



**IBAC**

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

**Um Estudo de Caso da Relação entre o Déficit de  
Habilidades Sociais e o Transtorno de Ansiedade na  
Visão da Análise do Comportamento.**

**Luana de Andrade Bernardo**

Brasília  
Maio de 2015



**IBAC**

Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento

**Um Estudo de Caso da Relação entre o Déficit de  
Habilidades Sociais e o Transtorno de Ansiedade na  
Visão da Análise do Comportamento.**

**Luana de Andrade Bernardo**

Monografia apresentada ao Instituto  
Brasiliense de Análise do  
Comportamento, como requisito  
parcial para obtenção do Título de  
Especialista em Análise  
Comportamental Clínica.  
Orientadora: Dra. Raquel Alo

Brasília  
Maio de 2015



**IBAC**  
Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento

### **Folha de Avaliação**

**Autora:** Luana de Andrade Bernardo

**Título:** Um estudo de Caso da Relação entre o Déficit de Habilidades Sociais e o Transtorno de Ansiedade na Visão da Análise do Comportamento.

**Data da Avaliação:** 06/05/2015

Banca Examinadora:

---

Orientadora: Raquel Moreira Aló

---

Membro: Marianna Braga

---

Membro: José Leonardo Neves e Silva

Aos professores do IBAC e a todos os profissionais que o integram pelos valiosos ensinamentos e por permitirem a aquisição de conhecimentos sobre a Análise Comportamental Clínica como abordagem de trabalho.

### **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por permitir a realização de mais uma etapa de minha vida.

À minha cliente Maria (nome fictício) por expor sua história de vida e acreditar que eu era capaz de contribuir com a aquisição de um repertório comportamental que lhe trouxesse uma melhor qualidade de vida.

À minha orientadora, Raquel Aló, pela disponibilidade em ajudar e orientar o desenvolvimento do presente trabalho.

Aos supervisores Marianna Braga e José Leonardo Neves e Silva, que contribuíram para meu amadurecimento profissional, por intermédio de críticas, vivências na área clínica e comentários durante as supervisões.

## Sumário

Folha de Avaliação .....	i
Dedicatória .....	ii
Agradecimentos .....	iii
Lista de Tabelas .....	v
Lista de Quadros .....	vi
Resumo .....	vii
Introdução.....	1
Método.....	10
Participante .....	10
Queixas e Demandas .....	10
Ambiente e Materiais .....	11
Procedimentos .....	11
Resultados .....	16
Formulação Comportamental .....	16
1. Histórico Familiar .....	16
2. Sócio-afetivo .....	17
3. Acadêmico-profissional .....	18
4. Médico-psicológico .....	18
Análises Funcionais .....	19
<i>Análises Funcionais Moleculares</i> .....	21
<i>Análises Funcionais Molares</i> .....	24
Objetivos Terapêuticos .....	27
Intervenções Específicas Realizadas .....	27
Mudanças Observadas .....	33
Considerações Finais .....	36
Referências Bibliográficas .....	39
Anexo .....	42
Anexo 1. Termo de autorização, modelo utilizado pelo IBAC .....	43

**Lista de Tabelas**

Tabela 1. Análises funcionais dos comportamentos da cliente.....	21
--	----

**Lista de Quadros**

Quadro 1. Análises funcionais dos comportamentos amplos de Maria .....	25
--	----



## Resumo

O presente estudo de caso teve como objetivo exemplificar a atuação do terapeuta no contexto clínico através de intervenções baseadas na Análise Comportamental Clínica em um caso de ansiedade e de déficit de habilidades sociais. A ansiedade pode ser considerada como uma resposta emocional resultante da apresentação de um estímulo que antecede um estímulo aversivo, com efeitos no comportamento operante publicamente observável e privado. Já as habilidades sociais envolvem comportamentos aprendidos e socialmente aceitáveis no que diz respeito à interação do indivíduo com as pessoas e o seu déficit pode ocasionar o surgimento das sensações fisiológicas de ansiedade. Durante a terapia, foi possível identificar, através de análises funcionais molares e moleculares, padrões comportamentais que envolviam baixa assertividade, esquiva de conflitos e autoestima reduzida. A compreensão das contingências atuais e contingências históricas dos comportamentos clinicamente relevantes e as intervenções voltadas ao desenvolvimento de habilidades sociais e aquisição de comportamentos mais assertivos possibilitaram que a cliente desenvolvesse novos repertórios, que contribuíram para uma melhor interação no ambiente familiar e social. Outra intervenção relevante foi a destinada ao aumento da tolerância em relação às sensações fisiológicas de ansiedade.

Palavras-chave: Ansiedade, Habilidades sociais, Assertividade, Terapia Analítico-Comportamental.

Na prática clínica, queixas de ansiedade são extremamente comuns. No Brasil, transtornos de ansiedade têm sido apresentados dentre os mais prevalentes, sendo responsável por cerca de 24% dos pacientes usuários de serviços médicos e ambulatoriais (Bravin & de-Farias, 2010).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5 (DSM 5; American Psychiatric Association [APA], 2014), a característica essencial do Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG) é a preocupação excessiva sobre vários acontecimentos ou atividades, na maior parte dos dias, durante os últimos 6 meses. O TAG é também caracterizado por sintomas de inquietude, irritabilidade, tensão muscular, dificuldade de concentração e perturbação do sono. Essas manifestações são descritas como desconfortáveis e costumam ser relatadas através de sensações físicas como “mãos suadas”, “coração apertado”, e “frio na barriga” frente ao evento temido, acarretando prejuízos ao funcionamento social ou ocupacional do indivíduo.

Outra queixa bastante frequente e comumente encontrada também em casos de ansiedade refere-se ao déficit em habilidades sociais (Olaz, 2013). O termo “habilidades sociais” se refere àqueles comportamentos que permitem manifestar atitudes, desejos, opiniões ou direitos de modo adequado à situação (Olaz, 2013). Estudos mostram que indivíduos com bom relacionamento interpessoal são mais saudáveis, menos propensos a doenças e mais produtivos (Del Prette & Del Prette, 2006).

Nesses termos, Olaz (2013) cita diversos autores que defendem a necessidade de um adequado ajuste interpessoal para a prevenção de diferentes transtornos e para manutenção de um bem-estar psicológico; ou seja, o déficit de habilidades sociais

poderia ser um dos fatores determinantes de problemas de ansiedade, e sanar tal déficit poderia ser um fator preventivo de outras dificuldades psicológicas.

Várias abordagens em Psicologia têm sido utilizadas para solucionar problemas relacionados à ansiedade e habilidades sociais: entre elas, está a Análise do Comportamento. Para entender esses problemas e soluções oferecidas a partir do ponto de vista da Análise do Comportamento, é preciso compreender alguns de seus aspectos centrais: suas bases filosóficas e princípios teóricos e metodológicos.

O Behaviorismo Radical é a filosofia que fundamenta a visão da psicologia como ciência denominada de Análise do Comportamento (Tourinho, 1995). A Análise do Comportamento, por sua vez, tem como objeto de estudo a relação do organismo com o seu ambiente (Costa, 1997).

Os behavioristas radicais admitem todos os comportamentos, passíveis de serem observados (ao menos em princípio), incluindo eventos públicos (e.g., comportamentos que envolvem movimentos corporais, como correr e pular) e privados (e.g, sentimentos, pensamentos e sensações fisiológicas), mas excluem aqueles eventos fictícios, que não podem ser acessados por princípio e que pertencem a outro universo de discurso – ou seja, aqueles que não são fenômenos naturais. De acordo com de-Farias (2010), por exemplo, as crenças, expectativas, regras, sonhos, alucinações, e outros eventos tidos como cognitivos ou mentais são considerados comportamentos e, logo, tratados como objetos de estudo da Análise do Comportamento.

Skinner (1981/2007) propôs o modelo de seleção por conseqüências para a análise do comportamento humano, entendendo o comportamento como resultado de três níveis de variação e seleção: filogenético, ontogenético e cultural. O nível filogenético refere-se às contingências de sobrevivência envolvidas na seleção natural de

características das espécies, envolvendo aspectos biológicos. O nível ontogenético considera a história de vida de cada indivíduo da espécie, e como essa história influencia seus comportamentos futuros. Por fim, a seleção cultural está ligada às práticas de uma cultura e permite, por meio do comportamento verbal, a aquisição de novos padrões comportamentais sem a necessidade de o indivíduo se expor às contingências que produziram o comportamento original. Contingências descrevem a relação existente entre o comportamento e suas condições antecedentes e consequentes (Gresham, 2013). Assim, é na interação da pessoa com as variáveis ambientais tanto atuais, como históricas, que se conseguirá compreender como tais comportamentos foram adquiridos e estão sendo mantidos.

Skinner (1953/2003) argumenta que comportamentos (sejam eles privados ou públicos) devem ser explicados a partir da interação do sujeito com o ambiente externo. Por isso, é apenas através da identificação das variáveis externas das quais o comportamento é função que se pode delinear estratégias de intervenção eficazes. Essa identificação é realizada a partir do levantamento de dados de contingências respondentes e operantes. Os comportamentos respondentes são aqueles comportamentos eliciados (produzidos) por estímulos antecedentes; por exemplo, a contração da íris pode ser eliciada por uma luz forte incidindo sobre o olho. Os estímulos que eliciam uma resposta incondicionada em função da história filogenética do indivíduo são chamados de estímulos incondicionados (US), enquanto os estímulos que eliciam uma resposta condicionada (CR) em função da história ontogenética de um organismo são chamados de estímulos condicionados (CS). No condicionamento respondente, um estímulo neutro (NS), ou seja, que antes não eliciava uma determinada resposta, ao ser pareado com outros estímulos eliciadores dessa resposta,

pode adquirir funções eliciadoras de respostas semelhantes (Rodrigues & Sanabio, 2001).

O comportamento operante envolve a tríplice contingência, que inclui os eventos antecedentes (estímulos discriminativos ou motivacionais), os comportamentos e suas consequências. As consequências alteram a probabilidade do comportamento ser emitido novamente, na presença de certos antecedentes. Essas consequências são classificadas como reforçadoras, envolvendo reforçamento positivo (R+) ou negativo (R-), ou punitivas, envolvendo punição positiva (P+) ou negativa (P-). Quando as consequências fortalecem a ocorrência dos comportamentos que as produziram, dizemos que há um processo de reforçamento. No caso do reforçamento positivo (R+), as respostas acrescentam algo ao ambiente e por isso sua probabilidade aumenta ou é mantida, e denomina-se a consequência apresentada como reforço. No reforçamento negativo (R-), as respostas tiram do ambiente uma consequência e por isso aumentam de frequência ou são mantidas, e denomina-se a consequência removida ou evitada de estímulo aversivo. Quando as consequências diminuem a probabilidade futura do comportamento que as produziu, o processo envolvido é chamado de punição. Na punição positiva (P+), as respostas acrescentam ao ambiente um estímulo aversivo, enquanto na punição negativa, (P-) as respostas tiram do ambiente o estímulo reforçador (Meyer, 1997; Skinner, 1953/2003).

A análise funcional pode ser considerada como o instrumento mais importante através do qual terapeutas comportamentais identificam condições antecedentes e consequências dos comportamentos do cliente que são relevantes para a terapia, podendo contribuir para levantar hipóteses sobre as variáveis instaladoras e mantenedoras dos mesmos (Delitti, 1997). Entretanto, existe outro modelo diagnóstico muito popular - o modelo estruturalista, hoje principalmente baseado no

DSM - 5. Esse manual divide os chamados “transtornos mentais” em tipos, baseando-se em critérios com características primariamente morfológicas para identificar sinais (aquilo que se vê e a presença de dados clinicamente relevantes) e sintomas (queixas dos clientes), e assim permitir previsões acerca da etiologia, curso e resposta ao tratamento (Cavalcante & Tourinho, 1998).

Ambas as análises - funcional e estrutural - possuem vantagens e desvantagens. A análise estrutural possui uma linguagem clara, terminologia padronizada e critérios concisos, o que facilita o diagnóstico clínico e a comunicação entre especialistas (Cavalcante & Tourinho, 1998). Por outro lado, a ênfase dada à topografia dos comportamentos limita a realização de uma análise mais ampla e essencial, uma vez que uma mesma topografia comportamental pode ser resultado de histórias diversas de interação, e ser mantida por variáveis muito diferentes (e.g., Cavalcante & Tourinho, 1998).

Através das análises funcionais, busca-se identificar a função dos comportamentos e não somente a sua topografia, o que possibilita um delineamento da intervenção voltada para o caso em particular, com a finalidade de promover novas relações entre aquele organismo e o seu ambiente. Usando esse instrumento, o terapeuta comportamental analisa e intervém em diferentes problemas trazidos por seus clientes.

Outra diferença de enfoque entre o terapeuta comportamental e terapeutas de outras abordagens se refere ao papel atribuído a eventos comportamentais. Enquanto o terapeuta comportamental vê a ansiedade, por exemplo, como um efeito de variáveis ambientais externas, terapeutas de abordagens internalistas a vêem como causa para comportamentos subsequentes (e.g., "fiquei em casa porque me sentia ansioso"). Mais precisamente, na Análise do Comportamento, a ansiedade não é considerada como a

causa de outros comportamentos, mas como um nome comumente utilizado quando comportamentos estão sob controle de certos eventos ambientais externos (Skinner, 1953). Por exemplo, a ansiedade pode ser considerada como uma resposta emocional resultante da apresentação de um estímulo que antecede um estímulo aversivo, com efeitos no comportamento operante publicamente observável (Zamignani & Banaco, 2005). Portanto, os comportamentos envolvidos no que se chama de ansiedade não devem ser usados como explicação para outros comportamentos - ao contrário, eles devem ser explicados, assim como outros comportamentos que fazem parte do repertório do indivíduo.

A ansiedade é caracterizada por comportamentos públicos e privados, e tais comportamentos são originados e mantidos na interação do organismo com o seu ambiente. Quando vista como uma ansiedade fisiológica, natural do organismo, ela é eliciada por estímulos antecedentes sinalizadores de perigo. Nesse caso, a função da resposta de ansiedade é preparar o organismo para enfrentar a situação de perigo (Zamignani & Banaco, 2005). Gentil (1996) define ansiedade como um estado emocional desagradável de medo, acompanhado por desconforto devido à sinalização de situações de perigo ou de algo que seja desconhecido.

Uma operação de estabelecimento de resposta de ansiedade pode ocorrer da seguinte maneira: um estímulo neutro (NS) é seguido de um estímulo aversivo primário (US). Após algumas repetições do pareamento (NS + US), o estímulo neutro passa a ter função de estímulo condicionado (CS), sendo este último o estímulo que passa a eliciar as respostas de ansiedade (CR), quando apresentado sozinho. Um exemplo disso seriam as sensações fisiológicas de ansiedade na visita ao dentista. O dentista, inicialmente, é um NS seguido da broca (US) que causa dor (UR); ao ser pareado com o US, o dentista passa a ter função de CS, pois somente a sua

apresentação já é geradora de ansiedade (CR). Em alguns casos, somente um pareamento é necessário e, em outros, o condicionamento (i.e., aprendizagem) só acontece após vários pareamentos. Em relação aos comportamentos respondentes, os estímulos antecedentes eliciam respostas de ansiedade (e.g., sudorese, mãos frias, taquicardia); como respostas operantes o indivíduo pode emitir, por exemplo, fuga e esquiva do estímulo condicionado (i.e., respostas mantidas por reforçamento negativo, como adiar as visitas ao dentista; Zamignani & Banaco, 2005).

A identificação de variáveis ambientais controladoras da ansiedade, acompanhada de mudanças nas contingências que arranjam essas variáveis, pode produzir a diminuição da resposta de ansiedade (Tourinho & Maciel, 1999).

Zamignani e Banaco (2005) observam que muitos dos clientes que recebem diagnóstico de transtorno de ansiedade possuem limitações em relação a repertórios de habilidades sociais e outras habilidades necessárias para solução de problemas. Essas limitações e um ambiente pobre de reforçamento fazem com que existam poucas possibilidades para a emissão de respostas alternativas às ansiosas.

As habilidades sociais são comportamentos aprendidos e considerados como “socialmente aceitáveis”, que permitem que o indivíduo interaja efetivamente com as pessoas de forma a produzir reforçadores para si mesmo e que não resultem em interações sociais negativas, como, por exemplo, conflitos (Gresham, 2013). Segundo Caballo (1996), a habilidade social deve ser considerada a partir da fase de desenvolvimento e da cultura do indivíduo.

Ao longo da vida e de acordo com a cultura em que está inserido, o indivíduo precisa aprender novas habilidades sociais, a fim de obter reforços positivos e negativos. A cada fase do desenvolvimento, as contingências sociais se modificam, pois as respostas consideradas socialmente adequadas mudam. Repertórios pobres de



comportamentos podem estar relacionados a experiências culturais limitadoras no ambiente familiar, escolar, social, entre outros, por não reforçar ou por punir novas interações, ou por reforçar comportamentos culturalmente considerados como inadequados.

A assertividade é considerada uma habilidade social (Del Prette & Del Prette, 2006). Alberti e Emmons (1978) definem a assertividade como o comportamento de atuar em interesses próprios, de se afirmar em momentos geradores de ansiedade, expressar sentimentos sinceros e defender seus direitos sem negar os alheios. Quando o indivíduo se manifesta adequadamente, colocando suas opiniões e sentimentos, levando em consideração os sentimentos dos outros, pode-se afirmar que ele agiu de forma assertiva.

Dentre as alternativas para se aumentar o repertório assertivo, está o treino em habilidades sociais, que possui três objetivos: a) promover a aquisição dessas habilidades; b) aperfeiçoar o seu desempenho; e c) remover ou reduzir comportamentos inadequados. É um conjunto integrado de técnicas que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas em todos os contextos de interação social (Gresham, 2013).

O treino em habilidades sociais é uma intervenção educativa, através da qual os comportamentos do cliente são modelados pelo terapeuta através de treino em consultório. Em seguida, esses comportamentos são repetidos pelo cliente, que passa a realizá-los em sua interação com as demais pessoas. A modelagem é o método pelo qual, através do reforçamento positivo, instalam-se novas respostas por meio do reforçamento diferencial de aproximações sucessivas do comportamento final desejado, nesse caso, o repertório de habilidades sociais. Ocorre, também, a modelação desses comportamentos, ou seja, aprendizagem a partir da observação e

imitação de outros modelos, que inclui o terapeuta e/ou outras pessoas do convívio do cliente.

O objetivo do presente trabalho é apresentar o caso clínico de uma cliente que apresenta déficit de habilidades sociais (e assertividade, mais especificamente) com amigos e familiares, e trouxe como queixa inicial o Transtorno de Ansiedade que vem prejudicando suas atividades diárias. Ao longo da apresentação do caso serão expostas as análises moleculares e molares para melhor entendimento dos comportamentos da referida cliente, assim como as estratégias terapêuticas que foram utilizadas para minimização da queixa.

## **Método**

### **Participante**

Maria (nome fictício), possui entre 20 e 30 anos, classe socioeconômica média.

A cliente autorizou o estudo de caso de acordo com o documento de autorização para supervisão do Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento (IBAC), segundo modelo apresentado no Anexo 1.

### **Queixas e Demandas**

A cliente trouxe como queixas principais as sensações fisiológicas de ansiedade que vem sentindo ao longo do dia e a dificuldade nas suas relações de amizade. Sobre as “crises de ansiedade” relatou que “aconteciam do nada” e que costuma sentir palpitações, sudorese e mãos frias durante tais crises. Em relação às dificuldades que possui com as amizades, Maria relata ter um comportamento “bastante explosivo”, e isso afasta as pessoas e gera conflitos. Assim, de acordo com relatos da cliente, parou de emitir comportamentos como o de falar o que sente e o que pensa em relação aos seus amigos, para evitar discussões e um possível rompimento de amizades.

Maria também trouxe como queixa inicial sua indecisão em relação a questões profissionais, pois havia abandonado o emprego para estudar e conseguiu aprovação no mestrado e na residência de um Hospital. Com as duas aprovações precisava decidir por uma, já que não conseguiria conciliar as duas atividades.

Maria também relatou estar insatisfeita com sua aparência física e ter dificuldades para comprar roupas por se achar magra demais. Ela disse que leva a maioria das roupas que compra para fazer ajustes, por acreditar que ficarão melhores em seu corpo.

Identificou-se, na terapia, uma dificuldade por parte da cliente em dizer “não”; assim, Maria acaba fazendo o que não deseja para não desagradar as pessoas e, em

especial, seus amigos. A partir dos relatos da cliente, observou-se um déficit em habilidades sociais, com comportamentos pouco assertivos, os quais geram os conflitos relatados por ela e, por conseguinte, as suas sensações de ansiedade.

### **Ambiente e materiais**

As sessões foram realizadas em um consultório particular de uma clínica multidisciplinar. Nessa clínica funcionam serviços como fonoaudiologia, terapia ocupacional, ginecologia, geriatria, dermatologia, neurologia e pediatria. O ambiente é arejado, com poltronas colocadas uma de frente para a outra. A sala possui banheiro e armários com brinquedos.

### **Procedimento**

Até o momento em que o presente trabalho foi redigido, foram realizadas 55 sessões, de 50 minutos cada, ao longo de 01 ano e 03 meses. Os atendimentos foram feitos de acordo com a Análise Comportamental Clínica.

Primeiramente, procurou-se estabelecer uma boa relação terapêutica, reforçadora, não punitiva, acolhedora, validando os sentimentos da cliente. Isso foi realizado através da demonstração de sentimentos positivos em relação aos relatos da cliente, com empatia, mantendo contato visual e tom de voz calmo por parte da terapeuta. O objetivo desse procedimento foi possibilitar a Maria relatar suas experiências sem receio de receber alguma crítica ou punição.

As sessões iniciais foram destinadas à identificação dos motivos pelos quais a cliente procurou terapia e à coleta de informações da cliente, como seu histórico de vida, envolvendo o seu relacionamento familiar com mãe, pai e irmãos, histórico escolar, e de suas relações de amizade e de relacionamentos amorosos.

A cliente falou, durante as primeiras sessões, a respeito da sua dúvida em relação ao seu futuro profissional. Esse foi o foco inicial da terapia, pois o prazo para fazer a

escolha entre mestrado e residência estava se aproximando. Solicitou-se a Maria que fizesse uma relação dos pontos positivos e negativos existentes em relação às duas opções para ajudar na sua escolha.

A terapeuta perguntou sobre todas as situações (i.e., antecedentes) que envolviam a ansiedade e solicitou a Maria que descrevesse detalhadamente o que caracteriza como ansiedade bem como estratégias que já utilizou para minimizá-la.

A terapeuta orientou Maria a utilizar dois exercícios nos momentos que sentisse ansiedade: um exercício de respiração abdominal que consiste em puxar o ar lentamente pelo nariz e soltar pela boca, focando sempre em movimentar o abdômen e não o pulmão, e outro que consiste em procurar observar tudo que está ao seu redor e descrever detalhadamente tudo o que vê, mudando então o foco de atenção para outro contexto. O objetivo de tais exercícios não consistia em promover a esquiva dos sintomas, mas sim de aumentar a probabilidade de Maria realizar suas atividades profissionais ou de lazer. Assim, entraria em contato com os reforçadores de tais atividades e poderia dedicar menos do seu tempo e energia com comportamentos mantidos pela redução e eliminação da ansiedade.

Ao investigar o histórico familiar e contingências atuais em vigor na vida da cliente, foram identificados fatos que esclarecem a origem e manutenção de alguns padrões comportamentais, entre eles, o déficit em habilidades sociais e a autoestima reduzida. Esse procedimento foi importante para ajudar Maria a compreender como tais padrões são função de sua história e contingências atuais, e não são "naturais", "característicos da sua personalidade", ou "imutáveis", como ela acreditava.

Através de questionamentos, buscou-se identificar as demandas terapêuticas da cliente, principalmente as direcionadas às relações interpessoais, especificamente ao convívio tenso com os amigos, com os quais tinha alguns conflitos. Esse

procedimento foi feito com o objetivo de entender como esses conflitos aconteciam, procurando analisar funcionalmente os comportamentos da cliente nessas situações. Procurou-se identificar as variáveis determinantes dos comportamentos inassertivos, ou seja, as contingências envolvidas para que Maria pudesse entender os motivos e consequências dos seus comportamentos e, assim, modificá-los. Foram feitas análises moleculares e molares desses comportamentos.

Durante a terapia utilizou-se o ensaio comportamental (e.g., Otero, 2004), onde cliente e terapeuta analisavam um determinado comportamento inassertivo ou comportamentos relacionados à sua dificuldade em dizer não e tentava-se instalar um novo repertório comportamental que representasse um aumento em habilidades sociais. Após reflexões, junto à terapeuta a respeito de uma situação específica em que não atuou de forma assertiva, a cliente buscava reproduzir o episódio de forma diferente - ou seja, mais assertiva. A terapeuta procurou reforçar positivamente atuações da cliente que foram consideradas como assertivas bem como dar algumas sugestões com o objetivo de aprimorar o repertório verbal quando Maria apresentava dificuldades durante o ensaio. Em seguida, a terapeuta solicitava a Maria que usasse como modelo as habilidades sociais desenvolvidas em consultório para interações com seus amigos, familiares, e outras pessoas. Dessa forma, buscou-se a modelagem de repertórios mais habilidosos socialmente.

Foi indicado o livro “Comunicação não violenta” (Rosenberg, 2006) que tem em seu conteúdo algumas técnicas voltadas para o aprimoramento de relacionamentos pessoais e profissionais. Esse material foi indicado por oferecer algumas orientações a respeito de como emitir comportamentos verbais e de como expressar sentimentos de forma mais assertiva. Porém, utilizou-se somente parte da técnica. Quando eventos aversivos que envolviam déficit de habilidades sociais aconteciam, a terapeuta

encorajava a cliente a lembrar de algumas técnicas colocadas no livro, e perguntava como ela poderia utilizá-las em situações semelhantes no futuro, para ser mais assertiva. Desta forma, alguns exemplos do livro foram utilizados no ensaio comportamental.

Para treinar habilidades sociais, também foram realizadas discussões sobre a topografia dos comportamentos agressivos e assertivos, para que Maria tivesse mais clareza sobre a diferença entre eles. A terapeuta solicitava a Maria que relatasse exatamente como havia se expressado, reproduzindo as palavras e o tom de voz utilizado, e a partir daí buscava-se identificar o que havia sido inadequado e qual seria a melhor forma de se colocar. Em seguida, buscava-se identificar também os antecedentes comuns a comportamentos agressivos da cliente, pois à medida que reconhecesse tais situações, Maria poderia se preparar para se comportar assertivamente, além de identificar as consequências desses comportamentos (assertivos e inassertivos).

Realizou-se também a análise funcional de padrões comportamentais relevantes para as queixas e demandas terapêuticas: agressividade, ficar calada em situações de conflito, dificuldade em dizer “não” e autoestima reduzida. O objetivo era levantar variáveis de controle (antecedentes e consequências) desses comportamentos, e auxiliar Maria a identificar as situações em que tais comportamentos traziam consequências desejáveis ou indesejáveis.

Uma metáfora que aborda o abandono da luta e o comprometimento com a mudança comportamental foi também utilizada. A metáfora é uma das estratégias de intervenção da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que visa reduzir o controle instrucional e promover aceitação dos estados privados desconfortáveis. A ACT tem como foco o entendimento de que sentimentos, pensamentos e sensações

corporais não são causas de comportamentos, e que a tentativa de controlar esses eventos privados (esquiva experiencial) reduz a capacidade de ação para mudança (Macêdo, 2012; Silva, 2012). Desta forma, utilizou-se somente esta técnica da ACT e, através de reflexões feitas com a metáfora, buscou-se explicar a importância da aceitação dos sintomas de ansiedade, para que Maria pudesse se dedicar à mudança de seus comportamentos que produzem sofrimento.

As Intervenções mais específicas que foram realizadas ao longo das sessões serão apresentadas juntamente com os resultados.



## **Resultados**

Os resultados alcançados serão apresentados através da Formulação Comportamental, levando em consideração as mudanças de comportamento observadas e relatadas pela cliente.

### **Formulação Comportamental**

#### **1. Histórico Familiar**

Os pais se separaram quando Maria tinha 1 ano de idade; ela é a mais nova de quatro irmãos. A cliente não sabe quais foram os motivos que levaram à separação, pois sua mãe não fala sobre o assunto e a cliente prefere não fazer perguntas. Seus pais falaram que o relacionamento amoroso entre o casal era muito superficial e com conflitos, e somente há pouco tempo os pais voltaram a conversar. Atualmente, Maria reside com a mãe e dois dos irmãos (o outro irmão está em outra cidade, fazendo doutorado). A cliente relatou que a relação com os irmãos é boa, mas que com a mãe sempre teve algumas divergências. O pai não lhes ajuda financeiramente e nunca foi presente, não telefonava e não a visitava em datas comemorativas, conforme informações da própria cliente.

Maria relatou que sua mãe sempre teve um comportamento “machista” em relação a ela, por exemplo, proibindo-a de fazer algumas coisas como brincar na rua pelo fato de ser menina; dando mais dinheiro aos irmãos por serem meninos, argumentando que eles “precisavam mais”; e não permitindo que Maria fizesse certos esportes por ser muito magra (até hoje a mãe faz comentários de que Maria está abaixo do peso). De acordo com Maria, a sua mãe costuma fazer críticas negativas sobre as roupas que ela usa, dizendo que a roupa não ficou boa em seu corpo por ser muito magra para usá-la. Seus irmãos compartilham da opinião de sua mãe em relação à sua magreza. Maria afirma que costuma discutir com a mãe com frequência. Relata nunca se sentir livre

para fazer o que quer, e que seus familiares têm o costume de dar opiniões que ela nunca pediu.

Maria relatou que sua mãe nunca está satisfeita com o que faz, pois a questiona a respeito de seus atos constantemente. Por exemplo, quando a cliente relatou que estava fazendo trabalho voluntário dando aula para crianças, sua mãe reclamou dizendo que só deveria trabalhar se fosse para ter retorno financeiro. Porém, quando parou, a mãe a criticou dizendo que não deveria ter parado. De acordo com Maria, esse tipo de queixa da mãe ocorria mais com ela do que com seus irmãos. Também de acordo com a cliente, sua mãe é pouco flexível e sempre discutem por isso. Maria diz que sua mãe não costuma lhe ajudar quando precisa, não costuma perguntar como está se sentindo ou se precisa de algum cuidado (e.g., medicamentos). Algumas vezes afirmou ainda não ter ido morar sozinha por não ter condições financeiras para isso.

A cliente só possui fotos a partir de 2 anos de idade, e sua mãe explica que o motivo disso é que ela era “muito feia quando era bebê”, e diz que Maria não iria gostar de vê-las. Maria acha que, em comparação aos irmãos, recebeu menos atenção e menos elogios por parte de sua mãe.

A família de Maria é de classe média. Maria e seus irmãos sempre buscaram investir na graduação para aumentar a probabilidade de conseguir um trabalho bem remunerado.

## **2. Histórico Sócio-afetivo:**

Maria relata ter sido sempre uma pessoa com poucas relações de amizade. Na infância não costumava brincar muito na rua com os vizinhos, pois sua mãe não deixava. Maria relatou que, por sempre ter tido um comportamento verbal explosivo, acabava tendo conflitos com alguns de seus amigos, os quais se afastavam dela. Situações que lhe deixavam irritada aconteciam consecutivamente e ela acabava

emitindo comportamentos agressivos caracterizados por respostas grosseiras usando um tom de voz “mais alto que o necessário”.

Maria nunca teve um relacionamento amoroso estável e que durasse mais do que alguns meses. Teve três namorados, um aos 14 anos, outro aos 16 e o último com 21 anos. Relatou que durante os relacionamentos não costumava expor seus sentimentos aos namorados, para que eles não percebessem que estava envolvida. Maria relatou também que hoje sabe que os namorados interpretavam esse comportamento como falta de interesse na relação e, por isso, se afastaram.

### **3. Histórico Acadêmico-profissional:**

Sobre seu histórico escolar, Maria afirma sempre ter tido um desempenho mediano, e que não gosta muito de estudar. Estudou em escola particular, e relata que teve bom relacionamento com os professores e colegas de turma.

Formada desde julho de 2011, Maria iniciou suas atividades profissionais, mas decidiu abandonar seu emprego por não estar satisfeita com o salário e com o trabalho que desempenhava. Foi aprovada no mestrado e na Residência de um Hospital, mas precisou decidir por um, pois ambos exigem dedicação exclusiva.

### **4. Histórico Médico-psicológico:**

A cliente foi diagnosticada por seu Psiquiatra com Transtorno de Ansiedade em janeiro de 2013. Ele lhe prescreveu um antidepressivo, Exodus, e a encaminhou para terapia. Esse medicamento tem como base o oxalato de escitalopram, um inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS) que age no cérebro corrigindo as concentrações inadequadas desse neurotransmissor. É indicado para tratamento de síndromes depressivas, transtornos de ansiedade e alguns tipos de transtornos de personalidade. A cliente se sentiu mal com a medicação, devido aos efeitos colaterais

como enjôo e tontura, e acabou suspendendo por conta própria antes de iniciar a terapia.

A primeira crise de ansiedade foi em setembro de 2012. Maria relatou que estava indo a um show, e que não existia nenhum estímulo aversivo aparente que levasse às sensações fisiológicas de ansiedade. Sentiu “um medo esquisito como se algo fosse acontecer”. Ao longo da terapia identificou que os momentos em que se sente mais ansiosa é quando está em situações aversivas e não tem como se esquivar ou fugir delas.

Maria não tem relatos de outros problemas significativos de saúde. Sofre de rinite, o que lhe dificulta a respiração e, em alguns momentos, confunde com a falta de ar que sente quando está ansiosa. Tem insônia desde pequena.

### **Análises Funcionais**

O ambiente familiar da cliente parece ter contribuído para a aquisição de muitos de seus comportamentos indesejados. A mãe sempre foi muito controladora em relação a seus comportamentos e crítica no que diz respeito à sua aparência física. Seus irmãos também faziam comentários de que Maria é uma pessoa mais frágil desde seu nascimento. O pai sempre foi muito ausente na sua vida. Ou seja, o ambiente familiar era caracterizado por poucas fontes de reforçamento positivo, muitas fontes de controle aversivo (reforçamento negativo e punição), e relações superficiais que podem ter contribuído para que a cliente desenvolvesse um repertório com poucas habilidades sociais e autoestima reduzida.

Possivelmente, a história familiar de Maria contribuiu para a aquisição de seu repertório de comportamentos inassertivos pelo fato de ter sua mãe como modelo de comportamento verbal agressivo. A mãe de Maria controlava os seus comportamentos com tom de voz agressivo, brigando, com o objetivo de impedi-la de emitir

comportamentos com os quais não concordava. Isso fazia com que ambas discutissem com frequência. Como forma de contracontrole (Baum, 2006), Maria também passou a emitir comportamentos agressivos e a questionar a autoridade de sua mãe fazendo coisas com as quais a mãe não concordava, como sair, se envolver em trabalho voluntário e usar as roupas que gostava, independente da opinião de sua mãe. Emitir comportamentos agressivos no seu ambiente familiar funcionava, pois mesmo com as reclamações de sua mãe Maria fazia o que queria e obtinha reforçadores nessas atividades e, assim, esse repertório foi sendo construído e emitido em outros contextos (i.e., passou a se generalizar).

Maria percebe que não se comporta de forma assertiva em alguns contextos, como, por exemplo, quando não lhe dão atenção ou quando fazem algo que ela não gosta. Maria costumava emitir comportamentos verbais agressivos nesses momentos e, como consequência, aconteciam conflitos e o afastamento de seus amigos. Um exemplo relatado pela cliente foi quando brigou com seus amigos por não cuidarem dela enquanto sentia-se mal em um show. Como consequência desse comportamento agressivo, seus amigos se afastaram. Assim, comportamentos verbais agressivos foram punidos, mas deixaram "uma lacuna" porque não havia um repertório assertivo para substituí-los para a produção de reforçadores importantes (e.g., aqueles envolvidos em "fazer valer" os seus direitos).

Essas contingências podem ter levado a cliente a ter sensações fisiológicas de ansiedade caracterizadas por palpitações, falta de ar, e mãos frias e suadas, que começavam em condições antecedentes semelhantes àquelas onde aconteceram conflitos que Maria não possuía repertório para solucionar assertivamente (e.g., saindo com amigos para um show); tais sensações perduravam durante alguns dias. Foram identificados também como contextos eliciadores de ansiedade situações onde

Maria está motivada para, mas tem dificuldades em “dizer não”, onde sua mãe emite comportamentos considerados por Maria como excessivamente controladores, e situações estressantes com amigos e familiares - ou seja, situações de conflito iminente. Maria contou ter sentido as sensações fisiológicas de ansiedade quando encontrou com o amigo com o qual brigou, e "não sabia como se comportar" na presença dele. Outro exemplo relatado foi uma ocasião em que saiu de casa para comprar remédios, pois estava muito gripada e sua mãe reclamou que deveria ter avisado para onde foi. Maria contou ter ficado calada diante da reclamação de sua mãe para evitar conflitos, mas observou ter sentido palpitações nesse momento. Em suma, todas as situações em que Maria relatou ter se sentido ansiosa envolviam a probabilidade aumentada de conflitos interpessoais, na ausência de um repertório de habilidades sociais para solucionar tais conflitos de forma a manter o relacionamento e, ao mesmo tempo, defender a sua opinião e seus direitos.

### ***Análises Funcionais Moleculares***

As análises funcionais moleculares incluem alguns comportamentos apresentados pela cliente no decorrer dos atendimentos apontando possíveis processos comportamentais envolvidos e efeitos emocionais das contingências. Essas análises permitiram a formulação de hipóteses e a realização das intervenções apresentadas.

Tabela 1. Análises funcionais moleculares de alguns comportamentos da cliente. R+ refere-se a reforçamento positivo; R- a reforçamento negativo; P+ à punição positiva; P- à punição negativa.

Antecedentes	Comportamento	Consequências	Processo Comportamental	Efeitos Emocionais
Emprego: trabalhava o dia todo e o salário era baixo.	Pediu demissão.	Mais tempo para investir nos estudos.	R+	Sentiu-se animada por ter mais tempo para estudar.

Sensações fisiológicas de ansiedade.	Mantém o que está fazendo (trabalho, etc).	Mantém o contato com os reforçadores das atividades que realiza.	R+	Sente-se feliz por conseguir realizar suas atividades.
		Sintomas passam.	R -	Sente-se aliviada pela diminuição dos sintomas.
Situações em que precisa fazer escolhas.	Demora a fazer suas escolhas.	Evita fazer a escolha errada que pode produzir alguma consequência aversiva.	R -	Sente-se ansiosa.
Quando alguém diz ou faz algo que lhe estressa.	Ouve e fica calada mesmo sem concordar.	Evita gerar mais conflitos.	R -	Sente-se ansiosa.
		Conflitos se agravam, as pessoas se aborrecem com ela.	P +	Sente-se ansiosa; Fica chateada por ter sido agressiva.
Quando alguém lhe estressa repetidamente.	Coloca a sua opinião de forma "explosiva" (i.e.,agressiva).	A princípio os amigos lhe davam atenção após esses comportamentos.	R+	
Sensações fisiológicas de ansiedade indo a um Show.	Fez exercício de respiração.	Diminuição dos sintomas.	R -	Sentiu-se aliviada com a diminuição dos sintomas.

Mãe diz para não fazer algo.	Ainda assim faz.	Obtém reforços das atividades que gosta de realizar.	R +	Sente-se feliz.
		Recebe críticas da mãe.	P +	Fica chateada e com sintomas de ansiedade.
Amigos afastados por causa de conflitos com Maria.	Continua sem procurá-los.	Evita mais conflitos.	R -	Sente-se ansiosa.
Falta de atenção dos amigos enquanto se sentia mal no show.	Brigou com eles por não estarem cuidando dela e agiu agressivamente.	Amigos se afastaram de Maria.	P -	Sentiu-se triste e com sintomas de ansiedade.
Afastamento dos amigos após briga no show.	Ligou para conversar e pediu desculpas.	Um voltou a falar com ela.	R +	Sentiu-se satisfeita por ter sido assertiva.
		O outro se manteve em silêncio.	Extinção	Ficou ansiosa.
		Diminuição das sensações fisiológicas.	R -	Sentimento de alívio.
Sensações fisiológicas de ansiedade no show ao qual foi sozinha.	Permaneceu no show.	Contato com os reforçadores sociais do show.	R +	Sentimento de bem-estar.



Amigos convidam para ir a lugares dos quais Maria não gosta.	Aceita mesmo preferindo ir a outro lugar.	Evita deixar pessoas chateadas por não ter ido.	R -	Sente sintomas de ansiedade.
--	---	---	-----	------------------------------

---

Em suma, observa-se que as sensações de ansiedade ocorrem quando comportamentos são primariamente mantidos por reforçamento negativo e como efeito colateral da punição - ou seja, quando há controle aversivo do comportamento social de Maria. Esse controle aversivo parece envolvido na emissão de comportamentos inassertivos da cliente.

### ***Análises Funcionais Molares***

As análises funcionais molares destacam alguns padrões comportamentais amplos da cliente, que foram identificados ao longo das sessões. Procurou-se descrever quais contextos históricos estabeleceram tais comportamentos e quais contextos atuais estão mantendo os padrões analisados.

<b>Padrão Comportamental</b>	<b>Comportamentos que Caracterizam</b>	<b>Situações em que Ocorrem</b>	<b>História de Aquisição</b>	<b>Fatores que Favorecem o Padrão</b>	<b>Fatores que Enfraquecem o Padrão</b>
<p>Déficit de habilidades sociais (baixa assertividade, esquiva de conflitos)</p>	<p>Mantém-se calada ou emite comportamentos verbais agressivos; aceita convites que não gostaria de aceitar.</p>	<p>Críticas feitas pela sua mãe e irmãos; Quando amigos fazem algo que a desagrada, repetidamente; Quando recebe convites que gostaria de declinar</p>	<p>Mãe controladora, crítica e inflexível; Irmãos sempre a consideraram como a mais fraca; Pai ausente. O ambiente não foi propício para que a cliente desenvolvesse um repertório de habilidades sociais em casa (falta de modelos assertivos, ausência de história de reforçamento diferencial de comportamentos assertivos). Relações familiares caracterizadas eminentemente por controle aversivo, dificultando a variabilidade comportamental.</p>	<p>Poucas fontes de reforçamento positivo; contexto familiar aversivo; A mãe ainda procura controlar alguns de seus comportamentos; Situações em que tentou “se colocar” (agressivamente) e gerou ainda mais conflitos, levando ao afastamento de amigos.</p>	<p>Manutenção de relacionamento familiar superficial/ de baixa qualidade; conflitos e afastamento dos amigos; Sensações fisiológicas de ansiedade.</p>

<p>Autoestima reduzida com sua aparência física e no que diz respeito às suas amizades (evita emitir alguns comportamentos com receio de romper as relações)</p>	<p>Dificuldade em comprar roupas por achar que algumas “não ficam bem”; Evita usar saias e vestidos por não gostar de suas pernas; Evita usar alguns tipos de brinco (piercings), por acreditar que não são “bem aceitos” pelas pessoas, principalmente no ambiente de trabalho; Evita usar roupas que a mãe costuma criticar; Costuma aceitar convites de amigos, mesmo não desejando fazê-lo, por medo de perder as amizades.</p>	<p>Em situações sociais; Na presença da mãe; No ambiente de trabalho; Convites de amigos para ir a lugares dos quais não gosta.</p>	<p>Mãe e irmãos sempre criticaram sua aparência física; Convites que não soube declinar de forma assertiva e gerou conflitos com amigos.</p>	<p>Baixa densidade de reforçadores no contexto familiar; Críticas da mãe sobre ser muito magra e sobre as roupas que usa; Costureira comentar que a alteração que quer fazer na roupa não ficará legal; Irmãos até hoje a veem como mais fraca fisicamente; Poucos reforçadores em relacionamentos amorosos e nas amizades.</p>	<p>Amigos elogiam sua aparência física e a roupa que está usando; Conflitos e afastamento dos amigos; Sensações fisiológicas de ansiedade.</p>
--	---	---	--	---	--

Quadro 1. Análises funcionais de padrões comportamentais amplos emitidos por Maria.

**Objetivos Terapêuticos:**

Os seguintes objetivos foram acordados entre a terapeuta e a cliente, com base em suas queixas e demandas, no levantamento do seu histórico e de contingências atuais:

- Desenvolver habilidades em tomadas de decisões sobre suas escolhas profissionais;
- Aumentar a tolerância em relação às sensações fisiológicas de ansiedade;
- Desenvolver comportamentos mais assertivos e mais habilidades sociais com mãe e amigos;
- Aumentar sua autoestima.

**Intervenções Específicas Realizadas:**

Na primeira sessão, identificou-se que Maria possui dificuldade em fazer escolhas, pois não quer abrir mão de nenhuma das possibilidades e tem medo das consequências de suas decisões. Em relação ao seu trabalho, tem interesse em várias das áreas da sua formação, o que a deixa mais confusa. Entretanto, no momento estava precisando ter retorno financeiro para que pudesse ter mais autonomia financeira e para que pudesse investir em outras áreas de sua vida que estavam limitadas, como lazer e atividades físicas. Naquele momento, a escolha pela residência possuía mais pontos positivos, fato que foi identificado pelo exercício utilizado onde foram identificados pontos positivos e negativos, principalmente pelos motivos já relatados sobre a necessidade de alcançar uma estabilidade financeira. Assim, após a 5ª sessão Maria optou pela residência, mas após a conclusão dela deseja tentar novamente o mestrado.

Após essa decisão passou-se a focar no transtorno de ansiedade e no déficit de habilidades sociais. Maria descreveu o que caracteriza como ansiedade, relatando sentir falta de ar, taquicardia, aperto no peito, medo e muita angústia. No início da terapia, a cliente costumava relatar que essas sensações apareciam a qualquer momento do dia, sem

antecedentes imediatos claros. Com o tempo, no entanto, Maria identificou que suas reações de ansiedade ocorriam em situações que sinalizavam conflito interpessoal, e que estavam relacionadas às suas dificuldades em se comportar de forma assertiva.

Maria relatou sempre ter tido alterações de humor e muita dificuldade em emitir comportamentos assertivos em situações que a deixam “chateada”, como por exemplo, amigos que não lhe dão atenção, quando atende aos desejos dos amigos e não recebe o mesmo em troca, e quando algum amigo faz algo que ela não gosta. De acordo com relatos da cliente, já houve contextos em que tentou expressar seus sentimentos e opiniões, mas quando fala parece que não a entendem, e suas colocações são punidas pelos conflitos que geram com seus amigos.

Após algumas sessões, a própria cliente começou a fazer análises funcionais sobre seus comportamentos, o que contribuiu muito para que emitisse alguns comportamentos mais assertivos. Através de questionamentos e instruções verbais feitas pela terapeuta, a cliente conseguiu relatar com mais clareza o que acontecia antes e depois da emissão de comportamentos inassertivos, descrevendo claramente os efeitos que esses comportamentos traziam para ela. Com essas análises, a cliente identificou que há situações com as quais não sabe lidar e que também são acompanhadas por sensações fisiológicas de ansiedade, como por exemplo, cobranças na residência a respeito de seu desempenho e cumprimento de horário. Esses relatos foram reforçados verbalmente pela terapeuta, que buscou fazer perguntas para que Maria descrevesse com detalhes os acontecimentos e o que sentia em cada momento. A cliente relata ter medo de fazer colocações verbais com amigos e familiares devido à sua dificuldade em se expressar verbalmente e, como consequência, gerar mais conflitos. Contudo, nessas ocasiões, foi orientada pela terapeuta a usar um exercício de respiração abdominal e relatou ficar mais calma com isso, conseguindo ser mais assertiva e diminuir as sensações de ansiedade.

Em sessão posterior, Maria relatou uma situação de conflito com alguns amigos, na qual seu comportamento agressivo foi punido negativamente através do afastamento de um deles. Esse evento possibilitou análises importantes, principalmente pela própria cliente. Havia ido a uma festa com dois amigos, e durante o dia já estava se sentindo ansiosa, possivelmente pela iminência de encontrá-los e de possíveis conflitos com ele. Na festa, bebeu uma grande quantidade de álcool para diminuir as sensações fisiológicas de ansiedade. Devido a esse consumo excessivo de álcool, percebeu que precisava da ajuda dos amigos, mas eles não lhe deram atenção. Ela então discutiu com eles gritando, chorando e alegando que quando precisa de ajuda, eles a ignoram, dizendo que não precisavam mais ajudá-la, e que voltaria sozinha para casa. No dia seguinte, procurou pelos amigos para pedir desculpas pelo seu comportamento agressivo, mas um deles não quis falar com ela. Em outra ocasião, tentou uma nova aproximação desse amigo e não obteve resposta. Maria relatou no início da terapia que em situações semelhantes optava por manter-se calada para não correr risco de gerar mais conflitos (i.e., o comportamento de ficar calada era mantido por reforçamento negativo), mas dessa vez ela procurou se expor emitindo comportamentos mais assertivos, explicando os motivos que a levaram a ser agressiva, admitiu que exagerou, e pediu desculpas usando um tom de voz calmo. O amigo não a desculpou, mas Maria relatou que se sentiu bem em ter sido mais assertiva do que antes.

A terapeuta procurou reforçar seu comportamento assertivo, argumentando que Maria foi adequada em suas colocações. Porém, como forma de treinar suas habilidades sociais, a terapeuta a orientou para que analisasse tudo o que disse para saber se poderia melhorar ainda mais seu comportamento, além de observar como as pessoas costumam fazer tais colocações para usar como modelos para seus próprios comportamentos verbais, em situações semelhantes. Nessa ocasião, buscou-se usar algumas dicas do livro que lhe foi

indicado, “Comunicação não violenta”. Foi utilizada parte da técnica; mais precisamente, aquela que inclui orientações sobre como descrever sentimentos que ocorreram em determinada situação (o caso de Maria, o episódio do show), e colocar quais as necessidades que estavam ligadas a esses sentimentos. A finalidade foi ajudar Maria a reformular seu comportamento verbal de forma mais assertiva, já que gostaria de explicar para os amigos os motivos que a levaram a ser agressiva naquela ocasião.

Em seguida, realizaram-se análises funcionais de alguns padrões comportamentais, o que permitiu à cliente concluir que precisa aprender a discriminar os contextos em que comportamentos distintos são mais adequados. Um exemplo foi dado pela própria cliente durante a realização do exercício, quando relatou uma situação em que precisou levar seu computador para a assistência, mas este demorou muito a ser consertado e, por este motivo, Maria foi agressiva com o atendente. Nessa ocasião, o funcionário da loja também lhe respondeu agressivamente e ela se sentiu ansiosa. A cliente frisou que em uma situação semelhante poderia emitir um comportamento mais assertivo para conseguir o que deseja, sem a necessidade de ser agressiva.

Em uma sessão posterior, a cliente relatou uma situação em que se sentiu ansiosa com a presença do amigo com o qual brigou, e afirmou que nas situações onde ocorrem conflitos com seus amigos, tais sensações surgem e ficam presentes durante algum período. A terapeuta procurou, através de perguntas, saber de detalhes sobre como foi esse encontro com o amigo, em que contexto estavam e se ela tentou alguma aproximação. Maria relatou ter encontrado o amigo em uma festa e que eles não se falaram, e que nos dias seguintes pensou muito sobre o assunto e sentiu as sensações de falta de ar, sudorese, tremores, etc. Nessa ocasião, foi indicado pela terapeuta o exercício que consiste em mudar o foco de atenção para outro contexto. A partir desse relato, realizou-se outro ensaio comportamental discutindo com a cliente o que ela poderia ter feito quando

encontrou o amigo, o que poderia ter lhe falado e, caso ele não fosse receptivo, como reagiria a essa situação. Maria pensou em algumas alternativas que foram discutidas e concluiu-se que poderia tê-lo cumprimentado, pois mesmo não o fazendo as sensações de ansiedade surgiram.

Na sessão seguinte, Maria relatou ter tido bom desempenho com o exercício e afirmou não acreditar que situações como aquela onde encontrou o amigo com o qual discutiu possam eliciar sensações fisiológicas de ansiedade, pois nunca havia percebido tal relação e, a princípio, só acreditava em fatores fisiológicos para explicar o que sentia. Falou também sobre a vontade de não ter mais essas sensações. Com base nesse relato a terapeuta utilizou argumentos encontrados na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Desta forma, buscou-se explicar a importância da aceitação dos sintomas de ansiedade, para que Maria pudesse se dedicar à mudança de seus comportamentos que produzem sofrimento. Utilizou-se nesse momento a metáfora do mingau quente que consiste em pedir à cliente que imagine uma tigela de mingau quente e pense em como iria comê-lo. A terapeuta explicou que se colocar a colher no meio do prato, o mingau vai estar muito quente, e provavelmente irá queimar a língua. Assim, é mais seguro começar pelas beiradas do prato, porque aí é onde o mingau estará mais frio. Depois que acabar as beiradas forma-se uma nova “beirada”, mais para dentro do prato. Quando a cliente chegar no meio do prato, já não existe mais perigo de queimar a língua. A terapeuta colocou que as situações que são um desafio para Maria, são como esse prato de mingau, pois o calor do mingau é o desconforto que você sente ao encarar essas situações. A partir dessa reflexão, a terapeuta solicitou que a cliente pensasse da mesma forma em relação à ansiedade, tendo paciência e esperando os sintomas diminuírem, ao invés de tentar controlá-los. Maria observou que suas tentativas de controlar as sensações de ansiedade



não tiveram sucesso, e que sempre se esforça para não deixar de cumprir com seus compromissos "mesmo quando se sente ansiosa".

Por meio da leitura do livro e discussão em terapia, Maria também identificou ao longo das sessões sua dificuldade em dizer “não” para as pessoas, e o fato de que costuma "abrir mão" para evitar situações aversivas. Por exemplo, Maria aceita convites para ir a lugares dos quais não gosta e ia trocar seu perfume pelo fato do irmão não gostar daquele que ela usava. Maria sentia dificuldades em dizer “não” principalmente com relação aos convites para sair com seus amigos. Após solicitação da terapeuta, Maria procurou listar as situações nas quais tem mais dificuldade em dizer “não”. Maria identificou que não tem dificuldades em declinar convites de seus familiares, pois sabe que mesmo que fiquem chateados não irão abandoná-la, mas não conseguia fazer o mesmo com seus amigos, pois tem medo da sua declinação levar a uma ruptura da amizade. Buscou-se refletir com a cliente sobre as situações em que de fato houve ruptura com amigos, pois de acordo com seus relatos, estas aconteceram devido à sua falta de assertividade ao aceitar convites para atividades que não gostaria de aceitar, e não pelo fato de rejeitar os convites. Passou-se então a treinar a habilidade de dizer “não”, iniciando pelas pessoas com as quais Maria tem menor dificuldade de emitir esse comportamento. Após algumas tentativas a cliente começou a se sair melhor, aceitando somente convites quando realmente queria sair com os amigos, e quando isso não atrapalhava suas atividades diárias. Maria observou que as consequências desses novos padrões comportamentais eram positivas, pois as pessoas não demonstravam ter ficado chateadas. Buscou-se modelar o comportamento de dizer “não” a partir da observação e imitação do comportamento de dizer “não” de outras pessoas, tentando reproduzir tais comportamentos de forma assertiva.

Apesar de apresentar melhoras, em uma sessão posterior a cliente trouxe como relato o fato de estar triste com vários eventos que haviam ocorrido durante a semana, e que as

“mínimas coisas que faço dão errado”. A terapeuta pediu a Maria que descrevesse o que ocorreu, e Maria respondeu que o amigo, com o qual havia brigado no show, a ignorou mesmo já tendo lhe pedindo desculpas e ela acabou sendo agressiva com ele; as aulas da atividade física que ela fazia iam ser encerradas, pois a escola iria fechar; seu celular novo quebrou e ela não sabia como isso aconteceu; e as folgas no trabalho foram canceladas e ela teria que trabalhar no dia do seu aniversário. Porém, o que mais lhe incomodou foi ter observado que sua mãe sempre valoriza mais as conquistas do irmão mais velho do que as suas. Maria contou que o irmão irá terminar o mestrado e sua mãe fala sobre o assunto com muito orgulho, admiração e preocupação em querer ajudá-lo. Maria conta que quando foi aprovada no mestrado e na residência pediu ajuda financeira para sua mãe, e ela disse que não podia ajudá-la, não demonstrando nenhum interesse. Maria relatou: “fiquei triste em perceber que meus sonhos estão cada vez mais distantes: desejo conquistar várias coisas, mas acho que vai demorar muito para alcançá-las”. A terapeuta solicitou a Maria que relembresse a metáfora do mingau quente. O objetivo era ajudar Maria a fazer da mesma forma como faria com o mingau quente, ou seja, tentar entender os últimos acontecimentos com calma e resolvê-los devagar, um de cada vez.

Na sessão seguinte, Maria voltou relatando que pensou melhor sobre tudo e que percebe que algumas coisas que a estavam chateando não estão sob seu controle. Percebe que já alcançou alguns de seus objetivos, pois hoje, seus comportamentos estão mais assertivos, está formada, e faz residência.

As intervenções relatadas aconteceram na ordem em que foram descritas nesta seção.

### **Mudanças Observadas:**

Até a elaboração desse trabalho, podem ser apontadas algumas mudanças comportamentais observadas na cliente. Maria conseguiu emitir comportamentos mais assertivos em relação a seus amigos, incluindo comportamentos verbais mais adequados

em situações de conflitos (nas quais costumava emitir comportamentos explosivos ou permanecer calada) e a melhora na expressão de seus sentimentos. Pode-se citar como exemplos de comportamentos assertivos emitidos por Maria, a ocasião que procurou o amigo com o qual havia brigado no show para pedir desculpas. Outro relato de comportamento assertivo foi em uma situação em que a amiga de Maria a culpou por ter brigado com seu namorado. A cliente iniciou o diálogo com sua amiga tentando entender os motivos pelos quais teria culpa e buscando explicar o ocorrido. Assim, a amiga entendeu e percebeu que havia se enganado. Diálogos com familiares e amigos se tornaram mais frequentes, à medida que a cliente começou a observar que seus comportamentos explosivos e os comportamentos de esquiva que aconteciam como forma de gerar menos conflitos levavam suas relações a um nível cada vez mais superficial.

As análises funcionais feitas pela cliente a respeito de seu déficit de habilidades sociais favoreceram o aumento da tolerância às sensações fisiológicas de ansiedade, pois tais sensações não lhe parecem mais imprevisíveis e determinadas apenas por sua fisiologia. Maria observou, por exemplo: “O que me faz ter conflitos com meus amigos é o fato de não saber me expressar adequadamente e já observei que após esses eventos sinto muito os sintomas de ansiedade”. A cliente aprendeu a discriminar em que situações costumava ficar mais ansiosa e, pôde perceber que a partir do momento que lutava contra esses sintomas, eles ficavam mais fortes.

Maria passou a lidar com sua ansiedade de forma diferente, e passou a afirmar, por exemplo: “comparo as sensações fisiológicas de ansiedade com um exercício físico que dói muito. A medida que vou treinando o movimento a dor vai diminuindo, e assim vem acontecendo com as sensações de ansiedade, pois ao longo do tempo não tenho sofrido mais tanto com elas”.

Outra mudança observada é que mesmo com a presença das sensações fisiológicas de ansiedade, Maria buscava realizar suas atividades profissionais e de lazer. Voltou a praticar hobbies dos quais gostava, por exemplo.

A respeito de sua dificuldade em dizer “não”, a própria cliente identificou que esse comportamento está relacionado ao medo de “perder a amizade das pessoas”. Maria começou a conseguir declinar convites de forma mais assertiva, a partir das intervenções realizadas. Passou a aceitar somente os convites que a interessavam e a declinar os demais, explicando os motivos para não ir. Por exemplo, Maria passou a declinar convites para ir a barzinhos que tocam música sertaneja, explicando que não iria por não gostar das músicas, mas que em outra ocasião, quando o convite fosse para ir a outro lugar, gostaria de ir. Em outra ocasião, Maria recebeu um convite para ir ao cinema, e propôs à amiga a ir outro dia porque tinha que ler muitos textos para a residência, naquele dia. Em ambos os casos, os amigos aceitaram e entenderam os seus motivos.

Pode-se observar também uma melhora em sua autoestima através de relatos da própria cliente. Maria voltou a usar roupas e acessórios que gostava sem se preocupar com as críticas de sua mãe. O desenvolvimento de habilidades sociais também é um fator que contribuiu para o aumento de sua autoestima, pois Maria se tornou mais confiante no que diz respeito às suas relações de amizade.

## Considerações Finais

A presente monografia teve como objetivo apresentar um caso clínico de déficit de habilidades sociais e a presença da ansiedade como efeito colateral dessa dificuldade. As intervenções comportamentais destinadas a ensinar habilidades sociais com a finalidade de superar as dificuldades apresentadas nos relacionamentos interpessoais é uma importante área de atuação da psicologia. O treinamento de habilidades sociais é uma estratégia de superação e prevenção de problemas comportamentais através do ensino de novos padrões de comportamento (Gresham, 2013).

Sobre os transtornos de ansiedade, é importante frisar que o estudo funcional de sua origem, sua ocorrência e sua manutenção contribuem para uma melhor compreensão destas condições e aumentam as possibilidades de intervenção. Marçal (2007) explica que as contingências em vigor na vida de um indivíduo influenciam a aquisição e a manutenção das respostas de ansiedade, mas que é de suma importância considerar a sua história de vida. Santos (2000) valoriza tanto as análises molares quanto as análises moleculares dos comportamentos e, com essas informações coletadas nas análises funcionais, é possível propor novas relações de contingências que alterem os padrões de comportamentos dos indivíduos. São essas análises molares da história de vida do cliente e as análises moleculares dos fatos mais recentes que diferenciam a Análise Comportamental Clínica das demais abordagens da Psicologia.

A Análise do Comportamento considera que a ansiedade não surge espontaneamente, e este trabalho mostra como ela aparece como um “sintoma” de contingências de reforçamento negativo. De acordo com as análises funcionais realizadas no caso relatado, observou-se que os comportamentos inassertivos da cliente vinham sendo mantidos por controle aversivo, trazendo como subproduto as sensações de ansiedade. Desta forma, buscou-se a construção de repertórios mais assertivos com o objetivo de

substituir aqueles repertórios que eram reforçados negativamente. A partir dessa substituição, a ansiedade diminuiu e melhorou a qualidade de vida da cliente.

O controle aversivo pode dificultar a aprendizagem de comportamentos apropriados ou eficazes e traz consequências colaterais indesejáveis, como ilustrado na história de condicionamento de Maria. Nesse caso, o controle aversivo apresentou como subproduto as sensações fisiológicas de ansiedade, o déficit de habilidades sociais, o cerceamento de variabilidade comportamental na solução de problemas com amigos e familiares e comportamentos verbais explosivos.

É possível que o padrão de comportamentos inassertivos de Maria tenha sido adquirido pela convivência com sua mãe, que era um modelo de comportamentos agressivos. A mãe de Maria se utilizava frequentemente de punição para controlar seus comportamentos, e elas sempre discutiram muito. A mãe de Maria também a proibia de fazer algumas coisas quando criança, a impedindo, assim, de vivenciar algumas experiências que poderiam lhe ajudar a desenvolver seu repertório social. Ao crescer, Maria passou a se expor a situações onde precisa se colocar e dizer “não”, mas como esses repertórios não lhe foram ensinados, ela não conseguia e, por conseguinte, sentia-se ansiosa.

A baixa autoestima de Maria também parece estar relacionada ao seu déficit de habilidades sociais. A partir do momento que essas habilidades foram desenvolvidas, observou-se um aumento da sua autoestima.

A cliente continua em terapia, pois se percebe a necessidade de ampliar novos repertórios que a auxiliarão no enfrentamento de situações que podem surgir nas suas relações interpessoais. Pretende-se continuar avaliando como Maria se comporta em situações aversivas de conflito com amigos e sua mãe, solicitando que ao relatar descreva topograficamente o seu comportamento, identificando antecedentes e consequências. Faz

parte do planejamento das futuras intervenções, continuar treinando repertórios socialmente habilidosos através dos ensaios comportamentais e da técnica de *role playing*. A técnica de *role playing* consiste em trocar de papéis com a cliente, ou seja, a cliente ora desempenha papel de outra pessoa envolvida em uma determinada situação e a terapeuta o papel da cliente, ora se invertem os lados, com o objetivo de ajudá-la a modelar seu comportamento verbal. Em relação à ansiedade, Maria relatou nas últimas sessões não estar se incomodando tanto com essas sensações fisiológicas. Porém, é importante fazer um levantamento da frequência que essas sensações ainda surgem.

### Referências Bibliográficas

- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1978). *Comportamento Assertivo: um guia de auto-expressão*. Belo Horizonte – MG: Interlivros.
- APA (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM V*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Baum, W. (2006). *Compreender o Behaviorismo: Comportamento, Cultura e Evolução*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Bravin, A. A., & de-Farias, A. K. C. R. (2010). Análise comportamental do transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Em: A. K. C. R. de-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 130-152). Porto Alegre: Artmed.
- Caballo, V. E. (1996). *Manual de Técnicas de terapia e Modificação do Comportamento*. 1ª edição. São Paulo: Editora Santos.
- Cavalcante, S. N. & Tourinho, E. Z. (1998). *Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidades de um modelo analítico-comportamental*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 14, 139-147.
- Costa, M. N. P. (1997). *Considerações a cerca do behaviorismo radical, análise do comportamento e análise experimental do comportamento*. Cadernos de Textos de Psicologia. Vol. 2, nº 1.
- De-Farias, A. K. C. R. (2010). Porque “Análise Comportamental Clínica”? Uma introdução ao Livro. Em: A. K. C. R. De-Farias (Org.), *Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e estudos de caso* ( pp 19-29). Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, Z.A.P., & Del Prette, A. (2006). *Habilidades sociais: Conceitos e campo teórico-prático*. Texto online, disponibilizado em <http://www.rihs.ufscar.br>.



- Delitti, M. (1997). Análise Funcional: o comportamento do cliente como foco de análise funcional. Em: M. Delitti (Org.). *Sobre comportamento e cognição* (pp. 37- 44). Vol. II. São Paulo: ARBytes.
- Gentil, V. (1996). Ansiedade e Transtornos Ansiosos. Em: V. Gentil & F. Lotufo Neto (Orgs.). *Pânico, Fobias e Obsessões: A Experiência do Projeto Amban* (pp. 17-30). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Gresham, F. M. (2013). Análise do Comportamento aplicada às habilidades sociais. Em: Z.A.P. Del Prette & A. Del Prette (Org.). *Psicologia das Habilidades Sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (pp.109-148). 3º Edição. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Macêdo, L. P. (2012). *Adesão ao Tratamento em uma doença crônica: Implicações no repertório de autocontrole*. Monografia de Conclusão de Especialização em Análise Comportamental Clínica, Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, Brasília.
- Marçal, J. V. S. (2007). Análise comportamental clínica de casos de transtorno do pânico: Sintomas iguais, intervenções diferentes. Em: R. R. Starling (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, Vol. 19 (pp. 314-325). Temas Aplicados. Santo André: ESETec.
- Meyer, S. B. (1997). O Conceito de análise funcional. Em: M. Delitti (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*, Vol. 2 (pp. 31-36). Santo André. ARBytes.
- Olaz, F. O. (2013). Contribuições da Teoria Social-Cognitiva de Bandura para o Treinamento de Habilidades Sociais. Em: Z.A.P. Del Prette & A. Del Prette (Org.). *Psicologia das Habilidades Sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (pp.109-148). 3º Edição. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Otero, V. R. L. (2004). Ensaio Comportamental. Em: C.N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.). *Terapia comportamental e cognitiva-comportamental – Práticas clínicas* (pp. 205-214). São Paulo: Roca.
- Rodrigues, J. A., Sanabio, E. T. (2001). Eventos privados em uma Psicoterapia Externalista: causa, efeito ou nenhuma das alternativas? Em: H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P.P. Queiroz, & M. C. Scoz (Org.). *Sobre comportamento e cognição*, Vol.07 ( pp. 206-216). Santo André: ESETec.
- Rosenberg, M. B. (2006). *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Ágora
- Santos, A. M. (2000). Modelo comportamental da ansiedade. Em: R. R. Kerbauy (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação. A ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico, Vol 5* (pp. 189-191). Santo André: ESETec.
- Silva, J. L. N. (2012). *Análises Funcionais Molares associadas à Terapia de Aceitação e Compromisso em um caso de Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. Monografia de Conclusão de Especialização em Análise Comportamental Clínica, Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento, Brasília.
- Skinner, B. F. (1953/2003). *Ciência e Comportamento Humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, trads.). São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1981/2007). *Seleção por consequências*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, IX, 129-137. Retirado do site <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/150/133>.
- Tourinho, E. Z. (1995). *O Autoconhecimento na Psicologia Comportamental de B. F. Skinner*. Belém: Universitária UFPA.

Tourinho, E. Z. & Maciel, J. M. (1999). *A Referência a Aspectos Fisiológicos da Ansiedade em Explicações Analítico-Comportamentais*. Trabalho parcialmente financiado pelo CNPQ-PIBIC.

Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental, sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.

## **Anexos**

**Anexo 1. Termo de Autorização, modelo utilizado pelo IBAC.**

**AUTORIZAÇÃO PARA  
COMUNICAÇÃO ORAL E PUBLICAÇÃO DE ESTUDO DE CASO.**

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) da  
 identidade nº \_\_\_\_\_, autorizo que o conteúdo das sessões de  
 Terapia Analítico-Comportamental conduzidas pelo(a) terapeuta  
 \_\_\_\_\_, seja apresentado em comunicações  
 orais em Encontros de Psicologia, e permito a publicação escrita de estudo de caso, com a  
 finalidade de promover o conhecimento e desenvolvimento de tecnologias no campo da  
 Psicologia. Foi-me assegurado que, em todos os casos acima citados, minha identidade será  
 mantida em sigilo, bem como quaisquer dados que possam identificar a mim ou meus  
 familiares.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Cliente/Responsável

\_\_\_\_\_  
 Aluno(a)/Terapeuta

\_\_\_\_\_  
 Supervisor(a)

\_\_\_\_\_  
 Coordenação Clínica