o foco do Estudo II.

A Figura 1 ilustra a proposta do delineamento deste estudo. Conforme representado pela letra X, cada participante deveria responder de 5 a 7 vezes aos instrumentos padronizados e sobre o estado de suas queixas. O intervalo de um mês entre as avaliações de linha de base foi adotado em conformidade com a disponibilidade do pesquisador e com o intervalo planejado

² O delineamento utilizado foi considerado uma adaptação do modelo de linha de base múltipla, porque idealmente seriam necessárias mais situações de avaliação ao longo do procedimento, o que seria muito custoso para as participantes.

entre a avaliação de pós-teste (final) e seguimento (três meses, assim como em LEVATTI, 2017).

Figura 1- Ilustração do delineamento proposto



Fonte: elaborada pelo próprio autor

O objetivo de realizar diversas avaliações de linha de base foi o de obter uma referência prévia da oscilação ou estabilidade das queixas em um momento anterior à intervenção. O número de avaliações de linha de base diferir entre as participantes é um dos fundamentos do delineamento de linha de base múltipla (COZBY, 2003) e tem como uma das funções principais comparar o desenvolvimento das participantes em intervenção com o das participantes ainda em espera³. Além disso, se houver estabilidade na linha de base, uma mudança após a intervenção torna-se mais facilmente atribuível à intervenção e não a variáveis estranhas ou à passagem do tempo.

Instrumentos de avaliação

Para a avaliação dos resultados do procedimento em termos de indicadores de ansiedade, depressão e habilidades sociais foram utilizados, respectivamente, os instrumentos padronizados GAD-7, PHQ-9 e IHS-2 Del Prette (detalhados a seguir). Para avaliação das

³ No presente estudo, mesmo que não tenha sido viável realizar mais de uma avaliação processual ao longo da intervenção, foi possível observar nas linhas de base alguma estabilidade em alguns aspectos avaliados.

queixas, foi utilizado *Checklist* de Queixas. A Avaliação do Processo Terapêutico, por sua vez, foi utilizada para avaliar a satisfação das participantes com a intervenção.

1.1 PHQ-9 - Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 (*Patient Health Questionnaire- 9*) (Anexo B)

Consiste em uma escala de auto-relato de uso livre com nove itens que descrevem sintomas de transtorno depressivo, baseado diretamente nos critérios diagnósticos para Desordem de Depressão Maior do DSM-IV. Para cada item, o respondente deve assinalar a resposta que melhor descreve a frequência com que se sentiu incomodado pelo respectivo sintoma nas últimas duas semanas. As alternativas de resposta são “Nenhuma vez”, “Vários dias”, “Mais da metade dos dias” e “Quase todos os dias”. Quanto maior a frequência, maior a pontuação atribuída a cada item, variando de 0 a 3 pontos, respectivamente. Ao final das questões, o respondente também deve assinalar o grau do prejuízo funcional que associa aos sintomas relatados, com uma variação de “nenhuma dificuldade” até “extrema dificuldade”. O PHQ-9 foi proposto e validado por Spitzer, Kroenke e Williams (1999) e por Kroenke, Spitzer e Williams (2001) e traduzido por Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY). Possibilita o rastreamento de sinais e sintomas da Depressão Maior, sendo que quanto maior o escore, mais indicadores de problemas. No Brasil, foi conduzido um estudo psicométrico com o PHQ-9 (OSÓRIO; MENDES; CRIPPA; LOUREIRO, 2009), sendo a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV utilizada como instrumento de referência, o qual apresentou uma excelente validade. Os resultados identificados foram de uma área sob a curva ROC (AUC) de 0,998 ($p < 0,001$) e a nota de corte maior ou igual a 10 mostrou-se a mais adequada para rastreamento da depressão, com sensibilidade (S) de 1,00, especificidade (E) de 0,98, valor preditivo positivo de 0,97, valor preditivo negativo de 1,00 e eficácia diagnóstica de 0,999 (OSÓRIO; MENDES; CRIPPA; LOUREIRO, 2009). Santos et al. (2013) também conduziram um estudo de validação do instrumento entre adultos da população geral no Brasil, e avaliaram o instrumento como adequado para rastreamento de episódio depressivo maior, mas encontraram um ponto de corte no escore 9. No presente estudo escores iguais ou superiores a 10 foram considerados como indicativos de transtorno depressivo.

1.2 GAD-7 - Módulo de ansiedade do Patient Health Questionnaire (Anexo C)

É uma escala de auto-relato e uso livre com sete itens que descrevem sintomas de transtorno de ansiedade. Semelhante ao PHQ-9 em sua forma de aplicação, lista os sete

sintomas e solicita que o respondente assinale uma alternativa de frequência de incômodo para cada um dos sintomas nas últimas duas semanas. As alternativas também são “Nenhuma vez”, “Vários dias”, “Mais da metade dos dias” e “Quase todos os dias”, com pontuações que variam de 0 a 3, respectivamente. O GAD-7 foi desenvolvido por Spitzer et. al. (2006), validado por Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan e Löwe (2007) e traduzido para o português por Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY). Possibilita o rastreamento de sinais e sintomas de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Em estudo psicométrico realizado por Moreno et al. (2016), teve sua estrutura fatorial unidimensional avaliada como adequada para a população adulta brasileira, a partir de análise fatorial confirmatória. Os resultados de *alfa de Cronbach* (0,916) e de *coeficiente rho de confiabilidade composta* (0,909) indicam boa fidedignidade da escala. Além disso, segundo resultados paramétricos das análises dos itens no mesmo estudo, os itens 5 (“ficar tão agitado que se torna difícil permanecer sentado”) e 7 (“sentir medo como se algo horrível fosse acontecer”) demonstraram-se os indicadores de maior severidade dos transtornos. Escores iguais ou superiores a 10 foram considerados como indicativo de transtorno de ansiedade. Bergerot, Laros e Araújo (2014) verificaram as propriedades psicométricas do PHQ-9 e do GAD-7 em um estudo com pacientes oncológicos, e também atestam a adequação dos instrumentos para avaliar depressão maior e ansiedade generalizada, respectivamente.

1.3 IHS-2 (*Inventário de Habilidades Sociais 2- Del Prette*)

Consiste em um instrumento de auto-relato que caracteriza o desempenho social em diferentes situações interpessoais, validado por Del Prette e Del Prette (2018) para aplicação em adultos entre 18 e 59 anos. O inventário possui 38 asserções descritivas de interações sociais para as quais o respondente deve assinalar uma frequência que descreve qual é o número de vezes em que se sentiria ou comportaria daquela forma (o comportamento é apresentado sublinhado) naquela situação (não sublinhada), entre dez ocorrências daquela situação. As cinco possíveis respostas variam de “nunca ou raramente” (de 0 a 2 vezes entre 10 ocorrências da situação descrita) a “sempre ou quase sempre” (de 9 a 10 vezes entre 10 ocorrências). A partir das respostas, é possível avaliar na folha de apuração o quanto cada habilidade social do respondente se aproxima da média para aquela população (0 a 4 pontos). Também é possível calcular escores fatoriais que correspondem a cinco dimensões das habilidades sociais (Conversação assertiva, Abordagem afetivo-sexual, Expressão de sentimento positivo, Autocontrole/enfrentamento e Desenvoltura social) a partir da soma das pontuações obtidas em

conjuntos de itens. Tanto a pontuação geral como os valores fatoriais adequam-se entre as classificações “indicação para treinamento de habilidades sociais”, “bom repertório abaixo da mediana”, “repertório mediano”, “bom repertório acima da mediana” e “repertório bastante elaborado de habilidades sociais”. Segundo o manual do instrumento, essa estrutura fatorial foi gerada a partir do método *Exploratory Structural Equation Modeling*, que congrega análises fatoriais exploratória e confirmatória com base em matrizes de correlações policóricas. As análises retiveram 30 itens com consistência interna excelente (alfa de Cronbach=0,944) e uma estrutura de cinco fatores com alta consistência. O instrumento diferencia grupos etários (um entre 18 e 38 anos e outro entre 39 a 59 anos) e sexuais (homens e mulheres), quanto aos seus valores numéricos de referência. Ademais, o IHS-2 possui validade convergente com o Inventário de Rathus ($r=0,79$; $p=0,01$), e estabilidade teste-reteste com a sua versão anterior muito boa ($r=0,9$; $p=0,01$) (DEL PRETTE; DEL PRETTE; 2018).

1.4 Checklist de Queixas

É um instrumento não padronizado elaborado pelo presente autor, contendo as queixas que cada participante apresentou para a terapia, utilizado para investigar o estado das queixas a cada sessão de sondagem dos sintomas. Sua aplicação é conduzida pelo terapeuta, que busca relatos da cliente sobre melhora, manutenção, piora ou retirada de cada queixa apresentada

1.5 Avaliação do Processo Terapêutico

Instrumento não padronizado elaborado pelo pesquisador com questões abertas sobre avaliação geral da terapia, avaliação dos resultados da terapia e sugestões/críticas, e questões de múltipla escolha sobre habilidade e postura do terapeuta, o nível de dificuldade e de adequação dos textos e das tarefas e autoavaliação do envolvimento na terapia.

A principal referência utilizada para embasar a importância de tal avaliação é o trabalho de Dahlgren e Stedal (2017). As autoras buscaram avaliar, com sua pesquisa, atitudes gerais diante da intervenção, aspectos específicos da intervenção (para Anorexia Nervosa, no caso da pesquisa das autoras), percepção do cliente de suas mudanças e qualidade da relação entre cliente e terapeuta. A Avaliação do Processo Terapêutico buscou avaliar as mesmas dimensões, mas com perguntas diferentes. O instrumento possui duas versões (Apêndices G e H) porque uma teve a redação de suas perguntas adaptada ao momento da avaliação intermediária e outra teve a redação adaptada ao momento da avaliação final.

DESCRIÇÃO DO PROMOVE – SAÚDE DA MULHER

Elaboração da intervenção

A elaboração do Promove – Saúde da Mulher foi realizada no decorrer da pesquisa aqui apresentada. Partiu-se de uma seleção de comportamentos já abordados em pesquisas anteriores (LEVATTI, 2017; BOLSONI-SILVA; FOGAÇA, 2018) e que se julgou coerente com o público pretendido. Nesse momento, também foram acrescentados alguns comportamentos relacionados a demandas de mulheres sobrecarregadas (trabalhar em equipe, organizar o tempo e comportamento financeiro).

Os comportamentos foram organizados em ordem crescente de complexidade, de acordo com a experiência do grupo de pesquisa. Em seguida, foram agrupados e organizados em 17 sessões, conforme será apresentado mais adiante. Depois, foi definido, com base na intervenção para pais (BOLSONI-SILVA; FOGAÇA, 2018), que os comportamentos seriam abordados por meio de discussão dialogada do tema, oferecimento de dicas para a emissão socialmente habilidosa do comportamento, atividades de treino de repertório, texto para biblioterapia e tarefa.

Definidos os comportamentos-alvo e a estrutura da sessão, o próximo passo foi elaborar o material para a abordagem de cada comportamento. Como o material existente até então contemplava somente demandas de contextos isolados (parentalidade ou conjugalidade), optou-se por criar um novo material, mais abrangente em relação aos contextos de discussão dos comportamentos.

Antes do início da intervenção, foram planejadas duas sessões para análise funcional e operacionalização das queixas, como usualmente se faz em intervenções Promove(s) (BOLSONI-SILVA; FOGAÇA, 2018; BOLSONI-SILVA; FOGAÇA; BELEI-MARTINS; TANAKA, 2020). Essas sessões têm a função de coletar informações necessárias à formulação de caso e adaptação da intervenção às demandas individuais de cada cliente ou participante.

Para iniciar a discussão dialogada do tema, foram elaboradas perguntas disparadoras. As perguntas disparadoras procuraram contemplar a função do comportamento abordado, os antecedentes, a topografia de resposta e as consequências percebidas (análise funcional), além das dificuldades da cliente com aquele repertório.

As dicas para emissão socialmente habilidosa dos comportamentos-alvo foram retiradas de materiais que os abordaram (POLITO, 2006; BANACO, 201-; OLIVEIRA; CARLOTTO; TEIXEIRA; DIAS, 2016; BARBOSA, 2017; BOLSONI-SILVA, 2019a; BOLSONI-SILVA,

2019b; BOLSONI-SILVA; MARTURANO; FOGAÇA, 2019) e escritas preferencialmente em forma de tópicos, para que o terapeuta pudesse consultá-las rapidamente ao longo da sessão.

As atividades de treino de repertório foram programadas para serem desenvolvidas de acordo com situações de dificuldade apresentadas por cada cliente, então não foram desenvolvidas de antemão. Optou-se por utilizar *role-playings* na maioria das sessões, devido à sua utilidade para treinar repertório (SOUZA; ORTI; BOLSONI-SILVA, 2012).

Os textos para biblioterapia foram escritos pelo pesquisador em linguagem popular e com base nos mesmos materiais. Além das mesmas dicas apresentadas em sessão, os textos contiveram uma apresentação geral do comportamento-alvo e sua função, exemplos de emissões habilidosas e não habilidosas, além de perguntas para reflexão sobre a aplicação daquele comportamento na vida da cliente. Posteriormente, esses textos foram revisados pela orientadora do presente trabalho e culminaram na publicação do livro físico “Como lidar com relações interpessoais e sobrecarga de tarefas” e da sua versão em *eBook*, “O que eu faço agora” (VICTURI; BOLSONI-SILVA, 2020a; VICTURI; BOLSONI-SILVA, 2020b).

As tarefas foram compostas por um enunciado que propõe a emissão do comportamento-alvo nas interações sociais da própria cliente e perguntas para nortear a descrição da interação proposta, em termos de contexto antecedente, respostas e consequências. A escolha por trabalhar com análise funcional deveu-se à orientação analítico-comportamental do Promove – Saúde da Mulher.

A princípio, estimou-se que o tempo das sessões seria semelhante ao usual em psicoterapia, 50 minutos. No entanto, ao iniciar a aplicação do Promove – Saúde da Mulher, faltou tempo para cumprir todas as tarefas e ouvir o que as participantes tinham a dizer sobre sua semana. Portanto, o tempo das sessões foi ajustado para aproximadamente 90 minutos, o que foi suficiente para aplicar todo o procedimento. A seguir, o modo de funcionamento do Promove – Saúde da Mulher será descrito.

Sessões iniciais para avaliação das queixas e sintomas

Antes de iniciar o procedimento, o terapeuta deve dedicar pelo menos duas sessões a conhecer as demandas de sua cliente, além de realizar análise funcional (contexto antecedente - respostas da cliente - contexto subsequente) dessas demandas e aplicar os instrumentos padronizados escolhidos para avaliar ansiedade, depressão e repertório de habilidades sociais.

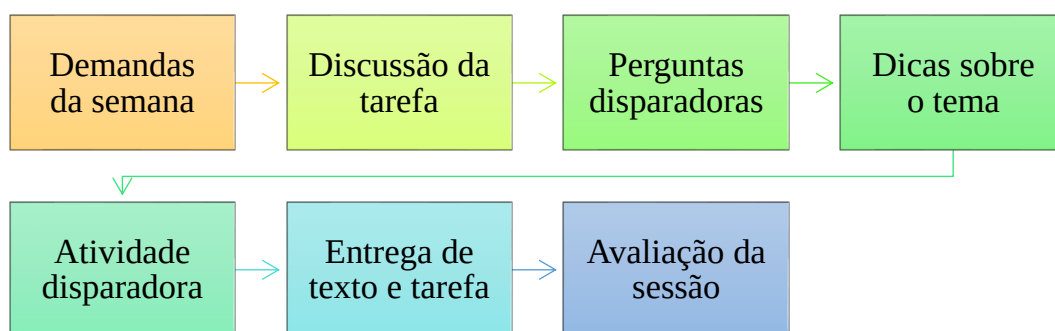
Perguntas como “O que te trouxe à terapia?” e “Como posso ajudá-la?” podem ser utilizadas na primeira sessão para coletar as queixas. Perguntas como “Em que momentos isso

acontece?”, *“O que você faz quando isso acontece?”*, *“Como as pessoas respondem?”*, *“Com que frequência isso ocorre?”* e *“Como você se sente diante disso?”* podem ser utilizadas para analisar funcionalmente as queixas.

Sessões temáticas

As atividades das sessões da fase interventiva buscam seguir uma ordem invariável para todas as clientes⁴: o terapeuta inicia a sessão com a investigação das demandas que a cliente traz acerca de sua última semana; em seguida, investiga e discute a tarefa entregue na sessão anterior; depois inicia a discussão de um novo tema com perguntas disparadoras e dicas sobre o tema, aprofunda a discussão com uma atividade disparadora; entrega o texto e a tarefa correspondente ao tema abordado e, por fim, solicita avaliação da cliente sobre a sessão. A Figura 2 ilustra essa sequência.

Figura 2- Estrutura sugerida para as sessões temáticas



Fonte: elaborada pelo próprio autor

O Quadro 1 indica a ordem sugerida dos conjuntos de comportamentos-alvo para as sessões após as sessões iniciais. Ainda assim, essa ordem pode ser alterada devido às necessidades de cada caso⁵. Tendo obtido informações suficientes de sua cliente, realizado as análises funcionais das demandas da cliente e negociado com ela objetivos terapêuticos, o terapeuta pode avaliar com maior propriedade quais comportamentos-alvo do procedimento irá utilizar e em qual ordem fará isso. Ademais, identificando os que já são dominados pela cliente (reservas comportamentais), pode excluir alguns deles de sua intervenção.

⁴ Optou-se por utilizar o termo clientes e o tempo verbal presente para facilitar a compreensão do procedimento por clínicos que se interessem em aplicá-lo com seus clientes.

⁵ A ordem sugerida de comportamentos-alvo foi elaborada para dar conta de habilidades mais básicas e fáceis no princípio da intervenção, e apresentar habilidades gradualmente mais difíceis. Ainda assim, pode ser útil alterar a ordem ou pular alguns temas de acordo com o repertório e as demandas apresentadas pela cliente.

Quadro 1- Comportamentos-alvo contemplados pelo Promove – Saúde da Mulher

Número do tema	Comportamentos-alvo	Capítulo do livro
1	Iniciar, manter e encerrar conversação	3
2	Fazer e responder a perguntas	4
3	Direitos humanos e relações interpessoais	2
4	Comportamento passivo, agressivo e assertivo	1
5	Expressar sentimento positivo, elogiar e agradecer	5
6	Dar <i>feedback</i> positivo	6
7	Expressar e ouvir opiniões	7
8	Fazer e responder a pedidos	8
9	Fazer e reagir a críticas	9
10	Expressar sentimento negativo	10
11	Dar <i>feedback</i> negativo, solicitar mudança de comportamento e negociar	12
12	Estabelecer e consequenciar regras e limites	13
13	Falar em público	14
14	Práticas educativas parentais: como lidar com comportamentos que você aprova e como lidar com comportamentos que você desaprova	15
15	Organização do tempo e evitar procrastinar	16
16	Trabalhar em equipe	17
17	Comportamento financeiro	18

Fonte: elaborado pelo próprio autor

O Quadro também mostra os capítulos do livro indicado para complementar o programa (VICTURI; BOLSONI-SILVA; 2020a) em que está presente a discussão de cada tema. Na presente pesquisa, foram utilizadas folhas avulsas contendo os textos de cada tema. No entanto, todo o material foi compilado e publicado em formato de livro, que se indica que seja doado à cliente ao início da intervenção.

Discussão inicial sobre a semana

Inicialmente, a cliente é questionada sobre como está (“*como você está?*”) ou como passou desde a última sessão (“*como foi a semana?*”). Nesse momento, eventuais queixas ou demandas da cliente pode aparecer em seu relato. Diante disso, o terapeuta deve acolher os relatos da cliente e oferecer algum tempo da sessão para discuti-los.

Investigação da tarefa de casa

Esgotadas as demandas trazidas por relato espontâneo, chega o momento em que o terapeuta deve investigar a execução da tarefa, dada na sessão anterior, por parte da cliente. Se a cliente tiver realizado a tarefa, o terapeuta deve valorizar o engajamento da cliente na realização e solicitar que a cliente descreva as situações que relatou, com falas como “*que legal que você fez a tarefa*” ou “*muito bom*”. Diante dos relatos, o terapeuta elogia e dá *feedbacks*

positivos aos comportamentos com maior potencial de atingirem os objetivos da cliente (*“ótimo”; “veja, você negociou com o seu marido e isso favoreceu o comportamento dele de ajudar com as tarefas domésticas”*).

O terapeuta também deve investigar se houve dificuldades em realizar a tarefa, como algum dos comportamentos da cliente não ter alcançado as consequências que ela esperava ou a cliente não ter sabido como aplicar a habilidade solicitada. Nesse caso, o terapeuta pode fazer perguntas para ajudar a cliente a perceber o que ela poderia ter feito de diferente (*o que você poderia ter feito de diferente para que seu marido respondesse de forma mais acolhedora?*) ou o que ela fez que impediu que ela alcançasse seus objetivos (*como você acha que seu filho se sentiu depois que você gritou com ele?*). Caso a cliente não consiga fazê-lo por conta própria, o terapeuta pode dar sugestões de como a cliente poderia lidar com as suas dificuldades (*“o que acha de explicar ao seu colega de trabalho por que você não gostou do que ele falou?”*; *“sua crítica pareceu um pouco agressiva, então o que acha de usar palavras mais neutras na próxima vez?”*).

Caso a cliente não tenha realizado a tarefa, o terapeuta deve investigar o que a impediu de fazê-la (*“o que você acha que a impediu de fazer a tarefa?”*), e também oferecer ajuda ou adaptar as tarefas para aumentar a chance de a tarefa ser realizada (*“como você acha que eu poderia ajudá-la a fazer a tarefa?”*). Por vezes, a cliente só não teve tempo para realizar a tarefa, então o terapeuta pode somente acolher e manter a tarefa para a próxima sessão (*“tudo bem, você pode trazer essa tarefa na próxima sessão”*).

Discussão sobre os comportamentos tema da sessão

Após a discussão da tarefa, o terapeuta utiliza, uma de cada vez, as perguntas disparadoras de discussão (Apêndice B) para iniciar uma conversa sobre os comportamentos a serem tematizados na sessão. Espera-se que a cliente responda às perguntas avaliando as funções dos comportamentos tematizados (*“as perguntas servem para puxar assunto”*), relatando situações em que emita os comportamentos tematizados (*“costumo perguntar para o meu marido como foi o dia dele”*), estabelecendo relações entre seu comportamento e o comportamento das outras pessoas (*“quando eu pergunto como foi o dia dele, ele responde que foi tudo bem e também pergunta do meu dia”*) e apontando dificuldades (*“tenho dificuldade de perguntar sobre sexo”*) e facilidades (*“sou boa em elogiar”*).

Diante das respostas, o terapeuta deve valorizar comportamentos com maior potencial reforçador para a cliente (*“é isso mesmo, quando você se prepara antes de falar em público,*

diminui a chance de gaguejar ou se perder”) e ajudar a cliente com suas dificuldades, seja em identificar a função dos comportamentos tematizados (*“elogiar pode ser importante para fazer as pessoas enxergarem o que elas fazem que gostamos”*), seja em estabelecer as relações funcionais (*“quando você faz uma crítica junto com um elogio, aumenta a chance de a outra pessoa acatar”*), ou até na aplicação dos comportamentos (*“o que acha de pedir para o seu marido lavar a louça”*). Perguntas complementares podem ser elaboradas no momento da sessão com vistas a aprofundar o autoconhecimento da cliente, esclarecer relatos incompletos, confrontar respostas duvidosas ou por outros motivos.

Dicas para a emissão (socialmente) competente dos comportamentos-alvo da sessão

Após a discussão inicial sobre os comportamentos-alvo da sessão, disparada pelas perguntas já mencionadas, o terapeuta oferece dicas à cliente sobre a emissão habilidosa/competente das habilidades discutidas e as explica, com o uso de exemplos caso necessário. São as mesmas dicas oferecidas no material de biblioterapia (apresentado a seguir), mas é importante que essas dicas sejam oferecidas no momento da sessão por três motivos. Primeiramente, para garantir que a cliente entre em contato com as dicas ainda que não leia o texto correspondente à sessão. Em segundo lugar, porque se a cliente ler, entrará em contato com um material já conhecido, o que aumenta a chance de fortalecimento da aprendizagem. Por último, porque ao oferecer espaço para discutir sobre as dicas de emissão das habilidades, pode explicar e exemplificar cada uma delas caso julgue necessário, além de sanar eventuais dúvidas da cliente.

Simulações e discussões de situações de dificuldade

Após a discussão sobre os comportamentos-alvo das sessões, o terapeuta deve investigar se a cliente tem alguma situação de maior dificuldade sobre o que foi discutido (*você tem alguma situação de maior dificuldade em fazer elogios que gostaria de treinar?; Fulana, em que contextos é mais difícil de elogiar?*). Espera-se que a cliente relate dificuldade em alguma situação específica (por exemplo, na sessão sobre fazer pedidos e responder a pedidos, a cliente pode relatar que tem dificuldade de pedir para o marido ajudá-la a monitorar as tarefas dos filhos). Caso a cliente não relate nenhuma dificuldade, o terapeuta sugere uma situação de acordo com o seu conhecimento prévio das queixas, déficits e excessos comportamentais da cliente. É indicado que o terapeuta prepare algumas possibilidades para ensaio antes da sessão.

A partir da situação de dificuldade, alguma atividade que aborde aquela situação é sugerida (*o que acha de treinarmos uma situação em que você lhe pede ajuda?; você disse que está sobrecarregada de atividades nesta semana, então o que acha de organizarmos suas atividades em ordem de prioridade?*). Na maior parte das sessões, é possível e preferível fazer algum ensaio comportamental (*role-playing*), em que o terapeuta interpreta o papel de um interlocutor que aparece na situação de dificuldade. Por exemplo, o terapeuta pode sugerir que a cliente lhe faça o pedido que tem dificuldade de fazer ao marido, e o próprio terapeuta responde como o marido da cliente costuma responder. Após a situação ensaiada, o terapeuta solicita avaliação da cliente sobre o seu desempenho (como você avalia o seu desempenho?), dá *feedbacks* positivos e negativos (*você usou menos palavras, então sua mensagem ficou mais compreensível; você interrompeu a minha fala, então não consegui concluir minha explicação*) e oferece dicas e sugestões que julgar convenientes (*quando estiver falando em público, procure olhar para a audiência; o que acha de tentar falar um pouco mais devagar?*). Também é importante programar generalização, ou seja, preparar a cliente por meio de discussões e análises funcionais para aplicar o que foi ensaiado em contexto natural (com o marido, por exemplo). Para os comportamentos-alvo que não envolvem necessariamente um interlocutor, o terapeuta pode propor uma atividade de reflexão, conforme modelo disposto no Apêndice C. Para mais instruções sobre a condução de ensaios comportamentais, sugere-se consultar Souza, Orti e Bolsoni-Silva (2012).

Caso não seja possível a execução do ensaio comportamental, pode ser utilizada outra atividade que investigue dificuldades reais da cliente e discuta como elas podem ser minimizadas ou resolvidas. Especialmente nas sessões sobre organização do tempo e organização financeira, podem ser utilizadas tabelas em que tarefas e dinheiro, respectivamente, são distribuídos diante das diferentes demandas da vida da cliente.

Entrega/indicação de texto para biblioterapia e tarefa para a próxima sessão

Antes da conclusão da sessão, o terapeuta entrega ou indica⁶ um texto correspondente aos comportamentos-alvo da sessão para leitura em casa, e também entrega a folha da tarefa a ser entregue na próxima sessão e explica o que deve ser feito. O texto funciona como um material complementar ao procedimento a ser lido em casa, oferecendo modelos e dicas para a emissão competente dos repertórios abordados ao longo da terapia. A esse uso do material

⁶ No caso do uso de folhas avulsas, como foi feito na presente pesquisa, o material correspondente é entregue após a discussão de cada tema. No caso do uso de um livro ou cartilha que é doado à cliente na primeira sessão e com ela permanece por toda a intervenção, o terapeuta somente indica a leitura dos capítulos correspondentes.

escrito, dá-se o nome de biblioterapia (BOLSONI-SILVA; FOGAÇA; BELEI-MARTINS; TANAKA, 2020).

Todo o material para biblioterapia do Promove – Saúde da Mulher está presente no livro “Como Lidar com Relações Interpessoais e Sobrecarga de Tarefas” (VICTURI; BOLSONI-SILVA, 2020a) ou no *eBook* “O que eu faço agora” (VICTURI; BOLSONI-SILVA, 2020b), que foi elaborado como produto da presente pesquisa. Um exemplo de texto para biblioterapia consta no Apêndice D.

As tarefas, por sua vez, têm a função de auxiliar a cliente a transpor os ganhos comportamentais da terapia para o contexto de sua vida. De modo geral, são proposições escritas de emissão do repertório discutido na sessão em ambiente natural (casa, trabalho etc.), acompanhadas de perguntas que a cliente deve responder com descrições e avaliações de suas interações (BOLSONI-SILVA; FOGAÇA, 2018). As tarefas do Promove – Saúde da Mulher constam no Apêndice E.

Avaliação da sessão

Para concluir a sessão, o terapeuta solicita avaliação da sessão pela cliente, por meio de perguntas como “*o que achou da sessão de hoje?*” ou “*como avalia a sessão de hoje?*”. Espera-se que o cliente responda com um *feedback* sobre o que gostou e o que não gostou. Eventualmente, o terapeuta pode complementar essa investigação com perguntas como “*você tem alguma sugestão ou crítica sobre a terapia?*”, “*o que está achando do material da terapia?*”. Também é desejável que o terapeuta investigue e monitore a leitura dos textos, com perguntas como “*tem conseguido ler os textos?*”, “*você tem alguma dúvida sobre algum dos textos que tem lido?*”. Caso haja alguma dificuldade, crítica ou sugestão, o terapeuta deve oferecer acolhimento, ajudar a cliente a se sentir mais confortável ou compreender melhor os textos e buscar adaptar a intervenção às demandas da cliente.

➔ Nota sobre sessões especiais

Antes do início das sessões temáticas, cuja estrutura acaba de ser descrita, devem ser dedicadas três ou quatro sessões para investigar as queixas apresentadas pela cliente, e coletar informações suficientes para a elaboração de uma formulação de caso inicial, com destaque para as análises funcionais das queixas.

Na primeira sessão, o terapeuta utiliza perguntas como “*o que a fez buscar por terapia?*”; “*por que você decidiu procurar um terapeuta?*”; “*o que espera que a terapia faça*

por você?”; “como você acha que eu posso ajudá-la?”; “por onde gostaria de começar?” e assim por diante, para elencar queixas, demandas e prioridades. Além disso, deve aplicar os instrumentos padronizados que julgar convenientes. Sugere-se no mínimo a aplicação do GAD-7 e do PHQ-9, por serem instrumentos de uso livre e fácil aplicação.

Elencadas as queixas e demandas, nas próximas sessões o terapeuta deve investigar em que situações ocorrem (*“em que momentos isso acontece?”*), quais são as respostas emitidas pela cliente (*“e o que você faz nesses momentos?”*), quais são as consequências das respostas emitidas (*“e o que acontece em seguida?”*), com que frequência acontecem (*“quantas vezes por semana isso acontece?”*); informações da história de vida relacionadas com o aparecimento das queixas (*“desde quando isso acontece?”*), sentimentos associados (*“e como você se sente?”*) etc. As respostas a essas perguntas possibilitam ao terapeuta compreender relações funcionais nas quais a intervenção pode incidir.

Avaliação intermediária

Sugere-se que, no momento em que metade dos comportamentos-alvo tiver sido abordada, o terapeuta dedique uma sessão para reaplicar todos os instrumentos padronizados aplicados nas sessões iniciais, investigar o estado de cada queixa e solicitar avaliação da cliente sobre o processo terapêutico. Assim, é possível obter informações sobre a eficácia da intervenção, e adaptar dimensões da terapia que não estão funcionando bem. Nessa sessão, é possível discutir demandas da semana e investigar e discutir a tarefa da sessão anterior, mas nenhum tema novo deve ser introduzido.

Revisão

Logo após a abordagem de todos os comportamentos-alvo programados, sugere-se que o terapeuta dedique uma sessão para a revisão dos comportamentos-alvo discutidos. Nessa sessão, ele deve propor situações fictícias para *role-playing*, com o objetivo de testar a aprendizagem dos comportamentos de maior dificuldade para a cliente atendida. Antes da sessão, o terapeuta escreve enunciados de situações de dificuldade vivenciadas ao longo da terapia pela cliente. Por exemplo:

Situação 1- Faça um elogio ou *feedback* positivo a cada uma dessas pessoas:

- Marido
- Filha

- Irmã
- Colega de trabalho

Situação 2- Você chega em casa e encontra uma pilha de louças sujas na pia. Você gostaria de preparar sua refeição, mas não consegue fazer isso com a pia cheia. O que você pode fazer?

Situação 3- Seu marido te liga na hora do almoço e pede para você passar do mercado para comprar lâminas de barbear para ele. Mas você está com o tempo contado para almoçar. O que você pode responder?

Situação 4- Uma colega de trabalho arma um esquema para ganhar um benefício da empresa ilicitamente. Ela te inclui no esquema sem você concordar, mas você não quer participar. Como você pode resolver a situação?

Situação 5- Está na hora de sua filha tomar banho, e você a avisa. Ela fala que já vai, mas continua no celular por bastante tempo. Você sente muita vontade de gritar com ela, mas avalia que isso só pioraria as coisas. Então como você pode fazer?

Situação 6- Seu marido e sua filha estão usando demais o celular depois do jantar, e com isso você não consegue conversar com eles. Como você pode solicitar um tempo para conversar com eles?

Situação 7- Sua filha a chama para ir ao circo que está na cidade, e você não está muito animada para fazer isso. Mas você sabe que isso pode ser importante para ela. Como você pode negociar, para que as duas saiam satisfeitas?

Situação 8- Seu marido deixa as roupas espalhadas pelo quarto. Como você pode solicitar mudança de comportamento?

Durante a sessão, após a discussão inicial sobre a semana e a discussão sobre a tarefa, o terapeuta lê os enunciados e propõe ensaios comportamentais ou que a cliente descreva como resolveria cada situação. Em seguida, solicita avaliação da cliente sobre o seu desempenho, dá *feedbacks* e investiga e registra dificuldades remanescentes (*você ainda sente alguma dificuldade nesta situação?*).

Avaliação final

Após a sessão em que são revisadas as dificuldades da cliente, o terapeuta reaplica todos os instrumentos padronizados, investiga novamente o estado de cada uma das queixas apresentadas pela cliente ao longo do processo terapêutico, solicita *feedback* da cliente sobre a condução da terapia e discute com ela os encaminhamentos da terapia.

➔ Nota sobre adaptação para atendimentos remotos

O processo terapêutico aqui descrito pode ser realizado em psicoterapia virtual. Todo o material entregue às participantes do presente estudo em formato impresso pode ser entregue de forma virtual, em formato de arquivos. O envio e monitoramento das tarefas pode ser realizado virtualmente, sendo que as atividades podem ser enviadas semanalmente pelo terapeuta, preenchidas virtualmente pelas clientes e coletadas por e-mail, por exemplo.

APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS

O Estudo I descreve e compara as formulações de caso e o diagrama funcional que integraram as informações mais importantes das três participantes, o que auxilia na adaptação do Promove – Saúde da Mulher a cada caso. O Estudo II descreve e compara, para os três casos, os efeitos do Promove – Saúde da Mulher, para a aquisição de comportamentos-alvo e redução de queixas e sintomas de ansiedade e depressão.

ESTUDO I- FORMULAÇÃO DE CASO E ANÁLISE FUNCIONAL DIAGRAMADA DE TRÊS CASOS DE MULHERES COM ANSIEDADE E DEPRESSÃO

RESUMO

O presente estudo se propôs a apresentar e comparar formulações de três casos clínicos referentes a mulheres com sintomas de ansiedade e depressão atendidas em uma clínica escola de psicologia, respondendo a uma lacuna de evidências na literatura analítico-comportamental. As três participantes da pesquisa desempenhavam papéis de mães, esposas e trabalhadoras, e foram identificadas em uma lista de espera de clínica escola de psicologia por terem apresentado, em suas entrevistas de triagem, queixas e sintomas de ansiedade e depressão, o que foi confirmado pelos instrumentos rastreadores GAD-7 e PHQ-9. As participantes também tiveram suas queixas registrados por *Checklist* próprio e responderam ao IHS-2–Del Prette. As formulações de caso, utilizadas para adequar uma mesma intervenção proposta às demandas individuais de cada participante, buscaram seguir dois modelos presentes na literatura: o primeiro em formato de texto e o segundo em formato de diagrama. Os dados coletados para as formulações de caso foram obtidos a partir de entrevistas individuais com as participantes, antes da intervenção. A partir do primeiro modelo, foram identificados fatores de risco para ansiedade e depressão comuns às três participantes, como a dupla ou tripla jornada de trabalho, déficit de habilidades educativas parentais dos pais das participantes e a responsabilidade quase que exclusiva dos cuidados com os filhos. Também foi possível identificar fatores de risco individuais, como um diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade do filho de uma das participantes e um histórico de infidelidade conjugal por parte do ex-marido de outra das participantes. Com o uso do segundo modelo foi possível identificar aspectos mais importantes de cada caso para nortear sua respectiva intervenção. Os dois modelos se complementam, à medida que um oferece mais detalhes para a compreensão global de cada caso, e outro oferece um modelo rápido para consultas no cotidiano do clínico.

INTRODUÇÃO

Transtornos de ansiedade e depressão apresentam alta prevalência na população mundial e o Brasil está em uma situação crítica para os dois transtornos. É o país com a maior prevalência de ansiedade e a terceira maior de depressão, de acordo com o último relatório da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Starr et al. (2014) indicaram uma grande frequência de comorbidade entre os dois transtornos, o que agrava

ainda mais o comprometimento associado (CYRANOWSKI et al., 2012). Aprofundando ainda mais o dado, encontrou-se que mulheres têm maior chance de apresentarem ansiedade e depressão, o que pode ser explicado por diversos fatores sociais, com destaque para as relações opressoras de gênero (ZANELLO, 2010).

De acordo com o manual diagnóstico DSM-V (APA, 2014), o transtorno de ansiedade envolve respostas emocionais e de antecipação incompatíveis com o perigo real oferecido pelos estímulos ambientais presentes, a ponto de prejudicar a vida de uma pessoa que o apresenta. O transtorno depressivo envolve respostas de tristeza e irritabilidade, também associadas a sintomas físicos como perda de apetite e energia reduzida, em nível prejudicial à vida do indivíduo. É importante ressaltar que vários dos sintomas de ambos os transtornos se sobrepõem, o que facilita a ocorrência dos dois transtornos ao mesmo tempo (BLANCO et al., 2013).

Starr et al. (2014) relacionaram a ocorrência simultânea de ansiedade e depressão com dificuldades interpessoais, com destaque para padrões de respostas inassertivas, hipersensibilidade interpessoal e baixa sociabilidade. Para além de correlações e descrições da topografia dos transtornos, outros autores também apresentam regularidades funcionais dos transtornos.

Para o transtorno de ansiedade generalizada, Zamignani e Banaco (2005) chamaram atenção para o controle estabelecido pelos estímulos pré-aversivos, aqueles que sinalizam a ocorrência de um estímulo aversivo e que produzem respostas de esquiva por parte dos indivíduos ditos ansiosos. Ao entrarem em contato com os sinalizadores da punição, estes emitem respostas emocionais de ansiedade e, também, comportamentos operantes para evitar o contato com o estímulo aversivo sinalizado. Ao ter sucesso em evitar esse contato, o padrão se consolida.

Para o transtorno depressivo maior, Dougher e Hackbert (1994) e Abreu e Abreu (2017) destacaram a ineficácia do repertório do indivíduo em produzir reforçadores positivos suficientes para seus comportamentos, seja porque esses reforçadores não estão mais disponíveis, porque o repertório perdeu sua capacidade de produzi-los, ou porque esses estímulos perderam o seu valor reforçador. Ao mesmo tempo, o indivíduo pode estar diante de excesso de punição incontrolável e a emissão de seus comportamentos queixosos pode produzir alguma atenção do ambiente. O indivíduo passa a se comportar mais por reforçamento negativo do que por reforçamento positivo.

Para a intervenção psicoterapêutica em casos de transtornos de ansiedade e depressão, Levatti, Victuri, Garcia e Bolsoni-Silva (2018) defenderam o uso da TAC, modelo focado no comportamento operante e pautado no Behaviorismo Radical de Skinner (1974/2011). Este modelo de intervenção tem como principal estratégia de intervenção a análise funcional (SANTOS, 2018), que pode ser iniciada no momento da avaliação inicial (HAYNES; O'BRIEN; GODOY, 2020), estando presente na formulação de caso clínico (FONSECA; NERY, 2018).

Leonardi e Meyer (2016) indicaram a heterogeneidade de modelos para formular um caso clínico e a ausência de um consenso sobre qual seria a melhor forma de realizar essa tarefa. Ainda assim, para os terapeutas analítico-comportamentais parece ser consensual a importância da análise funcional tanto para o momento da avaliação clínica das queixas apresentadas por um cliente, quanto para a fundamentação das práticas do terapeuta (COSTA; MARINHO, 2002; ABREU; ABREU, 2017; SANTOS, 2018).

A análise funcional, segundo Costa e Marinho (2002), fundamenta-se no conceito skinneriano de contingência, na qual para cada comportamento, devem ser especificadas a ocasião de ocorrência de uma resposta, a própria resposta e as consequências produzidas por ela e que atuam como suas mantenedoras. As relações entre essas três categorias de variáveis resultam em contingências de reforçamento. No contexto clínico, torna-se importante analisar as interações entre o cliente e o ambiente no qual ele está inserido para compreender quais as funções do seu comportamento.

Haynes, O'Brien e Godoy (2020) ressaltaram a utilidade da análise funcional antes do início da intervenção propriamente dita. Os autores indicaram que, ainda que se gaste algum tempo para conduzir essa análise, os benefícios em termos de resultados são maiores. A análise funcional e a formulação de caso, ou seja, ferramentas de individualização prévia da intervenção parecem, portanto, aumentar a coerência das intervenções às demandas de cada cliente, apresentando um bom custo-benefício.

Sturmey (2014) defendeu a importância da habilidade de formulação de caso para clínicos personalizarem suas intervenções de acordo com as demandas de cada cliente. Sabe-se que a formulação de caso abstrai os aspectos mais importantes de um caso para justificar o tratamento ideográfico. Ainda assim, cientistas parecem estar longe de estabelecerem um consenso sobre quais informações devem estar presentes no caso formulado.

Ao apresentarem um modelo para a formulação de caso, Fonseca e Nery (2018) propõem que sejam considerados os seguintes tópicos: dados gerais sobre o cliente, queixas e

demandas, mandato terapêutico (o cliente declara esperar da terapia), repertório e contingências no início da terapia, controle instrucional⁷, história de vida, formulação comportamental (análise funcionais molares e moleculares), análise motivacional⁸, relação terapêutica, objetivos terapêuticos, estratégias de intervenção, alguns resultados, limitações da terapia e indicações.

Como se pode verificar, o modelo das autoras é bastante amplo e, além de fatores históricos e de interação terapêutica, contempla a análise funcional molecular e molar. A análise funcional molecular considera contingências individuais, e contempla o antecedente, a resposta, o consequente, o processo comportamental e o efeito emocional. A análise funcional molar considera a organização dos dados em classes de respostas, identificando os comportamentos (diferentes topografias), o histórico de aquisição, os contextos atuais mantenedores, as consequências que fortalecem o padrão e as consequências que enfraquecem o padrão.

Obter todos os dados necessários e formular um caso de acordo com o modelo das autoras permite ao clínico se debruçar sobre diversos aspectos possivelmente relevantes para uma intervenção, mas é um processo bastante custoso para o clínico, tanto mais quanto maior for o número de clientes atendidos.

Vale ressaltar que ao apresentar análise funcional em outro capítulo da mesma obra citada nos parágrafos anteriores, Nery e Fonseca (2018) dividiram a análise funcional molecular em cinco fatores: antecedentes, respostas, consequências, processos e efeitos. Para a análise molar, os seguintes fatores devem ser preenchidos: comportamentos que os caracterizam, história de aquisição, contextos atuais mantenedores, consequências que fortalecem o padrão e consequências que enfraquecem o padrão. Nesta divisão, os sentimentos são classificados como respostas respondentes ou efeitos, subprodutos das contingências, ou seja, não têm efeito causal.

Sabe-se que essa posição não é consensual na literatura, pois alguns autores colocam os sentimentos ou sua alteração em outras posições na análise funcional, tais como o de antecedentes (COSTA; MARINHO, 2002) ou consequências (LINCOLN et al., 2017). No entanto, ao adotar o modelo das autoras (NERY; FONSECA, 2018), este estudo se ateve aos modelos por elas estabelecidos.

Cunha e Borloti (2009) apresentaram possíveis efeitos emocionais associados a cada tipo de contingência de reforçamento. Contingências de reforçamento positivo podem resultar em fé, confiança, segurança, interesse, ambição, determinação, obstinação, satisfação, êxtase,

⁷ Controle instrucional refere a uma avaliação comparativa entre quanto do repertório do cliente é modelado pelas contingências naturais e quanto é governado por regras.

⁸ Análise motivacional compara variáveis que fortalecem e enfraquecem o repertório do cliente envolvido com as queixas e o seu engajamento na terapia.

perseverança, excitação, entusiasmo, dedicação, compulsão, alegria, prazer ou elação. Contingências de reforçamento negativo podem estar associadas a ansiedade, fuga, agressividade, vergonha, terror, apreensão, alívio ou aversão. Punição positiva pode aparecer juntamente com vergonha, culpa, raiva, medo, cólera ou aborrecimento. Por fim, contingências de punição negativa resultam em frustração, depressão, incerteza, desapontamento, impotência, desencorajamento, inibição, timidez, embaraço, tristeza, alívio, sossego ou calma. Este trabalho utilizará essas possibilidades ao realizar as análises moleculares.

Virués-Ortega e Haynes (2005) e Haynes, O'Brien e Godoy (2020) propuseram uma forma de representar graficamente e quantitativamente, em forma de diagrama, relações causais identificadas entre comportamentos dos clientes e variáveis históricas/ambientais em suas vidas, o que pode vir a complementar uma formulação de caso e facilitar a tomada de decisões pelos terapeutas. Para elaborar o diagrama em questão, primeiramente o clínico deve listar problemas de comportamento⁹ do cliente, suas consequências e variáveis causais ou mantenedoras envolvidas. Em seguida, deve-se atribuir grau de importância (1 a 4) a cada problema de comportamento e grau de modificabilidade¹⁰ (0,2; 0,4; 0,8) de cada variável causal, considerando que algumas variáveis causais não são modificáveis. Dispostas as variáveis sobre um quadro, devem ser relacionadas a partir de setas que representam as influências entre cada uma das variáveis. A espessura dessas setas e seus valores (0,2; 0,4; 0,8) devem ser correspondentes à importância das relações indicadas, e a direção das setas deve ser ajustada de acordo com a direção da relação (unidirecional, bidirecional ou correlacional).

Os autores Haynes, O'Brien e Godoy (2020) enfatizaram a importância do uso do máximo de fontes possível (por exemplo instrumentos padronizados, estudos clínicos, entrevista, *role-playing*) para embasar a atribuição dos valores e dos graus de importância do diagrama. Após pronto o diagrama, é possível visualizar variáveis que se destacam pelo número de influências nos problemas de comportamento ou pelo seu nível de importância ou modificabilidade.

Este trabalho tem sua relevância justificada pela lacuna de evidências em TAC para mulheres com ansiedade e depressão (LEVATTI, 2017), ainda mais quando se considera o foco na formulação de caso. Descrever as intervenções e seus resultados pode oferecer ao leitor

⁹ Tradução livre de *behavior problems*, termo utilizado pelos autores.

¹⁰ Tradução livre de *modifiability*, termo utilizado pelos autores. Ainda que haja possibilidade de má-interpretação na língua portuguesa, optou-se por manter o termo apresentado dos autores. Refere-se ao quanto se estima que o comportamento pode ser modificado via terapia.

informações suficientes para a compreensão de como as decisões clínicas são tomadas, oferecendo exemplos concretos de como pode ser feita uma formulação de caso.

OBJETIVO GERAL

Este estudo buscou apresentar e comparar modelos de formulações de caso que embasaram três processos terapêuticos analítico-comportamentais realizados em uma clínica-escola de Psicologia para mulheres com ansiedade e depressão.

Objetivos específicos

- Apresentar três casos clínicos a partir de um modelo de formulação de caso e um modelo de diagrama funcional;
- apontar semelhanças e diferenças entre os casos atendidos;
- apontar fatores de risco para os transtornos de ansiedade e depressão identificados em cada um dos três casos;
- discutir potencialidades e limitações dos modelos de formulação de caso utilizados.

MÉTODO

Considerações éticas

As participantes deste estudo consentiram com a sua realização por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Seus nomes e informações que pudessem identificá-las foram ocultados para fins de sigilo. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da UNESP Bauru, de acordo com o parecer nº 3.198.771 (Anexo A).

Participantes

Participaram três mulheres com sintomas de ansiedade e depressão em comorbidade, entre 34 e 42 anos, que possuíam ao menos um filho ou filha, relacionamento amoroso e trabalhavam. As participantes foram recrutadas por meio de um sistema de inscrição em fila de espera do Centro de Psicologia Aplicada de uma universidade pública. Para participarem da pesquisa, elas precisavam ter entre 30 e 50 anos, ter ao menos um filho, estar em um relacionamento conjugal, trabalhar e ter apresentado queixas de ansiedade e depressão. Além disso, não poderiam ter como queixas principais características definidoras de outros

transtornos (como síndrome do pânico ou transtorno obsessivo-compulsivo) e deveriam assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). A Tabela 1 apresenta as principais informações de cada participante.

Tabela 1- Identificação das participantes no momento inicial da pesquisa

Categoria de identificação	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Idade	36 anos	34 anos	41 anos
Escolaridade	Ensino médio completo	Ensino superior em curso	Ensino médio completo
Profissão	Cabeleireira e professora	Técnica em enfermagem e vendedora autônoma	Funcionária pública no setor financeiro de instituição de saúde
Número de filhos	1 filha de 10 anos 1 filho de 16 anos	1 filha de 9 anos 1 filho de 12 anos	1 filha de 11 anos
Sintoma de ansiedade pela qual foi identificada	“Se queixa de estar muito ansiosa”	“se sente muito sobrecarregada e estressada, descontando sua raiva em sua família”	“Se sente paralisada frente às atividades, e quando está com medo sente sudorese, boca seca, coração acelerado”; “disse se sentir ansiosa a todos os momentos”
Sintoma de depressão pela qual foi identificada	“teve depressão pós-parto”	“teve depressão pós-parto após as duas gestações”; “atualmente toma antidepressivo”	“Relata também dificuldades na parte social de sua vida, porque inventa desculpas para não sair com as pessoas e disse pensar muito antes de realizar qualquer atividade, desistindo certas vezes”
Fazia uso de medicação para controle dos sintomas?	Somente florais para controle da ansiedade e comportamentos agressivos, com frequência ocasional.	Sim, com frequência alta. Relaxantes musculares (como Velija 60mg) e antidepressivos (como Nortriptilina). As prescrições médicas da P2 foram alteradas por diversas vezes ao longo da psicoterapia.	Não.

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Materiais

Foram utilizados registros digitais de respostas ao instrumento *Checklist* de Queixas, elaborado pelo pesquisador, gravações de áudio e registros escritos pelo pesquisador das sessões anteriores à intervenção. O *Checklist* de Queixas é um instrumento não padronizado contendo as queixas que cada participante apresentou para a terapia, utilizado para investigar o estado das queixas a cada sessão de sondagem dos sintomas. Um exemplo de Checklist consta no Apêndice H.

Local

As participantes foram atendidas em salas reservadas de um Centro de Psicologia Aplicada de uma universidade pública. As salas continham mesas e cadeiras que foram utilizadas para o preenchimento de todos os instrumentos aplicados, e aparelhos de ar condicionado para aumentar o conforto dos atendimentos.

Procedimentos de coleta de dados

Os instrumentos foram aplicados individualmente¹¹, durante duas a quatro sessões com duração aproximada de 90 minutos por participante. Por conta do delineamento utilizado, a Participante 3 respondeu mais vezes aos instrumentos do que as Participantes 1 e 2 e a Participante 2 respondeu mais vezes do que a Participante 1. Em seguida, mais duas sessões de até 100 minutos foram utilizadas para coletar informações detalhadas¹² sobre as queixas apresentadas.

Os dados gerais das participantes foram retirados dos relatórios de triagem para inscrição no Centro de Psicologia Aplicada. Informações necessárias para a construção da formulação de caso e das análises funcionais foram obtidas de registros escritos e/ou gravados pelo pesquisador sobre as sessões que antecederam o início das intervenções terapêuticas.

Procedimentos de análise

Os dados registrados foram organizados de acordo com prescrições da literatura, em forma de formulações de caso (FONSECA; NERY, 2018) e diagramas com análises funcionais (VIRUÉS-ORTEGA; HAYNES, 2005; HAYNES; O'BRIEN; GODOY, 2020). Em seguida, os dados apresentados foram discutidos em termos de custo-benefício de cada modelo para o

¹¹ Nenhuma das etapas da pesquisa foi realizada em grupo.

¹² Histórico, frequência, antecedentes, respostas da participante, consequências e efeitos que caracterizavam cada queixa.

trabalho clínico e regularidades e particularidades observadas entre os casos. Os estudos de caso e análises funcionais de cada participante serão apresentados separadamente, de forma ininterrupta. Sua análise será apresentada posteriormente.

Para cada participante, primeiramente será apresentada a correspondente formulação de caso, de acordo com Fonseca e Nery (2018). As autoras propõem os seguintes tópicos: dados gerais sobre o cliente, queixas e demandas, mandato terapêutico, repertório e contingências no início da terapia, controle instrucional, história de vida, formulação comportamental (análise funcionais molares e moleculares), análise motivacional, relação terapêutica, objetivos terapêuticos, estratégias de intervenção, alguns resultados, limitações da terapia e indicações. Os tópicos “estratégias de intervenção”, “alguns resultados”, “limitações da terapia” e “indicações” foram suprimidos deste estudo por estarem presentes em outros trechos da dissertação, em especial na apresentação da intervenção e na seção de resultados do Estudo II.

Ao realizar as análises moleculares, os efeitos associados às contingências foram estimados pelo pesquisador de acordo com seu conhecimento sobre cada caso e com o que indicaram Cunha e Borloti (2009) sobre as possibilidades de eventos privados associados a cada tipo de contingência. Para as análises funcionais de nível molar, buscou-se analisar padrões comportamentais de maior importância que apareceram nos diagramas funcionais, que foram realizados conjuntamente.

Após cada formulação de caso, foi apresentado o respectivo diagrama funcional, elaborado de acordo com Virtués-Ortega e Haynes (2005), Haynes, O’Brien e Godoy (2020) e Haynes (informações verbais fornecidas por e-mails trocados com o autor em 2020).

Antes de elaborar o diagrama, foram selecionados os principais problemas de comportamento da participante, relacionados às queixas apresentadas. Em seguida, foram identificadas as principais variáveis causais antecedentes (em geral estímulos discriminativos), consequentes (em geral reforçadores) e históricas para cada problema de comportamento, bem como as consequências ou os efeitos indesejados mais importantes de cada problema de comportamento (por exemplo, humor deprimido). Ainda antes da elaboração do diagrama, foram identificadas, por meio das informações já disponíveis sobre o caso, relações funcionais entre as variáveis causais, os problemas de comportamento e suas consequências.

Para determinar a espessura das figuras e setas a serem dispostas no diagrama, também foi necessário estimar, por um lado, a importância dos problemas de comportamento e suas consequências em uma escala de 1 a 4; por outro lado, a modificabilidade de cada variável causal por meio da terapia, em uma escala de três pontos (0,2 para forte, 0,4 para média e 0,8

para alta) e, ainda, a força das relações causais em uma escala de três pontos (baixa, média e alta). Feita toda essa identificação e avaliação inicial, partiu-se para a organização dos elementos identificados em forma de diagrama. O Quadro 2 resume os principais elementos dos diagramas, a serem avaliados antes da sua elaboração.

Quadro 2- Elementos presentes nos diagramas funcionais

Dimensão representada no diagrama	Significado
Formato das figuras	Tipo de variável (causal, problema de comportamento ou consequência de problema de comportamento)
Espessura das figuras retangulares	Importância estimada (de 1 a 4)
Espessura das figuras ovais e losangos	Grau de modificabilidade via terapia estimado (baixo, médio ou alto)
Espessura das setas	Força da relação indicada estimada
Direção das setas	Direção da relação

Fonte: elaborado pelo próprio autor

Para a montagem do diagrama, foi utilizado o programa *Microsoft Word 2016*. Um a um, foram inseridos os elementos e reorganizados da forma que ficasse o mais visual e com o mínimo de cruzamento de linhas e setas possível.

Variáveis causais foram nomeadas como X e inseridas em círculos quando poderiam ser modificadas e em losangos quando faziam parte da história de vida das participantes e não poderiam ser modificadas. Problemas de comportamento (respostas) foram inseridas em retângulos e nomeadas como Y, e consequências de problemas de comportamento foram nomeadas como Z e, também, inseridas em retângulos. Variáveis com baixo grau de importância para representação funcional ou intervenção foram suprimidas. Relações hipotéticas foram representadas por linhas tracejadas e relações de covariação estimadas foram representadas por retas (sem setas).

RESULTADOS

I. Formulação de caso da Participante 1

1. Dados gerais

Idade: 36 anos

Escolaridade: Ensino médio completo

Estado civil: Casada

Profissão: Cabelereira e professora de curso técnico

Filhos: filho de 17 anos e filha de 11 anos

2. Queixas e demandas

A Tabela 2 apresenta as queixas relatadas pela participante ao longo das entrevistas de sondagem das queixas.

Tabela 2- Queixas apresentadas pela Participante 1 nas sessões de linha de base 1 e 2

		(continua)	
Dimensão	Queixa	LB1	LB2
Queixas/ demandas pessoais	Sentimento de desequilíbrio e descontrole emocional	X	x
	Excesso de preocupação e ansiedade	X	X
	Sentir-se desligada das atividades em alguns momentos	X	X
	Crises de gastrite quando fica nervosa (perda de familiar, notícias ruins, por exemplo)	X	-
	Dificuldade de organizar o tempo	X	x
	Estresse e tensão ao dirigir	X	-
	Sentimento de insegurança e ciúme em relação às pessoas que gosta (filhos em relação ao pai, noivo/marido ¹³ em relação à patroa da mãe)	X	X
	Passar mal (caiu a pressão, ficou com medo) quando vê notícias ruins (o atentado na escola de Suzano foi usado como exemplo)	X	X
	Incômodo por ficar sozinha em casa	-	X
	Indisposição física para fazer as coisas que gosta (caminhar, organizar suas próprias coisas)	-	X
Ambiente doméstico	Incômodo quando não consegue completar as tarefas que se propõe a realizar	-	X
	Dificuldade de delimitar o próprio espaço na sua casa	X	Aglutinada com dificuldade de ficar sozinha em casa
	Os seus filhos têm reclamado do seu jeito, e isso a incomoda (“você está chata”)	X	X
	Dificuldade de demonstrar adequadamente amor e carinho aos filhos e ao noivo/marido (“demonstro tudo ao contrário”)	X	X
	Falta de paciência com as pessoas de casa, principalmente com o noivo/marido e a filha	X	X
Filhos	Sentimento de frieza diante das solicitações dos seus filhos (não cede, mas se sente culpada por isso)	X	x
	Sentimento de tristeza e preocupação em relação à viagem do seu filho para Curitiba no final do ano, onde ele vai estudar e morar com o pai	X	X

¹³ A Participante 1 casou-se no período em intervenção, portanto seu marido será referido como noivo/marido.

Tabela 2 - Queixas apresentadas pela Participante 1 nas sessões de linha de base 1 e 2

Dimensão	Queixa	(conclusão)	
		LB1	LB2
Filhos	Quando ela vê o filho “emburrado”, ela fica triste e trata as pessoas mal	X	X
	Culpa por deixar os filhos sozinhos	-	X
	Dificuldade de lidar com afastamento físico dos filhos	-	X
Marido	Incômodo diante das perguntas do seu noivo/marido sobre o seu dia	X	x
	Incômodo por perguntar ao seu noivo/marido como foi o seu dia ou fazer outras atividades sem vontade, só para agradar	X	-
	Incômodo com os relatos do seu noivo/marido acerca do seu dia (“eu não quero saber”)	X	x
	Sentimento de culpa por ter mudado o seu comportamento depois que o noivo/marido passou a morar com ela (deixou de ligar na hora do almoço, por exemplo)	X	-
	Sentimento de que está tratando o noivo/marido mal	X	X
	Estresse e mal-estar em relação às implicações de um desentendimento que a participante teve com a sua sogra	X	X
	Medo de sofrer novamente em um casamento (no seu casamento anterior, foi traída por várias vezes)	X	X
	Ciúme do noivo/marido em relação ao contato da participante com seus filhos (“Eu vou ficar sozinho lá? Beleza, você tá certinha”)	X	X
Outras queixas	Sensibilidade à carga emocional negativa dos relatos de alunos do seu curso (“preferi não saber”)	X	-
	Desejo de melhorar a relação com a mãe	-	X

Legenda:

X= queixa presente;

x= queixa presente, mas com melhora;

- = queixa ausente;

Fonte: elaborada pelo próprio autor

➔ Mandato terapêutico, de acordo com o relatório de triagem:

- Alterar sentimentos e pensamentos negativos em relação ao noivo/marido
- Alterar comportamentos de tratar o noivo/marido mal

3. Repertório e contingências no início da terapia

A participante morava com os filhos e o noivo/marido e trabalhava em um salão de beleza próprio, como cabelereira, e em uma instituição que oferece cursos profissionalizantes, como professora. Ela tinha contato frequente com os pais, que eram separados, mas principalmente com seu pai. Ambos os pais moravam com seus respectivos cônjuges.

A participante não apresentou queixas relacionadas ao ambiente de trabalho, e parecia lidar bem com as demandas dessa ordem. Suas principais dificuldades foram apresentadas no contexto doméstico, com enfoque na relação com o noivo/marido, que apresentava excesso de comportamentos de insistir em obter a atenção da participante (por exemplo perguntar demais, conversar enquanto dirige a moto, exigir que a participante deixasse os filhos para ficar com

ele). Esse excesso no repertório do noivo/marido incomodava muito a participante, que respondia inicialmente de forma respeitosa e após a insistência ou após sentir-se sobrecarregada tendia a gritar com ele, exigindo seu espaço e dizendo que ele a sufocava, o que o afastava e a fazia se sentir culpada. Ela avaliou que não era capaz de oferecer a ele toda a atenção que ele exigia.

Ela também se sentia sufocada na interação com a filha, que exigia sua atenção para além dos limites que a participante poderia suportar corresponder. A participante expressava afeto à filha até que também se estressava e gritava solicitando espaço, obtendo as mesmas consequências (afastamento e culpa). Nos dois casos, após sentir o afastamento do noivo/marido e da filha, a participante buscava pela conciliação, presenteando-os ou dando mais atenção.

Ainda em relação ao noivo/marido, a participante relatou que quando se sentia insegura por alguma situação que o envolvia, tendia a olhar seu celular, ou expressar seu sentimento de formas inassertivas (passiva ou agressiva), ao que ele respondia pedindo desculpas e dando-lhe muita atenção. Diante disso, ela voltava ao comportamento habitual.

O filho da participante, que estava com 17 anos, estava planejando prestar vestibular na cidade em que o pai morava (ex-marido da participante), em outro estado, passando o tempo do curso superior na casa do pai. Isso parecia ser uma situação que deixava a participante se sentindo muito triste e preocupada com a possibilidade de que ele não conseguisse lidar com autonomia, e com a possibilidade de perder o contato com esse filho. Ele tendia a demonstrar menos afeto à participante, e ela relatava sentir muito dó dele, por julgar que ele não conseguiria fazer as coisas sozinho. Diante disso, ela tendia a demonstrar mais afeto e dar mais atenção a ele, e a ser mais afetada negativamente quando ele manifestava sentimentos negativos.

Ao notar uma mudança qualquer (positiva ou negativa) no comportamento de seus filhos ou noivo/marido, a participante se sentia culpada e muito preocupada. Diante de a pessoa “estar diferente”, ela buscava agradá-la para que voltasse a ser como era antes. A participante também declarou dificuldade de expressar afeto aos seus familiares.

A maioria do repertório que a participante apresentou como queixa pareceu envolver fugas e esquivas, e ser mantido por reforçadores negativos. Ainda assim, apresentou como reservas a sua satisfação profissional, alguns momentos de troca de afeto com a família, a sua busca por ajuda e o interesse em engajar-se no processo terapêutico.

4. Controle instrucional

No início da intervenção, grande parte do repertório da participante tinha relação com um histórico de restrições imposta pela mãe, na forma de regra de que ela deveria conseguir o que quisesse sozinha, sem ajuda. Essa regra dificultava que ela fizesse pedidos simples ou pedisse ajuda a alguém em um momento de necessidade.

Uma autorregra que parecia atuar como controladora do seu comportamento era a de que se as pessoas mudassem o seu comportamento em algum aspecto, ela deveria fazer algo para retornar ao normal pois se culpava por isso. Por vezes, o comportamento que decorria disso produzia atenção da outra pessoa como consequência.

A participante parecia responder ao seu noivo/marido como se ele fosse traí-la como seu ex-marido, mesmo não tendo nenhum sinal claro disso. Comportamentos de verificação respondiam a essa regra, mas ela nunca havia encontrado provas de extraconjugalidade do noivo/marido.

Ela também avaliou que gostaria de educar seus filhos de forma diferente da que foi educada, principalmente no que se refere às demonstrações de carinho e cuidado, que lhe faltaram. Portanto parecia estar sensível à regra “para fazer meus filhos se sentirem amados e demonstrarem seu afeto por mim, devo priorizá-los em minhas escolhas e sempre me preocupar com eles”.

5. História de vida

Desde a infância da participante, sua mãe exigia que ela conseguisse as coisas que lhe interessavam por conta própria, trabalhando, casando ou resolvendo seus próprios problemas. A participante apanhava quando fazia algo errado, e por conta do que sofreu, ela se comporta de forma contrária com os filhos, oferecendo mais cuidado e fazendo mais pelos seus filhos. Sua mãe escolheu casar-se novamente após separar-se do pai, e estimulou que os filhos saíssem de casa para ficar com o marido. A participante arrumou um emprego como babá e morou por 7 anos na casa dos patrões, em uma edícula isolada das pessoas e que a fazia sentir-se com muito medo.

A mãe da participante ficou grávida simultaneamente à primeira gravidez da participante. Como iria se casar e morar com o marido, pressionou a participante a também se casar e sair de casa para que ela pudesse morar com seu marido. A participante sente que sempre tem que tomar iniciativas para falar com sua mãe, pois dificilmente o contato parte da mãe. A participante sentiu falta da orientação da mãe no cuidado com seus filhos. A mãe casou-se

novamente e expressa que seu marido não gosta que ela vá visitar a participante. Durante o seu casamento anterior, a participante conseguiu o afeto da família do seu ex-marido, e sentiu muito por isso após o divórcio. Ela gostaria de se aproximar afetivamente da família, e de perdoar a mãe. Ela nunca deu um *feedback* negativo para a mãe nesse sentido, por medo de piorar a relação.

O pai da participante agredia a esposa (mãe), e a traía dentro de casa. A participante passava mais tempo com o pai e era mais apegada a ele do que à mãe, fazia tudo para agradá-lo e ele era carinhoso com ela. Os pais se separaram e cada um casou-se novamente.

A participante foi casada e teve dois filhos nesse casamento. Quando teve o primeiro filho, sentiu muito ciúme do filho e medo de que lhe acontecesse alguma coisa, então evitava que outras pessoas o pegassem no colo, chorava de medo e depois higienizava o bebê depois que isso acontecia. Esse filho nasceu com problemas respiratórios, e as doenças que tinha agravavam o seu medo de perdê-lo. Esses sentimentos de medo e dó pela fragilidade do filho permaneceram até as primeiras sessões da terapia, com o filho já com 17 anos.

A participante sofreu de depressão pós-parto na segunda gravidez, e deixou o marido cuidando da filha até ela ter aproximadamente 10 meses. Depois, aproximou-se da filha e foi criando uma relação mais afetiva com ela, que se manteve com demonstrações de afeto principalmente derivadas da filha (“você é muito fofinha, mãe”), até as primeiras sessões, em que a filha, adolescente, estava se afastando da participante, exigindo maior autonomia e a participante sentindo falta da relação que tinham. Seus filhos moravam com ela e o noivo/marido atualmente, mas o filho tinha planos de ir morar em Curitiba com o pai, para cursar graduação lá.

Ela definiu seu casamento anterior como bom, até que descobriu que seu marido estava tendo relações extraconjugais, encontrando o marido com outra mulher na cama de sua casa. Diante disso, a participante saiu de casa e foi morar no salão em que trabalha. Ela e o ex-marido tentaram reconciliação por 2 anos, mas os relacionamentos extraconjugais continuaram, e os dois ficaram terminando e reatando até que ele disse que a paixão havia acabado por conta de mudanças dela, como frequentar a igreja evangélica. Atualmente ele é casado com a mulher com quem teve relações extraconjugais quando era casado com a participante, mora em outro estado e às vezes vem visitar os filhos. Os dois têm uma relação amigável.

Em 2017, a participante conheceu o noivo/marido em uma balada. Ela relatou amar muito o noivo/marido, que demonstrava bastante afeto em relação a ela. Eles moravam juntos

(com os filhos da participante) e estavam com o casamento marcado, mas ela tinha muito medo de descobrir relações extraconjugais por parte de seu novo marido.

Em agosto de 2018 a participante foi com o noivo/marido a uma festa e lá ele bebeu, brindou com uma amiga da participante e a elogiou de forma que a participante se sentiu muito ofendida. Ela brigou com ele, e ele pediu desculpas e disse que nunca mais iria beber. Está cumprindo a promessa. A participante relatava que mesmo que ele fizesse tudo por ela e ela o ame muito, tinha dificuldades para confiar nele, principalmente desde aquele evento.

Esse noivo/marido tem um padrão de demonstração de afeto e de necessidade de conversar muito maior do que o que a participante se sente confortável para corresponder, então por vezes ela gritava com ele para solicitar espaço. Ele também sente ciúmes da participante em relação aos seus filhos, e o expressa dizendo e insistindo em frases como “você vai ficar aí com eles? Você está certinha” e “vem aqui comigo”.

6. Análises funcionais moleculares

As Tabelas 3, 4 e 5 organizam as queixas apresentadas pela participante em termos funcionais, de acordo com os modelos presentes em Fonseca e Nery (2018) para análise funcional molecular. As queixas foram separadas de acordo com o contexto predominante em que ocorrem.

Tabela 3- Análise funcional molecular das queixas da Participante 1 no contexto conjugal

(continua)				
Antecedentes	Respostas	Consequentes	Processos	Efeitos
Dificuldade de demonstrar adequadamente amor e carinho aos filhos e ao noivo/marido				
Em casa, a filha ou o noivo/marido se aproximam fisicamente e abraçam e beijam-na muito	A participante solicita espaço; a participante sente culpa por não corresponder às expectativas da filha ou do noivo/marido (respondente); falta de ar (respondente)	Ela interrompe a falta de ar	R-	Alívio
		Ela consegue o seu espaço	R+	Satisfação
		Eles reclamam	P+	Culpa
Em casa, após a participante solicitar espaço, ocorre reclamação da filha ou do noivo/marido	A participante grita solicitando espaço	A participante retoma o seu espaço	R+	Satisfação
		A filha e o noivo/marido expressam sentimentos negativos	P+	Culpa
Em casa, após a participante solicitar espaço, ocorre reclamação da filha ou do noivo/marido	A participante negocia um horário para ficar só com a pessoa que reclamou	Evitação das reclamações	R-	Alívio
		Evitação das aproximações excessivas	R-	Alívio
Em casa, com a participante em algum ambiente comum, o filho fecha a porta do quarto ou demonstra facialmente estar emburrado	A participante se aproxima e confere se o filho está bem	O filho fala que está tudo bem	R-	Alívio
		O filho recusa falar	P+	Culpa/tristeza/raiva
Sentimento de que está tratando o noivo/marido mal				
Quando o noivo/marido se aproxima afetivamente de alguém (família, ex-esposa), na companhia da participante	Ela sente que ele está diferente e sente medo de ele abandoná-la (respondente); ela reclama, briga com ele ou deixa de falar com ele	Ele dá atenção	R+	Satisfação
		Ele dá satisfação	R+	Satisfação
		Ele expressa afeto	R+	Satisfação
		Ele a inclui mais nas atividades com essas pessoas	R+	Satisfação
		Manutenção do padrão inseguro	P+	Aborrecimento

Tabela 3- Análise funcional molecular das queixas da Participante 1 no contexto conjugal

(conclusão)

Estresse e mal-estar em relação às implicações de um desentendimento que a participante teve com a sua sogra, e envolvendo seu noivo/marido				
Na casa da sogra, quando a sogra desqualifica seu filho, noivo/marido da participante	Ela discorda	O noivo/marido se afasta da sua família e se aproxima da participante	R+	Satisfação
		A sogra para de desqualificar o noivo/marido evita tais situações ou solicita que a mãe pare	R-	Alívio
		a sogra julga verbalmente a participante	R-	Alívio
		a sogra diz que está passando mal	P+	Raiva
Sentimentos negativos em contexto inespecífico				
Em casa ou no salão em que trabalha, quando a participante sente a possibilidade de ficar sozinha em casa	Ela planeja atividades em que não fique sozinha	Às vezes evita parte do sentimento de mal-estar	R-	Alívio
	Ela verbaliza essa dificuldade para o noivo/marido	O noivo/marido se organiza para não a deixar sozinha e ficar com ela	R+/R-	Satisfação/alívio
Sentimentos negativos/ comportamento avaliado negativamente no contexto doméstico				
Em casa, quando os filhos ou o noivo/marido reclamam de um comportamento da participante e ela concorda com a crítica	Ela negocia ou faz algo bom para a pessoa para compensar	A participante evita o sentimento de culpa	R-	Alívio
		A participante se reconcilia com a pessoa que desagradou	R-	Alívio
Em casa, quando os filhos ou o noivo/marido reclamam de um comportamento da participante e ela discorda da crítica	Ela ignora, explica ou responde de forma agressiva	As reclamações cessam	R-	Alívio
		Eles verbalizam desagrado por não conseguirem o que querem	P+	Culpa/raiva
		Eles se afastam	P-	Tristeza
Sentimentos negativos na interação com o noivo/marido				
Em casa, quando a participante se sente desconfiada do noivo/marido	Ela mexe no celular do noivo/marido	Ela se sente aliviada por ter acesso ao que o noivo/marido está fazendo no celular	R+/R-	Satisfação/alívio
		Ele reclama	P+	Raiva
		Ele se afasta	P-	Depressão
	Ela demonstra verbalmente desconfiança ou frustração	Ele se justifica e expressa afeto	R+/R-	Satisfação/alívio
		Eventualmente brigam	P+	Raiva
		Ele se afasta	P-	Depressão
Incômodo com o excesso de perguntas do seu noivo/marido sobre o seu dia/ Incômodo com o excesso de relatos do seu noivo/marido acerca do seu dia				
Em casa, o marido da participante chega do trabalho e faz muitas perguntas e comentários sobre o dia	Ela responde o possível	Evita reclamações do marido	R-	Alívio
		Ele continua perguntando ou falando	P+	Raiva
	Briga com o marido	Ele para de perguntar ou falar	R-	Alívio
		Ele reclama	P+	Culpa

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Tabela 4- Análise funcional molecular das queixas da Participante 1 no contexto parental

Antecedentes	Respostas	Consequentes	Processos	Efeitos
Excesso de preocupação e ansiedade				
Quando a participante está em uma festa e os filhos estão sozinhos em casa	A participante sente medo de que os filhos passem a tratá-la de forma diferente (respondente);	Os filhos atendem e dizem que está tudo bem	R+/ R-	Satisfação/Alívio
	Ela liga para os filhos	Os filhos reclamam Eles recusam a ligação	P+ P-	Raiva Frustração
Dificuldade de demonstrar adequadamente amor e carinho aos filhos e ao noivo/marido				
Em casa, com a participante em algum ambiente comum, o filho fecha a porta do quarto ou demonstra facialmente estar emburrado	A participante se aproxima e confere se o filho está bem	O filho fala que está tudo bem	R-	Alívio
		O filho recusa falar	P+	Culpa/tristeza/raiva
Sentimentos negativos na interação com o filho				
Quando o filho está sozinho, quando a participante está feliz e distante fisicamente do filho	Liga ou faz videochamada	Ele atende	R+/R-	Satisfação/alívio
		Ele responde de forma agressiva	P+	Raiva
		Ela perde o controle do filho	P-	Tristeza
	Ela evita falar com o filho	ele deixa de responder agressivamente às ligações	R-	Alívio
		Quando ela chega em casa, ele verbaliza que não gostou de ficar sozinho e que ela não ligou	P+	Culpa
Dificuldades de realizar atividades para benefício próprio				
Os quartos dos filhos estão desorganizados; o quarto da participante também está desorganizado	A participante organiza os quartos dos filhos	Evita que os filhos reclamem (R-)	R-	Alívio
		Evita que possíveis visitas avaliem negativamente o seu comportamento de mãe (R-),	R-	Alívio
		Evita que seu filho deixe de gostar dela	R-	Alívio
		Seu quarto se mantém desorganizado	P+	Aborrecimento
	A participante organiza seu quarto	Recebe críticas por estar com as suas coisas desorganizadas	P+	Raiva
		Suas coisas ficam organizadas	R-	Alívio
		Seus filhos reclamam que o seu quarto está desorganizado e a participante se sente culpada	P+	Culpa
Dificuldade de lidar com o afastamento físico dos filhos				
Seus filhos estão sozinhos e a participante está fora de casa e fica preocupada	Ela liga, pede para a vizinha olhar, volta mais cedo para casa	Redução da preocupação	R-	Alívio
		Reclamações dos filhos	P+	Aborrecimento

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Tabela 5- Análise funcional molecular das queixas da Participante 1 em outros contextos

Antecedentes	Respostas	Consequentes	Processos	Efeitos
Desejo de melhorar a relação com sua mãe				
A participante está passando por um momento de dificuldade, está em casa	Solicita ajuda da mãe	A mãe dá atenção	R+	Satisfação
		A mãe invalida a queixa da participante (“você é forte”)	P+	Aborrecimento
		A mãe discorda da participante em relação ao seu manejo da situação	P+	Aborrecimento
A participante conversa com a mãe, geralmente de casa e por telefone	Ela se sente muito mal e trata as pessoas mal (esfria)	(SUPOSIÇÃO) Distrai-se dos seus sentimentos e pensamentos negativos	R-	Alívio
		As pessoas reagem negativamente	P+	Aborrecimento
		As pessoas se afastam	P-	Tristeza
Sentimento de desequilíbrio e descontrole emocional				
Em casa, reclamações dos filhos ou do marido sobre o seu comportamento	A participante toma florais	Seus filhos e marido identificam melhora no seu comportamento	R+	Satisfação
		Seu comportamento se torna mais pacífico	R-	Alívio
		Os problemas que desencadeiam as brigas e reclamações se mantém	P+	Aborrecimento
Dificuldade de organizar o tempo				
Em casa ou no trabalho, diante de conflito de atividades suas e de seus filhos	Prioriza as atividades dos seus filhos	Evita reclamações	R-	Alívio
		Perde suas atividades e seus benefícios	P-	Tristeza

Fonte: elaborada pelo próprio autor

7. Análises funcionais molares

A Tabela 6 reúne as principais queixas da participante em padrões comportamentais, e procura detalhá-los funcionalmente de acordo com o modelo de Fonseca e Nery (2018).

Tabela 6- Análise funcional molar dos padrões comportamentais relacionados às queixas da Participante 1

(continua)					
Padrão comportamental	Respostas que caracterizam	História de aquisição	Contextos atuais mantenedores	Consequências que fortalecem o padrão	Consequências que enfraquecem o padrão
Comportamento agressivo	Gritar com o noivo /marido	Mãe pouco afetuosa, ofereceu poucos modelos para afeto físico	Alta exigência de atenção pelo noivo/marido e filha	Após a agressão, o marido e a filha se afastam e concedem espaço à participante	Após a agressão, o noivo/marido e a filha demonstram sentimentos negativos
	Gritar com a filha	Pais ofereceram poucos modelos assertivos de estabelecimento de limites	Contato físico prolongado do marido ou filha com a participante	Redução das fofocas e desavenças	Tensão em seus alunos
	Ofender o noivo/marido		Desavenças e fofocas na escola em que dá aulas		
	Gritar com seus alunos				
Preocupação/verificação	Monitorar frequentemente o bem estar físico dos filhos	Ausência de modelos saudáveis de cuidado com os filhos oferecidos pelos pais	Filhos morando com ela	Atenção intermitente dos filhos	Reclamações dos filhos
	Conferir se os filhos estão cobertos à noite	Aparição de uma serpente em sua casa	Regra de que o bem-estar dos filhos depende dos seus comportamentos de conferência		Protestos do noivo/marido
	Conferir se há bichos embaixo da cama dos filhos à noite	A participante viveu por 7 anos em uma casa com muitas frestas e barulhos			
	Levar os filhos aonde querem ir				
	Preparar as refeições dos filhos				

Tabela 6- Análise funcional molar dos padrões comportamentais relacionados às queixas da Participante 1

(conclusão)					
Padrão comportamental	Respostas que caracterizam	História de aquisição	Contextos atuais mantenedores	Consequências que fortalecem o padrão	Consequências que enfraquecem o padrão
Reparação	Agradar noivo/marido, filho ou filha	História de privação de afeto	Reatividade negativa dos filhos e do marido diante de seus comportamentos agressivos	Atenção dos filhos/marido	Fortalecimento dos protestos do filho e do noivo/marido
	Presentear noivo/marido, filho ou filha	Antimodelo da mãe sobre cuidado com os filhos	Convivência diária com os filhos	Prova de que está tudo bem com filhos e noivo/marido	
	Demonstrar afeto	Modelos agressivos dos pais Dificuldade de autocontrole	Regra de que deve se comportar diferente da mãe		

Fonte: elaborada pelo próprio autor

8. Análise motivacional

A participante sente muito amor pelos filhos e noivo/marido, e uma de suas principais motivações para a terapia foi o objetivo de tornar as relações com eles mais saudáveis, minimizando conflitos e maximizando trocas adequadas de afeto e diálogos prazerosos.

9. Relação terapêutica

A participante ouve e acata as propostas que o terapeuta apresenta, engaja-se com vigor nas intervenções propostas, traz tarefas, lê os textos, aplica na sua vida o que é discutido em sessão e sempre avisa com antecedência quando não pode comparecer. Em alguns momentos, ao falar de situações de teor emocional muito negativo (como relações extraconjugais e medo de abandono), ela chorou, o que demonstra a dificuldade de lidar com isso. Foi acolhida em todos esses momentos. Em outros momentos, quando aparecem situações inusitadas (como expressão da filha de 11 anos de que quer trabalhar), o terapeuta e cliente riem bastante. Esta interação terapêutica pode ser avaliada como fácil e mutuamente reforçadora.

10. Objetivos terapêuticos (para as participantes)

10.1 Gerais

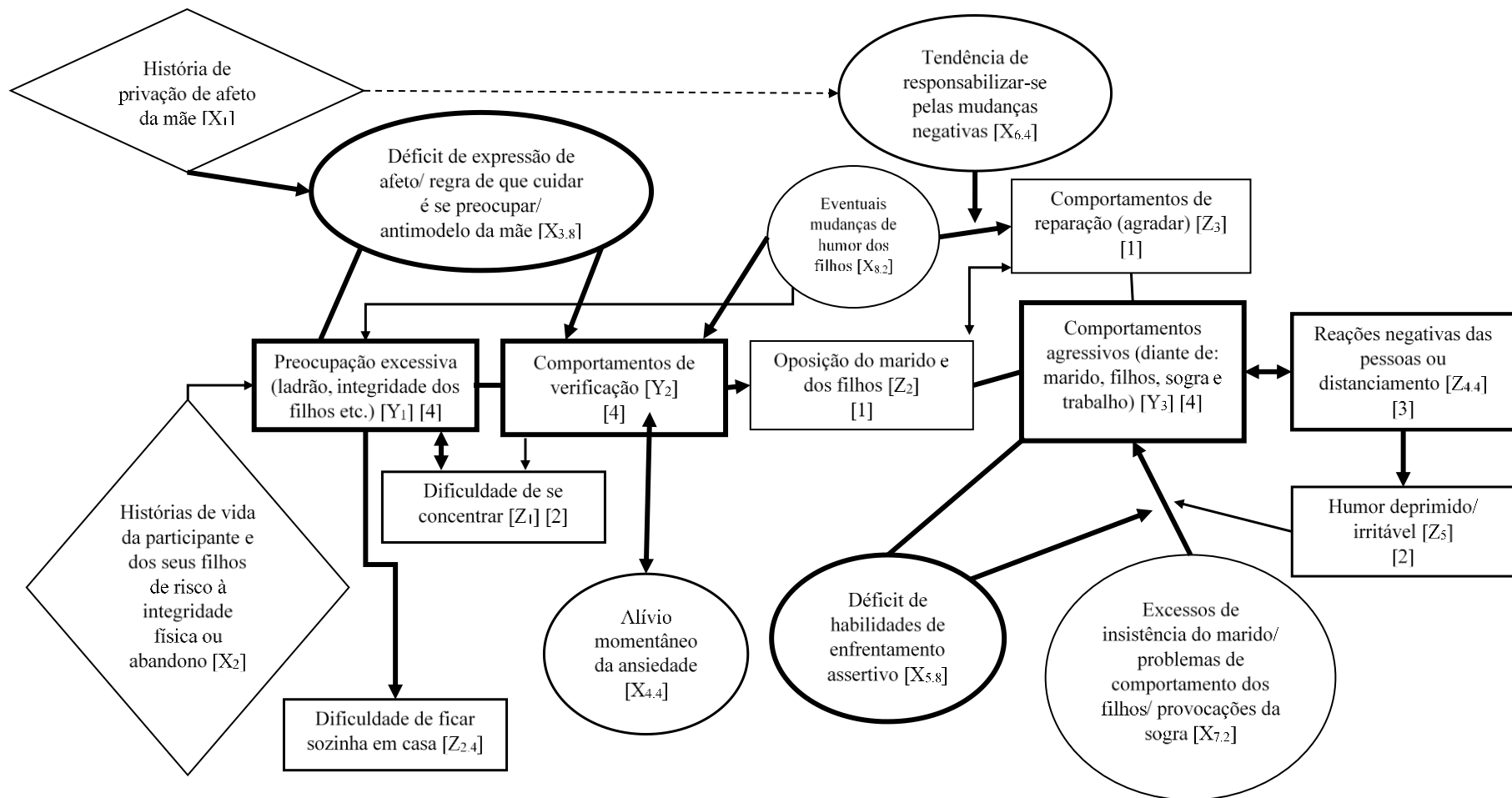
- Descrever contingências em operação associadas às queixas, em termos de antecedentes, respostas e consequências;
- ampliar repertório de habilidades sociais para resolução de dificuldades interpessoais em diferentes contextos;
- comportar-se de forma que obtenha mais reforçadores e menos punição, considerando curto, médio e longo prazo.

10.2 Específicos

- Aumentar interações positivas no contexto doméstico (expressar afeto e sentimentos positivos, elogiar, dar *feedback* positivo);
- ampliar repertório de enfrentamento de comportamentos do noivo/marido que a incomodavam (expressar sentimento negativo, dar *feedback* negativo, solicitar mudança de comportamento, fazer críticas e lidar com críticas);
- reduzir o comportamento agressivo de forma geral (com todas as pessoas);
- reduzir excesso de preocupação com os filhos e culpa, por meio da formulação de regras que descrevem melhor o que eles precisam;

- colocar os pensamentos e sentimentos sobre relações extraconjugais do ex-marido sob controle de contingências atuais com o noivo/marido, que não teve relações extraconjugais;
- engajar-se em atividades prazerosas para si.

Figura 3- Diagrama funcional da Participante 1



Fonte: elaborada pelo próprio autor

No diagrama funcional da Participante 1, observa-se que as variáveis “déficit de expressão de afeto/ regra de que cuidar é se preocupar/ antimito da mãe” (X_3) e “déficit de habilidades de enfrentamento assertivo” (X_5) possuem importantes influências nos comportamentos problema da participante ($Y_1; Y_2; Y_3$), o que está representado pela espessura das setas indicativas de causalidade.

Os comportamentos de verificação (Y_2) faziam sentido para a participante porque ela não tinha repertório alternativo de expressão de afeto e acreditava que ao verificar o bem-estar dos filhos, estava cuidando deles (X_3). Essa informação está representada pela seta espessa e unidirecional da variável X_3 para a variável Y_2 . Por outro lado, os problemas de comportamento dos filhos, do marido e da sogra (X_7) só culminavam em emissões de respostas agressivas (Y_3) porque ela não possuía repertório alternativo (X_5) que funcionasse tão bem para cessar os problemas de comportamento a curto prazo. Essa informação está representada pela seta espessa e unidirecional da variável X_5 para a seta entre as variáveis X_7 e Y_3 .

Outra relação que pode ser observada no diagrama é a estimada correlação entre a regra da participante de que cuidar é se preocupar (X_3) e a preocupação excessiva com os filhos (Y_1). Portanto ensinar repertório alternativo de cuidado com os filhos foi um importante objetivo de terapia.

A partir de tais informações da figura, somadas à avaliação de que X_3 e X_5 são variáveis com modificabilidade alta, representada pelos números .8 e a espessura das formas que as contém, a decisão clínica de incidir fortemente nessas duas variáveis pode ser justificada. Partiu-se da hipótese de que, incidindo sobre essas duas variáveis causais, grande parte das queixas da participante poderia ser minimizada.

II. Formulação de caso da Participante 2

1. Dados gerais

Idade: 35 anos

Escolaridade: Ensino superior em curso

Estado civil: Casada

Profissão: vendedora autônoma

Filhos: filha de 9 anos e filho de 12 anos

→ Mandato terapêutico, de acordo com o relatório de triagem:

- Reduzir sobrecarga emocional e estresse
- Reduzir ataques de raiva
- Melhorar relação conjugal
- Melhorar relação com os filhos

2. Queixas e demandas

A Tabela 7 apresenta as queixas relatadas pela Participante 2 ao longo das sessões de linha de base.

Tabela 7- Queixas apresentadas pela Participante 2 nas sessões de linha de base 1, 2 e 3

Dimensão	Queixa	LB1	LB2	LB3
Queixas/ demandas pessoais	Cansaço físico	X	X	-
	Excesso de apetite	X	X	X
	Fibromialgia geralmente desencadeada por situações aversivas, com duração média de 10-15 dias	X	X	x
	Desidrose bolhosa	X	X	-
	Sentimentos de tristeza, ansiedade e nervosismo	X	x	X
	Dificuldade de realizar “o que precisa fazer” (lavar louça, levar a mãe ao médico)	X	X	-
	Como efeito colateral do medicamento para fibromialgia, a participante se sente “dopada” e incapaz de realizar atividades que gostaria de fazer (levar a mãe ao hospital, por exemplo)	X	X	-
	Excesso de sono	-	X	-
	Insônia	-	-	X
	Agitação psicomotora	-	-	X
Filhos	Gritar com seus filhos por excesso de estresse, e depois se sentir culpada	X	-	X
Marido	Brigar com o marido, não dormir com o marido	X	X	-
	Invalidação do marido em relação à sua queixa (“não tem necessidade”, “tem tudo”)	X	X	-
Trabalho	Sensibilidade aos relatos de situações negativas de colegas de trabalho (a participante se compara a uma esponja, que absorve sentimentos negativos)	X	XX	-
	Reclamações e cobranças constantes de colegas de trabalho (“balde de gelo”; “balde de água fria”) produzem tristeza e choro (escondido) na participante	X	X	-
	Falta de empatia dos colegas de trabalho em relação aos motivos de a cliente faltar com atestado (“você não veio!”)	X	X	-
	Excesso de trabalho	X	-	-
	Medo de ser demitida	-	X	-

Legenda:

X= queixa presente

x= queixa presente, mas com melhora

-= queixa ausente

Fonte: elaborada pelo próprio autor

3. Repertório e contingências no início da terapia

A participante morava com o marido e os filhos e trabalhava como técnica de enfermagem em um hospital, além de vender doces e cursar uma graduação em Pedagogia. Suas queixas principais eram voltadas ao contexto do trabalho, mas também apareceram queixas no contexto doméstico, nas interações com o marido e os filhos, em especial o filho. Em momentos de grande estresse, a participante sofria muito com as dores de fibromialgia. Também apresentava excesso de apetite, e comia compulsivamente para aliviar a ansiedade. A participante se sentia sobrecarregada com o trabalho, em que seus colegas e superiores frequentemente cobravam que ela fizesse tudo como esperavam, além de contar muitas coisas ruins sobre suas vidas, o que a participante dizia absorver (como uma esponja) como sentimentos negativos.

Em alguns momentos de maior dificuldade no trabalho, a participante se recolhia e chorava no banheiro. Nos dias seguintes, sentia muitas dores e recorria a medicamentos que a faziam dormir por grande parte do dia. Ela gostaria de sair do emprego, mas tinha muito medo de ser demitida, e seu marido não a deixava pedir demissão. A participante fazia acompanhamento psiquiátrico, tomando antidepressivos e calmantes, mas estava trocando com frequência, por não estarem fazendo o efeito esperado. Quando apresentava crises de dor aguda, a participante ia ao hospital para tomar remédios mais fortes, como Tramal subcutâneo.

Em casa, a participante tinha dificuldade de lidar com o desempenho escolar do filho e o comportamento do marido de exigir que ela se comportasse como ele espera (como lavar louça logo após a refeição, dar um jeito de os filhos se comportarem bem), principalmente quando bebia muito álcool, responsabilizar a participante pelos problemas com os filhos ou impedir que ela fizesse certas coisas (como cortar o cabelo). Diante desse comportamento do marido, ela tendia a acatar, para evitar que os filhos vissem os pais brigando. Ela também tendia a esconder seus sentimentos negativos dos filhos, para evitar que se preocupassem.

O filho da participante estava apresentando desempenho ruim na escola, expressando baixa motivação para frequentar as aulas e baixo engajamento em tarefas. Diante disso, ela conversava com ele, indicando o que achava certo ou errado, e apontando consequências futuras dos seus comportamentos. Em última medida, recorria à autoridade do marido (“vou chamar seu pai”), como uma ameaça, ou fazia uso de punições físicas com os filhos, assim como seu marido.

A filha da participante, de 9 anos, apresentava um padrão mais tímido e ordeiro de se comportar, parecido com o da participante. Já o filho apresentava um padrão mais extrovertido e bagunceiro. Isso era motivo de brigas dos filhos, por exemplo quando o filho entrava no quarto da filha e tirava algo do lugar, o que estressava a participante. A participante cuidava da casa sozinha e, às vezes, tinha ajuda dos seus filhos.

A mãe da participante recorria a ela e sua irmã para levá-la ao hospital, e a participante sofria por não conseguir levá-la quando estava em crise. A participante tem um contato próximo com sua irmã e seus sobrinhos (mais novos que os filhos da participante), e às vezes cuidava desses ou os levava para passear.

4. Controle instrucional

A participante apresenta vários relatos e avaliações de comportamentos com cunho religioso, então parece que a igreja adota uma posição importante como agência de controle em

sua vida. Ela repassa essa moralidade aos filhos, principalmente quando eles emitem comportamentos reprováveis como deixar de ocultar as tarefas da escola, deixar de realizá-las, ou brigar. Diante dessas situações, ela diz frases como “veja como deus é grandioso, ele te deu a chance de escolher”, “vocês são irmãos, têm que se amar” e solicita mudança de comportamento.

A participante tem como um dos seus objetivos de vida educar os filhos bem, utilizando modelos diferentes do que recebeu pelos pais. Portanto, a regra de que tem que ser uma boa mãe, para evitar que seus filhos sofram como ela sofreu, contribui para que ela se engaje totalmente na educação dos filhos. Ademais, no início da terapia, muitos dos comportamentos da participante eram controlados aversivamente pelo marido, por meio de agressões verbais e exigências.

5. História de vida

Até a adolescência da participante, ela e sua irmã viviam com os pais em São Paulo. Os pais brigavam frequentemente entre si, por motivos de relações extraconjugais do pai. Houve muitas brigas em que a mãe batia no pai, e ele não reagia. Apesar das brigas, os pais demonstravam afeto um ao outro, por exemplo andando de mãos dadas, e presenteando-se.

Segundo ela, seus pais não permitiam que a participante fizesse nada, e a repreendiam fisicamente quando fazia. Então ela aprendeu a ficar quieta para evitar brigas e punições agressivas. Além da alta incidência de conflitos, os pais não explicavam sobre a vida e a sexualidade para ela e sua irmã. Tampouco ofereciam afeto suficiente às filhas. Ela ficou desesperada quando menstruou pela primeira vez, porque não sabia o que era aquilo.

Na escola, se sentia muito ansiosa diante de situações de desempenho (apresentação de teatro, por exemplo) e era mais introvertida do que as outras crianças. Ainda na escola, passou a conversar mais após chamar atenção dos colegas por ter quebrado o braço, mas os sintomas de ansiedade diante de tais situações permaneceram.

Antes de conhecer seu marido, a participante namorou outro rapaz por um mês, mas ele contraiu uma doença grave e faleceu. Quando estava em um curso técnico de enfermagem, a participante conheceu seu marido, que estava concluindo o curso. Eles começaram a conversar por conta do curso, e o que mais a interessou foi o diálogo que tinham. A mãe da participante não gostava do rapaz, e fez a filha escolher entre ela ou ele. A participante escolheu o namorado, e foi morar com ele, que a acolheu em casa.

No início, ele não controlava aversivamente o comportamento da participante. Mas as brigas ocorriam, principalmente porque ela não gostava do fato de ele consumir álcool e fumar. Com o passar do tempo, ele deixou de fumar, mas aumentou o consumo de álcool. Passaram a brigar mais e ele passou a controlar mais aversivamente o comportamento da participante, principalmente após o casamento e o nascimento dos filhos. Quando a participante demonstrou seriamente interesse em abandonar o marido, sofreu ameaças dele, então recuou. Como aspectos positivos que o marido manteve do namoro, a participante indicou os comportamentos de presentear e levar para passear.

A participante teve depressão pós-parto nas duas gravidezes, ao que o médico que a tratou recomendou que o marido fizesse vasectomia. Ele fez. O filho tem histórico de problemas de comportamento na escola.

A participante passou a desenvolver sintomas físicos de ansiedade e depressão e crises agudas de fibromialgia após um aumento das exigências no trabalho como técnica de enfermagem, aproximadamente um ano antes do início da terapia. Além da dor intensa, a participante relatou excesso de apetite e hipersonia.

Segundo a participante, ela não passou por atendimento psicológico antes, mas iniciou acompanhamento psiquiátrico após a sua primeira gravidez, em que sofreu depressão pós-parto pela primeira vez. Por conta das crises de dores de fibromialgia, a participante já tomou medicamentos importantes, como Tramal e Morfina. Ela também desenvolveu e tratou uma desidrose bolhosa, uma doença de pele desencadeada por motivos psicológicos.

6. Análises funcionais moleculares

As Tabelas 8, 9 e 10 organizam as queixas apresentadas pela participante em termos funcionais, de acordo com os modelos presentes em Fonseca e Nery (2018) para análise funcional molecular. As queixas foram separadas de acordo com o contexto predominante em que ocorreram.

Tabela 8- Análise funcional molecular das queixas da Participante 2 no contexto conjugal

Antecedentes	Respostas	Consequentes	Processos	Efeitos
Estados emocionais e sintomas físicos que impedem que a participante realize o que gostaria/ sentimentos negativos diante do marido				
Em casa, o marido implica com a louça, questiona o fato de ela fazer terapia, culpa a participante pelos comportamentos indesejáveis dos filhos, desqualifica os filhos etc.	Ela confronta	Ele briga, grita, desqualifica	P+	Raiva
		Afastamento do marido	P-	Depressão
	Ela cede (vai lavar a louça, fazer a comida), fica quieta	Evita que ele brigue	R-	Alívio
		Evita que os filhos vejam brigas	R-	Alívio
	Ela expressa que quer se separar	Ele desqualifica, ameaça de matá-la	P+	Medo
	Ela expressa tristeza	Ele diz que vai melhorar seu comportamento	R+	Confiança
Ele desqualifica, ameaça de matá-la	Ela continua com ele	Evita que ele a mate	R-	Alívio
		Evita perder os filhos	R-	Alívio
Ele briga, grita, desqualifica	Ela vai chorar escondida, esconde seus sentimentos dos filhos	Recupera o equilíbrio para mostrar aos filhos que está bem	R+	Determinação
		Evita que os filhos percebam as brigas	R-	Alívio

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Tabela 9- Análise funcional molecular das queixas da Participante 2 no contexto parental

Antecedentes	Respostas	Consequentes	Processos	Efeitos
Fibromialgia geralmente desencadeada por situações aversivas, com duração média de 10-15 dias				
Em casa, quando os filhos fazem algo repreensível e a participante descobre (brigar, esconder as notas, esconder as tarefas)	Tensão física, dores nos ossos, perda da sensibilidade do braço (respondentes); A participante grita ou bate nos filhos	Os filhos deixam de fazer o que a incomoda	R-	Alívio
		Conflito com a regra de que não deve bater nos filhos	P+	Culpa
Sentimentos negativos diante dos filhos				
Em casa, os filhos fazem algo inadequado para a participante (o filho ver pornografia no celular, alterar a data de aniversário da participante no Facebook, pegar o celular escondido; a filha brigar com as pessoas; os dois brigam)	Ela espera se acalmar, expressa o que sente para os filhos, explica a situação e oferece espaço para eles falarem	Eles pedem desculpas	R+	Satisfação
	Ela confronta, estabelece limites compra floral para a filha	A situação aversiva se resolve temporariamente	R-	Alívio
	Ela ameaça de chamar o marido			

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Tabela 10- Análise funcional molecular das queixas da Participante 2 em outros contextos

Antecedentes	Respostas	Consequentes	Processos	Efeitos
Cansaço físico				
Quando volta do trabalho para casa/ antes de ir trabalhar/ diante de uma situação muito estressora	A participante toma banho quente; busca por outra atividade para se distrair; toma remédio	A participante dorme	R+	Satisfação
		O cansaço passa	R-	Alívio
Excesso de apetite				
Em casa, quando está esperando por alguma resposta ou algum evento importante	A participante come	Distração da ansiedade	R-	Alívio
		Ela fica "empapuçada"	P+/P-	Culpa/impotência
Fibromialgia geralmente desencadeada por situações aversivas, com duração média de 10-15 dias				
Iminência de entrega de trabalho na faculdade	A participante solicita para sair mais cedo do trabalho para fazer um trabalho da faculdade	A sua superior recusa e diz que ela tem que escolher as suas prioridades	P+/P-	Raiva/impotência
Estados emocionais e sintomas físicos que acompanham muito estresse na participante e/ou a impedem de relaxar				
Iminência de algum resultado de prova	Sentimento de ansiedade e dificuldade de dormir (respondentes)	Dorme	R+	Prazer
	Ela toma remédio Ela ameaça de chamar o marido	Redução da ansiedade	R-	Alívio
Insônia				
Em casa, diante da iminência de algum evento aversivo (prova, por exemplo)	Sentimento de ansiedade e dores (respondentes)	Dorme	R+	Prazer
	Toma remédio, vai assistir a um filme	Distrai-se do evento aversivo	R-	Alívio

Fonte: elaborada pelo próprio autor

7. Análises funcionais molares

A tabela a seguir reúne as principais queixas da participante em padrões comportamentais, e procura detalhá-los funcionalmente de acordo com o modelo de Fonseca e Nery (2018).

Tabela 11- Análise funcional molar dos padrões comportamentais relacionados às queixas da participante 2

Padrão comportamental	Respostas que caracterizam	História de aquisição	Contextos atuais mantenedores	Consequências que fortalecem o padrão	Consequências que enfraquecem o padrão
Comportamento agressivo com os filhos	Gritar com os filhos	Pais autoritários	Dificuldades escolares dos filhos, especialmente o filho	Resolução temporária do problema com os filhos	Retorno do problema
	Bater nos filhos		Padrão agressivo do marido de lidar com as dificuldades dos filhos	Evitação da intervenção do marido	Conflito com a regra de que deve se comportar de forma diferente dos seus pais
	Ameaçar os filhos de chamar o marido		Atribuição da responsabilidade pelo cuidado dos filhos à participante		Afastamento afetivo dos filhos
			Alta frequência de problemas de comportamento dos filhos (especialmente do filho)		
Comportamento permissivo com os filhos	Ignorar sinais de que o filho não está fazendo tarefas	Pais pouco afetuosos	Privação de afeto	Manutenção da proximidade afetiva com os filhos	Manutenção dos problemas escolares e de comportamento dos filhos
	Fazer a tarefa dos filhos por eles				
Comportamentos de esquiva	Relatar dores	Histórico de fibromialgia	Emprego esgotante	Esquiva das tarefas	Manutenção da sobrecarga a longo prazo
	Tomar medicamentos que a fazem dormir	Alta frequência de brigas entre os pais	Reclamações constantes do marido	Esquiva das reclamações do marido	Acúmulo de tarefas
	Passar o dia dormindo		Sobrecarga de tarefas	Esquiva do emprego	Reclamações do marido
			Atribuição de tarefas domésticas e de cuidados parentais à participante	Descanso	
			Alta frequência de problemas de comportamento dos filhos (especialmente do filho)	Alívio dos sintomas físicos	
			Dificuldade de resolver problemas de comportamento do filho		

Fonte: elaborada pelo próprio autor

8. Análise motivacional

Nas sessões iniciais de linha de base da participante, ela apresentava como demandas mais imediatas a resolução ou amenização das dores da fibromialgia, o que estava relacionado ao seu emprego. Mas assim que ela saiu do emprego, antes de começarem as sessões temáticas, as queixas voltadas ao contexto doméstico passaram a ser as mais salientes. A participante tinha como suas principais motivações a possibilidade de melhorar as suas relações com os filhos e o marido.

9. Relação terapêutica

A participante faltou em muitas sessões (45,4% das agendadas), então a sua intervenção possuiu um ritmo mais lento do que das outras participantes. Ela passou a vir com maior frequência às sessões após o acionamento do serviço da brinquedoteca para ficar com seu filho enquanto ela era atendida, e da saída do emprego como técnica de enfermagem.

Ela participava das atividades propostas, aceitava e aplicava as recomendações do terapeuta e pedia ajuda com as suas queixas. A pedido da participante, o terapeuta ligava algumas horas antes de todas as sessões, para lembrá-la das sessões. Ela frequentemente solicitava opiniões pessoais do terapeuta diante de situações de dificuldade, a que o terapeuta respondia de acordo com os objetivos terapêuticos. Ela avaliava as sessões de forma positiva, e atribuía à terapia grande parte dos ganhos que apresenta.

A participante apresentava baixa disposição para análises funcionais mais aprofundadas, o que levava o terapeuta a tender a intervir de forma mais diretiva. Em alguns momentos, a participante chorava por tristeza ou por alegria, ao que o terapeuta respondia acolhendo e ressaltando seus avanços. Mas na maior parte do tempo, as interações eram descontraídas e divertidas. A intervenção dessa participante foi a que mais exigiu adaptações. De forma geral, a relação terapêutica pode ser definida como produtiva e desafiadora.

10. Objetivos terapêuticos (para a participante)

10.1 Gerais

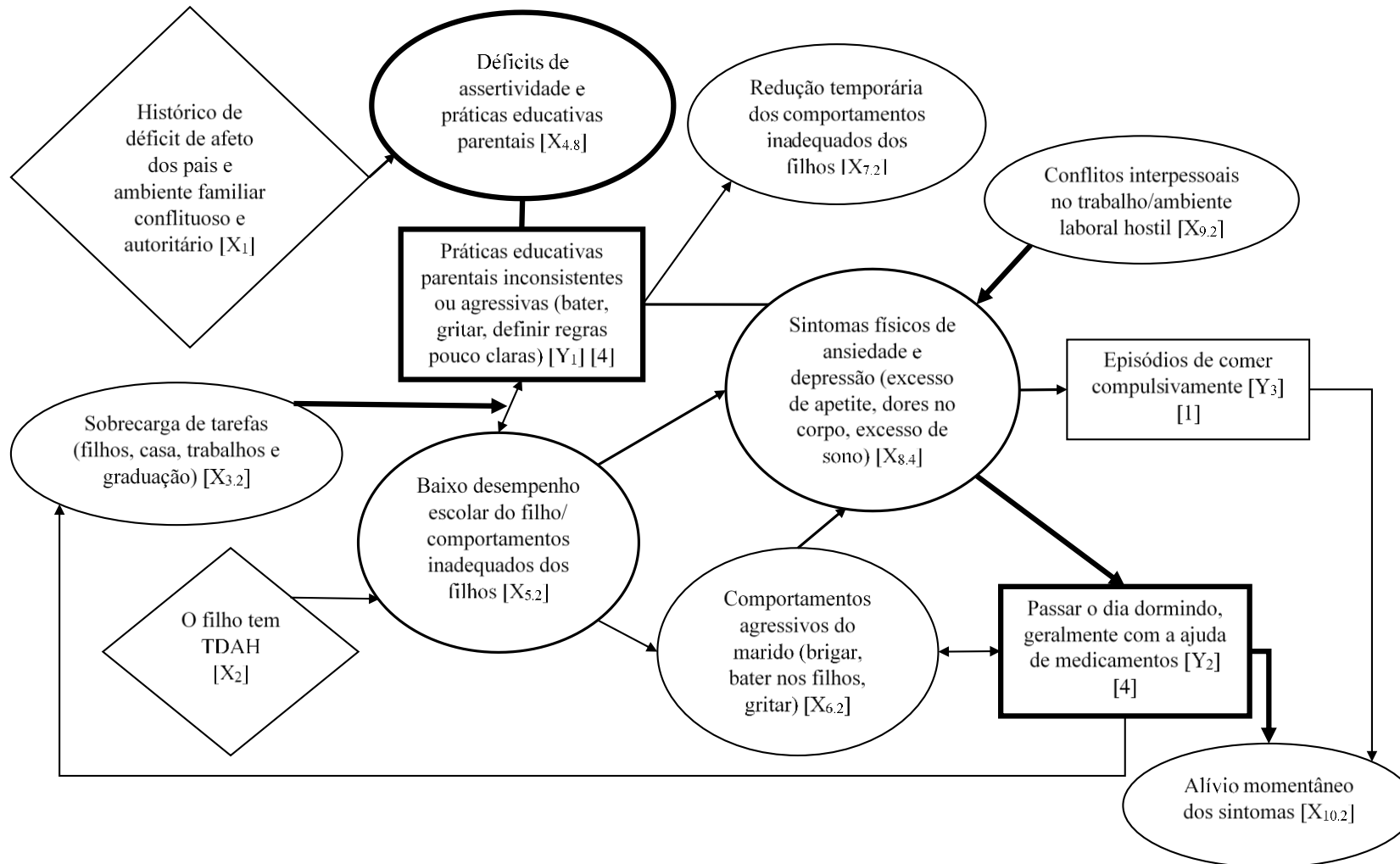
- Descrever contingências em operação associadas às queixas, em termos de antecedentes, respostas e consequências;
- ampliar repertório de habilidades sociais para resolução de dificuldades interpessoais em diferentes contextos;

- comportar-se de forma que obtenha mais reforçadores e menos punição, considerando curto, médio e longo prazo.

10.2 Específicos

- Aumentar assertividade com o marido (expressão de sentimentos, opiniões e críticas, solicitações de mudança de comportamento);
- aumentar frequência de momentos positivos com o marido;
- aumentar repertório de reconhecer comportamentos desejáveis ou próximos aos desejáveis do marido e do filho;
- aumentar repertório de valorizar (elogiar, dar *feedback* positivo) os comportamentos desejáveis ou próximos aos desejáveis do marido e do filho;
- aumentar qualidade de vida no trabalho;
- melhorar o manejo dos problemas de comportamento e da vida escolar do filho;
- reduzir frequência de brigas agressivas com o marido;
- reduzir focos de crises de ansiedade e, conseqüentemente, de fibromialgia.

Figura 4- Diagrama funcional da Participante 2



Fonte: elaborada pelo próprio autor

No diagrama funcional da Participante 2, somado às informações da formulação de caso sobre as contingências no início da terapia, destaca-se que o contexto laboral hostil (X₉) possuía uma alta influência na manutenção dos transtornos de ansiedade e depressão da participante. No entanto, isso foi julgado como pouco modificável pela terapia, por conta de três fatores: as relações interpessoais conflituosas faziam parte do contexto da organização em que ela trabalhava, o marido da participante não a permitia sair do emprego por conta da renda que ele proporcionava e, por último, porque quando a participante começou a intervenção com o Promove – Saúde da Mulher, já havia sido demitida.

No entanto, uma variável causal importante que ainda fazia parte da sua vida quando a intervenção se iniciou e foi avaliada como altamente modificável pela terapia foram os déficits de comportamento assertivo e de práticas educativas parentais (X₄). Sua dificuldade de cuidar dos filhos (Y₁) em um contexto de sobrecarga de tarefas (X₃) tendia a agravar os problemas de comportamento dos mesmos, o que produzia reclamações constantes do marido e diversos conflitos agressivos em sua casa (X₆).

Isso tudo culminava em sintomas físicos da participante (X₈) que a incapacitavam de realizar todas as tarefas que haviam ficado sob sua responsabilidade, o que produzia ainda mais reclamações do marido, pois para cuidar dos seus sintomas, a participante tomava medicamentos que a faziam dormir (Y₂). Esse comportamento a afastava das variáveis causais a curto prazo, mas posteriormente agravava a sobrecarga de tarefas da participante (X₃).

Incidir diretamente sobre a sobrecarga de tarefas dessa participante não foi um dos objetivos da intervenção porque o contexto de vida da participante impedia que ela abandonasse alguma de suas atribuições. Foi por isso que a modificabilidade da variável foi considerada baixa (.2). Por fim, os episódios de compulsão alimentar (Y₃) eram outro fator que aliviava os sintomas a curto prazo, mas a longo prazo não trazia benefícios.

III. Formulação de caso da Participante 3

1. Dados gerais

Idade: 42 anos

Escolaridade: Ensino médio completo

Estado civil: Casada

Profissão: Funcionária pública no setor financeiro de instituição de saúde

Filhos: filha M. (12 anos)

2. Queixas e demandas

A Tabela 12 apresenta as queixas relatadas pela Participante 3 ao longo das sessões de linha de base.

➔ Mandato terapêutico, de acordo com o relatório de triagem

- Reduzir ansiedade
- Melhorar interações sociais

Tabela 12- Queixas apresentadas pela Participante 2 nas sessões de linha de base 1, 2, 3 e 4

Dimensão	Queixa	LB1	LB2	LB3	LB4
Queixas/ demandas pessoais	Sintomas que leu nos questionários (PHQ-9 e GAD-7)	X	X	X	X
	Preocupação excessiva	X	X	X	x
	Ansiedade e insegurança	X	X	X	X
	Sintomas físicos: palpitação, secura na boca, aversão a lugares com aglomeração (tem tontura, cansaço e vontade de sair correndo), tremedeira, tensão	X	X	X	X
	Acúmulos de funções (trabalho, afazeres domésticos, administração da parte financeira) por muitos anos	X	X	x	x
	Frustração das expectativas de ter feito mais coisas em sua vida	X	X	x	X
	Timidez e falta de paciência para estabelecer relações sociais	X	x	x	X
	Perspectiva negativa acerca das atividades que realiza e dos sentimentos que tem (sente-se chata, irmã a avalia como ranzinza)	X	X	x	X
	Dificuldade de demonstrar afeto fisicamente com adultos	X	x	x	X
	Dificuldade de falar em público e/ou com desconhecidos	X	x	-	-
	Excesso de sono/ sono descontínuo	-	X	X	X
	Cansaço de forma geral	-	X	X	X
	Dificuldade de pegar no sono	-	-	-	X
Marido e filha	Dificuldade de demonstrar afeto e sentimentos (com destaque no contexto familiar)	X	X	X	X
	Padrão de acumular sentimentos (ficar em silêncio) por um longo tempo, e depois expressar agressivamente (comportamento passivo seguido de comportamento agressivo) em casa e se sentir culpada	X	X	X	X
	Irritação em relação ao comportamento calmo do marido diante do acúmulo de tarefas da participante	X	X	-	-
	Dificuldade de “voltar atrás” (pedir desculpas), no contexto familiar	X	X	X	-
Trabalho	Comportamentos ansiosos no ambiente de trabalho (“correr com as coisas”)	X	-	-	-

Legenda:

X= queixa presente

x= queixa presente, mas com melhora

- = queixa ausente

Fonte: elaborada pelo próprio autor

3. Repertório e contingências no início da terapia

A participante morava com o marido R. e a filha M. e trabalhava no setor financeiro de uma instituição de saúde. Suas queixas principais eram voltadas ao contexto doméstico, nas

interações com o marido e a filha. A participante se sentia sobrecarregada com as tarefas domésticas, para as quais contava com pouca ou nenhuma ajuda de seu marido e sua filha. Costumava cuidar da casa sozinha, limpando-a, lavando as louças e roupas, preparando comida, arrumando a cama da filha e organizando a casa. Por conta disso, lhe sobrava pouco tempo para descansar.

A participante ficava facilmente estressada em situações que fugiam da sua rotina, como pedidos do marido para passar do mercado no seu horário de almoço. No momento em que os recebia, ela atendia a pedidos como esse, mas a médio prazo brigava com o marido e a filha por conta do estresse acumulado e o acúmulo de atividades. Durante essas brigas, costumava gritar e ignorar o que eles diziam. Esse padrão de inassertividade (comportamento passivo seguido de comportamento agressivo) funcionava mais com o marido do que com a filha, a qual contestava mais quando ouvia gritos da mãe. Ainda assim, de alguma forma a participante conseguia expressar seu estresse e ser ajudada pelos dois por conta disso.

Quando solicitava ajuda do marido ou da filha com as tarefas domésticas, eles diziam que já iriam ajudar, mas costumavam postergar até que a participante solicitasse ajuda de forma agressiva. Quando se queixava de sobrecarga nas atividades domésticas para o seu marido, ele dizia que não fora criado para isso, e que não sabia fazer. Diante disso, ela dizia que também não fora criada para isso, mas que aprendeu, e que ele também poderia aprender. Na maior parte das vezes, ele se recusava a ajudar somente por meio do diálogo e da argumentação da participante.

A participante apresentava excesso de preocupações em situações que fugiam de sua rotina. Tinha medo de não conseguir cumprir suas tarefas por conta do tempo escasso que tinha para realizá-las. Essas preocupações eram associadas a sintomas físicos de ansiedade como taquicardia, sudorese, tremedeira, tensão, entre outros. Diante dessas situações, planejava-se mais rigorosamente para completar o que havia se proposto a fazer. Além disso, a participante também apresentava excesso de insegurança em situações de escolha, e medo de fazer a escolha errada e se arrepender. Esse padrão de insegurança foi associado à sua história, em que os pais da participante restringiram a sua liberdade de escolha e enfatizavam demais as consequências negativas das escolhas que ela fazia.

Quando o marido e a filha da participante a convidavam para passear, ela tendia a recusar e desqualificar o lugar do passeio. Diante disso, eles perguntavam aonde ela gostaria de ir, e ela não sabia responder. Por vezes ela ia mesmo assim, e por vezes ela se recusava a ir. Ela sentia que não tinha voz nas escolhas de casa de modo geral, mas também não sabia onde

gostaria de ir ou o que gostaria de fazer. Ainda assim, o marido e a filha da participante faziam questão de sua presença, e demonstravam isso após ela recusar os convites.

A participante também apresentou dificuldades em estabelecer interações sociais, as principais sendo no que se refere a assertividade, expressão de sentimentos positivos, expressão assertiva de sentimentos negativos e expressão de opiniões em conversas com conhecidos. Nas situações de dificuldade em casa, a participante tendia a não se expressar ou se expressar de forma agressiva. Nas situações de dificuldade fora de casa, a participante tendia a ficar em silêncio ou responder de forma mais passiva (concordando e aceitando pedidos mesmo que lhe fossem prejudicar).

No trabalho, a participante era sempre elogiada pela sua simpatia e educação. Ela acreditava que as pessoas que não a amavam não eram obrigadas a aceitar se fossem maltratadas. Diante desses elogios, ela costumava dizer às pessoas que em casa ela não era assim. As pessoas não acreditavam. No momento inicial da terapia, a participante apontou dificuldade em recusar a pedidos de forma assertiva no ambiente de trabalho.

4. Controle instrucional

A principal regra que atua como controladora de excessos da participante relacionados às queixas parece ser o de que (só) as pessoas do seu trabalho não são obrigadas a aceitar comportamentos agressivos. Uma extensão dessa regra se aplica no contexto doméstico: as pessoas que a amam são obrigadas a aceitar comportamentos agressivos. Ainda assim, esses comportamentos agressivos têm função clara de produzir como consequências o alívio do estresse e a obtenção de ajuda do marido, diferente do que seria no trabalho, que poderia produzir a sua demissão como consequência.

Considerando a exceção acima, a maioria dos seus comportamentos envolvidos com as queixas parecem ser controlados pelas suas consequências naturais e com a história de vida de restrições parentais.

5. História de vida

A participante foi criada por uma família em que havia baixa frequência de expressão física de afeto. Como exemplo disso, ela indicou que nunca viu seus pais se beijando, e associa esse aspecto à cultura de sua ascendência. Além disso, a participante relatou comportamentos rígidos de seus pais em relação à sua educação e à de sua irmã. Durante sua infância, sua mãe cuidava de seus avós, o que a estressava e aumentava a sua tendência a repreender as filhas de

forma verbal e fisicamente agressiva. Principalmente na infância, os problemas de comportamento da participante e sua irmã eram resolvidos por meio dessas repreensões. Havia pouco diálogo da participante com os pais. O pai da participante frequentemente fazia escolhas por ela, e em muitas vezes, punia o seu comportamento de escolher.

Quando conheceu seu marido e ele começou a demonstrar interesse por ela, dizendo que a amava, a participante disse a ele que não sabia se sentia o mesmo por ele. Ainda assim, eles resolveram tentar construir um relacionamento juntos, e conseguiram. Ele já havia sido casado e tinha dois filhos pequenos.

Depois de aproximadamente dois anos após o nascimento da filha do casal (há 9 anos), a participante começou a sentir-se sobrecarregada com as tarefas domésticas, de trabalho e de cuidado com a filha. Foi quando os principais sintomas de ansiedade iniciaram. Nesse momento, a família estava passando por uma dificuldade financeira. Mesmo após a passagem dessa dificuldade, a participante permaneceu com os sintomas. Por um período no início do casamento, o marido da participante passava mais tempo em casa por conta de seu trabalho. Por estar em casa, ajudava mais com as tarefas domésticas. A partir do momento em que passou a trabalhar mais tempo fora de casa, deixou de ajudar.

Como a participante possuía dificuldade em fazer escolhas, seu marido fez muitas escolhas por ela. Mas após alguns anos em que ele fez escolhas laborais que trouxeram consequências negativas à família, como a crise financeira, a participante passou a ter medo de confiar no que ele propunha.

Mesmo não tendo tido diagnóstico de depressão pós-parto, a participante desconfia que sofreu desse transtorno, por conta do distanciamento afetivo que teve em relação à filha por algum tempo após o seu nascimento.

6. Análises funcionais moleculares

As tabelas 13, 14 e 15 organizam as queixas apresentadas pela participante em termos funcionais, de acordo com os modelos presentes em Fonseca e Nery (2018) para análise funcional molecular. As queixas foram separadas de acordo com o contexto predominante em que ocorrem.

Tabela 13- Análise molecular das queixas da Participante 3 no contexto conjugal

Antecedentes	Respostas	Consequentes	Processos	Efeitos
Acúmulos de funções (trabalho, afazeres domésticos, administração da parte financeira) por muitos anos				
Em casa, diante de sinais de afazeres domésticos	A participante solicita ao marido que ele a ajude	Às vezes ele ajuda	R+/R-	Satisfação/alívio
		Às vezes ele se recusa a ajudar dizendo que não foi criado para isso(P+)	P+	Raiva
	A participante mostra que está cansada, diz que está fazendo terapia	Afastamento da filha	P-	Tristeza
		O marido ajuda	R+	Satisfação/alívio
		Ele dá atenção à participante	R+	Satisfação
O marido não faz o que se propôs a fazer em casa	Raiva (respondente)	Às vezes ele ajuda	R-	Alívio
	A participante grita com o marido	Às vezes ele não faz	Extinção	Raiva
Padrão de acumular sentimentos (ficar em silêncio) por um longo tempo, e depois expressar agressivamente (comportamento passivo seguido de comportamento agressivo) em casa e se sentir culpada				
Em casa, o marido (ou a filha) se comportou de forma diferente do que a participante espera	Sentimento de frustração (respondente)	Às vezes eles vão fazer o que a participante espera	R-	Alívio
	A participante expressa o que esperava de forma agressiva, exige	Às vezes eles respondem de forma agressiva e chamam a atenção da participante	P+	Culpa
		Afastamento da filha ou do marido	P-	Tristeza
Sentir-se chata/ranzinza				
Em casa, quando alguém convida a participante para sair	Ela recusa o pedido	Marido ou filha pergunta o que ela gostaria de fazer	R+	Satisfação
		Eles reclamam	P+	Aborrecimento
Em casa, quando alguém conta algo positivo para ela	Ela confronta, e aponta uma perspectiva negativa	Eles dão atenção	R+	Satisfação
		Eles reclamam	P+	Aborrecimento
Dificuldade de demonstrar afeto e sentimentos positivos				
De manhã, ela se sente de mau humor	Ela chacoalha o marido para acordá-lo	O marido acorda	R+/R-	Satisfação/alívio
		Respostas pouco afetuosas do marido	P+	Aborrecimento
De manhã, ela se sente mais carinhosa	Ela acorda o marido com abraço e beijo	O marido acorda	R+/R-	Satisfação/alívio
		Melhora sensivelmente o comportamento do marido	R+	Satisfação

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Tabela 14- Análise molecular das queixas da Participante 3 no contexto parental

Antecedentes	Respostas	Consequentes	Processos	Efeitos
Acúmulos de funções (trabalho, afazeres domésticos, administração da parte financeira) por muitos anos				
Em casa, diante de sinais de afazeres domésticos	A participante solicita à filha que ela faça	Ela diz que vai fazer; às vezes ajuda Às vezes ela não faz	R+/R- P+	Satisfação/alívio Raiva
A filha não faz o que se propôs a fazer	Sentimento de raiva (respondente)	Às vezes ela ajuda	R+/R-	Alívio
	A participante grita com a filha	Às vezes ela reage agressivamente	P+	Culpa
Padrão de acumular sentimentos (ficar em silêncio) por um longo tempo, e depois expressar agressivamente (comportamento passivo seguido de comportamento agressivo) em casa e se sentir culpada				
Já apresentada acima				
Sentir-se chata/ranzinza				
Já apresentada acima				
Dificuldade de demonstrar afeto e sentimentos positivos				
Em casa, a filha expressa raiva por a participante ter se comportado de forma agressiva com ela	A participante se aproxima de forma afetuosa e mais delicada	A filha volta a conversar com a participante	R+/R-	Satisfação/alívio
		A filha reduz o tom agressivo das suas respostas	R-	Alívio
		A filha continua demonstrando descontentamento	P+	Aborrecimento/ culpa

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Tabela 15- Análise molecular das queixas da Participante 3 em outros contextos

Antecedentes	Respostas	Consequentes	Processos	Efeitos
Cansaço				
Final do dia, chegando em casa; depois do almoço, chegando no trabalho; iminência de tarefas	A participante descansa um pouco, dorme mais	A disposição da participante volta ao normal	R-	Satisfação
		Ela volta a fazer suas coisas	R+/R-	Satisfação/alívio
Sintomas físicos: palpitação, secura na boca, aversão a lugares com aglomeração, tem tontura, vontade de sair correndo, tremedeira, tensão				
Em casa, no mercado, no shopping, no trabalho; Iminência de prazos, imprevistos, sinais de possibilidade de que a participante se atrase, sintomas físicos	A participante administra o tempo com maior margem, respira fundo, desvia o foco da atenção	Redução dos sintomas físicos	R-	Alívio
Preocupação excessiva/ insegurança				
Em qualquer lugar, diante de imprevistos ou situações de escolha; sintomas físicos de ansiedade	A participante avalia que as escolhas não vão fazer muita diferença em sua vida, então arrisca	Resolve a tarefa	R-	Alívio
	A participante avalia que as escolhas podem ser importantes; trava	Perde os aspectos positivos da escolha que não fez	P-	Incerteza
		O marido escolhe por ela	R-	Alívio
	Tira a possibilidade de a participante escolher	P-	Tristeza	
Sentimento de frustração				
Quando outra pessoa, no trabalho ou em confraternizações, diz que fez alguma coisa que a participante gostaria de ter feito	A participante se retrai, se sente triste e decepcionada (respondentes)	O marido da participante pergunta o que está acontecendo	R+	Satisfação
Dificuldades de estabelecer relações sociais				
Em situações de conversas com amigas e colegas	A participante fica em silêncio, julga que não tem nada de interessante para falar	Ela evita que julguem a adequação do que ela fala	R-	Alívio
		As pessoas comentam que ela está quieta	P+	Vergonha
Excesso de sono				
Em casa, diante de situações estressoras, situações que alteram a rotina, discussões/ ela sente sono	A participante deita e/ou dorme	O sono passa	R-	Alívio
		Foge da situação aversiva	R-	Alívio
		O corpo da participante fica "dopado"	P+	Aborrecimento
Dificuldade de pegar no sono				
Em casa, quando a participante pensa em algum assunto aversivo ou diante da iminência de problemas (como contas para pagar), ela desperta e se sente preocupada	A participante fala para si mesma que não adianta pensar nos problemas	Sua preocupação é amenizada	R-	Alívio
		Ainda assim deixa de dormir	P-	Tristeza/impotência
Comportamentos ansiosos no ambiente de trabalho				
Pedidos abusivos de colegas de trabalho	A participante aceita; tensão (respondente)	Mantém a aprovação da colega	R+	Satisfação
		Fica sobrecarregada de tarefas	P+	Raiva/ aborrecimento

Fonte: elaborada pelo próprio autor

7. Análises funcionais molares

A Tabela 16 reúne as principais queixas da participante em padrões comportamentais, e procura detalhá-los funcionalmente de acordo com o modelo de Fonseca e Nery (2018).

Tabela 16- Análise funcional molar dos padrões comportamentais relacionados às queixas da Participante 3

(continua)					
Padrão comportamental	Respostas que caracterizam	História de aquisição	Contextos atuais mantenedores	Consequências que fortalecem o padrão	Consequências que enfraquecem o padrão
Comportamento agressivo	Gritar com o marido	Pais autoritários, ofereceram poucos modelos de comportamento assertivo	Baixa frequência de ajuda do marido e da filha com as tarefas domésticas	Obtenção de ajuda do marido e da filha com as tarefas domésticas	Distanciamento da filha
	Gritar com a filha		Baixa frequência de ajuda do marido com a educação da filha	A filha vai fazer as tarefas	Distanciamento do marido
	Ofender o marido		Excesso de tarefas domésticas		Reações agressivas da filha
			Sobrecarga de tarefas da participante (trabalho, casa, filha) Comportamentos rebeldes da filha Trabalho estressante		Reações agressivas do marido

					(conclusão)
Padrão comportamental	Respostas que caracterizam	História de aquisição	Contextos atuais mantenedores	Consequências que fortalecem o padrão	Consequências que enfraquecem o padrão
Comportamento passivo	Conter expressões de seus sentimentos negativos	Pais autoritários, ofereceram poucos modelos de comportamento assertivo	Dificuldade de expressar sentimentos assertivamente	Evita conflitos	Acumula tarefas
	Fazer as tarefas pelos outros	Pais autoritários, ofereceram pouco espaço para a participante expressar seus sentimentos negativos	Sobrecarga de tarefas da participante (trabalho, casa, filha)	Agrada colegas de trabalho	Sensibilização (acumula sentimentos negativos)
	Aceitar pedidos abusivos		Marido e filha pouco acolhedores Marido e filha pouco responsivos a pedidos de ajuda da participante Autorregra da participante de que deve se comportar amigavelmente com pessoas de fora da família Filha e marido não fazem as tarefas tão bem quanto a participante	Faz tudo do seu jeito	Eventualmente "explode"
Comportamento perfeccionista	Responsabilizar-se por todas as atividades domésticas	Contato com a cultura japonesa	Marido mais impulsivo, reflete menos antes de fazer as escolhas e por vezes escolhe mal	Faz tudo do seu jeito	Perda de tempo
	Culpar-se por eventuais falhas	Pais rigorosos	Responsabilidade pelas tarefas domésticas	Evita escolher mal	Desgaste emocional quando algo foge dos planos
	Refletir muito antes de fazer uma escolha	Modelo da mãe, que cuidava bem da casa			

Fonte: elaborada pelo próprio autor

8. Análise motivacional

A participante reconhecia as dificuldades que tinha, principalmente no contexto doméstico, então sua principal motivação foi a de analisar as situações pelas quais passava e obter modelos de comportamentos alternativos que melhorassem as suas interações dentro de casa com o marido e a filha.

9. Relação terapêutica

A participante demonstrou alto nível de engajamento na terapia, fazendo todas as tarefas, lendo os textos, aceitando as intervenções propostas e comparecendo a todos os atendimentos. Em alguns momentos, como no de cumprimento e despedida, o tratamento dispensado a ela foi mais formal em respeito às suas preferências de contato. Em outros momentos, durante relatos de maior dificuldade de manejar, o foco do pesquisador foi na demonstração de empatia e no uso de perguntas para facilitar a análise funcional.

A participante demonstrava-se incomodada quando recebia muitas perguntas de reflexão, em especial diante de perguntas que não sabia responder, então o uso desse recurso foi levemente reduzido neste caso. A relação também teve alguns momentos de descontração e risos. Esta relação terapêutica pode ser avaliada como muito consistente devido à assiduidade da participante e mutuamente reforçada devido aos ganhos terapêuticos.

10. Objetivos terapêuticos (para a participante)

10.1 Gerais

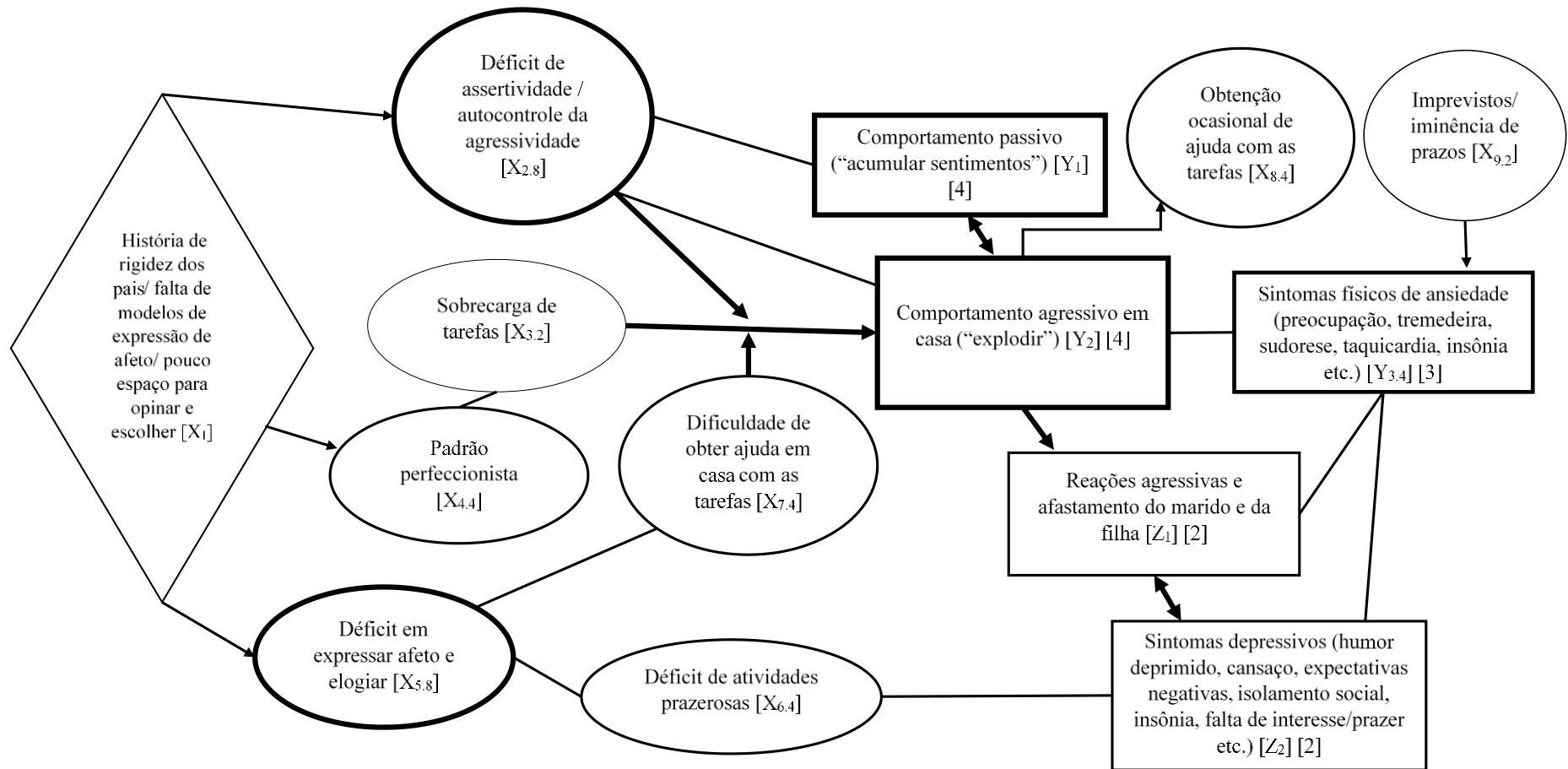
- Descrever contingências em operação associadas às queixas, em termos de antecedentes, respostas e consequências;
- ampliar repertório de habilidades sociais para resolução de dificuldades interpessoais em diferentes contextos;
- comportar-se de forma que obtenha mais reforçadores e menos punição, considerando curto, médio e longo prazo.

10.2 Específicos

- Aumentar assertividade de forma geral (expressão de sentimentos, opiniões e críticas, recusa de pedidos, solicitações de mudança de comportamento), dentro e fora de casa;
- aumentar frequência de momentos positivos com a filha e o marido;

- aumentar repertório de reconhecer comportamentos desejáveis ou próximos aos desejáveis do marido e da filha;
- aumentar repertório de valorizar (elogiar, dar *feedback* positivo) os comportamentos desejáveis ou próximos aos desejáveis do marido e a filha;
- aumentar autocontrole do comportamento agressivo e ponderação em situações aversivas em casa;
- reequilibrar distribuição de tarefas domésticas;
- reduzir frequência de brigas agressivas com a filha e o marido;
- reduzir excesso de preocupações em relação a situações imprevistas ou de maior dificuldade.

Figura 5- Diagrama funcional da Participante 3



Fonte: elaborada pelo próprio autor

O diagrama funcional da Participante 3 procura destacar a forte influência que os déficits de comportamento assertivo e de autocontrole do comportamento agressivo (X_2) e a dificuldade de obter ajuda em casa (X_7) tinham em modular as reações agressivas (Y_2) da participante diante da sobrecarga de tarefas. O comportamento passivo da participante (Y_1) também estava relacionado com as explosões de agressividade (Y_2), na medida em que permitia que seu marido e filha deixassem as tarefas domésticas acumulando até um ponto insustentável.

Aos déficits de comportamento assertivo e autocontrole do comportamento agressivo (X_2) foi atribuída alta modificabilidade (.8), pois a participante demonstrou interesse desde o princípio em aprender a se comportar de forma diferente para evitar os prejuízos que as explosões de agressividade acarretavam (Y_3 ; Z_1 ; Z_2). Ainda assim, a participante reconheceu que seu repertório agressivo atingia o objetivo de conseguir ajuda ocasionalmente (X_8).

Outra ênfase dada à intervenção foi ao seu déficit de expressar afeto e elogiar (X_5), variável altamente modificável que, ainda que não possuísse influência direta em seu comportamento agressivo (Y_2), dificultava que a participante conseguisse ajuda em sua casa (X_7). Não reconhecia a importância de valorizar pequenos comportamentos que a filha e o marido emitiam para ajudá-la, o que extinguia o comportamento deles de ajudar.

A alta modificabilidade atribuída ao déficit em questão foi constatada logo no início da intervenção, quando a participante seguiu as sugestões do terapeuta de elogiar comportamentos do marido e da filha. O déficit em expressar afeto e elogiar (X_5) também dificultava que a participante se engajasse em atividades de lazer com a família (X_6), pois dificilmente ela dizia que havia gostado de algum programa que faziam juntos.

Os excessos de preocupação da participante (Y_3) se mantinham por garantir a ela algum controle adicional das situações aversivas, mas por outro lado produziam como consequências o afastamento social e afetivo da participante de pessoas importantes (Z_1 ; Z_2). A conclusão deste diagrama para o trabalho clínico realizado foi que tais comportamentos e suas consequências poderiam ser bastante minimizados se os déficits de repertórios de comportamento assertivo (X_2) e reação positiva (X_5) fossem resolvidos.

DISCUSSÃO

Os três casos foram formulados de acordo com as prescrições de Fonseca e Nery (2018) e, para cada caso, foram construídos diagramas funcionais tal como em Virués-Ortega e Hayens

(2005). A seguir serão apresentadas algumas hipóteses explicativas do desenvolvimento dos transtornos.

Todas as participantes tiveram em seus históricos pais cujas práticas variavam principalmente de autoritário a negligente. As três declaravam intenção de educar seus filhos de forma diferente da que foram educadas. Tanto pela ausência de modelos adequados, quanto pela regra de que deveriam dar mais afeto aos seus filhos do que receberam dos seus pais. Também, as três se comportavam de formas inadequadas e/ou inconsistentes diante dos problemas de comportamento dos filhos, o que contribuía para a sua manutenção.

Os estudos de caso puderam evidenciar fatores culturais mencionados na literatura para o desenvolvimento de depressão e ansiedade em mulheres. Destacaram-se a dupla ou tripla jornada de trabalho, a delegação do cuidado dos filhos e da vida conjugal e a baixa densidade de reforçadores positivos (ZANELLO, 2010; CORREIA; BORLOTI, 2011).

Na análise da etiologia dos transtornos das participantes, destacaram-se as convergências com a literatura nos seguintes aspectos: dificuldades interpessoais importantes, em especial um padrão de comportamento inassertivo (STARR et al., 2014), baixa ocorrência de comportamentos reforçados positivamente (ABREU; ABREU, 2017), excesso de punições incontroláveis (DOUGHER; HACKBERT, 1994) e, principalmente, o padrão de comportamentos reforçados negativamente por fuga ou esquiva de estímulos aversivos (DOUGHER; HACKBERT, 1994; ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

No que se refere às dificuldades interpessoais, as três participantes as apresentaram nos contextos conjugal, parental e, especialmente para a Participante 2, no contexto laboral. Sobre a baixa prevalência de reforço positivo, ainda que elas tivessem em seu repertório comportamentos reforçados positivamente, tais comportamentos possuíam como consequências a produção de punidores, o que produzia grande conflito entre mantenedores e enfraquecedores do comportamento. Ou seja, com o repertório inicial que tinham, parecia ser difícil para as participantes evitar contato com punições, o que remonta à incontrolabilidade, aumentando a ansiedade.

Para as três participantes, em especial para as Participantes 2 e 3, a sobrecarga de tarefas foi uma variável causal ou moduladora importante dos problemas de comportamento. Emitiam comportamentos agressivos que resolviam temporariamente as demandas com seus filhos e cônjuges, e partiam para a resolução de outras tarefas mais urgentes. Mesmo que tentassem não repetir os modelos oferecidos pelos seus pais, as participantes não possuíam em seu repertório comportamental práticas educativas parentais habilidosas.

Nas análises funcionais moleculares pode ser observada uma alta ocorrência de comportamentos mantidos por reforçamento negativo e que produziam como subprodutos o sentimento de alívio. Além disso, outra parcela importante do repertório das três participantes, que estava sob controle de processos de reforçamento positivo e produzia satisfação, também estava associada a consequências negativas que resultavam em mais sentimentos negativos, como culpa e aborrecimento. Não foi possível identificar a maior parte dos sentimentos apresentados por Cunha e Borlotti (2007), mas a todas as contingências foi possível atribuir pelo menos um deles, de acordo com os processos comportamentais envolvidos.

Zanello (2010) associa as relações de gênero opressoras como fatores de risco culturais para a maior ocorrência de ansiedade e depressão em mulheres. Neste estudo, foram identificadas nas relações conjugais os maiores prejuízos dessa cultura, para as participantes 2 e 3. O marido da Participante 2 atribuía a responsabilidade pelo cuidado dos filhos a ela. O marido da Participante 3 se recusava a ajudar com os afazeres domésticos justificando que não fora criado para isso. Nos dois casos, as participantes não ficavam o dia todo em casa, pois, assim como seus maridos, trabalhavam para contribuir com a renda familiar. Portanto, quando chegaram à terapia, estavam sobrecarregadas. O marido da Participante 1, por sua vez, ajudava com as tarefas domésticas, ainda mais se isso fosse realizado na companhia dela.

Outros aspectos que diferenciavam as participantes e contribuía para os transtornos foram a necessidade de lidar com a maior autonomia do filho por ele ter atingido a maioridade (incontrolabilidade) apresentada pela Participante 1, o agravamento da sobrecarga de tarefas da Participante 2 por estar cursando uma graduação (presença de mais estímulos pré-aversivos como prazos e provas) e a retração social da Participante 3 (baixo contato com reforçadores sociais).

As informações constantes nas formulações de caso, em especial as análises funcionais moleculares, molares e as realizadas nos diagramas, custaram tempo das sessões e, também, do pesquisador, mas aumentaram a compreensão sobre cada um dos casos e auxiliaram a adaptar a intervenção proposta às necessidades de cada participante. Nesse sentido, concorda-se com Sturmey (2014) e Haynes, O'Brien e Godoy (2020), pois o investimento de tempo ao realizar tais tarefas foi recompensado pela potencialização dos efeitos da intervenção. O Estudo II descreverá esses efeitos.

O modelo fornecido por Fonseca e Nery (2018) foi útil ao descrever e comunicar cada caso no presente estudo, além das contribuições para a tomada de decisões. As únicas ressalvas que merecem destaque são, em primeiro lugar, que o modelo somente considera sentimentos e

estados emocionais como respondentes ou subprodutos e, em segundo lugar, que as análises molares não contemplam interdependências comportamentais. Essas duas limitações certamente enfraquecem a consistência da formulação. No entanto, foi possível contornar a lacuna de interdependências comportamentais a partir dos diagramas funcionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram apresentar e comparar modelos de formulações de casos e análises funcionais que embasaram as intervenções psicoterapêuticas para três mulheres com ansiedade e depressão. Com a aplicação e discussão de dois modelos, esses objetivos foram atingidos. Para além disto, foi possível comparar aspectos da vida das participantes com o que diz a literatura científica sobre a etiologia e as análises funcionais dos transtornos, a comorbidade entre eles e fatores explicativos da maior prevalência de ansiedade e depressão em mulheres.

As formulações de caso evidenciaram fatores de risco comuns às três participantes, com destaque para as dificuldades interpessoais e alguns fatores individuais que contribuíam para o desenvolvimento dos transtornos. Avaliou-se que os diagramas funcionais auxiliaram na tomada de decisões clínicas baseadas nos níveis de modificabilidade de cada variável causal e de importância de cada problema de comportamento.

A força deste estudo reside na contribuição para a redução da lacuna de evidências em análises funcionais e formulações de casos clínicos em contexto de pesquisa sobre TAC. A aplicação dos modelos disponíveis na literatura é fundamental para que seja avaliada sua utilidade.

A principal limitação deste estudo foi a dificuldade de sintetizar a quantidade de dados de cada participante em poucas palavras, devido à complexidade de cada caso. Por outro lado, é devido a essa complexidade que as pesquisas em clínica precisam ser realizadas.

Para estudos posteriores, sugere-se a aplicação dos modelos de formulação de caso com mais participantes, métodos que comparem a utilidade das formulações de caso completas com a utilidade dos diagramas funcionais e métodos que comparem o desenvolvimento de casos em que houve formulação de caso com o de casos sem formulação. Tais estudos podem resultar em uma maior compreensão dos modelos aqui utilizados.

ESTUDO II- EFEITOS DA APLICAÇÃO DO PROMOVE – SAÚDE DA MULHER EM TRÊS CASOS DE MULHERES COM ANSIEDADE E DEPRESSÃO

RESUMO

Este estudo apresenta os resultados do Promove – Saúde da Mulher, uma intervenção clínica semiestruturada, para mulheres com ansiedade e depressão em comorbidade, com destaque para a ampliação de repertório de resolução de problemas pessoais e interpessoais. Justifica-se pela grande prevalência desses transtornos na população mundial e a lacuna de evidências em terapia analítico-comportamental. Participaram três mulheres que desempenhavam os seguintes papéis em suas vidas: mães, integrantes de relacionamento conjugal e trabalhadoras. O delineamento utilizado foi uma adaptação do delineamento de linha de base múltipla entre participantes. Foram adotados os seguintes instrumentos: GAD-7 para rastrear ansiedade, PHQ-9 para rastrear depressão, IHS-2 Del Prette e análise dos relatórios para mensurar repertório de habilidades sociais, *Checklist* de Queixas para acompanhar o nível das queixas apresentadas pelas participantes e a Avaliação do Processo Terapêutico para avaliar satisfação das participantes com a intervenção. Os resultados dos instrumentos padronizados foram analisados por meio do Método JT. Houve melhora em indicadores de ansiedade e depressão para as três participantes. Uma delas abandonou o procedimento logo após a avaliação intermediária. Na medida de seguimento, uma participante se manteve sem indicadores para ansiedade e depressão, enquanto a outra apresentou recaída. Houve dificuldade metodológica de detectar ampliação de repertório de habilidades sociais pelo instrumento padronizado, mas o ganho em competência social apareceu nas análises processuais dos atendimentos. As três participantes relataram satisfação com o Promove – Saúde da Mulher e suas queixas clínicas reduziram-se ao longo da intervenção. Este estudo atingiu seus objetivos com a intervenção proposta e contribuiu para minimizar a lacuna de evidências em Terapia Analítico-Comportamental para mulheres com ansiedade e depressão em comorbidade. Sugere-se que futuros estudos acrescentem outras estratégias para mensurar ganhos de repertório comportamental provenientes do Promove – Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

Algumas autoras (MORETTO, 2017; BOLSONI-SILVA; FOGAÇA, 2018; LIMA-FERRAZ, 2018) têm estudado os efeitos de procedimentos de intervenção semiestruturados elaborados para o desenvolvimento de habilidades sociais para públicos específicos. Esses procedimentos são nomeados Promove, e abordam temas e comportamentos importantes para

a melhoria do desempenho social da população atendida, ao mesmo tempo em que se adaptam às demandas individuais trazidas por clientes. Assim, sua aplicação funciona tanto para a resolução das queixas clínicas apresentadas quanto para a aquisição de repertório socialmente habilidoso que instrumentalize os participantes a desempenhar interações mais benéficas ou saudáveis com o seu ambiente.

Os procedimentos Promove podem ser apoiados pelo uso de cartilhas informativas (BOLSONI-SILVA; MARTURANO; FOGAÇA, 2019; BOLSONI-SILVA, 2019; BOLSONI-SILVA, 2019) sobre as habilidades propostas. Segundo Bolsoni-Silva e Fogaça (2018), o uso da cartilha tem o objetivo de oferecer modelos e materiais para consulta sobre habilidades sociais fora do ambiente clínico, como em casa. Assim, após discussão do conteúdo planejado em sessão, o terapeuta e o cliente podem recorrer à cartilha durante a sessão ou fora da sessão para ampliar os ganhos terapêuticos. Além disso, as autoras enfatizaram o uso de tarefas para a aplicação e sedimentação dos comportamentos-alvo abordados no programa.

Ainda que faça uso de materiais prontos, é importante destacar que o procedimento é terapêutico, pois os comportamentos são ensinados contingentemente às queixas/demandas apresentadas, de forma a resolver problemas imediatos (reforçador negativo) por um lado e, por outro, ampliar as interações positivas (reforçador positivo), considerando análises molares e moleculares, isto é, a análise funcional da queixa e as interdependências comportamentais.

Em pesquisa de mestrado, Levatti (2017) descreveu a interação terapêutica baseada em princípios analítico-comportamentais realizados ao longo de trinta sessões (para cada participante) no ano de 2014 por terapeutas estagiárias em uma clínica-escola de uma universidade estadual paulista, para mulheres com ansiedade e depressão. O objetivo da autora foi “descrever os efeitos da Terapia Analítico Comportamental e da Interação terapêutica para o tratamento de três mulheres com ansiedade e depressão”. As intervenções minimizaram os sintomas de ansiedade e depressão apresentados por instrumentos padronizados, pois as participantes deixaram de apresentar pontuações de nível clínico, o que se manteve após seis meses de seguimento.

Como principais procedimentos de intervenção, foram utilizados o reforçamento diferencial de comportamentos de melhora (a partir de modelagem por aproximações sucessivas) e a análise funcional, que permitiu a compreensão das funções dos comportamentos relacionados às queixas e consequente operação sobre essas relações. Os principais temas que apareceram nos três casos estudados foram os relacionados às habilidades de comunicação nos contextos conjugal, parental e laboral. Em relação aos comportamentos das clientes, os de

relatar (descrever eventos) e estabelecer relações (causais ou explicativas sobre eventos) foram os que mais se destacaram. No entanto, as intervenções documentadas pela autora foram realizadas de forma assistemática, sem uma estrutura predefinida e replicável (LEVATTI, 2017).

O mesmo estudo realizou análises para identificar diferenças entre os momentos inicial, intermediário e final das três intervenções. Nesse quesito, uma diferença estatística se destacou: as terapeutas tenderam a diminuir a frequência de solicitações de relato das participantes ao longo da intervenção. Essa redução de frequência ao longo da intervenção sugeriu um ganho de autoconhecimento das clientes, que aprenderam a descrever o que mais importava de seu próprio comportamento diante de menos perguntas das terapeutas.

O presente estudo propõe avaliar evidências de processo e de resultado da aplicação de um procedimento semiestruturado de intervenção para lidar com o público feminino com ansiedade e depressão. Neste procedimento, seguindo os modelos disponíveis na literatura supracitada, há uma parte invariável entre suas aplicações (que são os comportamentos propostos para treinamento) e um grau considerável de flexibilidade para adaptar o programa ao que as participantes (clientes) apresentam como demandas.

Sendo assim, partiu-se de uma hipótese de que o procedimento poderia minimizar quadros relevantes de ansiedade e depressão a partir do treinamento de habilidades individuais específicas sob a abordagem analítico-comportamental. O formato de aplicação deste procedimento também foi projetado para promover satisfação de suas participantes e percepção das mudanças alcançadas, o que Dahlgren e Stedal (2017) apresentaram como um importante influenciador para a adesão a uma intervenção psicológica, em seu estudo com adolescentes com anorexia nervosa. As autoras procuraram avaliar, com sua pesquisa, atitudes gerais diante da intervenção, aspectos específicos da intervenção (para Anorexia Nervosa, no caso da pesquisa das autoras), percepção do cliente de suas mudanças e qualidade da relação entre cliente e terapeuta.

A alta prevalência de transtornos de ansiedade e depressão em mulheres no Brasil configura uma demanda por um tratamento endereçado a esse público. Espera-se que o desenvolvimento de um procedimento semiestruturado possa instrumentalizar terapeutas comportamentais para atender melhor essa população que desempenha múltiplos papéis, de forma a garantir resultados seguindo um modelo de prática baseada em evidências em psicologia comportamental (APA, 2006; LEONARDI; MEYER, 2016), e que possa ser utilizado em políticas públicas.

Para além dos resultados observados pelo clínico, Moraes e Silveira (2019) argumentaram uma notável relação entre a aplicação de avaliações de satisfação dos clientes e a inserção de práticas clínicas em análise do comportamento no campo da prática baseada em evidências. Ao mesmo tempo, as autoras notaram uma lacuna de estudos que incluíssem esse tipo de avaliação no campo da análise do comportamento, o que justificou a avaliação da satisfação das participantes do presente estudo.

O estudo de Levatti (2017) descreveu intervenções analítico-comportamentais semelhantes, mas não estruturadas, para mulheres de meia-idade com transtornos de ansiedade e depressão. Nesse estudo, o enfoque na comunicação e na análise funcional ficou evidente como algo importante em um atendimento terapêutico baseado nos princípios da Análise do Comportamento. A autora também destacou os contextos conjugal, parental e laboral como importantes focos de intervenção para as participantes de seu estudo. Diante do cenário apresentado, faz-se útil propor formas de aplicar os achados da autora e da literatura sobre ansiedade, depressão, terapia comportamental e habilidades sociais, a partir do desenvolvimento de uma tecnologia para trabalhar com mulheres com problemas em múltiplos contextos de suas vidas.

OBJETIVO GERAL

Este estudo teve como objetivos descrever e comparar, em três casos clínicos, os efeitos do Promove – Saúde da Mulher, em termos de indicadores de ansiedade e depressão, repertório comportamental, queixas e satisfação com a intervenção.

Objetivos específicos

- Descrever e comparar os resultados de ansiedade, depressão, aquisição de repertório comportamental, queixas e satisfação ao longo da pesquisa, considerando linhas de base, intervenção, pós-teste e seguimento;
- descrever as adaptações que foram feitas nas intervenções diante das demandas de cada participante do estudo;
- descrever comportamentos das participantes em que houve melhora ao longo da intervenção;
- apontar semelhanças e diferenças entre as participantes e seu desenvolvimento com o Promove – Saúde da Mulher.

MÉTODO

Considerações éticas

Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências de Bauru, por meio do parecer nº 3.198.771 (Anexo A). Após explicada a proposta da pesquisa às participantes, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice A) foi entregue e assinado por cada uma delas, antes do início da coleta. Além disso, seus nomes foram ocultados para impedir sua identificação e manter a sua privacidade.

Participantes

Participaram três mulheres com idades entre 34 e 42 anos. As três trabalhavam, tinham pelo menos um filho ou filha, estavam em um relacionamento conjugal e atingiram os níveis clínicos de ansiedade e de depressão no primeiro¹⁴ preenchimento dos instrumentos rastreadores desses transtornos (GAD-7 e PHQ-9). O autor deste estudo participou da coleta como terapeuta.

A Tabela 1 apresenta as principais informações de cada participante.

¹⁴ O primeiro preenchimento dos instrumentos rastreadores ocorreu no primeiro encontro do pesquisador com cada participante.

Tabela 1- Identificação das participantes no momento inicial da pesquisa

Categoria de identificação	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Idade	36 anos	34 anos	41 anos
Escolaridade	Ensino médio completo	Ensino superior em curso	Ensino médio completo
Profissão	Cabeleireira e professora	Técnica em enfermagem e vendedora autônoma	Funcionária pública no setor financeiro de instituição de saúde
Número de filhos	1 filha de 10 anos 1 filho de 16 anos	1 filha de 9 anos 1 filho de 12 anos	1 filha de 11 anos
Sintoma de ansiedade pela qual foi identificada	“Se queixa de estar muito ansiosa”	“se sente muito sobrecarregada e estressada, descontando sua raiva em sua família”	“Se sente paralisada frente às atividades, e quando está com medo sente sudorese, boca seca, coração acelerado”; “disse se sentir ansiosa a todos os momentos”
Sintoma de depressão pela qual foi identificada	“teve depressão pós-parto”	“teve depressão pós-parto após as duas gestações”; “atualmente toma antidepressivo”	“Relata também dificuldades na parte social de sua vida, porque inventa desculpas para não sair com as pessoas e disse pensar muito antes de realizar qualquer atividade, desistindo certas vezes”
Fazia uso de medicação para controle dos sintomas?	Somente florais para controle da ansiedade e comportamentos agressivos, com frequência ocasional.	Sim, com frequência alta. Relaxantes musculares (como Velija 60mg) e antidepressivos (como Nortriptilina). As prescrições médicas da P2 foram alteradas por diversas vezes ao longo da psicoterapia.	Não.

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Local

A coleta de dados, assim como as intervenções, foi realizada em salas reservadas do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade. As salas continham cadeiras, mesa, sofás e aparelhos de ar condicionado. O CPA também contava com sala de espera para as clientes aguardarem para serem chamadas para as sessões.

Materiais

Para a fase interventiva, foram utilizadas folhas com textos para biblioterapia, folhas com perguntas e atividades disparadoras de discussão, folhas com tarefas para as participantes e um aparelho celular para gravação. Todo o material foi elaborado pelo pesquisador, com base em seus estudos sobre Terapia Analítico-Comportamental (TAC) e habilidades sociais e na literatura investigada. Para monitoramento da ansiedade e depressão, foram utilizados o GAD-7 e o PHQ-9. Para o monitoramento do repertório de habilidades sociais, foi utilizado o IHS-2 Del Prette. Para avaliação das queixas e satisfação com o processo terapêutico, foram utilizados instrumentos próprios, o *Checklist* de Queixas e a Avaliação do Processo Terapêutico. Os materiais e instrumentos serão detalhados a seguir.

1. Perguntas disparadoras de discussão

Nas folhas de perguntas disparadoras de discussão (Apêndice B), foram inseridas questões acerca das definições do(s) comportamento(s) tema da sessão, como “o que são críticas”; suas funções, como “para que servem as críticas” e “qual é a importância de saber como fazer uma crítica” e as contingências da vida da participante que os envolvem, como “como você costuma fazer críticas”, “como as pessoas respondem” e “quais são as dificuldades de fazer críticas”. Nessas folhas também foram incluídos resumos das dicas que seriam oferecidas nos respectivos textos, para que o terapeuta pudesse oferecer à participante ao longo da sessão, após a discussão inicial. Exemplos de dicas: “controlar o tom de voz”; “evitar usar palavras ofensivas”; “avaliar o melhor momento para fazer a crítica”.

2. Atividades disparadoras de discussão/simulação

As folhas de atividades disparadoras (apêndice C) foram personalizadas de acordo com o tema e com as necessidades de cada participante. Algumas continham tabelas para serem preenchidas durante as sessões com detalhes das contingências de dificuldade das participantes, outras continham situações fictícias para serem discutidas com elas. A maioria das atividades envolvia propostas de simulações de situações de dificuldade para as participantes.

3. Textos para biblioterapia

De modo geral, todos os textos para biblioterapia continham uma apresentação geral do(s) comportamento(s) tematizado(s), uma descrição da sua função em termos de

consequências, sugestões de formas socialmente habilidosas¹⁵ de emitir aquele(s) comportamento(s), exemplos de situações em que poderia(m) ser aplicados para obtenção de boas consequências e perguntas de transposição do conteúdo do texto para a vida da participante.

Optou-se por produzir um material próprio considerando a literatura na área no que refere a parentalidade, conjugalidade e demais comportamentos-alvo, considerando a literatura da área (POLITO, 2006; BANACO, 201-; OLIVEIRA; CARLOTTO; TEIXEIRA; DIAS, 2016; BARBOSA, 2017; BOLSONI-SILVA; MARTURANO; FOGAÇA; 2019; BOLSONI-SILVA; 2019; BOLSONI-SILVA; 2019¹⁶). Todo o material produzido e entregue às participantes em folhas avulsas de papel sulfite foi posteriormente revisado, editado, formatado, compilado e publicado em formato de livro físico (VICTURI; BOLSONI-SILVA; 2020a) e *eBook* (VICTURI; BOLSONI-SILVA, 2020b), como um material complementar para o Promove – Saúde da Mulher. O livro físico, assim como as folhas entregues às participantes, possui linhas para leitores e leitoras responderem às perguntas no final de cada texto. O *eBook* não possui linhas, mas foi enriquecido com figuras e mais perguntas. A título de exemplo, o texto entregue às participantes quanto ao tema expressar e ouvir opiniões consta no Apêndice D.

4. Tarefas

As folhas de tarefas (Apêndice E) continham, de modo geral, solicitações de aplicação dos comportamentos-alvo discutidos e perguntas sobre essa aplicação, em que a participante deveria oferecer relatos descritivos escritos de acordo com o que aconteceu durante a emissão dos comportamentos sugeridos. Por exemplo, na tarefa da sessão que tematizou o comportamento de elogiar, a participante foi convidada a fazer um elogio a alguém de seu convívio e registrar o que elogiou; em que situação elogiou; o que disse; como foi a reação da outra pessoa e como a própria participante se sentiu ao emitir esse comportamento. Via de regra, as perguntas visavam explorar as contingências em vigor na vida das participantes (contexto antecedente, resposta e consequências). A maior parte das tarefas apresentava mais de um comportamento, assim como as sessões em que eram entregues.

¹⁵ De acordo com as referências de habilidades sociais utilizadas.

¹⁶ As referências indicadas correspondem às últimas versões das cartilhas consultadas. No entanto, o pesquisador elaborou os textos com base em versões anteriores dessas cartilhas, pois as últimas versões ainda não estavam publicadas.

5. Instrumentos de avaliação

Para a avaliação dos resultados do procedimento em termos de indicadores de ansiedade, depressão e habilidades sociais foram utilizados instrumentos padronizados. Todas as avaliações foram iniciadas com os instrumentos padronizados (GAD-7, PHQ-9 e IHS-2), entregues juntos ou separados, e, depois, foram investigadas as queixas por meio do *Checklist* de Queixas. As Avaliações do Processo Terapêutico foram entregues em seguida para preenchimento em sessão ou, caso faltasse tempo, como tarefa para a próxima sessão. No caso das sessões de avaliação intermediária, final e de seguimento, houve discussão das demandas espontâneas da participante antes do início da aplicação dos instrumentos.

5.1 PHQ-9 - Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 (*Patient Health Questionnaire- 9*) (Anexo B)

Consiste em uma escala de auto-relato de uso livre com nove itens que descrevem sintomas de transtorno depressivo, baseado diretamente nos critérios diagnósticos para Desordem de Depressão Maior do DSM-IV. Para cada item, o respondente deve assinalar a resposta que melhor descreve a frequência com que se sentiu incomodado pelo respectivo sintoma nas últimas duas semanas. As alternativas de resposta são “Nenhuma vez”, “Vários dias”, “Mais da metade dos dias” e “Quase todos os dias”. Quanto maior a frequência, maior a pontuação atribuída a cada item, variando de 0 a 3 pontos, respectivamente. Ao final das questões, o respondente também deve assinalar o grau do prejuízo funcional que associa aos sintomas relatados, com uma variação de “nenhuma dificuldade” até “extrema dificuldade”. O PHQ-9 foi proposto e validado por Spitzer, Kroenke e Williams (1999) e por Kroenke, Spitzer e Williams (2001) e traduzido por Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY). Possibilita o rastreamento de sinais e sintomas da Depressão Maior, sendo que quanto maior o escore, mais indicadores de problemas. No Brasil, foi conduzido um estudo psicométrico com o PHQ-9 (OSÓRIO; MENDES; CRIPPA; LOUREIRO, 2009), sendo a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV utilizada como instrumento de referência, o qual apresentou uma excelente validade. Os resultados identificados foram de uma área sob a curva ROC (AUC) de 0,998 ($p < 0,001$) e a nota de corte maior ou igual a 10 mostrou-se a mais adequada para rastreamento da depressão, com sensibilidade (S) de 1,00, especificidade (E) de 0,98, valor preditivo positivo de 0,97, valor preditivo negativo de 1,00 e eficácia diagnóstica de 0,999 (OSÓRIO; MENDES; CRIPPA; LOUREIRO, 2009). Santos et al. (2013) também conduziram um estudo de validação do instrumento entre adultos da população geral no Brasil, e avaliaram

o instrumento como adequado para rastreamento de episódio depressivo maior, mas encontraram um ponto de corte no escore 9. No presente estudo escores iguais ou superiores a 10 foram considerados como indicativos de transtorno depressivo.

5.2 GAD-7 - *Módulo de ansiedade do Patient Health Questionnaire* (Anexo C)

É uma escala de auto-relato e uso livre com sete itens que descrevem sintomas de transtorno de ansiedade. Semelhante ao PHQ-9 em sua forma de aplicação, lista os sete sintomas e solicita que o respondente assinale uma alternativa de frequência de incômodo para cada um dos sintomas nas últimas duas semanas. As alternativas também são “Nenhuma vez”, “Vários dias”, “Mais da metade dos dias” e “Quase todos os dias”, com pontuações que variam de 0 a 3, respectivamente. O GAD-7 foi desenvolvido por Spitzer et. al. (2006), validado por Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan e Löwe (2007) e traduzido para o português por Pfizer (Copyright © 2005 Pfizer Inc., New York, NY). Possibilita o rastreamento de sinais e sintomas de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Em estudo psicométrico realizado por Moreno et al. (2016), teve sua estrutura fatorial unidimensional avaliada como adequada para a população adulta brasileira, a partir de análise fatorial confirmatória. Os resultados de *alfa de Cronbach* (0,916) e de *coeficiente rho de confiabilidade composta* (0,909) indicam boa fidedignidade da escala. Além disso, segundo resultados paramétricos das análises dos itens no mesmo estudo, os itens 5 (“ficar tão agitado que se torna difícil permanecer sentado”) e 7 (“sentir medo como se algo horrível fosse acontecer”) demonstraram-se os indicadores de maior severidade dos transtornos. Escores iguais ou superiores a 10 foram considerados como indicativo de transtorno de ansiedade.

Bergerot, Laros e Araújo (2014) verificaram as propriedades psicométricas do PHQ-9 e do GAD-7 em um estudo com pacientes oncológicos, e também atestam a adequação dos instrumentos para avaliar depressão maior e ansiedade generalizada, respectivamente.

5.3 IHS-2 (*Inventário de Habilidades Sociais 2- Del Prette*)

Consiste em um instrumento de auto-relato que caracteriza o desempenho social em diferentes situações interpessoais, validado por Del Prette e Del Prette (2018) para aplicação em adultos entre 18 e 59 anos. O inventário possui 38 asserções descritivas de interações sociais para as quais o respondente deve assinalar uma frequência que descreve qual é o número de vezes em que se sentiria ou comportaria daquela forma (o comportamento é apresentado sublinhado) naquela situação (não sublinhada), entre dez ocorrências daquela situação. As cinco

possíveis respostas variam de “nunca ou raramente” (de 0 a 2 vezes entre 10 ocorrências da situação descrita) a “sempre ou quase sempre” (de 9 a 10 vezes entre 10 ocorrências). A partir das respostas, é possível avaliar na folha de apuração o quanto cada habilidade social do respondente se aproxima da média para aquela população (0 a 4 pontos). Também é possível calcular escores fatoriais que correspondem a cinco dimensões das habilidades sociais (Conversação assertiva, Abordagem afetivo-sexual, Expressão de sentimento positivo, Autocontrole/enfrentamento e Desenvoltura social) a partir da soma das pontuações obtidas em conjuntos de itens. Tanto a pontuação geral como os valores fatoriais adequam-se entre as classificações “indicação para treinamento de habilidades sociais”, “bom repertório abaixo da mediana”, “repertório mediano”, “bom repertório acima da mediana” e “repertório bastante elaborado de habilidades sociais”. Segundo o manual do instrumento, essa estrutura fatorial foi gerada a partir do método *Exploratory Structural Equation Modeling*, que congrega análises fatoriais exploratória e confirmatória com base em matrizes de correlações policóricas. As análises retiveram 30 itens com consistência interna excelente (alfa de Cronbach=0,944) e uma estrutura de cinco fatores com alta consistência. O instrumento diferencia grupos etários (um entre 18 e 38 anos e outro entre 39 a 59 anos) e sexuais (homens e mulheres), quanto aos seus valores numéricos de referência. Ademais, o IHS-2 possui validade convergente com o Inventário de Rathus ($r=0,79$; $p=0,01$), e estabilidade teste-reteste com a sua versão anterior muito boa ($r=0,9$; $p=0,01$) (DEL PRETTE; DEL PRETTE; 2018).

5.4 Checklist de Queixas

É um instrumento não padronizado contendo as queixas que cada participante apresentou nas sessões da linha de base, utilizado para investigar o estado das queixas a cada sessão de sondagem dos sintomas. Sua aplicação foi conduzida pelo terapeuta, que buscou relatos da cliente sobre melhora, manutenção, piora ou retirada de cada queixa apresentada antes da intervenção. Um exemplo de Checklist consta no Apêndice H.

5.5 Avaliação do Processo Terapêutico

Instrumento não padronizado elaborado pelo pesquisador com questões abertas sobre avaliação geral da terapia, avaliação dos resultados da terapia e sugestões/críticas, e questões de múltipla escolha sobre habilidade e postura do terapeuta, o nível de dificuldade e de adequação dos textos e das tarefas e autoavaliação do envolvimento na terapia.

A Avaliação do Processo Terapêutico buscou avaliar as mesmas dimensões que o questionário aplicado por Dahlgren e Stedal (2017), mas com perguntas diferentes. O instrumento possui duas versões (Apêndices F e G) porque uma teve a redação de suas perguntas adaptada ao momento da avaliação intermediária e outra teve a redação adaptada ao momento da avaliação final.

6. *Aparelho celular com um aplicativo de gravação de voz*

Todas as sessões foram gravadas em áudio para posterior consulta para elaboração dos relatórios, por meio do aplicativo “Gravador de Voz”, instalado nos aparelhos celulares do pesquisador (*Moto G4 Plus* e *Moto G8 Plus*). Essa coleta foi autorizada pelas participantes no TCLE.

Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados se iniciou com a leitura do relatório de inscrição das participantes no sistema do Centro de Psicologia Aplicada. Tais relatórios foram elaborados por estagiários que fizeram a entrevista inicial com as participantes e continham sintomas de ansiedade e depressão que foram registrados.

Após o contato com as participantes, foram realizadas sessões individuais de sondagem (linhas de base) para aplicação dos instrumentos de rastreio de ansiedade e depressão, habilidades sociais e acompanhamento das queixas e sintomas.

Para o acompanhamento das queixas e sintomas, foi utilizado o *Checklist* de Queixas, cuja elaboração personalizada ocorreu da seguinte forma: na sessão de contato inicial com cada participante, após o preenchimento dos instrumentos padronizados, o pesquisador investigou o que motivou a busca por terapia. Após as sessões, ouviu as respectivas gravações de áudio para identificar e anotar todas as queixas que as participantes apresentaram. A partir de então, em cada uma das sessões subsequentes de avaliação (linhas de base, intermediária, final e seguimento), o terapeuta retomou cada uma das queixas para investigar o seu estado (melhora, manutenção, piora ou retirada da queixa¹⁷), a partir de uma *checklist* contendo as queixas em forma de tabela. Essa tabela continha uma coluna com as queixas, outra para sinalização de melhoras, pioras ou manutenção da queixa e uma terceira para sinalização de retirada da queixa, conforme Apêndice H.

¹⁷ Se a avaliação de uma queixa não fazia mais sentido para uma participante, por já ter sido superada ou aceita como característica individual da participante, era oferecida a possibilidade de a queixa ser retirada do *Checklist* e das avaliações posteriores.

A adição de novas queixas sempre foi considerada como uma possibilidade, principalmente quando, ao final da aplicação do *Checklist*, o pesquisador perguntava às participantes se gostariam de acrescentar alguma queixa. Para elaboração da análise funcional das queixas, ocorreram duas sessões para cada participante, nas quais foram coletadas informações sobre antecedentes, respostas, consequências, histórico e frequência de cada queixa. Essas sessões ocorreram logo após as linhas de base.

A coleta de dados continuou durante as sessões conduzidas individualmente para cada participante por cerca de um ano. As sessões tiveram frequência semanal e duração aproximada de 90 minutos, durante os quais buscou-se oferecer tempo para discussão de demandas emergentes que as participantes apresentavam, das tarefas realizadas e do tema da sessão (a partir das perguntas disparadoras), seguida das atividades temáticas, avaliação das sessões e apresentação de texto e tarefa sobre o tema da sessão.

Para cada sessão, foi elaborado material sobre habilidades sociais e planejaram-se formas de adaptá-lo às demandas de cada participante. Esse material foi composto por folhas com perguntas e atividades disparadoras de discussão sobre cada habilidade, textos que resumiam as principais indicações sobre cada habilidade e tarefas para as participantes preencherem entre as sessões. Os dois últimos foram entregues após discussão sobre a respectiva habilidade, sendo que a tarefa deveria ser preenchida e devolvida pelas participantes.

É importante ressaltar que ainda que o procedimento tenha feito uso de biblioterapia e tematizado assuntos e comportamentos específicos em suas sessões, contemplou análises funcionais e participação ativa das participantes nas discussões dos comportamentos-alvo, o que permitiu sua adaptação de acordo com as demandas individuais de cada uma delas.

Para avaliar a satisfação das participantes com o Promove – Saúde da Mulher, o terapeuta fez uso de perguntas como “como você avalia a sessão de hoje?” ou “o que achou de hoje?” no final da maior parte das sessões. No meio e no final do processo interventivo, entregou-lhes uma ficha de avaliação escrita do processo terapêutico, juntamente com os outros instrumentos. Essa ficha (apêndice F e G) foi elaborada incluindo questões de acordo com os quesitos que se esperava avaliar.

Foram aplicados os instrumentos padronizados antes (em sessões de linha de base), ao meio (sessão de avaliação intermediária) e após as intervenções (sessões de avaliação final e seguimento) para avaliação dos sintomas de ansiedade (GAD-7) e depressão (PHQ-9) e do repertório de habilidades sociais (IHS-2) das participantes. As folhas de aplicação foram coletadas e apuradas. Para monitorar o desenvolvimento das queixas que as participantes

apresentaram para a terapia, foi utilizado o *Checklist* de Queixas preenchido pelo próprio pesquisador a partir das respostas fornecidas pelas participantes.

Também foram obtidas medidas processuais dos resultados do procedimento a partir da gravação (consentida) em áudio das sessões (por meio de um programa de gravação em aparelho celular) e da coleta de registros escritos das tarefas atribuídas às participantes. Essas duas fontes foram utilizadas para analisar o estado das queixas e dos sintomas das participantes, sessão a sessão.

Após cada sessão, foi redigido um relatório para registrar de forma geral os aspectos mais importantes que ocorreram na interação terapêutica. Em alguns momentos recorreu-se às gravações de áudio para se certificar das informações que apresentava. Após escritos, os relatórios foram enviados à orientadora do presente projeto, que atuou como supervisora clínica dos atendimentos realizados, comentando e fazendo sugestões pertinentes aos casos.

Procedimento de análise de dados

1. Instrumentos padronizados

Após coletados, os dados dos instrumentos padronizados foram tabulados e codificados de acordo com seus respectivos manuais e valores de referência. O Método JT (JACOBSON; TRUAX, 1991) foi utilizado para avaliar estatisticamente a significância clínica e a confiabilidade das mudanças observadas nos três instrumentos padronizados. Para tanto, foram lançados os dados dos períodos e participantes no software Psicoinfo¹⁸ conforme apresentado no Quadro 3.

O Método JT utiliza como referência os dados de uma população de referência que tenha sido avaliada pelos instrumentos, bem como o índice de confiabilidade dos instrumentos e as pontuações mínimas e máximas do instrumento. Essa população pode ser classificada como “funcional” ou “disfuncional” (VILLA; AGUIAR, 2012). Para este estudo, foram utilizados dados de populações disfuncionais, obtidas em estudos anteriores (Apêndice I¹⁹). Portanto, o Critério A do teste, relativo à comparação com populações disfuncionais, foi utilizado.

O Método JT apresenta seus resultados em duas dimensões: em termos de confiabilidade da mudança e em termos de significância clínica da mudança. A confiabilidade representa se a mudança observada no período avaliado pode, ou não, ser atribuída à intervenção realizada. A

¹⁸ O Psicoinfo é um software gratuito e online para realização de análises estatísticas via Método JT. Pode ser acessado pelo endereço <http://web-03.ufscar.br:8080/cech/psicoinfo>

¹⁹ Os dados utilizados para a realização das análises JT e as respectivas referências estão disponíveis no Apêndice I.

significância clínica, por sua vez, representa se a mudança observada tem, ou não, impacto significativo na vida da participante.

Quadro 3- Análises realizadas por meio do Método JT

Períodos comparados	Participantes	Hipótese/meta
Linha de base 1- linha de base 2	P1-P2-P3	Ausência de mudança confiável e clinicamente significativa (estabilidade)
Linha de base 2- linha de base 3	P2-P3	
Linha de base 3- linha de base 4	P3	
Linha de base 1- avaliação intermediária	P1-P2-P3	Presença de mudança confiável e clinicamente significativa
Linha de base 1- avaliação final	P1-P3	
Avaliação intermediária – avaliação final	P1-P3	
Avaliação final- avaliação de seguimento	P1-P3	Ausência de mudança confiável e clinicamente significativa (estabilidade)

Fonte: elaborado pelo próprio autor

2. Checklists de Queixas

Os resultados dos *Checklists* de Queixas também foram tabulados, mas seus parâmetros de referência foram o estado inicial de cada participante. Nesse sentido, as melhoras e as piores foram identificadas a partir de uma comparação que cada participante fez em conjunto com o terapeuta do estado atual da respectiva queixa em relação ao seu estado antes do início da intervenção.

Para a apresentação dos dados da *Checklist* de Queixas e sua análise em termos quantitativos, foram atribuídos valores a cada tipo de resultado obtido. O quadro abaixo indica os valores atribuídos a cada estado das queixas investigadas.

Quadro 4- Valores para codificação dos resultados do *Checklist* de Queixas

Resultado	Valor atribuído
Queixa ausente	0
Queixa presente com melhora (atenuada)	1
Queixa presente sem melhora (manutenção)	2
Queixa presente com piora	3

Fonte: elaborado pelo próprio autor

3. Análise do Desenvolvimento da Competência Social/Comportamental²⁰

Os relatórios redigidos pelo pesquisador foram relidos após as intervenções em busca de relatos das clientes de repertórios adequados, parcialmente adequados ou inadequados, com o objetivo de identificar padrões de desenvolvimento do seu repertório. Os critérios para essa categorização e contabilização dessas ocorrências nos relatórios constam mais adiante. A proposta de analisar relatórios em busca de medidas de processo foi retirada de Orti, Bolsoni-Silva, Grecco e Matsunaka (2015), mas enquanto que o estudo das autoras enfocou a interação terapêutica, este estudo procurou por relatos das participantes de emissão de repertório ou de dificuldades em emissão de repertório comportamental.

Cada relatório continha data da sessão, identificação do tema da sessão, o material utilizado para as atividades disparadoras (perguntas, situações para simulação, tabelas para preenchimento de situações) e os destaques do conteúdo abordado em cada sessão, nomeada como resultados. A seção dos resultados foi utilizada para esta análise.

Foram analisados todos os relatórios da fase interventiva dos procedimentos realizados com as três participantes e excluídos os de sessões de sondagem inicial, investigação funcional, avaliação intermediária, final e de seguimento. Isto se deve ao foco deste estudo em identificar o desenvolvimento do repertório das participantes durante a fase de intervenção programada, que tinha um formato diferente das sessões de avaliação.

Cinco grandes categorias foram formadas. Os comportamentos contemplados por cada uma delas constam no Quadro 5. Foram analisados relatórios de 21 sessões com a Participante 1, 11 sessões com a Participante 2 e 19 sessões com a Participante 3. A partir da leitura das seções de resultados dos mesmos, o pesquisador identificou comportamentos-alvo da intervenção e os classificou como adequado (A), parcialmente adequado (P) ou inadequado (I). Os comportamentos adequados foram grifados em verde, os parcialmente adequados foram grifados em amarelo e os inadequados foram grifados em vermelho. Depois de ter grifado todos os comportamentos-alvo, o terapeuta preencheu uma tabela identificando cada ocorrência com o número da respectiva sessão temática (T1 para sessão temática 1, por exemplo) e a classificação do nível de adaptabilidade do repertório (A, P ou I). Nesta tabela, foram separadas as ocorrências de cada comportamento por interlocutores (marido, filho, trabalho e outros).

²⁰ O termo “competência social” encontra correspondência em Del Prette e Del Prette (2017), enquanto que o termo “comportamental” foi inserido para referir-se ao grau de adaptação do repertório avaliado que não envolve interações sociais, por exemplo o de organização do tempo e planejamento financeiro.

Quadro 5- Descrição das categorias de comportamentos avaliados nos relatórios

Categoria	Comportamentos integrantes
Conversação positiva	Iniciar conversação Manter conversação Encerrar conversação Fazer perguntas Responder a perguntas Falar em público
Demonstração de sentimentos positivos e reações positivas	Elogiar Expressar sentimento positivo Receber elogio Dar <i>feedback</i> positivo Receber <i>feedback</i> positivo Agradecer
Autocontrole e enfrentamento	Expressar opiniões Ouvir opiniões Fazer pedidos e convites Responder a pedidos e convites Fazer críticas Receber críticas Expressar sentimento negativo Admitir erros e pedir desculpas Lidar com emoções e sentimentos Dar <i>feedback</i> negativo Receber <i>feedback</i> negativo Negociar Ignorar comportamentos triviais Manter a consistência
Organizar o tempo e evitar procrastinar	Organizar o tempo Evitar procrastinar
Autocontrole e planejamento financeiro	Autocontrole financeiro Planejamento financeiro

Fonte: elaborado pelo próprio autor

Os critérios para classificar um comportamento como alvo da intervenção e selecion  lo para análise foram **conter a palavra “dificuldade”** (representando um déficit comportamental) OU **descrever interação da participante com o ambiente que tenha relação com as queixas** que a respectiva participante apresentou ao longo da pesquisa OU **descrever o desempenho da participante em uma situação simulada** que tenha relação com suas queixas ou com os objetivos da intervenção.

O Quadro 6 indica os critérios para se classificar cada comportamento identificado como adequado, parcialmente adequado ou inadequado.

Quadro 6- Critérios para a classificação da adequação de cada comportamento avaliado nos relatórios

Classificação do comportamento relatado	Critérios para a classificação
Adequado	associação predominante do comportamento com consequências positivas e sentimentos positivos
Parcialmente adequado	associação do comportamento com consequências positivas e/ou sentimentos positivos e/ou com as prescrições da área de habilidades sociais E SIMULTANEAMENTE associação com consequências negativas e/ou sentimentos negativos relacionada com um déficit ou excesso de repertório da participante
Inadequado	sinização explícita de dificuldade OU falta de repertório adaptativo OU associação predominante do comportamento com consequências negativas e sentimentos negativos relacionada com um déficit ou excesso de repertório da participante

Fonte: elaborado pelo próprio autor

Os seguintes padrões também foram adotados para a análise:

- Comportamentos emitidos no contexto da interação terapêutica, exceto simulações, foram desconsiderados.
- “Críticas-sanduiche” (elogio juntamente com crítica) serão separadas na contabilização, e pontuarão como crítica e como elogio.
- As categorias “Organizar o tempo e evitar procrastinar” e “Autocontrole e planejamento financeiro” não se encaixam em nenhum interlocutor específico, então só possuem uma categoria geral para cada.
- Quando os interlocutores de um comportamento não foram especificados no relatório, o pesquisador levou em consideração o seu conhecimento acerca do caso da respectiva participante para classificar a que contextos aquela habilidade ou aquele déficit se referiu. Alguns comportamentos e déficits foram contabilizados em duas ou mais categorias (marido e filhos, por exemplo), quando se referiam a mais de um interlocutor.
- Solicitação de mudança de comportamento foi classificada como pedido. Se a solicitação de mudança de comportamento envolveu outros comportamentos como *feedback* negativo ou expressão de sentimentos, também foi contabilizado em cada uma das outras categorias.
- Se a pergunta recebida pela participante foi um pedido, sua resposta foi classificada como resposta a pedidos e não a perguntas.
- Repetições de interações já descritas foram desconsideradas.

- Quando uma mesma ocorrência de um comportamento foi identificada por mais de uma vez em um relatório, só pontuou como uma ocorrência.
- Comportamentos, facilidades e dificuldades inespecíficos relacionados a trabalhar em equipe foram contabilizados como “Negociar”.
- Relatos de execução de atividade física associados a bem-estar psicológico foram contabilizados como “lidar com emoções e sentimentos”, no contexto “outros”.
- Nos casos em que um relato de pergunta representar função específica de manter conversação ou fazer pedido, foram contabilizadas somente como manter conversação ou fazer pedido, respectivamente.
- Indicações de facilidades generalizadas foram contabilizadas como comportamento adequado em todas as categorias

Para fins de apresentação dos resultados, as sessões foram divididas em quatro blocos cujas frequências acumuladas de comportamentos avaliados como adequados, parcialmente adequados e inadequados²¹ de cada categoria de comportamentos são apresentadas. A divisão das sessões em blocos foi feita da seguinte forma: os três primeiros blocos contemplaram cinco sessões cada e as sessões remanescentes ficaram no quarto bloco, sendo seis para a Participante 1 e quatro para Participante 3. Como a Participante 2 só participou até a primeira sessão do terceiro bloco, a frequência acumulada de seus comportamentos aumentou muito pouco no referido período. Ademais, para ela, não houve quarto bloco.

A divisão das sessões foi realizada em quatro blocos porque foi o menor número possível que pode evidenciar algum desenvolvimento no repertório da Participante 2 e ainda assim compará-lo com o das outras participantes. Se fosse utilizada a divisão em dois blocos (antes e após a sessão intermediária), só haveria uma sessão a ser analisada para a respectiva participante no segundo bloco, devido ao seu abandono na sessão 11.

4. Avaliação do Processo Terapêutico

O instrumento de avaliação do processo terapêutico também foi analisado qualitativamente, em busca de respostas que demonstrassem a (in)satisfação com a intervenção adotada, com a postura do terapeuta, a dificuldade e adequabilidade do material utilizado para biblioterapia e tarefas e percepção do próprio desenvolvimento. As respostas às questões

²¹ Participam dessa análise tanto relatos de comportamentos ocorridos fora da sessão, quanto comportamentos emitidos em simulações realizadas nas sessões e dificuldades identificadas pelas participantes na emissão de comportamentos fora das sessões. No entanto, para sintetizar a escrita, será utilizada somente a palavra relatos.

discursivas do instrumento foram categorizadas, para a identificação de elementos que apareceram com maior destaque em termos de resultados percebidos pelas participantes acerca da terapia.

RESULTADOS

Desde o contato inicial, as três participantes demonstraram bastante interesse em participar da pesquisa. As três apresentavam demandas importantes que comprometiam sua qualidade de vida, mas concordaram em esperar até que fossem chamadas para a intervenção²².

As participantes 1 e 3 compareceram a 29 sessões até o final das intervenções e avaliações propostas, com raras faltas, todas notificadas com antecedência. A Participante 2 participou de 18 sessões, abrangendo somente 11 conjuntos de comportamentos-alvo, dos 17 propostos. Ela apresentou alta frequência de faltas ao longo de toda a pesquisa (pelo menos 15), entre as quais 8 foram avisadas com antecedência e pelo menos 7 não o foram. Depois da avaliação intermediária, mesmo afirmando seu interesse em continuar com a terapia, só compareceu mais uma vez e, a partir de então, faltou a todas as sessões agendadas até que se configurasse abandono da terapia.

Ela realizava muitas tarefas em sua vida, entre as quais vendia produtos como autônoma, cuidava da casa e dos filhos e cursava uma graduação. Além disso, algumas das medicações que tomava traziam efeitos colaterais importantes que a impediam de vir à terapia, conforme justificado pela própria participante. O pesquisador buscou adequar o máximo possível a intervenção aos horários e demandas da participante, como fazer contato por WhatsApp, ligar para lembrar das sessões, agendar brinquedistas para seus filhos, ir à escola de seu filho para discutir queixas escolares, planejar sessões mais curtas, entre outras. Ainda assim, as condições de vida da participante a impediram de continuar. Mesmo tendo participado somente da metade da intervenção proposta, a participante avalia ter-se beneficiado dela, como será apresentado mais adiante.

Outra variável que possivelmente determinou o abandono da Participante 2 foi o fato de ela ter sido demitida de um trabalho que a adoecia antes do início da intervenção com o Promove – Saúde da Mulher. Isso propiciou melhora em seus sintomas de ansiedade e depressão e reduziu sua motivação para participar da terapia. Adicionalmente, a demissão dificultou a atribuição da melhora à intervenção propriamente dita.

²² As participantes foram orientadas a entrarem em contato com o pesquisador caso necessitassem.

Conforme combinado com as participantes e informado no TCLE, a ordem de chamada para início das fases interventivas da pesquisa seria prioritariamente determinada por sorteio. Assim aconteceu no primeiro mês. No segundo mês, todavia, foi necessário escolher uma das participantes (a Participante 2) devido a apresentação de demandas urgentes, como sintomas físicos frequentes e intenso sofrimento psicológico que necessitavam intervenção mais imediata. A outra participante (Participante 3) foi informada sobre esse encaminhamento. No terceiro mês, a última participante, foi convidada a iniciar a intervenção.

Para a fase interventiva, foram propostas inicialmente sessões de cinquenta minutos. Mas devido às demandas de acolhimento das queixas espontâneas apresentadas pelas participantes e aplicação do procedimento, foi necessário aumentar o tempo máximo das sessões para 90 minutos, aproximadamente.

Apesar de o planejamento realizado indicar a frequência semanal das sessões da fase interventiva, houve um período de recesso de três semanas, para férias do terapeuta, e, depois, de uma semana para sua participação de um evento científico. Durante esses períodos, as participantes foram orientadas a contatar o pesquisador por telefone ou e-mail caso precisassem.

No momento das avaliações de seguimento, quando questionadas, tanto a Participante 1 quanto a Participante 3 demonstraram interesse em continuar com o atendimento psicológico para resolver queixas remanescentes. Então o pesquisador ofereceu esse serviço.

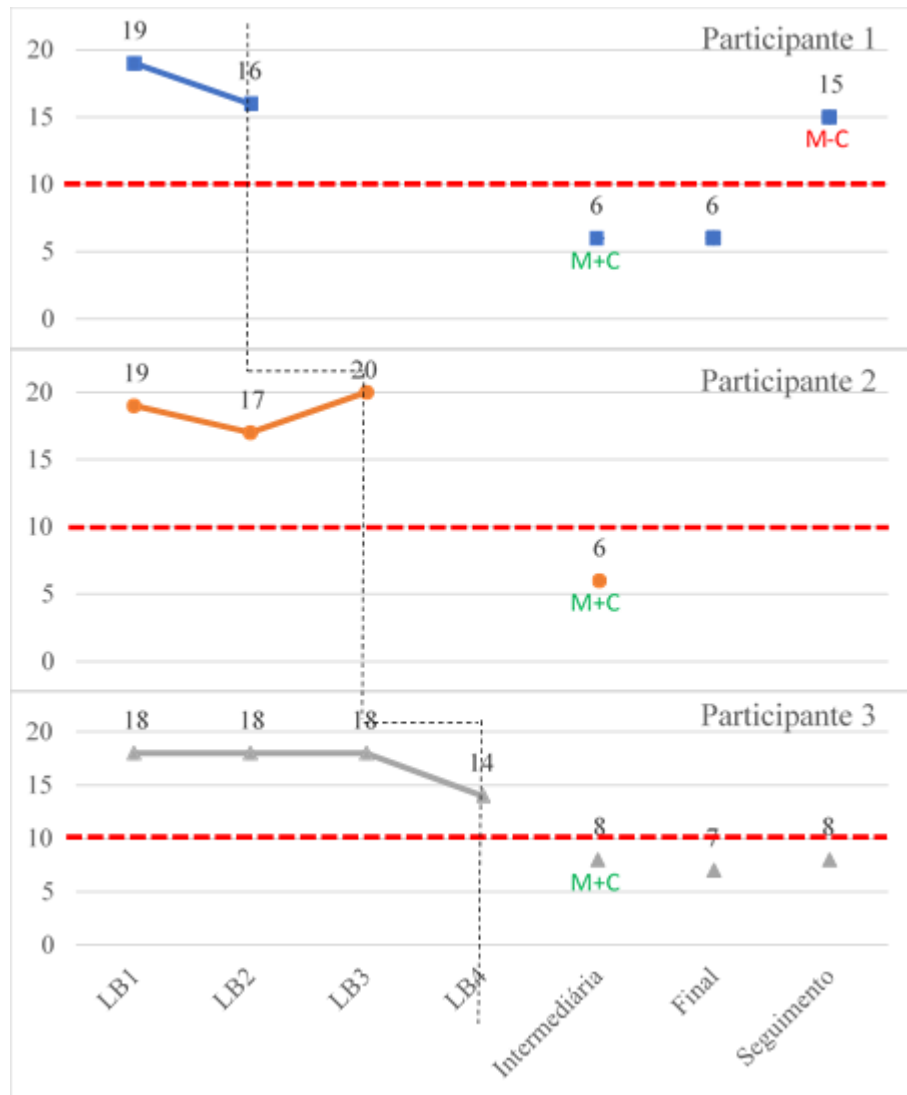
1. Instrumentos padronizados

1.1 GAD-7 (Ansiedade)

A Figura 6 apresenta os escores e níveis de pontuação do instrumento GAD-7 nas diferentes fases da pesquisa. A linha vermelha indica a pontuação de corte adotada para considerar um caso clínico, qual seja, de 10 pontos. As linhas verticais tracejadas indicam o início da intervenção (Promove – Saúde da Mulher) para cada participante, de acordo com o delineamento de linha de base múltipla. As pontuações Participantes 1, 2 e 3 são representadas em ordem e, respectivamente, pelas cores azul, laranja e cinza e pelos marcadores quadrados, redondos e triangulares. Os pontos representativos da linha de base foram ligados e tiveram um mês de diferença entre um e outro.

Os resultados das análises estatísticas (Método JT), quando relevantes, também foram inseridos nos gráficos, conforme indica a legenda. Tanto no GAD-7, quanto no PHQ-9, o método JT não acusou significância clínica em nenhuma mudança, mas o ponto de corte foi utilizado como a principal referência da relevância das mudanças observadas.

Figura 6- Escores de ansiedade segundo resultados do GAD-7 por momento



Legenda: M+C= mudança positiva confiável (de acordo com o Método JT)

M-C=mudança negativa confiável

Fonte: elaborada pelo próprio autor

De acordo com a Figura 6, as três participantes se mantiveram com níveis clínicos de ansiedade durante todas as avaliações de linha de base, de acordo com os pontos de corte do instrumento GAD-7. Não ocorreram mudanças estatisticamente confiáveis no período. As três participantes apresentaram mudança positiva confiável na avaliação intermediária, deixando o nível clínico (rastreado pelo instrumento) para ansiedade.

Na avaliação final, nenhuma mudança confiável foi sinalizada pelo método JT, mas os escores permaneceram não clínicos. Nas avaliações de seguimento, a Participante 1 apresentou uma mudança negativa confiável e retorno ao nível clínico de ansiedade. A Participante 3 manteve seu escore não clínico e sem mudanças confiáveis.

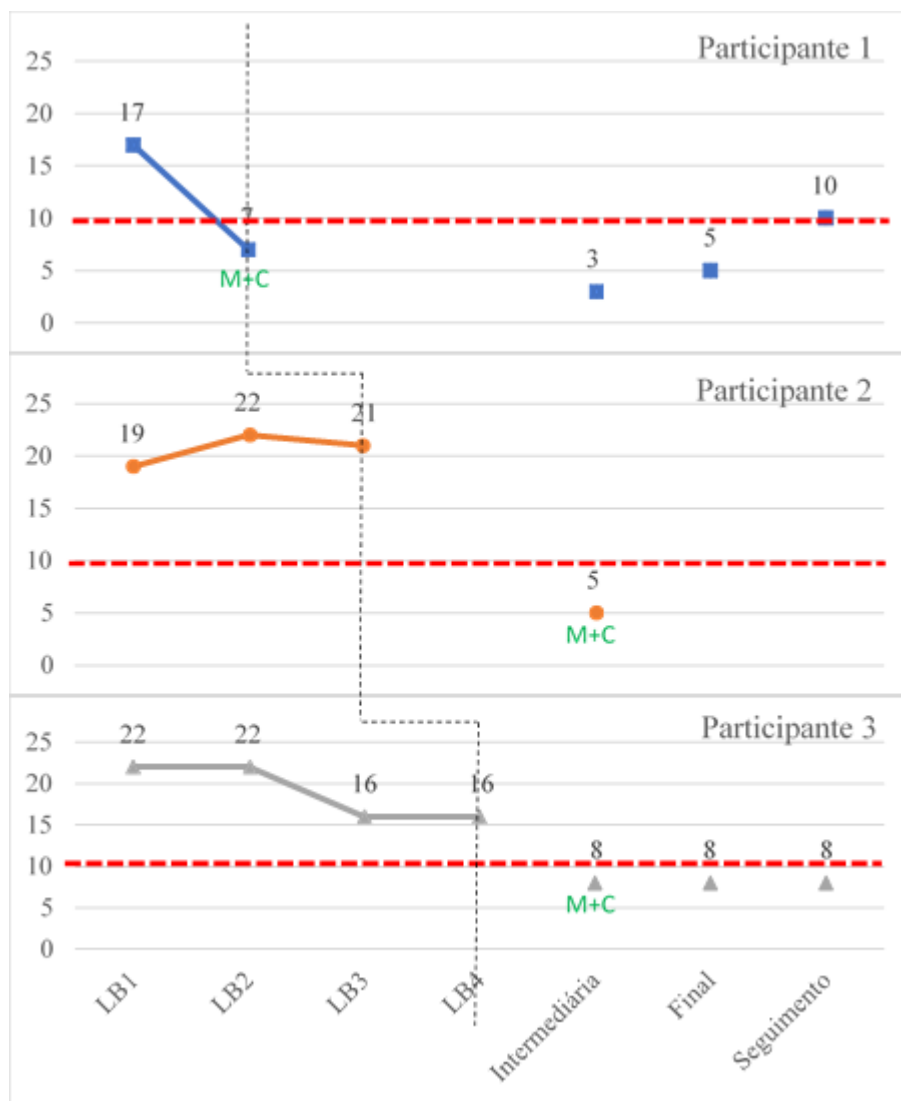
1.2 PHQ-9 (Depressão)

A Figura 7 apresenta os escores e níveis de pontuação do instrumento PHQ-9 nas diferentes fases da pesquisa, e foi construída da mesma forma que a Figura 6.

De acordo com ela, a Participante 1 apresentou, ainda na linha de base, uma mudança positiva confiável (JT), com transição para o nível não clínico. Ou seja, antes do início da intervenção, ela deixou o status clínico de depressão de acordo com o ponto de corte adotado. As participantes 2 e 3 se mantiveram com níveis clínicos de depressão durante todas as avaliações de linha de base, sem mudanças estatisticamente confiáveis de acordo com o método utilizado.

As três participantes apresentaram níveis não clínicos de depressão na avaliação intermediária, o que também representou mudança positiva confiável somente para as participantes 2 e 3. Na avaliação final, nenhuma mudança confiável foi sinalizada pelo método JT, mas os escores permaneceram não clínicos. Na avaliação de seguimento, a Participante 1 voltou a apresentar nível clínico de depressão, o que não representou mudança confiável de acordo com o método JT. A Participante 3 manteve seu escore não clínico e sem mudanças confiáveis.

Figura 7- Escores de depressão segundo resultados do PHQ-9 por momento



Legenda: M+C= mudança positiva confiável (de acordo com o Método JT)

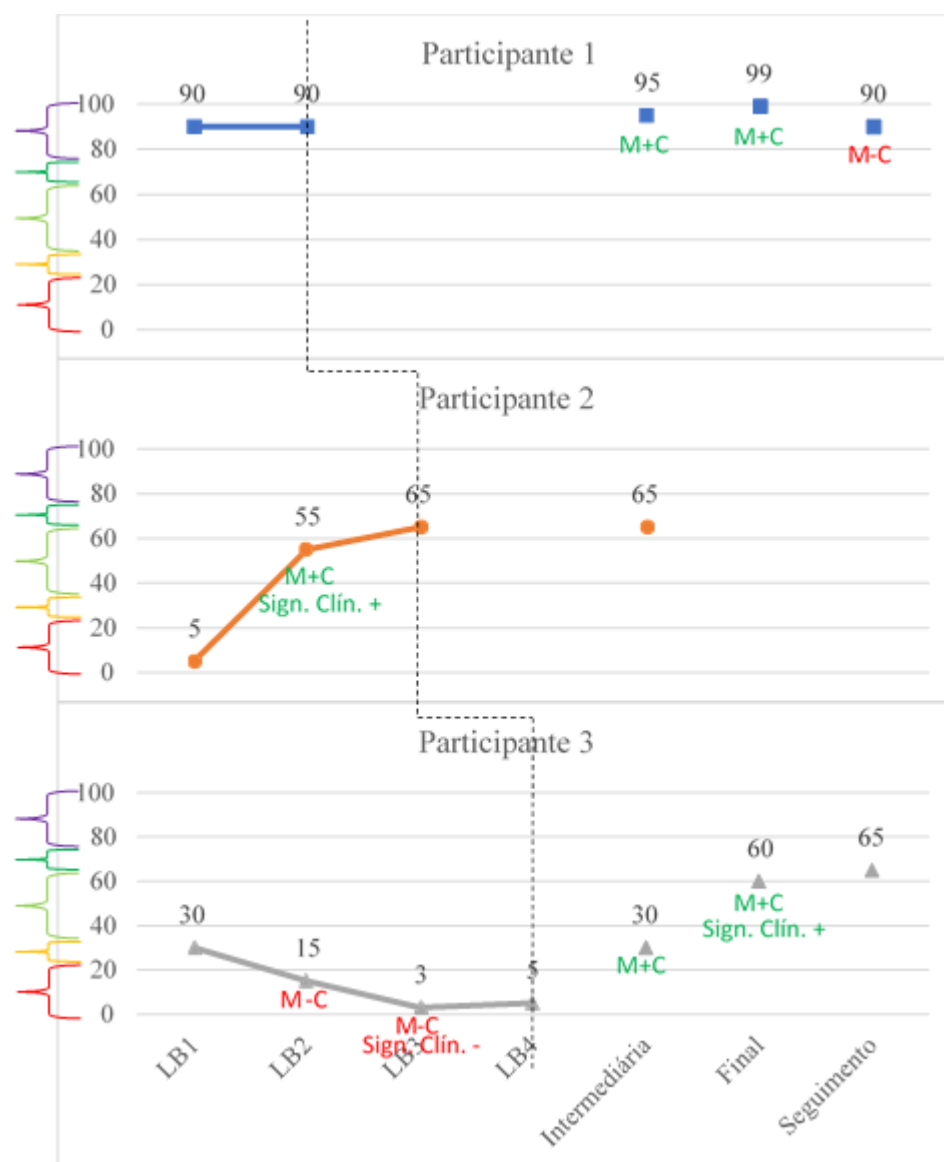
M-C=mudança negativa confiável (JT)

Fonte: elaborada pelo próprio autor

1.3 IHS-2 Del Prette (Habilidades Sociais)

A Figura 8 reúne em forma gráfica os resultados do escore geral do instrumento IHS-2. As cores das chaves indicam a classificação do instrumento de acordo com os percentis encontrados (vermelha- repertório inferior de HS; laranja- repertório médio-inferior de HS; verde claro- bom repertório de HS; verde escuro- repertório elaborado de HS; roxa- repertório bastante elaborado de HS). As linhas pontilhadas têm o mesmo significado que nos gráficos anteriormente apresentados. Os resultados brutos obtidos por participante encontram-se no Apêndice J. Novamente, os resultados das análises estatísticas, quando relevantes, foram incluídos abaixo de cada ponto dos gráficos.

Figura 8- Percentis das participantes no escore geral do IHS-2 Del Prette



Legenda: M+C= mudança positiva confiável (de acordo com o Método JT)

M-C=mudança negativa confiável (JT)

Sign. Clín. += transição para a população funcional (de acordo com o Método JT)

Sign. Clín. -= transição para a população disfuncional (JT)

Fonte: elaborada pelo próprio autor

De acordo com a Figura 8, somente a Participante 1 apresentou estabilidade na linha de base, no que diz respeito ao seu repertório de habilidades sociais, que era bastante elaborado antes do início da intervenção. A Participante 2 apresentou mudança positiva confiável e clinicamente significativa na linha de base, de um repertório inferior para um bom repertório de habilidades sociais. Enquanto isso, a Participante 3 apresentou mudanças negativas confiáveis, uma delas sendo clinicamente significativa, variando entre um repertório médio-

inferior para um repertório inferior. Esses dados representam instabilidade na linha de base, o que dificulta a atribuição dos resultados obtidos posteriormente à intervenção.

Na avaliação intermediária, apareceram mudanças positivas confiáveis nos escores das participantes 1 e 3, sendo que a primeira continuou com repertório bastante elaborado e a outra apresentou nível médio-inferior de habilidades sociais. A Participante 2 permaneceu com bom repertório no período.

Na avaliação final, houve novamente mudança positiva confiável para as participantes 1 e 3, o que representou significância clínica para a Participante 3, que passou para o nível de bom repertório. Na avaliação de seguimento, foi observada uma mudança negativa confiável para a Participante 1, mas seu escore continuou configurando seu repertório como bastante elaborado. Não houve mudança confiável para a Participante 3 no mesmo período.

Em resumo, só houve estabilidade na linha de base da Participante 1, para o escore geral do IHS-2 Del Prette, o que dificulta a atribuição das mudanças ocorridas à intervenção. Ainda assim, as três participantes encerraram a sua participação na pesquisa com pontuações que variaram de boas a excelentes.

1.3.1 Escores Fatoriais

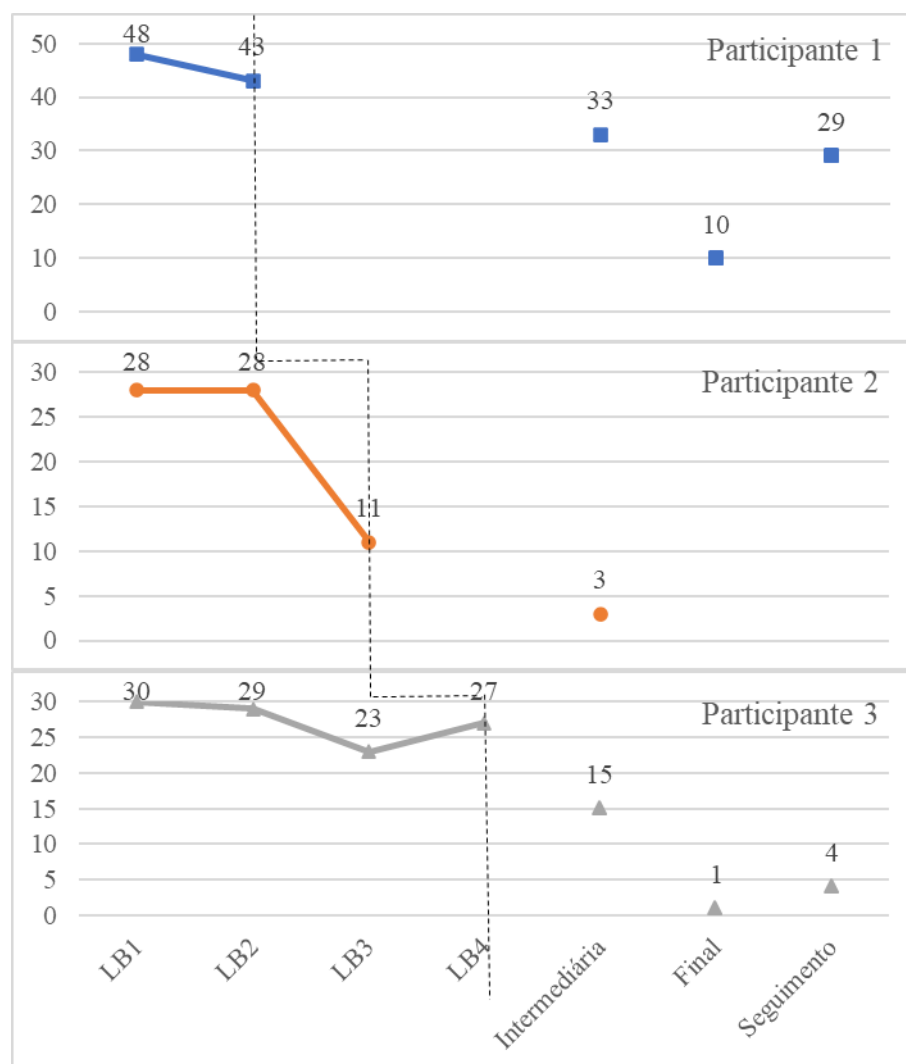
Os escores fatoriais dos fatores 1 a 4 das participantes 1 e 2 variaram em grande frequência durante a linha de base. Entre os quatro fatores, a Participante 1 apresentou três mudanças confiáveis e três mudanças clinicamente significativas. A Participante 2 apresentou cinco mudanças confiáveis e duas mudanças clinicamente significativas. Devido a essa grande instabilidade na linha de base, seus resultados foram ocultados. Os escores do Fator 5 (Desenvoltura Social) não apresentaram mudanças confiáveis durante toda a pesquisa, então também foram ocultados.

A Participante 3, por sua vez, apresentou total estabilidade durante toda a linha de base, sem nenhuma mudança confiável ou clinicamente significativa nos escores fatoriais do instrumento. Essa estabilidade justificou a apresentação do que ocorreu durante a fase interventiva, por ser atribuível à intervenção. Entre a LB4 e a avaliação intermediária, a Participante 3 apresentou mudança positiva confiável no Fator 1 (conversação assertiva). Além disso, entre as avaliações intermediária e final, foi constatada mudança positiva confiável no repertório avaliado pelo Fator 4 (Autocontrole/enfrentamento).

2. Checklist de Queixas

A Figura 9 apresenta os resultados quantitativos da análise das queixas de acordo com o Checklist de Queixas e os valores atribuídos a cada uma delas ao longo das avaliações. As linhas pontilhadas demarcam o início da intervenção com cada uma das participantes. Os resultados detalhados podem ser encontrados nos Apêndices K, L e M.

Figura 9- Queixas das três participantes ao longo da pesquisa, de acordo com o Checklist de Queixas



Fonte: elaborada pelo próprio autor

De acordo com a Figura 9, todas as participantes apresentaram menor comprometimento em termos de queixas na última avaliação, se comparado com o momento inicial. Destaca-se que a Participante 1 apresentou uma recaída notável no seguimento e a Participante 2 já estava apresentando melhora da LB2 para a LB3, e suas queixas continuaram melhorando até a

avaliação intermediária. A Participante 3 apresentou relativa estabilidade das queixas antes do início da intervenção, e uma melhora importante ao longo do procedimento, o que se manteve na avaliação de seguimento.

A Participante 1 iniciou a pesquisa com variados sintomas físicos e dificuldades interpessoais com seus filhos e seu noivo/marido, a maior parte dos quais apresentou estabilidade entre as sessões de linha de base, com exceção de uma queixa relacionada ao ambiente de trabalho. Logo na medida intermediária, foram constatadas melhoras tanto nos sintomas físicos quanto nas dificuldades interpessoais. Ao final da intervenção, o número de queixas reduziu ainda mais, remanescendo duas pessoais e duas interpessoais. Na medida de seguimento, foi constatado retorno de 7 queixas, também distribuídas em diferentes dimensões, o que fez com que a Participante 1 finalizasse sua participação na presente pesquisa com 10 queixas, com pontuação 29 de acordo com a análise realizada. Foi, então, convidada para mais alguns meses de terapia para resolução das queixas remanescentes e acompanhamento.

Houve algumas queixas que deixaram de fazer parte da vida da participante ao longo do processo terapêutico, portanto o pesquisador deixou de investigá-las após algum período de acompanhamento. Outras queixas ainda apresentavam relevância para o processo terapêutico, mas, por falha do pesquisador ao transcrever as queixas tabuladas para o *Checklist*, não foram investigadas.

A Participante 2 manteve os dois primeiros meses com queixas principalmente voltadas a sintomas físicos de ansiedade e grandes dificuldades relacionadas ao ambiente laboral. No entanto, na terceira sessão de linha de base, momento no qual houve troca de sua medicação psiquiátrica, desapareceram as queixas voltadas ao ambiente do trabalho e ao marido e seus sintomas físicos se inverteram: hipersonia deu lugar à insônia e à agitação psicomotora. Das 14 queixas relatadas nas duas primeiras sessões de linha de base, a participante iniciou a intervenção somente com 6 delas, uma redução de mais de 50% das queixas. Ainda assim, foi possível notar redução ainda maior do número de queixas na avaliação intermediária. Sintomas de agitação, insônia e dificuldades interpessoais no contexto parental foram resolvidos, e nas 3 queixas remanescentes (fibromialgia, alterações de humor e invalidação do marido) foi relatada alguma melhora. Após mais uma sessão, a participante abandonou o procedimento.

A Participante 3 apresentou relativa estabilidade quanto às queixas nas avaliações anteriores à intervenção. Suas demandas compreendiam sintomas físicos e emocionais de ansiedade e depressão e dificuldades interpessoais e familiares. Na medida intermediária, houve redução de quase 50% de sua pontuação no *Checklist*, se comparada com a avaliação de linha

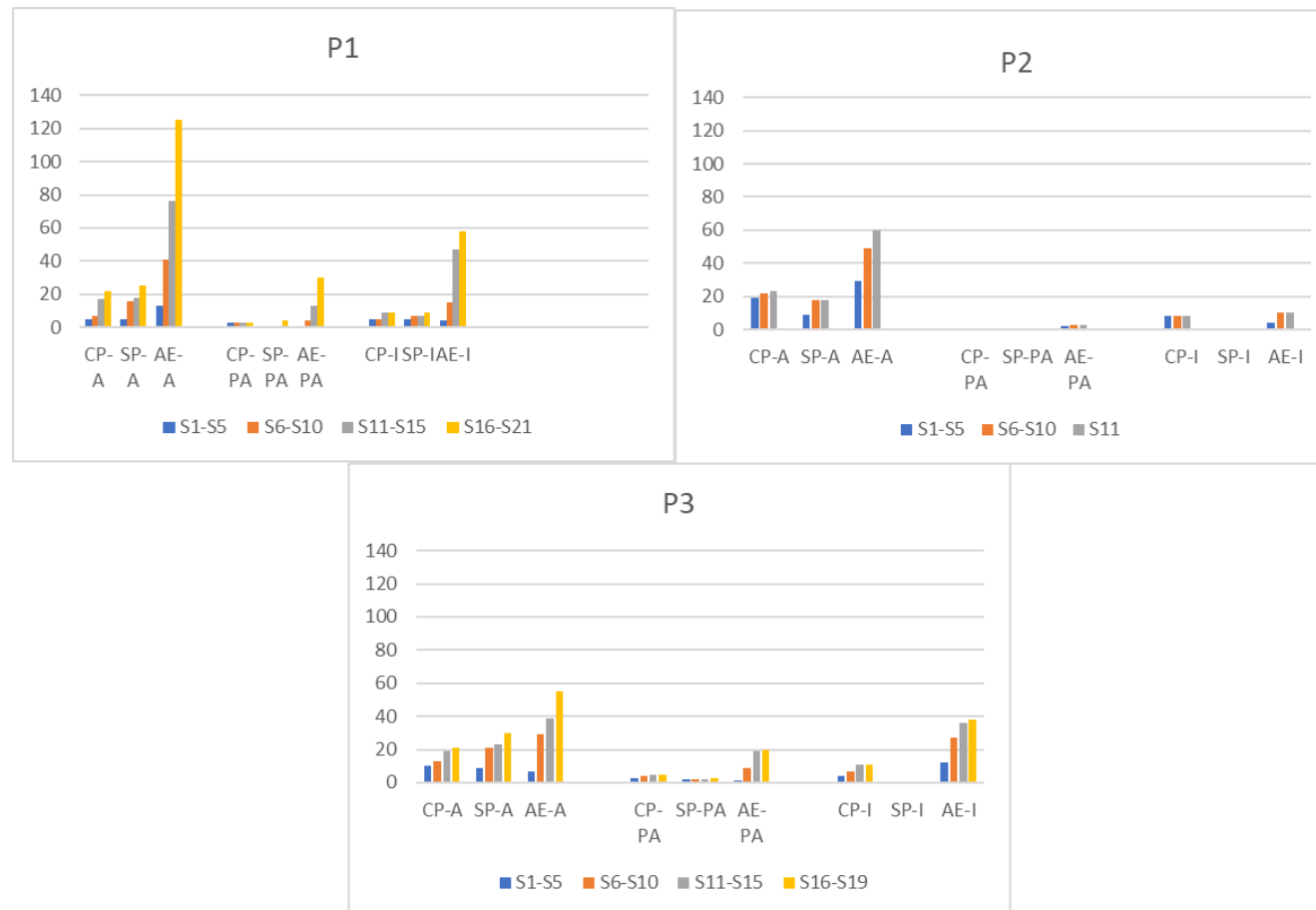
de base 4. Após o término da intervenção (Promove – Saúde da Mulher), houve uma expressiva redução do número de queixas: somente 1 remanesceu (ansiedade e insegurança), mas esta também em um nível menor do que no início da intervenção. Na avaliação de seguimento, duas queixas, relacionadas a dificuldades no sono e cansaço físico retornaram, então a participante finalizou sua participação nesta pesquisa com 4 pontos. Ela também foi convidada a continuar a terapia por mais alguns meses para resolução das queixas remanescentes e acompanhamento.

De modo geral, as três participantes apresentaram como queixas sintomas físicos de ansiedade e/ou depressão e conflitos nas interações interpessoais, com destaque para o contexto familiar. A maior parte dessas queixas foi resolvida durante o período sob intervenção.

3. Análise do Desenvolvimento da Competência Social/Comportamental

Os resultados brutos obtidos a partir da análise da competência do repertório das participantes encontram-se nos Apêndices N, O e P. As sessões foram divididas em quatro blocos para as participantes 1 e 3 e em três blocos para a Participante 3, conforme justificado anteriormente. Comportamentos de organização do tempo e autocontrole financeiro foram categorizados, mas só foram observados nos relatórios das sessões que abordavam o respectivo tema. Não foi possível observar o seu desenvolvimento ao longo do procedimento, então seus resultados foram excluídos do estudo.

Figura 10- Frequências acumuladas de emissões adequadas (A), parcialmente adequadas (PA) e inadequadas (I) de comportamentos de Comunicação Positiva (CP), demonstração de Sentimento Positivo (SP) e Autocontrole/Enfrentamento (AE) das três participantes ao longo das intervenções



Fonte: elaborada pelo próprio autor

Conforme a Figura 10, a Participante 1 iniciou o procedimento com poucas emissões de repertório adequado, mas também houve poucos registros de repertório inadequado ou parcialmente adequado. Nesse momento, o que mais se destacou foi repertório adequado em Autocontrole/Enfrentamento. No segundo momento, foi registrado um aumento de emissões adequadas de demonstração de Sentimento Positivo e de Autocontrole/Enfrentamento, enquanto que as emissões inadequadas de forma geral apareceram nos relatórios com frequência próxima a zero.

No terceiro momento, houve aumento de emissões adequadas, parcialmente adequadas e, principalmente, inadequadas de Autocontrole/Enfrentamento. Também foram observadas emissões adequadas de Comunicação Positiva. Nas últimas seis sessões com a Participante 1, foram identificados comportamentos adequados nas três categorias, com destaque para Autocontrole/Enfrentamento. Adicionalmente, apareceram emissões parcialmente adequadas e inadequadas de Autocontrole/Enfrentamento, mas em número menor do que as emissões adequadas.

A Participante 2 apresentou a maior parte das emissões adequadas de Comunicação Positiva nas cinco primeiras sessões. Ademais, apareceram nesse momento algumas emissões adequadas de demonstração de Sentimento Positivo e várias de Autocontrole/Enfrentamento; além de emissões inadequadas de Autocontrole/Enfrentamento. No segundo momento, a participante apresentou aumento de comportamento adequado em expressão de sentimento positivo e Autocontrole/Enfrentamento, somados a um sensível aumento em emissões inadequadas de Autocontrole/Enfrentamento. No terceiro momento, que compreendeu somente uma sessão no caso desta participante, foram identificadas emissões adequadas de Autocontrole/Enfrentamento.

A Participante 3 iniciou o procedimento com emissões adequadas de Comunicação Positiva e demonstração de Sentimento Positivo em números superiores a emissões parcialmente adequadas ou inadequadas das mesmas categorias. No entanto, o número de emissões inadequadas e parcialmente adequadas de Autocontrole/Enfrentamento nesse momento foi maior do que o respectivo número de emissões adequadas.

No segundo momento, cresceram as emissões adequadas de todas as categorias, com destaque para autocontrole/enfrentamento, que passou a superar o número de emissões parcialmente adequadas e inadequadas da mesma categoria, ainda que estas também tenham crescido. No terceiro e no quarto momento, emissões adequadas das três categorias ocorreram,

e emissões parcialmente adequadas e inadequadas de Autocontrole/Enfrentamento foram observadas, mas sempre em número inferior às emissões adequadas da mesma categoria.

Para as três participantes, o maior ganho do procedimento pareceu ser na categoria Autocontrole/Enfrentamento. As emissões adequadas foram aumentando ao longo da pesquisa, e esse aumento superou as emissões parcialmente adequadas ou inadequadas. De maneira geral a emissão de respostas adequadas foi aumentando no decorrer dos encontros, para as três participantes e superaram as parcialmente adequadas e inadequadas.

Em termos de conteúdo, a análise dos relatórios também evidenciou algumas melhoras individuais de cada participante, que estão listadas a seguir.

Participante 1:

- Aquisição de habilidades de autocontrole do comportamento agressivo em múltiplos contextos (marido, filhos, sogra, trabalho).
- Aumento da aceitação de opiniões divergentes.
- Melhora nas habilidades de enfrentamento assertivo (opinar, criticar, ignorar com consistência, estabelecer regras e limites etc.) ao lidar com os filhos e o marido.
- Ampliação do repertório de estabelecer trocas positivas (expressar afeto, elogiar, dar *feedback* positivo), principalmente com os filhos.
- Aquisição de habilidades de manejo de sentimentos e pensamentos negativos, principalmente preocupações relacionadas à integridade física dos filhos.
- Aproximação afetiva dos filhos.
- Flexibilização às demandas do marido de atenção.

Participante 2:

- Aumento do diálogo pacífico entre a participante e seu marido.
- Aumento das trocas de afeto entre a participante e seu marido.
- Aumento do comportamento de monitorar e reforçar o engajamento dos filhos em fazer tarefas.
- Implantação de um esquema de economia de fichas com dinheiro para incentivar os filhos a fazerem as tarefas e administrar o seu dinheiro.
- Melhoria da habilidade de iniciar e manter conversas.
- Melhoria da qualidade de vida no novo trabalho, como autônoma vendedora de produtos cosméticos.

- Ampliação do repertório de abordagem de clientes, o que aumentou seu desempenho profissional e sua satisfação com o trabalho.

Participante 3:

- Aumento do autocontrole do comportamento agressivo no contexto doméstico (aguardar momento mais calmo para conversar, respirar fundo).
- Aumento da capacidade de analisar funcionalmente suas queixas.
- Aumento da assertividade na expressão de sentimentos negativos.
- Ampliação do repertório de valorizar (elogiar e dar *feedback* positivo) comportamentos desejáveis do marido e da filha.
- A participante conseguiu maior ajuda do marido e da filha com as tarefas domésticas.
- Redução de brigas em casa.
- Aquisição da habilidade de recusar pedidos no ambiente de trabalho.

De forma geral, melhoras em comportamentos de enfrentamento assertivo e em interações positivas foram observadas nas três participantes. Ao mesmo tempo em que aprenderam a defender seus direitos e estabelecer regras e limites de forma assertiva, aprenderam a valorizar os esforços de seus filhos e maridos na direção do que esperavam. Esse conjunto de comportamentos assertivos, de expressão de afeto e reconhecimento produziu aproximação afetiva e redução da sobrecarga de tarefas, que se concentravam sob responsabilidade das participantes. O contexto doméstico pareceu ser o mais beneficiado pela intervenção nos três casos. A partir desta análise, pode-se concluir que todos os objetivos terapêuticos estabelecidos individualmente para as participantes nas formulações de caso foram atingidos.

4. Avaliação do processo terapêutico

Foram coletadas cinco avaliações do processo terapêutico, sendo uma intermediária e uma final com a Participante 1, uma intermediária com a Participante 2 e uma intermediária e uma final com a Participante 3. As avaliações continham três questões discursivas, oito questões de múltipla escolha e um campo para observações (Apêndices F e G).

4.1 Questões de múltipla escolha

Houve unanimidade nas respostas às questões sobre a habilidade do terapeuta em ajudar a respectiva participante, a postura do terapeuta, a adequação das tarefas e dos textos aos objetivos da participante, o envolvimento da participante na terapia e a leitura dos textos. A habilidade e a postura do terapeuta foram avaliadas positivamente, assim como a adequação do material utilizado para tarefas e biblioterapia, e as participantes avaliaram que seu envolvimento na terapia e na leitura dos textos foi alto.

A dificuldade das tarefas foi avaliada como média na avaliação intermediária da Participante 1 e na avaliação final, foi avaliada como fácil. A Participante 2 avaliou as tarefas como fáceis na avaliação intermediária. A Participante 3 avaliou as tarefas como difíceis no meio e no final da intervenção. No entanto, no momento da avaliação final, escreveu uma nota na folha de avaliação, explicando que sua avaliação como difícil se devia ao fato de que a cada tarefa, ela deveria analisar seu comportamento e adequá-lo de acordo com as ferramentas aprendidas na terapia. Adicionalmente, explicou ao terapeuta que considerava as questões das tarefas fáceis. Ou seja, segundo ela, executar a habilidade sugerida era difícil, mas escrever como foi essa execução era fácil.

A Participante 1 e a Participante 3 avaliaram a leitura dos textos como fácil em ambos os momentos em que responderam à avaliação. A Participante 2 avaliou, no momento da sua avaliação intermediária, que a leitura dos textos apresentou nível médio de dificuldade. As respostas detalhadas às questões de múltipla escolha do instrumento podem ser encontradas no Apêndice Q.

4.2 Questões discursivas e campo de observações

As respostas à questão sobre avaliação da terapia indicaram satisfação das participantes principalmente com os resultados do processo terapêutico. As respostas à questão sobre mudanças na vida decorrentes da terapia foram mais variadas. Foram relatadas mudanças em autoconhecimento, qualidade de vida, expressão de opiniões e expressão de sentimentos. Os contextos de mudança variaram entre pessoal e interpessoal (profissional, social e familiar). A pergunta que investigava pontos de descontentamento na forma de condução da terapia resultou em unanimidade das participantes em afirmarem que não mudariam nada e em mais respostas de satisfação com o processo.

No campo de Observações, as Participantes 1 e 2 fizeram elogios ao terapeuta e agradeceram pela terapia nas avaliações das quais participaram. A Participante 3 deixou o

campo em branco na avaliação intermediária e, na avaliação final, relatou que no início do processo teve receio de encontrar na terapia um caráter impositivo para o seu comportamento, mas que se surpreendeu ao encontrar o contrário. Nas palavras dela, a terapia “forneceu subsídios para adequar meu comportamento nas relações interpessoais, eu escolho a maneira mais assertiva de agir”. Ela também relatou que recomenda terapia para pessoas que lhe perguntam sobre isso. A transcrição das respostas das participantes às questões discursivas da Avaliação do Processo Terapêutico pode ser encontrada no Apêndice R.

Após uma breve categorização das respostas em termos de resultados da terapia, chegou-se a três categorias: resolução de problemas/dificuldades, autoconhecimento e qualidade de vida. As primeiras duas categorias apareceram sete vezes cada, enquanto que a segunda categoria apareceu três vezes.

DISCUSSÃO

Considerando a alta prevalência de ansiedade e depressão em comorbidade e em mulheres, conforme os autores Correia e Borlotti (2011), Blanco et al. (2013), Johansson et al. (2013) e Starr et al. (2014), apresentar resultados de estudos que visam a minimizar os sintomas desses transtornos em populações de risco, bem como seus prós e contras, contribui para que os tratamentos mais eficazes lhe sejam endereçados. Além disso, aumenta o rol de possibilidades de escolha dos psicoterapeutas para a intervenção com esse público.

Durante o período de avaliação das queixas, as participantes permaneceram com a maior parte das queixas e níveis clínicos de ansiedade e depressão, com apenas uma exceção: o aparecimento de nível não clínico de episódio depressivo na segunda aplicação do PHQ-9 da Participante 1. Diante da estabilidade do quadro psicológico das participantes antes da intervenção, diminui a chance de suas posteriores melhoras serem atribuídas ao acaso.

Só foi possível submeter as participantes do presente estudo em fila de espera porque nenhuma delas apresentava sintomas que ameaçavam sua vida, como violência doméstica ou ideação suicida. Quando a Participante 2 demonstrou maior instabilidade emocional e sintomas físicos graves, foi chamada para o início imediato da intervenção, como combinado.

As principais melhoras obtidas pelas três participantes ao longo da intervenção foram a redução do número de queixas, a transição de níveis clínicos de ansiedade e depressão para níveis não clínicos, de acordo com os instrumentos rastreadores, e a aquisição de repertório socialmente adequado, com destaque para habilidades de enfrentamento e autocontrole.

Como a Participante 1 não apresentou estabilidade em seu nível clínico de depressão na linha de base, não é possível concluir que os níveis não clínicos de depressão nas avaliações intermediária e final se deveram ao procedimento. No entanto, a melhora pode se dever à atenção social obtida pela cliente nas sessões de linha de base. Ainda que não tenha ocorrido intervenção intencional nesse momento, a participante já se encontrava amparada por um psicólogo, o que pode ter modificado os sentimentos e comportamentos de desesperança, que caracterizam a depressão (APA, 2014). Acredita-se que dificilmente essa variável poderia ser controlada em um estudo clínico com linha de base, no entanto, futuros estudos podem testar essa hipótese. A melhora confiável dos níveis de ansiedade desta participante, por sua vez, só ocorreu após o início da intervenção. Isso pode ser explicado porque, ainda que estivesse se sentindo mais esperançosa e se engajando em interações potencialmente reforçadoras, ainda haviam muitos aversivos sinalizados nas relações, o que justificava a manutenção do comportamento ansioso, na fase de avaliação (ZAMIGNANI; BANACO, 2005).

A piora detectada na sessão de seguimento, tanto em ansiedade, quanto em depressão pode ser explicada por circunstâncias que fugiam do controle da participante, relacionadas ao seu marido, que estava reagindo mal às mudanças da participante, apresentando muitos comportamentos inadequados (desqualificar-se, insistir que a participante não o amava, exigir mais atenção do que ela conseguia dar, excesso de perguntas, perseguir a participante etc.) e foi encaminhado para terapia posteriormente, haja visto seu grau de sofrimento associado.

Os comportamentos inadequados do marido da Participante 1 não foram sensíveis às várias estratégias discutidas na terapia da participante, e isso foi uma justificativa reconhecida por ela para a recaída. Como encaminhamento da continuação da terapia desta participante, seu marido iniciou tratamento com medicação psiquiátrica e a maior parte dos seus comportamentos inadequados foi resolvida. Após a alta da terapia individual, a participante e seu marido iniciaram uma terapia de casal.

As Participantes 2 e 3 apresentaram níveis clínicos de ansiedade e depressão em todas as avaliações prévias à intervenção, e níveis não clínicos em todas as avaliações posteriores ao seu início. Esse foi um dos dados mais importantes deste estudo, que aponta para a eficácia do Promove – Saúde da Mulher. Certamente esse dado seria mais completo se a Participante 2 tivesse participado de toda a pesquisa.

O instrumento de habilidades sociais foi capaz de identificar algumas mudanças com relevância estatística ao longo da pesquisa. Destacaram-se a melhora da Participante 1 durante a intervenção e sua recaída na avaliação de seguimento, a melhora da Participante 2 ainda na

linha de base e as pioras da Participante 3 na linha de base e as suas melhoras após o início da intervenção.

As melhoras da Participante 1 podem ser atribuídas ao caráter educativo do Promove – Saúde da Mulher, enquanto que sua recaída no seguimento pode estar relacionada com as dificuldades que estava enfrentando em seu relacionamento conjugal. Ainda assim, os escores dessa participante não preocuparam em nenhum momento da pesquisa. Isso se deveu ao fato de terem sempre oscilado dentro de uma classificação de repertório bastante elaborado, de acordo com o instrumento.

A grande mudança que a Participante 2 apresentou na segunda avaliação de linha de base pode se dever a uma falha na compreensão do instrumento e falta de atenção ao respondê-lo na primeira vez em que ele foi apresentado. Lançou-se essa hipótese devido a ela ter deixado algumas respostas em branco nas primeiras duas aplicações do instrumento. De qualquer maneira, depois disso, a participante apresentou escores acima da média em repertório, o que ela pode ter aprendido a utilizar de forma socialmente competente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2018) para resolver seus problemas.

As pioras da Participante 3 na linha de base podem ser atribuídas ao desenvolvimento da habilidade de auto-observação dos seus déficits e excessos comportamentais. Os relatos da participante ao longo das sessões da linha de base não indicaram nenhuma piora perceptível em seu repertório. No entanto, as perguntas do terapeuta sobre as queixas nesse momento da pesquisa podem ter acidentalmente aumentado a sua atenção para a forma como ela se comportava, o que incluía déficits e excessos comportamentais.

As melhoras que essa participante alcançou ao longo da intervenção podem se dever ao caráter educativo do Promove – Saúde da Mulher. Para essa participante em especial, a melhora atingida durante o procedimento foi mais importante, porque a tirou de um nível de repertório inferior e a colocou em um nível de bom repertório de habilidades sociais. Isso também foi observado na mudança da forma com que ela lidava com os seus problemas em casa. Com a ampliação do repertório em conversação assertiva e autocontrole/enfrentamento, ela deixou um padrão passivo-agressivo de se comportar. Assim, conseguiu ajuda do marido e da filha nas tarefas domésticas, o que aliviou a sobrecarga a que estava submetida.

Esperava-se que a redução dos sintomas fosse derivada da ampliação do repertório comportamental, um dos principais objetivos da TAC segundo Santos (2018). No entanto, o uso do instrumento IHS-2 Del Prette não foi capaz de identificar todos os ganhos esperados, principalmente nos escores fatoriais. Diante disso, foram lançadas algumas hipóteses para

explicar seus resultados. Em primeiro lugar, as participantes podem ter aumentado seu nível de discriminação de déficits comportamentais ao longo do procedimento, o que pode ter feito com que considerassem que não faziam tanto (ou tão bem) o que anteriormente imaginavam que não tinham dificuldades para fazer. Por isso, podem ter sinalizado menor emissão de habilidades sociais mesmo quando não houve alteração.

Em segundo lugar, as Participantes 1 e 2 já iniciaram as intervenções com altos escores gerais para o instrumento. Grande parte das dificuldades que apresentaram estavam mais associadas à dificuldade de emitir tais repertórios nos momentos adequados do que em saber emití-los, tão somente, como destacam Del Prette e Del Prette (2017) ao escreverem sobre competência social.

Outra hipótese é a seguinte: o instrumento IHS foi criado para ser aplicado em universitários (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2018), portanto suas questões foram adequadas ao contexto universitário. Quando a segunda versão do instrumento foi validada para ser aplicada em pessoas de até 58 anos, as questões permaneceram as mesmas.

É possível que algumas questões não tenham se encaixado no contexto de mulheres adultas casadas e com filhos, ainda que a validação do instrumento tenha contemplado a sua faixa etária e a apuração tenha sido realizada de acordo com esses critérios. Questões como “se estou interessada em uma pessoa para relacionamento sexual, consigo abordá-la para iniciar conversa”; “quando estou gostando de alguém com quem venho saindo, tomo a iniciativa de expressar-lhe meus sentimentos” e “ao ser solicitada por um(a) colega para colocar seu nome em um trabalho feito sem a sua participação, acabo aceitando mesmo achando que não devia” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2018) podem ser respondidas com “nunca ou raramente” simplesmente porque as participantes não têm acesso a essas contingências, e não porque não têm repertório para lidar com elas.

Considerando que as participantes do estudo apresentavam limitações importantes nas áreas de conjugalidade, parentalidade e trabalho, e que essas limitações estavam diretamente relacionadas com a maior parte das queixas apresentadas, estudos futuros podem fazer uso de instrumentos que avaliem habilidades sociais dentro desses contextos específicos. É possível que essa alteração resulte em maior conclusividade das análises, principalmente porque são voltados para demandas de contextos específicos que fazem parte da realidade das participantes, como a vida conjugal e a vida parental.

Levatti et al. (2018) também trabalharam com ampliação de repertório das participantes da sua pesquisa, e um dos principais ganhos foi na capacidade de elas estabelecerem relações

entre os eventos e comportamentos presentes em suas vidas. Assim como na pesquisa dos autores, acredita-se que as participantes do presente estudo aprimoraram sua habilidade de analisar funcionalmente seus comportamentos e responder de forma mais habilidosa às demandas ambientais. Essas habilidades não aparecem no IHS-2, mas apareceram na análise dos relatórios, como será discutido mais adiante.

Tanto a melhora nos instrumentos de ansiedade e depressão, quanto a dificuldade de identificar os ganhos de repertório pelos resultados do IHS-2 Del Prette, convergem com o obtido por Levatti et al. (2018), que trabalharam com públicos com perfis semelhantes ao deste estudo. Ainda assim, há de se fazer uma ressalva: as participantes do estudo dos autores apresentaram maior comprometimento nos instrumentos de ansiedade e depressão, além de utilizarem medicamentos psiquiátricos por muitos anos.

Na tentativa de superar uma eventual insensibilidade do instrumento às alterações do repertório das participantes da pesquisa, foi elaborada uma forma personalizada de analisar os ganhos de repertório que elas apresentavam. Com essa análise, foi possível identificar com maior consistência ganhos em respostas de autocontrole e enfrentamento, o que não havia sido identificado anteriormente. No entanto, esse dado pode refletir a amplitude da categoria Autocontrole/Enfrentamento na análise realizada, visto que contempla maior número de comportamento e a maior parte dos comportamentos abordados no procedimento se encaixaram nessa categoria.

De acordo com os resultados de tal análise dos relatórios, pode-se concluir que houve ganho de competência social, para as três participantes ao longo da intervenção. Elas aprimoraram suas habilidades de leitura das demandas de cada ambiente, assim como a de responder a elas (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017). Com as participantes mais competentes para resolver problemas, em especial os interpessoais, foco do procedimento, a tendência de diminuição de produção de estímulos aversivos pôde ser observada. Com menos estímulos aversivos para se esquivarem, as participantes puderam entrar em contato com atividades mais prazerosas, como exercício físico, sexo, lazer com os filhos, entre outras, o que possivelmente fez com reduzissem os sintomas de ansiedade e depressão (DOUGHER; HACKBERT, 1994; ZAMIGNANI; BANACO, 2005; ABREU; ABREU, 2017).

A hipótese de que o procedimento minimizaria quadros relevantes de ansiedade e depressão a partir do treinamento de habilidades específicas sob a abordagem analítico-comportamental, adaptando-se às demandas individuais de cada participante, foi corroborada pelos resultados dos instrumentos rastreadores de transtornos psicológicos. Esses dados

convergem com Levatti (2017), que também apontou para a eficácia da TAC para ansiedade e depressão de três mulheres. Também concordam com Star, Hammen, Connolly e Brennan (2014), que apontam dificuldades interpessoais como fator de risco para casos com essa comorbidade.

Logo nas avaliações intermediárias, os instrumentos deixaram de acusar níveis clínicos de ansiedade e depressão, dado que pode sinalizar que intervenções posteriores podem ser mais curtas. Neste estudo o procedimento continuou após a metade por dois motivos, principalmente: de continuar a ampliação de repertório que pudesse prevenir o reaparecimento dos transtornos e o de seguir com a abordagem das queixas remanescentes. As três participantes demonstraram-se interessadas nessa continuidade.

Para a obtenção dos dados aqui apresentados, destaca-se a utilização da análise funcional prévia e da formulação de caso para personalizar as intervenções às demandas individuais de cada participante, o que concorda com Sturmey (2014), Abreu e Abreu (2017), Bolsoni-Silva e Fogaça (2018) e Haynes, O'Brien e Godoy (2020). Ainda que apresentassem queixas bastante diferentes, e que a intervenção oferecida tivesse uma parte de sua estrutura invariável, a redução do número de queixas ocorreu.

Somente o procedimento não foi suficiente para superar todas as queixas clínicas das participantes, ainda que não apresentassem mais os sintomas clínicos de ansiedade e de depressão pelos instrumentos padronizados, assim como o foi em Moretto (2017). Isso se justifica, porque esgotar todas as queixas das participantes não era a proposta do estudo. A alta da terapia pode exigir, como o foi no presente estudo, a continuidade da psicoterapia com as participantes.

A Participante 2 abandonou a intervenção após alta frequência de faltas. No entanto, se for observada a quantidade de queixas clínicas na sua última avaliação, é possível que ela tenha abandonado porque a maior parte de suas queixas foi resolvida, o que pode ser verificado na avaliação intermediária, onde além do baixo número de queixas remanescentes, também já não havia ansiedade e depressão em níveis clínicos. Aliado a isso, sua rotina parecia ser a mais atarefada do que a das outras participantes, o que também pode ter levado ao abandono, mesmo que houvesse declarado interesse em continuar com as sessões.

A adesão das demais participantes foi maior do que o esperado, bem como a realização de todas as tarefas superou as expectativas do pesquisador, o que foi considerado como um indício de que o procedimento e seu material foram suficientemente motivadores a elas. Acredita-se que a entrega de material para biblioterapia em toda sessão foi importante para a

adesão das participantes à intervenção, à medida que foi bem recebido e elogiado por elas, quando questionadas.

Considera-se que foi possível adaptar as melhores técnicas disponíveis ao pesquisador, no âmbito do procedimento proposto, às demandas individuais de cada participante e produzir evidências de que a TAC pode funcionar para minimizar casos de ansiedade e depressão em comorbidade. Nesse sentido, contribuiu-se para atenuar a grande lacuna de evidências em TAC, apontada por Leonardi e Meyer (2016).

Não foi possível produzir as evidências do desenvolvimento da competência social de cada participante a partir dos resultados do instrumento IHS-2 conforme o esperado. No entanto, a análise dos relatórios das sessões, complementada pelas *Checklists* de Queixas e pela Avaliação do Processo Terapêutico, identificou avanços nesse sentido. Por outro lado, os resultados dos instrumentos rastreadores de ansiedade e depressão parecem bastante conclusivos.

Essa divergência entre o resultado do Inventário e os indicadores de ansiedade e depressão concorda com Levatti (2017). As participantes do estudo da autora, com perfil semelhante aos deste estudo, melhoraram a ponto de receberem alta, mas os resultados da aplicação do instrumento não sinalizaram grandes mudanças. É possível que o formato do IHS-2 precise ser adaptado para o público de mulheres casadas e com filhos. Caso isso não seja possível, recomenda-se testar outras formas de avaliar melhoras em competência social, tais como simulações ou outros instrumentos padronizados.

O estudo de Levatti (2017) utilizou instrumentos diagnósticos para ansiedade e depressão, que ainda estavam validados no período de sua pesquisa. A presente pesquisa não pôde utilizar os mesmos instrumentos, por conta da sua validação, que expirou. No entanto, futuras pesquisas podem obter dados mais precisos com o uso de instrumentos como o BDI-II (BECK; STEER; BROWN, 2011) para avaliar depressão e algum instrumento diagnóstico que venha a ser validado para avaliar ansiedade.

A partir dos dados apresentados e discutidos neste estudo, destaca-se que o procedimento proposto foi muito bem avaliado pelas participantes e funcionou para reduzir os escores dos instrumentos rastreadores de ansiedade e depressão a níveis não clínicos, bem como minimizar o número de queixas individuais. Nesse aspecto, a hipótese inicial foi confirmada. No entanto, houve dificuldade metodológica de mensurar o repertório das participantes que levou à melhora dos seus quadros clínicos.

Comparando o procedimento adotado neste estudo com procedimentos semiestruturados semelhantes, considera-se que este estudo teve mais dificuldade de mensurar melhoras em habilidades sociais do que os descritos em Moretto (2017), Bolsoni-Silva e Fogaça (2018), Lima-Ferraz (2018) e Moretto e Bolsoni-Silva (2019). Tais procedimentos, no entanto, utilizaram instrumentos mais voltados para os contextos de seus participantes, como o Questionário de Relacionamento Conjugal (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2010) e o Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (VILLA; DEL PRETTE, 2012) para avaliar repertório de casais; o Roteiro de Entrevistas de Habilidades Sociais Educativas Parentais (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2016) para avaliar repertório de pais e até mesmo o Inventário de Habilidades Sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2018), em sua primeira versão, para avaliar repertório de universitários. Como este estudo não teve um único foco, como nos estudos citados, não foi eleito nenhum desses instrumentos. O conjunto de todos esses instrumentos pode ser utilizado em estudos posteriores para aumentar a sensibilidade às melhoras das participantes.

No que se refere às melhoras em indicadores de ansiedade e/ou depressão e/ou redução do número de queixas, todavia, o que foi encontrado por este estudo apresenta convergência com as autoras (MORETTO, 2017; BOLSONI-SILVA; FOGAÇA, 2018; LIMA-FERRAZ, 2018; MORETTO; BOLSONI-SILVA, 2019). Esse é um dado importante para motivar a continuidade do desenvolvimento de pesquisas com intervenções semelhantes.

Durante o período de intervenção, as três participantes expressaram melhoras importantes em sua qualidade de vida. Isso fica evidente pela redução do número de queixas clínicas e pelas respostas à segunda pergunta do instrumento Avaliação do Processo Terapêutico (“A terapia mudou algo em sua vida? Se sim, o quê?”). As próprias participantes identificaram mudanças importantes em suas vidas depois da terapia. Além disso, com o mesmo instrumento foi possível identificar a satisfação das participantes com o material utilizado e com a postura do terapeuta, que pareceram se adequar às demandas de cada participante. Ainda que a Participante 3 tenha avaliado as tarefas como mais difíceis, ela conseguiu realizar todas elas e compreendeu como cada uma poderia se adequar à psicoterapia. A importância das tarefas e dos textos neste estudo corrobora com o que defendem Bolsoni-Silva e Fogaça (2018).

Partiu-se da hipótese de que o nível de satisfação seria um fator importante para o engajamento no processo (DAHLGREN; STEDAL, 2017). Nesse sentido, as Participantes 1 e 3 corresponderam ao esperado, ao avaliar positivamente o processo e apresentarem excelente engajamento nas tarefas e poucas faltas. A experiência com a Participante 2, por sua vez,

mostrou que ainda que se avalie o processo terapêutico positivamente, isso não é garantia de engajamento, vista sua alta frequência de faltas e seu abandono da terapia. Mas compreendeu-se que outras demandas concorrentes em sua vida e que fugiam do controle do pesquisador, como de trabalho, estudo, necessidade de supervisão dos filhos e resistência do marido, constituíram-se como os principais impeditivos do seu engajamento.

Os resultados da Avaliação do Processo Terapêutico foram semelhantes ao estudo de Dahlgren e Stedal (2017) no que se refere à alta satisfação com a terapia e à avaliação positiva do manejo do terapeuta, mas discorda em relação à percepção de mudança. No presente estudo, as participantes perceberam mudanças em sua vida provenientes da terapia. Provavelmente essa discordância se deva aos diferentes perfis de participantes e instrumentos de avaliação. De todo modo, avaliar satisfação e percepção de mudança foi uma evidência importante para ambas as pesquisas. Ademais, o presente estudo auxilia a suprir uma lacuna em avaliações de satisfação para estudos em Análise do Comportamento Clínica, apontada por Moraes e Silveira (2019).

As respostas às perguntas da Avaliação do Processo Terapêutico representam satisfação das participantes com o tratamento oferecido, no que se refere à forma de condução do processo pelo pesquisador, o material utilizado e a adequação aos seus objetivos. A categorização das respostas do instrumento esclareceu o quanto as participantes perceberam de mudança em relação a autoconhecimento, resolução de problemas e qualidade de vida. Promover autoconhecimento é uma das funções primordiais da terapia, e está presente no estudo de Santos (2018) como um dos resultados definidores da abordagem analítico-comportamental.

Ao mesmo tempo, ajudar o cliente a resolver problemas também é um dos objetivos principais da terapia. Para alcançá-lo, exige-se mudança de comportamento e desenvolvimento de repertório alternativo, o que também aparece com frequência na literatura investigada por Santos (2018). Melhorar a qualidade de vida, por sua vez, é consequência esperada de uma vida com maior autoconhecimento e menos problemas para os quais não haja repertório habilidoso para lidar.

Outra informação que aponta para a mesma direção é a unanimidade de respostas positivas em todas as vezes em que as participantes foram solicitadas a avaliar oralmente as sessões. Ainda assim, deve-se tomar cuidado com esse tipo de informação oral, porque respostas negativas podem ter sido inibidas meramente pela presença do terapeuta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou apresentar os resultados do Promove – Saúde da Mulher, para mulheres com múltiplos papéis e sintomas de ansiedade e depressão. Foram contempladas medidas processuais de ansiedade, depressão, habilidades sociais, queixas e satisfação das participantes com o procedimento.

As três participantes do estudo obtiveram melhoras em ansiedade, depressão e número de queixas, além de demonstrarem satisfação com o processo terapêutico. No entanto, os resultados do instrumento que avaliava repertório de habilidades sociais foram menos conclusivos do que se esperava, pois além da baixa estabilidade pré-intervenção, identificou melhora em alguns quesitos, e piora em outros. Com uma análise de registros escritos das sessões, foi possível complementar esse dado, pois identificou-se maior aumento de emissões de repertório habilidosas do que de emissões pouco habilidosas.

Conclui-se que o procedimento apresentado neste estudo foi capaz de adaptar-se às demandas individuais de cada participante sem que, para isso, fosse necessário abandonar a parte imutável do procedimento. Com isso, foi possível tanto uma melhora na saúde psicológica, quanto importantes reduções no número de demandas clínicas. O procedimento não esgotou todas as queixas das participantes, mas iniciou um processo de melhora que facilitou muito o encaminhamento das demandas remanescentes. Além disso, destacaram-se os resultados das avaliações de processo terapêutico, que demonstraram a satisfação das participantes com o Promove – Saúde da Mulher.

O delineamento adaptado de linha de base múltipla conferiu maior consistência aos dados, ao passo que identificou estabilidades nos quadros clínicos das participantes antes do início das intervenções; estabilidade esta que foi rompida após a inserção das intervenções. As principais limitações deste estudo foram a falta de instrumentos diagnósticos, a dificuldade de demonstrar ganhos comportamentais das participantes por meio dos instrumentos utilizados e a baixa adesão da Participante 2 à terapia.

Recomenda-se que estudos posteriores sejam realizados, na medida do possível, com maior número de participantes, instrumentos diagnósticos ao invés de rastreadores para avaliar ansiedade e depressão, análises estatísticas e outros instrumentos de avaliação de repertório de habilidades sociais. Espera-se que a ampliação do número de estudos interventivos sobre ansiedade e depressão em mulheres possa proporcionar aos clínicos um procedimento cada vez mais curto e eficaz, sempre considerando as particularidades e demandas específicas de cada caso. Conhecendo todos os comportamentos-alvo do procedimento aqui apresentado, é possível

ao clínico selecionar os trechos mais adequados para cada uma de suas clientes, reduzindo assim o tempo com comportamentos-alvo já dominados por elas.

DISCUSSÃO GERAL

O Promove – Saúde da Mulher pode ser considerado uma intervenção semiestruturada, porque, ao mesmo tempo em que fez uso de materiais prontos e abordou comportamentos-alvo predefinidos, foi capaz de adaptar-se às demandas particulares de cada participante (BOLSONI-SILVA; FOGAÇA; 2018). É pautado em análises funcionais (ABREU; ABREU; 2017) e formulações de caso (FONSECA; NERY; 2018) e também faz uso de modelagem por aproximações sucessivas, uma das principais estratégias de intervenção da TAC de acordo com Santos (2018).

Para cada tema, assim como em Bolsoni-Silva e Fogaça (2018), foram utilizadas perguntas para iniciar as discussões, tarefas para generalização dos resultados e textos para biblioterapia. O que não se fazia obrigatório para as autoras, que no procedimento descrito por este estudo aparece em todas as sessões, é o uso de atividades de *role-play* ou atividades de planejamento, o que favoreceu o treino de repertório em ambiente protegido para posteriormente ser aplicado nas contingências reais da vida das participantes.

A adaptação do procedimento às demandas individuais foi possibilitada pelas sessões de avaliação, operacionalização e análise funcional das queixas, e posterior formulação dos casos, tal como indicou Sturmey (2014). Por tratar-se de mulheres de faixa etária semelhante, que desempenhavam papéis semelhantes em suas vidas e por terem sido selecionadas por apresentarem respostas emocionais e operantes dos mesmos transtornos, possuíam fatores de risco comuns para ambos os transtornos, entre os quais se destacaram dificuldades interpessoais, o que concorda com Starr et al. (2014).

Os modelos de diagramas funcionais foram uma contribuição relevante de Haynes (comunicação pessoal), Virués-Ortega e Haynes (2005) e Haynes, O'Brien e Godoy (2020) para o presente estudo, o que proporcionou um complemento mais visual a cada formulação de caso. O uso de tais modelos também facilitou a tomada de decisões clínicas.

Assim como indicado por Meyer et al. (2010), na análise funcional clínica há uma maior gama de variáveis a serem consideradas, juntamente com uma menor possibilidade de controle dessas variáveis pelo clínico, se comparada com a análise funcional realizada em laboratório. Portanto, escolhas precisaram ser feitas, de acordo com os graus de importância e modificabilidade de cada variável. Os diagramas funcionais auxiliaram nessas escolhas. No entanto, alguns eventos não foram previstos, como o abandono da Participante 2 no meio da intervenção e a recaída da Participante 1 na avaliação de seguimento. Outros eventos se

mostraram resistentes à mudança, como os comportamentos insistentes do marido da Participante 1 e o baixo desempenho escolar do filho da Participante 2.

Os resultados do procedimento foram animadores para as três participantes, pois houveram importantes reduções de sintomas de ansiedade e depressão e número de queixas relatadas, ao mesmo tempo em que aumentaram as interações positivas e foram aprimoradas habilidades de autoconhecimento, autocontrole e resolução de problemas. Os registros de satisfação indicaram boa receptividade das participantes ao procedimento proposto, o que aumenta sua consistência ao facilitar o engajamento de possíveis clientes que passem por processos semelhantes.

Avalia-se que todos os objetivos que foram estabelecidos para as participantes nas formulações de caso foram atingidos. As três ganharam em termos de habilidades gerais de autoconhecimento e autocontrole e também melhoraram suas relações interpessoais, com destaque no contexto doméstico. Futuros estudos podem utilizar instrumentos de habilidades sociais focados em contextos específicos para aumentar a acurácia do dado coletado.

As limitações deste trabalho, extensamente apresentadas, não comprometeram a defesa que se faz da utilização do procedimento aqui descrito. Somente revelam que não existe intervenção totalmente adequada para todos os participantes, e que o psicólogo clínico deve estar muito sensível às particularidades de cada cliente ao escolher suas intervenções.

Para as próximas aplicações do Promove – Saúde da Mulher, recomenda-se que os clínicos elejam os comportamentos-alvo que a formulação de caso individual demonstrar ser importante abordar. Essa adaptação reduzirá o tempo dispendido com o treino de uma parcela do repertório que não necessita ser desenvolvido diretamente, por estar presente no repertório da cliente antes da intervenção.

CONCLUSÃO GERAL

Obter evidências em pesquisas clínicas pode ser bastante desafiador, por conta da baixa possibilidade de controle das variáveis que se manifestam ao longo das sessões, como eventos aleatórios que ocorrem nas vidas dos participantes, dificuldade de mudar o comportamento dos seus familiares, evitar todos os riscos ao sugerir exposição, entre outras. No entanto, para se chegar a intervenções com o menor custo e o maior benefício possível, em conformidade com a psicologia baseada em evidências, é necessário realizar pesquisas na área, e coletar o máximo de evidências de processo e resultado. Só assim será possível ao clínico consumidor de conhecimento científico escolher o que funciona melhor para cada cliente.

Ressalva feita, este estudo apresentou evidências de resultado de um procedimento de intervenção em TAC para mulheres com sintomas de ansiedade e depressão que lhes traziam prejuízos funcionais importantes. As três participantes apresentaram melhora do quadro clínico, principalmente no que tange aos níveis de ansiedade e depressão. Esses dados corroboram o uso de TAC para casos de ansiedade e depressão em comorbidade, ainda mais se for considerado o nível de satisfação relatado pelas participantes com a intervenção proposta.

A principal hipótese explicativa da melhora das participantes do estudo reside na ampliação de repertório comportamental, mas os instrumentos de avaliação utilizados para mensurar esse repertório não detectaram com consistência a sua ampliação. Próximos estudos com o mesmo público devem certificar-se de utilizarem instrumentos mais sensíveis ao perfil das participantes.

Estudos futuros podem testar se funciona reduzir o procedimento de acordo com as demandas das participantes, atendo-se somente aos comportamentos-alvo em que tenham déficits. Se atestada sua eficácia, essa alteração economizaria tempo do terapeuta e das participantes. Ademais, estudos futuros podem incluir análises de gravações em áudio ou vídeo das sessões com o intuito de clarificar comportamentos presentes na interação terapêutica que mais contribuem para as melhoras alcançadas.

REFERÊNCIAS

ABREU, P. R.; ABREU, J. H. S. S. Ativação comportamental: Apresentando um protocolo integrador no tratamento da depressão. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 238-259, 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APA PRESIDENTIAL TASK FORCE ON EVIDENCE-BASED PRACTICE. Evidence-Based Practice In Psychology. **American Psychologist**, v. 61, n. 4, p.271-285, 2006. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271

BANACO, R. A. **Procrastinação: por que deixamos tudo para depois?** São Paulo, [201-]. 5 p. Disponível em: <<http://abpmc.org.br/arquivos/textos/14745739860e8e53c0.pdf>> Acesso em: 19 mar. 2020.

BANACO, R. A.; ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Função do Comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. In: TOURINHO, E. Z.; LUNA, S. V. (Orgs.) **Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas**. São Paulo: Roca, 2010. p. 175-191.

BARBOSA, I. A. **Autocontrole Financeiro, Endividamento e Análise Comportamental Clínica**. 2017. 51 p. Especialização em Análise Comportamental Clínica– Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, Brasília, 2017.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. **Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II**. Adaptação brasileira: GORENSTEIN, C.; PANG, W. Y.; ARGIMON, I. L.; WERLANG, B. S. G. 1. ed., São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2011. 172 p.

BERGEROT, C. D.; LAROS, J. A.; ARAÚJO, T. C. C. F. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, 2014, p. 187-197.

BLANCO, C.; RUBIO, J. M.; WALL, M.; SECADES-VILLA, R.; BEESDO-BAUM, K.; WANG, S. The latent structure and comorbidity patterns of generalized anxiety disorder and major depressive disorder: a national study. **Depression and Anxiety**, v. 31, p. 214-222, 2014.

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

BOLSONI-SILVA, A. T. **Como enfrentar os desafios da universidade**. Curitiba: Juruá, 2019. 90 p.

BOLSONI-SILVA, A. T. Intervenção em grupo para casais: descrição de procedimento analítico comportamental. In: BANACO, R. A. **Sobre Comportamento e Cognição:**

Terapias Comportamental e Cognitivas, Santo André: ESETec Editores Associados, v.27, 2010. p. 151-181

BOLSONI-SILVA, A. T. **Relacionamento conjugal: quais comportamentos são importantes?** Curitiba: Juruá, 2019. 64 p.

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

BOLSONI-SILVA, A. T.; FOGAÇA, F. F. S. **Promove – pais: treinamento de habilidades sociais educativas: um guia teórico e prático**. 1 ed. – São Paulo : Hogrefe, 2018.

BOLSONI-SILVA, A. T.; FOGAÇA, F. F. S.; BELEI-MARTINS, C. G.; TANAKA, T. F. **Promove - Universitários**. Treinamento de habilidades sociais: guia teórico e prático. São Paulo: Hogrefe, 2020.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. **Relacionamento conjugal, problemas de comportamento e habilidades sociais de pré-escolares**. Psicologia: Teoria e Pesquisa (UnB. Impresso), v. 26, n. 1, p. 85-94, 2010.

BOLSONI-SILVA, A. T. MARTURANO, E. M.; FOGAÇA, F. F. S. **Orientação para Pais e Mães- Como Melhorar o Relacionamento com Seu Filho**. Curitiba: Juruá, 2019. 100 p.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S.; MARTURANO, E. **Roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (RE-HSE-P)**. Manual Técnico. São Paulo: Hogrefe, 2016.

CORREIA, K. M. L.; BORLOTI, E. Mulher e Depressão: Uma Análise Comportamental-Contextual. **Acta Comportamentalia**, v. 9, n. 3, p. 359-373, 2011.

COSTA, S. E. G. C.; MARINHO, M. L. Um modelo de apresentação de análises funcionais do comportamento. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 43-54, 2002.

COZBY, P. C. **Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003. 455p.

CUNHA, L. S.; BORLOTI, E. B. O efeito de contingências de reforçamento programadas sobre o relato de eventos privados. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 209-230, 2009.

CYRANOWSKI, J. M. et al. Psychosocial features associated with lifetime comorbidity of major depression and anxiety disorders among a community sample of mid-life women: the SWAN mental health study. **Depression and Anxiety**, v. 00, p. 1-8, 2012.

DAHLGREN, C. L.; STEDAL, K. Cognitive-Remediation Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa – Treatment Satisfaction and Perception of Change. **Behavioral Sciences**, v. 7, n. 23, p. 1-21, 2017.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Competência Social e Habilidades Sociais: Manual teórico-prático**. Petrópolis: Editora Vozes, 2017.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS-2-Del Prette)**- Manual de aplicação, apuração e interpretação. 1 ed. - São Paulo: Pearson, 2018.

DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. A Behavior-Analytic Account of Depression and a Case-Report Using Acceptance-Based Procedures. **The Behavior Analyst**, v. 17, n. 2, p. 321-334, 1994.

EELS, T. D.; KANDJELIC, E. M.; LUCAS, C. P. What's in a Case Formulation? Development and Use of a Content Coding Manual. **Journal of Psychotherapy Practice and Research**, v. 7, n. 2, p. 144-153, 1998.

FERREIRA, T.; MARLENE, S.; MEIRA, L.; CUNHA, C.; SANTOS, A.; SILVA, S.; COUTO, A. B.; GOMES, P.; COSTA, L.; BARBOSA, E.; BASTO, I.; SALGADO, J. Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). **The Psychologist: Practice & Research Journal**, v. 1, n. 2, p. 1-15, 2017.

FONSECA, F. N.; NERY, L. B. Formulação comportamental ou diagnóstico comportamental: um passo a passo. In: de-FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. (Org.) **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, p. 55-97, 2018.

GARCIA, M. R. O percurso histórico da terapia comportamental. **Terra e Cultura**, n. 44, p. 118-126, 2007.

HAYNES, S. N.; O'BRIEN, W. H.; GODOY, A. A Proposed Model for the Psychometric Evaluation of Clinical Case Formulations with Quantified Causal Diagrams. **Psychological Assessment**, v. 32, n. 6, p. 541-542, 2020.

JACOBSON, N. S.; TRUAX, P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 59, n. 1, p.12-19, 1991.

JOHANSSON, R. CARLBRING, P.; HEEDMAN, A.; PAXLING, B.; ANDERSSON, G. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: Point prevalence and the effect on health-related quality of life. **PeerJ**, v. 1, p.1-18, 2013. doi: 10.7717/peerj.98

JOHNSON, S. U.; ULVENES, P. G.; OKTEDALEN, T.; HOFFART, A. Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample. **Frontiers in Psychology**, v. 10, n. 1713, p. 1-8, 2019.

KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 43-50, 2005.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ – 9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. **Journal of General Internal Medicine**, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W.; MONAHAN, P. O.; LÖWE, B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. **Annals of Internal Medicine**, v. 146, p.317-325, 2007.

LEONARDI, J. L. MEYER, S. B. Evidências de Eficácia e o Excesso de Confiança Translacional da Análise do Comportamento Clínica. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 4, p.1465-1477, 2016. doi: 10.9788/TP2016.4-15Pt

LEVATTI, G. E. **Intervenção Analítico – Comportamental com mulheres com ansiedade e depressão: Efeitos da intervenção e análise da interação terapêutica**. 2017. 139 p. Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências de Bauru, Bauru, 2017.

LEVATTI, G. E. ; VICTURI, A. A. ; GARCIA, V. A. ; BOLSONI-SILVA, A. T. Terapia analítico-comportamental para mulheres com ansiedade e depressão: comportamentos e procedimentos na interação terapêutica. **Revista Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 9, n. 2, p. 164-182, 2018.

LIMA-FERRAZ, F. I. A. **Análise dos efeitos de uma intervenção analítico-comportamental para casais sobre a conjugalidade, saúde mental, parentalidade e comportamento infantil**. 2018. 186 p. Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências de Bauru, Bauru, 2018.

LINCOLN, T. M.; RIEHLE, M.; HELBIG-LANG, S.; FLADUNG, A. K.; HARTMANN-RIEMER, M.; KAISER, S. Using Functional Analysis as a Framework to Guide Individualized Treatment for Negative Symptoms. **Frontiers in Psychology**, v. 8, n. 2108, p. 1-15, 2017.

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: E. Z. TOURINHO; S. V. LUNA (Orgs), **Análise do Comportamento: Investigações Históricas, Conceituais e Aplicadas**. São Paulo: Roca, p. 175-191, 2010.

MORAES, P. E. H.; SILVEIRA, J. M. Prática baseada em evidências e produção brasileira em Análise do Comportamento Clínica. **RBTCC**, v. 21, n. 4, p. 472-486, 2019.

MORENO, A. L. et. al. Factor Structure, Reliability, and Item Parameters of the Brazilian-Portuguese Version of the GAD-7 Questionnaire. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 367-376, 2016. doi: 10.9788/TP2016.1-25

MORETTO, L. A. **Efeitos de uma intervenção em grupos em habilidades sociais na perspectiva da análise do comportamento**. 2017. 75 p. Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências de Bauru, Bauru, 2017.

MORETTO, L. A.; BOLSONI-SILVA, A. T. Promove–Universitários: Efeitos na promoção de interações sociais e saúde mental. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 357-367, 2019.

NERY, L. B.; FONSECA, F. N. Análises funcionais moleculares e molares: um passo a passo. In: de-FARIAS, A. K. C. R.; FONSECA, F. N.; NERY, L. B. (Org.) **Teoria e**

formulação de casos em análise comportamental clínica. Porto Alegre: Artmed, p. 22-54, 2018.

OLIVEIRA, C. T., CARLOTTO, R. C., TEIXEIRA, M. A. P., DIAS, A. C. G. Oficinas de gestão do tempo com estudantes universitários. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 36, 1, p. 224-233, 2016. doi:10.1590/1982- 3703001482014

ORTI, N. P.; BOLSONI-SILVA, A. T.; GRECCO, M. K.; MATSUNAKA, M. P. S. Parent Intervention With Mothers Of Children With Internalizing Problems: Analysis Of Complaints, Themes And Therapist-Client Interaction In Three Clinical Cases. **Journal of Psychological Abnormalities in Children**, v. 4, n. 2, 2015. doi: 10.4172/2329-9525.1000139.

OSÓRIO, F. L.; MENDES, A. V.; CRIPPA, J. A.; LOUREIRO, S. R. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 45, n. 3, p.216-227, 2009. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x.

POLITO, R. **Como falar corretamente e sem inibições.** 111 ed. São Paulo: Saraiva, 2006. 312 p.

SANTOS, G. A. R. **Terapia analítico-comportamental: sistematização da definição com base em introduções de textos empíricos.** 2018. 90 p. Dissertação de Mestrado - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.8, 2013, p.1533-1543.

SKINNER, B. F. **Sobre o Behaviorismo.** São Paulo: Cultrix, 1974/2011. 220 p.

SOUZA, V. B.; ORTI, N. P.; BOLSONI-SILVA, A. T. Role-playing como estratégia facilitadora de análise funcional em contexto clínico. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 14, n. 3, 2012, p. 102-122.

SPITZER, R. L. et. al. **Portuguese for Brazil version of the GAD-7 Screener.** Disponível

em:<https://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10049256/f/201412/GAD7_Portuguese%20for%20Brazil.pdf> Acesso em: 05 fev. 2019

SPITZER, R. L. et. al. **Portuguese for Brazil version of the PHQ-9 Screener.** Disponível

em:<https://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10049256/f/201412/PHQ9_Portuguese%20for%20Brazil.pdf> Acesso em: 05 fev. 2019

SPITZER, R. L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. B. W. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. **Journal of the American Medical Association**, v. 282, n. 18, p. 1737-1744, 1999. doi: 10.1001/jama.282.18.1737

SPITZER, R. L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. B.; LOWE, B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. **Arch Intern Med.**, v. 166, n. 10, p. 1092-1097, 2006. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092

STARR, L. R.; HAMMEN, C.; CONOLLY, N.; BRENNAN, P. A. Does relational dysfunction mediate the association between anxiety disorders and later depression? Testing an interpersonal model of comorbidity. **Depression and Anxiety**, v. 31, p.77–86, 2014. doi: 10.1002/da.22172

STURMEY, P. Case Formulation. In: EMMELKAMP, P; EHRING, T. **The Wiley Handbook of Anxiety Disorders**. John Wiley & Sons Ltd., p. 692-705, 2014.

VICTURI, A. A. **Interação terapêutica na terapia comportamental de mulheres com ansiedade e depressão: estudo de comportamentos de terapeutas e clientes**. 2018. 36 p. Relatório de Iniciação Científica PIBIC (CNPQ) número 41458. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”- Faculdade de Ciências, Bauru, 2018.

VICTURI, A. A.; BOLSONI-SILVA, A. T. **Como lidar com relações interpessoais e sobrecarga de tarefas**. São Carlos: Suprema Gráfica e Editora, 2020. 128p.

VICTURI, A. A.; BOLSONI-SILVA, A. T. **O que eu faço agora?** [recurso eletrônico] Como enfrentar relações, sentimentos e tarefas difíceis. São Carlos: Suprema Gráfica e Editora, 2020. 126 p.

VILLA, M. B.; AGUIAR, A. A. R. Método JT: Uma ferramenta alternativa para avaliação de intervenções. In: VILLA, M. B.; AGUIAR, A. A. R.; DEL PRETTE, Z. A. P. (Org.) **Intervenções baseadas em evidências: aplicações do Método JT**. São Carlos: Edufscar, p.51-77, 2012.

VILLA, M. B.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Inventário de Habilidades Sociais Conjugais (IHSC): Manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

VIRUÉS-ORTEGA, J.; HAYNES, S. N. Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 5, n. 3, p. 567-587, 2005.

VLAYEN, J. W. S. et al. From Boulder to Stockholm in 70 Years: Single Case Experimental Designs in Clinical Research. **The Psychological Record**, v. 70, p. 659-670, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Genebra: World Health Organization, 2017. Licença: CC BY-NC-AS 3.0 IGO

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

ZANELLO, V. Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. In: ZANELLO, V. et al. (Org.). **Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares**. Brasília: ExLibris, p. 307-320, 2010.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Tratamento analítico-comportamental para ansiedade e depressão em mulheres: Elaboração, aplicação e avaliação de procedimento manualizado

Pesquisador: Alexandre Aguiar Victuri

Pesquisadora orientadora: Prof. Dra. Alessandra Turini Bolsoni-Silva

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências da Unesp Bauru



Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências de Bauru

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01, Bauru- SP

Tel.: (14)3103-9400 / E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br



Olá! Seja bem-vinda ao Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Unesp Bauru!

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa com o objetivo de testar um procedimento de intervenção analítico-comportamental para minimizar sintomas de ansiedade e depressão. Essa pesquisa terá quatro etapas:

- Na primeira, a senhora responderá a instrumentos de avaliação de sintomas de ansiedade e depressão e de habilidades sociais, e contará como estão suas queixas, por até quatro meses seguidos.
- Na segunda, a senhora passará por uma entrevista detalhada, para compreendermos melhor as suas queixas e o que sente, para podermos propor uma intervenção mais adequada.
- Na terceira, a senhora será atendida semanalmente em sessões de terapia focadas em temas específicos, como lidar com críticas, falar em público, trabalhar em equipe etc. Nessas sessões, o pesquisador terapeuta passará tarefas com o objetivo de ampliar as melhoras.
- Após aproximadamente 16 a 18 sessões, a senhora responderá aos instrumentos de avaliação de sintomas e habilidades sociais para que a utilidade da intervenção seja avaliada. Três meses após o fim dos atendimentos, a senhora responderá aos instrumentos novamente, para que possamos avaliar se os benefícios da intervenção se mantiveram.

As sessões serão gravadas para que o pesquisador possa acompanhar o estado de cada queixa apresentada pelas participantes, em análises realizadas após as sessões. Somente o pesquisador (terapeuta) terá acesso a esses áudios. As informações coletadas ao longo da pesquisa serão utilizadas de forma sigilosa para fins de pesquisa e poderão ser publicadas, mas de forma sigilosa (sem os seus dados de identificação).

Durante o processo, a senhora pode sentir desconforto ao preencher por várias vezes os mesmos questionários. No entanto, escolhemos instrumentos de preenchimento rápido, e eles são importantes para avaliarmos se o que estamos fazendo está funcionando como o esperado. São previstos apenas riscos de desconforto durante o preenchimento de documentos e questionários e na participação das intervenções. O pesquisador ficará disponível para acolhê-

la quando se sentir desconfortável, e para encaminhar o que for necessário para o cuidado da questão que porventura seja apresentada.

Devido ao delineamento da presente pesquisa, a senhora pode ter que responder aos mesmos instrumentos por duas, três ou quatro vezes (cada uma em um mês) antes do início das sessões com o objetivo intervir sobre os sintomas. Essa espera é adotada principalmente para comparar o efeito do tempo sem intervenção sobre os sintomas com o efeito do tempo com as intervenções.

A senhora também deverá deslocar-se até o Centro de Psicologia Aplicada para as sessões, por ser um ambiente clínico mais apropriado. Caso julgar necessário, pode solicitar passes de ônibus para o pesquisador ou para a secretaria do CPA sempre que for atendida.

Benefícios esperados: esperamos que os atendimentos da terceira fase da pesquisa reduzam significativamente os sintomas de ansiedade e depressão apresentados e o nível de sofrimento associado às suas queixas e proporcionem a aprendizagem de habilidades importantes para a sua comunicação e resolução de problemas e dificuldades.

A sua participação nesta pesquisa é livre e voluntária, e o seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, sem penalização. Garantimos a privacidade e o sigilo de todas as participantes desta pesquisa ao longo de todo o processo. A senhora terá direito a receber uma via deste termo.

Durante todo o processo da pesquisa, o pesquisador se disponibiliza a prestar assistência e esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa, por meio do telefone (16)99779-8448 ou do e-mail alevicturi@gmail.com. Além disso, se após a pesquisa, a senhora ainda apresentar queixas clínicas relacionadas ou não à participação da pesquisa, poderá solicitar a continuidade em atendimento clínico, e ela lhe será garantida.

Este documento é realizado em conformidade com a Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa obedece ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências, cujos endereço e informações para contato encontram-se no cabeçalho deste documento.

Somos muito gratos pela sua colaboração e atenção!

Declaração:

Considerando as informações apresentadas acima, eu, _____, portadora do RG _____, de forma livre e esclarecida, aceito participar da pesquisa acima descrita, concordando com os termos aqui apresentados.

Bauru, ____ de _____ de 2019

Assinatura da participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B- PERGUNTAS DISPARADORAS

Sessão 1 - Tema: iniciar, manter e encerrar conversação

- Como você costuma iniciar as conversas?
- Como você faz para manter uma conversa?
- Como você faz para encerrar uma conversa?
- O que funciona bem para você?
- O que não funciona?
- Quais são suas dificuldades?

Sessão 2 - Tema: Fazer e responder perguntas

- Como as pessoas fazem perguntas?
- Que tipos de perguntas podem ser feitos?
- Qual é a importância de fazer perguntas?
- Quais são as vantagens de aprender a fazer e a responder a perguntas?
- Quais dificuldades você tem em fazer perguntas?
- E em responder a perguntas?

Sessão 3 - Tema: Direitos humanos nas relações interpessoais

- Você conhece os direitos humanos?
- Qual é a função dos direitos?
- Qual é a função de reconhecer os direitos?
- Como os direitos se aplicam nas relações interpessoais?
- Como os direitos humanos se aplicam na sua vida?
- Quais são as dificuldades de garantir o respeito aos direitos humanos?

Sessão 4 - Tema: Comportamento assertivo, passivo e agressivo

Quais são as formas de transmitir uma informação?

Qual é a importância de saber como transmitir uma informação?

Você já ouviu falar em assertividade? Se sim, o que é?

Se não: o comportamento assertivo ou socialmente habilidoso é aquele que diz o que quer dizer, sem ferir os direitos de quem fala ou de quem ouve. Mesmo que essa seja a forma que geralmente seja mais indicada, algumas pessoas escolhem não dizer, e outras dizem o que querem, mas desrespeitam os direitos dos outros ou os próprios direitos pela forma como dizem.

Quando você quer dizer algo a alguém, como costuma fazer?

Como as pessoas reagem?

Em que situações você tem dificuldade de se expressar?

Sessão 5 - Tema: Expressar sentimentos positivos e elogiar

O que são sentimentos positivos? (sugestão de resposta: são sentimentos desejáveis, que fazem bem)

Quais são os sentimentos positivos? (sugestão de resposta: alegria, felicidade, amor, carinho etc.)

Qual é a importância de saber expressar sentimentos positivos? (sugestão de resposta: produzir consequências positivas nas outras pessoas)

Você tem dificuldades de expressar esses sentimentos? Quais são?

O que é um elogio? (sugestão de resposta: é quando alguém expressa ter gostado de alguma coisa que outro alguém faz)

Para que servem os elogios? (sugestão de resposta: para valorizar o que as pessoas fazem e aumentar a chance de a pessoa continuar se comportando da forma esperada)

Qual é a importância de saber fazer elogios? (sugestão de resposta: enfatizar o que as outras pessoas fazem que gostamos, aumentar a chance de que elas continuem fazendo)

Você tem dificuldades de elogiar? Quais são?

Você tem dificuldades de reagir a elogios? Quais são?

Sessão 6 - Tema: dar *feedback* positivo

-Você sabe o que é um *feedback* positivo?

(é um tipo de fala que diz o que exatamente a outra pessoa fez, que você gostou/ é uma descrição do desempenho da outra pessoa)

-Qual é a importância de saber como dizer o que a outra pessoa fez?

(as pessoas vão entender exatamente o que elas fazem que lhe agrada, e perceber que o que elas fazem produz sentimentos positivos)

-Qual é a função de dizer para as pessoas o que elas fazem, que você gosta?

(aumentar a chance de que elas repitam o que fizeram, quando quiserem lhe agradar de novo)

-Qual é a diferença entre o *feedback* positivo e o elogio?

*(o elogio é mais geral, não diz o que a pessoa fez, mas como você avalia o comportamento da pessoa; o *feedback* positivo é mais específico, porque fala exatamente sobre qual comportamento se refere)*

-Quando é o momento mais apropriado para elogiar ou dar um *feedback* positivo?

(imediatamente após o comportamento que agradou)

-Com que frequência você diz às pessoas o que você gosta que elas façam?

-Quais são as dificuldades de dizer às pessoas o que gostamos que elas façam?

Sessão 7 - Tema: expressar e ouvir opiniões

-Qual é a importância de saber como expressar uma opinião?

(dependendo da forma com que se expressa a opinião, a pessoa pode aumentar ou diminuir a chance de ser ouvida e de construir relações de confiança)

-Como você costuma expressar sua opinião?

-Como as pessoas reagem à sua expressão?

-Quais são as dificuldades de dizer às pessoas qual é a sua opinião?

-Qual é a importância de saber como ouvir uma opinião?

(dependendo da forma com que se ouve uma opinião, a pessoa aumenta a chance de compreender o que a outra pessoa quer dizer e de fazer com que ambas se sintam respeitadas em seus direitos)

-Como você reage a opiniões das outras pessoas?

-E como elas respondem?

-Quais são as dificuldades de ouvir opiniões?

Sessão 8 - Tema: fazer pedidos e responder a pedidos

- Para que servem os pedidos?

- Qual é a importância de saber como fazer um pedido?

(dependendo da forma com que se faz o pedido, você pode aumentar ou diminuir a chance de ter o seu pedido atendido)

-Como você costuma fazer pedidos?

-Como as pessoas respondem?

-Quais são as dificuldades de fazer pedidos?

-Qual é a importância de saber como responder a um pedido?

(dependendo da forma com que se responde a um pedido, você aumenta a chance de ser compreendida pela outra pessoa e diminui a chance de a outra pessoa ficar com raiva por ter seu pedido recusado)

- Como você faz para avaliar se deve aceitar ou recusar um pedido?
- Quais são as vantagens e desvantagens de aceitar ou recusar um pedido?
- Como você responde a pedidos?
- Quando aceita?
- Quando recusa?
- E como as pessoas reagem?
- Quais são as dificuldades de responder a pedidos?

Sessão 9 - Tema: fazer críticas, responder a críticas e pedir desculpas

- O que são críticas? *(geralmente são avaliações que as pessoas fazem do que fazemos)*
- Para que servem as críticas? *(as pessoas podem fazer críticas para ajudar os outros a melhorarem ou para desqualificá-los, por exemplo)*
- Qual é a importância de saber como fazer um a crítica?

(dependendo da forma com que se faz a crítica, você pode aumentar ou diminuir a chance de que a outra pessoa compreenda e aceite o que você quer dizer)

- Como você costuma fazer críticas?
- Como as pessoas respondem?
- Quais são as dificuldades de fazer críticas?

- Qual é a importância de saber como responder a uma crítica?

(dependendo da forma com que se responde à crítica, você aumenta a chance de ser compreendida pela outra pessoa e diminui a chance de a outra pessoa ficar com raiva ou se sentir desrespeitada)

- Como você faz para avaliar se uma crítica é justa?
- Como você responde a críticas?
- E como as pessoas reagem?
- Quais são as dificuldades de responder a críticas?

- Qual é a importância de pedir desculpas?

(pode aumentar a chance de reparar os erros, desfazer mal-entendidos, mostrar intenção de melhorar o relacionamento)

- Como você costuma pedir desculpas?
- Como as pessoas reagem?
- Quais são as dificuldades de pedir desculpas?

Sessão 11 - Tema: expressar sentimento negativo

- O que são sentimentos negativos? *(são aqueles que as pessoas não gostam de ter)*
- Quais são os sentimentos negativos? Diga todos que lembrar. *(raiva, ódio, tristeza, arrependimento, frustração, indignação, tédio, saudade...)*
- Para que servem expressar esses sentimentos? *(para obter acolhimento, para resolver situações interpessoais, para aliviar o sentimento...)*
- Qual é a importância de saber como expressar esses sentimentos?

(dependendo da forma com que se expressa um sentimento negativo, você pode aumentar ou diminuir a chance de ser acolhida, aceita, compreendida...)

- Como você costuma expressar seus sentimentos negativos?
- Como as pessoas respondem?

-Quais são as dificuldades nisso?

Ligação com a próxima sessão:

- Considerar que a pessoa pode não saber outra forma de se comportar, que não a magoe. Por isso, pode valer a pena oferecer sugestões de como ela poderia ter se comportado. Além disso, descrever as consequências da aplicação dessa sugestão também pode ajudar.

Sessão 12 - Tema: dar *feedback* negativo e negociar

Feedback negativo:

- Qual é a importância de saber como solicitar mudança de comportamento?

(dependendo da forma com que se solicita mudança de comportamento, você pode aumentar ou diminuir a chance de ser entendida e atendida...)

- Já discutimos para que serve o *feedback* positivo. Você tem ideia do por que serve o *feedback* negativo? *(para descrever comportamento que desagradaram e solicitar mudança de comportamento)*

-Como você costuma solicitar mudança de comportamento?

-Como as pessoas respondem?

-Quais são as dificuldades em fazer isso?

Negociar:

- O que é negociar? *(fazer um combinado que se aproxime o máximo possível dos interesses de todas as partes envolvidas)*

- Qual é a importância de negociar? *(defender e conseguir a realização dos próprios interesses sem desrespeitar os interesses dos outros)*

- Qual é a importância de saber como negociar? (*dependendo da forma com que você negocia, aumenta ou diminui a chance de conseguir que a outra pessoa ceda em direção aos seus interesses*)

- Como você costuma negociar?

- Como as pessoas reagem?

- Quais são as dificuldades nisso?

Sessão 13 - Tema: estabelecer e implantar regras e limites

Estabelecer regras e limites:

- Para que servem regras e limites nas relações interpessoais?

(*expressar o que pode, deve, não pode e não deve ser feito para que a relação seja saudável*)

- Qual é a importância de saber como estabelecer regras e limites?

(*dependendo da forma com que é conversado e negociado sobre os limites, há maior ou menor chance de serem seguidos*)

-Como você costuma estabelecer regras e limites?

-O que você leva em consideração para definir uma regra ou limite?

-Como as pessoas respondem?

-Quais são as dificuldades em fazer isso?

Implantar regras e limites:

- Considerando o que já discutimos ao longo da terapia, quais estratégias podem ser utilizadas para fazer cumprir uma regra ou limite?

- Quais estratégias podem ser usadas quando as pessoas não cumprem uma regra ou limite combinado?

- Quais estratégias podem ser usadas quando as pessoas cumprem uma regra ou limite combinado?
- O que você costuma fazer para que as pessoas respeitem as regras?
- Como as pessoas reagem?
- Quais são as dificuldades nisso?

Sessão 14 - Tema: falar em público

Falar em público:

- Para que serve falar em público?
(para as mais diversas situações, desde trabalho até reuniões informais)
- Qual é a importância de saber como falar em público?
(dependendo da forma com que se fala, há maior ou menor chance de alcançar os objetivos dessa comunicação)
- Em que situações você costuma falar em público?
- Como você costuma falar em público?
- Como as pessoas respondem?
- Quais são as dificuldades em fazer isso?

Sessão 15 - Tema: Práticas educativas parentais: lidar com comportamentos que você aprova e lidar com comportamentos que você desaprova

Práticas educativas parentais

- Quais são suas principais dificuldades em educar seu(a)(s) filho(a)(s)?
- Como você faz para lidar com essas dificuldades?

- Quais são as consequências dessas formas de lidar?

Sessão 16 - Tema: organizar o tempo e evitar procrastinar

Organizar o tempo:

- Para que serve organizar o tempo?

(para conseguir fazer o máximo de atividades sem se sobrecarregar)

- Qual é a importância de saber como organizar o tempo?

(dependendo da forma com que se organiza o tempo, aumenta ou diminui a chance de conseguir fazer tudo o que se espera)

- Como você costuma organizar o tempo?

- O que você faz para organizar o tempo, que funciona bem?

- E o que você faz para organizar o tempo, que não funciona da forma como você gostaria?

- Quais são suas dificuldades em organizar o tempo?

- Você procrastina? Se sim, em que situações?

- Como faz isso?

- Quais são as consequências disso?

Sessão 17 - Tema: trabalhar em equipe

Trabalhar em equipe:

- Para que serve trabalhar em equipe?

(para dividir uma tarefa com objetivos comuns)

- Qual é a importância de saber como trabalhar em equipe?

(aumentar a chance de alcançar os objetivos comuns com o menor custo possível)

-Em que situações você acha importante trabalhar em equipe?

-Em que situações você trabalha em equipe?

-Como você costuma trabalhar em equipe?

-Como as pessoas reagem à sua forma de trabalhar em equipe?

-Quais são suas dificuldades em trabalhar em equipe?

Sessão 18 - Tema: comportamento financeiro

Gastar ou economizar:

- Qual é a função de gastar dinheiro?

(para conseguir acessar bens materiais ou serviços)

- Qual é a importância de saber como gastar o dinheiro?

(aumentar a chance de sobrar para comprar aquilo que é mais importante)

-Em que situações você gasta dinheiro?

-Quais são as consequências disso?

- Quais é a função de economizar dinheiro?

(conseguir comprar coisas mais caras ou importantes)

- Qual é a importância de saber como economizar?

(aumentar a chance de conseguir comprar as coisas mais caras ou importantes)

- Em que situações você economiza dinheiro?

- Como você faz para economizar seu dinheiro?

- Quais são as consequências disso?
- Como você faz para escolher entre gastar ou economizar?
- Quais são as suas maiores dificuldades em relação ao dinheiro?

APÊNDICE C- EXEMPLO DE FOLHA COM ATIVIDADE DISPARADORA
(REFERENTE AO TEMA ORGANIZAR O TEMPO E EVITAR PROCRASTINAR)

Sessão 16- Atividade para discussão de organização do tempo

Terapeuta: Alexandre A. Victuri

Brainstorm: o que você tem para fazer de hoje até a próxima sessão?

Avaliação da importância, urgência e custo

Atividade	Grau de importância	Grau de urgência	Grau de custo

Quais atividades você pode deixar de fazer? (riscar)

Quais estratégias você pode utilizar para conseguir fazer tudo isso? (sinalizar)

O que você poderia incluir pelo seu bem-estar?

Como poderia negociar com as pessoas importantes, para conseguir fazer o que gostaria?

APÊNDICE D- EXEMPLO DE TEXTO AVULSO ENTREGUE ÀS
PARTICIPANTES - Consultar Victuri e Bolsoni-Silva (2020)²³ para ter acesso a todos
os textos

Texto referente à sessão 7- Expressar e ouvir opiniões

Autor: Alexandre Aguiar Victuri

Expressar opinião

Expressar opinião é uma habilidade importante para defender as próprias ideias e construir relações de respeito. Mas nem todas as formas de expressar opinião são bem recebidas pelas outras pessoas, então vale a pena pensar em formas de expressar opinião que aumentem a chance de produzirem consequências positivas nas interações entre as pessoas.

Opiniões são ideias, pensamentos, julgamentos das pessoas sobre algum assunto específico. Essas ideias são pessoais, ou seja, podem ser diferentes de pessoa para pessoa. Não existe verdade absoluta, e cada pessoa tem o direito de expressar suas opiniões e de tê-las respeitadas, desde que não ofendam os direitos das outras. Assim como existe o direito de ter uma opinião, existe o direito de manter ou de mudar de opinião.

Quando for expressar uma opinião, lembre-se de:

- Avaliar o melhor momento para expressar a sua opinião → pensar nas consequências de falar em cada momento pode aumentar a chance de que sua opinião seja bem recebida.
- Considerar que não existe verdade absoluta → você pode defender o seu ponto de vista, mas nada garante que a outra pessoa vá concordar com você no final da discussão.
- Considerar que todos podem manter uma opinião ou mudar de opinião, inclusive você.
- Priorizar falas que explicam o motivo da sua opinião (*eu acho que não, porque...*) → isso pode aumentar a chance de a outra pessoa entender por que está dizendo aquilo, ou até concordar com a sua fala.
- Que ficar em silêncio pode ser uma opção mais vantajosa.

²³ Disponível com o pesquisador em formato de livro físico ou em formato digital pelo link www.bit.ly/oqueeufoagora

Ouvir opiniões:

Como você se sente quando está conversando com alguém e essa pessoa não ouve o que você tem a dizer? Provavelmente você se sente desrespeitada ou não compreendida. Então, quando outra pessoa estiver expressando uma opinião, dar atenção ao que ela tem a dizer pode ser importante para que ela se sinta respeitada e para que você possa compreender o que ela tem a dizer e os seus motivos.

Quando estiver em uma discussão, lembre-se de:

- Dar atenção para o que a outra pessoa fala antes de expressar a sua opinião → os dois querem ser ouvidos. Quando você ouve a outra pessoa, aumenta a chance de ela querer ouvir o que você tem a dizer, também.
- Enfatizar os pontos de concordância (*eu concordo com esse ponto do que você falou*) → pode fazer com que vocês cheguem a um acordo.
- Que você não precisa mudar de opinião → se a pessoa estiver insistindo para mudar a sua opinião e você avaliar que a conversa não está levando a nada, você pode dizer que tem o direito de pensar diferente e que gostaria de falar sobre outra coisa ou encerrar a conversa.

➤ Exercício

Quais assuntos são mais difíceis de discutir?

Quais das dicas acima você poderia usar para melhorar as discussões em que se envolve?

Referências:

BOLSONI-SILVA, A. T. *Relacionamento conjugal: quais comportamentos são importantes?* São Carlos: Suprema, 2009, p. 23-25

BOLSONI-SILVA, A. T. *Cartilha informativa: Orientação para pais e mães*. São Carlos: Suprema, 2013, p. 26-29

APÊNDICE E- INSTRUÇÕES E QUESTÕES DAS TAREFAS DE TODAS AS
SESSÕES (COM OS ESPAÇOS E LINHAS PARA RESPOSTAS REMOVIDOS)

Tarefa da primeira sessão (iniciar, manter e encerrar conversa)

Para esta primeira tarefa, você deve prestar atenção em uma conversa que ocorrer na sua semana e utilizar as suas informações para responder às seguintes questões:

Com quem conversou?

Em que situação conversaram?

Sobre o que conversaram?

O que a pessoa disse?

Como você respondeu?

Como você se sentiu durante a conversa?

O que você pensou durante a conversa?

Como a conversa terminou?

Tarefa da segunda sessão (fazer e responder a perguntas)

Para esta tarefa, você deverá descrever momentos de dificuldades em fazer perguntas e responder a perguntas. Primeiro, descreva uma situação de dificuldade em que fez uma pergunta. Depois, descreva uma situação em que ocorreu uma pergunta a que teve dificuldade de responder.

1) Fazer perguntas

Qual pergunta você fez?

Para quem você perguntou?

Em que situação você fez essa pergunta?

O que a pessoa respondeu?

Como você se sentiu?

2) Responder a perguntas

Qual pergunta fizeram a você?

Quem fez a pergunta?

Em qual situação essa pessoa lhe perguntou?

O que você respondeu?

Como a pessoa reagiu à sua resposta?

Como você se sentiu?

Tarefa da terceira sessão (direitos humanos e relações interpessoais)

Para esta tarefa, você deverá escrever sobre uma situação de sua vida em que um direito humano foi respeitado, e sobre uma situação em que o mesmo direito não foi respeitado.

Direito respeitado:

Qual direito tem relação com a situação que você vai apresentar?

Em que situação o direito foi respeitado?

Como esse direito se aplica na situação?

O que as pessoas fizeram, que indica que o direito foi respeitado?

Como as pessoas se sentiram?

O que ganharam ou perderam com a situação?

Direito desrespeitado:

Qual direito tem relação com a situação que você vai apresentar?

Em que situação o direito foi desrespeitado?

Como esse direito se aplica na situação?

O que as pessoas fizeram, que indica que o direito foi desrespeitado?

Como as pessoas se sentiram?

O que ganharam ou perderam com a situação?

Tarefa da quarta sessão- Comportamento socialmente habilidoso, não habilidoso passivo e não habilidoso agressivo

A tarefa desta semana é escrever três situações interpessoais da sua vida que exemplifiquem as formas habilidosa/assertiva, passiva e agressiva de se comportar.

Comportamento habilidoso/assertivo:

Em que situação ocorreu (onde foi, quando foi, quem participou)?

Qual foi o comportamento que você caracteriza como habilidoso/assertivo?

Por que esse comportamento foi habilidoso/assertivo?

Como a outra pessoa recebeu esse comportamento?

Como você se sentiu?

Comportamento passivo:

Em que situação ocorreu (onde foi, quando foi, quem participou)?

Qual foi o comportamento que você caracteriza como passivo?

Por que esse comportamento foi passivo?

Como a outra pessoa recebeu esse comportamento?

Como você se sentiu?

Comportamento agressivo:

Em que situação ocorreu (onde foi, quando foi, quem participou)?

Qual foi o comportamento que você caracteriza como agressivo?

Por que esse comportamento foi agressivo?

Como a outra pessoa recebeu esse comportamento?

Como você se sentiu?

Tarefa da quinta sessão- Expressar sentimento positivo e elogiar

A tarefa desta semana é descrever uma situação em que expressou sentimento positivo, uma em que elogiou e uma em que foi elogiada.

Expressar sentimento positivo:

Qual sentimento você expressou?

Em que situação você expressou esse sentimento?

Como você expressou esse sentimento?

Como a outra pessoa reagiu?

Como você se sentiu?

Elogiar:

O que você elogiou?

Em que situação você fez o elogio?
Como você fez o elogio (o que falou)?
Como a outra pessoa reagiu?
Como você se sentiu?

Receber elogios:

Em que situação você foi elogiada?
Qual foi o elogio que você recebeu?
Como você reagiu?
Como a outra pessoa reagiu?
Como você se sentiu?

Tarefa da sexta sessão- Dar *feedback* positivo

A tarefa desta semana é dar um *feedback* positivo a alguém e responder às perguntas abaixo sobre como foi.

➔ Lembre-se de que o *feedback* positivo explica exatamente o que a pessoa fez que você gostou.

Quem você escolheu para dar esse *feedback*?
O *feedback* era sobre qual comportamento dessa pessoa?
Em que situação você deu esse *feedback*?
O que você falou?
Como a pessoa reagiu?
Como você se sentiu?

Tarefa da sétima sessão- Expressar e ouvir opiniões

A tarefa desta semana é conversar com alguém que tenha uma opinião diferente de você. Você deve expressar a sua opinião e ouvir a opinião da outra pessoa.

Com quem você conversou?

Sobre expressar a sua opinião:

Qual era a sua opinião?
Em que situação você expressou a sua opinião?

O que você falou (como expressou a opinião)?

Como a pessoa reagiu?

Como você se sentiu?

Sobre ouvir a opinião da outra pessoa:

Qual era a opinião da outra pessoa?

Em que situação ela expressou a opinião dela?

O que ela falou (como expressou a opinião)?

Como você reagiu?

Como você se sentiu?

Tarefa da oitava sessão- Fazer pedidos/responder a pedidos

A tarefa desta semana é escrever como foi fazer um pedido e como foi responder a um pedido que recebeu.

Fazer pedido:

A quem você pediu?

Qual pedido você fez?

Em que situação você fez o pedido?

Como você avalia o pedido que fez (foi abusivo ou não, é fácil ou difícil de atender etc.)?

O que você falou (como pediu)?

Como a pessoa reagiu?

Como você se sentiu?

Responder a pedidos:

Quem lhe fez o pedido?

Qual foi o pedido que você recebeu?

Em que situação ela pediu?

Como você avalia o pedido que a pessoa fez (foi abusivo ou não, é fácil ou difícil de atender etc.)?

O que você respondeu?

Como a pessoa reagiu?

Como você se sentiu?

Tarefa da nona sessão- Fazer críticas/ responder a críticas/ pedir desculpas

A tarefa desta semana é escrever como foi fazer uma crítica, como foi responder a uma crítica que recebeu e como foi pedir desculpas em algum momento em que fez isso.

Fazer crítica:

A quem você fez?

Qual crítica você fez?

Em que situação você fez essa crítica?

O que você falou (como fez a crítica)?

Como a pessoa reagiu?

Como você se sentiu?

Responder a críticas:

Quem lhe fez a crítica?

Qual foi a crítica que você recebeu?

Em que situação você recebeu a crítica?

Como você avalia o conteúdo e a forma da crítica que a pessoa fez (ela tem razão ou não)?

Conteúdo → _____

Forma → _____

O que você respondeu?

Como a pessoa reagiu?

Como você se sentiu?

Pedir desculpas:

A quem você pediu desculpas?

Pelo que você se desculpou?

Em que situação você pediu?

O que você disse (como pediu desculpas)?

Como a pessoa reagiu?

Como você se sentiu?

Tarefa da décima primeira sessão- Expressar sentimento negativo

A tarefa desta semana é escrever como foi expressar sentimento negativo em uma situação de dificuldade nas relações interpessoais.

Expressar sentimento negativo:

A quem você expressou sentimento negativo?

Qual sentimento você expressou?

Em que situação você expressou esse sentimento?

O que você falou (como expressou)?

Como a pessoa reagiu?

Como você se sentiu?

Como você avalia a sua forma de expressão?

Tarefa da décima segunda sessão- Dar *feedback* negativo e negociar

A tarefa desta semana é escrever como foi dar *feedback* negativo e negociar em uma situação de dificuldade nas relações interpessoais.

Dar feedback negativo:

A quem você deu *feedback* negativo?

O *feedback* negativo foi sobre qual comportamento?

Em que situação você falou?

O que você falou (como expressou)?

Como a pessoa reagiu?

Como você se sentiu?

Como você avalia a sua forma de expressão nessa situação?

Checklist do feedback negativo- assinale quais dos passos você cumpriu na situação acima:

- *Falei qual comportamento da pessoa me incomodou?*
- *Expressei como me sinto quando a pessoa se comporta assim?*
- *Sugeri o que a pessoa pode fazer de diferente?*
- *Indiquei quais consequências positivas a pessoa pode obter se mudar de comportamento?*

Negociar:

Com quem você negociou?

Qual era o assunto da negociação?

Em que situação você negociou?

O que você falou (como expressou)?

Em que aspectos você cedeu?

Em que aspectos a outra pessoa cedeu?

Como a pessoa reagiu?

Como você se sentiu?

Como você avalia a sua forma de negociação nessa situação?

Tarefa da décima terceira sessão- Estabelecer e implantar regras e limites

A tarefa desta semana é escrever como foi estabelecer e implantar uma regra ou um limite em uma situação de dificuldade nas relações interpessoais.

Estabelecer regra ou limite:

Qual foi a regra ou limite que você estabeleceu?

Quem envolvia?

Por que essa regra ou limite é importante para você e para as pessoas envolvidas?

Para você → _____

Para as outras pessoas envolvidas → _____

Em que situação você conversou com as pessoas envolvidas sobre a regra ou limite?

O que você falou (como se expressou)?

Como a pessoa reagiu?

Como você se sentiu?

Implantar regra ou limite:

Quais estratégias você usou ou pretende usar para fazer essa regra ou limite funcionar?

Como você reagiu ou pretende reagir caso essa regra ou limite seja desrespeitada?

Como reagiu ou pretende reagir caso essa regra ou limite seja respeitada?

Tarefa da décima quarta sessão- Falar em público

A tarefa desta semana é escrever como foi falar em público em uma situação de dificuldade nas relações interpessoais.

Falar em público:

Em que situação você falou em público?

O que você falou (como se expressou)?

Como as pessoas reagiram?

Como você se sentiu?

Checklist do falar em público- assinale quais das estratégias abaixo você utilizou na situação que apresentou:

- ☐ Olhei bastante para o grupo de pessoas (audiência)
- ☐ Olhei bastante para baixo ou para cima
- ☐ Falei para algumas pessoas
- ☐ Falei para o grupo
- ☐ Falei muito rapidamente
- ☐ Falei muito lentamente
- ☐ Falei pausadamente
- ☐ Utilizei tom de voz suficiente para que todos pudessem escutar
- ☐ Falei com tom de voz muito baixo
- ☐ Falei com tom de voz muito alto

Tarefa da décima quinta sessão- Práticas educativas parentais: lidar com comportamentos que você aprova e lidar com comportamentos que você desaprova

A tarefa desta semana é identificar comportamentos positivos e negativos de seu(sua)(s) filho(a)(s), e formas que usou para lidar com esses comportamentos, com o objetivo de melhorar a sua interação com ele(a)(s).

Lidar com comportamento que você aprova (algo que você acha importante que ele(a) faça):

Qual foi o comportamento?

Por que você acha que é importante que ele(a) se comporte dessa forma?

O que você fez para aumentar a chance de ele(a) se comportar assim?

Quais foram as consequências de você fazer isso?

Para você → _____

Para ele(a) → _____

Lidar com comportamento que você desaprova (algo que você acha importante que ele(a) não faça, algo que você desaprova):

Qual foi o comportamento?

Por que você acha que é importante que ele(a) não se comporte dessa forma?

O que você fez para diminuir a chance de ele(a) se comportar assim?

Quais foram as consequências de você fazer isso?

Para você → _____

Para ele(a) → _____

Tarefa da décima sexta sessão- Organizar o tempo e evitar procrastinar

A tarefa desta semana é planejar as atividades da sua semana com o uso da tabela no verso da página, escrever as suas atividades nela, e depois responder as perguntas abaixo.

Que estratégias você utilizou para organizar o seu tempo nessa semana?

Quais foram as consequências do seu comportamento de organizar o seu tempo dessa forma?

Como você se sentiu?

Quais foram as principais dificuldades?

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							

Tarefa da décima sétima sessão- Trabalhar em equipe

A tarefa desta semana é escolher uma tarefa que possa ser realizada em equipe, e se organizar para realizá-la com a ajuda de outras pessoas. Depois, responder às perguntas abaixo.

Trabalhar em equipe:

Qual foi a tarefa?

Qual é a importância de realizar essa tarefa em equipe?

Como você fez para mobilizar a equipe a realizar a tarefa?

Como as tarefas foram divididas entre as pessoas da equipe?

Quais outras habilidades você utilizou?

Quais foram as consequências de você fazer isso?

Para você → _____

Para a(s) outra(s) pessoa(s) → _____

A tarefa foi concluída?

Se sim, por quê?

Se não, por quê?

Como você se sentiu após a conclusão da tarefa?

Como as outra(s) pessoa(s) se sentiu(sentiram) após a conclusão da tarefa?

Tarefa da décima oitava sessão- Comportamento financeiro

A tarefa desta semana é se atentar para alguma situação em que comprar alguma coisa e, em outra situação, buscar economizar. Depois, responder às perguntas abaixo.

Gastar:

Em que você gastou?

Qual foi a importância de ter gastado com isso?

Em que situação você comprou?

Pediu desconto?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Por quê?

Quais foram as consequências de você comprado isso?

Como você se sentiu?

Economizar

Em que situação você economizou?

Como você fez para economizar?

Para que você está economizou?

Quais foram ou serão as consequências de você ter economizado?

Como você se sentiu após economizar?

APÊNDICE F- AVALIAÇÃO DO PROCESSO TERAPÊUTICO INTERMEDIÁRIA
(aplicada como tarefa da décima sessão)

Participante da pesquisa: _____ Data: __/__/____

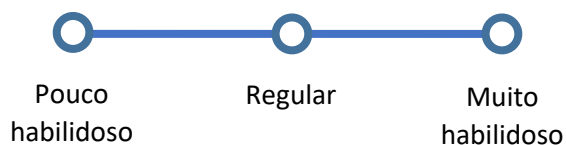
Como você avalia a terapia até agora?

A terapia mudou algo em sua vida? Se sim, o quê?

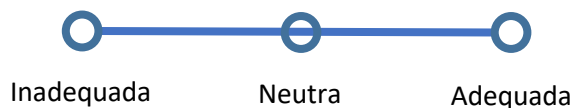
Você mudaria alguma coisa na forma como a terapia está sendo conduzida? O quê?

Questões sobre o terapeuta (escolha uma alternativa):

Como avalia a habilidade do terapeuta em ajudá-la?



Como avalia a postura do terapeuta?

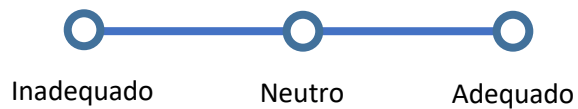


Sobre as tarefas (escolha uma alternativa):

Como avalia a dificuldade das tarefas?



Como avalia a adequação das tarefas aos seus objetivos?

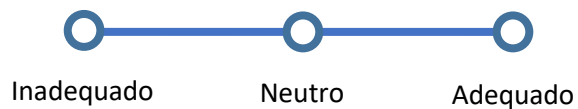


Sobre os textos (escolha uma alternativa):

Como avalia a dificuldade de leitura dos textos?

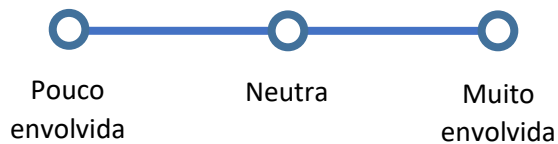


Como avalia a adequação dos textos aos seus objetivos?

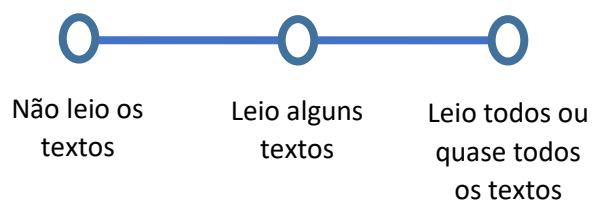


Sobre o seu desempenho na terapia (escolha uma alternativa):

Como avalia o seu envolvimento na terapia?



Leitura dos textos:



Observações:

APÊNDICE G- AVALIAÇÃO DO PROCESSO TERAPÊUTICO FINAL (aplicada após o procedimento)

Participante da pesquisa: _____ Data: __/__/____

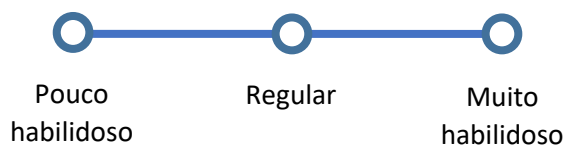
Como você avalia a terapia?

A terapia mudou algo em sua vida? Se sim, o quê?

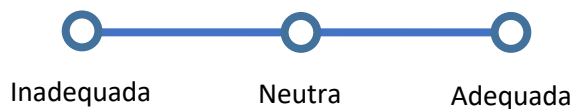
Você mudaria alguma coisa na forma como a terapia foi conduzida? O quê?

Questões sobre o terapeuta (escolha uma alternativa):

Como avalia a habilidade do terapeuta em ajudá-la?



Como avalia a postura do terapeuta?

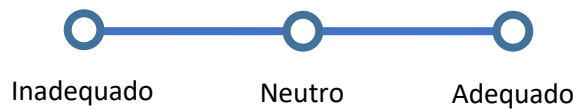


Sobre as tarefas (escolha uma alternativa):

Como avalia a dificuldade das tarefas?



Como avalia a adequação das tarefas aos seus objetivos?

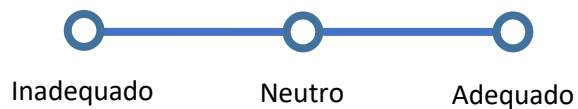


Sobre os textos (escolha uma alternativa):

Como avalia a dificuldade de leitura dos textos?

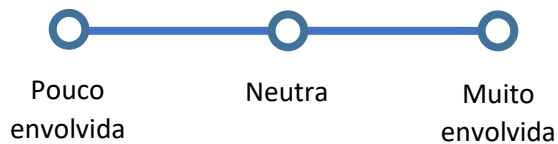


Como avalia a adequação dos textos aos seus objetivos?

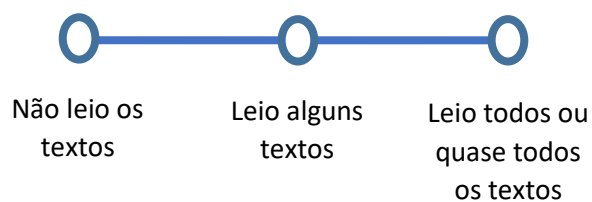


Sobre o seu desempenho na terapia (escolha uma alternativa):

Como avalia o seu envolvimento na terapia?



Leitura dos textos:



Observações:

APÊNDICE H- MODELO DE *CHECKLIST* DE QUEIXAS

Figura 11- Modelo de checklist de queixas

Contexto	Queixa	Status Final	
		Houve relato de melhora?	Deixou de ser queixa?
Inespecífico	Sintomas que leu nos questionários (PHQ-9 e GAD-7)		
	Preocupação excessiva		
	Ansiedade e insegurança		
	Sintomas físicos: palpitação, secura na boca, aversão a lugares com aglomeração (tem tontura, cansaço e vontade de sair correndo), tremedeira, tensão		
	Acúmulos de funções (trabalho, afazeres domésticos, administração da parte financeira) por muitos anos		
	Frustração das expectativas de ter feito mais coisas em sua vida		
	Timidez e falta de paciência para estabelecer relações sociais		
	Perspectiva negativa acerca das atividades que realiza e dos sentimentos que tem (sente-se chata, irmã a avalia como ranzinza)		
	Dificuldade de demonstrar afeto fisicamente com adultos		
	Excesso de sono		
	Cansaço de forma geral		
	Dificuldade de pegar no sono		
Familiar	Dificuldade de demonstrar afeto e sentimentos (com destaque no contexto familiar)		
	Padrão de acumular sentimentos (ficar em silêncio) por um longo tempo, e depois expressar agressivamente (passividade à agressividade) em casa e se sentir culpada		
	Dificuldade de “voltar atrás” (pedir desculpas), no contexto familiar		

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Nota: os campos coloridos de amarelo representam queixas em que já havia sido constatada melhora em avaliação anterior.

APÊNDICE I- DADOS NORMATIVOS UTILIZADOS PARA O TESTE JT NA
PRESENTE PESQUISA

Quadro 7- Dados normativos utilizados para a análise estatística

Instrumento e fator	N	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach	Pontuação máxima possível
IHS-2 ESC.GERAL	Estes dados não constam no manual, mas foram cedidos pela Prof. Dra. Zilda A. P. Del Prette e ocultados por pertencerem à autora			0,944	152
IHS-2 Fator 1				0,934	52
IHS-2 Fator 2				0,774	12
IHS-2 Fator 3				0,894	32
IHS-2 Fator 4				0,840	20
IHS-2 Fator 5				0,840	24
GAD-7	131	11,78	5,07	0,88	21
PHQ-9	153	24	5,20	0,747	27

Fonte: elaborado pelo próprio autor com base nas referências disponíveis abaixo

Referências para o IHS-2:

1. Comunicação pessoal de Zilda A. P. Del Prette
2. DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS-2-Del Prette)**- Manual de aplicação, apuração e interpretação. 1 ed. - São Paulo: Pearson, 2018.

Referência para o GAD-7:

1. JOHNSON, S. U.; ULVENES, P. G.; OKTEDALEN, T.; HOFFART, A. Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample. **Frontiers in Psychology**, v. 10, n. 1713, p. 1-8, 2019.

Referência para o PHQ-9:

1. FERREIRA, T.; MARLENE, S.; MEIRA, L.; CUNHA, C.; SANTOS, A.; SILVA, S.; COUTO, A. B.; GOMES, P.; COSTA, L.; BARBOSA, E.; BASTO, I.; SALGADO, J. Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). **The Psychologist: Practice & Research Journal**, v. 1, n. 2, p. 1-15, 2017.

APÊNDICE J- RESULTADOS BRUTOS DAS TRÊS PARTICIPANTES NO IHS-2 DEL PRETTE (asteriscos representam valores em que foi necessário utilizar médias do manual do instrumento para pontuar questões não respondidas pela participante)

Tabela 17- Resultados brutos das participantes no IHS-2 Del Prette

Participante	Fator	LB1	LB2	LB3	LB4	Intermediária	Final	Seguimento
P1	Escore total	100	99	-	-	104	111	102
	Fator 1 (Conversação assertiva)	39	35	-	-	45	42	35
	Fator 2 (Abordagem afetivo-sexual)	4	7	-	-	1	4	2
	Fator 3 (Expressão de sentimento positivo)	24	12	-	-	17	23	21
	Fator 4 (Autocontrole/ Enfrentamento)	6	17	-	-	14	13	12
	Fator 5 (Desenvoltura Social)	19	15	-	-	17	20	20
P2	Escore total	60*	84*	88	-	87	-	-
	Fator 1 (Conversação assertiva)	38*	5	15	-	35	-	-
	Fator 2 (Abordagem afetivo-sexual)	1	12	10	-	2	-	-
	Fator 3 (Expressão de sentimento positivo)	15	26	24	-	22	-	-
	Fator 4 (Autocontrole/ Enfrentamento)	4*	18	18	-	9	-	-
	Fator 5 (Desenvoltura Social)	12	11	12	-	16	-	-
P3	Escore total	66	61	52	56	68	85	86
	Fator 1 (Conversação assertiva)	22	19	14	17	28	32	34
	Fator 2 (Abordagem afetivo-sexual)	0	2	1	0	1	2	2
	Fator 3 (Expressão de sentimento positivo)	23	20	23	20	20	25	23
	Fator 4 (Autocontrole/ Enfrentamento)	8	6	5	8	6	10	10
	Fator 5 (Desenvoltura Social)	10	9	5	8	10	14	11

Fonte: elaborada pelo próprio autor

APÊNDICE K- ACOMPANHAMENTO DETALHADO DAS QUEIXAS DA
PARTICIPANTE 1

Tabela 18- Queixas da Participante 1 ao longo da pesquisa

(continua)					
Queixa	LB1	LB2	Intermediária	Pós	Seguimento
Sentimento de desequilíbrio e descontrole emocional	X	x	x	-	-
Excesso de preocupação e ansiedade	X	X	X	-	XX
Sentir-se desligada das atividades em alguns momentos	X	X	-	-	-
Crises de gastrite quando fica nervosa (perda de familiar, notícias ruins, por exemplo)	X	-	?	NI	NI
Dificuldade de organizar o tempo	X	x	X	-	XX
Estresse e tensão ao dirigir	X	-	?	XX	X
Sentimento de insegurança e ciúme em relação às pessoas que gosta (filhos em relação ao pai, noivo/marido em relação à patroa da mãe)	X	X	X	-	-
Passar mal (caiu a pressão, ficou com medo) quando vê notícias ruins (o atentado na escola de Suzano foi usado como exemplo)	X	X	X	-	-
Incômodo por ficar sozinha em casa	-	X	-	XX	XX
Indisposição física para fazer as coisas que gosta (caminhar, organizar suas próprias coisas)	-	X	-	-	XX
Incômodo quando não consegue completar as tarefas que se propõe a realizar	-	X	X	-	XX
		Aglutinação com ficar sozinha em casa			
Dificuldade de delimitar o próprio espaço na sua casa	X		-	-	-
Os seus filhos têm reclamado do seu jeito, e isso a incomoda (“você está chata”)	X	X	-	-	-
Dificuldade de demonstrar adequadamente amor e carinho aos filhos e ao noivo/marido (“demonstro tudo ao contrário”)	X	X	x	-	XX
Falta de paciência com as pessoas de casa, principalmente com o noivo/marido e a filha	X	X	x	-	-
Sentimento de frieza diante das solicitações dos seus filhos (não cede, mas se sente culpada por isso)	X	x	-	-	NI

Tabela 18- Queixas da Participante 1 ao longo da pesquisa

Queixa	LB1	LB2	Intermediária	Pós	(conclusão) Seguimento
Sentimento de tristeza e preocupação em relação à viagem do seu filho para Curitiba no final do ano, onde ele vai estudar e morar com o pai	X	X	?	-	-
Quando ela vê o filho “emburrado”, ela fica triste e trata as pessoas mal	X	X	X	x	XX
Culpa por deixar os filhos sozinhos	-	X	-	-	-
Dificuldade de lidar com afastamento físico dos filhos	-	X	X	-	-
Incômodo diante das perguntas do seu noivo/marido sobre o seu dia	X	x	-	-	-
Incômodo por perguntar ao seu noivo/marido como foi o seu dia ou fazer outras atividades sem vontade, só para agradar	X	-	-	NI	NI
Incômodo com os relatos do seu noivo/marido acerca do seu dia (“eu não quero saber”)	X	x	-	-	XX
Sentimento de culpa por ter mudado o seu comportamento depois que o noivo/marido passou a morar com ela (deixou de ligar na hora do almoço, por exemplo)	X	-	?	NI	NI
Sentimento de que está tratando o noivo/marido mal	X	X	X	-	XX
Estresse e mal-estar em relação às implicações de um desentendimento que a participante teve com a sua sogra	X	X	-	-	-
Medo de sofrer novamente em um casamento (no seu casamento anterior, foi traída por várias vezes)	X	X	X	-	-
Ciúme do noivo/marido em relação ao contato da participante com seus filhos (“Eu vou ficar sozinho lá? Beleza, você tá certinha”)	X	X	X	X	-
Sensibilidade à carga emocional negativa dos relatos de alunos do seu curso (“preferi não saber”)	X	-	NI	NI	NI
Desejo de melhorar a relação com a mãe	-	X	?	x	-
TOTAL de queixas presentes	24	23	13	04	10

Legenda:

X= queixa presente

x= queixa presente, mas com melhora

-= queixa ausente

XX= piora

NI= queixa não investigada por já ter sido retirada anteriormente

?= queixa não investigada por falha do pesquisador

Fonte: elaborada pelo próprio autor

APÊNDICE L- ACOMPANHAMENTO DETALHADO DAS QUEIXAS DA PARTICIPANTE 2

Tabela 19- Queixas da Participante 2 ao longo da pesquisa

Queixa	LB1	LB2	LB3	Intermediária
Cansaço físico	X	X	-	-
Excesso de apetite	X	X	X	-
Fibromialgia geralmente desencadeada por situações aversivas, com duração média de 10-15 dias	X	X	x	x
Desidrose bolhosa	X	X	-	-
Sentimentos de tristeza, ansiedade e nervosismo	X	x	X	x
Dificuldade de realizar “o que precisa fazer” (lavar louça, levar a mãe ao médico)	X	X	-	-
Como efeito colateral do medicamento para fibromialgia, a participante se sente “dopada” e incapaz de realizar atividades que gostaria de fazer (levar a mãe ao hospital, por exemplo)	X	X	-	-
Excesso de sono	-	X	-	-
Insônia	-	-	X	-
Agitação psicomotora	-	-	X	-
Gritar com seus filhos por excesso de estresse, e depois se sentir culpada	X	-	X	-
Brigar com o marido, não dormir com o marido	X	X	-	-
Invalidação do marido em relação à sua queixa (“não tem necessidade”, “tem tudo”)	X	X	-	x
Sensibilidade aos relatos de situações negativas de colegas de trabalho (a participante se compara a uma esponja, que absorve sentimentos negativos)	X	XX	-	-
Reclamações e cobranças constantes de colegas de trabalho (“balde de gelo”; “balde de água fria”) produzem tristeza e choro (escondido) na participante	X	X	-	-
Falta de empatia dos colegas de trabalho em relação aos motivos de a cliente faltar com atestado (“você não veio!”)	X	X	-	-
Excesso de trabalho	X	-	-	-
Medo de ser demitida	-	X	-	-
TOTAL de queixas presentes	14	14	06	03

Legenda:

X= queixa presente

x= queixa presente, mas com melhora

-= queixa ausente

XX= piora

Fonte: elaborada pelo próprio autor

APÊNDICE M- ACOMPANHAMENTO DETALHADO DAS QUEIXAS DA
PARTICIPANTE 3

Tabela 20- Queixas da Participante 3 ao longo da pesquisa

Queixa	LB1	LB2	LB3	LB4	Intermediária	(continua)	
						Pós	Seguimento
Sintomas que leu nos questionários (PHQ-9 e GAD-7)	X	X	X	X	x	-	-
Preocupação excessiva	X	X	X	x	x	-	-
Ansiedade e insegurança	X	X	X	X	x	x	x
Sintomas físicos: palpitação, secura na boca, aversão a lugares com aglomeração (tem tontura, cansaço e vontade de sair correndo), tremedeira, tensão	X	X	X	X	x	-	-
Acúmulos de funções (trabalho, afazeres domésticos, administração da parte financeira) por muitos anos	X	X	x	x	x	-	-
Frustração das expectativas de ter feito mais coisas em sua vida	X	X	x	X	-	-	-
Timidez e falta de paciência para estabelecer relações sociais	X	x	x	X	x	-	-
Perspectiva negativa acerca das atividades que realiza e dos sentimentos que tem (sente-se chata, irmã a avalia como ranzinza)	X	X	x	X	-	-	-
Dificuldade de demonstrar afeto fisicamente com adultos	X	x	x	X	-	-	-
Dificuldade de falar em público e/ou com desconhecidos	X	x	-	-	-	-	--
Excesso de sono/ sono descontínuo	-	X	X	X	X	-	X
Cansaço de forma geral	-	X	X	X	x	-	x
Dificuldade de pegar no sono	-	-	-	X	X	-	-
Dificuldade de demonstrar afeto e sentimentos (com destaque no contexto familiar)	X	X	X	X	x	-	-

Tabela 20- Queixas da Participante 3 ao longo da pesquisa

(conclusão)

Queixa	LB1	LB2	LB3	LB4	Intermediária	Pós	Seguimento
Padrão de acumular sentimentos (ficar em silêncio) por um longo tempo, e depois expressar agressivamente (comportamento passivo seguido de agressivo) em casa e se sentir culpada	X	X	X	X	x	-	-
Irritação em relação ao comportamento calmo do marido diante do acúmulo de tarefas da participante	X	X	-	-	-	-	-
Dificuldade de “voltar atrás” (pedir desculpas), no contexto familiar	X	X	X	x	X	-	-
Comportamentos ansiosos no ambiente de trabalho (“correr com as coisas”)	X	-	-	-	-	-	--
TOTAL de queixas presentes	15	16	14	15	12	01	03

Legenda:

X= queixa presente

x= queixa presente, mas com melhora

-= queixa ausente

XX= piora

Fonte: elaborada pelo próprio autor

**APÊNDICE N- RESULTADOS BRUTOS DA ANÁLISE DA COMPETÊNCIA
SOCIAL/COMPORTAMENTAL PARA A PARTICIPANTE 1**

Tabela 21- Registro de ocorrências de comportamentos adequados, parcialmente adequados e inadequados das Participante 1 nos relatórios da intervenção

(continua)					
TEMAS GERAIS	Comportamentos	Marido	Filhos	Trabalho	Outros (pai, mãe, irmãos, conhecidos, desconhecidos)
Comunicação positiva	Iniciar, manter e encerrar conversa	T1 (I); T12(A); T17(A)	T11(A); T14(A); T17(A)	T1(A); T6(A); T14(I)	T1(I); T3(I); In(I); T11(A); T12(A);
	Fazer perguntas	T3(A); T19(A)	T2(I); T19(A)	-	T2(I)
	Responder perguntas	T1(P); T2 (I); T9(A); T11(I); T11(A); T17(A)	T3(P); T4(2A); T4(P)	-	T2(I); T3(A)
	Falar em público (diante de audiência)	-	-	T14(A); T15(2A)	-
Demonstração de sentimentos positivos e reações positivas	Elogiar	T5(I); T5(A); T19(I); R(A)	T5(I); T5(A); In(A); T11(A); T17(A); T19(I); R(2A)	R(A)	T5(2A); T6(A); R(2P)
	Expressar sentimento positivo	T5(I); R(P)	T5(I); T7(A); T10(A); T13(A); T14(A); T17(A)	-	T6(A); T8(A); T10(A)
	Receber elogio	-	-	-	T5(I); T5(A); T6(P)
	Dar <i>feedback</i> positivo	T6(I); T6(A); T7(A); T13(I)	T6(I); T6(A); T7(A); T13(I)	-	T6(2A)
	Receber <i>feedback</i> positivo	-	-	-	-
	Agradecer	T17(A)	T17(A)	-	-
Autocontrole e enfrentamento	Expressar e ouvir opiniões	T7(A); T8(A); T12(A); T14(2A); T19(A); T20(A); R(P); R(A)	T7(A); T11(2A); T17(A); T19(A); T20(A)	T7(A)	T3(2A); T4(A); T7(A); T8(2A); T11(P); T11(I); T12(A); T16(A); T20(A); R(A)

Tabela 21- Registro de ocorrências de comportamentos adequados, parcialmente adequados e inadequados das Participante 1 nos relatórios da intervenção

TEMAS GERAIS	Comportamentos	Marido	Filhos	Trabalho	(continuação) Outros (pai, mãe, irmãos, conhecidos, desconhecidos)
Autocontrole e enfrentamento	Fazer pedidos e convites	T2(A); T8(A); T9(A); In(2A); T11(I); T12(A); T14(A); T16(2P); T17(2A); T18(2A); T19(A)	T5(A); T8(2A); T8(I); T17(A); T18(I); T18(P); T18(A); T19(P)	T8(A)	T4(I); T8(P); T8(2A); T8(I)
	Responder a pedidos	T8(I); T12(I); T14(A); R(I); R(A)	T8(I); T16(A); R(A)	T8(I); T9(A)	T4(A); T8(2I); T9(4A)
	Fazer criticas	T9(I); T10(A)	T9(I); T10(A); T17(A)	T9(I); T12(P)	T9(I)
	Receber criticas	T9(P); T10(A); T11(A); T17(A); T19(P); R(2A)	T10(A)	-	T2(A); T4(I); T4(P);
	Expressar sentimentos negativos	T11(I); T12(2A); T15(P); T16(2I); T16(P); T20(A); T20(I)	T10(A); T11(A); T12(I); T14(A); T14(I); T19(P); T20(I)	-	T19(P); T19(A); T20(I); R(A)
	Responder a expressão de sentimento negativo	T12(A); R(P); R(A)	-	-	-
	Admitir erros e pedir desculpas	T10(I); In(A); T12(A)	T10(I)	T11(A)	-
	Lidar com emoções/sentimentos	T4(I); T7(A); In(I); T12(2I); T13(A); T19(A); T20(A)	T8(P); T9 (A); In(3A); In(I); T11(2A); T11(I); T13(2A); T14(2I); T15(I); T16(5A); T16(P); T18(3P); T18(I); T19(A); T20(A)	T5(I)	T11(I); T11(A); T12(I); T14(P); T20(I); T20(A)

Tabela 21- Registro de ocorrências de comportamentos adequados, parcialmente adequados e inadequados das Participante 1 nos relatórios da intervenção

					(conclusão)
TEMAS GERAIS	Comportamentos	Marido	Filhos	Trabalho	Outros (pai, mãe, irmãos, conhecidos, desconhecidos)
Autocontrole e enfrentamento	Dar <i>feedback</i> negativo	T12(2P); T12(3I); T12(A); T13(A); T16(P); T17(A)	T12(3I); T13(A); T15(P); T17(A)	T12(3I); T14(A)	T12(3I)
	Receber <i>feedback</i> negativo	-	-	-	-
	Negociar (limites, valores, regras, tarefas etc.)	T2(A); T3(A); T5(A); T13(2I); T13(A); T18(I); T19(2A); R(A)	T2(A); T3(A); T10(2A); T12(A); T13(2I); T13(A); T14(A); T16(A); T18(I); T19(2A); T20(P)	T14(A)	-
	Ignorar comportamentos triviais	T12(P); T12(P); T14(2A); T14(P); T16(P); T19(2A); R(A)	T19(A)	-	T3(A)
	Manter a consistência	T13(I)	T13(I); T14(A)	-	-
	Organizar tempo e evitar procrastinar	T17(2A); T17(I); T18(2A); T19(4A); T19(I)			
Autocontrole e planejamento financeiro	T20(4A); T20(2I); R(2A)				

Legenda:

TX= Sessão Temática X; In= sessão de avaliação intermediária; R=sessão de revisão de dificuldades

A=Adequado; P=Parcialmente adequado; I=Inadequado;

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Número de relatórios avaliados: 22 (20 temáticas, 1 de avaliação intermediária e 1 de revisão)

**APÊNDICE O- RESULTADOS BRUTOS DA ANÁLISE DA COMPETÊNCIA
SOCIAL/COMPORTAMENTAL PARA A PARTICIPANTE 2**

Tabela 22- Registro de ocorrências de comportamentos adequados, parcialmente adequados e inadequados das Participante 2 nos relatórios da intervenção

(continua)					
TEMAS GERAIS	Comportamentos	Marido	Filhos	Trabalho	Outros (pai, mãe, irmãos, conhecidos, desconhecidos)
Comunicação positiva	Iniciar, manter e encerrar conversa	T3(A)	T2(A); T8(A)	T2(A)	T1(I); T2(A); T5(A); T9(A); T11(A)
	Fazer perguntas	T1(A); T2(I); T4(A); T5(A)	T1(A); T10(A)	T1(A)	T1(A)
	Responder perguntas	T1(2I); T1(2A); T2(P)	T1(I); T1(A); T2(A); T2(I)	T1(I); T1(A)	T1(I); T1(A); T2(A)
	Falar em público (diante de audiência)	-	-	T5(A)	-
Demonstração de sentimentos positivos e reações positivas	Elogiar	T5(A)	T5(A); T8(I); T9(A); T10(2A)	T5(A)	T5(A)
	Expressar sentimento positivo	T5(A)	T5(A); T6(A); T8(A); T9(A)	T5(A)	-
	Receber elogio	-	-	-	T5(A); T10(A)
	Dar <i>feedback</i> positivo	T3(A)	T8(A); T9(A)	-	-
	Receber <i>feedback</i> positivo	-	-	-	-
	Agradecer	-	T10(A)	-	-
Autocontrole e enfrentamento	Expressar e ouvir opiniões	T3(2A); T4(3A)	T2(A); T3(A); T4(A); T9(A); T10(A)	T4(A)	T2(2A); T4(A); T9(2A)
	Fazer pedidos e convites	T3(2A); T3(I); T10(A)	T7(A); T10(A)	-	T2(A); T10(A); T11(A)
	Responder a pedidos	T10(A)	T8(I); T9(A); T10(A)	-	T10(A)
	Fazer críticas	T11(2A)	T5(I); T8(I); T11(A)	-	-
	Receber críticas	T3(I); T4(A); T11(2A)	T11(A)	T5(A)	-

Tabela 22- Registro de ocorrências de comportamentos adequados, parcialmente adequados e inadequados das Participante 2 nos relatórios da intervenção

					(conclusão)
TEMAS GERAIS	Comportamentos	Marido	Filhos	Trabalho	Outros (pai, mãe, irmãos, conhecidos, desconhecidos)
Autocontrole e enfrentamento	Expressar sentimentos negativos	-	-	-	-
	Responder a expressão de sentimento negativo	-	-	T5(P)	T1(I)
	Admitir erros e pedir desculpas	T11(A)	T11(A)	-	-
	Lidar com emoções/sentimentos	-	T6(I); T7(A); T8(I); T9(3A)	-	T2(A); T9(A)
	Dar <i>feedback</i> negativo	-	-	-	-
	Receber <i>feedback</i> negativo	-	-	-	-
	Negociar (limites, valores, regras, tarefas etc.)	T4(A)	T3(A); T5(A); T9(2A); T11(A)	-	-
	Ignorar comportamentos triviais	-	-	-	-
	Manter a consistência	T4(A)	T2(P); T2(A); T3(2A); T4(A); T5(A); T6(P); T7(A); T7(2I); T8(A); T11(A)	T4(A)	T4(A)
Organizar tempo e evitar procrastinar		-			
Autocontrole e planejamento financeiro		-			

Legenda:

TX= Sessão Temática X; In= sessão de avaliação intermediária; R=sessão de revisão de dificuldades
A=Adequado; P=Parcialmente adequado; I=Inadequado;

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Número de relatórios avaliados: 12 (10 temáticas e 1 de avaliação intermediária)

**APÊNDICE P- RESULTADOS BRUTOS DA ANÁLISE DA COMPETÊNCIA
SOCIAL/COMPORTAMENTAL PARA A PARTICIPANTE 3**

Tabela 23- Registro de ocorrências de comportamentos adequados, parcialmente adequados e inadequados das Participante 1 nos relatórios da intervenção

(continua)					
TEMAS GERAIS	Comportamentos	Marido	Filhos	Trabalho	Outros (pai, mãe, irmãos, conhecidos, desconhecidos)
Comunicação positiva	Iniciar, manter e encerrar conversa	T1(A); T1(I)	T1(A); T1(I)	T1(P); T1(I); T14(2I); R(A)	T1(P); T1(I); T2(3A); T7(P); T8(A); T14(2I)
	Fazer perguntas	T2(2A); T7(I); T9(A)	T7(I); T16(A)	T7(I); T12(A)	T2(P); T2(A); T3(2A)
	Responder perguntas	T9(A); T14(P)	-	-	-
	Falar em público (diante de audiência)	-	-	T14(4A); T15(A)	-
Demonstração de sentimentos positivos e reações positivas	Elogiar	T7(A); T9(I); T18(A); R(I); R(A)	T6(A); T7(A); T15(A); T18(A); R(2A)	R(A)	T5(A); R(A)
	Expressar sentimento positivo	T5(2A)	T5(A); T6(A); T15(A)	-	-
	Receber elogio	T5(A)	T5(A)	T5(A); T5(P); T6(A)	T5(A); T5(P);
	Dar <i>feedback</i> positivo	T6(A); T7(A)	T6(A); T7(A)	T6(A); T7(A)	-
	Receber <i>feedback</i> positivo	-	-	-	-
	Agradecer	T5(A); T8(A)	T6(A)	-	-
Autocontrole e enfrentamento	Expressar e ouvir opiniões	T4(2I); T5(I); T7(A); T17(A); T18(A)	T4(I); T15(4A); T16(2A); T18(A)	T7(I); T9(A); T15(A)	T7(I); T7(A); T8(2A); T11(A); R(A)
	Fazer pedidos e convites	T7(A); T8(A); T13(2A); T17(A); R(2A)	T2(I); T7(2A); T8(A); R(2A)	T8(2I); T9(A); T12(A)	-
	Responder a pedidos	T2(P); T8(A); T16(P)	T8(A)	T3(A); T8(P); T8(A); T8(2I); T9(A)	-
	Fazer críticas	T5(I); R(A)	R(A)	T12(P)	T11(A)

Tabela 23- Registro de ocorrências de comportamentos adequados, parcialmente adequados e inadequados das Participante 1 nos relatórios da intervenção

TEMAS GERAIS	Comportamentos	Marido	Filhos	Trabalho	(conclusão) Outros (pai, mãe, irmãos, conhecidos, desconhecidos)
Autocontrole e enfrentamento	Receber críticas	T9(I); T9(P); T11(A)	T9(P)	T9(P)	T9(P)
	Expressar sentimentos negativos	T4(I); T10(A); T11(I); T11(A); T13(2A); T17(A)	T4(I); T11(I); T11(A); T12(I)	-	T4(I)
	Responder a expressão de sentimento negativo	-	-	T10(A); T14(P)	-
	Admitir erros e pedir desculpas	T9(I); T10(2I)	T9(I); T10(I); T12(A)	T10(I)	T6(A); T10(I)
	Lidar com emoções/sentimentos	T5(A); T8(A); T11(I); T11(A); T14(A); T16(A); T18(A)	T14(A)	T3(A); T9(A); T11(I); T11(A); T12 (P)	T3(A); T3(2I)
	Dar <i>feedback</i> negativo	T5(A); T12(P)	T12(P)	T12(P); R(A)	T5(I); T6(A); T12(P); T12(P)
	Receber <i>feedback</i> negativo	T17(A)	-	-	-
	Negociar (limites, valores, regras, tarefas etc.)	T6(I); T7(P); T13(A); T13(I); T15(P); T17(I); T17(A); T18(A); R(A)	T4(2A); T6(P); T7(P); T13(I); T15(P); T15(I); T17(I); T17(A); T18(A); R(3A)	T8(A); T12(A); T17(A)	T12(P); T17(A)
	Ignorar comportamentos triviais	-	-	-	-
	Manter a consistência	T17(A); R(A)	T13(I); T15(A); T15(P); T16(A); T17(A); R(A)	-	-
Organizar tempo e evitar procrastinar	T16(5A); T17(2A)				
Autocontrole e planejamento financeiro	T18(6A); T18(I)				

Legenda:

TX= Sessão Temática X; In= sessão de avaliação intermediária; R=sessão de revisão de dificuldades
A=Adequado; P=Parcialmente adequado; I=Inadequado;

Fonte: elaborada pelo próprio autor

Número de sessões avaliadas: 20 (18 temáticas, 1 de avaliação intermediária e 1 de revisão)

APÊNDICE Q- RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DE MÚLTIPLA ESCOLHA SOBRE SATISFAÇÃO

Tabela 24- Respostas das participantes às questões de múltipla escolha da Avaliação do Processo Terapêutico

Questão	P1		P2		P3	
	Av. Intermediária	Av. Final	Av. Intermediária	Av. Intermediária	Av. Final	
Como avalia a habilidade do terapeuta em ajudá-la?	Muito Habilidoso	Muito Habilidoso	Muito Habilidoso	Muito Habilidoso	Muito Habilidoso	
Como avalia a postura do terapeuta?	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada	Adequada	
Como avalia a dificuldade das tarefas?	Média	Fácil	Fácil	Difícil	Difícil	
Como avalia a adequação das tarefas aos seus objetivos?	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	
Como avalia a dificuldade de leitura dos textos?	Fácil	Fácil	Média	Fácil	Fácil	
Como avalia a adequação dos textos aos seus objetivos?	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	
Como avalia o seu envolvimento na terapia?	Muito envolvida	Muito envolvida	Muito envolvida	Muito envolvida	Muito envolvida	
Leitura dos textos	Leio todos ou quase todos os textos	Leio todos ou quase todos os textos	Leio todos ou quase todos os textos	Leio todos ou quase todos os textos	Leio todos ou quase todos os textos	

Fonte: elaborada pelo próprio autor

APÊNDICE R- RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DISCURSIVAS SOBRE SATISFAÇÃO

Tabela 25- Respostas às questões discursivas da Avaliação do Processo Terapêutico

Questão	P1		P2		P3	
	Av. Intermediária	Av. Final	Av. Intermediária	Av. Intermediária	Av. Final	Av. Final
Como você avalia a terapia (até agora)?	Eu gosto muito e o desenvolvimento e habilidade do terapeuta Alexandre.	A terapia foi ótima, produtiva e acertiva em minhas dificuldades.	Muito bem. Tenho me desenvolvido muito melhora meus pensamentos e rotina.	Estou muito feliz com os resultados e espero melhorar ainda mais com as próximas sessões. A terapia me faz enxergar as situações que me causam incômodo de forma mais clara para que eu possa encontrar a melhor solução para elas.	Me ajudou muito a entender o que é possível mudar em mim e ao redor de mim. Consegui aprender muito sobre as relações humanas e estou muito satisfeita com os resultados.	
A terapia mudou algo em sua vida? Se sim, o quê?	Sim muito. Na verdade eu aprendo a me conhecer e me resolver nos conflitos internos que tenho. Após essa imensa ajuda eu estou vivendo melhor a cada dia.	Sim, trouxe muita qualidade e leveza às questões pessoais e profissionais. Me fez me conhecer melhor ou até me apresentou uma nova versão que é a melhor de mim até o presente.	Sim. Muito, no convívio social e familiar. Porque tenho a oportunidade de ampliar meus pensamento e opinião ideias sou estimulada a pensar e expressar meus pensamentos e opinião.	Com as técnicas apresentadas consigo hoje enxergar uma situação de um ângulo diferente e assim consigo agir de maneira mais assertiva, seja nas relações com as pessoas, como ao lidar com os meus sentimentos.	Sim, mudou. Minha forma de me enxergar, colocar minhas opiniões e expressar meus sentimentos estão mais claros para mim. Tenho esse direito e o dever de entender também as pessoas se elas discordam de mim.	
Você mudaria alguma coisa na forma como a terapia está sendo/foi conduzida? O quê?	As sessões são bem completas eu gosto muito dos textos de apoio. Estou satisfeita não mudaria nada.	Não mudaria, todos os horários foram cumpridos, pontualidade, profissionalismo impecável do Dr. Alexandre eu estou muitíssimo satisfeita.	Não.	Não mudaria, pois tenho aprendido bastante com o método aplicado.	Acho que não mudaria, pois a abordagem das queixas que expus foram tratadas de maneira que consegui, em todas as sessões, compreender quais mudanças poderia aplicar na minha vida.	

Fonte: elaborada pelo próprio autor

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS BAURU -
JÚLIO DE MESQUITA FILHO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tratamento analítico-comportamental para ansiedade e depressão em mulheres:
Elaboração, aplicação e avaliação de procedimento manualizado

Pesquisador: Alexandre Aguiar Victuri

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07539319.9.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.198.771

Apresentação do Projeto:

Considerando a importância da eficácia e da eficiência em uma prática analítico-comportamental baseada em evidências, o presente estudo propõe a elaboração e aplicação de um procedimento manualizado para atender a mulheres entre 30 e 50 anos com ansiedade e depressão, que possa instrumentalizar terapeutas para trabalhar com esse público. Esta pesquisa será realizada em um delineamento de linha de base múltipla entre participantes, na clínica-escola de uma universidade do centro-oeste paulista, com três participantes mulheres entre 30 e 50 anos com queixas em comorbidade de ansiedade e depressão, quadros que deverão ser confirmadas por instrumentos padronizados. O procedimento proposto parte de avaliações psicológicas de cada participante e depois segue com uma intervenção analítico-comportamental para atender às demandas clínicas apresentadas e buscar ensinar comportamentos específicos, considerando a literatura da área. O seu foco se dará sobre comunicação e análise funcional nos contextos parental, conjugal e laboral. Para a análise dos resultados terapêuticos, serão utilizados resultados da aplicação de instrumentos padronizados (GAD-7, PHQ-9 e IHS-2), acompanhamento dos relatos das queixas (gravadas nas sessões) e relatos escritos de tarefas atribuídas em cada sessão, de forma a descrever comparativamente as variáveis de interesse nos diferentes momentos de avaliação.

Endereço: Av. Luiz Edmundo Camão Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO **CEP:** 17.033-360
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3103-9400 **Fax:** (14)3103-9400 **E-mail:** cepesquisa@fc.unesp.br

Continuação do Parecer: 3.108.771

Objetivo da Pesquisa:

Intervenção analítico-comportamental para atender às demandas clínicas de ansiedade e de depressão de mulheres e ensino de comportamentos específicos, considerando a literatura da área.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há riscos de desconforto ao preencher formulários, ao abordar conteúdos e ao expressar sentimentos. Há possibilidade de benefício à saúde da participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa sobre questões relevantes de saúde. Depressão e ansiedade tem sido muito frequentes, especialmente no público feminino.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos e documentos foram adequados, conforme indicado em parecer anterior.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado deste CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1202128.pdf	26/02/2019 15:06:18		Aceito
Outros	Carta_justificativa.docx	26/02/2019 14:58:53	Alexandre Aguiar Victuri	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Alexandre_Victuri.pdf	26/02/2019 14:53:31	Alexandre Aguiar Victuri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/02/2019 14:49:47	Alexandre Aguiar Victuri	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	06/02/2019 15:29:20	Alexandre Aguiar Victuri	Aceito

Endereço: Av. Luiz Edmundo Camargo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3103-9400 Fax: (14)3103-9400 E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS BAURU -
JÚLIO DE MESQUITA FILHO



Continuação do Parecer: 3.198.771

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 14 de Março de 2019

Assinado por:
Mário Lázaro Camargo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Luiz Edmundo Camargo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3103-9400 Fax: (14)3103-9400 E-mail: cepsquisa@fc.unesp.br

Página 03 de 03

**ANEXO B- INSTRUMENTO PADRONIZADO PARA RASTREAMENTO DA
DEPRESSÃO (PHQ-9)**

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE- (PHQ-9)				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "✓")	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto — estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe
causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as
pessoas?

Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Extrema dificuldade
☐	☐	☐	☐

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da
Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

Fonte:<https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/PHQ9_Portuguese%20for%20Brazil.pdf> Último acesso em: 27 set. 2021

ANEXO C- INSTRUMENTO PADRONIZADO PARA RASTREAMENTO DA
ANSIEDADE (GAD-7)

GAD-7				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
<i>(Marque sua resposta com "✓")</i>				
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3
<i>(For office coding: Total Score T____ = ____ + ____ + ____)</i>				

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

Fonte: <https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/GAD7_Portuguese%20for%20Brazil.pdf> Último acesso em: 27 set. 2021