UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

FERNANDA RESENDE MOREIRA

Os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) no tratamento de uma criança vítima de abuso sexual

São Paulo

2018

FERNANDA RESENDE MOREIRA

Os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) no tratamento de uma criança vítima de abuso sexual

Versão corrigida

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof. Dra. Claudia Kami Bastos Oshiro

São Paulo

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Resende Moreira, Fernanda
Os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) no tratamento de uma criança vítima de abuso sexual / Fernanda Resende Moreira; orientador Claudia Kami Bastos Oshiro. -- São Paulo, 2018.
199 f.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. Psicoterapia Analítica Funcional. 2. Abuso sexual infantil. 3. Delineamento experimental de caso único. 4. Análise clínica do comportamento. 5. Terapia analítico-comportamental. I. Kami Bastos Oshiro, Claudia, orient. II. Título.

Nome: Moreira, Fernanda Resende

Título: Os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) no tratamento de uma criança vítima de abuso sexual

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovada em____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr._____

Instituição_____

Julgamento: _____

Prof. Dr._____

Instituição_____

Julgamento: _____

Prof. Dr._____

Instituição_____

Julgamento: _____

Dedico esse trabalho ao Miguel pelo privilégio da sua confiança, abrindo a porta de sua vida para mim e por ter me ensinado muito mais do que esse trabalho consegue descrever. E à todas as crianças invisíveis do mundo.

Agradecimentos

A todos os meus **clientes**, fontes de inspiração do meu trabalho e de sobrevivência da minha alma.

À **Claudia Oshiro**, que mais do que orientadora, é pra mim um modelo do que é ser mulher: determinada, forte, trabalhadora e resiliente. Sua postura sempre me inspirou a continuar batalhando, mesmo diante de tantos obstáculos. Obrigada por ser tão próxima e acreditar no meu potencial, mesmo quando eu não acreditei. Obrigada pelos conselhos profissionais, por me receber de braços abertos, me acolher nos momentos difíceis da mudança para São Paulo e pelas risadas de doer a barriga de tanta bobagem dita nesse grupo de pesquisa.

Ao **Jazz**, minha pessoa favorita, meu melhor companheiro, por ter me sustentado de pé quando minhas pernas já não aguentavam mais. Por compreender e cuidar da melhor maneira possível das minhas ansiedades com relação a esse trabalho. Por ter sido tão disponível e presente. Por todos os dias me fazer sentir a melhor pessoa do mundo. Por viver cada desafio de todo o processo da mudança de cidade e do curso do mestrado intensamente junto a mim. Amo você.

Ao meu grupo de pesquisa: **Alan Aranha**, **Joana Vartanian**, **Gabriela dos Santos**, **Elisângela Ferreira**, **Daniel Assaz**, **Renata Pinheiro**, **Amanda Ranã**, **Aline Redressa**, **Gabriela Lima**, por toda ajuda em minha pesquisa. Em especial ao Daniel e à Aline, pela difícil missão de serem meus aferidores de concordância. Obrigada a todos vocês por transformarem os congressos em diversão, pelas terapias de bar regadas

a muitas frases memoráveis, piadas, amizade e acolhimento desde o primeiro dia em que me juntei a vocês.

À **Jéssica Silva**, pela enorme disponibilidade e paciência em me ajudar com o CBCL.

À **Raissa** pelas transcrições super cuidadosas e por todo respeito com o caso atendido e comigo.

Aos meus novos colegas de trabalho: **Rafaela Bordin, Isabela Signorelli e Rodrigo Boavista**. Encontrei "família" em vocês! Vocês foram a melhor bonança que eu poderia ter, após a tempestade. Obrigada pela paciência, preocupação, ajuda prática e carinho.

À **Isabela Signorelli,** que me disse que posso ser a Fernanda e nada mais. Sua amizade foi meu ticket premiado e dá todo sentido e valor ao propósito desse trabalho: intimidade verdadeira.

Ao **Alexandre**, meu terapeuta, que foi com quem de fato eu senti o que é FAP. Seu cuidado sempre transparente, as vezes com palavras, as vezes com o olhar, me faz ter fé.

Aos meus pais, **Andréa e Márcio**, que sempre fizeram todos os sacrifícios possíveis para investirem em minha educação e que, por isso, finalizo mais essa etapa. Obrigada por entenderem minha escolha de mudar de cidade e ir atrás dos meus sonhos, por mais difícil que tenha sido.

Ao meu irmão, **Victor**, por sempre apoiar minhas escolhas. Obrigada pelo carinho, as risadas e a amizade que temos.

À **Joana Singer Vermes, Adriana Fidalgo e Jan Luiz** por me ajudarem, cada um à sua forma, no meu início profissional em São Paulo.

À **Katiana Oliveira, Tatiana Hitomy, Inajara Simões e Luiza Dias** pela intensa amizade, suporte e momentos de descontração que trouxeram leveza a todo o processo de mestrado.

Ao **Itu (Marcos Coelho)** e ao **Bolota (Henrique Antunes),** meu porto seguro nessa cidade maluca. Tenho certeza de que não foi à toa que nos encontramos aqui!

À toda a minha **grande família**, pelo apoio à decisão da minha mudança para São Paulo, por acreditarem em mim e por sempre me receberem com o melhor entusiasmo, a melhor comidinha e o melhor abraço de saudade durante as minhas idas à BH e Sete Lagoas.

Às amigas de Belo Horizonte, minhas **Caminhoneiras** lindas, também pela recepção sempre amorosa e divertida, mas que nunca é suficiente para matar a saudade.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela concessão de bolsa de estudos para que essa pesquisa pudesse ser realizada.

“Vomite seus pensamentos tóxicos e atitudes perversas em cima da minha mesa de centro e me dê algo de valor como companhia. Me dê a pedreira que de verdade compõe a tua alma, não o fantasma vacilante do teu espírito.”

(Alana McHugh)

Resumo

Moreira, F. R. (2018). *Os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) no tratamento de uma criança vítima de abuso sexual* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O abuso sexual infantil (ASI) é um problema de grande relevância social que pode trazer prejuízos como risco aumentado para psicopatologias, problemas sexuais e déficit nos relacionamentos interpessoais. A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) propõe um tratamento baseado na instalação de repertório de relacionamento interpessoal, modelado na relação terapêutica, em um ambiente seguro para o cliente e com baixa probabilidade de punição. O objetivo da pesquisa foi verificar os efeitos da FAP no tratamento de um menino de 11 anos de idade vítima de ASI, por meio da mensuração de comportamentos clinicamente relevantes (CCR) e comportamentos extrassessão. Foi realizado um delineamento experimental de caso único de reversão (A1-B1-A2-B2) em que a Fase A1 correspondeu a Terapia Analítico-Comportamental Infantil (TACI) enfocando análise dos comportamentos fora do *setting* terapêutico, a Fase B1 correspondeu a introdução sistemática da FAP e as fases A2-B2 corresponderam a replicação das condições anteriores com a retirada da FAP e sua reintrodução, respectivamente. Uma sessão de *follow-up* também foi realizada um mês após o término da psicoterapia. Cinco sessões de cada fase foram categorizadas pelo instrumento FAPRS. Utilizou-se o questionário CBCL e a Escala de Comportamentos Extrassessão, respondidos pela mãe da criança, afim de obter as medidas de comportamento externo, bem como o instrumento PedsQL para medir mudanças na autoavaliação da criança sobre a satisfação com a qualidade de vida e CAPS para as mudanças na autoavaliação de atribuições/percepções sobre a experiência de ASI. Os resultados apontaram aumento da porcentagem de CCR2 e queda da porcentagem de CCR1 durante as fases de inserção da FAP; queda dos CCR2 e aumento dos CCR1 quando a FAP foi retirada. As mudanças das porcentagens dos CCR2 foram mais contingentes à manipulação da variável independente. Não foi observada reversão dos CCR1, resultado do bloqueio de esquiva produzido pelo contexto terapêutico e por características específicas dos CCR1 da criança. O CBCL demonstrou melhora global na maioria de suas categorias, fazendo com que a criança saísse da faixa clínica dos problemas para a faixa considerada normal. As melhoras clínicas sugeridas nas categorias da Escala de Comportamentos Extrassessão que se relacionavam com os CCR da criança parecem ter sido produzidas pela introdução da FAP enquanto as pioras clínicas parecem ter sido produzidas pela retirada da FAP, o que sugere uma generalização (para o ambiente natural) dos ganhos terapêuticos obtidos em sessão. Tanto a CAPS quanto o PedsQL apontaram uma piora na avaliação do cliente. No entanto, discutiu-se que tal quadro é representativo de uma melhora no autoconhecimento da criança.

Palavras-chave: Psicoterapia Analítica Funcional; Abuso sexual infantil; Delineamento experimental de caso único; Análise clínica do comportamento; Terapia Analítico-Comportamental.

Abstract

Child sexual abuse (CSA) is a problem of great social relevance that can cause impairment as an increased risk for psychopathologies, sexual problems and interpersonal relationships. Functional Analytic Psychotherapy (FAP) proposes a treatment based on the installation of an interpersonal relationship repertoire, shaped by the therapeutic relationship, in a safe environment for the client and a low probability of punishment. The objective of this study was to ascertain the effects of FAP on the treatment of an 11-year-old boy victim of CSA by measuring clinically relevant behaviors (CCR) and out-of-session behaviors. A single-subject withdrawal experimental design (A1-B1-A2-B2) in which Phase A1 corresponded to Children's Behavioral-Analytic Therapy (TACI) focusing on behavioral analysis outside the therapeutic setting, Phase B1 corresponded to the systematic introduction of FAP and the A2-B2 phases corresponded to the replication of the previous conditions with the withdrawal of FAP and its reintroduction, respectively. A follow-up session was also held one month after the end of psychotherapy. Five sessions of each phase were coded by the FAPRS system. The CBCL questionnaire and the Out-of-session Behavior Scale, answered by the child's mother, were used to obtain the external behavior measures, as well as the PedsQL instrument to measure changes in the child's self-assessment on quality of life satisfaction and CAPS for the changes in the self-assessment of attributions/perceptions about the CSA experience. The results indicated an increase in CCR2's percentage and a decrease in CCR1's percentage during the FAP insertion phases; reduction of CCR2 and increase of CCR1 when FAP was withdrawn. Changes in CCR2 percentages were more contingent on independent variable manipulation. No reversal of CCR1 was observed, because of the avoidance behavior blockade produced by the therapeutic context and by the specific characteristics of the child's CCR1. The CBCL showed overall improvement in most of its categories, causing the child to leave the clinical range of problems for the range considered normal. The clinical improvements suggested in the Out-of-session Behavior Scale categories that related to the child's CCRE appear to have been produced by the introduction of FAP while clinical worsening appears to have been produced by FAP withdrawal, suggesting a generalization (for the natural environment) of the therapeutic gains obtained in session. Both CAPS and PedsQL pointed to a worsening client assessment. However, it was argued that such a picture is representative of an improvement in the child's self-knowledge.

Keywords: Functional Analytic Psychotherapy; Child sexual abuse; Single-case experimental design; Clinical behavior analysis; Behavioral-analytic therapy.

Lista de Figuras

Figura 1. Sistematização das características da Terapia Analítico-Comportamental Infantil e da FAP com crianças **33**

Figura 2. Instrumentos utilizados por sessões do delineamento de reversão (A1-B1-A2-B2) do participante de pesquisa **53**

Figura 3. Porcentagem de CCR1 (linha azul sólida) e CCR2 (linha laranja tracejada) por sessão de terapia do participante Miguel dividido pelas fases do experimento (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP). Os pontos em azul e laranja representam, respectivamente, a porcentagem de CCR1 e CCR2 na sessão de *follow-up* após um mês da última sessão do delineamento **84**

Figura 4. Porcentagem de CCR1 (linha azul sólida) por sessões do participante Miguel em cada fase do experimento (Fases A1 e A2 = linha de base; Fases B1 e B2 = FAP) com a linha de previsão de tendência das porcentagens de CCR1 (linha azul tracejada) **87**

Figura 5. Porcentagem de CCR1 (coluna azul), CCR2 (coluna laranja), Regra 3-1 (linha amarela), Regra 3-2 (linha verde) e Regra 3 INF (linha cinza) por sessão de terapia do participante Miguel dividido pelas fases do experimento. (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP) **93**

Figura 6. Porcentagem de CCR1 (coluna azul), CCR2 (coluna laranja), Regra 2 (linha vermelha) e Regra 3 total (Regra 3-1 + Regra 3-2; linha cinza) por sessões de psicoterapia do participante Miguel dividido pelas fases do experimento. (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP) **101**

Figura 7. Porcentagem das categorias Progressos Positivos do Cliente em Sessão (CPR – linha azul) e Progressos Positivos do Terapeuta em Sessão (TPR – linha laranja) por sessão de terapia do participante Miguel dividido pelas fases do experimento. (A1e A2 = linha de base; B1e B2 = FAP) **107**

Figura 8. Resultado das aplicações do CBCL do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (Fases A1, B1, A2, B2) para a categoria de Problemas Totais. **112**

Figura 9. Resultados das aplicações do CBCL do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental para as categorias de problemas Externalizantes (gráfico a esquerda) e Internalizantes (gráfico a direita) **113**

Figura 10. Resultados das aplicações do CBCL do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental para as categorias de Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão,

Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo **115**

Figura 11. Resultados das aplicações do CBCL do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental para as categorias de Problemas de Estresse (primeira fileira: gráfico a esquerda), Tempo Cognitivo Lento (primeira fileira: gráfico a direita) e Problemas Obsessivos-Compulsivos (segunda fileira) **119**

Figura 12. Resultados das aplicações do CBCL do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental para as categorias baseadas no DSM 5: Problemas de Depressão, Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos, Déficit de Atenção/Hiperatividade, Problemas de Oposição-Desafio, Problemas de Conduta **121**

Figura 13. Resultado da aplicação do CBCL do participante Miguel na sessão de follow-up para as categorias de Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais. **130**

Figura 14. Resultado da aplicação do CBCL do participante Miguel na sessão de follow-up para as categorias de Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo **131**

Figura 15. Resultados das aplicações do CBCL do participante Miguel na sessão de follow-up para as categorias de Tempo Cognitivo Lento, Problemas Obsessivos-Compulsivos e Problemas de Estresse **133**

Figura 16. Resultados das aplicações do CBCL do participante Miguel na sessão de follow-up para as categorias baseadas no DSM 5: Problemas de Depressão, Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos, Déficit de Atenção/Problemas de Hiperatividade, Problemas de Oposição-Desafio, Problemas de Conduta **134**

Figura 17. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Insegurança Social do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1, A2 = linha de base; B1, B2 = FAP) e follow-up. **137**

Figura 18. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Relacionamentos Intensos do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1, A2 = linha de base; B1, B2 = FAP) e follow-up. **138**

Figura 19. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Relacionamentos Íntimos com outras pessoas do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e follow-up. **139**

Figura 20. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Retraimento do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1, A2 = linha de base; B1, B2 = FAP) e follow-up. **141**
Figura 21. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Atividades Solitárias do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e follow-up..... **142**
Figura 22. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Atividades com Outras Pessoas do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e follow-up..... **143**
Figura 23. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Acusações do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e follow-up. **144**
Figura 24. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Resistência a Mudança com outras pessoas do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e follow-up. **146**
Figura 25. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Busca por Outros Interesses do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e follow-up. **147**
Figura 26. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Tarefas Escolares com outras pessoas do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e follow-up. **148**
Figura 27. Resultado bruto total da Children's Attributions and Perceptions Scale por sessão do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP) e follow-up. **151**
Figura 28. Resultado das dimensões do Children's Attributions and Perceptions Scale por sessão do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP) e follow-up. **153**
Figura 29. Resultado da média total do Pediatric Quality of Life Inventory – Generic Core Scale 4.0 por sessão do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP) e follow-up. **157**
Figura 30. Resultado das dimensões do Pediatric Quality of Life Inventory – Generic Core Scale 4.0 por sessão do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP) e follow-up. **158**

Lista de tabelas

Tabela 1. Códigos do FAPRS para categorização dos comportamentos do terapeuta adaptados pelos alunos do Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo (LTC-USP) **41**

Tabela 2. Códigos do FAPRS para categorização dos comportamentos do cliente adaptados pelos alunos do Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo (LTC-USP) **41**

Tabela 3. Captação de participantes para a pesquisa e participação das famílias nas etapas de seleção **50**

Tabela 4. Análise funcional dos padrões de respostas de Miguel nas relações interpessoais... **67**

Tabela 5. Ficha de conceituação do caso Miguel para categorização e aferição **82**

Tabela 6. Sessões de psicoterapia do participante Miguel e as respectivas aplicações do CBCL respondido pela mãe da criança **110**

Tabela 7. Índice de concordância percentual obtido entre a pesquisadora-terapeuta e os aferidores de concordância em cada sessão categorizada pelo FAPRS **161**

Tabela 8. Índice de concordância percentual entre a pesquisadora- terapeuta e o Aferidor 1 para cada categoria do FAPRS isoladamente **162**

Tabela 9. Índice de concordância percentual entre a pesquisadora- terapeuta e o Aferidor 2 para cada categoria do FAPRS isoladamente **163**

Tabela 10. Índice do coeficiente kappa de Cohen obtido entre a pesquisadora-terapeuta e os aferidores de concordância em cada sessão categorizada pelo FAPRS **164**

Tabela 11. Índice do coeficiente kappa de Cohen obtido entre a pesquisadora-terapeuta e os aferidores de concordância considerando apenas as categorias relevantes para a FAP **165**

Sumário

Introdução **18**
Abuso sexual infantil **18**
Tratamento empiricamente sustentado **20**
Psicoterapia Analítica Funcional **22**
Produção de evidências da FAP **27**
Psicoterapia Analítica Funcional com crianças **30**
Justificativa e Objetivos **35**
Método **37**
Cliente **37**
Terapeuta **38**
Ambiente de coleta de dados **38**
Materiais **39**
Instrumentos **39**
Entrevista de anamnese semiestruturada com o(s) cuidador(es) da criança **39**
Categorias de comportamentos-problema **39**
Conceituação de caso **40**
Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) **40**
Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 - Generic Core Scale (PedsQL) **42**
Children's Attributions and Perceptions Scale (CAPS) **42**
Child Behavior Checklist (CBCL) **43**
Escala de Comportamentos Extrassessão **43**
Considerações sobre os instrumentos **44**
Procedimento **46**
FASE A1 – linha de base **51**
FASE B1 – introdução da VI **52**
FASE A2 – replicação da linha de base/retirada da FAP **52**
FASE B2 – replicação da introdução da VI **52**
FASE 3 – Encerramento do delineamento experimental e *follow-up* **53**
Análise dos dados **54**
Aspectos éticos **55**
Resultados e Discussão **57**

Conceituação do caso clínico **58**
Dados do *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS) **83**
Dados do *Child Behavior Checklist* (CBCL) **109**
Dados da Escala de Comportamentos Extrassessão **136**
Dados da *Children's Attributions and Perceptions Scale* (CAPS) **151**
Dados do *Pediatric Quality of Life Inventory – Generic Core Scale 4.0* (PedsQL) **156**
Aferição de concordância **160**
Conclusão **169**
Referências **178**
Glossário **184**
ANEXO A **186**
ANEXO B **188**
ANEXO C **189**
ANEXO D **190**
ANEXO E **193**
ANEXO F **196**
ANEXO G **198**

Abuso sexual infantil

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014) cerca de 20% das mulheres e entre cinco a 10% dos homens relatam ter sofrido abuso sexual durante a infância. O abuso sexual infantil (ASI) é caracterizado por diferentes atividades sexuais tais como relação sexual (e suas tentativas), contato com os genitais de diferentes formas, assédio sexual, incesto, exibição de órgãos sexuais, prostituição e exposição da criança a atividades sexuais de adulto como, por exemplo, a pornografia (Putnam, 2003; Serafim, Saffi, Achá, & Barros, 2011). Amazarray e Koller (1998), em sua revisão de literatura, sinalizam a amplitude de definições sobre o que consiste o ASI e apontam as visões de diferentes autores. Elas citam que, para Watson (1994), o abuso existe quando há intensão de estimular/controlar a sexualidade da criança e a diferença entre atos abusivos dos não abusivos baseia-se na diferença de poder, conhecimento e gratificação entre agressor e criança. Isto é, o agressor controla a vítima sem o seu consentimento e/ou compreensão da situação, possui maior capacidade intelectual ou está acima da faixa de desenvolvimento humano ocupada pela vítima e o seu comportamento tem função de produzir prazer para si (inclusive quando a própria vítima sente prazer como um efeito colateral do abuso). Apontam, também, que alguns autores (Finkelhor & Hotaling, 1984) ressaltam variáveis específicas para se definir um ato abusivo, tais como diferença de idade e presença de elementos de coerção, enquanto outros (Friedman, 1990; Kristensen, 1996) destacam a qualidade da relação (presença ou ausência de consentimento, práticas de uma determinada cultura) para que o ASI seja caracterizado.

Estudos apontam que a experiência de ASI compreende um grande risco para o desenvolvimento de psicopatologias, de outros problemas que podem ser psicológicos, sexuais e comportamentais, na infância e ao longo da vida (Putnam, 2003; Borges & Dell'Aglio, 2008;

Maniglio, 2009), bem como de alterações neurobiológicas (Putnam, 2003) e desenvolvimento de doenças somáticas (Chen et al., 2010). As consequências do abuso sexual na infância podem ser muito diferentes em sua forma e magnitude, a depender de uma série de fatores de risco e proteção que a criança é exposta e de como foi a experiência do abuso (Amazarray & Koller, 1998; Borges & Dell'Aglio, 2008). Borges e Dell'Aglio (2008) afirmam que o Modelo Multifacetado do Trauma, proposto por Kendall-Tackett, Williams e Finkelhor (1993), se sobressai com relação a outras teorias que descrevem as consequências do ASI. Esse modelo propõe que não há uma síndrome específica de sintomas que se desenvolve na criança a partir de uma história de abuso sexual, mas sim quadros muito heterogêneos que irão depender de fatores específicos da história da vítima tais como vulnerabilidades prévias, formato do abuso, condições sociais do ambiente familiar e a reação das pessoas à revelação do abuso feita pela criança (Kendall-Tackett et al., 1993; Borges & Dell'Aglio, 2008).

Apesar da constatação da variabilidade de sintomas, a literatura aponta para uma correlação entre ASI e transtornos psiquiátricos na infância como depressão, transtornos alimentares, dissociativos, transtorno do estresse pós traumático (TEPT) e transtornos de ansiedade (Habigzang, 2006). Além disso, também há uma correlação com problemas emocionais/comportamentais da criança como comportamento sexual inadequado (Amazarray & Koller, 1998; Habigzang, 2006), enurese e encoprese, abuso de substâncias, baixo rendimento escolar, irritabilidade (Habigzang, 2006), baixo engajamento em atividades importantes, dificuldades de aprendizagem (Serafim et al., 2011), ideação suicida, isolamento social, automutilação, fuga de casa e agressividade (Habigzang, 2006; Serafim et al., 2011). É comum a presença de sentimento de culpa, vergonha, raiva, sentir-se diferente dos demais e sensação de inadequação e inferioridade (Habigzang, 2006). Na esfera do repertório de relacionamentos interpessoais, destaca-se a forte presença de dificuldade em confiar nas

pessoas, engajamento em relações superficiais e problemas de intimidade, chegando ao isolamento social (Amazarray & Koller, 1998; Borges & Dell'Aglio, 2008).

Algumas pesquisas mostram, entretanto, crianças que passaram pela experiência do abuso sexual e não apresentaram sintomatologia (Borges & Dell'Aglio, 2008). Ainda assim, outros tipos de sofrimentos para além da sintomatologia psiquiátrica podem estar presentes, ou mesmo os sintomas podem vir a se desenvolver ao longo da vida da criança, em outras fases de desenvolvimento e diante de outras situações ambientais estressoras. Nesse sentido, tais crianças também devem ser consideradas em situação de risco e merecem acompanhamento próximo (Amazarray & Koller, 1998; Borges & Dell'Aglio, 2008).

Uma história de abuso sexual infantil pode acarretar problemas que se desenvolvem até ou durante a fase adulta (Chen et al., 2010). Dentre os transtornos psiquiátricos que aparecem no adulto, correlacionados com a história de ASI, Putnam (2003) citou os transtornos de personalidade borderline, somatização, abuso de substâncias, dissociação, depressão, estresse pós-traumático, além de transtornos do sono e tentativas de autoextermínio (Chen et al., 2010). Observa-se também, a presença de comportamentos de automutilação, agressividade, comportamento sexual de risco, prejuízos na autoestima, prejuízo social, sentimentos de inadequação, inferioridade e desconforto nas relações interpessoais (Maniglio, 2009).

As implicações de uma história de abuso sexual na infância podem ser diversas, tornando-se necessário o conhecimento das práticas psicoterápicas indicadas para o tratamento de crianças que sofreram determinado evento, para que se possa atuar na prevenção de quadros clínicos mais graves e cronificados no futuro. Em seguida, será apresentado o tratamento indicado para o ASI de acordo com os parâmetros das evidências empíricas.

Tratamento empiricamente sustentado

Fisher e O'Donohue (2010) e Sturmey e Hersen (2012) apontam que a Terapia Cognitivo Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT) é um dos modelos de maior suporte empírico para o tratamento de crianças que sofreram abuso sexual e apresentam importantes sintomas de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). Pesquisas empíricas demonstraram sua superioridade de eficácia em relação a terapias não diretivas, tratamentos comunitários e a passagem do tempo (Fisher & O'Donohue, 2010).

Esse modelo é voltado para crianças entre três e 18 anos de idade, com foco na psicoterapia individual, apesar da participação dos pais no tratamento. O aspecto mais relevante é a terapia de exposição e a extinção de eventos emocionais (ansiedade, medo) associados ao trauma. A técnica de exposição se caracteriza como uma aproximação gradual do evento traumático, por meio de relatos sobre ele, juntamente com o ensino de técnicas de relaxamento e habilidades de regulação emocional. Em segundo lugar, o objetivo do tratamento é a utilização de técnicas cognitivas para modificar crenças distorcidas produzidas pela experiência de abuso. Nesse sentido, pretende-se remover o estigma, corrigir atribuições incorretas sobre o abuso, reduzir o sentimento de vergonha e/ou culpa e fornecer informação correta sobre o abuso e suas causas. Já o objetivo do trabalho parental é a psicoeducação, orientação para o manejo de comportamentos-problema da criança associados ao abuso e prevenção da recorrência do abuso (Sturmey & Hersen, 2012). Fisher e O'Donohue (2010) destacam que apesar de ser um tratamento estruturado, é importante que haja uma relação terapêutica poderosa, tanto com a criança quanto com o cuidador, para que a própria relação em si seja uma intervenção promotora de melhora.

Apesar da TCC-FT ser considerada o tratamento de maior evidência científica para ASI com sintomas de TEPT, Putnam (2003) aponta em sua revisão sistemática que alguns sintomas como hipersexualidade e agressividade se mostraram resistentes com essa terapia e Maniglio (2009) destaca que o tratamento para o ASI deve abarcar não apenas os sintomas, mas também

o aumento de fatores de proteção tais como habilidades de relacionamento interpessoal, suporte social e autoestima.

Nesse sentido, outras terapias poderiam trabalhar com objetivos importantes para as vítimas de abuso sexual que não apenas os sintomas de TEPT e as crenças distorcidas. Outros comportamentos que produzem sofrimento para a criança e/ou para outras pessoas a sua volta poderiam ser foco do tratamento, incluindo principalmente aqueles que ficam suprimidos com a história de abuso e suas consequências como, por exemplo, aqueles relacionados ao que chamamos de confiança e intimidade nos relacionamentos interpessoais.

Um dos modelos de terapia da Análise do Comportamento é a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), que tem como objetivo principal modelar os comportamentos citados acima e que será discutida na seção seguinte.

Psicoterapia Analítica Funcional

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é um modelo de psicoterapia comportamental baseado na filosofia do Behaviorismo Radical (Skinner, 1945; 1982/1974), tendo, portanto, seus pressupostos básicos sustentados em décadas de pesquisas teóricas e experimentais (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette & Callaghan, 2009).

Essa terapia surgiu da percepção de que tratamentos que utilizavam a Terapia Cognitivo Comportamental tradicional acrescentados de uma relação terapeuta-cliente natural e intensa promoviam melhora para além do esperado. Observou-se que essa relação terapêutica ocupava o centro da promoção de mudança, o que motivou a construção de explicações sobre o vínculo terapeuta-cliente e o processo de psicoterapia através da ótica do Behaviorismo Radical. Nesse sentido, termos como “coragem”, “amor terapêutico” e “criação de um espaço sagrado”, bem como o processo de mudança terapêutica que esses mecanismos produzem, foram analisados à luz dos conceitos comportamentais (Tsai, et al., 2009).

Kohlenberg e Tsai (2001/1991), ao definirem os objetivos terapêuticos da FAP, explicam que:

> Muito embora a FAP seja um tipo de terapia comportamental, ela é bastante diferente das terapias comportamentais tradicionais, tais como o treinamento de habilidades sociais, reestruturação cognitiva, dessensibilização sistemática e terapia sexual. Ao contrário daquelas, as técnicas utilizadas pela FAP são concordantes com as expectativas dos clientes, que buscam uma experiência terapêutica profunda, tocante, intensa. Além disso, ela também se ajusta muito bem a clientes que não obtiveram uma melhora adequada com as terapias comportamentais convencionais e àqueles que tem dificuldade em estabelecer relações de intimidade e/ou têm problemas interpessoais difusos, pervasivos, tais como os que receberam diagnósticos tipificados pelo Eixo II do DSM-III-R (*American Psychiatric Association*, 1987). Para manejar estes problemas enraizados, a FAP conduz o terapeuta a uma relação genuína, envolvente, sensível e cuidadosa com seu cliente, e, ao mesmo tempo, apropria-se com vantagens das definições claras, lógicas e precisas do behaviorismo radical (Kohlenberg & Tsai, 2001, pp. 2).

Em suma, o foco principal da FAP é construir no indivíduo um repertório de intimidade nas relações interpessoais, produzindo o sentimento de conexão e proximidade com o outro (Tsai et al., 2009). Intimidade é definida como um repertório de revelação de sentimentos e pensamentos profundos que é mútuo dentro de uma relação com outra pessoa. Para o estabelecimento de intimidade, é necessária uma vulnerabilidade interpessoal, que significa arriscar emitir comportamentos que tiveram uma história de punição no passado. Se esses comportamentos forem mutuamente e frequentemente reforçados, seu produto é o estabelecimento da intimidade (Cordova & Scott, 2001).

Devido a história de punição, comportamentos relacionados a esse repertório podem evocar/eliciar respostas emocionais tais como medo e ansiedade, bem como esquiva ou dano ao outro. Por outro lado, estar em uma relação íntima envolve também uma ligação/conexão emocional importante com outra pessoa (Tsai et al., 2009). Haworth et al. (2015) chamam de conexão social um domínio do funcionamento humano que é composto por termos como "relações sociais", "funcionamento social" e "apoio social" e ressaltam dados que mostram que a ausência ou puerilidade de conexão social pode produzir diferentes problemas. Ela é preditora de risco para mortalidade equiparado ao tabagismo e acima do alcoolismo, hipertensão e obesidade, pode desencadear desregulação emocional e possui relação com o desenvolvimento de depressão, ansiedade e outros transtornos psiquiátricos (Haworth et al., 2015). Nessa direção, sabe-se que o apoio social – definido como um relacionamento interpessoal importante – é indispensável ao tratamento e prevenção de psicopatologias, sendo frequentemente um alvo da psicoterapia e demonstrando a importância da modelagem do repertório de intimidade e da sensação de conexão com o próximo (Tsai et al., 2009; Haworth et al., 2015).

A FAP tem a premissa de que comportamentos importantes emitidos pelo cliente em sua vida também podem ser emitidos na relação com o terapeuta (em termos de terem a mesma função) e serão o foco da terapia. Dessa maneira, o terapeuta pode fornecer consequências imediatas e naturais, afim de modelar comportamentos e promover mudanças desejadas. Tais comportamentos são denominados "comportamentos clinicamente relevantes" (CCR) e foram agrupados em três grandes classes: CCR1 – comportamentos que fazem parte do problema do cliente; CCR2 – comportamentos que demonstram progresso do cliente com relação ao seu problema; CCR3 – interpretação funcional de seu próprio comportamento. O objetivo da FAP é aumentar a frequência de CCR2 ao passo que a frequência de CCR1 seja reduzida. Por fim, deseja-se também que o cliente apresente os ganhos obtidos na relação com o terapeuta em

outros ambientes de sua vida (Kholenberg & Tsai, 2001/1991) e, por isso, a importância de adquirir o repertório de fazer análises funcionais de seus próprios comportamentos (CCR3).

O comportamento do terapeuta para aplicar a FAP foi sistematizado em cinco regras: Regra 1 – prestar atenção nos CCR; Regra 2 – Evocar CCR; Regra 3 – reforçar CCR; Regra 4 – observar os efeitos potencialmente reforçadores do comportamento do terapeuta em relação aos CCR do cliente; Regra 5 – fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente (Kholenberg & Tsai, 2001/1991).

Weeks, Kanter, Bonow, Landes e Bush (2012) revelam que devido a FAP fazer uma análise funcional dos problemas de cada cliente, sobretudo na relação com o terapeuta, seu caráter idiossincrático torna difícil uma descrição específica sobre esse processo de psicoterapia e, portanto, sua manualização e replicação. Tal fato influencia tanto no treino de terapeutas, como na realização de pesquisas. Com o intuito de clarificar o funcionamento desse processo de psicoterapia, os autores fizeram uma descrição comportamental molecular da interação lógica entre cliente e terapeuta no processo da FAP, que pode durar toda uma sessão ou apenas momentos dela.

A interação lógica da FAP se inicia com cliente e terapeuta conversando sobre questões cotidianas da vida do cliente que são foco da terapia e, em seguida, as cinco regras são implementadas em sequência. Essa sequência é uma progressão que se inicia com a identificação de comportamentos funcionalmente similares do cliente que acontecem em sessão e na sua vida cotidiana, generalização dos comportamentos cotidianos do cliente para a relação terapêutica, promoção de consequências naturais por parte do terapeuta para modelagem de comportamentos de melhora do cliente em sessão, observação do impacto no cliente, até finalmente a generalização dos comportamentos modelados em sessão para a vida do cliente. Tal processo corresponde a aplicação sistemáticas das Regras 1, 2, 3, 4 e 5,

respectivamente. Os autores apontam que durante essa sequência lógica de interação é comum haver o chamado *looping* da Regra 3, que é caracterizado por repetitivas interações em que o terapeuta evoca um CCR e o cliente responde com um CCR que pode ser problemático (CCR1) ou de melhora (CCR2). No primeiro caso, é importante que o terapeuta seja resistente a extinções e punições do cliente e forneça estímulos discriminativos para que, finalmente, um CCR2 seja emitido e possa ser reforçado. No segundo caso, é importante que o cliente consiga emitir uma sequência de CCR2 e seja reforçado contingentemente, para que o repertório de comportamentos de melhora seja fortalecido na própria sessão, aumentando as chances de sua generalização e de que a relação terapêutica se torne cada vez mais reforçadora (Weeks et al., 2012).

Meyer et al. (2015) discutem sobre as diferentes formas de se utilizar das proposições da FAP, no contexto clínico dos analistas do comportamento, e propõem a diferenciação entre intervenção FAP, sessão FAP e terapia FAP. Caracteriza-se como intervenção o uso não sistemático da FAP que, geralmente, é realizado dentro de uma terapia analítico-comportamental. Isso significa que é realizada a análise da relação terapêutica, modelagem de respostas do cliente em sessão (alguns CCR específicos e não todos), bem como ausência do seguimento das cinco regras que orientam o comportamento do terapeuta de forma sequencial. Uma sessão FAP é definida pelo uso das cinco regras de maneira sistematizada e da modelagem de comportamentos em sessão como estratégia de mudança por parte do terapeuta, aproximando-se da interação lógica descrita por Weeks et al. (2012). Destaca-se o papel do terapeuta em evocar o comportamento do cliente e fazer autoexposições sobre sua história e eventos encobertos eliciados e/ou evocados durante as sessões na relação com o cliente, fortalecendo e aprofundando tal relação. Finalmente, a terapia FAP é caracterizada por se embasar nos princípios teóricos da terapia analítico-comportamental e da Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg e Tsai (2001/1991), conceituação de caso pela ótica da FAP

e aplicação sistemática das cinco regras por parte do terapeuta. Mesmo a terapia sendo constituída principalmente por sessões FAP, é papel do terapeuta dosar a frequência e a magnitude dessas intervenções com cada cliente e em cada momento da terapia de um mesmo cliente. Nesse sentido, é possível que em algumas sessões o terapeuta opte por recuar na utilização sistemáticas das cinco regras.

Como exposto, a FAP é caracterizada como uma terapia focada no "aqui e agora" (Tsai et al., 2009) e comportamentos-problema de diversos tipos são trabalhados em sessão, principalmente os comumente chamados de "dificuldades nas relações de intimidade, incluindo os medos de abandono, da rejeição e de ser 'engolido' na relação; dificuldades na expressão de sentimentos; afetos inapropriados, hostilidade, hipersensibilidade a críticas (...)"(Kohlenberg & Tsai, 2001/1991, p. 11) e outras dificuldades que os clientes encontram em seus cotidianos. Atualmente, os proponentes da FAP têm defendido o destaque para o comportamento de autorrevelação autêntica, vulnerável e emocional como objetivo principal da terapia, na busca pela instalação de um repertório de intimidade e sensação de conexão social (Haworth et al., 2015).

Produção de evidências da FAP

A produção de evidências da FAP se iniciou com relatos de caso envolvendo essa terapia aplicada a diversos quadros clínicos, muitas vezes sem medidas consistentes (Ferro-Garcia, 2008). Em seguida, estudos empíricos de grupo foram realizados sendo um deles utilizando FAP associada a Terapia Cognitiva de Beck para adolescentes com depressão (Gaynor e Lawrence, 2002) e outro uma comparação entre Terapia Cognitiva e Terapia Cognitiva associada a FAP para pessoas com diagnóstico de Depressão Maior (Kohlenberg et al., 2002). Nesse último estudo foram coletadas evidências de que o grupo com o tratamento associado a FAP obteve melhores resultados clínicos. No entanto, Oshiro (2011) aponta que a

metodologia de pesquisa em grupo não possibilitava o conhecimento dos mecanismos de mudança clínicos da FAP e, portanto, novas metodologias foram implementadas com esse objetivo, utilizando a categorização da interação terapeuta-cliente e manipulação da FAP e seus componentes como variável independente nos delineamentos de pesquisa.

Em 2003, Callaghan, Summers e Weidman aplicaram o instrumento *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS) em partes de algumas sessões de um caso com um cliente com possível diagnóstico de Transtorno de Personalidade Narcisista e Histriônico. Esse estudo não contou com manipulação experimental e medidas de comportamento externas à sessão, mas apontou redução nos comportamentos problema em sessão e aumento dos de melhora. Em 2006 Kanter et al. realizaram um delineamento quase-experimental A/A+B, com dois clientes, em que A correspondia a Terapia Cognitiva e B à FAP. Nesse sentido, a FAP foi acrescida à Terapia Cognitiva em um segundo momento do experimento com o objetivo de avaliar mudanças nos comportamentos extrassessão. Para isso, foram utilizados cartões diários para que os clientes registrassem comportamentos que eram funcionalmente similares aos CCR. Os resultados mostraram melhora dos comportamentos alvo externos relacionados a introdução da FAP para o participante que permaneceu até o fim do estudo. Logo mais, Bush et al. (2009) utilizaram o FAPRS para analisar todas as sessões de Kanter et al. (2006), possibilitando observar o processo de modelagem de comportamentos em sessão durante as sessões e evidenciando a consequenciação do terapeuta como mecanismo de mudança clínico da FAP. Em seguida, Bush, Callaghan, Kanter, Baruch, & Weeks (2010) replicaram o estudo de Callaghan et al. (2003) com um cliente diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline, categorizando as sessões por meio do FAPRS em maior quantidade e utilizando-se a aferição entre observadores independentes. Os resultados também indicaram que as consequências contingentes do terapeuta produziram a melhora do cliente e confirmaram a

transportabilidade do sistema FAPRS. Ambos os estudos de Bush et al. (2009; 2010) não contaram com medidas externas.

O delineamento de sujeito único tornou-se a ferramenta principal das pesquisas em FAP que visavam compreender melhor os processos e mecanismos de mudança e a replicação dos resultados para diferentes populações. Oshiro (2011) realizou um estudo empregando um controle experimental mais elaborado para avaliar os efeitos da FAP e seus mecanismos de mudança com dois clientes considerados difíceis. Para isso, foi utilizado o delineamento de reversão (ABA1B1) em que A representa sessões de terapia comportamental focando na análise de sessões externas e B representa sessões FAP; utilização do FAPRS como medida de resultado e processo; e a aferição de concordância entre observadores. Os resultados desse estudo apontaram para uma relação consistente entre a introdução da FAP e aumento da frequência de CCR2 e CCR3, bem como redução da frequência do CCR1, e reversão desses dados na retirada da FAP. Em seguida, Geremias (2014) replicou os dados da autora anterior por meio de um delineamento experimental ABA1 (A = sessões de análises externas; B = FAP), mesmo com o diferencial de ter sido a pesquisadora e categorizadora principal enquanto outra pessoa foi a terapeuta do caso clínico.

A partir de tais estudos que demonstraram experimentalmente – em delineamentos de sujeito único – os resultados positivos da FAP em sessão, bem como seu mecanismo de mudança clínica principal, estudos sobre os componentes da FAP e a generalização para outras populações surgiram. Mangabeira (2015) pesquisou a diferença nos resultados da condução da terapia FAP sinalizada *versus* não sinalizada, Villas-Bôas (2015) pesquisou a manipulação da Regra 5 e Vantanian (2017) a manipulação da Regra 2, Aranha (2017) conduziu um experimento para avaliar a eficácia e o processo da FAP em clientes com Transtorno por Uso de Substâncias e Oliveira (2017) em mulheres vítimas de abuso sexual com sintomas de Transtorno do Estresse Pós Traumático. Desde Villas-Bôas (2015) instrumentos de autorrelato

como a Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40, Laloni, 2001), o Outcome Questionnaire (OQ-45, Lambert et al., 1996) e outros especificamente relacionados à população estudada tem sido utilizado nessas pesquisas como medidas de comportamento extrassessão.

Para o presente trabalho, os efeitos da FAP serão medidos na população infantil, fazendo-se importante um levantamento da literatura sobre a adaptação e aplicação dessa terapêutica na clínica com crianças.

Psicoterapia Analítica Funcional com crianças

Mangabeira, Kanter e Del Prette (2012) realizaram uma revisão de literatura de artigos internacionais sobre FAP publicados entre 1990 e 2010 que apontou para a escassez de estudos sobre a aplicação com crianças. Apenas três artigos foram encontrados, sendo os dois primeiros brasileiros: Moura e Conte (1997), Gosh e Vandenberghe (2004) e Garcia, Montero e Velasco (2009).

Moura e Conte (1997) descrevem uma proposta de aplicação da FAP com crianças, como uma estratégia intensificadora dos resultados da psicoterapia comportamental. Além de explicarem sobre os CCR e as regras da FAP, as autoras pontuaram detalhes importantes para a utilização com a população infantil tais como o relato dos pais e professores sobre os problemas que ocorrem no ambiente natural como pistas para observação dos CCR em sessão, consideração da etapa de desenvolvimento de cada criança e de seu contexto cultural ao selecionar os CCR, o uso de recursos lúdicos para evocar (Regra 2) os CCR, a possibilidade de que CCR sejam emitidos em histórias de fantasias e, portanto, podem ser ali mesmo consequenciados para então se fazer os paralelos entre a história e a interação terapeuta-criança e em seguida para a relação entre a criança e as pessoas de seu convívio cotidiano. Ainda, as autoras definem o reforçamento natural do terapeuta como respostas de “responsividade positiva recíproca” (Moura & Conte, 1997, p. 4). Em seguida, Gosh e Vandenberghe (2004)

escreveram um estudo de caso sobre uma criança com padrão de comportamento desafiador e agressivo utilizando como tratamento tanto estratégias da Análise Aplicada do Comportamento como da FAP, com o objetivo de demonstrar a possibilidade da combinação de ambas as estratégias, sem o uso de medidas de mudança. Nesse relato de caso, não houve descrição especificando o uso das regras da FAP por parte do terapeuta. O artigo de Garcia et al. (2009), por sua vez, apresentou um breve panorama sobre a aplicação das terapias de terceira onda para a população infantil, concluindo a escassez sobre esse tipo de estudo em FAP. Esses autores defendem que os princípios da FAP podem ser aplicados às crianças sem necessidade de adaptações, como um modelo de terapia ou associada a outras propostas terapêuticas, e deve ser realizada em conjunto com os pais. Porém, não explicitam como esse formato poderia ser manejado.

Mais tarde, Kanter et al. (2017) publicaram uma revisão de literatura mais expansiva considerando estudos quantitativos sobre tratamentos em FAP, ou com outras terapias acrescidas de FAP, até o ano de 2016. Os resultados indicam apenas o estudo de Cattivelli, Tirelli, Berardo e Perini (2012) com a população de pré-adolescentes/adolescentes (população mais jovem entre todos os estudos), mas nenhum estudo com população infantil. Nesse último, os autores realizaram um delineamento A/B de base múltipla com cinco pré-adolescentes e adolescentes entre 11 anos e 15 anos de idade que apresentavam problemas sociais, implementando os princípios da FAP durante a Fase B. Além dos procedimentos baseados em FAP, os adolescentes também frequentavam sessões de *mindfulness* individuais e em grupo. O objetivo principal foi aumentar a frequência de comportamentos mais adequados socialmente no ambiente natural via modelagem dos comportamentos clinicamente relevantes em sessão.

Moreira e Oshiro (2017), ao analisarem textos brasileiros sobre a FAP com crianças e a Terapia Analítico-Comportamental Infantil (TACI), perceberam que a FAP tem sido utilizada muito mais como uma técnica (Meyer et al., 2015) dentro de processos de TACI, bem como é

comum essa última apresentar importantes elementos da FAP em suas descrições. As autoras apontam que o motivo de FAP e TACI serem apresentadas de forma tão atrelada na literatura brasileira recai sobre a grande influência da FAP durante a estruturação da prática clínica do que chamamos hoje de Terapia Analítico-Comportamental. O livro de Kohlenberg e Tsai (2001/1991) foi o primeiro das terapias de terceira geração a ser traduzido no Brasil e tal projeto foi realizado por importantes clínicos e professores responsáveis por difundir e ensinar clínica dentro da comunidade da Análise do Comportamento. Um segundo motivo apresentado pelas autoras é o fato de que apenas em 2012 foi apresentado uma sistematização do processo clínico da terapia FAP por Weeks et al. Algo que não pôde ser contemplado na maioria dos textos sobre clínica infantil e FAP.

Para a realização de pesquisas aplicadas que envolvam a manipulação da FAP no tratamento de crianças, dentro de um processo de psicoterapia comportamental, torna-se importante então compreender as características específicas de cada um desses processos, tomando-se a FAP como um modelo terapêutico sistematizado (Moreira & Oshiro, 2017).

Para isso, as autoras realizaram uma primeira reflexão sobre as semelhanças e diferenças entre um processo de psicoterapia FAP e de Terapia Analítico-Comportamental Infantil, com base em cinco categorias: papel do vínculo terapêutico, tipo de reforçamento utilizado, forma de utilização das regras da FAP, objetivos da psicoterapia e foco da intervenção (Moreira & Oshiro, 2017) operacionalizada na Figura 1 abaixo:

Sistematização das características da TACI e da FAP com crianças.

Categorias/Terapias	TACI	FAP com crianças
Papel do vínculo terapêutico	O vínculo terapêutico é um catalizador para a aplicação dos objetivos terapêuticos e garante a motivação para a frequência nas sessões (Moura & Venturelli, 2004; Vermes, 2012).	O vínculo terapêutico é a própria intervenção (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).
Tipo de reforço utilizado	Uso de reforço arbitrário e natural (Gosh & Vandenberghe, 2004; Moura &Venturelli, 2004).	Ênfase no uso de reforço natural (Gosh & Vandenberghe, 2004; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Moura & Conte, 1997).
Forma de utilização das regras da FAP	O terapeuta emite alguns comportamentos que são similares a algumas regras da FAP: 1. Observar comportamento em sessão – análogo à regra 1 (Del Prette & Meyer, 2012; Vermes, 2012; De Prette, 2011). 2. Intervir em CCRs em sessão – análogo à regra 3 (Del Prette, 2011; Del Prette & Meyer, 2012; Vermes, 2012). 3. Programar atividades com um objetivo específico que pode ser, inclusive, a criança emitir comportamentos importantes dentro da sessão – análogo à regra 2 (Moura & Venturelli, 2004; Vermes, 2012). 4. Fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento da criança – análogo à regra 5 (Gosh & Vandenberghe, 2004; Moura & Venturelli, 2004; Vermes, 2012).	Utilização das cinco regras da FAP de maneira sistemática como proposto por Weeks et al. (2012).
Objetivos da terapia	1. Terapeuta, responsáveis e criança identificarem as variáveis de controle dos comportamentos-alvo (Gosh & Vandenberghe, 2004; Moura & Venturelli, 2004; Vermes, 2012). 2. Criança aprender repertório de descrição de respostas encobertas, quando há déficit nessas habilidades (Moura & Venturelli, 2004). 3. Criança aprender comportamentos alternativos aos problemáticos (Moura & Venturelli, 2004; Vermes, 2012) e autonomia para emitir os comportamentos no ambiente natural (Moura & Venturelli, 2004). 4. Orientação dos responsáveis para uma educação mais efetiva (Gosh & Vandenberghe, 2004; Moura & Venturelli, 2004; Vermes, 2012).	1. Aumentar a frequência de CCR2 e reduzir a frequência de CCR1 (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). 2. Promover generalização dos CCRs para o ambiente natural (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). 3. Produzir repertório de intimidade e conexão social (Haworth et al., 2015; Tsai et al., 2009). 4. Destaque para o comportamento de autorrevelação autêntica e emocional (Haworth et al., 2015).
Foco da intervenção	O foco da intervenção é nos comportamentos que ocorrem fora da sessão (Gosh & Vandenberghe, 2004; Moura & Venturelli, 2004; Vermes, 2012), mas pode considerar também os que ocorrem dentro da sessão (Del Prette, 2011; Del Prette & Meyer, 2012; Vermes, 2012).	O foco da sessão é nos comportamentos que ocorrem dentro da sessão (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Figura 1. Sistematização das características da Terapia Analítico-Comportamental Infantil e da FAP com crianças

Fonte: Recuperado de "Reflexões sobre Terapia Analítico-Comportamental Infantil e Psicoterapia Analítica Funcional com crianças" de F. R. Moreira e C. K. B. Oshiro, 2017, *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), p. 177.

Moreira e Oshiro (2017) salientam que na TACI o vínculo terapêutico possui a função de fortalecer e manter o comportamento da criança de frequentar as sessões de psicoterapia e de se engajar nas atividades propostas pelo terapeuta, enquanto na FAP a interação terapeuta-cliente é a própria intervenção psicoterápica. Com relação ao tipo de reforçador utilizado pelo terapeuta para selecionar respostas desejadas, as autoras observam que reforçadores naturais e arbitrários poderão fazer parte de ambas as terapias. No entanto, parece que na TACI há uma maior liberdade para o uso de reforçadores arbitrários que podem ser sociais e tangentes (ver mais em Dorigon & Andery, 2015), especificados anteriormente à ocorrência da resposta da criança. Por outro lado, na FAP parece haver uma grande limitação do uso de reforçadores arbitrários e uma orientação clara para o uso de reforçadores naturais disponíveis na interação entre terapeuta e cliente, quando o terapeuta responde de forma espontânea, fazendo autorrevelações importantes e amplificação os sentimentos produzidos na relação terapêutica. Nesse sentido, durante as sessões FAP o terapeuta estará mais sob controle da contingência do que dos procedimentos estipulados para atingir os objetivos terapêuticos com a criança.

As cinco regras da FAP são seguidas de forma diferente. As autoras pontuam que na FAP há uma sistematização de seu uso, seguindo a interação lógica de Weeks et al. (2012), já citada anteriormente. Isso significa que toda a sessão é uma oportunidade para o terapeuta evocar e modelar ativamente os comportamentos clinicamente relevantes, em situações de atividades mais estruturadas como jogos ou menos estruturadas como brincadeiras de fantasias e conversas. Já na TACI apesar de ser comum respostas do terapeuta que são análogas as regras da FAP (procedimentos comportamentais básicos), seu uso não é sistemático. Em termos de objetivos da terapia, foram levantados quatro pontos importantes na TACI: descrição funcional dos comportamentos problemas que a criança apresenta no seu cotidiano (de acordo com sua fase de desenvolvimento), discriminação e expressão de eventos encobertos, aprendizagem de comportamentos alternativos aos problemáticos (por meio de diferentes estratégias

comportamentais), orientação de pais para o ensino de práticas mais saudáveis na dinâmica familiar. As autoras consideram que na FAP permanecem os princípios generalistas desse modelo como objetivos terapêuticos: aumento da frequência de CCR2 e queda da frequência de CCR1, promoção da generalização dos ganhos terapêuticos para o ambiente natural, produção do repertório de intimidade e conexão social e aprendizagem do repertório de autorrevelação autêntica e emocional. As autoras ressaltam que a análise funcional é a ferramenta inicial para o delineamento dos objetivos clínicos em ambas as terapias, porém na FAP há um objetivo específico geral de instalação de repertório de intimidade (Moreira & Oshiro, 2017).

Por fim, Moreira & Oshiro (2017) destacam que os comportamentos foco da TACI poderão ser aqueles que são um problema para a própria criança ou para os outros e que são emitidos tanto em seu ambiente natural quanto dentro da sessão. Nesse segundo caso, diferentes intervenções poderão ser utilizadas, inclusive os princípios da FAP (como técnica). Pela via da FAP, o foco é especificamente sobre os comportamentos clinicamente relevantes que ocorrem em sessão no contexto da interação terapeuta-cliente e que foram elegidos a partir de uma conceituação de caso FAP (ver Tsai et al., 2009). Outra diferença levantada é a de que na FAP joga-se luz mais à construção de um repertório de comportamentos de melhora a partir da evocação dos CCR2. Quando há emissão de algum CCR1 há uma consequência efetiva do terapeuta, mas o comportamento problema em sessão não é o foco principal.

Justificativa e Objetivos

O ASI é um problema de grande impacto social tendo em vista sua prevalência na sociedade e os efeitos nocivos sobre a criança e seu prospectivo desenvolvimento. A robusta sustentação empírica da TCC-FT é específica para crianças que apresentam significativos

sintomas de TEPT, entretanto vale lembrar que nem todas as crianças que passaram por tal experiência traumática desenvolvem esses sintomas (Sturmey & Hersen, 2012).

Maniglio (2009) e Watson (1994) apontam que um importante efeito do abuso sexual é o prejuízo no repertório de relacionamento interpessoal. Considerando a proposta da FAP voltada para o desenvolvimento de melhores conexões sociais (Tsai et al., 2009) e os dados de melhora clínica dos clientes das pesquisa experimentais que utilizaram FAP (Aranha, 2015; Geremias, 2014; Mangabeira, 2015; Oliveira, 2017; Oshiro, 2011; Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2015), essa terapia poderia se mostrar adequada e complementar outros tratamentos voltados para crianças com história de abuso sexual, promovendo uma intensa relação terapeuta-cliente que modele um repertório de aproximação e intimidade com o outro e produza sentimentos de autoconfiança, autoestima e confiança no próximo, os quais comumente ficam prejudicados com a experiência do abuso.

Mediante ao exposto, este trabalho teve como objetivo geral:

- Avaliar os efeitos da FAP no tratamento de uma criança que sofreu ASI por meio de medidas de mudanças comportamentais dentro da sessão, na relação com o terapeuta, bem como medidas extrassessão a partir da observação de seu cuidador principal sobre seu comportamento em ambiente natural. A variável de mudança em sessão foi a frequência de CCR. A hipótese da pesquisa é a de que a frequência de CCR2 aumentasse enquanto a frequência de CCR1 diminuísse nas fases de aplicação da FAP. As variáveis de mudança extrassessão foram os dados dos questionários preenchidos pela cuidadora da criança que verificaram a frequência de comportamentos no ambiente natural, funcionalmente similares aos CCR, e a classificação diagnóstica para problemas baseados no Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM) e análises estatísticas de problemas comuns em crianças, de acordo com sua faixa etária.

Método

Cliente

O estudo foi realizado com uma criança que vivenciou experiências de abuso sexual entre os seis e oito anos de idade, com o repertório verbal preservado (Moura & Venturelli, 2004). O cliente foi selecionado pela indicação do Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência (PROVE) da Universidade Federal de São Paulo, instituição coparticipante da presente pesquisa. Além da criança, seus cuidadores (não abusadores) também receberam u m atendimento em formato de orientação de pais em cada uma das fases do estudo, com o objetivo de 1) garantir o compromisso ético em oferecer suporte para a família da vítima aumentando as chances da família se colocar no papel de suporte para a criança como consequência; 2) aumentar a adesão do cliente/participante na pesquisa, já que sua frequência vai depender da motivação da família para o tratamento.

- Critérios de inclusão: crianças entre seis e 12 anos de idade com história de um ou mais episódios de abuso sexual de qualquer tipo e que apresentaram mudanças comportamentais como produto desse(s) episódio(s). Tais mudanças foram caracterizadas como sintomas psicopatológicos ou problemas de comportamentos que afetavam as relações sociais da criança como, por exemplo, isolamento social, depressão, comportamento agressivo, comportamento hipersexualizado, comportamento de dependência do outro, superficialidade nas relações, ansiedade de separação, dentre outros. Tais características foram avaliadas em uma anamnese semiestruturada com os cuidadores das crianças. Além disso, o(s) episódio(s) de abuso deveriam ser notificados em algum dos órgãos que compõem o Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente: Conselho Tutelar, Delegacia

Especializada, Ministério Público, Defensoria Pública, Justiça da Infância e Juventude (Santos & Ipollito, 2011).

- Critérios de exclusão: crianças menores que seis anos de idade ou maiores do que 12; crianças com algum atraso cognitivo; crianças que sofreram história de abuso sexual, mas não apresentaram nenhum tipo de sofrimento mental ou comportamento que interferisse nas relações sociais; crianças que sofreram abuso sexual que não foi notificado em algum órgão público.

Terapeuta

A própria pesquisadora foi a terapeuta a conduzir o processo psicoterápico com o cliente e seus cuidadores. No período de início da coleta do mestrado a terapeuta já estava graduada em psicologia por quatro anos, atendendo em consultório a população infantil desde então e fazendo uso da FAP. Até esse período a terapeuta participou de grupo de estudo sobre FAP, supervisão com terapeutas que utilizam FAP, palestras e minicursos sobre o tema, Workshop experiencial e acompanhamento das pesquisas do Laboratório de Terapia Comportamental da USP onde outras pesquisas em FAP são realizadas. A terapeuta-pesquisadora também tem formação de Especialista em Clínica Analítico-Comportamental pelo Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, o que sustenta as intervenções na ausência da FAP.

Ambiente de coleta de dados

As sessões de psicoterapia ocorreram na sala de psicoterapia infantil da Clínica-Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), na cidade de São Paulo. Elas tiveram frequência de uma vez por semana e duração de 50 minutos. No entanto, em alguns momentos do processo terapêutico o participante faltou excessivamente devido a dificuldades de saúde e organização da mãe e algumas sessões precisaram ser realizadas duas vezes na

semana para que a coleta fosse concluída a tempo. Para isso, tomou-se o cuidado de dividir essas sessões entre as últimas duas fases do procedimento de maneira igualitária para que os dados obtidos não interferissem negativamente nos resultados do estudo.

Materiais

Materiais lúdicos: alguns jogos foram utilizados tais como Puxa Papo, Uno, Jenga, Quebra Gelo, Jogo da memória de sentimentos (confeccionado pela terapeuta) e materiais gráficos como figuras, papel e canetas. No entanto, a conversa prevaleceu em todas as sessões.

Materiais de coleta e análise dos dados: para a coleta dos dados foi utilizado um gravador pessoal da pesquisadora em que as sessões foram registradas, computador para o armazenamento das sessões em pastas com senha e de acesso somente da pesquisadora e os instrumentos psicológicos que foram utilizados para a coleta dos dados (descritos na seção instrumentos).

Instrumentos

Entrevista de anamnese semiestruturada com o(s) cuidador(es) da criança: um modelo de entrevista semiestruturada foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a inserção da criança como participante de pesquisa de acordo com os critérios de inclusão, bem como levantar dados importantes sobre o(s) episódio(s) de abuso, providências tomadas após o reconhecimento do abuso, dinâmica familiar, comportamentos da criança antes e depois do ocorrido e outras informações relevantes. Um ponto de extrema importância foi verificar se haviam cuidadores abusadores, se havia convívio com o abusador mesmo que não seja um dos cuidadores e se o cuidador que iria acompanhar a criança durante o processo psicoterapêutico não era o abusador. O modelo de entrevista encontra-se no Anexo A do trabalho.

Categorias de comportamentos-problema: partindo-se de uma breve revisão de literatura realizada sobre abuso sexual infantil, foram criadas categorias pré-definidas de

comportamentos-problema na interação social para suplementar a identificação de CCR1 e CCR2. Os resultados estão dispostos no Anexo B.

Conceituação de caso: a conceituação de caso foi realizada de maneira idiossincrática para o participante da pesquisa, por meio de avaliação funcional, com base no modelo de conceituação da FAP proposto por Tsai (2009) no (Anexo C), de dados coletados nas entrevistas com o responsável e das categorias de comportamentos-problema listadas a priori (Anexo B).

Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS (Callaghan & Follette, 2008): é um sistema de registro e categorização de comportamentos do terapeuta e do cliente em sessões de psicoterapia FAP e tem sido amplamente utilizado nas pesquisas em psicologia clínica comportamental para verificar os mecanismos de mudança presentes nessa psicoterapia (Aranha, 2015; Geremias, 2014; Mangabeira, 2015; Oliveira, 2017; Oshiro, 2011; Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2015). O FAPRS foi utilizado para categorizar sessões de todas as fases experimentais, possibilitando comparar as frequências de categorias, incluindo as de comportamentos clinicamente relevantes (CCR), verificando os efeitos da manipulação da VI no comportamento da criança. Para sua utilização, as sessões de psicoterapia foram transcritas e cada fala/resposta tanto do cliente quanto do terapeuta foi separada como um turno de sessão. Cada turno foi categorizado de acordo com a lista de categorias do terapeuta e do cliente que compõem o FAPRS, respeitando-se uma hierarquia de categorias quando um turno cumpria mais de uma função. A Tabela 1 e a Tabela 2 a seguir apresentam um breve resumo das categorias do cliente e do terapeuta e da hierarquia entre elas, construídas pelos alunos do Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo (LTC-USP):

Tabela 1.

Códigos do FAPRS para categorização dos comportamentos do terapeuta adaptados pelos alunos do Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo (LTC-USP)

Códigos	Descrição
Regra 1	Avalia CCR em sessão
Regra 2	Evoca CCR em sessão
Regra 3-1	Responde efetivamente ao CCR1
Regra 3-2	Responde efetivamente ao CCR2
Rgra 3-INF	Falha em consequenciar CCR1, CCR2 ou CCR3
Regra 4	Refere-se ou pergunta sobre o efeito de sua resposta sobre o comportamento do cliente
Regra 5	Discute um CCR3 ou O3. Analisa funções e contingências dos comportamentos que ocorrem na sessão e suas relações com comportamentos funcionalmente iguais que ocorrem fora.
TTR	Fala com foco na relação terapêutica: descrever a FAP, falar de sessões passadas, etc.
TPR	Emite comportamentos efetivos ou facilitadores sem foco em CCRs ou Os.
TO1	Discute ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão
TO2	Discute ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão

Regras de hierarquia para comportamento do terapeuta:

- Regra 3-1 e Regra 3-2 > Regra 3-INF
- Regra 1, 2, 3, 4 ou 5 > TPR
- Regra 2 > TTR
- Regra 3 > Regra 1, 2, 4 ou 5
- Regra 4 > Regra 1

Tabela 2.

Códigos do FAPRS para categorização dos comportamentos do cliente adaptados pelos alunos do Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo (LTC-USP)

Códigos	Descrição
CCR1	Emite comportamento problema na sessão
CCR2	Emite comportamento de melhora na sessão
CCR3	Descreve variáveis que controlam seu comportamento

O1	Discute ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão
O2	Discute ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão
O3	Descreve relações funcionais relacionadas ao comportamento que ocorre fora da sessão
CTR	Fala com foco na relação terapêutica
CPR	Discute ou descreve problemas que ocorrem em situações que não a relação terapêutica, ou clarifica ou dá contexto sobre os problemas

Regras de hierarquia para comportamento do cliente:

- CRB2 > CRB1 > REGRA 4-C > CTPR > CPR

Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 - Generic Core Scale – PedsQL (Varni, Seid & Kurtin, 2001): é um instrumento de autoavaliação de qualidade de vida para crianças em uma escala de cinco níveis (0 a 5) abordando os domínios de funcionamento físico, emocional, social e escolar, levando em média de três a cinco minutos para aplicação na população brasileira infantil. O estudo de confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário foi realizado com crianças e adolescentes que apresentavam o diagnóstico de doença reumática crônica (Klatchoian et al., 2008) e foi a medida de comparação para os resultados do cliente, havendo também comparação entre os resultados dele com ele mesmo. Foi aplicado no cliente/participante sempre no término/início de uma nova fase experimental e no meio de todas as fases experimentais, com exceção da primeira, tendo a função de monitorar mudanças na autoavaliação da criança ao longo da pesquisa.

Children's Attributions and Perceptions Scale - CAPS (Mannarino, Cohen & Berman, 1994): é um instrumento de autoavaliação desenvolvido para mensurar atribuições e percepções de crianças relacionadas a uma história de abuso sexual por meio de uma entrevista com uma escala de 1 a 5. Verificam-se quatro importantes aspectos da criança: Sentimento de diferença com relação aos pares; Atribuições pessoais para eventos negativos – que remete a criança se culpar pela ocorrência de eventos negativos; Percepção de credibilidade (dos outros

em si); Confiança interpessoal. A CAPS foi aplicada a cada início/término de uma nova fase experimental e no meio de todas as fases experimentais, com exceção da primeira, possibilitando monitorar mudanças na autoavaliação da criança ao longo da pesquisa. Como não há nenhum estudo de confiabilidade e validade desse instrumento no Brasil, os resultados foram comparados apenas entre o cliente e ele mesmo.

Child Behavior Checklist – CBCL (Achenbach, 1991): é um instrumento usado para a avaliação de problemas emocionais e/ou comportamentais e competência social de crianças ao longo do processo terapêutico. Esse instrumento fornece uma classificação diagnóstica de um problema como clínico, limítrofe ou normal com base tanto em análises estatísticas próprias do instrumento, como nos diagnósticos do DSM 5 (APA, 2015). Seu preenchimento foi realizado pela mãe do participante a cada início e mudança de fase da pesquisa e em meados de cada fase, com exceção da primeira, permitindo o monitoramento de mudanças nessas classificações diagnósticas ao longo das intervenções.

Escala de Comportamentos Extrassessão: foi construída individualmente para o paciente/participante, a partir da conceituação de caso e levantamento dos (CCR). A mãe preencheu a cada semana, baseando-se no comportamento da criança em seu meio natural. Seu objetivo foi avaliar as mudanças comportamentais da criança, ao longo do delineamento experimental, no ambiente externo ao *setting* terapêutico, e verificar se houve generalização dos resultados em sessão por meio de uma observadora independente. Esse instrumento foi inicialmente construído a partir das categorias de comportamentos-problema extraídas da revisão de literatura sobre ASI levantada pela autora e, após a conceituação de caso e de demandas que surgiram como queixas, outras categorias de comportamentos foram inseridas no instrumento que encontra-se no Anexo D.

Considerações sobre os instrumentos:

A escolha dos instrumentos se baseou na necessidade em obter medidas que demonstrassem o resultado de uma terapia FAP por meio de mudanças no comportamento da criança em sessão, mudanças no ambiente natural e mudanças gerais diagnósticas durante o processo do experimento/tratamento psicoterápico. O efeito da intervenção foi medido principalmente pelo instrumento FAPRS, pois por meio dele a frequência de CCR em sessão pôde ser mensurada imediatamente antes e após inserção da VI. Além disso, o FAPRS também é considerado um instrumento de medida de processo tendo em vista que acompanha o fluxo de mudanças na frequência dos CCR ao longo de todo a condução clínica, possibilitando a análise de tendência do padrão de respostas do participante.

O caráter diagnóstico do CBCL também agrega um importante parâmetro de resultado. Isto é, a reaplicação do instrumento após a intervenção pôde revelar mudanças na classificação diagnóstica do paciente/participante, demonstrando piora ou melhora do quadro clínico. O CBCL é um instrumento que considera os últimos seis meses de vida da criança e sua reaplicação para a avaliação de mudanças, segundo Gorenstein, Wang e Hungerbühler (2015), pode ser realizada considerando-se um período mínimo de dois meses. Entretanto, de acordo com o delineamento proposto e visualmente exemplificado na Figura 2 (mais à frente), em alguns momentos a aplicação necessitou ser realizada em menos tempo para acompanhar as fases do delineamento. Nesse sentido, o risco que se correu é de que os responsáveis por preencherem o instrumento não estivessem sensíveis às mudanças da criança em tão pouco tempo.

Optou-se por manter tal viés para que o experimento não fosse postergado, correndo o risco de ameaçar o término da coleta. Isso poderia acontecer pela dificuldade que se enfrentou em encontrar os clientes/participantes que permanecessem na pesquisa. Não foi considerado o uso de outro instrumento com a mesma finalidade pela escassez de instrumentos validados em

versão brasileira que fossem sensíveis a um menor intervalo de tempo como, por exemplo, a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children* (K-SADS) que considera os últimos 12 meses. Além disso, o CBCL faz parte dos instrumentos ASEBA, que são amplamente utilizados para pesquisas envolvendo a população infantil em todo o mundo, de fácil aplicação e indicado como uma forma de avaliação de medida psicossocial e psicopatológica bem estabelecida com relação aos parâmetros de Prática Baseada em Evidências (Gorenstein, Wang & Hungerbühler, 2015).

O instrumento PedsQL fornece um *score* final e parcial que indica o nível de qualidade de vida avaliado pela criança com relação ao último mês e foi validado para a população brasileira por Klatchoian et al. (2008). Já o CAPS fornece um *score* final e parcial que mensura percepções e atribuições da criança relacionadas a questões específicas do abuso sexual com relação aos últimos seis meses e foi adaptado para uso no Brasil por Habigzang (2006). Porém, a mesma autora e, posteriormente, Hohendorff (2012), fizeram a utilização do instrumento com intervalos menores de tempo. No presente trabalho o intervalo de tempo oficial do instrumento não pôde ser respeitado, pois não acompanhava as mudanças de fase do delineamento. Optou-se pela aplicação praticamente mensal para que houvesse um acompanhamento das mudanças nas atribuições e percepções das crianças ao longo do processo do experimento, com o objetivo de identificar não apenas um resultado de mudança pontual, mas um fluxo de mudança. Sabe-se que intervalos menores do que um mês podem se tornar insuficientes para que a criança pudesse avaliar os aspectos de suas atribuições e percepções relacionadas ao abuso.

Apesar das limitações desse instrumento, decidiu-se por sua manutenção na pesquisa devido à dificuldade em encontrar instrumentos de avaliação para a população infantil validados para o Brasil, principalmente para a pesquisa de processo, mesmo após uma busca exaustiva na literatura. Além disso, o presente instrumento é específico para verificar questões de abuso sexual infantil e suas quatro categorias (sentimento de diferença com relação aos

pares; atribuições pessoais para eventos negativos; percepção de credibilidade dos outros em si; confiança interpessoal) explicitam a auto-observação da criança sobre suas relações interpessoais, foco de trabalho da FAP. Tais informações puderam servir de parâmetro para a conceituação de caso, no sentido de possibilitarem a operacionalização de CCR a serem modelados nas Fases B (introdução da FAP), bem como parâmetro de monitoramento de mudanças na auto-observação da criança ao longo da modelagem de tais CCR e uma possível medida de resultado sobre generalização dos CCR em sessão para os outros ambientes da criança.

Procedimento

A metodologia da presente pesquisa seguiu os critérios descritos por Kratochwill et al. (2013) para o delineamento experimental de caso único. Esses autores, especialistas em delineamentos de caso único e metodologia quantitativa da *What Works Clearinghouse* (WWC), desenvolveram critérios para a realização de pesquisas com esse tipo de delineamento com o objetivo de que os dados produzidos pudessem incorporar o sistema de Prática Baseada em Evidências. Segundo os autores, pesquisas com experimentos de caso único têm ganhado reconhecimento com relação a demonstração de evidência de eficácia sobre intervenções, sobretudo, para problemas que ocorrem em baixa frequência. Nesse sentido, a criação dos critérios para o experimento de caso único foi importante para proporcionar diretrizes para esse tipo de delineamento que fossem comparativamente tão fortes quanto as que compõem os estudos de grupo.

Por meio da padronização da avaliação da validade causal das pesquisas, elas podem ser categorizadas de acordo com os critérios para os estudos de caso único em Atende os critérios, Atende os critérios com ressalvas e Não atende os critérios. As que atendem com ou

sem ressalvas são, portanto, avaliadas e julgadas como produtoras de Evidência Forte, Evidência Moderada ou Nenhuma Evidência (Kratochwill et al., 2013).

A avaliação sobre o atendimento aos critérios propostos se baseia em quatro aspectos: 1) manipulação sistemática da variável independente (VI); 2) mensuração sistemática da variável dependente (VD) por mais de um observador, com concordância significativa entre observadores; 3) presença de, no mínimo, trêstentativas de demonstrar o efeito da intervenção em diferentes momentos no tempo; 4) inclusão de, no mínimo, três pontos de dados a serem analisados em cada fase do delineamento (Kratochwill et al., 2013).

1) A manipulação sistemática da VI implica que o pesquisador é quem determina as manipulações da intervenção e não qualquer outro evento natural. Tal critério é importante para se garantir a validade interna da pesquisa. 2) A mensuração sistemática de cada VD deve ser realizada ao longo de toda a pesquisa por mais de um observador, em pelo menos 20% dos pontos de coleta de cada condição (linha de base, FASE A, FASE B) e a concordância entre observadores deve ser analisada através de uma medida psicométrica escolhida. As medidas mais utilizadas são a concordância percentual e o coeficiente kappa de Cohen. 3) A presença de pelo menos três tentativas de demonstrar os efeitos da VI em diferentes momentos é necessária para a demonstração de controle experimental. No estudo de caso único, o resultado de uma relação funcional entre VI e VD é descrito quando há um padrão de mudança na VD que se repete após cada inserção sistemática (realizada pelo pesquisador) da VI. Tal inserção necessita ser realizada em diferentes momentos no tempo para controlar os efeitos de variáveis intervenientes. Nesse sentido, toma-se três replicações desse efeito, em diferentes momentos no tempo, como um fator de predição sobre a relação funcional VI-VD. 4) A inclusão de, no mínimo, três pontos de dados em cada fase do experimento de caso único é importante para que seja avaliado não apenas um padrão de resposta pontual e sim o fluxo da resposta como processo de mudança. Isto é, leva-se em conta a tendência das variáveis em cada fase,

buscando-se verificar se há consistência no efeito da intervenção. Para ser possível de se verificar tal tendência, os autores indicam um mínimo de três e preferencialmente cinco pontos de coleta. No caso do delineamento de reversão, os autores orientam que, para o delineamento Atender os Critérios deve-se ter um mínimo de quatro fases com cinco pontos de coleta em cada uma delas (Kratochwill et al., 2013).

O delineamento escolhido para essa pesquisa foi o de reversão (ABAB) afim de demonstrar mudanças nas variáveis dependentes (VDs) contingentes à inserção e retirada sistemática da variável independente (VI), em diferentes momentos. Buscou-se evidenciar a relação funcional entre mudanças no comportamento do participante e a intervenção utilizada (Kazdin & Kopel, 1975; Kratochwill et al., 2013 – critério 1 mencionado anteriormente). A presença de quatro fases experimentais (A1-B1-A2-B2) foi escolhida devido a importância de se assegurar três tentativas de demonstrar os efeitos da intervenção em três diferentes momentos no tempo (introdução da VI – retirada da VI – reintrodução da VI), possibilitando evidenciar substancialmente a relação entre introdução da VI e mudanças na VD (Kratochwill et al., 2013 - critério 3 mencionado anteriormente).

Nessa pesquisa, as VDs foram os CCR1 (exemplos: isolar-se socialmente; desconfiar; estabelecer relação superficial com terapeuta) e os respectivos CCR2 (exemplos: buscar por contato social; confiar; autorrevelar-se) do cliente, e os comportamentos-alvo extrassessão (O1 e O2 registrados pelos cuidadores). A VI foi a FAP. Nesse sentido, ao se manipular a inserção das sessões FAP utilizando-se as cinco regras sistematicamente no formato de interação lógica (Weeks et al., 2012), foram verificadas as mudanças contingentes ocorridas nos CCR e Os em termos de frequência por meio do FAPRS e da Escala Extrassessão. Além disso, mudanças com relação a satisfação com a qualidade de vida, atribuições e percepções relacionadas a experiência de abuso e quanto a classificação diagnóstica dos problemas apresentados pelo cliente foram acompanhadas pelos respectivos instrumentos PedsQL, CAPS e CBCL. O uso

sistemático dessas medidas das variáveis dependentes atendeu ao segundo critério de Kratochwill et al. (2013) como apontado anteriormente.

O participante recebeu um tratamento na fase inicial e, em seguida, a intervenção (VI) foi aplicada. Logo após, houve a replicação dessa mesma condução. As sessões FAP (VI) se caracterizaram pela modelagem de repertórios que se tornaram deficitários principalmente após a experiência de abuso e que é de imensa importância para o participante. Para a mudança de fases, é importante utilizar o critério de estabilidade (Kazdin, 2002; Sidman, 1960). Isto é, realizar a mudança de fase apenas se a frequência de CCR (VDs) apresentar um padrão constante. Contudo, nessa pesquisa não foi possível cumprir tal critério devido à dificuldade em transcrever e categorizar as sessões semanalmente, além do limite de tempo para a coleta de pesquisa que não permitia estender as sessões de psicoterapia.

Inicialmente, a escolha da metodologia foi o delineamento de base múltipla com três participantes, em que a FAP seria inserida em três momentos diferentes para cada participante e não seria retirada em nenhum momento. Entretanto, até maio de 2017 apenas um participante havia iniciado a psicoterapia. Diante disso, com o participante já na primeira fase FAP, a pesquisadora-terapeuta e orientadora avaliaram clinicamente a possibilidade de mudar o delineamento para reversão, pensando nos aspectos éticos envolvidos em se suspender a condição FAP para a criança. A avaliação mostrou que seria possível, tendo em vista que a criança já havia apresentado melhoras em ambas as fases, inclusive apontada pelo instrumento CBCL. Por fim, decidiu-se pela mudança de delineamento de base múltipla para reversão, garantindo-se um controle experimental melhor do que em uma condição quase-experimental (A-B).

Mesmo a pesquisadora tendo divulgado amplamente a chamada para os atendimentos por meio de mídias sociais, contato com abrigos, Conselhos Tutelares, Hospitais e parceria com o PROVE, houve grande dificuldade em conseguir os participantes de pesquisa. A Tabela

3 ilustra a quantidade de famílias que entraram em contato mostrando interesse em participar da pesquisa e como foi a participação de cada uma delas no processo de seleção.

Tabela 3**.**

Captação de participantes para a pesquisa e participação das famílias nas etapas de seleção

Etapa da seleção	**Contato com o Hospital Pérola Byington**	**PROVE**	**Divulgação em mídias sociais**	**Contato com o Hospital Campo Limpo**	**Contato com abrigos**	**Contato com Conselhos Tutelares**
Indicações	0	4	2	0	0	0
Marcação de entrevista de anamnese	0	3	2	0	0	0
Realização da entrevista de anamnese	0	2	2	0	0	0
Início da criança na psicoterapia	0	1		0	0	0

Das seis fontes de busca de participantes, apenas duas delas (PROVE e divulgação em mídias sociais) trouxeram interessados para a pesquisa. Das seis famílias que entraram em contato com a pesquisadora e vice-versa, cinco marcaram a entrevista de anamnese e uma recusou a participação. Quatro famílias de fato realizaram a primeira entrevista, porém apenas uma permaneceu para início da psicoterapia com a criança. Os motivos de desinteresse ou desistência das famílias durante o processo de seleção foram: a criança teve oportunidade de receber tratamento no posto de saúde próximo à casa, problemas de saúde dos responsáveis, várias faltas seguidas às etapas de seleção e aplicação de instrumentos, falta de disponibilidade dos responsáveis para levar ao tratamento, a melhora da criança poderia prejudicar o processo jurídico. Pode se dizer que essas justificativas estão relacionadas a dois fatores de risco para o abuso sexual infantil listados na literatura: negligência e vulnerabilidade social (Borges & Dell'Aglio, 2008).

FASE A1 – linha de base: a linha de base foi composta por cinco sessões em que foram realizadas intervenções sobre os O1s (comportamentos problemáticos que acontecem em outros ambientes fora do *setting* terapêutico e que são funcionalmente semelhantes aos CCR1 dentro da sessão) desenvolvidos a partir da história de abuso sexual e demais questões que apareceram como demanda imediata. As intervenções sobre os O1s nessa fase foram os procedimentos da Terapia Analítico-Comportamental Infantil usual feita no Brasil, já caracterizados na introdução desse trabalho. As regras da FAP não foram utilizadas de maneira sistemática.

A conceituação do caso foi realizada durante essa fase inicial por meio dos resultados dos instrumentos aplicados e entrevista semiestruturada com o responsável, suplementação das categorias de comportamentos-problema levantadas a priori, modelo de conceituação de caso da FAP (Tsai, 2009) e análises funcionais. Cinco sessões da fase inicial foram transcritas e categorizadas a partir do FAPRS (Callaghan & Follette, 2008).

Além disso, na primeira e última sessão da fase inicial foi pedido aos responsáveis pela criança o preenchimento da escala CBCL e semanalmente o preenchimento da Escala de Comportamentos Extrassessão, afim de obter medidas de comportamento extrassessão (Os) e verificar possíveis mudanças apenas com o tratamento da fase inicial. Os instrumentos PedsQL e CAPS foram preenchidos pelo participante na primeira e última sessão da fase para que mudanças nas atribuições e percepção da criança relacionadas ao abuso sexual e a sua qualidade de vida fossem avaliadas.

Ainda na fase inicial, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi fornecido a cuidadora principal (mãe) para a assinatura e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido foi lido para o participante para o conhecimento dos objetivos da pesquisa. Esses termos garantem o compromisso ético da pesquisadora para com o cuidador e participante da pesquisa de acordo com o prescrito pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

FASE B1 – introdução da VI: a FAP foi introduzida por nove sessões de maneira sistemática, tomando-se como base os procedimentos propostos por Weeks et al. (2012). Cinco sessões foram transcritas e categorizadas pelo FAPRS, buscando-se verificar os efeitos da intervenção e suas variações (Kratochwill et al., 2013). A proposta inicial era realizar oito sessões, no entanto a análise clínica demandou uma sessão a mais para tratar de esclarecimentos sobre informações, relacionadas ao abuso e a um dos abusadores, que o participante havia trazido na sessão anterior e que seria a última da Fase B1.

O CBCL foi novamente fornecido para preenchimento em meados desta fase (sessão 10), afim de acompanhar as possíveis mudanças nas categorias diagnósticas em que o participante se encontrava. A decisão de aplicar o CBCL também no meio das fases foi tomada após a mudança de metodologia e, por isso, não foi realizada na Fase A1. A Escala de Comportamentos Extrassessão continuou a ser respondida semanalmente pela mãe até o término da FASE B1, também com o objetivo de se verificar mudanças nos comportamentos extrassessão após inserção da VI. O PedsQL e a CAPS foram aplicados também em meados dessa fase (sessão 9), pelos mesmos motivos já descritos.

FASE A2 – replicação da linha de base/retirada da FAP: foi realizada a replicação da Fase A1 por meio da retirada da utilização da FAP sistemática, permanecendo-se com as intervenções usuais da Terapia Analítico-Comportamental Infantil. Foram realizadas oito sessões, sendo cinco delas transcritas e categorizadas com o FAPRS (Kratochwill et al., 2013). O CBCL, CAPS e PedsQL foram aplicados na primeira sessão para verificar os efeitos da Fase B1 anterior. Também foram aplicados em meados da Fase A2 (sessão 19) para monitorar as mudanças durante essa fase. A Escala de Comportamentos Extrassessão se manteve sendo aplicada semanalmente.

FASE B2 – replicação da introdução da VI: a FAP foi reintroduzida de maneira sistemática (Weeks et al., 2012), assim como realizado na Fase B1. Foram realizadas oito

sessões, sendo cinco delas transcritas e categorizadas pelo FAPRS (Kratochwill et al., 2013). O CBCL, CAPS e PedsQL foram aplicados na primeira sessão para verificar os efeitos da Fase A2 anterior. Também foram aplicados em meados da Fase B2 (sessão 27) para monitorar as mudanças durante essa fase e na última sessão (sessão 30) para verificar os efeitos globais da Fase B2. A Escala de Comportamentos Extrassessão se manteve sendo aplicada semanalmente.

FASE 3 – Encerramento do delineamento experimental e *follow-up*: o fim das 30 sessões do delineamento experimental ocorreu no fim do mês de dezembro de 2017, coincidindo com as férias escolares. Após uma avaliação clínica junto do participante foi tomada a decisão de permanecer um mês sem a psicoterapia para, em seguida, realizar uma sessão de *follow-up*. Tal sessão foi caracterizada como uma sessão de acompanhamento em que a terapeuta teve uma postura mais neutra, de audiência não punitiva, e apenas com o objetivo de saber como o cliente estava. Foi realizada no mesmo local e utilizou-se os mesmos instrumentos de medida.

Em seguida, o participante foi convidado a continuar o tratamento com a terapeuta-pesquisadora com o mesmo objetivo terapêutico da pesquisa (CCR relacionados a problemas interpessoais desenvolvidos após a história de abuso sexual infantil) e as sessões continuam até o presente momento. A Figura 2 abaixo ilustra a proposta do delineamento da pesquisa:

	Sessões de psicoterapia																														
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
FAPRS		X	X	X	X	X	X	X			X		X		X	X		X		X		X	X	X	X		X		X		X
CBCL	X					X					X					X				X				X				X			X
PedsQL		X				X				X						X				X				X				X			X
CAPS		X				X				X						X				X				X				X			X
Escala Compto. Extrass		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Figura 2. Instrumentos utilizados por sessões do delineamento de reversão (A1-B1-A2-B2) do participante de pesquisa.

Na Figura 2, os números em horizontal representam as sessões de psicoterapia do participante da pesquisa ao longo de todo o delineamento experimental e os instrumentos estão representados em vertical pelas suas correspondentes abreviações. O “X” representa o instrumento que será utilizado para mensuração em cada sessão de psicoterapia. A linha em negrito divide as fases respectivamente correspondentes a Fase A1 (linha de base), Fase B2 (introdução da VI), Fase A2 (replicação da linha de base/retirada da VI) e Fase A2 (replicação da introdução da VI).

Análise dos dados

Uma aluna de psicologia transcreveu as sessões com contrato de sigilo e a própria terapeuta-pesquisadora categorizou cinco sessões de cada fase experimental utilizando o FAPRS (Kratochwill et al., 2013). Apesar do viés de a pesquisadora ocupar papel de terapeuta e categorizadora principal, tomou-se tal decisão devido à dificuldade de contar com uma equipe de trabalho de categorizadores para todas as sessões selecionadas, bem como da ausência de controle da pesquisadora com relação aos possíveis categorizadores. Era possível haver desistência dos categorizadores em trabalhar na pesquisa a qualquer momento ou mesmo não seguimento dos prazos, o que resultaria em um prejuízo no delineamento e um viés ainda maior nos resultados da pesquisa como um todo.

Apesar da recomendação se limitar a um aferidor, para esse trabalho houve dois aferidores de concordância categorizando – com o FAPRS – pelo menos 20% das sessões categorizadas pela pesquisadora em cada fase do procedimento (Kratochwill et al., 2013 – critério 2 apontado anteriormente). Níveis de concordância são suficientes se a concordância percentual bruta atingir o mínimo de 80% ou o índice Cohen Kappa mínimo de 0.6 (Kratochwill et al., 2013 – critério 2 apontado anteriormente). Os aferidores foram psicólogos formados que participam do mesmo grupo de pesquisa, analistas do comportamento e detentores de bons conhecimentos sobre FAP. Ambos tomaram conhecimento do instrumento

de categorização FAPRS e receberam treino para a aferição do caso da presente pesquisa da seguinte forma: 1. Leitura e explicação da conceituação de caso com exemplos de trechos categorizados pela pesquisadora. 2. Envio de uma sessão de treino do cliente/participante para aferição 2. Correção da sessão de treino por parte da pesquisadora, que analisou quais eram as maiores discordâncias de cada um dos aferidores e enviou por escrito novas recomendações com pequenos trechos de exemplos baseados nas dificuldades que cada um apresentou.

O parâmetro para se verificar os efeitos da FAP para o tratamento da criança que sofreu abuso sexual foi a frequência de CCR nas fases do procedimento e a comparação da mudança comportamental registrada pelo CBCL e pela Escala de Comportamentos Extrassessão, respondidos pela cuidadora da criança (medida extrassessão) em diferentes momentos, bem como as mudanças sobre a autoavaliação da própria criança através do PedsQL e da CAPS. Análises qualitativas entre esses instrumentos e os resultados também foram realizadas. Além disso, os dados do FAPRS foram dispostos em gráfico e uma análise visual foi realizada. Segundo Kratochwill et al. (2013) essa, tradicionalmente, é a forma mais comum de analisar os resultados em termos da presença e da magnitude da relação entre VI e VD nos estudos de caso único.

Aspectos éticos

Esse projeto respeitou os parâmetros éticos prescritos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade de São Paulo (nº do protocolo de aprovação: 58880616.4.0000.5561). Tendo em vista que o cliente é menor de idade, seus responsáveis legais foram informados sobre a presente pesquisa, especificando seu objetivo, justificativa e procedimentos utilizados. Tais informações foram transmitidas aos participantes em linguagem acessível. O responsável principal assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a participação do cliente, a utilização e divulgação dos dados obtidos desde que as informações de identificação

do cliente sejam modificadas afim de preservar a identidade do mesmo. Tanto o participante quanto seu responsável foram informados sobre a voluntariedade da participação na pesquisa e direito de desistência a todo e qualquer momento.

Resultados e Discussão

Nessa seção serão apresentados os dados da coleta de pesquisa concomitantemente as discussões dos resultados. Esses dados correspondem a informações decorrentes de 31 sessões de psicoterapia individual com o participante Miguel, sendo cinco sessões referentes a Fase A1, nove sessões referentes a Fase B1, oito sessões referentes a Fase A2, oito sessões referentes a Fase B2 e uma sessão de *follow-up* que foi realizada após um mês de ausência da psicoterapia desde a última sessão do delineamento experimental. As Fases A1 e A2 correspondem a linha de base onde foi realizado a Terapia Analítico-Comportamental Infantil (TACI); as Fases B1 e B2 correspondem a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e a sessão de *follow-up* foi caracterizada como uma sessão de acompanhamento. A conceituação de caso foi realizada durante a Fase A1, por meio da entrevista semiestruturada com a responsável pela criança (mãe biológica), análises funcionais sobre a história de vida e contexto atual natural da criança e sobre a interação cliente-terapeuta (Tsai, 2009), resultados dos instrumentos e estudo das categorias de comportamentos-problema comumente observada em crianças vítimas de abuso sexual segundo a literatura.

Para a coleta de pesquisa 14.587 unidades de análise (turnos de fala do terapeuta e cliente) foram categorizadas pelo instrumento *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS). Além disso, ao longo das sessões de psicoterapia foram aplicados instrumentos de autorrelato do participante e instrumentos preenchidos pela sua cuidadora principal.

Os resultados serão apresentados em ordem de relevância na tentativa de responder a pergunta de pesquisa sobre quais são os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional sobre o tratamento de uma criança que foi vítima de abuso sexual, com a hipótese de que a FAP produzirá um aumento nos CCR2 e redução dos CCR1, bem como melhoras correspondentes extrassessão. Diante disso, a ordem de apresentação será: (1) conceituação do caso (2) dados

obtidos por meio da FAPRS (3) dados extraídos do *Child Behavior Checklist* (CBCL) (4) dados obtidos pela Escala de Comportamentos Problema Extrassessão (5) dados obtidos pela *Children's Attributions and Perceptions Scale* (CAPS) (6) dados extraídos do *Pediatric Quality of Life Inventory - Generic Core Scale 4.0* (PedsQL).

Conceituação do caso clínico

Para o presente estudo, foi necessário um recorte específico sobre os comportamentos do participante apresentados como queixa a serem analisados e, posteriormente, alvo de intervenção devido a duas variáveis importantes. A primeira delas diz respeito ao caráter de pesquisa que, invariavelmente, obriga o pesquisador/terapeuta a reduzir o seu objeto de estudo para garantir controles experimentais imprescindíveis para a realização de análises de correlação e causa e efeito. Nesse sentido, é de suma importância frisar que as análises que irão se seguir não representam uma análise completa do caso, pois todo comportamento é multideterminado (Skinner, 2003/1953) e o pesquisador/terapeuta frequentemente não irá deter de todas as variáveis que o controlam e que controlam o seu comportamento em interação com o cliente, no ambiente de terapia. A segunda variável diz respeito ao objetivo principal desse trabalho ser o desenvolvimento de um repertório de intimidade nos relacionamentos interpessoais que será modelado na interação terapeuta-cliente. Isso significa que as análises a seguir terão como foco comportamentos do cliente que se relacionam com esse repertório, sem a pretensão de abarcar todas as outras funções que esses mesmos comportamentos podem ter em outras áreas de sua vida.

Participante – Miguel

<u>Informações sobre o participante</u>

Miguel (nome fictício) iniciou a psicoterapia como participante da pesquisa aos 11 anos de idade. Mora com seu pai, sua mãe e uma irmã. A mãe buscou terapia para a criança após ter

passado por avaliação no Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência da UNIFESP (PROVE), por indicação de um médico que avaliou os motivos da obesidade de Miguel.

Queixas da mãe

As queixas da mãe na entrevista de anamnese com relação a criança compreendem:

- Comportamento opositor tal como questionar frequentemente as decisões da mãe e dos professores;
- Comportamento pouco colaborativo na escola como fazer perguntas e comentários em excesso que atrapalham o fluxo da aula;
- Isolamento social, que corresponde a ter poucos amigos os quais não tem contato fora do contexto de encontro (não tem contato com os primos fora dos eventos de família e com os amigos da escola fora da escola);
- Baixo engajamento em atividades, apresentando um padrão restrito de respostas que produzem reforçadores (usar o computador é uma das poucas atividades reforçadoras que se engaja no seu tempo livre);
- Baixo interesse e engajamento em atividades da escola tais como estudo e tarefas de casa;
- Busca excessiva por aprovação social dos pais através de requisição de contato físico, elogio e etc.;
- Comportamento poliqueixoso que se configura como verbalizações de críticas e lamentações voltadas aos eventos da vida e a si mesmo como, por exemplo “sou o mais feio”, “sou o mais azarado”, “dá tudo errado comigo”, “porquê essas coisas acontecem comigo?”.

Queixas do cliente

Ao conversar com a terapeuta sobre o que gostaria que mudasse em sua vida, foram destacados:

- Relação distante com o pai, pois sente que não possuem nada em comum e que careceu de sua atenção;
- Crítica aos colegas de classe por serem infantis e orgulhosos;
- Ausência de uma figura que seja verdadeiramente um companheiro (amigo) em quem possa confiar plenamente;
- Excesso de demandas e acusações por parte dos professores;
- Sensibilidade excessiva a eventos (reforçadores e aversivos);
- Se sentir facilmente "traído" (sic);
- Viciar facilmente em coisas que são reforçadoras, tais como vídeo games, vídeos e jogos online.

<u>História de vida</u>

A mãe descreve que Miguel sempre foi uma criança alegre, carinhosa, muito "bonzinho" (sic), que fornecia atenção a todos a sua volta, confiava em todos e que apresentava um padrão de passividade que, em algumas situações em que ele era agredido física ou verbalmente na escola, não sabia se defender.

Aos oito anos de idade os pais de Miguel começaram a notar uma mudança importante em seu comportamento: passou a ficar mais "cabisbaixo" (sic), "agitado e nervoso" (sic) e a comer compulsivamente. Durante as férias letivas os pais perguntaram o que estava acontecendo e Miguel revelou estar sofrendo abuso sexual por cerca de dez adolescentes do colegial de sua escola. Eles pediam para Miguel entrar no banheiro dos alunos mais velhos e realizavam penetração anal e oral na criança em troca de lanches. Quando a criança passou a recusar os lanches e os convites para ir ao banheiro, os abusadores passaram a ameaça-lo mantendo, portanto, os abusos coercitivamente. Acredita-se que os abusos aconteceram durante todo o primeiro semestre letivo.

De imediato a mãe foi até a escola para tomar as providências necessárias: suspendeu a matrícula da criança, realizou o boletim de ocorrência na delegacia e a perícia clínica no Hospital Pérola Byington, local de referência para vítimas de violência sexual. A mãe entrou com um processo jurídico contra os menores e a escola, o que culminou na necessidade da realização de uma reconstituição dos fatos no local em que ocorriam os abusos. A criança precisou descrever os fatos para a polícia no banheiro da escola, em meio ao horário de alto fluxo de crianças no corredor, tendo sido visto pelos demais alunos da escola cercado pelos policiais. Além disso, vários outros estressores relacionados aos processos jurídicos ocorreram de maneira a produzir na mãe a resposta de desistir de continuar com a acusação para a escola. O processo contra os abusadores ainda está ocorrendo.

A mãe aponta que após a revelação do abuso o pai de Miguel passou a se esquivar de entrar em contato com esse tema, não participando de nenhum dos procedimentos de cuidado e evitando conversar sobre o fato. Além disso, passou a fornecer reforços livres para Miguel, relacionados a alimentação e reforçadores tangíveis. A mãe não obteve nenhum tipo de apoio social e desenvolveu um quadro de síndrome do pânico e depressão, iniciando tratamento psiquiátrico. Foi convidada a realizar psicoterapia individual pela rede pública, entretanto após cerca de dois meses foi desligada devido a ela não se encaixar no perfil socioeconômico, reduzindo a sua motivação para buscar uma psicoterapia posteriormente. Na entrevista de anamnese a mãe apresentava sinais importantes de prejuízos tais como dificuldade de olhar nos olhos, ausência de tônus postural e verbal, pouco cuidado na aparência física, apatia e humor deprimido. Além disso, após o abuso a mãe passou a evitar o contato de Miguel com outras crianças de sua idade e mais velhas, o impedindo de ir a casa delas, recebê-las em casa ou brincar no prédio. Após as primeiras providências, não se falava mais sobre o abuso ocorrido no ambiente familiar. Segundo a mãe, ela não o fazia pela dificuldade que sentia em entrar em contato com o fato e para poupar o filho do mesmo. Percebia, entretanto, que o filho

apresentava necessidade de conversar sobre tal experiência, mas não o fazia também para poupá-la de sofrimento.

Com relação ao comportamento de Miguel, a mãe percebe que após o período do abuso a criança passou a emitir os comportamentos citados na queixa, imediatamente passou a agredir fisicamente a irmã, engordar ao ponto de atingir os critérios de obesidade e confiar menos nas pessoas. Mesmo tendo oportunidade posterior para interagir com os pares, após a resistência inicial da mãe, Miguel não apresentava motivação para tal, tornando-se isolado socialmente. Para a mãe, a principal mudança apresentada pela criança foi o baixo rendimento escolar e ausência de interesse e engajamento nas atividades relacionadas à escola.

Durante as sessões de psicoterapia Miguel contou para a terapeuta outros dois episódios de abuso que ocorreram anteriormente ao episódio descrito pela mãe e que ela não havia relatado para a terapeuta até então, apesar de estar ciente. O primeiro deles aconteceu também na escola quando seu primo, que era quatro anos mais velho, pediu para que ele tirasse a roupa e imitasse animais na frente de outras crianças mais velhas. A criança não deixou claro, mas algumas interações de cunho sexual parecem ter ocorrido. Nesse episódio a mãe foi até a escola questionar o que havia acontecido e, segundo ela, a escola minimizou o acontecimento. Miguel e o primo eram e ainda são bem próximos. Esse episódio gerou uma grande briga entre os familiares e Miguel conta que durante a briga tentava apaziguar, mas era punido por isso. Conta que ficou muito triste por ter sido proibido de brincar com o primo. Porém, atualmente as famílias se dão bem, se reúnem e ele mantém a amizade com o primo, apesar de ter tido uma monitoria exagerada dos pais (segundo ele) por muito tempo quando na presença dele. A análise clínica mostra que esse abuso sexual afetou Miguel mais por ter tido um caráter de humilhação pública. Nota-se o padrão de minimização dos problemas e de passividade diante de demandas sociais coercitivas que produziriam a sua aceitação do grupo social.

O segundo episódio relatado por Miguel foi em seu condomínio. Ele não descreveu o que ocorreu, apenas que aconteceram “as merdas” (sic) e que após isso a mãe o proibiu de descer e brincar com qualquer criança do prédio. Segundo a mãe, uma vizinha com o filho da mesma idade (amigo de Miguel) contou que seu filho havia revelado atos abusivos sexuais que ocorreram com ele e foram realizados por um adolescente e crianças mais velhas do condomínio. A mãe questionou Miguel e ele afirmou alguns acontecimentos. Nessa situação a mãe chamou a polícia que, ao chegar, apenas visitou o adolescente mais velho e o alertou que não poderia mais realizar os atos. Não foi feito nenhum boletim de ocorrência e nenhuma outra medida foi tomada. Algum tempo depois a família se mudou do condomínio, mas em seguida necessitou voltar por uma questão financeira. O abusador principal (adolescente na época) ainda mora lá, porém Miguel disse que não o vê. Novamente, a análise clínica desse episódio mostra grande passividade por parte de Miguel diante de demandas para pertencer ao grupo.

Todos esses episódios mostram que Miguel é uma criança muito vulnerável, facilitando a aproximação de abusadores. A hipótese que se levanta é a de que a ausência de afeto e atenção por parte dos pais, considerada como uma negligência afetiva, pode ter aumentado a necessidade de tais reforçadores para a criança, pois a privação de um estímulo pode aumentar o valor reforçador desse mesmo estímulo atuando como uma operação motivadora (Skinner, 2003/1953). Nesse sentido, pequenas magnitudes de reforço podem ter um efeito reforçador importante (Michael, 1993), assim como os lanches e atenção que os meninos mais velhos forneciam à criança. Além disso, o ambiente familiar também não era propicio para a revelação de eventos encobertos que Miguel experienciava durante os abusos sexuais e, quando a criança o fez, foi um tanto cuidado e um tanto punido. O cuidado envolveu retirá-lo do ambiente do abuso sexual. As punições envolveram julgamentos por parte dos pais devido a sua revitimização, monitoria excessiva e estressante sobre os comportamentos da criança, restrição do contato com outras crianças, depoimento na delegacia, mudanças de escola e um episódio

de violência física. No contato com Miguel, as consequências punitivas advindas dos pais parecem ter tido maior efeito sobre ele do que as reforçadoras.

Dinâmica familiar

A mãe relata não ser uma pessoa que fornece muita atenção, elogios e um tanto avessa a contato físico excessivo. Descreveu situações em que demonstra ter um padrão de alta reatividade às contingências aversivas, principalmente críticas sobre ela e os filhos advindas de outras pessoas, de maneira explosiva e agressiva. Esse padrão explosivo também ocorre na relação com o marido. Outra observação feita pela terapeuta foi a ocultação de informações importantes por parte da mãe, hora com função de evitar entrar em contato com contingências aversivas privadas, hora para se livrar de demandas. É ela quem resolve todas as questões relacionadas aos filhos, porém Miguel sente a ausência de atenção e afeto da mãe. No entanto, também não é capaz de se comportar para produzir esses reforçadores e acaba frequentemente minimizando esse déficit da mãe justificado pela falta de tempo e muitos a fazeres domésticos.

A mãe aponta que o pai é muito ausente do contato familiar, trabalha muito e direciona a maioria de seus comportamentos à comunidade da Igreja que frequenta. Além disso, percebe uma postura infantilizada dele com relação à Miguel, de brincadeiras inadequadas (“lutinha”) e ausência de regras e aplicação de consequências contingentes aos comportamentos problemas apresentados pelo filho. No contato com o pai a terapeuta observou grande dificuldade interpessoal: resistência a ir a sessão, dificuldade de olhar nos olhos, comportamento tímido. Além disso, a terapeuta percebeu grande déficit em descrever contingências simples sobre o que ocorre em casa, suas impressões e opiniões. Apesar de se mostrar um pai amoroso, existem déficits de repertórios importantes de relacionamento interpessoal, tato e descrição de contingências.

A irmã mais nova é descrita pela mãe como muito “agitada e perfeccionista” (sic) e a mãe entende que esta necessita muito mais de seus cuidados do que Miguel, devido a sua idade. Miguel sente bastante ciúmes pelo cuidado que a mãe fornece à irmã e muitas vezes acaba agindo agressivamente diante dessas condições.

A relação dos pais como casal é bastante complicada, permeada por constantes discussões que levaram a um episódio de violência doméstica presenciado por Miguel. O cliente acaba sendo envolvido nas questões familiares por parte da mãe e do pai. Muitas vezes trouxe como questão para discutir em terapia o receio da separação do casal, devido a possíveis dificuldades financeiras que a mãe viveria e a situação de ter que escolher com quem morar. Ele tem grande conhecimento sobre as movimentações financeiras da família, bem como questões pessoais do casal (ex: traição).

Hipóteses funcionais

O abuso sexual pode ser considerado um evento de grande valor aversivo para a criança, mas também pode conter alguns aspectos reforçadores, produzindo um sentimento de ambivalência com relação a figura do abusador e a essa experiência, que comumente é observado nas vítimas (Glaser, 1991; Hohendorff et al., 2012). Para a análise de hipóteses relacionadas ao abuso sexual, foi considerado apenas o último episódio que foi contado pela mãe na entrevista de anamnese, devido aos outros episódios apenas terem sido revelados durante o processo terapêutico. Nesse sentido, a conceituação de caso foi realizada com base no último episódio de abuso, que parece ter sido o mais traumático para Miguel.

A experiência de abuso sexual em si pode ser considerada aversiva devido à extrema diferença de poder entre a vítima e o abusador, se selecionarmos as definições de abuso sexual de Watson (1994) e Blanchard (1996), produzindo uma condição de submissão da vítima e de suas necessidades. A tentativa da criança de recusar os convites e lanches com função de fuga

dos abusos também demonstra a aversividade presente nessa experiência, bem como acrescenta as ameaças advindas dos abusadores, fator que aumenta a aversividade da experiência do abuso. Ainda nessa direção, levanta-se a hipótese de que alguns estímulos presentes durante o abuso sexual podem ter adquirido também função aversiva condicionada tais como a escola, atividades acadêmicas e o próprio relacionamento interpessoal com as pessoas (no caso, amigos/conhecidos que não fazem parte de seu círculo familiar).

Partindo-se dessas hipóteses, é possível explicar o comportamento agressivo e opositor que Miguel passou a emitir direcionado à irmã, mãe e professores como um produto da contingência aversiva que vivia (Sidman, 1995/1989). As agressões físicas reduziram, porém, a oposição (principalmente no ambiente escolar) se manteve. Além disso, acredita-se que durante os abusos algumas respostas relacionadas a produção de reforçadores ligados a parte acadêmica tais como prestar atenção nas aulas ficaram suprimidas (Sidman, 1995/1989; Skinner, 2003/1953), e é possível supor a alteração de seu valor reforçador, como no caso de estudar e produzir um bom desempenho acadêmico.

Sobre os relacionamentos interpessoais, é frequente falas de Miguel como “desconfiar eu desconfio de quase qualquer um” (sic), “aí teve um dia que eu aprendi a nunca confiar 100% em um amigo” (sic) e “todo mundo que eu conheço me trai, por assim dizer” (sic) demonstrando sua dificuldade em se relacionar de maneira íntima, já definido anteriormente nesse trabalho como emitir respostas em uma relação interpessoal que anteriormente foram punidas produzindo, portanto, aceitação e sentimentos como conexão social, proximidade interpessoal, confiança, dentre outros. Nesse sentido, considera-se que Miguel possui três operantes mais comuns diante da possibilidade de relacionamentos interpessoais: isolar-se das pessoas, interagir de forma superficial e emitir falas com conteúdo de críticas e queixas excessivas. A análise funcional realizada está ilustrada na Tabela 4, em que Sd representam os estímulos discriminativos, R as respostas e Sc as consequências.

Tabela 4.

Análise funcional dos padrões de respostas de Miguel nas relações interpessoais

Sd	**R**	**Sc**
Relações interpessoais	Se isola: realiza atividades solitárias tais como jogar vídeo game e mexer no computador enquanto poderia estar junto dos pares	Curto prazo: • Evita a possibilidade de ser punido: “enganado”, “traído”, “abusado” (Sr-) Longo prazo: • Ausência de reforçadores sociais importantes (P-) • Manutenção do quadro de baixa ativação comportamental (P-)
	Mantém relações superficiais: com os poucos amigos que tem, não frequenta a casa deles, não os recebe em sua casa, não fala de sua vida, “desconfia”	Curto prazo: • Elimina os aversivos relacionados a ser “enganado”, “traído”, “abusado” nas relações (Sr-) • Contato social mesmo que de baixa qualidade (Sr+) Longo prazo: • Afastamento das pessoas com quem se relacionava (P-)
	Emite respostas verbais com conteúdo de críticas e queixas excessivas	Curto prazo: • Evita revelar para o outro os efeitos aversivos de seu comportamento no mundo e nas pessoas/esquiva de punição (Sr-) • Causa dano a quem lhe agrediu, em ambiente seguro (Sr+) • Com a mãe: recebe ajuda/esquiva de demanda (Sr-) • Com os professores: recebe atenção (Sr+), juntamente com críticas (P+) Longo prazo: • Afastamento das pessoas com quem se relacionava (P-) • Manutenção do quadro de baixa ativação comportamental para modificar as contingências de sua vida e entrar em contato com outros reforçadores (P-)

O isolamento de Miguel é descrito como alta frequência de comportamentos para produzir reforçadores que sejam solitários (assistir tv, mexer no computador) e baixa frequência de busca por reforçadores que sejam produzidos em interação social com os pares (possui poucos amigos e não tem contato com eles em ambiente externo a escola), esquivando-se de entrar em contato com o outro. Além disso, nas poucas relações que possui, apresenta um

padrão de superficialidade, que pode ser caracterizado como respostas que ele emite quando em contato com os pares e que o impedem de se tornar mais íntimo deles, tais como emitir falas para entreter o outro e que não produzam nenhum ou pouco conhecimento das pessoas sobre ele. Apesar da consequência reforçadora imediata que retira a possibilidade de ser punido (traído, enganado e abusado) pelas pessoas com quem se relaciona e de entrar em contato com alguns poucos reforçadores sociais positivos (devido a ter alguns relacionamentos), Miguel também sofre a perda de outros reforçadores sociais positivos relacionados à intimidade. Possivelmente essas poucas relações não se manterão e haverá um afastamento dos pares com relação ao cliente, além da manutenção e/ou agravamento do quadro de baixa ativação comportamental refletido nas poucas atividades que Miguel realiza e na sua sensação de "baixa energia" (sic).

O padrão comumente chamado de "poliqueixoso", caracterizado como verbalizações com conteúdo de críticas e queixas excessivas, é frequente nas relações que Miguel estabelece. Levanta-se a hipótese de que esse tipo de comportamento é reforçado por receber ajuda materna para resolver problemas, funcionando como mandos disfarçados (Skinner, 1957); atenção de baixa qualidade dos professores; causar dano às pessoas que lhe produziram algum tipo de aversivo (Sidman, 1995/1989; Skinner, 2003/1953) por meio de acusações e críticas em um ambiente protegido, ou seja, na ausência dessas pessoas; evitar se vulnerabilizar revelando os próprios comportamentos que produziram consequências aversivas para o outro, direcionando a atenção dos ouvintes para as estimulações aversivas que os outros produziram nele. Em palavras usuais, chama-se tal padrão comportamental de "vitimização" e "falta de comprometimento". Por outro lado, tal maneira de interagir nos relacionamentos pode manter sua dificuldade no repertório de resolução de problemas; produzir críticas advindas dos professores; afastamento das pessoas com quem se relaciona e agravar ainda mais o isolamento social e a baixa ativação comportamental.

Em contrapartida aos aspectos aversivos do abuso sexual vivido por Miguel, é possível que tal experiência tenha lhe proporcionado contato com alguns tipos de reforçadores. Mais objetivamente, a criança recebia lanches (reforçadores tangíveis). Reforçadores sociais como a atenção dos meninos mais velhos e reforçadores intrínsecos como o toque físico, podem também ter feito parte dessa experiência. Vale ressaltar que essas são hipóteses de processos comportamentais envolvidos na experiência da criança, embasados na análise do caso e na literatura. Não é o objetivo nesse momento que tal análise seja realizada junto da criança, devido ao seu nível de maturidade de desenvolvimento, bem como por esse assunto ainda ser bastante difícil para ela.

Partindo de tais hipóteses, é possível entender que após os abusos cessarem houve uma perda de reforçadores tangíveis, sociais e intrínsecos. Tal operação de privação, por sua vez, aumenta o valor reforçador de tais reforçadores (Michael, 1993) e, portanto, Miguel pode ter passado a emitir outros comportamentos para produzi-los. Na escola, é possível que os comportamentos disruptivos de oposição e de interrupção da aula, fruto dos efeitos da punição já citados anteriormente, estejam sendo mantidos por reforçadores sociais de atenção dos professores. No ambiente familiar, comportamentos chamados de “agradabilidade” que envolvem se comportar em função do que é reforçador para o outro e pedidos por aprovação social e toque físico (carinhos) tem a função de produzir também reforçadores sociais e intrínsecos para si.

Esses padrões de respostas selecionados no repertório de Miguel para adquirir reforçadores sociais cumprem sua função a curto prazo. Entretanto, como já descrito, a médio e longo prazo produz um afastamento das pessoas com quem se relaciona. Relatos da mãe sobre ele ser “cansativo” (sic), “as crianças não terem paciência com ele” (sic), “os professores não gostam dele” (sic) e do próprio Miguel como “as vezes sou chato” (sic), ilustram tais consequências.

Sistematização dos comportamentos clinicamente relevantes

A FAP foi utilizada em psicoterapia individual com a criança com o objetivo de modelar respostas importantes para o repertório de relacionamento interpessoal do cliente em sessão e produzir a generalização desse repertório para seu ambiente natural. Era esperado que as relações interpessoais reduzissem seu potencial aversivo adquirido após a experiência de abuso sexual, bem como se tornassem mais reforçadoras, e que o cliente aprendesse habilidades importantes para construí-las de maneira intensa e duradoura.

Os comportamentos emitidos pela criança em sessão na relação com a terapeuta (CCR), que correspondem aqueles apontados como problemáticos em seu ambiente natural (O1s), produzem pouco conhecimento da terapeuta sobre o impacto que os eventos – principalmente aversivos – têm em Miguel, bem como sobre o impacto que os comportamentos de Miguel têm no mundo e nas outras pessoas. De maneira geral, produzem um conhecimento reduzido sobre as contingências da vida da criança, dificultando a criação de um vínculo terapêutico forte, revelação de eventos importantes como o abuso sexual e outros mais atuais, e o delineamento de estratégias de mudança.

Duas classes de comportamentos clinicamente relevantes foram escolhidas para a análise e intervenção na presente pesquisa, devido a aparecerem de maneira mais frequente e saliente para a terapeuta/pesquisadora.

CCR1A – Superficialidade: esquiva de relatar o impacto que as situações possuem sobre ele, principalmente eventos encobertos, emitindo comportamentos que produzem superficialidade na relação com a terapeuta. Diante de solicitações da terapeuta para reflexões sobre seus eventos encobertos, o cliente geralmente responde de maneira superficial; fala sobre outras pessoas, histórias, filmes, séries dentre outras referências para ilustrar algo que acontece com ele; muda de assunto; emite falas que minimizam o impacto que os eventos têm nele; se

recusa a analisar o impacto das coisas sobre ele; fornece respostas sem correlação com o que a terapeuta pergunta.

Exemplo 1

T: *Entendi. Eu acho que você desconfia, né, das pessoas?*

C: *Desconfiar eu desconfio de quase qualquer um.*

T: *Quase qualquer um?*

C: *Eu assisto Blacklist, essas coisas. Você já viu "um dia para matar"? Um cara que parece o Rambo misturado com Chuck Norris.* – (CCR1; fala sobre filmes e séries quando falando sobre si)

Exemplo 2

T: *O que você quer falar hoje? Sobre você, sobre sua semana...*

C: *Não sei, está tudo normal. Tem jogo?* – (CCR1; muda de assunto diante de pergunta sobre si)

T: *OI?*

C: *Tem jogo?* – (CCR1; muda de assunto diante de pergunta sobre si)

T: *Se tem jogo? Para quê?*

C: *Não sei, nada para falar.* – (CCR1; se nega a contar sobre os eventos de sua vida)

Exemplo 3

C: *Aí hoje eu compreendo. Eu não sou aquele tipo de pessoa que fica pensando: "Por que morreu?". O bicho tinha doença até onde não pode ter, por que ele não morreria, né?* (falando do seu cachorrinho que morreu) – (CCR1; minimiza o valor aversivo do evento da morte do seu cachorro)

T: *Mas você não fica pensando, assim...*

C: *Eu não tinha muita experiência com ele, né. Quando eu vi eu só enfiava a mão nele. Só enfiava a mão na boca dele e ficava enchendo o saco.*

T: *Mas você chorou nesse dia, né?*

C: *É, dá um...* – (CCR2; inicia fala sobre evento encoberto coerente com a situação que descreveu)

T: *Dá um negocinho, né...*

C: *Criança pequena sempre tem apego a coisas simples.* – (CCR1; minimiza condição aversiva encoberta de tristeza)

T: *Você acha que foi uma coisa simples?*

Exemplo 4

T: *Nossa?! E o que você achou desse jeito que a professora falou com você?*

C: *Ah, não posso mandar ela se ferrar, então...* – (CCR1; fala sobre uma ação diante de uma pergunta sobre evento encoberto)

T: *Mas o que você achou?*

C: *Encheção de saco.* – (CCR1; fala pouco refinada sobre seus eventos encobertos)

T: *Sim, foi uma encheção de saco... Como você se sentiu na hora que a professora falou isso com você, falou que você não estava cuidando bem da sua irmã e tudo mais?*

Exemplo 5

C: *Então teve uma primeira vez* (episódio de abuso) *que foi... Na minha... Na minha primeira escola. Então foi bem a primeira né, porque você tava no bagulho de maternal lá que era até o primeiro ano, ou segundo, só que eu saí antes disso porque as professoras me odiavam.*

T: *Tá, vamos pegar essa primeira vez e vamos falar dela?*

C: *É que antes disso, o motivo delas* (professoras) *me odiarem é que teve uma vez que eu subi no armário de metal, literalmente eu subi no armário, ele era até altura daquele ar condicionado.* – (CCR1; muda de assunto quando fazendo revelações importantes sobre o abuso)

T: *Uhum.*

C: *Eu subi, peguei as tintas e joguei na sala inteira.*

T: *Uhum.*

C: *E em mim também.*

T*: Tá.*

CCR1B – Comportamento poliqueixoso: emite falas de críticas e queixas como esquiva de relatar o impacto (principalmente aversivo) que o seu comportamento tem no mundo, evitando punição e demandas da terapeuta. Diante de solicitações da terapeuta para reflexões sobre o impacto dele com relação ao mundo, demanda para mudar ou descrever uma possível mudança, o cliente geralmente critica as pessoas e outros eventos no mundo; se recusa a analisar o impacto dele no mundo; muda de assunto; reclama de algum evento aversivo em sua vida; relata dificuldades em mudar as contingências de sua vida; minimiza o impacto do que faz no outro e no mundo; responsabiliza o ambiente ou os outros.

Exemplo 1

T: *Ah, poder ser isso, né?*

C: *É.*

T: *Você acha que tem chance de ser isso? Tipo assim, você não faz lição daí eles* (professores) *não gostam de você, daí eles tendem a ver os problemas que você arruma na escola?*

C: *Eu não sei por que, mas eu não gosto de professora.* – (CCR1; muda de assunto diante da possibilidade de afirmar sua responsabilidade nos conflitos com os professores)

Exemplo 2

T*: Bom, e o que ela* (mãe) *me falou é que você tem apresentado alguns comportamentos que ela tem ficado preocupada e eu vou te contar o que é que ela me falou e aí você me fala se você concorda.*

C: *Recentemente?*

T: *Recentemente. Tipo, ela acha que você tem comido compulsivamente, tipo comido muito de ansiedade ou de ficar nervoso. Você concorda ou você não concorda?*

C: *Mulher falsa.* – (CCR1; acusa o outro quando diante de um problema seu)

Exemplo 3

T: *E você tem algum amigo que faz esse papel para você ou não, nem amigo?*

C: *Não. Eu tenho amigo que me ajudaria, só que não nível de parceiro a esse ponto.*

T: *Você gostaria de conseguir?*

C: *Eu daria minha vida para ter meu irmão.* (CCR2)

T: *Opa. Então como é que a gente põe esse objetivo aqui?*

C: *Não sei, todo mundo que eu conheço me trai, por assim dizer.* (CCR1; fala do problema quando a terapeuta propõe pensar em uma solução)

T: *Nossa.*

Exemplo 4

T: *Aham. Nossa, sabe o que eu estou pensando aqui?*

C: *Hm.*

T: *Será que esse menino de fato não reclamou* (de ter sido agredido na brincadeira da escola)*? Será que ele não chegou em casa e ficou meio arrependido de ter brincado?*

C: *Não, ele faz arte marcial, se ele quisesse teria batido em todo mundo.*

T: *E você bateu nele?*

C: *Ele é um pouco pequeno então eu bati só um pouquinho. Só encostei a mão nele, não bati nele. Ele é mais ou menos desse tamanho.* – (CCR1; minimiza o impacto aversivo que causa no outro)

T: *Como que é essa história de encostar a mão nele sem bater? Tem jeito disso? (RISOS)*

C: *Eu tentei dar um soco, mas tinha gente na minha frente e só fez isso. Então não deve nem ter doído que eu lembre. E ontem também que eu estava correndo e alguém botou o pé na minha frente e eu cai com tudo nessa brincadeira e tinha passado.* - (CCR1; minimiza o impacto aversivo que causa no outro/fala de um problema para si diante de demanda para pensar no problema que causou no outro)

Exemplo 5

T*: É, quem sabe. Mas sendo bem sincera, eu fico preocupada quando você... Com você. Porque eu acho que... Eu acho que você não podia estar faltando* (nas aulas).

C: *Me dá uns 40 atestados aí para eu comprovar tudo (risos).* – (CCR1; pede para o outro resolver o problema que ele mesmo produziu para si)

T: *Pois é. Você queria que eu fizesse isso?*

C: *Uhum (risos). Dá uns 40 mil atestados aí. – (*CCR1; pede para o outro resolver o problema que ele mesmo produziu para si)

T: *Ia livrar a sua barra.*

C: *(risos).*

T: *Você queria que eu livrasse a sua barra?*

C: *Vai psicóloga, me ajuda aí.* – (CCR1; pede para o outro resolver o problema que ele mesmo produziu para si)

CCR2A – "Vulnerabilidade": respostas de maior "proximidade" interpessoal com a terapeuta. Diante de situações que evocam relatos sobre o impacto das situações nele, principalmente eventos encobertos aversivos, responder de maneira mais refinada (frases mais longas, nomeação de sentimentos); falar de si quando descrevendo sobre dificuldades e eventos encobertos e não dos outros; manter-se no assunto; falar de maneira correspondente sobre os impactos das estimulações aversivas nele; analisar o impacto que os eventos têm nele.

Exemplo 1

T: *Bem? Tem alguma coisa hoje que você quer falar?*

C: *Estou puto com meu primo.* – (CCR2; descreve sentimento de maneira clara)

T: *É? Por quê?*

C: *Tinha um jogo em promoção... Eles estão passando por um problema financeiro lá, né.*

T: *Ahn.*

C: *Ele está com problema financeiro lá e que eu queria comprar um jogo, R$50,00.*

T: *Jogo de que, de Playstation?*

C: *É. R$50,00 e gente dividiu em cinco. Para você comprar no cartão. Ele nem sequer avisou que decidiu que não iria comprar.*

Exemplo 2

T: *Sei. E como é que... Você estava falando da Lisa* (do desenho "Os Simpsons") *por que parece com o seu jeito, né, que às vezes você sente uma coisa, mas no fundo você tem vontade de fazer outra.*

C: *É, tipo num segundo, não sei, eu amo os animais mas dois segundos depois eu quero matar um bicho, é tipo isso.*

T: *Uhum.*

C: *Uma hora eu falo que eu amo meu cachorro, mas quando ele pega uma coisa minha só falta eu enforcar ele.* – (CCR2; descreve claramente seus eventos encobertos)

T: *Sei. Você tem sentimentos muito contraditórios...*

C: *É.*

T: *Agora eu estou entendendo melhor porque você parece com a Lisa. E aí como você acha que isso acontece com você na hora que você está lá brincando com os meninos?*

Exemplo 3

T: *Ele te chamou? Porque você ia lá sempre, é isso?* (assunto sobre um dos episódios de abuso)

C: *Na maioria das vezes. Mas quando era para fazer xixi eu ia no dos pequenos, mas quando estava na hora do lanche eu ia no dos pequenos também só que ele me chamava.* – (CCR2; fazendo revelações importantes sobre o abuso, das quais se esquivava antes.)

T: *Por que ele te chamava... E o que ele queria?*

C: (falando enrolado) *eu quase não lembro mas também é ruim né.* – (CCR2; expressão de sentimentos)

T: *O que é ruim?*

C: Falar. – (CCR2; expressão de sentimentos)

T: *É difícil, né, ficar lembrando dessas coisas né.*

C: *Não é nem isso, é difícil falar mesmo.* – (CCR2; expressão de sentimentos)

T: *Tá. Por que você acha que é ruim contar?*

C: *Não sei, especificar exatamente tudo, tudo.*

T: *Especificar tudo é que é ruim?*

C: *Caceta por caceta, pontinho por pontinho tudo que aconteceu. Isso daí é ruim.* – (CCR2; expressão de sentimentos)

T: *Isso é ruim? Tá, estou te entendendo. Você sabe me dizer porque que é ruim? Porque você se sente mal fazendo isso?*

C: *Não sei, me dá um ruim aqui dentro que eu não consigo falar, não sai.* – (CCR2; expressão de sentimentos)

T: *Aahhh! Tá....*

C: *Se fosse para falar, não precisa falar com detalhes, aí ele me chamava, fazer merda no banheiro e tchau.*

T: *Isso você faz assim, bem mais tranquilo.*

C: *É.*

T: *Mas é nesse pontinho que está difícil da gente pegar né. É isso que você está dizendo né? Essa hora é hora que dá um aperto no peito e também não sai e você vê que está difícil ainda para você falar disso né?*

C: *E não dá vontade.* – (CCR2; expressão de sentimentos)

Exemplo 4

C: *Eu fiquei um tempo sem ir* (na atividade extracurricular) *e agora vou recomeçar tudo de novo em Janeiro quando eu tiver a primeira aula e não sei o quê.*

T: *Que legal.*

C: *Tem hora que eu não quero ir, não sei, tô sem saco e não quero ir não.* – (CCR2; expressão clara de eventos encobertos)

T: *É mesmo?*

C: *Quando eu ia para a aula eu adorava.* – (CCR2; expressão clara de eventos encobertos)

T: *Era só uma preguicinha, tá.*

C: *Aí quando eu venho para cá, preguiça, não sei.* – (CCR2; expressão clara de eventos encobertos)

T: *Aham.*

C: *Aquela pressa, "deixa eu comer em paz".*

T: *Tipo: "Ai que saco ter que sair de casa correndo".*

C: *É. Aí vem aqui, descansa um pouco, conversa, sai feliz.* – (CCR2; expressão clara de eventos encobertos)

<u>CCR2B – "Auto responsabilização":</u> relatos do impacto (aversivo) que o seu comportamento tem no mundo, se expondo a possíveis situações de punição e de demandas para modificar as contingências por parte da terapeuta. Diante de solicitações da terapeuta para reflexões sobre o impacto dele com relação ao mundo, falar sobre o que ele fez ou poderia ter feito de diferente; analisar o impacto dele no mundo junto com a terapeuta; se manter no assunto; falar do impacto do comportamento dele no mundo, de maneira correspondente.

Exemplo 1

T: *Ah,tá. Então deixa eu ver se eu entendi, você tava brincando com a sua irmã, você falou alguma coisa para ela que...*

C: *Eu falei alguma coisa dela e ela ficou meio chateada, sei lá.* – (CCR2; descreve o que fez para produzir o afastamento do outro)

T: *Aham. Chateada ou com vergonha?*

C: *Os dois.*

T: *Os dois. E aí aconteceu... Por causa disso aconteceu essa história?*

C: *Sim.*

T: *Nossa, que difícil hein.*

Exemplo 2

T: *"Você está com o filme queimado com a diretora e quer que ela deixe você participar de uma atividade escolar, tipo a gincana..."* (atividade de cartões de solução de problemas baseados em situações da vida da criança)

C: *Eu não teria como conseguir isso porque eu falhei nessa missão ... Eu falhei não tem como eu dar um exemplo de como dar certo.*

T: *Tem! Agora que você falhou você pode pensar o que você poderia fazer diferente. O que você faria pra ela deixar você participar dessa atividade?*

C: *Tudo que ela falasse pra ... Tudo o que ela pedisse pra eu fazer. Não, eu faria tudo o que ela falasse que eu tinha que fazer: me comportaria, faria a lição* – (CCR2; descreve uma resposta alternativa a uma anterior problemática que ele emitiu, demonstrando baixa resistência a mudança)

T: *Você se comportaria e faria lição*

C: *Isso*

T: *Ok. Tá agora a gente vai falar o que tem de bom e ruim nessa situação, nessa resposta que você deu. Que tem de bom em fazer a lição e se comportar em sala de aula?*

Exemplo 3

C: *Você ainda vai deixar meia hora pra minha mãe?*

T: *Não, não vou deixar*

C: *Ué você não falou que ia deixar?*

T: *Vou tentar é ... Acrescentar meia hora na semana que vem, na quarta-feira a gente faz*

C: *Bom eu tenho que dar um jeito de passar rápido né, pra chegar logo o feriado*

T: *Ahhh*

C: *Quero faltar na escola mas tudo bem ... Bom já faltei umas 200 vezes né não dá.* – (CCR2; descreve um comportamento seu que foi problemático)

T: *É ...*

Exemplo 4

C: *Eu também não fui para escola hoje.* – (CCR2; revela um comportamento seu com altas chances de ser punido)

T: *De novo?! O que aconteceu?*

C: *Horário (risos).*

T: *O que aconteceu dessa vez? Me conta?*

C: *Não sei, perdi o horário de novo. Quando eu acordei era 10 horas da manhã.* – (CCR2; afirma ter produzido o próprio problema)

T: *Ninguém te acordou?*

C: *Não.*

Com o início da Fase B1 (primeira fase FAP) a terapeuta-pesquisadora e a orientadora observaram que as sessões pareciam estar muito pesadas para Miguel, tendo em vista que ele emitia muitos CCR1 de resistência e havia um tom de seriedade muito forte nas sessões. Dessa

forma, optou-se for reduzir a exigência da criança, selecionando a classe de CCR-A como a mais importante a ser modelada em um primeiro momento. Assim, havia uma hierarquia entre os comportamentos clinicamente relevantes da classe A sobre os da classe B na conceituação do caso. A seguir está a ficha de conceituação do caso que contém a sistematização dos comportamentos de Miguel (Os e CCRs) e foi utilizada pelos aferidores de concordância.

Tabela 5.

Ficha de conceituação do caso Miguel para categorização e aferição

O1-A	**CCR1-A**	**CCR2-A**	**O2-A**
"Evitação", "desconfiança" e "superficialidade" nas relações: 1. Quando os colegas lhe produzem algum incômodo, mantém o contato social sem expor o que pensa e sente, mas fica ressentido e não confia mais na relação; ou se afasta e evita os colegas. 2. Permanece em casa, fazendo atividades solitárias ao invés de encontrar os amigos fora do ambiente da escola (não os recebe em casa e nem vai à casa deles, mantendo uma relação superficial). 3. Aceita os elogios dos pais sem questionar ou conversar a respeito, expondo sua real desconfiança na opinião deles.	Esquiva de relatar o impacto que as situações possuem sobre ele, principalmente eventos encobertos, emitindo comportamentos que produzem superficialidade na relação com a terapeuta	Respostas de maior "proximidade" interpessoal com a terapeuta diante de situações que evocam relatos sobre o impacto das situações nele, principalmente eventos encobertos	"Vulnerabilidade", "confiança" e "intimidade" nas relações: 1. Expõe seus incômodos diretamente para os colegas, aumentando as chances de uma real resolução do problema e fortalecimento da relação. 2. Frequenta a casa dos amigos e os recebe em casa, encontra os amigos em outros ambientes para além da escola. 3. Expõe suas desconfianças e dúvidas com relação as opiniões dos pais sobre eles.
	<u>Topografias:</u> Diante de: solicitação de reflexão sobre o impacto das situações sobre ele... a.Responde "superficialmente" (monossilábica ou poucas palavras) b. Fala sobre outras pessoas, histórias, filmes, séries e etc, para ilustrar algo que acontece com ele c. Muda de assunto d. Minimiza o impacto que os eventos têm nele e. Se recusa a analisar o impacto das coisas sobre ele f. Fornece respostas sem correlação com o que a terapeuta pergunta	<u>Topografias:</u> Diante de: solicitação de reflexão sobre o impacto das situações sobre ele... a. Responder de maneira mais refinada (frases mais longas, nomeação de sentimentos) b. Fala de si quando descrevendo sobre dificuldades e eventos encobertos c. Mantém-se no assunto d. Fala de maneira <u>correspondente</u> sobre os impactos das estimulações aversivas nele. e. Analisa o impacto que os eventos têm nele	
O1-B	**CCR1-B**	**CCR2-B**	**O2-B**
"Críticas e queixas excessivas":	Esquiva de relatar o impacto (principalmente aversivo) que	Relato do impacto (aversivo) que o seu	"Auto responsabilização":

1. Critica as professoras e os colegas para a mãe e para outros colegas. 2. Emite falas de lamentação sobre a sua vida no ambiente familiar. 3. Acusa os outros, sem descrever a sua responsabilidade sobre o comportamento de "pegar no pé" que as professoras e as meninas da classe têm com ele.	o seu comportamento tem no mundo, evitando punição e demandas da terapeuta.	comportamento tem no mundo, se expondo a possíveis situações de punição e de demandas para modificar as contingencias por parte da terapeuta	auto exposição sobre o impacto que produz nos outros e no mundo: 1. Descreve seus incômodos com as professoras e os colegas de classe relacionando o que fez para produzi-los. 2. Pede para os pais coisas que possam produzir mudanças para melhorar sua vida tais como sair para ver os amigos, recebe-los em casa, conversar com as professoras e etc.
	Topografias: Diante de – solicitação de reflexão sobre o impacto dele com relação ao mundo, demanda para mudar ou descrever uma possível mudança... a. Critica as pessoas e outros eventos no mundo b. Se recusa a analisar o impacto dele no mundo c. Muda de assunto d. Reclama de algum evento aversivo em sua vida e. Relata dificuldades em mudar as contingências de sua vida f. Minimiza o impacto do que faz no outro e no mundo g. Responsabiliza o ambiente ou os outros	Topografias: Diante de – solicitação de reflexão sobre o impacto dele com relação ao mundo, demanda para mudar ou descrever uma possível mudança... a. Fala sobre o que ele fez ou poderia ter feito b. Analisa o impacto dele no mundo junto com a terapeuta c. Se mantém no assunto d. Fala do impacto do comportamento dele no mundo, de maneira correspondente	

Dados do *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS; Callaghan & Follette, 2008)

O principal dado a ser analisado por esse instrumento é a porcentagem de cada categoria do FAPRS (exemplo: CCR1, Regra 3, TPR) em cada sessão de terapia. Para a coleta da pesquisa foram categorizadas cinco sessões de psicoterapia em cada uma das fases do delineamento experimental, como proposto por Kratochwill et al. (2013) como critério de validade. Na Fase A1 foram categorizadas as sessões 1, 2, 3, 4 e 5; na Fase B1 as sessões 6, 7, 10, 12 e 14; na Fase A2 foram categorizadas as sessões 15, 17, 19, 21 e 22; e na Fase B2 as sessões 23, 24, 26, 28 e 30. Diante do problema de pesquisa do presente estudo destaca-se os dados de fluxo de porcentagem dos CCR1 e CCR2 ao longo de todas as fases do experimento.

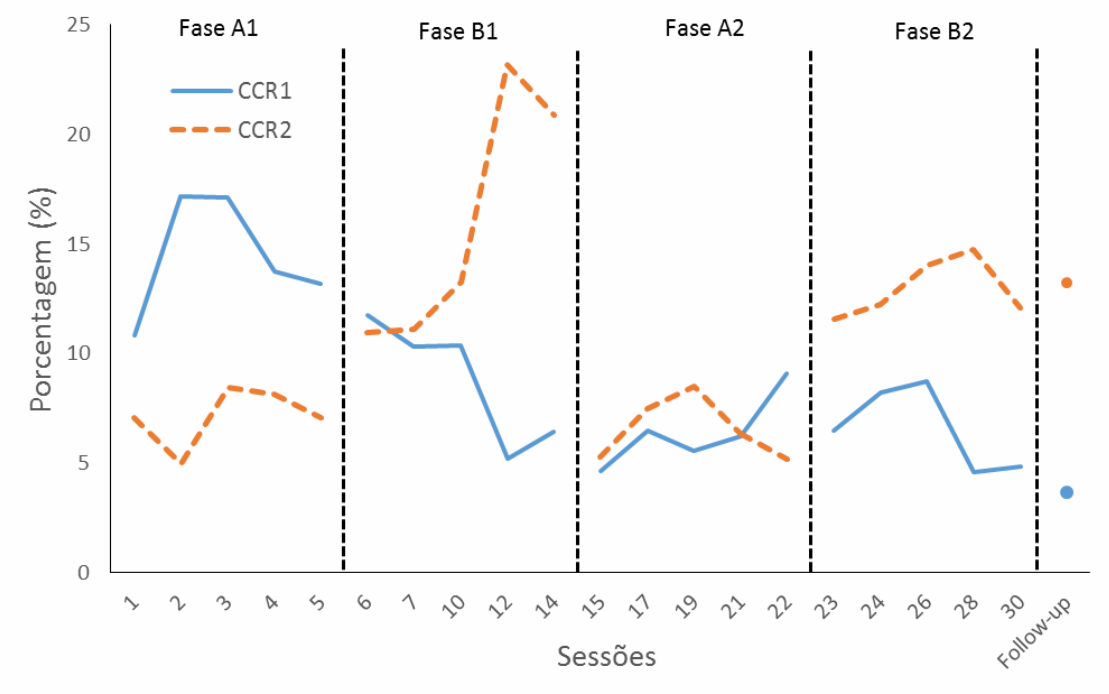


Figura 3. Porcentagem de CCR1 (linha azul sólida) e CCR2 (linha laranja tracejada) por sessão de terapia do participante Miguel dividido pelas fases do experimento (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP). Os pontos em azul e laranja representam, respectivamente, a porcentagem de CCR1 e CCR2 na sessão de *follow-up* após um mês da última sessão do delineamento.

Ao avaliar o gráfico da Figura 3 de maneira geral, observa-se que no início do experimento (sessão 1) a porcentagem de CCR1 é de 10,84% e a porcentagem de CCR2 é de 7,05%, enquanto ao final (sessão 30) a porcentagem de CCR1 encontra-se em 4,85% e de CCR2 em 12,06%. Há, portanto, um decréscimo da porcentagem de CCR1 e aumento da porcentagem de CCR2 como resultado final do processo terapêutico global. Isso sugere que, como produto final do delineamento como um todo, dentro do *setting* terapêutico a criança passou a emitir menos comportamentos clinicamente relevantes problemáticos e a emitir mais comportamentos clinicamente relevantes de melhora do que no início da condução clínica. Nota-se, por meio de uma análise visual do gráfico, uma tendência da porcentagem de CCR1 diminuir e em seguida manter-se com pouca variação ao longo do experimento enquanto a porcentagem de CCR2 oscila mais marcadamente de acordo com a mudança de fases do experimento.

A Figura 3 também permite analisar as mudanças de porcentagem dos CCR de acordo com a mudança de fases do delineamento. Nota-se um aumento da porcentagem de CCR1 emitidos pela criança entre o início (10,84%) e o final (13,16%) da Fase A1. Com a introdução

da variável independente (VI) – início da Fase B1 correspondente a FAP – há um decréscimo imediato da porcentagem de CCR1 (11,76%) e a fase termina apontando para uma porcentagem ainda mais baixa (6,43%). Ao se iniciar a replicação da condição experimental (A2 – B2), observa-se uma queda inicial na porcentagem de CCR1 (4,62%), no entanto a Fase A2 termina apontando uma porcentagem de CCR1 maior (9,11%), como visto também na Fase A1. Já entre o início e término da Fase B2 (reintrodução da VI) há um decréscimo imediato na porcentagem de CCR1, que se inicia em 6,49 % e termina em 4,85%, como apresentado também na Fase B1. Tais informações indicam que em ambas as fases onde foi realizada a intervenção TACI (A1 e A2) a porcentagem de CCR1 aumentou do início ao fim da condição experimental, enquanto nas fases onde foi realizada a FAP (B1 e B2) houve queda da porcentagem dos comportamentos problemáticos entre o início e o fim das fases.

Fica perceptível oscilações nos resultados das porcentagens de CCR1 em cada fase experimental. Nas últimas três sessões da Fase A1 nota-se uma tendência a redução das porcentagens de CCR1 que se intensifica na Fase B1, o que poderia reduzir a confiabilidade de que a introdução da VI foi a responsável por produzir queda nos CCR1. No entanto, a queda das porcentagens de CCR1 com a introdução da FAP é mais pronunciada, principalmente a partir da sessão 10 (10,36%), além de haver aumento dos CCR1 ao se suspender a VI na Fase A2. Tal resultado também foi encontrado em um dos clientes do estudo de Aranha (2017), que afirmou a necessidade de se ter prolongado a primeira fase da psicoterapia até se obter uma estabilidade nas tendências (Sidman, 1960) para então iniciar a nova fase. Do mesmo modo, por questões da necessidade de mudança do arranjo experimental após já se ter iniciado a Fase B1, bem como pelo prazo para finalização da coleta, não foi possível para a pesquisadora-terapeuta seguir tal parâmetro.

Para uma análise ainda mais minuciosa dos resultados das porcentagens de CCR1 pode ser observada a linha de previsão de tendência de cada fase nos gráficos da Figura 4. Essa linha fornece a tendência em que as porcentagens de CCR1 oscilam entre as cinco sessões de cada fase, acrescida de uma probabilidade de como tenderiam os dados em sequência. Na Figura 4 os resultados da porcentagem de CCR1 são representados pela linha azul sólida e a

tendência das porcentagens são representadas pela linha azul tracejada. As diferentes fases do delineamento estão indicadas pelo seu nome correspondente dentro do gráfico.

Ao considerar todas as cinco sessões categorizadas na Fase A1 (Figura 4) fica evidente que há uma leve tendência crescente da porcentagem de CCR1. Esse resultado mostra que apesar de as últimas três sessões dessa fase tenderem a cair, considerando-se a fase como um todo isso não é observado. A Fase B1 apresenta uma clara tendência a queda das porcentagens de CCR1 ao longo das sessões FAP. Já a Fase A2, quando há retirada da VI, apresenta tendência a aumento das porcentagens de CCR1 ao longo das sessões. Assim como observado na primeira fase FAP, a Fase B2 mostra tendência a queda das porcentagens de CCR1 ao longo das sessões.

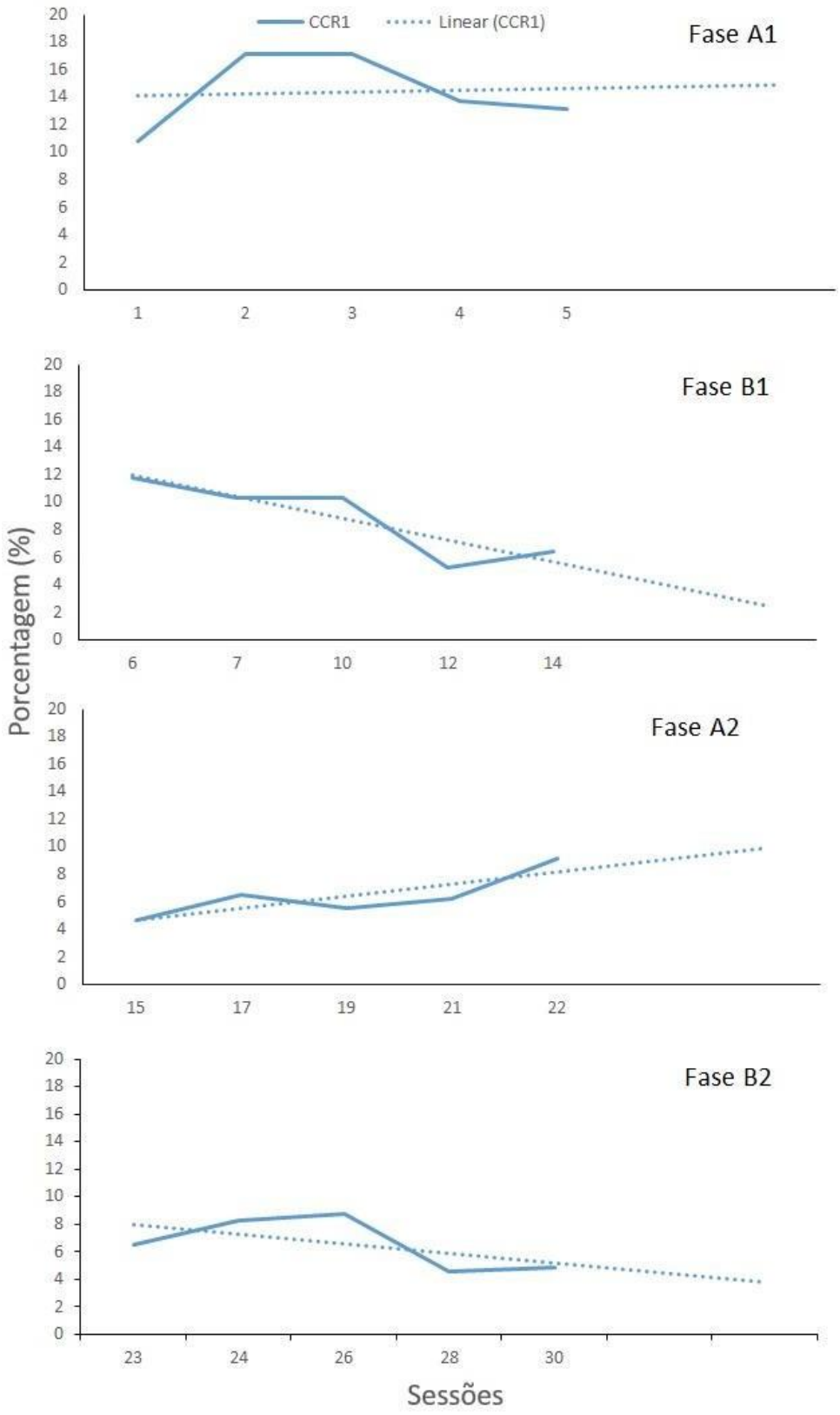


Figura 4. Porcentagem de CCR1 (linha azul sólida) por sessões do participante Miguel em cada fase do experimento (Fases A1 e A2 = linha de base; Fases B1 e B2 = FAP) com a linha de previsão de tendência das porcentagens de CCR1 (linha azul tracejada)

Retomando as informações, os resultados das porcentagens de CCR1 (Figura 3) e suas tendências (Figura 4) mostram que a manipulação da VI (FAP) produziu uma alteração na porcentagem de CCR1 no delineamento experimental, havendo redução das porcentagens ao introduzir a FAP e aumento das porcentagens ao se retirar a FAP. Esses resultados corroboram a hipótese da presente pesquisa e também são encontrados em Aranha (2017), Geremias (2014), Lima (2017) e Oshiro (2011).

Vale ressaltar que as porcentagens de CCR1 em nenhum momento da condução experimental voltam aos níveis da linha de base. Isso sugere o próprio desenvolvimento de uma terapia bem sucedida, na qual, ao longo do processo, temos um manejo em sessão que pode evocar CCR1, mas que, devido a modelagem dos CCR realizada na primeira fase FAP, essa porcentagem permanece mais baixa do que na primeira fase (Fase A1), como apontado por Geremias (2014) e visto também em Oshiro (2011) e um dos clientes de Mangabeira (2015) e Villas-Bôas (2015).

Com relação a porcentagem dos comportamentos clinicamente relevantes de melhora (CCR2), a Figura 3 mostra que ao final da Fase A1 a porcentagem se manteve próxima a do início dessa fase (início da fase = 7,05%; final da fase = 7,09%). Já com a introdução da VI (Fase B1) houve um aumento imediato da porcentagem de CCR2, terminando a fase com quase o dobro da porcentagem acima de seu início (início da fase = 10,96%; final da fase = 20,83%). Na replicação das fases do delineamento experimental (A2 – B2), nota-se que ao se retirar a VI (Fase A2) a porcentagem dos comportamentos clinicamente relevantes de melhora decai imediatamente e expressivamente (5,29%) e ao final da Fase A2 tal porcentagem se mantém próxima ao início dessa fase (5,17%). Com a reintrodução da VI (Fase B2) novamente há aumento imediato e expressivo da porcentagem de CCR2 (11,59%) que aumenta levemente ao final dessa fase (12,06%). Desse modo, é possível afirmar que houve aumento dos comportamentos clinicamente relevantes de melhora da criança contingente à introdução da VI

(FAP) e queda dos mesmos comportamentos contingente à retirada da FAP, mais uma vez corroborando com a hipótese da pesquisa e os dados de estudos clínicos experimentais em FAP já realizados (Aranha, 2017; Geremias, 2014; Lima, 2017 e Oshiro, 2011).

Ao analisar visualmente o gráfico da Figura 3 também é possível observar que há inversão das linhas de resultado das porcentagens de CCR ao longo de todo o delineamento experimental. A Fase A1 se inicia com as porcentagens de CCR1 maiores que as de CCR2, porém durante a Fase B1 há a inversão desses resultados (sessão 7) que apontam para uma porcentagem maior de CCR2 e menor de CCR1. A Fase A2 se inicia com a manutenção das porcentagens de CCR2 acima das de CCR1, porém na penúltima sessão de tal fase (sessão 22) inicia-se a inversão dos resultados. Por fim, a Fase B2 já se inicia com os resultados invertidos sendo a porcentagem de CCR2 acima da porcentagem de CCR1. Esse dado mostra que ao introduzir a variável independente FAP há uma inversão nas porcentagens de CCRs quase que imediata, assim como observado nos estudos de Aranha (2017), Geremias (2014), Mangabeira (2016) e Oshiro (2011). Durante a Fase A2 (Figura 3), em que há retirada da VI, apesar da queda expressiva e imediata na porcentagem de CCR2, eles ainda prevalecem em relação a porcentagem de CCR1 durante três sessões até que haja a inversão na sessão 21 e visível superioridade dos CCR2 sobre os CCR1 na sessão 22. Os motivos pelos quais há inversão imediata da porcentagem dos CCRs com a introdução da VI e atraso da inversão ao se retirar a VI serão analisados mais a frente ao se integrar a análise das porcentagens das regras da FAP.

É evidente que o aumento das porcentagens de CCR2 contingente a introdução da VI é mais pronunciado que a queda das porcentagens de CCR1 que tem sua média total reduzida e posteriormente mantida ao longo de todo o delineamento experimental. Esse fenômeno não ocorre nos delineamentos de reversão de Geremias (2014), Mangabeira (2015) e Oshiro (2011) em que na retirada da FAP há uma retomada no aumento das porcentagens médias de CCR1. Esse dado pode ser justificado pela ausência de reversibilidade dos comportamentos do

participante Miguel após passar por uma modelagem e um treino discriminativo dos comportamentos problemáticos em sessão. Grande parte dos CCR1 de Miguel tem a função de esquiva de estímulos produzidos nas relações interpessoais e o próprio contexto terapêutico funciona como um bloqueio dessa esquiva. Isto é, fazer terapia já é estar em um ambiente com função de falar sobre si e, consequentemente, entrar em contato com eventos aversivos encobertos e públicos dos quais é comum esquivar-se. Acredita-se, portanto, que independentemente da intervenção a ser realizada, o contexto terapêutico já impede algumas esquivas do cliente ao longo do processo. Nesse sentido, ao frequentar as sessões de psicoterapia ao longo de todo o delineamento experimental, Miguel entrou em contato com alguns eventos aversivos dos quais não poderia se esquivar e, portanto, seus CCR1 inicialmente reduzem em porcentagem e posteriormente se mantém em porcentagens mais baixas.

Ademais, entende-se que ao passar pela FAP (Fase B1) e ter as respostas de esquiva (CCR1) bloqueadas, extinguidas ou punidas (Kohlenberg & Tsai, 2001/1991) de maneira mais sistemática, esse repertório se deteriorou de forma a não se reverter quando houve retirada da FAP. Isto é, a criança aprendeu que, no contexto discriminativo da psicoterapia, emitir CCR1 tem pouca probabilidade de produzir reforço. Por outro lado, a redução de respostas problemáticas não implica em emitir um comportamento novo, pois esse necessita ser aprendido. Como o propósito da FAP é modelar comportamentos clinicamente relevantes, principalmente de melhora, há um aumento importante dos CCR2 durantes as fases de introdução da VI. Nesse sentido, acredita-se que durante a Fase A2 Miguel não emitia tão frequentemente os CCR1 quanto na Fase A1, mas emitia alguns comportamentos um pouco melhores (mais distantes dos CCR1 classificados na conceituação do caso e mais próximos dos CCR2, porém não tão claros a ponto de serem considerados uma melhora). Essa análise será mais aprofundada também mais à frente.

Sabe-se que Miguel apresentava traços de depressão ao iniciar a psicoterapia (como apontados na conceituação de caso e confirmados pelo instrumento CBCL mais à frente), portanto levanta-se a ideia de que a criança pudesse estar passando por um processo de desamparo aprendido (Seligman, 1975) devido a tantas situações de incontrolabilidade durante o abuso sexual e suas consequências posteriores. Nesse sentido, imagina-se que a extinção de respostas problemáticas em sessão ocorreu rapidamente, como resultado de um padrão de desamparo já apresentado por Miguel. Infere-se que ele aprendeu mais depressa o que não funciona na sessão terapêutica (redução dos CCR1), mas ainda necessitou de um treino maior para aprender o que poderia funcionar (aumento progressivo do CCR2 na Fase B1 e relativa estabilidade dos CCR2 na Fase B2). Outra hipótese que podem agregar esta análise da manutenção de porcentagens baixas de CCR1 englobam o tipo de população da pesquisa. As pesquisas de Geremias (2014), Mangabeira (2015) e Oshiro (2011) foram realizadas com adultos enquanto a presente pesquisa foi realizada com uma criança. Talvez a diferença da faixa de desenvolvimento da população se relacione com tempos diferentes de processos de aprendizagem e extinção operante. Isso pode ter relação com a plasticidade neuronal e com a quantidade de processos de aprendizagem na história de vida de adultos e de crianças. Salienta-se que essa é apenas uma reflexão que necessita de um estudo mais aprofundado para se solidificar.

Os pontos em azul e laranja que representam o resultado do *follow-up* ao final do gráfico da Figura 3 indicam que, após um mês sem realizar nenhuma sessão de psicoterapia, Miguel apresentou porcentagens de CCR1 e CCR2 próximas ao término da última fase do experimento (Fase B2). Isto é, houve manutenção dos efeitos da intervenção no que diz respeito a emissão de comportamentos de melhora e problemáticos no *setting* terapêutico, sendo o primeiro emitido em maior frequência que o segundo. Entende-se, portanto, que o efeito da FAP de

reduzir os CCR1 e aumentar os CCR2 resistiu ao tempo de um mês sem a necessidade de continuidade das sessões para o cliente Miguel.

Nesse trabalho nenhum turno do cliente foi categorizado como CCR3 (verbalizações do cliente sobre as variáveis de controle do seu comportamento), pois os turnos que poderiam ser categorizados como CCR3 cumpriam mais a função de CCR2 para a terapeuta-pesquisadora durante as categorizações de sessão pelo FAPRS. Geralmente, quando Miguel emitia algum comportamento verbal importante que descrevia as variáveis de controle de seu comportamento, era composto por expressões de sentimentos e estados emocionais (CCR2), acusações sobre outros serem os responsáveis sobre problemas de sua vida ou emissão de algum comportamento inadequado (CCR1) ou descrição de causalidade entre seu comportamento e a produção de problemas para si e para os outros (que entra na classe de CCR2). Outros trabalhos também apresentam ausência ou a baixa porcentagem de CCR3 como nos estudos de Aranha (2017), Geremias (2014), Oshiro (2011) e um dos participantes de Mangabeira (2015), o que mostra ser um fato recorrente nas pesquisas em FAP que utilizam o FAPRS. Apesar disso, Villas-Bôas (2015) demonstrou experimentalmente, em um delineamento de reversão com dois participantes, que não há necessidade de o cliente descrever as variáveis de controle de seu comportamento dentro de uma terapia FAP para que aconteçam as mudanças em sessão advindas dos mecanismos de mudança clínicos dessa psicoterapia. Na presente pesquisa, apesar de não terem sido categorizados esse tipo de repertório, o cliente apresenta as melhoras esperadas dentro de uma terapia FAP.

Para compreender os mecanismos de mudança da FAP que produziram os resultados nas porcentagens dos comportamentos clinicamente relevantes apontados pela Figura 3, é importante fazer uma análise da interação entre as porcentagens dos CCR e o comportamento da terapeuta durante todo o processo de psicoterapia.

A literatura teórica sobre a Psicoterapia Analítica Funcional aponta para o responder contingente (com reforçamento natural) do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes de melhora como o processo comportamental responsável pela mudança clínica do cliente (Kohlenberg & Tsai, 2001/1991; Tsai et al. 2009). Pesquisas clínicas experimentais de sujeito único confirmam tais evidências (Aranha, 2017; Geremias, 2014; Lima, 2017; Mangabeira, 2014; Oshiro, 2011; Xavier, 2017). Mais recentemente, Vartanian (2017) demonstrou que a evocação (Regra 2) também é responsável pela mudança dos comportamentos em sessão, com função discriminativa e motivacional para a emissão de CCR.

A Figura 5 apresenta a interação entre as porcentagens de CCR emitidas pelo cliente e as consequências implementadas pela terapeuta, para a análise dos mecanismos de mudanças clínica produzidos pela manipulação da variável independente.

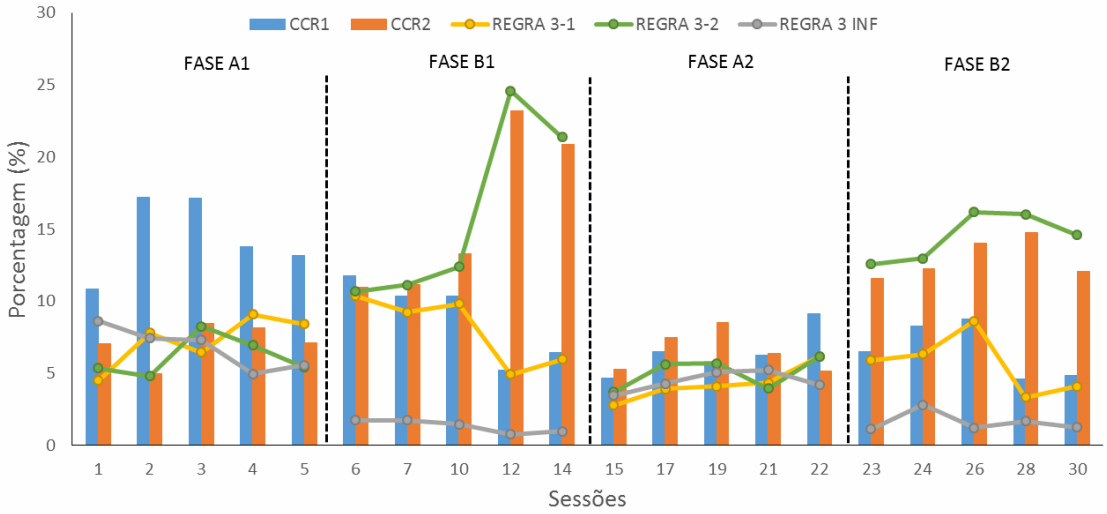


Figura 5. Porcentagem de CCR1 (coluna azul), CCR2 (coluna laranja), Regra 3-1 (linha amarela), Regra 3-2 (linha verde) e Regra 3 INF (linha cinza) por sessão de terapia do participante Miguel dividido pelas fases do experimento. (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP).

No gráfico da Figura 5 o eixo y representa a porcentagem das categorias do FAPRS e o eixo x as sessões de psicoterapia correspondentes. As colunas em azul e em laranja representam o resultado da porcentagem de CCR1 e CCR2 respectivamente em cada sessão de terapia correspondente. A linha em amarelo representa o resultado das porcentagens da Regra

3-1, que corresponde as respostas de consequenciação efetivas da terapeuta aos CCR1 do cliente. A linha em verde representa o resultado das porcentagens da Regra 3-2, que corresponde as respostas de consequenciação efetivas da terapeuta aos CCR2 do cliente. A linha em cinza representa o resultado das porcentagens da Regra 3 INF, que corresponde as respostas inefetivas de consequenciação da terapeuta aos CCR. A separação sinalizada pela linha tracejada em preto, indica o término e início das fases do delineamento, indicadas também pela caixa de texto com o nome de cada fase correspondente no gráfico.

Serão chamadas de consequências efetivas aquelas respostas da terapeuta que tem como função extinguir ou punir um CCR1 (categorizadas como Regra 3-1) e reforçar um CCR2 (categorizadas como Regra 3-2). Serão chamadas de consequências inefetivas aquelas respostas da terapeuta em que diante de um CCR1 houve reforço e diante de um CCR2 houve extinção ou punição (categorizadas como Regra 3 INF). Entende-se que uma sessão de psicoterapia é recheada por CCR e que na terapia FAP há um objetivo claro de se fazer modelagem por meio da consequenciação efetiva. No entanto, até mesmo na FAP é de se esperar que nem todos os CCR serão consequenciados efetivamente, caso contrário a sessão poderia se tornar artificial e/ou extremamente aversiva (Meyer et al., 2015). Lembrando que grande parte dos CCR1 de Miguel eram respostas de esquiva, a terapeuta percebeu que deveria haver um equilíbrio na quantidade de consequenciações efetivas e optou por deixar passar respostas problemáticas em sessão sem fornecer uma consequência de extinção ou punição. Portanto, acabava reforçando mesmo que em baixa magnitude algumas dessas respostas. Um exemplo que ilustra isso são os excessos de piada que Miguel costumava fazer com função de se esquivar de um tema pessoal importante. A frequência desse tipo de resposta era tão alta que se houvesse extinção de todas elas a sessão poderia se tornar aversiva para o cliente. Vale ressaltar também que por Miguel ser uma criança, era importante que a sessão fosse reforçadora, com elementos lúdicos e de humor. Nesse caso, iria contra uma adequada conduta

clínica consequenciar efetivamente todos os CCR1 do cliente. Fica claro, portanto, que a presença de turnos categorizados como Regra 3 INF tem relação com uma estratégia terapêutica e não com uma falta de habilidade do manejo de CCR em sessão.

O gráfico da Figura 5 aponta que as consequenciações efetivas da terapeuta (Regra 3-1 e Regra 3-2) foram utilizadas em maior frequência nas Fases B1 e B2 (fases FAP) do que nas Fases A1 e A2 (fases TACI), como previsto em Weeks et al. (2012) na interação lógica da FAP. A média total das porcentagens da Regra 3-1 nas Fases B1 e B2 foram, respectivamente, 8,05% e 5,64%, enquanto nas Fases A1 e A2 foram, respectivamente, 7,23% e 4,24%. A média das porcentagens da Regra 3-2 nas Fases B1 e B2 foram, respectivamente, 16,01% e 14,44%, enquanto nas Fases A1 e A2 foram, respectivamente, 6,14% e 5,02%. Tal diferença de superioridade nas médias de porcentagens das Regra 3 efetivas durante as fases FAP é justificada pelo propósito da FAP em modelar comportamentos em sessão por meio de reforçamento diferencial. Com relação as consequências inefetivas (Regra 3 INF), foram utilizadas pela terapeuta em maior porcentagem nas Fases A1 e A2 (fases TACI) do que nas Fases B1 e B2 (fases FAP). A média das porcentagens da Regra 3 INF nas Fases A1 e A2 foram, respectivamente, 6,76% e 4,43%, enquanto nas Fases B1 e B2 foram, respectivamente, 1,33% e 1,6%.

Nota-se que durante as Fases A1 e A2 as médias totais das porcentagens das consequenciações efetivas (7,23%; 6,14% e 4,24%; 5,02%) são próximas das médias totais das porcentagens das consequenciações inefetivas (6,76% e 4,43%), demonstrando que a terapeuta consequenciou efetivamente tanto quanto inefetivamente durante as fases TACI. Já durante as Fases B1 e B2 as médias totais das porcentagens das consequenciações efetivas (8,05%; 16,01% e 5,64%; 14,44%) são mais distantes das médias totais das porcentagens das consequenciações inefetivas (1,33% e 1,6%), demonstrando que a terapeuta consequenciou muito mais efetivamente do que inefetivamente durantes as fases FAP.

Também é observado que durante as Fases B1 e B2 utilizou-se muito mais a Regra 3-2 do que a Regra 3-1, corroborando com a proposta de Tsai et al. (2009) de que ao fazer FAP é importante que o foco do terapeuta esteja sempre em desenvolver os CCR2, mais do que em suprimir os CCR1. Estudos de Aranha (2017), Geremias (2014), Mangabeira (2015), Vantanian (2017) e Villas-Bôas (2015) também encontram essa mesma evidência, fortalecendo os dados encontrados nessa pesquisa.

Na Fase A1 há uma grande diferença entre os resultados da porcentagem da Regra 3-1 e da porcentagem de CCR1 em cada sessão, sendo a porcentagem de CCR1 sempre superior a porcentagem da Regra 3-1. A maior diferença entre as porcentagens de CCR1 em relação as da Regra 3-1 é de 10,66% (sessão 3) e a menor de 4,67% (sessão 4). Isso mostra que muitos CCR1 que ocorreram em sessão não foram efetivamente consequenciados, como também é representado pelos resultados da porcentagem de Regra 3 INF (média = 6,76%). Do mesmo modo, apesar da linha de resultado da porcentagem da Regra 3-2 acompanhar a tendência dos resultados de CCR2, ainda há superioridade nas porcentagens de CCR2 em relação a Regra 3-2 em quase todas as sessões. A maior diferença entre a porcentagem de CCR2 em relação a porcentagem da Regra 3-2 é de 1,72% (sessão 1) e a menor de 0,17% (sessão 2). Em duas sessões da Fase A1 (sessões 2 e 3) os CCR2 parecem ter sido consequenciados efetivamente de maneira sistemática pela terapeuta. Em suma, as informações apontam que durante a Fase A1 houve pouca consequenciação efetiva de CCR1, enquanto os CCR2 foram consequenciados efetivamente em maior frequência. Dado que o objetivo das fases de Terapia Analítico-Comportamental Infantil é realizar análises de contingências externas e não modelagem sistemática dos comportamentos-alvo em sessão, faz-se importante compreender o motivo pelo qual houve algumas sessões de consequenciação efetiva dos CCR2 durante a Fase A1.

No início de um processo psicoterápico com a criança é importante que o *setting* terapêutico e a própria relação terapêutica se tornem um importante reforçador (Vermes, 2012).

Nesse sentido, na primeira fase do delineamento experimental a terapeuta optou por não responder efetivamente a maioria dos comportamentos-problema, mas em responder efetivamente a alguns comportamentos da criança que incluem falar sobre si/fazer autorrevelações e que correspondem a alguns CCR2 de Miguel para criar e estreitar o vínculo terapêutico. Vale lembrar que apesar do presente estudo ser um experimento, ainda é necessário respeitar as condições de uma psicoterapia tanto por questões éticas com relação ao cliente, quanto para fornecer dados que sejam o mais próximo possível da realidade de um processo terapêutico na prestação de serviços. Nesse sentido, há um cuidado essencial no controle das variáveis experimentais desde que não se artificialize o processo terapêutico evitando-se, portanto, prejudicar a análise do fenômeno comportamental estudado. Além disso, outra hipótese a se levantar é a de que a terapeuta pode ter consequenciado CCR2 efetivamente sem ter a motivação para fazê-lo e sim levantar informações sobre o cliente, já que a conceituação do caso foi realizada durante a Fase A1, assim como discutido por Aranha (2017) ao observar também algumas consequenciações efetivas na primeira fase do experimento. Ainda assim, as porcentagens de CCR2 na Fase A1 se mantiveram mais baixas do que as de CCR1.

Na Fase B1 do gráfico da Figura 5 a linha de resultado da Regra 3-1 acompanha a tendência das porcentagens de CCR1, porém em quase todas as sessões a porcentagem de CCR1 é levemente acima da porcentagem da Regra 3-1. A maior diferença entre a porcentagem de CCR1 em relação a porcentagem da Regra 3-1 é de 1,43% (sessão 6) e a menor de 0,3% (sessão 12). A porcentagem de consequenciação efetiva do CCR1 foi expressivamente maior nessa fase do que na fase anterior, demonstrando maior sistematicidade no responder da terapeuta ao CCR1. Isso também é apontado pelos resultados da Regra 3 INF que decaem expressivamente (uma diferença de 3,8% do término da Fase A1 para o início da Fase B1). A presença de alguns CCR1 sem a efetiva consequenciação da terapeuta, representada pela

diferença presente entre a porcentagem de CCR1 e de Regra 3-1, bem como pela presença de Regra 3 INF, já foi explicada acima logo após a Figura 5.

Os resultados da porcentagem da Regra 3-2 (Figura 5) na Fase B1 acompanham a tendência das porcentagens de CCR2 de maneira bastante sistemática e com resultados muito próximos em todas as sessões da fase. Nas três primeiras sessões a porcentagem de CCR2 é igual (sessão 7) ou levemente acima da porcentagem de Regra 3-2 (diferença de 0,31% na sessão 6 e 0,9% na sessão 10). Nas duas últimas sessões da Fase B1 há um aumento abrupto na porcentagem dos CCR2 que ocorre juntamente com uma porcentagem de Regra 3-2 que se torna superior em 1,38% (sessão 12) e 0,5% (sessão 14), em relação a porcentagem de CCR2. Esse fluxo dos CCR2 na Fase B1 parece demonstrar o efeito do aumento da frequência da resposta como produto do processo de modelagem. As porcentagens do CCR2 aumentam progressivamente até a sessão 10, ilustrando um processo de aproximações sucessivas do CCR2 através do reforçamento diferencial, e aumentam bruscamente na sessão 11 e 12, em que possivelmente houve uma aquisição do comportamento e/ou fortalecimento das respostas CCR2 que já existiam no repertório da criança.

Em resumo, os dados mostram que durante essa primeira fase FAP (Fase B1) a terapeuta reforçou mais sistematicamente os comportamentos clinicamente relevantes de melhora do cliente e extinguiu/bloqueou esquivas dos comportamentos clinicamente relevantes problemáticos mais sistematicamente do que na fase anterior.

A Fase A2 (ausência da variável independente), como mostra o gráfico da Figura 5, aponta que há diferença entre os resultados da porcentagem da Regra 3-1 e da porcentagem de CCR1 em cada sessão, sendo a porcentagem de CCR1 sempre superior as da Regra 3-1, bem como observado em ambas as fases anteriores. A maior diferença entre as porcentagens de CCR1 em relação as da Regra 3-1 é de 9,11% (sessão 22) e a menor de 4,62% (sessão 15).

Nota-se que a diferença entre as porcentagens da Regra 3-1 e as porcentagens de CCR1 são muito superiores as da Fase B1 e mais parecidos com as da Fase A1. Entende-se, portanto, que a terapeuta apesar de consequenciar efetivamente alguns CCR1 do cliente durante a Fase A2, não o faz tanto quanto na Fase B1, o que tambémé evidenciado pelo aumento da porcentagem de Regra 3 INF com relação a fase anterior (iniciando com uma diferença de 2,46% acima do final da Fase B1).

Em quase todas as sessões da Fase A2 a porcentagem de CCR2 é acima da porcentagem da Regra 3-2. A maior diferença entre a porcentagem de CCR2 em relação a porcentagem da Regra 3-2 é de 2,84% (sessão 19) e a menor de 1,58% (sessão 15). Tais diferenças são ainda maiores do que as observadas nas fases anteriores, o que mostra que na Fase A2 os CCR2 foram consequenciados efetivamente em menor frequência do que nas fases anteriores, não apontando sistematicidade. Apenas na última sessão da Fase A2 (sessão 22) há emissão da Regra 3-2 em maior porcentagem do que a ocorrência de CCR, mas ainda assim, a porcentagem de CCR2 reduziu com relação à sessão anterior. As consequenciações da terapeuta, portanto, parecem não terem efeito de fortalecimento dos CCR2 na sessão 22. Isso mostra que outros processos para além do responder contingente podem estar envolvidos e serão abordados com a análise da Regra 2. Em resumo, durante a Fase A2 houve consequenciação efetiva dos CCR1e CCR2, porém em frequência menor do que na Fase B1.

Na Fase B2 do gráfico da Figura 5 (reintrodução da FAP) observa-se que os resultados de porcentagem da Regra 3-1 acompanham a tendência das porcentagens dos CCR1, sendo a porcentagem de CCR1 levemente maior do que a porcentagem da Regra 3-1 em quase todas as sessões, com exceção da sessão 26 em que tais resultados se igualam. A maior diferença entre a porcentagem de CCR1 em relação a porcentagem da Regra 3-1 é de 1,91% (sessão 24) e a menor de 0,61% (sessão 23). Novamente, a porcentagem de consequenciação efetiva foi expressivamente maior do que na fase anterior, demonstrando maior sistematicidade no

responder ao CCR1. Do mesmo modo, os resultados da consequenciação inefetiva (Regra 3 INF) decaem com uma diferença de 3,1% do término da Fase A2 para o início da Fase B2. Os resultados das porcentagens da Regra 3-2 também acompanham a tendência das porcentagens de CCR2 como em todas as fases anteriores, porém nesse caso a porcentagem de consequenciações efetivas da terapeuta encontram-se sempre acima das porcentagens de CCR2.

A análise desses dados possibilita concluir que apesar de haver reforçamento diferencial dos comportamentos clinicamente relevantes em todas as fases do delineamento, durante as fases FAP o reforçamento diferencial foi realizado de forma expressivamente mais sistemática, principalmente com relação aos comportamentos de melhora do cliente. Isso revela que houve fidelidade à proposta da FAP (Kohlenberg & Tsai, 2001/1991; Tsai et al., 2009; Weeks et al., 2012) durante o experimento nas Fases B1 e B2. Vale explicar que a presença de reforçamento diferencial assistemático nas Fases A1 e A2 era de se esperar tendo em vista que esse é um procedimento muito comum na terapia comportamental como mencionado na introdução (Moreira & Oshiro, 2017) e até mesmo em outros tipos de psicoterapia como na Terapia Centrada no Cliente, quando as reações do terapeuta acabam por selecionar alguns tipos de respostas do cliente em sessão (Kohlenberg & Tsai, 2001/1991). Isso também é corroborado na condução experimental de Aranha (2018), Geremias (2014), Mangabeira (2015) e Oshiro (2011) em que é observado a presença de Regra 3 (reforçamento diferencial) em todas as fases de análises de contingências externas.

Também é possível notar que o aumento da porcentagem dos CCR2 e a tendência a decréscimo da porcentagem dos CCR1 durante as fases FAP (Figura 3 e Figura 4), ocorrem em conjunto com os resultados de uma consequenciação mais efetiva e sistemática por parte do terapeuta (Figura 5). Isso é ainda mais visível com os comportamentos de melhora, em que as porcentagens de consequenciação são mais próximas das porcentagens de CCR2. Nesse

sentido, novamente foi observado que o reforçamento diferencial dos CCRs produziu a mudança clínica do cliente em sessão, corroborando com os dados de Aranha (2017), Geremias (2014), Lima (2017), Mangabeira (2014), Oshiro (2011) e Xavier (2017) e com a própria teoria de Kohlenberg e Tsai (1991).

Os resultados de Vartanian (2017) apontando para o papel da evocação na mudança clínica do cliente em sessão na FAP justifica a importância de se analisar também a interação entre as porcentagens da Regra 2 e da Regra 3 e os comportamentos clinicamente relevantes no presente estudo.

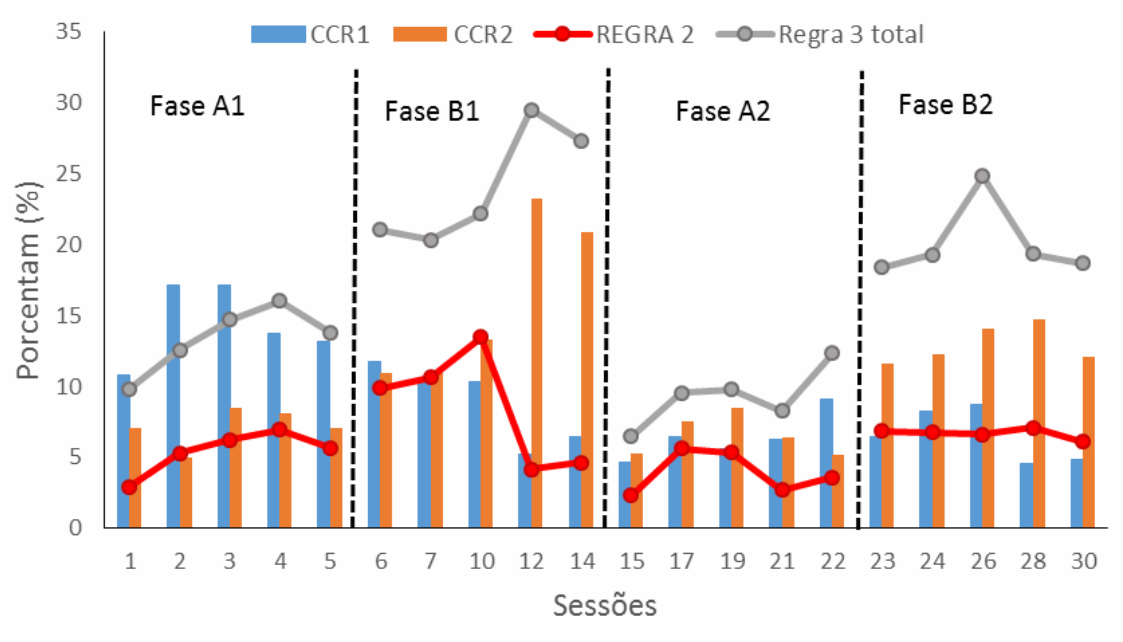


Figura 6. Porcentagem de CCR1 (coluna azul), CCR2 (coluna laranja), Regra 2 (linha vermelha) e Regra 3 total (Regra 3-1 + Regra 3-2; linha cinza) por sessões de psicoterapia do participante Miguel dividido pelas fases do experimento. (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP).

No gráfico da Figura 6 o eixo y representa a porcentagem das categorias do FAPRS e o eixo x as sessões de psicoterapia correspondentes. Esse gráfico apresenta a porcentagem de comportamentos clinicamente relevantes do cliente (CCR1 – coluna azul; CCR2 – coluna laranja) e a relação entre as porcentagens das respostas de evocação (Regra 2 – linha vermelha) e consequenciação efetiva (Regra 3 total – linha cinza) da terapeuta ao longo das 30 sessões de

terapia do experimento. A separação sinalizada pela linha tracejada em preto indica o término e início das fases do delineamento, indicadas também pela caixa de texto com o nome de cada fase correspondente no gráfico.

A média total das porcentagens da Regra 2 (Figura 6) nas Fases A1 e A2 foram, respectivamente, 5,41% e 3,88%, enquanto nas Fases B1 e B2 foram, respectivamente, 8,54% e 6,67%. Nota-se que a porcentagem de respostas de evocação por parte da terapeuta foi superior nas fases onde a FAP foi realizada, assim como em Aranha (2017) e Geremias (2014) e contundente a proposta de Weeks et al. (2012). A Fase A1 se inicia com a porcentagem de Regra 2 em 2,92% e termina em 5,67%. A Fase B1 se inicia já com a porcentagem de 9,85% e finaliza em 4,61%. A Fase A2 inicia com a porcentagem de Regra 2 em 2,24% terminando em 3,57% e a Fase B2 se inicia com a porcentagem em 6,8% e finaliza em 6,11%.

Há, portanto, um acréscimo imediato da porcentagem de respostas de evocação por parte da terapeuta com a introdução da VI (FAP) e decréscimo imediato da porcentagem com a retirada da VI. Esse fenômeno mostra novamente a fidelidade da terapeuta a proposta da FAP ao implementar a VI.

A consequenciação efetiva representada pela Regra 3 total é a soma das porcentagens das Regra 3-1 e Regra 3-2 em cada sessão de psicoterapia. A média total das porcentagens da Regra 3 total (Figura 6) nas Fases A1 e A2 foram, respectivamente, 13,37% e 9,27%, enquanto nas Fases B1 e B2 foram, respectivamente, 24,06% e 20,09%. Fica novamente evidente que a porcentagem das respostas de consequenciação efetivas da terapeuta foram superiores nas fases FAP, corroborando as informações extraídas do gráfico na Figura 5. A Fase A1 se inicia com a porcentagem de Regra 3 total em 9,81% e termina em 13,8%. A Fase B1 se inicia já com a porcentagem de 20,98% e finaliza em 27,33%. A Fase A2 inicia com a porcentagem de Regra

3 total em 6,48% terminando em 12,31% e a Fase B2 se inicia com a porcentagem em 18,39% e finaliza em 18,65%.

Na Figura 6 é nítido que as porcentagens de consequenciação foram mais altas do que as de evocação em todas as fases. Apesar disso, é difícil afirmar que o mecanismo de mudança clínico mais importante para o participante desse estudo foi a consequenciação efetiva, já que a categorização do FAPRS prioriza a Regra 3 quando há um encadeamento de respostas na interação terapeuta-cliente, mesmo quando a consequenciação também funciona como evocação (Villas-Bôas, 2015). Para a melhor compreensão dos efeitos da Regra 2, Vartanian (2017) realizou um delineamento de caso único de reversão com dois clientes com fases experimentais contendo todas as regras da FAP e fases isolando-se a variável evocação das demais respostas do terapeuta na FAP. A autora observou que nas fases sem a evocação os CCR1 se mantinham superiores aos CCR2 ao passo que ao incorporar a evocação houve inversão dos CCR abruptamente. Portanto, demonstrou-se o papel da Regra 2 como mecanismo de mudança clínica da FAP. Apesar de a presente pesquisa não isolar variáveis que permitam a análise da interação entre a Regra 2, Regra 3 total e os CCR, ainda assim é possível fazer algumas observações e levantar algumas hipóteses.

A linha dos resultados da Regra 2 no gráfico (Figura 6) não seguem o padrão de respostas de nenhum CCR especificamente, em nenhuma das fases do experimento. Ela segue a tendência das porcentagens de CCR1 em algumas sessões e de CCR2 em outras. Para ilustrar, durante a Fase B1 entre as sessões 6 e 7 há aumento da porcentagem da Regra 2 assim como há aumento da porcentagem de CCR2 ao passo que há queda da porcentagem de CCR1 (Regra 2 segue CCR2), entre as sessões 7 e 10 há um novo aumento da porcentagem da Regra 2 e de CCR2, enquanto há manutenção da porcentagem de CCR1 (Regra 2 segue CCR2). Entre as sessões 10 e 12 há uma queda acentuada da porcentagem da Regra 2 e de CCR1 ao passo que há aumento acentuado da porcentagem de CCR2 (Regra 2 segue CCR1), já entre as sessões 12

e 14 há leve aumento da porcentagem da Regra 2 e de CCR1 enquanto há uma pequena queda da porcentagem de CCR2 (Regra 2 segue CCR1). Portanto, não há como afirmar que as respostas de evocação da terapeuta estejam correlacionadas com a emissão de algum tipo especifico de comportamento clinicamente relevante (CCR1 ou CCR2), diferentemente do estudo de Geremias (2014) em que foi observado que a evocação estava correlacionada com variações na porcentagem de CCR2.

Nas Fases A1 e A2 da Figura 6 os resultados das porcentagens da Regra 2 parecem seguir em uma faixa de oscilação próxima dos resultados das porcentagens da Regra 3 total, diferentemente do que acontece nas Fases B1 e B2. Nas primeiras três sessões da Fase B1 (sessões 6, 7 e 10) a tendência de oscilação das porcentagens da Regra 3 total parecem acompanhar as porcentagens da Regra 2. Porém na sessão 12 dessa fase há uma queda importante de 9,31% na porcentagem da Regra 2 que se mantém próxima na sessão 14, enquanto há também um aumento importante de 7,31% na porcentagem da Regra 3 total na sessão 12 que se mantém próxima na sessão 14. Nas primeiras três sessões da Fase B1 as respostas de evocação e de consequenciação da terapeuta parecem estar atuando conjuntamente para o aumento progressivo da porcentagem de CCR2 e redução progressiva das porcentagens de CCR1. Nas últimas duas sessões da fase há uma redução substancial da frequência de evocações e aumento da frequência de consequenciações, bem como um aumento expressivo de comportamentos de melhora (de 12,27% na sessão 10 para 23,19% na sessão 12 e 20,87% na sessão 14).

É possível levantar algumas hipóteses que explicam essa mudança nas porcentagens. Durante as sessões 6, 7 e 10 da Fase B1 os comportamentos clinicamente relevantes estavam em processo de modelagem e a evocação atuava como um catalizador para sua aceleração (quanto mais oportunidades para um CCR ser emitido, mais oportunidades para fazer o reforçamento diferencial). Nas sessões 12 e 14, a terapeuta apresentou menos oportunidades

para o cliente emitir os CCRs e ainda assim Miguel emitiu expressivamente mais CCR2 e menos CCR1 do que nas sessões anteriores, o que parece ter relação com uma consolidação do processo de modelagem. Isto é, comportamentos que antes eram CCR1, CPRs, CTRs e outros tipos de categorização foram modelados até tornarem-se CCR2 e nas sessões 12 e 14 esses comportamentos já estavam instalados.

Outra hipótese é a de que a alta porcentagem de CCR2 nas últimas sessões, justificada pela instalação desse novo repertório, necessariamente induziu a terapeuta a categorizar mais respostas de consequenciação (Regra 3) do que de evocação devido a hierarquia que o FAPRS propõe, mesmo as primeiras funcionando também como evocações. Para a confirmação de hipóteses seria necessário fazer uma análise intrassessão com um gráfico de frequência de CCR acumulados para verificar se de fato há um processo de modelagem acontecendo entre as primeiras sessões e comparar com as últimas duas sessões. No entanto, devido a necessidade de outras análises que respondem a pergunta de pesquisa serem realizadas, não foi possível concretizar tal ideia.

Na Fase A2 a queda importante e imediata na porcentagem de CCR2 e a pequena redução na porcentagem de CCR1 (sessão 15) podem ser explicadas pela redução das consequenciações e evocações da terapeuta. Ainda assim, há uma primazia da porcentagem de CCR2 sobre as de CCR1 até a sessão 21 que ocupa quase toda a fase experimental e que vale ser observada com cuidado, pois esse atraso para que os resultados de CCR se invertam não foi encontrado em outros estudos de FAP com delineamento de reversão como de Geremias (2014), Mangabeira (2015) e Oshiro (2011). Mantendo-se a hipótese de que o comportamento da criança passou por um processo de modelagem e fortalecimento das respostas de melhora com sucesso durante a Fase B1, imediatamente ao entrar na Fase A2 a terapeuta passa a reduzir as oportunidades para a criança emitir CCR2 (que por si só explicaria a queda na porcentagem dessa categoria) e também suspende o reforçamento de algumas dessas respostas de melhora

que a criança estava emitindo na fase anterior, já que o foco está na análise verbal de comportamentos externos. O aumento na frequência de respostas que é visto pelo aumento da porcentagem de CCR2 nas sessões 17 e 19 e em seguida uma progressiva queda na frequência que é vista pela redução da porcentagem de CCR2 nas sessões 21 e 22 parece remeter a um processo de extinção operante. Millenson (1967) explica que durante um processo de extinção operante há um aumento da taxa de respostas, imediatamente após a suspensão do reforço, que diminui gradativamente. A curva da porcentagem de CCR2 não ilustra exatamente um aumento imediato e queda progressiva, pois algumas respostas de melhora ainda são reforçadas e evocadas, mas parece fazer um movimento semelhante mais prolongado até que haja a inversão com a porcentagem de CCR1. Para a verificação de tal hipótese, novamente seria necessária uma análise da curva cumulativa dos CCR dentro de cada sessão.

Já na Fase B2 do gráfico da Figura 6 – reintrodução da FAP – a porcentagem de evocação da terapeuta se mantém estável durante toda a fase e a consequenciação total apresenta apenas uma oscilação. Imediatamente há um aumento na porcentagem de CCR2, tornando-se novamente superior a porcentagem de CCR1, que se mantém com poucas oscilações durante toda a fase. Vale observar que nesse momento não há uma curva gradual de aquisição das respostas de melhora e sim uma aquisição abrupta (Catania, 1999/1998). Para explicar esse fenômeno, Catania (1999/1998) afirma que após submeter um organismo com uma resposta adquirida a um processo de extinção não haverá emissão das repostas. No entanto, se houver alguma emissão e essa resposta for novamente reforçada, o organismo irá responder de prontidão em uma frequência próxima aquela apresentada no fim da sessão de reforço/aprendizagem. Sidman (1960) também discute esse fenômeno dizendo que “Quando o reforço foi novamente introduzido..., o animal não teve que reaprender toda a sequência, porque a sequência inteira não havia sido extinta.” (Sidman, 1960, p. 103). Nesse sentido, o retorno imediato da porcentagem de CCR2 na Fase B2 pode ser explicado pelo aumento da

evocação e a consequenciação efetiva fazendo com que as porcentagens de CCR2 retornassem aos níveis próximos da Fase B1 e se mantivessem. Nessa última fase do delineamento, parece que Miguel já possui o repertório de comportamentos de melhora instalados que foram emitidos devido ao retorno de uma condição discriminativa de reforçamento (Fase FAP).

Para continuar a levantar as hipóteses sobre os processos comportamentais envolvidos nas mudanças clínicas, faz-se importante analisar os resultados de respostas que não necessariamente se relacionam com alguma função da FAP.

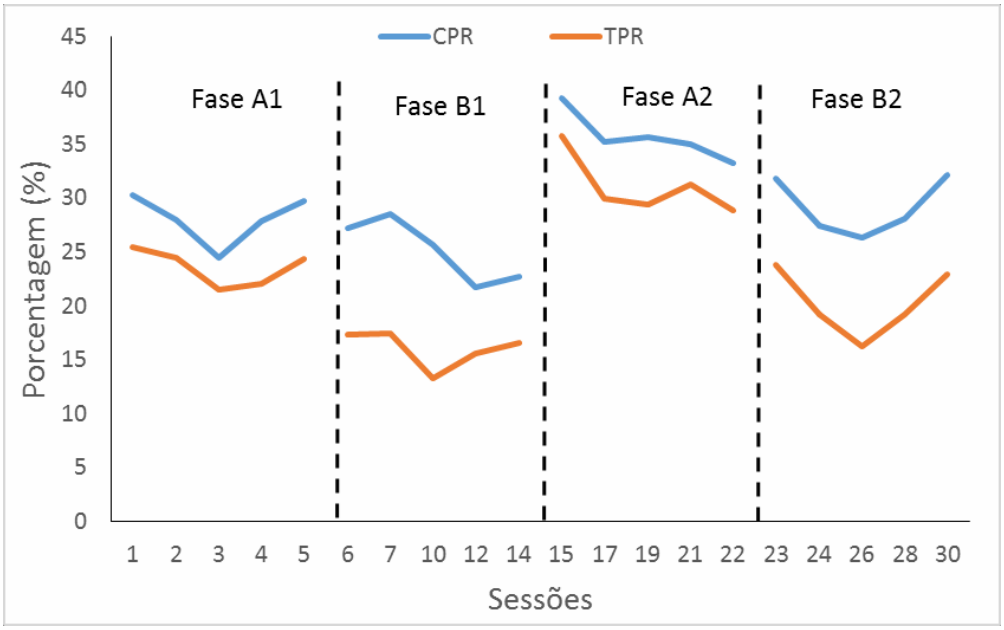


Figura 7. Porcentagem das categorias Progressos Positivos do Cliente em Sessão (CPR – linha azul) e Progressos Positivos do Terapeuta em Sessão (TPR – linha laranja) por sessão de terapia do participante Miguel dividido pelas fases do experimento. (A1e A2 = linha de base; B1e B2 = FAP).

As categorias CPR e TPR representam respostas do cliente e do terapeuta que ajudam na progressão e facilitação da sessão, mas não possuem nenhuma função específica da FAP (Callaghan & Follette, 2008). As porcentagens médias totais de CPR foram de 28,06% na Fase A1; 25,13% na Fase B1; 35,68% na Fase A2; 29,14% na Fase B2. Já as porcentagens médias totais de TPR foram de 23,57% na Fase A1; 15,99% na Fase B1; 31,02% na Fase A2; 20,22% na Fase B2. Nota-se, portanto, que as porcentagens das categorias CPR e TPR decaem com a

introdução da FAP e aumentam com a retirada desta. Tal fato é de se esperar tendo em vista que ao iniciar a sequência lógica da FAP (Weeks et al., 2012) haverá a presença de mais respostas do terapeuta com função de evocação, consequenciação, descrição das variáveis controladoras em sessão, dentre outras, bem como CCR do cliente. Nesse sentido, durante a implementação da FAP há também menos verbalizações sobre contextos externos que não funcionam como categorias da FAP e/ou que tem função apenas de facilitar e prosseguir as sessões terapêuticas.

Ao comparar visualmente o gráfico da Figura 7 com os resultados das porcentagens de CCR2 (Figura 3) observa-se que a tendência de CPR caminha quase sempre contrária a tendência dos CCR2 durante as fases FAP, indicando que respostas do cliente antes categorizados como CPR passam a dar lugar para respostas de melhora (CCR2).

As categorias Regra 1, Regra 4, Regra 5, TO1, TO2, TTR, O1, O2, CTR não foram analisadas em gráficos por terem apresentado resultados nulos ou irrelevantes para a pesquisa. A Regra 1 e Regra 4 não foram categorizadas em nenhuma das sessões e a Regra 5 foi categorizada uma vez apenas na sessão 22. Pode-se levantar alguns motivos que expliquem a baixa taxa dessas categorias: (1) a Regra 1 que representa a resposta do terapeuta de observar CCR e a Regra 4 que representa a resposta do terapeuta de avaliar o efeito da consequência que aplicou para um CCR são respostas na maioria das vezes encobertas e, por isso, dificilmente serão categorizadas. (2) devido a hierarquia proposta pelo sistema FAPRS essas Regras são difíceis de serem categorizadas, uma vez que outras categorias como Regra 2 e Regra 3 possuem primazia. No caso do participante Miguel, quando a terapeuta fornecia alguma recomendação, descrevia relações entre as variáveis de controle ou perguntava como ele estava se sentindo comumente a criança emitia algum CCR, o que categorizava as respostas da terapeuta como tendo uma função evocativa, sendo categorizadas como Regra 2. Outros estudos também demonstraram resultados parecidos. Aranha (2017) emitiu a Regra 1 apenas

três vezes durante todo o delineamento quase-experimental do segundo participante e não emitiu nenhuma vez com o primeiro participante, a Regra 4 foi emitida em porcentagens muito baixas (0,28% e 0,72%) e a Regra 5 foi emitida em porcentagens baixas (menos que 2,0%) durante as fases FAP. Villas-Bôas (2015) emitiu as Regras 1 e 4 em porcentagens menores do que 5,0% e não o fez em todas as sessões FAP. Vartanian (2017) também emitiu essas regras em porcentagens baixas, bem como não as usou em uma das fases FAP. Para que haja uma análise mais profunda do impacto dessas regras na transformação das variáveis independentes seria necessário o isolamento das variáveis, como Villas-Bôas (2015) realizou com a Regra 5, concluindo que seu papel não é imprescindível para a mudança clínica.

No presente estudo as categorias TO1, TO2, O1 e O2 apareceram apenas nas sessões da Fase A1 e A2 e não passam de 2,0% na sessão. Por serem categorias que se remetem a discussão de problemas e melhoras que acontecem no ambiente externo a terapia, o dado da pesquisa aponta novamente para uma fidelidade aos procedimentos utilizados nas fases experimentais. Já as categorias TTR e CTR, aparecem em todas as fases do delineamento, porém não passam de 3,0% na sessão. Essas categorias apesar de se referirem a discussões sobre a relação ou o contexto terapêutico, não são especificamente categorias da FAP. Em qualquer psicoterapia é comum que cliente e terapeuta conversem sobre as questões de contrato, dúvidas sobre a terapia, observações sobre o que acontece em sessão e na relação entre eles, bem como falas que remetem a sessões anteriores. Assim, justifica-se a presença de TTR e CTR em todas as fases do delineamento e enfatiza-se que houve maior porcentagem na última fase FAP.

Dados do *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991)

O questionário CBCL foi preenchido pela mãe de Miguel por nove vezes ao longo de todo o delineamento experimental com o objetivo de medir os efeitos da intervenção no

comportamento da criança em seu ambiente natural. A primeira aplicação se deu na entrevista de anamnese com a mãe e a segunda na sessão 5, que representa a última sessão da Fase A1 e, portanto, busca mostrar o efeito no comportamento externo de Miguel produzido pelas sessões da primeira fase do delineamento. A terceira aplicação foi realizada na sessão 9 (meados da Fase B1) para acompanhar as mudanças ocorridas desde a Fase A1 e a quarta aplicação ocorreu na sessão 15 (primeira sessão da Fase A2) fornecendo, portanto, um resultado sobre a mudança nos comportamentos de Miguel produzidas pela Fase B1 como um todo. A quinta aplicação aconteceu na sessão 19 (meados da Fase A2) com função de medir os efeitos de mudanças ocorridos durante essa fase e a sexta aplicação aconteceu na sessão 23 (primeira sessão da Fase B2) para a verificação dos efeitos da Fase A2 no comportamento externo de Miguel. A sétima aplicação ocorreu na sessão 27 (meados da Fase B2) para o acompanhamento das mudanças produzidas durante essa fase e a oitava aplicação ocorreu na sessão 30 na tentativa de evidenciar os efeitos da Fase B2 como um todo. A nona aplicação foi realizada na sessão de *follow-up*, após a criança ter permanecido um mês sem psicoterapia e busca mostrar a manutenção ou mudança dos efeitos finais de todo o delineamento experimental. A Tabela 6 é um resumo das aplicações do CBCL e a respectiva sessão em que o questionário foi aplicado.

Tabela 6.

Sessões de psicoterapia do participante Miguel e as respectivas aplicações do CBCL respondido pela mãe da criança

Aplicação do CBCL	**1ª**	**2ª**	**3ª**	**4ª**	**5ª**	**6ª**	**7ª**	**8ª**	**9ª**
Sessão de psicoterapia do participante Miguel	Entrevista (linha de base)	5	9	15	19	23	27	30	*Follow -up*

Serão apresentados os gráficos que mostram os resultados comparados de todas as oito aplicações do CBCL durante o delineamento experimental. Os resultados de *follow-up* serão apresentados isoladamente, pois o sistema de cruzamento de informações para comparação do programa de correções do CBCL comporta até oito questionários. Para todos os gráficos que se seguirem é importante compreender as informações contidas. O CBCL fornece uma série de resultados baseados em quadros de problemas encontrados após uma extensa análise estatística do instrumento, realizada com crianças de diversas faixas etárias, e também nos critérios do DSM 5 (APA, 2014). Para cada quadro de problema há uma faixa considerada como "normal", "clínica" e "limítrofe" a depender da faixa etária e gênero da criança. No eixo x estão os números dos resultados (T *score*) que podem estar ou não seguidos da letra B ou C. A ausência de letra significa que a criança apresentou um resultado dentro da faixa esperada para crianças da mesma faixa etária e gênero. A presença da letra C (do inglês, *clinical*) significa que a criança apresentou um resultado que se compõe dentro da faixa de um problema clínico e a letra B (do inglês, *borderline*) significa que a criança está na faixa limítrofe, ou seja, não apresenta um resultado dentro da faixa clínica, mas que deve ser observado com atenção já que o resultado passa da faixa considerada saudável para crianças da mesma faixa etária e gênero. Logo abaixo do número, ainda no eixo x, há a identificação da aplicação do questionário: CBC1 representa a primeira aplicação, CBC2 representa a segunda aplicação e assim por diante. No eixo y estão os números dos resultados T (T *score*), que são fornecidos pela correção digitalizada do questionário que englobam todos os itens que compõem aquele quadro clínico. As barras delineiam os resultados em cada uma das aplicações sendo que, resultados abaixo das linhas tracejadas estão dentro da faixa "normal", resultados acima das linhas tracejadas estão dentro da faixa "clínica" de problema e resultados entre as duas linhas tracejadas estão dentro da faixa "limítrofe". Foram utilizadas chaves para sinalizar as fases experimentais correspondentes a cada resultado (Fases A1, B1, A2 e B2).

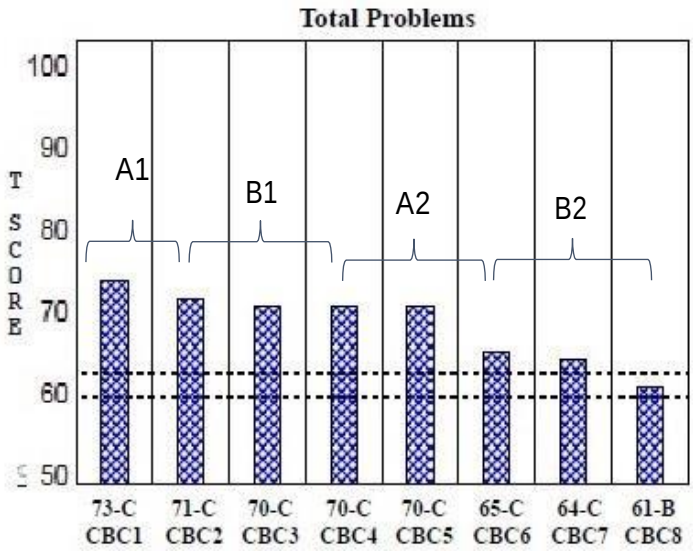


Figura 8. Resultado das aplicações do CBCL do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (Fases A1, B1, A2, B2) para a categoria de Problemas Totais.

A categoria de Problemas Totais fornece um resultado geral sobre a criança com relação as escalas derivadas por meio das análises estatísticas do próprio CBCL. Na Figura 8 nota-se que do início do processo de terapia ao fim há uma melhora da criança que sai da faixa clínica (T *score* = 73) para a faixa limítrofe (T *score* = 61), demonstrando melhora de Miguel avaliada pela mãe em seu ambiente natural. Esse resultado de medida externa observado pela cuidadora, acompanhado dos resultados de aumento dos comportamentos de melhora (CCR2) e queda dos comportamentos problemáticos (CCR1) de Miguel em sessão (Figura 3) evidenciam um sucesso no procedimento clínico para essa criança tanto em sessão quanto em seu ambiente natural.

Os resultados a partir das fases experimentais mostram que ao final da Fase A1 há uma melhora de dois pontos (T *score* = 71), ao final da Fase B1 há uma melhora de um ponto (T *score* = 70), ao final da Fase A2 há uma melhora de cinco pontos (T *score* = 65) e ao final da Fase B2 há uma melhora de quatro pontos (T *score* = 61). Conclui-se, portanto, que em todas

as fases há alguma melhora da criança, indiferentemente da fase experimental, havendo uma melhora mais expressiva nas últimas duas fases do experimento.

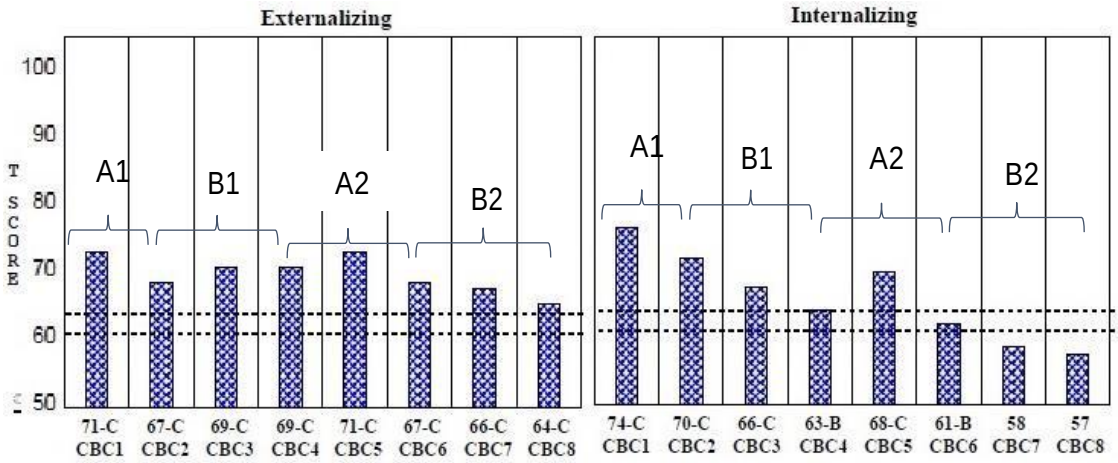


Figura 9. Resultados das aplicações do CBCL do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental para as categorias de problemas Externalizantes (gráfico a esquerda) e Internalizantes (gráfico a direita).

O gráfico da Figura 9 apresenta os resultados das categorias do CBCL de problemas Internalizantes (gráfico a direita) que agrupam as categorias Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Queixas Somáticas e de problemas Externalizantes (gráfico a esquerda) que agrupam as categorias Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo.

Os resultados dos problemas Internalizantes na Figura 9 indicam melhora expressiva de Miguel entre o início (T *score* = 74) e o final (T *score* = 57) das sessões, inclusive saindo da faixa clínica para a faixa considerada normal com relação a outras crianças. O fim da Fase A1 demarca uma melhora de quatro pontos (T *score* = 70), a Fase B1 termina indicando melhora de sete pontos (T *score* = 63), a Fase A2 se encerra com melhora de dois pontos (T *score* = 61) e finalmente a Fase B2 termina com melhora de quatro pontos (T *score* = 57). Nota-se que há uma melhora progressiva da criança, segundo a mãe. Essa melhora progressiva também não aponta alguma correlação com a manipulação da VI.

Os resultados para problemas Externalizantes mostram que houve uma melhora da criança do início (T *score* = 71) ao fim (T *score* = 64) do processo terapêutico, porém não suficiente para que a criança saísse da faixa clínica do problema. Ao final da Fase A1 há uma melhora de quatro pontos (T *score* = 67), já a Fase B1 terminou com uma piora de dois pontos (T *score* = 69). A Fase A2 finalizou-se apontando melhora de dois pontos (T *score* = 67) e ao final da Fase B2 há uma nova melhora de três pontos (T *score* = 64). Não há, portanto, como apontar uma correlação sistemática com a manipulação da VI. Uma análise mais profunda será realizada com relação a cada uma das categorias que compõem os problemas Externalizantes mais à frente.

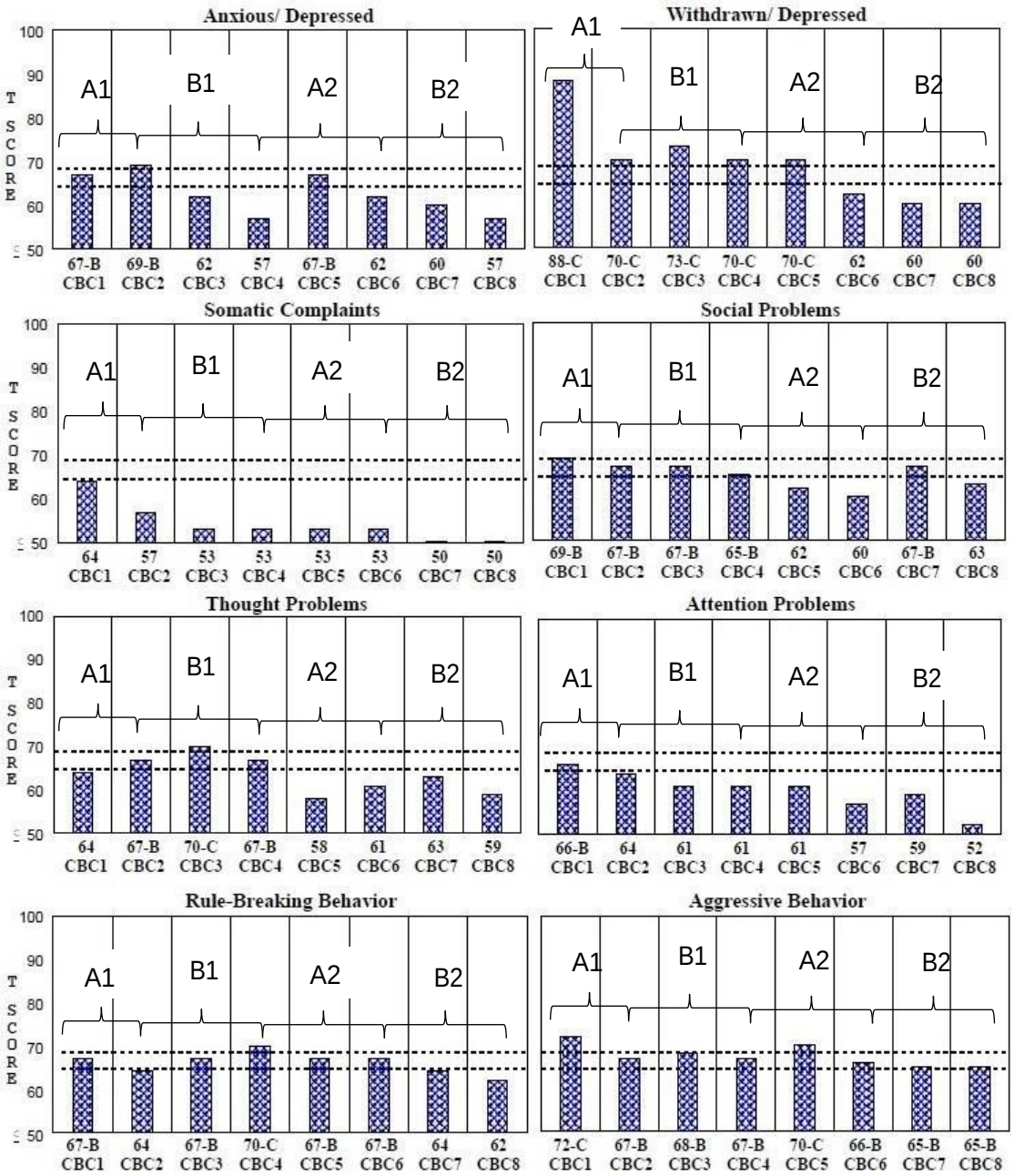


Figura 10. Resultados das aplicações do CBCL do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental para as categorias de Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo.

A Figura 10 mostra os resultados de Miguel para os seguintes problemas infantis derivados das análises estatísticas do CBCL, organizados em fileiras de cima para baixo: Ansiedade/Depressão (primeira fileira: gráfico a esquerda), Isolamento/Depressão (primeira fileira: gráfico a direita), Queixas Somáticas (segunda fileira: gráfico a esquerda), Problemas

Sociais (segunda fileira: gráfico a direita), Problemas de Pensamento (terceira fileira: gráfico a esquerda), Problemas de Atenção (terceira fileira: gráfico a direita), Comportamento de Quebrar Regras (quarta fileira: gráfico a esquerda) e Comportamento Agressivo (quarta fileira: gráfico a direita).

Para os problemas de Ansiedade/Depressão nota-se melhora da criança ao se comparar o início do tratamento em que ela se encontrava na faixa limítrofe (T *score* = 67) com o seu fim em que Miguel se encontrava na faixa de normalidade para esses problemas (T *score* = 57). Ao final da Fase A1 há uma piora dos comportamentos em dois pontos (T *score* = 69), mas a criança ainda se encontra na faixa limítrofe. Durante a Fase B1 há uma melhora que progride até seu fim (T *score* = 57) que faz com que Miguel se encontre dentro da faixa normal. A Fase A2 termina indicando uma piora de cinco pontos (T *score* = 62) que mantém a criança dentro da faixa de normalidade, porém em meados dessa fase os resultados haviam retornado para a faixa limítrofe. A Fase B2 finaliza com uma melhora progressiva de cinco pontos. Para o problema de Ansiedade/Depressão é visível a correlação entre a introdução da FAP e a melhora dos comportamentos de Miguel, em seu ambiente natural, avaliados pela cuidadora principal.

Os dados do gráfico sobre Isolamento/Depressão (Figura 10) indicam melhora expressiva de Miguel ao fim de todo o delineamento experimental ao ponto de sair da faixa clínica em que se encontrava no início (T *score* = 88) para a faixa normal em que se encontrava no final (T *score* = 60). Há melhora de 18 pontos ao fim da Fase A1 (T *score* = 70) e manutenção desse resultado ao fim da Fase B1 (T *score* = 70). Após a Fase A2 há melhora de oito pontos, levando a criança a sair da faixa clínica e entrar na faixa normal do problema (T *score* = 62) enquanto ao final da Fase B2 há mais uma leve melhora de dois pontos (T *score* = 60). Esses dados apontam que houve melhoras em todas as fases, com exceção da Fase B1 onde houve manutenção dos resultados. No entanto, as melhoras expressivas parecem estar relacionadas com as fases onde foram realizadas intervenções TACI.

As Queixas Somáticas estiveram sempre dentro da faixa de normalidade, mas ainda assim houve melhora do início da condução clínica (T *score* = 64) ao final (T *score* = 50). Após a Fase A1 há melhora de sete pontos (T *score* = 57), com o fim da Fase B1 há melhora de quatro pontos (T *score* = 53), ao fim da Fase A2 há manutenção dos resultados (T *score* = 53) e finalizando a Fase B2 há melhora de três pontos (T *score* = 50). É perceptível que todas as fases produziram melhoras com pontuações próximas exceto a Fase A2 em que houve manutenção dos resultados, o que não permite realizar correlações entre os resultados do CBCL e a manipulação da VI.

O CBCL apontou melhora global para os Problemas Sociais de Miguel que iniciou o tratamento estando na faixa limítrofe (T *score* = 69) e finalizou estando na faixa normal (T *score* = 63). Há melhora de dois pontos ao fim da Fase A1 (T *score* = 67), novamente melhora de dois pontos com o término da Fase B1 (T *score* = 65), melhora de cinco pontos com o fim da Fase A2 levando a criança para a faixa de normalidade (T *score* = 60), porém há piora de três pontos no término da Fase B2 (T *score* = 63). Nota-se, portanto, que em todas as fases houve melhora da criança segundo as observações da mãe, com exceção da Fase B2 que demonstrou uma leve piora. Nesse sentido, não há como fazer correlações entre as mudanças apresentadas pelo CBCL nos Problemas Sociais de Miguel e a manipulação da VI.

Na Figura 10 o gráfico de Problemas de Pensamento indica que a criança iniciou a psicoterapia estando na faixa normal para esses problemas (T *score* = 64) e terminou se mantendo nessa faixa (T *score* = 59). Apesar de o instrumento apontar melhora comportamental global no processo de psicoterapia, durante esse processo houveram algumas pioras. Durante a Fase A1 há uma piora de três pontos que leva a criança para a faixa limítrofe (T *score* = 67). Em meados da Fase B1 há novamente uma piora que leva a criança para a faixa clínica do problema, mas finaliza-se com o retorno para a faixa limítrofe apontada na fase anterior (T *score* final = 67). Já durante a replicação da condição clínica experimental ocorrem

melhoras de seis pontos com o fim da Fase A2 (T *score* = 61) e de dois pontos ao final da Fase B2 (T *score* = 59). Novamente não é possível fazer correlações entre as mudanças da criança e a manipulação da VI.

O instrumento indicou melhora global no tratamento para os Problemas de Atenção de Miguel, tendo iniciado na faixa limítrofe (T *score* = 66) e terminado na faixa de normalidade (T *score* = 52). Ao final da Fase A1 há uma melhora de dois pontos que retira a criança da faixa limítrofe (T *score* = 64). Com o término da Fase B1 há melhora de três pontos (T *score* = 61). Ao final da Fase A2 há melhora de quatro pontos (T *score* = 57). Com o término da Fase B2 há melhora de cinco pontos (T *score* = 52). Tais oscilações nos resultados não permitem indicar correlação entre as melhoras de Miguel e a manipulação da VI.

O gráfico sobre Comportamento de Quebrar Regras (Figura 10) aponta uma melhora de Miguel para esse problema entre o início da psicoterapia em que a criança se encontrava na faixa limítrofe (T *score* = 67) e o fim em que a criança passou para a faixa normal (T *score* = 62). Logo após a Fase A1 a criança apresenta uma melhora de três pontos que a faz cair para a faixa de normalidade para esse problema (T *score* = 64). No entanto, ao fim da Fase B1 há uma piora de seis pontos que leva a criança para a faixa clínica (T *score* = 70). Já após a Fase A2 há uma melhora de três pontos que retorna a criança para a faixa limítrofe (T *score* = 67) e, com o término da Fase B2 há uma nova melhora de cinco pontos que finalmente retorna a criança para a faixa de normal do problema. Novamente não há possibilidade de correlacionar as mudanças comportamentais de Miguel relacionadas ao Comportamento de Quebrar Regras e a manipulação da VI.

Por fim, com relação aos Comportamentos Agressivos (Figura 10) nota-se uma melhora global de Miguel, que iniciou o tratamento na faixa clínica (T *score* = 72) e finalizou na faixa limítrofe (T *score* = 65). Com a finalização da Fase A1 há uma melhora de cinco pontos que

faz com que a criança vá para a faixa limítrofe do problema (T *score* = 67). Ao terminar a Fase B1 há manutenção dos resultados da fase anterior (T *score* = 67). A Fase A2 termina com uma melhora de apenas um ponto (T *score* = 66), assim como a Fase B2 (T *score* = 65). Não se observa correlação entre as mudanças comportamentais do CBCL para os Comportamentos Agressivos e a manipulação da VI.

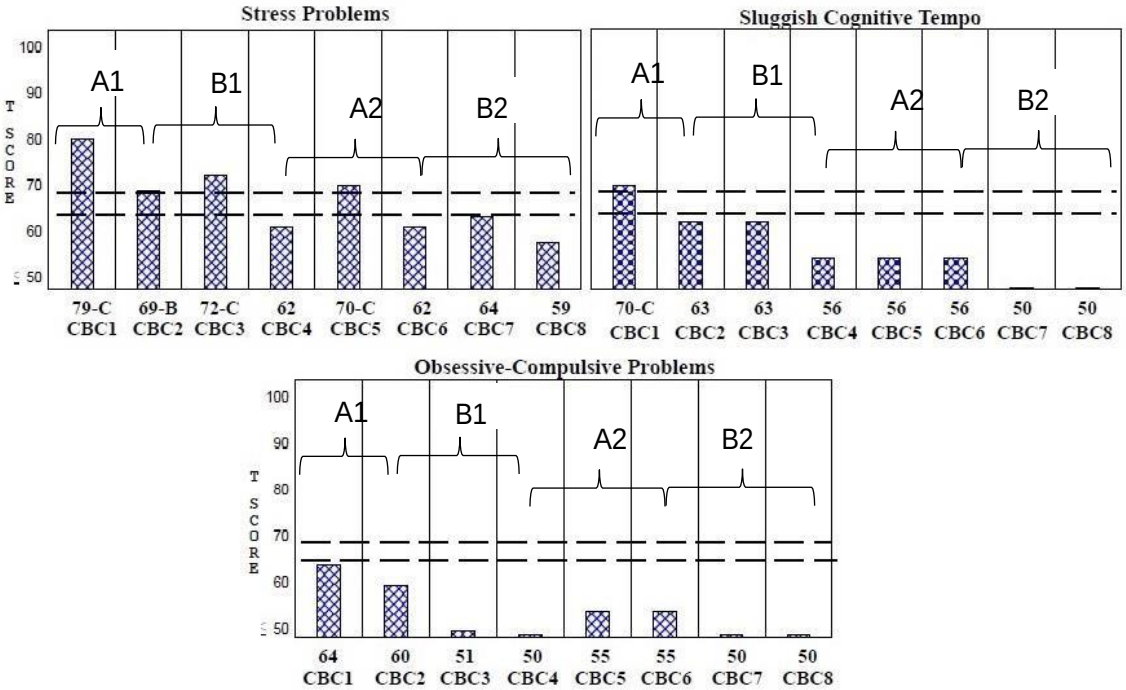


Figura 11. Resultados das aplicações do CBCL do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental para as categorias de Problemas de Estresse (primeira fileira: gráfico a esquerda), Tempo Cognitivo Lento (primeira fileira: gráfico a direita) e Problemas Obsessivos-Compulsivos (segunda fileira).

O gráfico da primeira fileira à esquerda na Figura 11 apresenta os resultados para a categoria de Problemas de Estresse. Os dados apontam que Miguel encontrava-se na faixa clínica ao iniciar o tratamento (T *score* = 79) e ao longo da psicoterapia melhorou a ponto de terminar dentro da faixa de normalidade (T *score* = 59). Ao final da Fase A1 houve uma melhora de 10 pontos (T *score* = 69) fazendo com que a criança entrasse na faixa limítrofe do problema. Na Fase B1 houve uma piora e em seguida uma melhora total de sete pontos que levou a criança para a faixa de normalidade (T *score* final = 62). Já na Fase A2 houve uma

piora e em seguida a pontuação retornou para a mesma do início da fase (T *score* = 62), não mostrando melhoras. Em meados da Fase B2 houve uma leve piora que foi seguida de uma melhora de três pontos em relação a fase anterior (T *score* = 59). Os dados indicam que com a introdução da FAP há uma melhora no comportamento de Miguel relacionado aos Problemas de Estresse, avaliado pela mãe, e quando a FAP é retirada há manutenção dos resultados, porém não se pode afirmar uma correlação direta já que com a intervenção TACI utilizada na Fase A1 há uma melhora.

O gráfico da primeira fileira à direita da Figura 11 corresponde aos Problemas de Tempo Cognitivo Lento. Nota-se que há uma grande melhora da criança com relação a esses problemas após ter sido submetido a todas as fases experimentais, saindo da faixa clínica do problema (T *score* inicial = 70) para a faixa de normalidade com relação a populações semelhantes (T *score* final = 50). Os resultados apontam que há uma melhora de sete pontos ao fim da Fase A1 (T *score* = 63) e novamente uma melhora de sete pontos ao fim da fase B1 (T *score* = 56). Durante a Fase A2 houve manutenção dos resultados (T *score* = 56), porém com a introdução da Fase B2 houve melhora de 6 pontos (T *score* = 50). Os resultados para os problemas de Tempo Cognitivo Lento são semelhantes aos de Problemas de Estresse, pois também parecem mostrar uma leve relação entre introdução da VI e melhoras no comportamento, porém na primeira fase do experimento já se notam melhoras.

O gráfico da segunda fileira (Figura 11) representa os resultados para os Problemas Obsessivos-Compulsivos. Nota-se que durante todo o processo terapêutico Miguel esteve dentro da faixa de normalidade para esses problemas, segundo a avaliação da mãe. Ainda assim, observa-se uma melhora do início (T *score* = 64) ao fim (T *score* = 50). Ao final da Fase A1 há melhora de quatro pontos (T *score* = 60), no fim da Fase B1 há melhora de 10 pontos (T *score* = 50), com o término da Fase A2 há uma piora de cinco pontos (T *score* = 55) e finalizando a Fase B2 há nova melhora de cinco pontos (T *score* = 50). Para esse problema,

não se poder descrever uma correlação sistemática entre as mudanças no comportamento de Miguel e a manipulação da VI.

Em seguida, serão apresentados os resultados do CBCL para escalas de comportamentos baseadas nos diagnósticos de transtornos mentais do DSM 5 (APA, 2014).

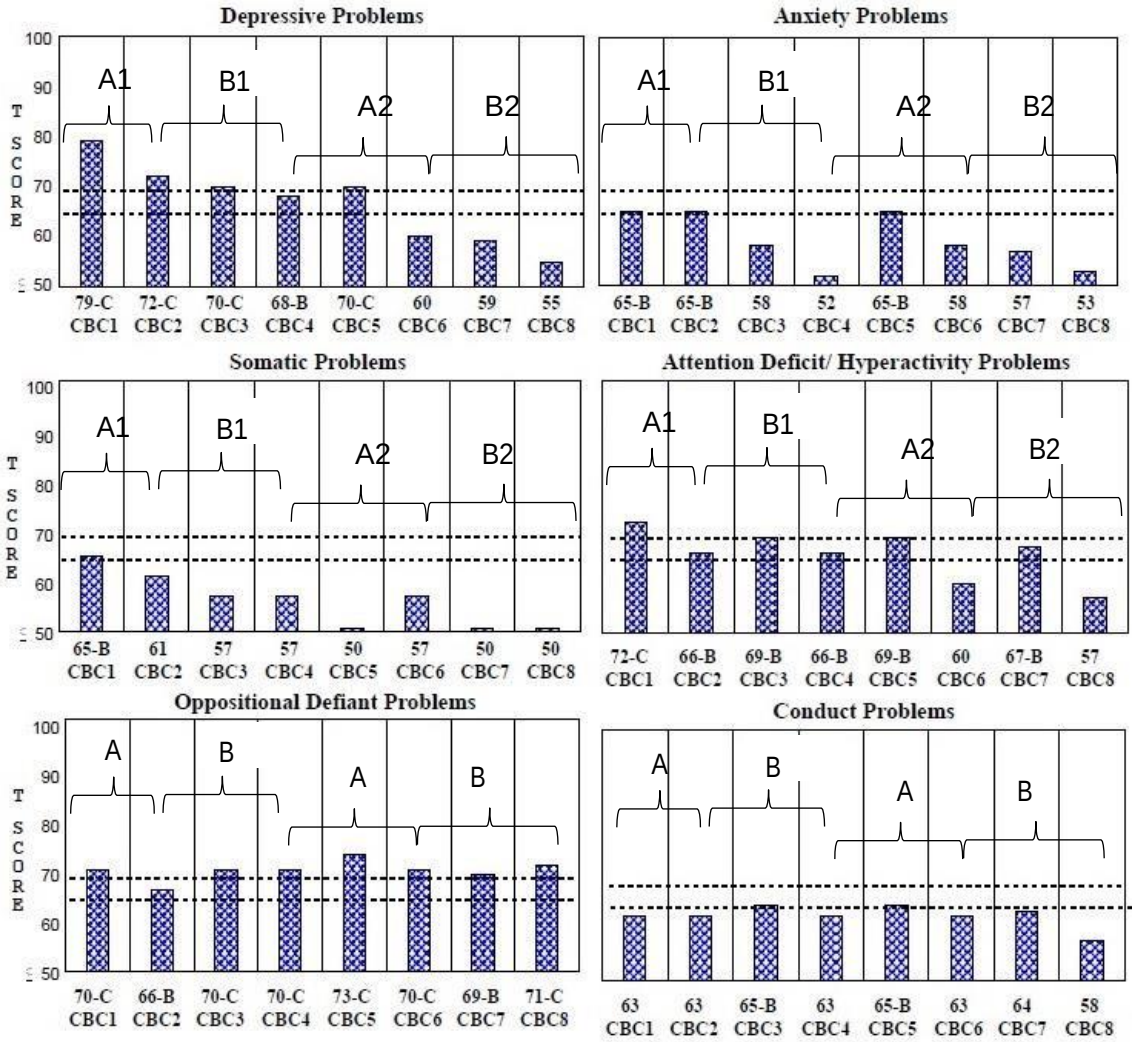


Figura 12. Resultados das aplicações do CBCL do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental para as categorias baseadas no DSM 5: Problemas de Depressão, Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos, Déficit de Atenção/Hiperatividade, Problemas de Oposição-Desafio, Problemas de Conduta.

A Figura 12 mostra os resultados de Miguel para os seguintes problemas infantis baseados nos diagnósticos do DSM 5 (APA, 2014), organizados em fileiras de cima para baixo: Problemas de Depressão (primeira fileira: gráfico a esquerda), Problemas de Ansiedade

(primeira fileira: gráfico a direita), Problemas Somáticos (segunda fileira: gráfico a esquerda), Déficit de Atenção/Problemas de Hiperatividade (segunda fileira: gráfico a direita), Problemas de Oposição-Desafio (terceira fileira: gráfico a esquerda), Problemas de Conduta (terceira fileira: gráfico a direita).

O gráfico da Figura 12 sobre os Problemas de Depressão apontam que houve uma melhora global de Miguel, segundo a avaliação da mãe, do início do tratamento em que a criança se encontrava na faixa clínica (T *score* = 79) até o fim quando a criança se encontrava na faixa de normalidade em comparação com populações semelhantes (T *score* = 55). A análise entre fases nos permite observar que ao final da Fase A1 há melhora de sete pontos (T *score* = 72). No fim da Fase B1 há melhora de quatro pontos (T *score* = 68) e é quando a criança cai para a faixa limítrofe do problema. Em meados da Fase A2 há inicialmente uma piora que eleva a criança para a faixa clínica novamente e em seguida há uma melhora que faz a criança se encontrar na faixa de normalidade (T *score* final = 60). Finalizando a Fase B2 há uma melhora de cinco pontos (T *score* = 55). Para os Problemas de Depressão baseados no DSM 5 não foram observadas diferenças de efeito da melhora entre as fases do delineamento, impedindo a realização de correlações com a manipulação da VI (FAP) da presente pesquisa.

Com relação aos Problemas de Ansiedade (Figura 12), também nota-se uma melhora de Miguel ao se comparar o início da condição experimental em que a criança se encontrava na faixa limítrofe do problema (T *score* = 65) e o final em que a criança se encontrava na faixa normal (T *score* = 53). O fim da Fase A1 indica uma manutenção dos resultados (T *score* = 65). Já o término da Fase B1 indica uma melhora de 13 pontos, fazendo com que a criança saia da faixa limítrofe do problema e se encontre na faixa normal (T *score* = 52). Em meados da Fase A2 há uma piora que leva a criança novamente para a faixa limítrofe, mas retorna para a faixa normal ao fim dessa fase ainda apresentando uma piora de seis pontos com relação a fase anterior (T *score* = 58). Novamente o término da Fase B2 aponta uma melhora de cinco pontos

(T *score* = 53). Aqui é possível observar uma correlação entre a introdução da FAP e uma melhora nos resultados do CBCL para os Problemas de Ansiedade baseados no DSM 5 do participante Miguel, bem como uma piora ao se retirar a FAP.

O Gráfico de Problemas Somáticos baseados no DSM 5 (Figura 12) indica melhora global de Miguel que saiu da faixa limítrofe do problema para a faixa normal do início (T *score* = 65) ao fim (T *score* = 50) do tratamento. O fim da Fase A1é marcado por uma melhora de quatro pontos que faz com que a criança entre na faixa normal (T *score* = 61). A Fase B1 termina com uma melhora de quatro pontos (T *score* = 57). A Fase A2 é finalizada com a manutenção dos resultados (T *score* = 57). Ao final da Fase B2 há uma nova melhora de sete pontos (T *score* = 50). Esses resultados não mostram correlações entre as mudanças no comportamento da criança e a VI.

Na Figura 12 os resultados para Déficit de Atenção/Hiperatividade indicam que houve melhora nos comportamentos de Miguel relacionados a esse quadro clínico ao se comparar o início (T *score* = 72) e o final (T *score* = 57) da psicoterapia, produzindo a mudança da criança da faixa clínica para a faixa de normalidade desse problema. A Fase A1 termina indicando melhora de seis pontos que leva a criança para a faixa limítrofe (T *score* = 66). A Fase B1 é finalizada indicando manutenção dos resultados (T *score* = 66). Ao fim da Fase A2 há uma melhora de seis pontos que leva a criança para a faixa normal (T *score* = 60). O final da Fase B2 aponta uma melhora de três pontos (T *score* = 57). Aqui, observa-se que não há uma correlação entre as mudanças comportamentais de Miguel e a manipulação da VI, porém as fases TACI parecem ter um efeito maior na melhora dos comportamentos relacionados ao Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Para os Problemas de Oposição-Desafio apresentados pelo gráfico na Figura 12 nota-se que de maneira global os resultados do início do tratamento (T *score* = 70) e do fim (T *score*

= 71) são praticamente os mesmos, mantendo a criança na faixa clínica desse problema, segundo a avaliação da cuidadora principal. Ao fim da Fase A1 há melhora de quatro pontos que leva a criança para a faixa limítrofe do problema (T *score* = 66). Com o fim da Fase B1 nota-se piora de quatro pontos que retorna a criança para a faixa clínica (T *score* = 70). Finalizando-se a Fase A2 há manutenção dos resultados (T *score* = 70). Já o término da Fase B2 indica piora de 1 ponto (T *score* = 71). No caso desse tipo de problema, parece haver uma correlação entre a introdução da FAP e piora dos comportamentos de Miguel avaliados pela mãe no CBCL. No entanto, na última fase FAP da condução clínica há piora de apenas um ponto com relação a fase anterior, o que pode ser muito pouco significativo para afirmar tal correlação.

No gráfico de Problemas de Conduta (Figura 12) observa-se que Miguel iniciou e terminou a psicoterapia na faixa de normalidade em comparação com a população semelhante (T *score* inicial = 63; T *score* final = 58). Ao fim das fases A1, B1 e A2 há manutenção dos resultados (T *score* = 63), porém ao fim da Fase B2 há uma melhora de cinco pontos (T *score* = 58). Novamente não há como correlacionar a melhora do comportamento de Miguel dentro da categoria de Problemas de Conduta com a manipulação da VI.

Em suma, o CBCL apontou que, após todo o delineamento experimental, houve melhora expressiva de Miguel considerando que a criança foi para a faixa normal nas categorias de problemas de Ansiedade/Depressão, Problemas de Ansiedade (DSM 5), Isolamento/Depressão, Problemas de Depressão (DSM 5), Problemas Sociais, Comportamento de Quebrar Regras, Problemas de Atenção, Déficit de Atenção/Hiperatividade (DSM 5), Problemas de Estresse, Problemas de Tempo Cognitivo Lento e Problemas Somáticos (DSM 5). Houve também melhora na categoria de Comportamentos Agressivos, porém suficiente para sair da faixa clínica e atingir a faixa limítrofe do problema. Nas categorias Queixas Somáticas, Problemas de Pensamento, Problemas Obsessivo-Compulsivos

e Problemas de Conduta (DSM 5), Miguel já se encontrava na faixa de normalidade na linha de base e ainda assim apresentou melhoras. Por outro lado, os Problemas de Oposição-Desafio (DSM 5) permaneceram na faixa clínica, praticamente mantendo o resultado da linha de base.

Fazendo um paralelo das queixas iniciais da mãe com relação à criança e as categorias do CBCL podemos relacionar o "isolamento social" com os quadros de Ansiedade/Depressão, Problemas de Ansiedade (DSM 5), Isolamento/Depressão, Problemas de Depressão (DSM 5) e Problemas Sociais. Após os episódios de abuso Miguel foi proibido de interagir com outras crianças fora do contexto escolar, como uma medida de proteção imposta pela mãe. Segundo a própria criança, ele ficou muito tempo sozinho e até então não sabia muito bem como se relacionar com os pares, o que justifica algumas dificuldades no trato social (Problemas Sociais). Além dos episódios de abuso serem fatores que parecem ter aumentado a aversividade das relações interpessoais, suas consequências parecem também ter atuado agravando o potencial aversivo das relações, tais como o período de restrição de contato com outras crianças, a obesidade que resultou em gozações pelos pares e o produto de sentimentos de menos valia. Nesse sentido, posteriores tentativas frustrantes de se relacionar parecem ter influenciado para o desenvolvimento dos quadros de depressão e ansiedade. Vale ressaltar que os episódios de ansiedade se desenvolvem quando há probabilidade de algum aversivo ocorrer que, no caso, seriam as relações sociais. Um padrão comum diante de um quadro de ansiedade é o comportamento de checar a presença do aversivo para, consequentemente, se esquivar. Nesse sentido, hipotetiza-se que a queixa da mãe de "busca excessiva por aprovação social dos pais" pode ser um comportamento de Miguel para se esquivar da insegurança que sente diante das relações sociais. Isto é, saber se o que está fazendo está correto e bem avaliado pode afastá-lo de possíveis punições.

A queixa de "baixo engajamento em atividades" demonstra uma baixa ativação comportamental inclusive para produzir reforçadores. Esse é um dos sintomas clássicos para o

diagnóstico de depressão observados na experiência clínica e nos Manuais de Transtornos Mentais (DSM), combinando, portanto, com as categorias do CBCL de Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Problemas de Depressão (DSM 5). Outra queixa levantada pela mãe que combina com os diagnósticos de depressão é o "comportamento poliqueixoso", que envolve um excesso de verbalizações com conteúdo de lamentações. Isto é, um pessimismo sobre si e sobre o mundo.

O "comportamento opositor", descrito pela mãe como questionamentos sobre decisões dos pais e regras da escola, se relaciona com as categorias do CBCL de Comportamento de Quebrar Regras, Comportamentos Agressivos e Problemas de Oposição-Desafio (DSM 5). Já o "comportamento pouco colaborativo na escola" parece demonstrar uma dificuldade social da criança, bem como produzir reforçadores de atenção dos professores, se relacionando com a categoria Problemas Sociais já que a criança apresenta topografias ruins para produzir atenção e informações sobre as disciplinas. Miguel afirma que as perguntas que faz e que prejudicam o fluxo da aula são sobre o assunto que está sendo ensinado, porém ele acaba saindo do foco do assunto por perguntar outras coisas com que fica curioso. Revela também que muitas vezes quer acrescentar um comentário ao que está sendo falado tal como contar sobre um vídeo que viu que tem algo em comum ou fazer alguma piada. Nessas situações, acaba sendo punido pela professora e pelos outros alunos. Desse modo, levanta-se também a hipótese de que a criança tivesse algumas dificuldades ligadas as categorias de Problemas de Atenção, Déficit de Atenção/Hiperatividade (DSM 5), Problemas de Tempo Cognitivo Lento. Essas categorias também podem se relacionar com a queixa de "baixo interesse e engajamento nas atividades da escola", acrescidas também do quadro de Problemas de Depressão (DSM 5) fazendo parte da baixa ativação comportamental como um padrão geral de Miguel.

De todas as categorias a única que não apresentou melhora foi a de Problemas de Oposição-Desafio (DSM 5) e, portanto, vale compreender o que pode ter ocorrido. “A característica principal do transtorno de oposição desafiante é um padrão frequente e persistente de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou de índole vingativa” (APA, 2014, pg. 463). De acordo com essa descrição do transtorno correspondente a categoria do CBCL o que foi relatado pela mãe e pela criança nas sessões de psicoterapia foram comportamentos de questionamento a autoridades (mãe e professores). Por outro lado, Miguel apresenta poucas oscilações de humor e é uma criança que frequentemente se preocupa com questões morais sobre o que é certo e o que é errado. Portanto, não se aproxima das outras duas descrições desse tipo de transtorno. Observou-se que o padrão questionador de Miguel é mais frequente na escola e, segundo a criança, são anos de insatisfações com professores que lhe expuseram diante da turma quando esse estava emitindo alguma resposta de vulnerabilidade (exemplo: chorar em público) e lhe invalidaram. Paralelamente, a terapeuta observou que a mãe é bastante exigente com relação a tarefas domésticas (organização da casa) e com o seguimento das regras da casa por parte das crianças. Além disso, a mãe tem um padrão explosivo e invalidante em vários momentos, enquanto o pai é uma figura ausente. Hipotetiza-se que essas experiências com os primeiros lugares de cuidado (pais e professores), permeadas por negligência, agressividade e invalidação, além da experiência de abuso sexual, tem correlação com o desenvolvimento de um padrão opositor de Miguel (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989).

A psicoterapia realizada com a criança teve o foco primordial em desenvolver vulnerabilidade/intimidade na relação com as pessoas e, em segundo plano, comprometimento/autorresponsabilização. Nesse sentido, durante as fases FAP o repertório de exposição de sentimentos e pensamentos da criança foram evocados e reforçados, independentemente do que era considerado correto de acordo com algumas avaliações rígidas

dos pais e professores e de sentimentos negativos direcionados aos mesmos. Por exemplo, durante a fase FAP Miguel expressou grande incômodo com relação a ter que participar do processo jurídico iniciado pela mãe após o último episódio de abuso, com a maneira como a mãe fornece mais atenção a irmã, com a ausência de diálogo com a diretora da escola, dentre outros. Levanta-se a hipótese de que essa classe de respostas pode ter se generalizado para o ambiente natural de Miguel, sendo visto pelas figuras de autoridade como topografias de "oposição e desafio" e, portanto, a avaliação da mãe foi negativa com relação aos itens do CBCL que caracterizavam Problemas de Oposição-Desafio baseados no DSM 5.

As categorias em que foram possíveis observar uma evidente correlação entre as mudanças comportamentais e a manipulação da VI foram Ansiedade/Depressão e Problemas de Ansiedade (DSM 5). Foi indicado correlação direta entre a introdução da FAP e melhoras nas duas, bem como retirada da FAP e piora em seguida. Nota-se, portanto, que para Miguel a FAP claramente teve um impacto nas categorias de ansiedade que, segundo análises realizadas anteriormente, se relacionam com as queixas da mãe de "isolamento social" e "busca excessiva por aprovação social dos pais". Aqui, estamos falando de um padrão de fuga e esquiva de relações interpessoais que são altamente aversivas para Miguel e, para reduzir os comportamentos ansiosos produzidos por tal contingencia a criança emite respostas para produzir atenção e afeto dos pais, eliminando as sensações aversivas. Porém essas respostas acabam sendo muitas vezes inadequadas ou excessivas, produzindo novamente um afastamento do outro. Na relação com a terapeuta esse padrão aparece nas respostas que compõem a classe operante chamada de "superficialidade" (CCR1): falar pouco sobre si; fazer piadas e contar casos que prendem a atenção da terapeuta, mas que não a faz compreender suas sensações e impressões; mudar de assunto quando a terapeuta evoca um contato mais íntimo; inicialmente evitar contato físico; dentre outros. Podemos inferir que a modelagem de

comportamentos de vulnerabilização (CCR2) nas fases FAP reduziu a aversividade do contato social íntimo e a necessidade de se obter atenção do outro por meio de respostas pueris.

A dificuldade em verificar as correlações entre as mudanças de comportamento marcadas pelo CBCL e as intervenções podem ter ocorrido devido à dificuldade da cuidadora em observar mudanças sutis no comportamento da criança, de acordo com as perguntas feitas no instrumento. Sabe-se que a mãe de Miguel é muito exigente e crítica, além de apresentar um quadro de depressão quando os atendimentos foram iniciados. Nesse sentido, é de se esperar que tivesse algumas dificuldades em perceber as melhoras do filho. Além disso, a recomendação para reaplicação do CBCL é de um intervalo mínimo de seis meses e nessa pesquisa esse intervalo não foi respeitado, o que pode ter dificultado a verificação de resultados correlacionais a manipulação da VI.

Uma última categoria que chama a atenção, apesar de não ter sido encontrado correlação entre as melhoras de Miguel e a manipulação da VI, é a de Problemas de Estresse. Essa categoria está relacionada com o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, mais frequente em vítimas de abuso sexual. Nesse sentido, ter conseguido produzir melhoras a ponto de a criança sair da faixa clínica e terminar a psicoterapia na faixa de normalidade para esse problema é de grande importância.

O CBCL também foi aplicado na mãe de Miguel durante a sessão de *follow-up* com o objetivo de verificar a manutenção ou mudança dos resultados no período de um mês em que a criança permaneceu sem ir à terapia. Os resultados encontram-se dispostos na Figura 13, Figura 14, Figura 15 e Figura 16 apresentadas abaixo.

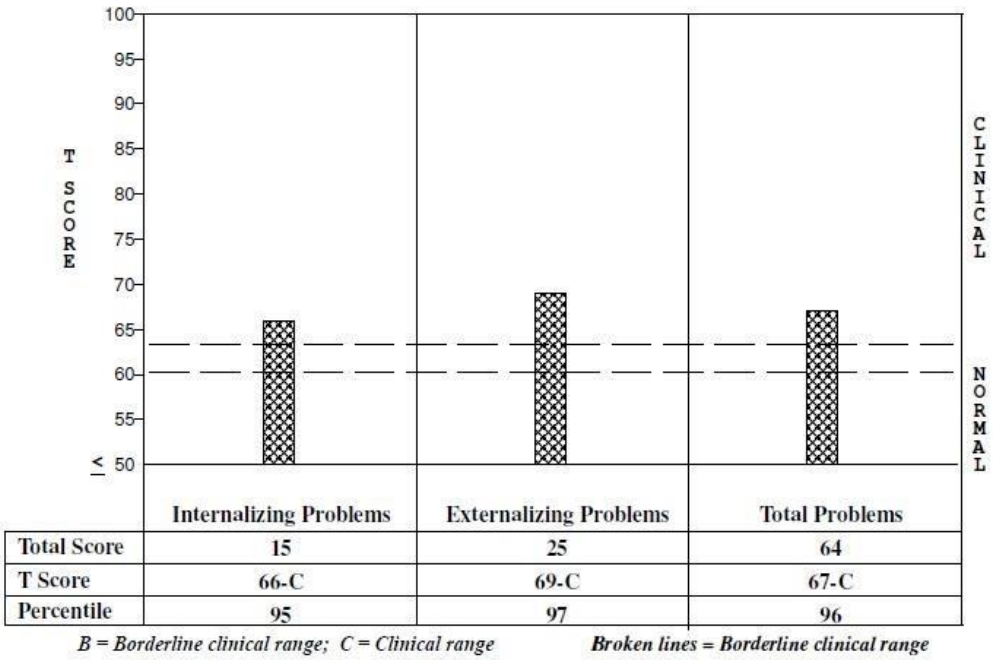


Figura 13. Resultado da aplicação do CBCL do participante Miguel na sessão de *follow-up* para as categorias de Problemas Internalizantes, Problemas Externalizantes e Problemas Totais.

O gráfico da Figura 13 acima retrata os resultados da aplicação do CBCL na sessão de *follow-up* de Miguel para (da esquerda para a direita) os Problemas Internalizante, Problemas Externalizantes e Problemas Totais. Nota-se que em todas as categorias a criança se encontra na faixa clínica de problema.

Ao fim do delineamento experimental (sessão 30) a criança se encontrava na faixa de normalidade para os Problemas Internalizantes (T *score* = 57) (Figura 9). Após um mês sem as sessões de psicoterapia os resultados apontaram que a criança se encontrava na faixa clínica (T *score* = 66), demonstrando uma piora. Apesar disso, o T score do *follow-up* é ainda menor do que foi apontado no início do tratamento de Miguel (T *score* = 74), ou seja, não retornou para o resultado da linha de base. Os Problemas Externalizantes se encontravam na faixa considera clínica ao fim do delineamento (T *score* = 64) (Figura 9), assim como no resultado do *follow-up* (T *score* = 69) (Figura 13). Com relação aos Problemas Totais, na sessão 30 os resultados apontavam a criança na faixa limítrofe do problema (T *score* = 61) (Figura 8). Já no *follow-up* há uma piora que leva a criança para a faixa clínica (T *score* = 67) (Figura 13), porém sem

retorno ao resultado apontado na linha de base (T *score* = 73). Observa-se, portanto, que para a categoria Problemas Externalizantes há manutenção da criança na faixa clínica após o período de um mês sem a psicoterapia, enquanto para as categorias Problemas Internalizantes e Problemas Totais há uma piora em relação aos resultados observados ao fim do delineamento experimental.

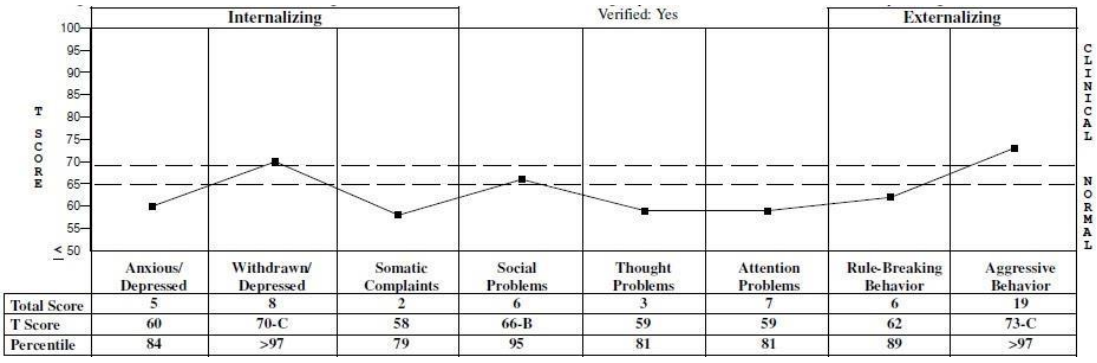


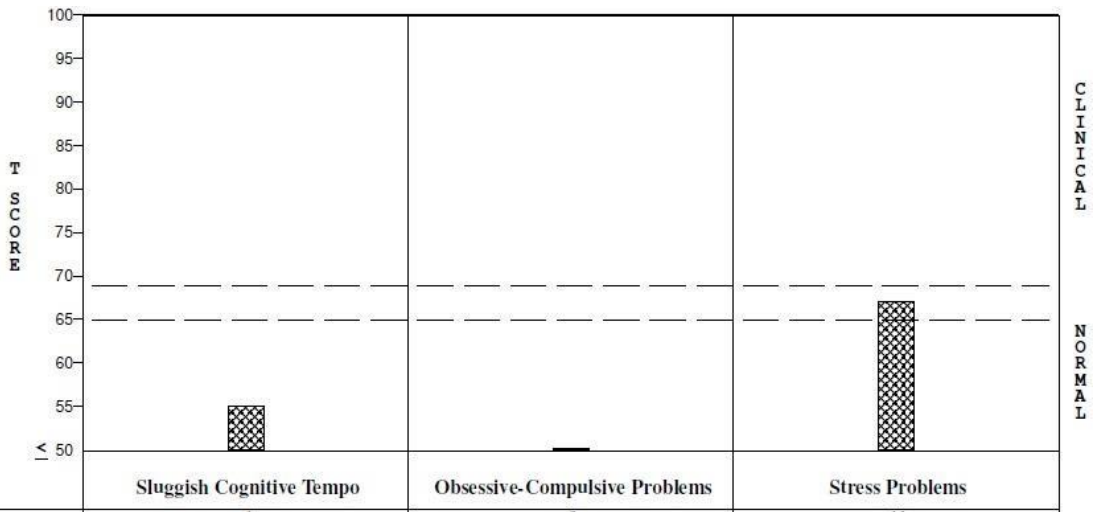
Figura 14. Resultado da aplicação do CBCL do participante Miguel na sessão de *follow-up* para as categorias de Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo.

A Figura 14 apresenta o gráfico dos resultados dos problemas delineados pelas análises estatísticas do CBCL para Miguel na sessão de *follow-up*, considerando os seguintes problemas da esquerda para a direita: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo.

Na última sessão do delineamento experimental Miguel se encontrava na faixa normal para os problemas de Ansiedade/Depressão (T *score* = 57), Queixas Somáticas (T *score* = 50), Problemas de Pensamento (T *score* = 59), Problemas de Atenção (T *score* = 52) e Comportamento de Quebrar Regras (T *score* = 62) (Figura 10). Os resultados da aplicação do CBCL na sessão de *follow-up* (Figura 14) apontaram a manutenção da criança dentro da faixa de normalidade para todos esses problemas (T *score* Ansiedade/Depressão = 60; T *score* Queixas Somáticas = 58; T *score* Problemas de Pensamento = 59; T *score* Problemas de

Atenção = 59; T *score* Comportamento de Quebrar Regras = 62). Esses dados mostram que as melhoras no comportamento de Miguel, obtidas após todo o delineamento experimental, se mantiveram apesar da ausência da psicoterapia, segundo a avaliação da mãe.

Com relação aos problemas de Isolamento/Depressão e Problemas Sociais, a criança estava dentro da faixa de normalidade na sessão 30 (T *score* Isolamento/Depressão = 60; T *score* Problemas Sociais = 63) (Figura 10), no entanto os dados do *follow-up* (Figura 14) indicam uma piora que retorna a criança para a faixa clínica dos problemas de Isolamento/Depressão (T *score* = 70) e para a faixa limítrofe dos Problemas Sociais (T *score* = 66). Nesse sentido, as melhoras apontadas pelo CBCL de ambos esses problemas são foram mantidas após o período sem a criança frequentar a psicoterapia. Apesar dos resultados indicarem piora, não retornam aos níveis apontados na linha de base (T *score* Isolamento/Depressão = 88; T score Problemas Sociais = 69). Na mesma direção, o resultado final do delineamento experimental para o Comportamento Agressivo apontava Miguel dentro da faixa limítrofe (T *score* = 65) (Figura 10), no entanto o resultado do *follow-up* indicou uma piora que fez com a criança se encontrasse na faixa clínica do problema (T *score* = 73) (Figura 14). Novamente, observa-se que os ganhos adquiridos ao fim do delineamento não se mantiveram com o tempo de ausência da psicoterapia, pelo contrário, há uma piora que ultrapassa o resultado de linha de base do Comportamento Agressivo de Miguel (T *score* = 72).



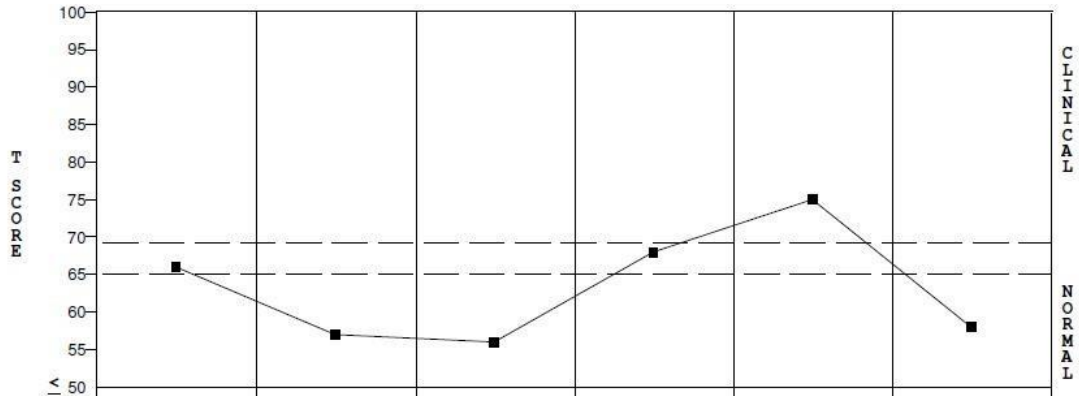
	Sluggish Cognitive Tempo	Obsessive-Compulsive Problems	Stress Problems
Total Score	1	0	11
T Score	55	50	67-B
Percentile	69	<=50	96

Figura 15. Resultados das aplicações do CBCL do participante Miguel na sessão de *follow-up* para as categorias de Tempo Cognitivo Lento, Problemas Obsessivos-Compulsivos e Problemas de Estresse.

A Figura 15 apresenta os resultados dos problemas delineados pelas análises estatísticas do CBCL para Miguel, na sessão de *follow-up*, considerando os seguintes problemas da esquerda para a direita: Tempo Cognitivo Lento, Problemas Obsessivo-Compulsivos e Problemas de Estresse.

O fim do delineamento experimental aponta que Miguel estava na faixa normal para os problemas de Tempo Cognitivo Lento (T *score* = 50) e Problemas Obsessivo-Compulsivos (T *score* = 50) (Figura 11) e na sessão de *follow-up* (Figura 15) a criança se mantém dentro dessa faixa de normalidade para ambos os problemas (T *score* Tempo Cognitivo Lento = 55; T *score* Problemas Obsessivo-Compulsivos = 50). Em contrapartida, os resultados do CBCL apontam que houve piora dos Problemas de Estresse entre a última sessão da psicoterapia em que a criança se encontrava na faixa normal (T *score* = 59) (Figura 11) e a sessão de *follow-up* (Figura 15) em que a criança se encontra na faixa limítrofe do problema (T *score* = 67). Essas informações permitem afirmar que após o intervalo de um mês sem psicoterapia desde o término do delineamento experimental, houve manutenção das melhoras de Miguel com

relação aos problemas de Tempo Cognitivo Lento e Problemas Obsessivo-Compulsivos, enquanto houve piora dos Problemas de Estresse. Vale ressaltar que a piora dos Problemas de Estresse não apresenta um retorno para o resultado da linha de base (T score = 79).



	Depressive Problems	Anxiety Problems	Somatic Problems	Attention Deficit/ Hyperactivity Problems	Oppositional Defiant Problems	Conduct Problems
Total Score	6	3	1	10	9	4
T Score	66-B	57	56	68-B	75-C	58
Percentile	95	76	73	97	>97	79

Figura 16. Resultados das aplicações do CBCL do participante Miguel na sessão de *follow-up* para as categorias baseadas no DSM 5: Problemas de Depressão, Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos, Déficit de Atenção/Problemas de Hiperatividade, Problemas de Oposição-Desafio, Problemas de Conduta.

A Figura 16 mostra o gráfico de resultados das categorias do DSM 5 extraídas do questionário CBCL preenchido pela mãe de Miguel na sessão de *follow-up* para (da esquerda para a direita) Problemas Depressivos, Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos, Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Problemas de Oposição-Desafio e Problemas de Conduta.

Os resultados para Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos e Problemas de Conduta indicam que Miguel se encontrava na faixa de normalidade ao final do delineamento experimental (T *score* Problemas de Ansiedade = 53; T *score* Problemas Somáticos = 50; T *score* Problemas de Conduta = 58) (Figura 12) e se manteve nessa mesma faixa ao ser aplicado o CBCL na sessão de *follow-up* (T *score* Problemas de Ansiedade = 57; T *score* Problemas Somáticos = 56; T *score* Problemas de Conduta = 58) (Figura 16). Isso indica que as melhoras

resultantes do procedimento implementado como um todo se mantiveram para essas categorias mesmo após o período de um mês sem psicoterapia.

Com relação aos Problemas de Oposição-Desafio, nota-se que há a manutenção da criança na faixa clínica da última sessão do delineamento experimental (T *score* = 71) (Figura 12) até a sessão de *follow-up* (T *score* = 75) (Figura 16), não havendo modificação desse tipo de comportamento no período ausente da terapia.

A criança finaliza o processo psicoterápico dentro da faixa de normalidade para os Problemas Depressivos (T *score* = 55) e para Déficit de Atenção/Hiperatividade (T *score* = 57) (Figura 10), mas na sessão de *follow-up* apresenta piora que o coloca dentro da faixa limítrofe em ambas as categorias (T *score* Problemas Depressivos = 66; T *score* Déficit de Atenção/Hiperatividade = 68) (Figura 16). Observa-se, portanto, que os ganhos nessas categorias advindos do processo psicoterápico não resistiram ao tempo em que a criança ficou sem psicoterapia. Apesar disso, as pioras ainda são menores se comparadas aos resultados da linha de base (T *score* Problemas Depressivos = 79; T *score* Déficit de Atenção/Hiperatividade = 72) (Figura 12).

Em resumo, é possível afirmar que as melhoras de Miguel indicadas pelo CBCL ao longo do delineamento experimental resistiram ao período de um mês sem psicoterapia para as seguintes categorias: Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebrar Regras, Tempo Cognitivo Lento, Problemas Obsessivo-Compulsivos, Problemas de Ansiedade (DSM 5), Problemas Somáticos (DSM 5) e Problemas de Conduta (DSM 5). Por outro lado, as melhoras não resistiram a esse mesmo período de tempo para as categorias de Problemas Internalizantes, Problemas Totais, Isolamento/Depressão, Problemas Sociais, Comportamento Agressivo, Problemas de Estresse, Problemas Depressivos (DSM 5), Déficit de Atenção/Hiperatividade (DSM 5). As categorias

que ainda se mantinham na faixa clínica após o delineamento experimental, tais como Problemas Externalizantes e Problemas de Oposição-Desafio (DSM 5), se mantiveram nessa mesma faixa após o período sem psicoterapia.

Dados da Escala de Comportamentos Extrassessão

A Escala de Comportamentos Extrassessão (ECE) foi respondida pela mãe em todas as sessões de psicoterapia de Miguel e possui ao todo 36 perguntas que serão consideradas como categorias de comportamento da criança que ocorrem no ambiente natural. Por tal extensão das informações, alguns resultados não serão apresentados devido a não mostrarem alteração comportamental da criança. Os outros resultados serão informados de duas formas: (1) gráficos das categorias que indicam alguma correlação com a VI (2) indicação dos resultados (melhora/piora) globais das categorias que não mostram correlação com a VI.

Em todos os gráficos que se seguirem, o eixo y representa a frequência dos comportamentos de Miguel (classificados pela cuidadora por um número entre 0 e 4) enquanto o eixo x representa as sessões de psicoterapia. As informações estão dispostas de duas maneiras: (1) média dos resultados para cada uma das fases, representada pela linha amarela, que irá ajudar na análise dos efeitos da VI (2) resultados por sessão, representados pelas linhas em azul quando nas Fases A1 e A2 e pelas linhas em laranja quando nas Fases B1 e B2, para ajudar na análise crítica dos resultados da média. O círculo cinza representa o resultado no *follow-up*. Vale ressaltar que esse instrumento foi sendo aprimorado ao longo do delineamento experimental e, portanto, algumas perguntas só foram incorporadas posteriormente e seus resultados só irão abarcar as últimas três fases experimentais.

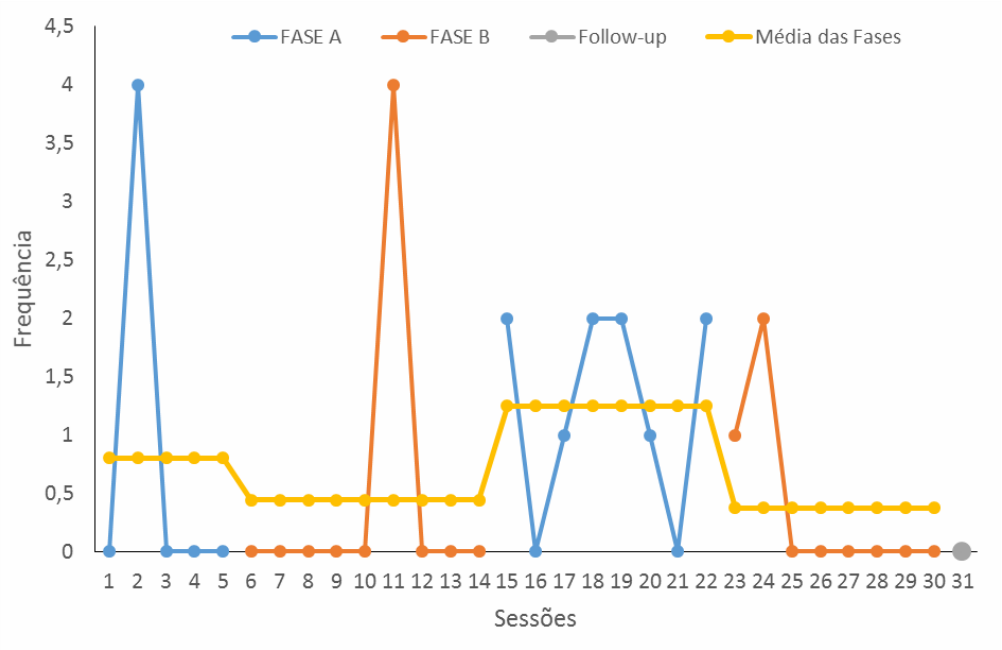


Figura 17. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Insegurança Social do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1, A2 = linha de base; B1, B2 = FAP) e *follow-up*.

O gráfico acima (Figura 17) apresenta os dados da pergunta "O seu filho ficou inseguro perto das pessoas?" que compreende a categoria chamada de Insegurança Social. As médias de frequência durante o delineamento foram: 0,8 (Fase A1), 0,44 (Fase B1), 1,25 (Fase A2) e 0,37 (Fase B2), demonstrando queda nesse tipo de comportamento entre o início e o término do delineamento. Tal queda aponta que Miguel se mostrou menos inseguro diante de contextos sociais, segundo a observação da mãe, o que é considerado uma melhora clínica. Nota-se também que durante as fases de inserção da VI há uma redução da média da frequência dos comportamentos de insegurança social, assim como durante a fase de retirada da VI (Fase A2) o contrário acontece. É importante frisar que tanto na Fase A1 quanto na Fase B1 os resultados foram os mesmos (4 em apenas uma sessão e 0 nas demais), porém como a Fase B1 é mais longa a média acaba sendo reduzida. No entanto, na replicação da condição experimental (A2 – B2) fica evidente a maior frequência desses comportamentos durante a Fase A2, como mostram os pontos em azul e laranja. Essas informações sugerem haver aqui uma correlação entre a FAP e a redução geral dos comportamentos de insegurança social de Miguel no

ambiente externo. O *follow-up* mostra que a mãe não observou esse comportamento, mantendo os resultados de melhora das últimas sessões da Fase B2 após um mês sem a psicoterapia.

A categoria Insegurança Social não corresponde diretamente a algum dos comportamentos clinicamente relevantes de Miguel. No entanto, de acordo com a conceituação do caso, levanta-se a hipótese de que esse receio em se relacionar com o outro (estímulo aversivo), chamado também de insegurança social, produz a resposta de se relacionar de maneira superficial, correspondente ao CCR1-A de Miguel. Tanto os CCR1 quanto a categoria Insegurança Social correlacionam-se à manipulação da VI (Figura 3 e Figura 17), o que sugere estar havendo algum tipo de generalização da redução de alguns CCR1-A para a vida cotidiana da criança durante as fases FAP, que se mantém após um mês sem psicoterapia.

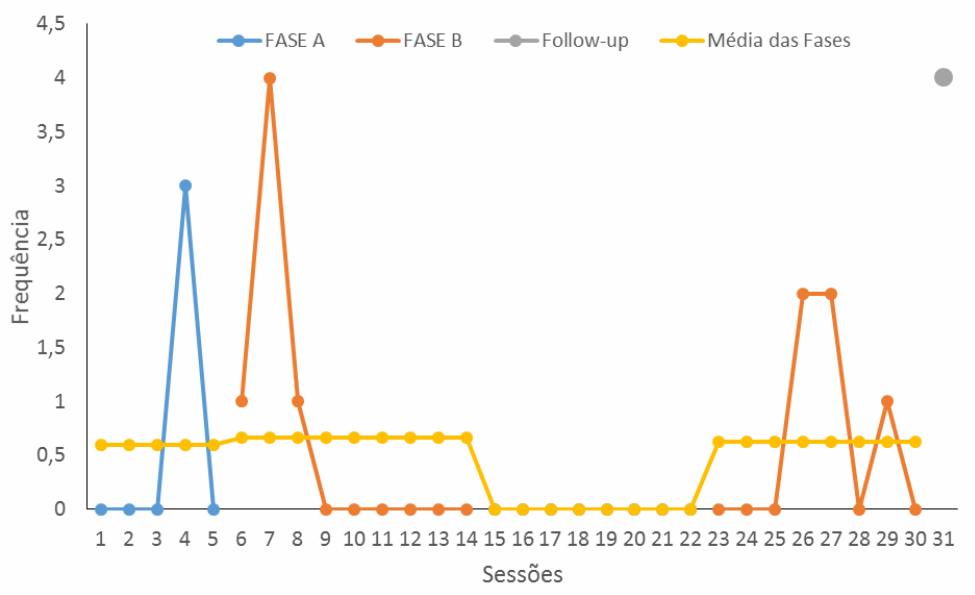


Figura 18. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Relacionamentos Intensos do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1, A2 = linha de base; B1, B2 = FAP) e *follow-up*.

A pergunta "O seu filho demonstrou ter relacionamentos intensos com outras pessoas (ter um melhor amigo, estar próximo de quem gosta, contar coisas importantes sobre sua vida)?" corresponde a categoria Relacionamentos Intensos e seus resultados estão dispostos na Figura 18. As médias de frequência desse comportamento foram: 0,6 (Fase A1), 0,66 (Fase

B1), 0 (Fase A2) e 0,62 (Fase B2). Esse tipo de comportamento no ambiente natural corresponde diretamente a classe de CCR2-A de "vulnerabilização" para Miguel e, diferentemente do aumento na frequência dos CCR2 observado na Figura 3, a categoria de Relacionamentos Intensos mostrou manutenção na média da frequência global se comparadas as médias iniciais e finais do delineamento experimental. Nota-se que há praticamente manutenção na média da frequência durante a primeira fase e as fases de introdução da VI, porém há ausência desse comportamento durante toda a fase de retirada da VI (Fase A2). Os dados sugerem, portanto, uma correlação entre a retirada da FAP e queda na frequência de Relacionamentos Intensos, considerada uma piora clínica para o participante de pesquisa. O mesmo acontece com o CCR2, quando há retirada da FAP, mostrando que ao se suspender a VI dentro do *setting* terapêutico há também queda na frequência de se relacionar de forma íntima no ambiente natural. O resultado do *follow-up* (frequência = 4) mostra que houve melhora desde a última sessão do delineamento experimental (sessão 30).

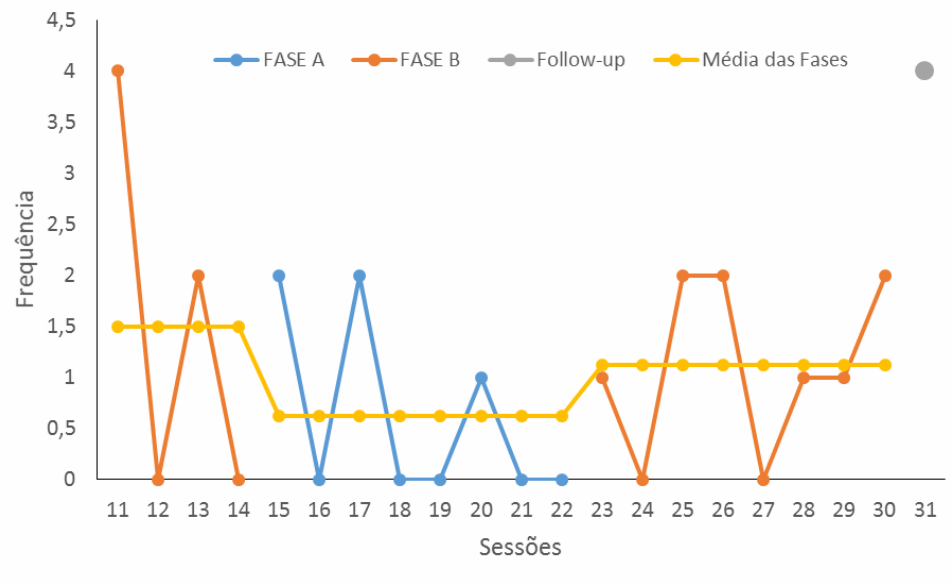


Figura 19. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Relacionamentos Íntimos com outras pessoas do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e *follow-up*.

A Figura 19 mostra os resultados para a categoria Relacionamentos Íntimos que foi avaliada por meio da pergunta "O seu filho interagiu com as pessoas de maneira próxima, contando acontecimentos importantes de sua vida e expressando sentimentos? (ex: 'fiquei triste com...', 'tenho medo de...'; 'lembrei daquele dia em que eu fiquei com muita raiva de...')". As médias dos resultados foram: 1,5 (Fase B1), 0,62 (Fase A2) e 1,12 (Fase B2). Essa categoria também se relaciona diretamente com a classe de CCR2-A de "vulnerabilidade" para Miguel que aumentou de frequência globalmente (Figura 3), mas nesse instrumento de monitoramento do comportamento em ambiente natural, segundo a avaliação da mãe, houve uma leve queda da média de frequência para a categoria Relacionamentos Íntimos entre o início e fim da psicoterapia. Apesar disso, a análise entre as fases do delineamento experimental mostra queda na média da frequência desses comportamentos durante a Fase A2 (retirada da VI) e posterior aumento da média com a reintrodução da VI (Fase B2), sugerindo que a retirada da FAP foi responsável por uma piora dos comportamentos de Miguel de se relacionar intimamente no seu cotidiano. Tal informação corrobora os resultados do FAPRS para o CCR2 (Figura 3) e sugere, portanto, uma relação entre as mudanças no *setting* terapêutico e as mudanças no ambiente natural de Miguel.

Como essa pergunta só foi inserida no instrumento durante a Fase B1 e o aumento da média na Fase B2 não superou o resultado da Fase B1, não houve replicação desse dado para fortalecer a hipótese de que a introdução da FAP correlaciona-se com a melhora da criança. O *follow-up* (frequência=4) mostra melhora na frequência desse comportamento após um mês sem a terapia, seguindo a tendência de melhora desde a sessão 27 na última fase da condução clínica.

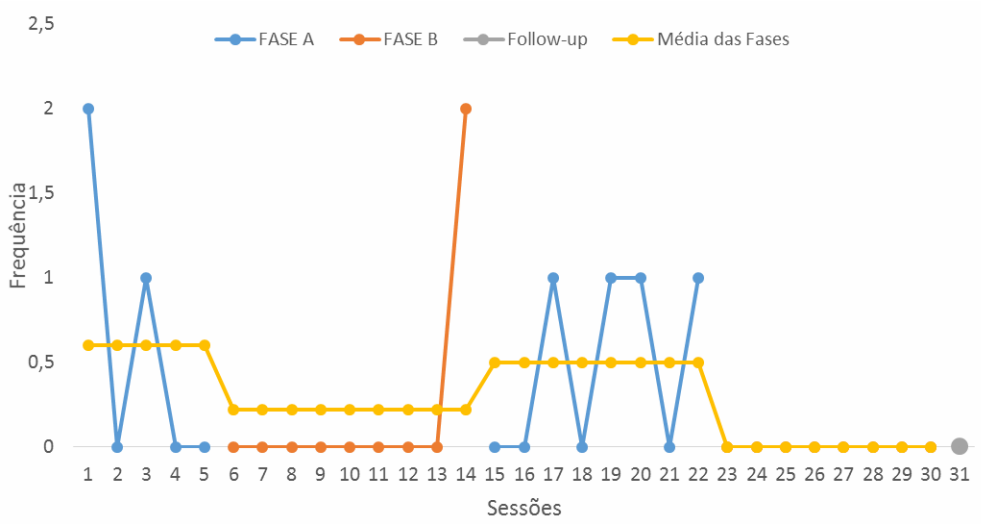


Figura 20. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Retraimento do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1, A2 = linha de base; B1, B2 = FAP) e *follow-up*.

O gráfico da Figura 20 acima informa os dados da pergunta "O seu filho pareceu retraído na frente de outras pessoas?", referentes a categoria Retraimento, e esperava-se que esse comportamento fosse reduzido no ambiente natural de Miguel, já que se relaciona indiretamente ao CCR1-A de "relacionamentos superficiais" seguindo o mesmo raciocínio da categoria Insegurança Social. As médias de frequência foram: 0,6 (Fase A1), 0,22 (Fase B1), 0,5 (Fase A2) e 0 (Fase B2). Assim como a queda na frequência dos CCR1 entre o início e término da condução clínica (Figura 3), observa-se também a queda na média da frequência de comportamentos de retraimento de Miguel em seu cotidiano, correspondendo a melhora clínica da criança.

A Figura 20 indica que há redução da média desse comportamento durante a inserção da VI (Fase B1 e B2) e aumento da média durante a retirada dessa VI (Fase A2). Nesse sentido, é possível correlacionar a melhora do comportamento de Miguel (redução do retraimento) à FAP, corroborando os dados da Figura 3 e Figura 4 que indicam a tendência a queda do CCR1 nas fases FAP e tendência a aumento na Fase TACI. Assim, novamente parece que mudanças no comportamento da criança em seu ambiente natural acompanharam mudanças em sessão.

Na sessão de *follow-up* a frequência é igual a 0, indicando a manutenção da melhora dos comportamentos de retraimento desde a Fase B2.

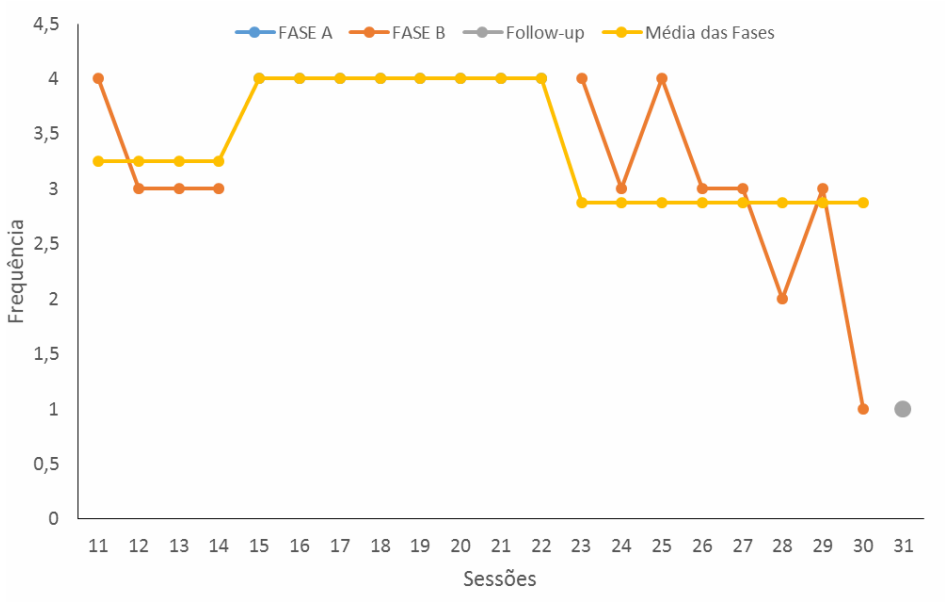


Figura 21. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Atividades Solitárias do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e *follow-up*.

A Figura 21 acima apresenta o gráfico da categoria Atividades Solitárias para o participante Miguel correspondente a pergunta "O seu filho ficou no quarto dele fazendo atividades solitárias como assistir TV e mexer no computador?", respondida pela mãe a partir da Fase B1 da condução experimental. As médias da frequência desse tipo de comportamento foram: 3,25 (Fase B1), 4 (Fase A2) e 2,87 (Fase B2), indicando queda global na média da frequência e, portanto, uma redução das atividades solitárias que corresponde a uma melhora clínica de Miguel. Nota-se, ainda, que há aumento quando ocorre a Fase A2 e queda quando ocorre a Fase B2. Nesse sentido, os dados sugerem uma correlação entre a FAP e a redução de atividades solitárias para Miguel em seu ambiente natural, porém como não há replicação desses dados tal correlação torna-se enfraquecida. O *follow-up* aponta uma manutenção do último resultado da Fase B2 (frequência = 1) e, portanto, da melhora da criança nesse comportamento.

A classe Atividades Solitárias não representa um CCR especificamente, porém pode influenciar a classe de CCR1-A “superficialidade”. Segundo a conceituação do caso, Miguel mantém alguns poucos contatos sociais, porém apenas no ambiente específico da escola. Fora desse ambiente, mantém-se em atividades solitárias. Esse padrão também parece produzir o que chamamos de relações superficiais, em que a criança se relaciona limitadamente com os pares. Como visto na Figura 3 e Figura 4, a tendência dos CCR1 é reduzir nas fases FAP, assim como visto na Fase B2 para a categoria Atividades Solitárias. Isso mostra, portanto, que parece haver relação entre mudanças no CCR1 e mudanças correlatas no ambiente natural.

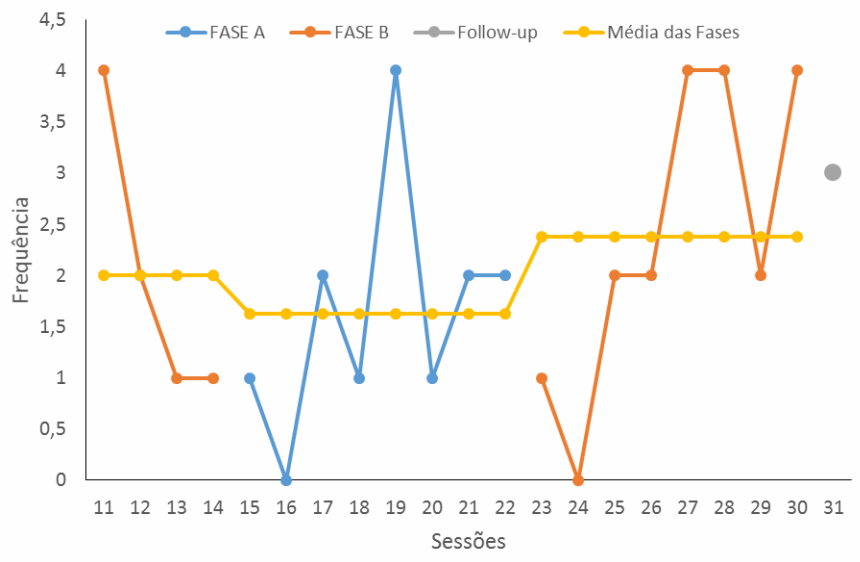


Figura 22. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Atividades com Outras Pessoas do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e *follow-up*.

Para avaliar a categoria Atividades com Outras Pessoas foi utilizada a pergunta “O seu filho buscou estar próximo a outras pessoas DE FORA DA FAMÍLIA, fazendo atividades em conjunto (brincando, conversando, dentre outros)?”. O gráfico (Figura 22) aponta que as médias da frequência desse comportamento para Miguel foram: 2,0 (Fase B1), 1,62 (Fase A2) e 2,37 (Fase B2), indicando aumento global na média ao fim do delineamento experimental e, portanto, melhora da criança com relação a esse repertório em seu cotidiano e segundo avaliação da mãe. Além disso, a queda na média da frequência durante a Fase A2 seguida pelo

aumento na média da frequência durante a Fase B2 parece sugerir uma correlação entre a FAP e o aumento da frequência de atividades realizadas em conjunto com outras pessoas para além da família do participante da pesquisa. Tal correlação se tornaria mais forte caso houvesse a replicação dos dados. O resultado da sessão de *follow-up* (frequência = 3) mostra aumento na frequência de Atividades com Outras Pessoas em relação à média da última fase da condução experimental apresentando, portanto, melhora desse repertório.

Essa categoria se relaciona indiretamente com o CCR2-A seguindo exatamente o raciocínio da categoria anterior (Atividades Solitárias). Se engajar em atividades com outras pessoas significa que Miguel está mais propenso ao contato social e, portanto, se esquivando menos deste. Nesse sentido, essa categoria acompanha os resultados do CCR2 (Figura 3) que indicam aumento consistente com a introdução da FAP, novamente mostrando relação entre a mudança do CCR2 em sessão e a mudança nos comportamentos da criança no seu cotidiano, relacionados a esses CCR.

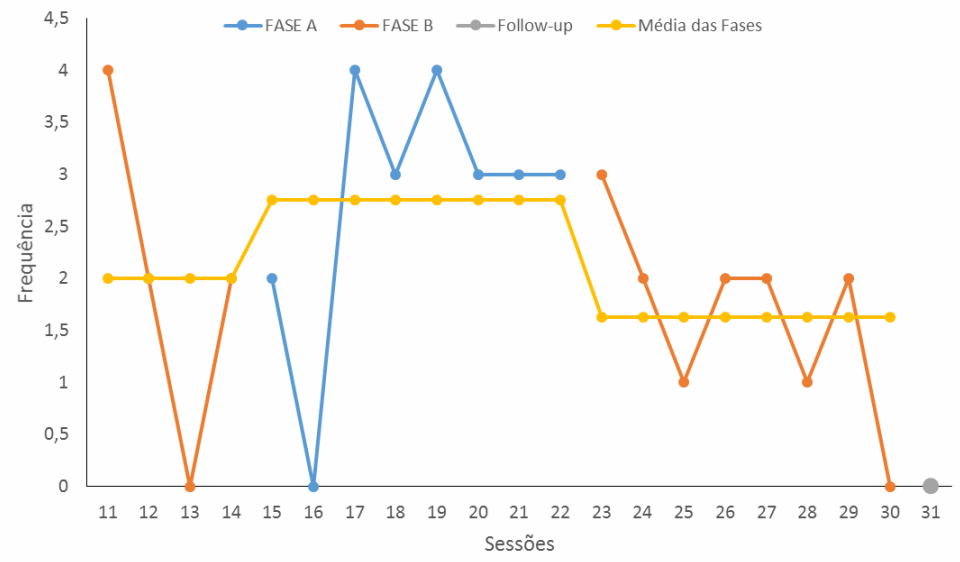


Figura 23. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Acusações do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e *follow-up*.

O gráfico da categoria Acusações (Figura 23), derivado das respostas da mãe de Miguel à pergunta "O seu filho acusou as pessoas (colegas, familiares, professores, vizinhos, dentre

outros) de lhe causarem algum mal?”, indica as seguintes médias de frequência: 2,0 (Fase B1), 2,75 (Fase A2) e 1,62 (Fase B2). Segundo a conceituação do caso, era esperado que esse padrão acusatório de Miguel fosse reduzido, pois corresponde diretamente a um CCR1-B da classe de “comportamento poliqueixoso”. Observa-se que houve uma pequena redução na média da frequência desse comportamento entre o início e o fim do delineamento experimental, assim como observado na frequência dos CCR1 (Figura 3 e Figura 4). Também é possível inferir que a FAP foi um fator responsável para a redução da classe Acusações devido ao aumento na média da frequência durante a Fase A2 e queda durante a Fase B2. Seria necessária uma replicação dos dados para se afirmar essa correlação com maior segurança.

Como a oscilação da categoria Acusações acompanha a oscilação dos CCR1 vista na Figura 3, sugere-se que houve generalização da redução de falas em tom de acusação das pessoas, por parte de Miguel, que reduzam a probabilidade de demandas para mudar as próprias contingências. Além disso, após o período sem intervenção a sessão de *follow-up* mostra manutenção da frequência desse comportamento (frequência = 0) com relação a sessão 30.

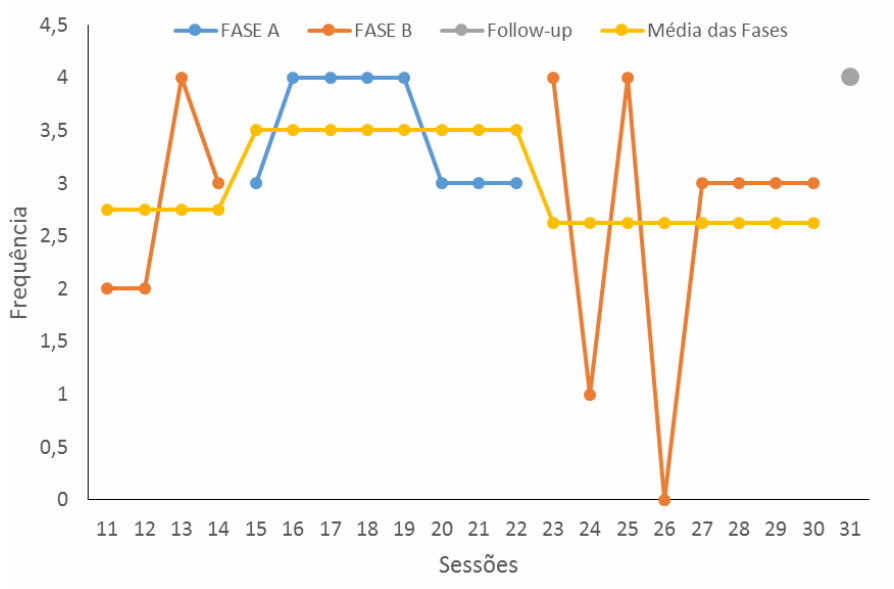


Figura 24. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Resistência a Mudança com outras pessoas do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e *follow-up*.

A Figura 24 mostra o gráfico da categoria Resistência a Mudança, correspondente a pergunta "O seu filho se recusa ou resiste a mudar seu comportamento, quando alguém solicita ou sugere que ele faça algo diferente em sua vida?" e também é um dos CCR1-B da classe de "comportamentos poliqueixosos". Segundo a avaliação da mãe, se obteve as seguintes médias da frequência desse comportamento: 2,75 (Fase B1), 3,5 (Fase A2) e 2,62 (Fase B2). Nota-se que a média da frequência reduziu ao fim da psicoterapia, assim como a frequência de CCR1 (Figura 3), compondo uma melhora desse comportamento no ambiente natural de Miguel. Com a ausência da psicoterapia por um mês a frequência da Resistência a Mudança aumentou (frequência = 4) como observado na sessão de *follow-up*, compondo uma piora da criança em relação a esse comportamento.

A análise entre as fases mostra aumento na média da frequência do comportamento de resistência a mudança durante a fase de retirada da VI (Fase A2) e redução da média durante a reintrodução da VI (Fase B2), novamente indicando uma possível correlação entre a FAP e a redução desse tipo de comportamento para o participante Miguel, apesar de não haver

replicação para confirmação dos dados. Esse resultado também segue a tendência de queda dos CCR1 com a introdução da VI e tendência de aumento com a sua retirada (Figura 3 e Figura 4), sugerindo a generalização dos resultados de CCR1-B para o contexto natural da criança.

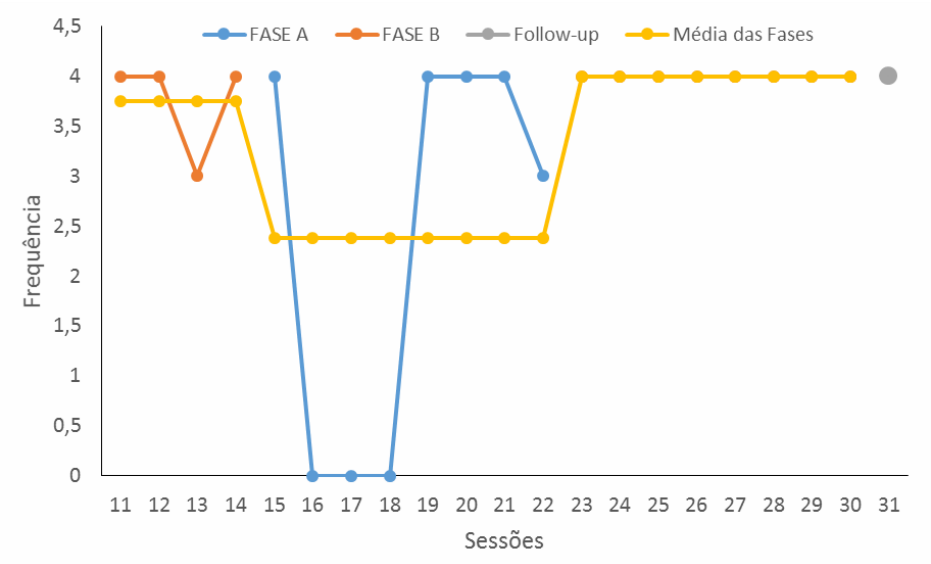


Figura 25. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Busca por Outros Interesses do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e *follow-up*.

A pergunta "O seu filho apresentou outros interesses para além de mexer no computador e assistir TV?" foi utilizada para mensurar a categoria chamada de Busca por Outros Interesses. Por meio do gráfico acima (Figura 25) nota-se que as médias de frequência desse comportamento de Miguel foram: 3,75 (Fase B1), 2,37 (Fase A2) e 4,0 (Fase B2), indicando aumento da média ao final do delineamento experimental. Tal aumento representa uma melhora da criança em seu ambiente natural, segundo a avaliação da mãe, pois ela passou a variar as atividades de fonte de reforçadores para além das atividades que já realizava, demonstrando maior ativação comportamental. Uma comparação entre fases também expressa que a média da frequência desse comportamento cai durante a retirada da VI (Fase A2) e aumenta durante sua reintrodução (Fase B2). Portanto, o gráfico sugere uma correlação entre a FAP e o aumento da variação de atividades reforçadoras (Busca por Outros Interesses) por Miguel, mas a ausência de replicação dos dados impede uma afirmação mais consistente. A sessão de *follow-*

up mostra manutenção dos resultados de melhora da última fase do delineamento (frequência = 4).

Não há uma relação direta entre os CCR de Miguel e a categoria Busca por Outros Interesses. No entanto, ao responder tal pergunta a mãe citou as seguintes atividades novas que Miguel buscou: jogar bola com outras crianças do condomínio, participar da recreação do condomínio, andar de skate e bicicleta no condomínio e frequentar as aulas de uma escola de design para crianças. Quase todas essas atividades necessitam de alguma interação social, o que mostra maior disponibilidade de Miguel para esse contato. Nesse sentido, Busca por Outros Interesses se relaciona de forma indireta com o CCR2-A "vulnerabilização". Os resultados dessa categoria seguem os resultados do CCR2 (Figura 3) mostrando correlação entre a FAP e o aumento dessas respostas tanto na sessão quanto no cotidiano na criança, sugerindo uma possível generalização dos resultados em sessão.

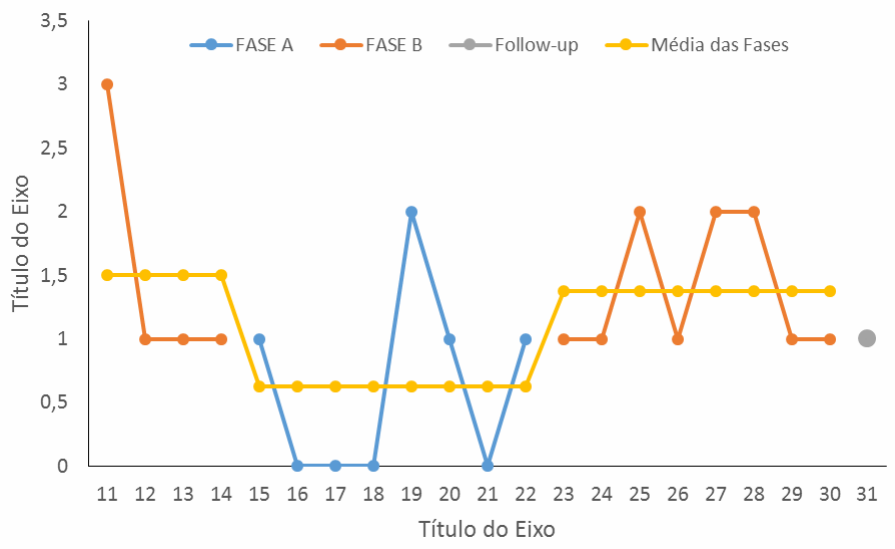


Figura 26. Resultado da Escala de Comportamentos Extrassessão para a categoria Tarefas Escolares com outras pessoas do participante Miguel nas Fases B1 (FAP), A2 (linha de base), B2 (FAP) e *follow-up*.

A categoria Tarefas Escolares corresponde a pergunta "O seu filho cumpriu com as tarefas da escola?" e foi incluída no instrumento devido a se tornar uma das preocupações mais

importantes da mãe, já que Miguel estava apresentando baixo desempenho escolar. Os resultados (Figura 26) apontam que as médias de frequência desse comportamento foram: 1,5 (Fase B1), 0,62 (Fase A2) e 1,37 (Fase B2), evidenciando que ao fim da condução clínica houve uma pequena queda na média da frequência desse comportamento, representando uma piora de Miguel. Ao observar as mudanças entre as fases, nota-se que durante a fase de retirada da VI (Fase A2) há uma queda na média da frequência ao passo que a fase de reintrodução é marcada por aumento dessa média, mas não suficiente para ultrapassar o resultado da Fase B1. Novamente é observada a relação entre a suspensão da FAP e a piora na frequência da realização de tarefas escolares, que deveria ser replicada para uma afirmação mais substancial. A sessão de *follow-up* apresenta manutenção da frequência da realização das tarefas da escola desde o final da última fase.

A categoria Tarefas Escolares se relaciona de forma indireta com o CCR2-B de Miguel "auto responsabilização", pois envolve a criança se engajar em uma resposta de responsabilidade com os compromissos da escola (fazer as tarefas escolares). Nesse sentido, observa-se que os resultados dessa categoria seguem os de CCR2 (Figura 3) com o aumento da frequência consistente com a introdução da FAP. Apesar de globalmente os resultados não apontarem melhora, pode-se sugerir que as melhoras ocorridas em sessão estavam se generalizando para o ambiente natural. Os CCR da classe B, estavam em segundo lugar na hierarquia de modelagem em sessão e talvez por tal motivo não houve uma melhora global das Tarefas Escolares.

Algumas das categorias da Escala de Comportamentos Extrassessão apresentaram resultados assistemáticos em termos de variação segundo a manipulação da VI e, portanto, serão apontados apenas o resultado global entre o início e o fim do delineamento experimental. Segundo a avaliação da mãe de Miguel, houve queda na média da frequência das seguintes categorias: Tristeza (0,25), Agressividade Física (0,23), Mudança de Humor (0,25), Requisição

de Pessoas (0,4), Desconfiança (0,8), Contato Físico (0,18), Auto responsabilização (0,5), Comer Excessivo (2,0) e Lamentações (1,88). Ao passo que houve aumento na média da frequência das seguintes categorias: Agressão Verbal (0,75), Fazer *Bullying* (0,17), Birra (1,62), Minimizar Problemas (0,12), Ativação Comportamental (1,12), Atividades Compartilhadas (1,92) e Agradabilidade (0,6).

De acordo com a conceituação do caso de Miguel, entende-se que a criança apresentou melhora clínica global nas categorias Insegurança Social, Retraimento, Desconfiança, Atividades Solitárias, Atividades com Outras Pessoas, Atividades Compartilhadas, Ativação Comportamental, Busca por Outros Interesses, Acusações, Lamentações, Resistência a Mudança, Agressividade Física, Tristeza, Mudança de Humor e Comer Excessivo, enquanto apresentou piora clínica nas categorias Relacionamentos Íntimos, Requisição de Pessoas, Tarefas Escolares, Agressão Verbal, Fazer *Bullying*, Birra, Minimizar Problemas e Auto responsabilização. Para a categoria Relacionamentos Intensos houve manutenção dos resultados.

Dessas categorias, algumas apresentaram uma relação com a manipulação da VI. As melhoras nas categorias Insegurança Social, Retraimento, Atividades Solitárias, Atividades com Outras Pessoas, Busca por Outros Interesses, Acusações e Resistência a Mudança parecem ter uma correlação com a introdução da FAP. As pioras nas categorias Relacionamentos Íntimos e Tarefas Escolares parecem estar atribuídas a retirada da FAP. Por fim, a categoria Relacionamentos Intensos, que apresentou manutenção dos resultados, mostrou piora durante o delineamento que parece estar correlacionada também com a retirada da FAP.

Dados da *Children's Attributions and Perceptions Scale* (CAPS; Mannarino, Cohen & Berman, 1994)

Os resultados da CAPS têm o objetivo de monitorar as mudanças segundo a observação do próprio participante de pesquisa com relação a crenças comumente relacionadas a experiência de abuso sexual em crianças. Foram realizadas nove aplicações em Miguel, sendo oito delas durante o delineamento experimental e a última na sessão de *follow-up*. Primeiramente será apresentado o gráfico de resultado total e em seguida será apresentado o gráfico de resultado das diferentes dimensões avaliadas pela CAPS.

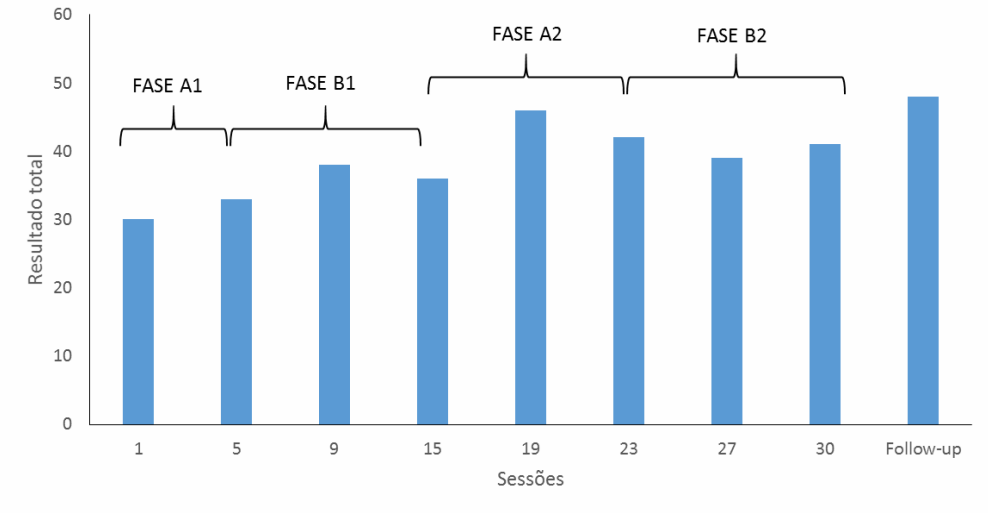


Figura 27. Resultado bruto total da Children's Attributions and Perceptions Scale por sessão do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP) e *follow-up*.

A Figura 27 apresenta o gráfico de resultado bruto total da CAPS para o participante Miguel ao longo das sessões e na sessão de *follow-up*. Esse resultado é extraído por meio da soma da pontuação para cada pergunta do instrumento. O eixo x representa as sessões de psicoterapia em que houve aplicação da CAPS e o eixo y representa o resultado em quantidade

bruta correspondente a cada sessão. As colunas em azul correspondem aos resultados e as chaves foram utilizadas para sinalizar as fases experimentais correspondentes aos resultados (Fases A1, B1, A2, B2). Nesse instrumento, quanto maior o resultado mais a presença das crenças e percepções atreladas a experiência de abuso sexual.

O gráfico (Figura 27) mostra que houve um aumento de 11 pontos entre o início e o fim do delineamento (sessão 1 = 30; sessão 30 = 41) e um posterior aumento de sete pontos na sessão de *follow-up* (48). A oscilação nos resultados entre as fases mostra aumento de três pontos ao fim da Fase A1 (sessão 5 = 33), aumento de três pontos ao fim da Fase B1 (sessão 15 = 36), aumento de seis pontos ao fim da Fase A2 (sessão 23 = 42) e redução de um ponto após a Fase B2 (sessão 30 = 41). Nota-se, então, um aumento global das crenças e percepções comumente relacionadas a experiência de abuso sexual do participante Miguel, sem que haja alguma correlação entre as fases da condução experimental e a manipulação da VI.

Esse cenário representa uma piora clínica da criança de acordo com os termos de correção do instrumento como se a medida que o processo terapêutico ocorria, tais crenças e percepções aumentavam, o que não é desejável. No entanto, olhando para a conceituação do caso de Miguel, sabe-se que ele demonstrava um padrão comportamental de esquiva de entrar em contato com os efeitos que as contingências ambientais tinham sobre ele, bem como de verbalizar esse efeito para o outro, principalmente quando envolviam contingencias aversivas. Como foi discutido anteriormente, o próprio contexto terapêutico é evocativo para esse tipo de resposta, inclusive na primeira fase (Fase A1) em que a terapeuta fazia perguntas que tinham função evocativa, mesmo não tendo o objetivo de fazer FAP. Esse padrão se tornou mais claro durante a primeira fase FAP (Fase B1), quando a terapeuta passou a evocar esse tipo de resposta e a criança demonstrou grande esquiva inicial que foi sendo modelada até o ponto em que Miguel decidiu contar para a terapeuta sobre os episódios de abuso e outras contingências aversivas decorrentes deles (Fase B1), tateando (Skinner, 1957) e expressando sentimentos e

emoções dos quais estava evitando. Inicialmente esse processo é aversivo, pois tais lembranças, sentimentos e emoções podem ter se tornado aversivos condicionados das situações de punição no passado (abuso sexual, depoimento na delegacia, cobrança dos pais).

Desse modo, levanta-se a hipótese de que a psicoterapia reduziu as esquivas e aumentou as respostas de tato de aspectos encoberto e público dos eventos relacionados a condições de extrema punição no passado. Assim, Miguel passou a avaliar as respostas do instrumento CAPS de forma mais correlata ao que de fato ele sente e inicialmente fugia e esquivava de sentir. Em outros termos, Miguel parece ter melhorado a sua auto-observação, o que implica em aumentar a probabilidade de ter maior controle sobre as contingências de sua vida e, portanto, maior probabilidade de produzir mudanças importantes, como sugere Skinner (1982/1974): "Uma pessoa que se "tornou consciente de si mesma" por meio de perguntas que lhe foram feitas está em melhor posição de prever e controlar seu próprio comportamento" (Skinner, 1982/1974, p. 31). Para corroborar ou rejeitar tal hipótese, esses resultados foram apresentados para a criança e perguntado o que ele achava que havia acontecido. Miguel disse não sentir que piorou e quando a terapeuta perguntou se ele achava que estava se conhecendo melhor e pensando mais nesse assunto a criança respondeu que sim.

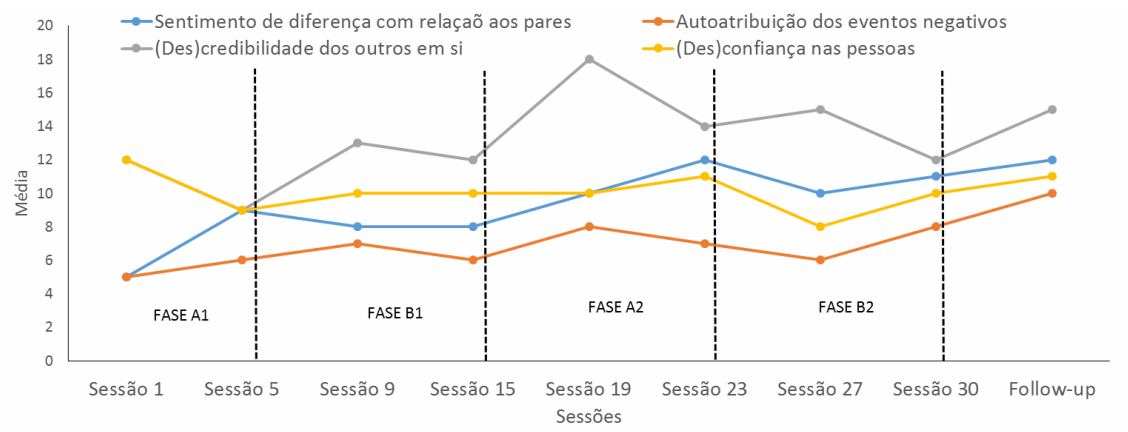


Figura 28. Resultado das dimensões do *Children's Attributions and Perceptions Scale* por sessão do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP) e *follow-up*.

O gráfico acima na Figura 28 apresenta os resultados para cada uma das dimensões da CAPS para o participante Miguel ao longo das sessões e na sessão de *follow-up*. O resultado é extraído por meio da média da pontuação para cada dimensão do instrumento. O eixo x representa as sessões de psicoterapia em que houve aplicação da CAPS e o eixo y representa os resultados (média). A dimensão Sentimento de diferença com relação aos pares é representada pela linha azul, Credibilidade dos outros em si é representada pela linha em cinza, Autoatribuição de eventos negativos é representada pela linha laranja e Confiança nas pessoas é representada pela linha amarela. Para ajudar o leitor na análise dos resultados, foi incluído o prefixo (Des) nas dimensões Credibilidade dos outros em si e Confiança nas pessoas para que a leitura do gráfico seja sempre quanto maior os resultados, mais há a presença de cada uma das crenças. As linhas tracejadas em preto foram utilizadas para sinalizar as fases experimentais correspondentes aos resultados junto com o nome de cada fase (Fases A1, B1, A2, B2).

Nota-se que as médias das dimensões Sentimento de diferença com relação aos pares e Autoatribuição de eventos negativos aumentam entre o início e o término do delineamento experimental (Sentimento de diferença: início = 5, término = 11; Autoatribuição: início = 5, término = 8), o que é considerado uma avaliação pior da criança em relação a tais dimensões. A média da dimensão (Des)credibilidade dos outros em si se mantém (12) e a média da dimensão (Des)confiança nas pessoas cai entre o início e o fim da condução clínica (início = 12, término = 10), apontando uma avaliação melhor por parte da criança. A análise entre fases mostra sistematicidade da mudança nas médias com relação a manipulação da VI apenas para a dimensão Sentimento de diferença com relação aos pares. Há aumento de quatro pontos ao fim da Fase A1 (sessão 5 = 9), queda de um ponto ao fim da Fase B1 (sessão 15 = 8), aumento de quatro pontos ao fim da Fase A2 (sessão 23 = 12) e queda de um ponto ao fim da Fase B2 (sessão 30 = 11). Isso mostra, portanto, uma correlação entre a FAP e melhoras na avaliação

da dimensão de Sentimentos de diferença com relação aos pares para Miguel, mas que não foram suficientes para produzirem uma melhora global.

Ainda considerando a hipótese levantada na discussão do gráfico anterior, é possível fazer algumas observações sobre os resultados de cada dimensão da CAPS. O aumento global na média (piora da avaliação) da categoria Sentimento de diferença com relação aos pares pode estar conivente com a redução da esquiva da criança e construção de um repertório mais refinado de auto-observação desse tipo de sentimento. No entanto, a leve redução nas médias (melhora da avaliação) durante as fases FAP pode indicar que as autorrevelações daterapeuta, diante de revelações dos eventos encobertos de Miguel, reduziram o sentimento de diferença com relação às pessoas, possivelmente produzindo maior conexão interpessoal. A hipótese levantada aqui é, portanto, a de que a qualidade de alguns tipos de reforço positivo para o comportamento de "vulnerabilização" de Miguel reduziu o sentimento avaliado por essa dimensão. É possível que a continuidade de sessões FAP fossem progressivamente reduzindo a média dessa categoria. O aumento global na média (piora da avaliação) que também ocorre com a dimensão Autoatribuição de eventos negativos pode ser explicado pela discussão no gráfico da Figura 27 sobre entrar em contato com eventos encobertos dos quais Miguel se esquivava.

A manutenção global nos resultados da dimensão (Des)credibilidade dos outros em si pode ser explicada pela história de como a descoberta sobre os abusos foi feita por parte dos pais de Miguel. Em todas as situações os pais acreditaram na criança ou nas outras pessoas que relataram haver algo acontecendo com ele (como no caso do condomínio). O problema que Miguel vivenciou com a revelação do abuso não foi descredibilidade e sim julgamentos e monitoria excessiva por parte dos pais. Dito isso, entende-se que esse tipo de aspecto pode não ter sido tão presente para Miguel. Já a queda na média (melhora da avaliação) da dimensão (Des)confiança nas pessoas pode ser justificada pela hipótese de que essa não era uma sensação

da qual Miguel se esquivava. A criança já nas primeiras sessões emitiu falas relacionadas a essa dimensão tais como “desconfiar eu desconfio de quase qualquer um”, “aí teve um dia que eu aprendi a nunca confiar em um amigo 100%”, mostrando ter consciência (Skinner, 1969) desse tipo de receio na interação com as pessoas. Assim, levanta-se a hipótese de que a relação de confiança estabelecida na interação com a terapeuta (por meio de reforçamento de revelações importantes da criança de forma acolhedora, ajuda na resolução de problemas, garantia do sigilo e autorrevelação da terapeuta) possa ter reduzido o sentimento de desconfiança.

Os resultados da sessão de *follow-up* indicam que houve aumento na média para todas as dimensões, ou seja, a criança avaliou pior as dimensões de crenças e atribuições relacionadas ao abuso sexual se comparado a última sessão do delineamento (Sentimento de diferença com relação aos pares = 12; (Des)credibilidade dos outros em si = 15; Autoatribuição de eventos negativos = 10; (Des)confiança nas pessoas = 11). Apenas para a dimensão (Des)confiança nas pessoas esse aumento se manteve abaixo da média na primeira sessão (12), apontando que a piora na avaliação da criança no tempo da ausência da terapia ainda é menor do que o que foi observado na linha de base.

Dados do *Pediatric Quality of Life Inventory – Generic Core Scale 4.0* (PedsQL; Varni, Seid & Kurtin, 2001)

Os resultados do PedsQL têm o objetivo de monitorar as mudanças segundo a observação do próprio participante de pesquisa com relação a satisfação com a qualidade de vida. Foram realizadas nove aplicações em Miguel, sendo oito delas durante o delineamento experimental e a última na sessão de *follow-up*. Incialmente serão apresentados os resultados totais do instrumento, comparados com a média da população que foi retirada do estudo de confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário (Klatchoian et al., 2008) com crianças e adolescentes que apresentavam o diagnóstico de doença reumática crônica. Em

seguida serão apresentados os resultados por dimensões do PedsQL, comparados com a média da população desse mesmo estudo.

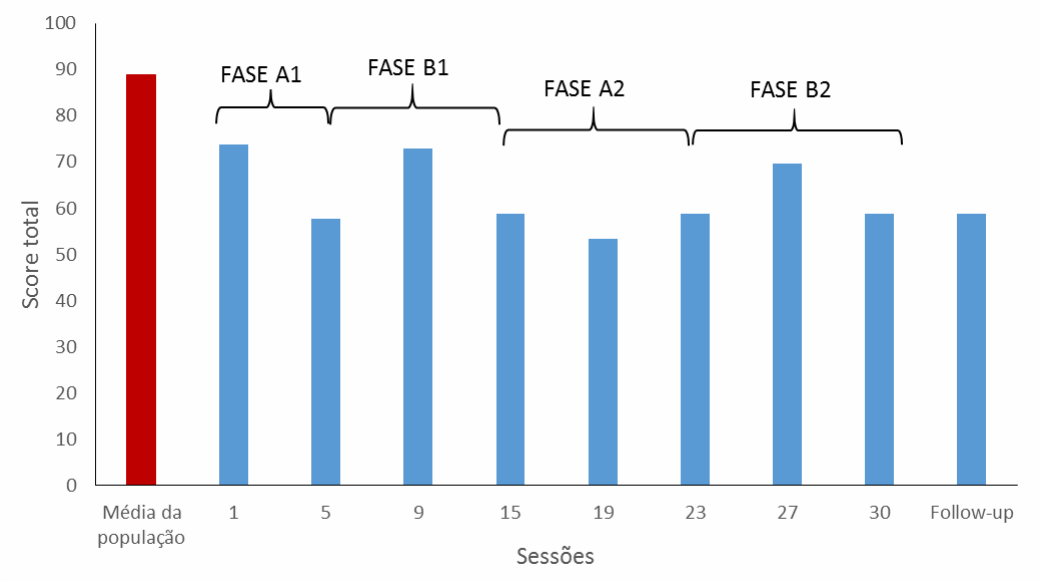


Figura 29. Resultado da média total do Pediatric Quality of Life Inventory – Generic Core Scale 4.0 por sessão do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP) e *follow-up*.

A Figura 29 apresenta o gráfico de resultados da média total do PedsQL para o participante Miguel ao longo do delineamento experimental e na sessão de *follow-up*. O eixo y representa a média do resultado do PedsQL e o eixo x representa a média da população brasileira segundo Klatchoian et al. (2008) e as sessões de psicoterapia em que o instrumento foi aplicado em Miguel. A coluna em vermelho mostra o resultado para a média da população e as colunas em azul mostram os resultados para Miguel. As chaves foram utilizadas para sinalizar as fases experimentais correspondentes aos resultados (Fases A1, B1, A2, B2). Nesse instrumento, quanto maior o resultado melhor a avaliação da qualidade de vida.

Primeiramente, nota-se que os resultados da autoavaliação de Miguel estão sempre abaixo da média da população brasileira segundo o estudo de Klatchoian et al. (2008). Isto é, a Miguel avalia sua qualidade de vida como inferior se comparado com as demais crianças. Entre o início do delineamento e o fim há queda de 15,11 pontos (sessão 1 = 73,8; sessão 30 = 58,69),

o que é considerado uma piora na avaliação da criança sobre sua qualidade de vida. Existem oscilações nos resultados entre as sessões de aplicação do PedsQL que não permitem derivar alguma correlação com a manipulação da VI, no entanto é interessante apontar que há inicialmente uma queda de 16,2 pontos na média (piora da avaliação) após a Fase A1 (sessão 5 = 57,6) e em seguida há praticamente manutenção dos resultados ao final de cada fase e também na sessão de *follow-up* (sessão 15 = 58,7; sessão 23 = 58,69; sessão 30 = 58,69; *follow-up* = 58,69).

Apesar do instrumento indicar que Miguel passou a avaliar pior sua qualidade de vida, isso pode significar um ganho terapêutico seguindo o mesmo raciocínio já apresentado sobre Miguel passar a se esquivar menos de entrar em contato com estimulações aversivas em sessão, emitindo mais respostas de tato e descrição sobre seus eventos encobertos e contingências aversivas de sua vida, refinando seu repertório de auto-observação.

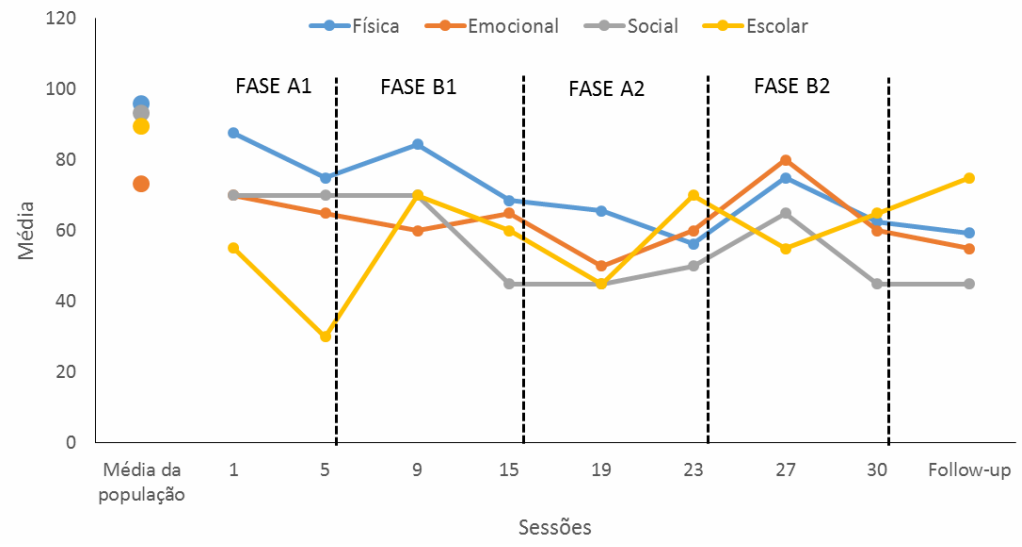


Figura 30. Resultado das dimensões do Pediatric Quality of Life Inventory – Generic Core Scale 4.0 por sessão do participante Miguel ao longo de todo o delineamento experimental (A1 e A2 = linha de base; B1 e B2 = FAP) e *follow-up*.

O gráfico da Figura 30 mostra os resultados para cada uma das dimensões do PedsQL para o participante Miguel ao longo das sessões e na sessão de *follow-up*. O resultado é extraído por meio da média da pontuação para cada dimensão do instrumento. O eixo x representa as

sessões de psicoterapia em que houve aplicação do PedsQL e a média da população brasileira (Klatchoian et al., 2008) para comparação, enquanto o eixo y representa o resultado (média) correspondente a cada sessão. A dimensão Física é representada pela linha azul, Emocional é representada pela linha laranja, Social é representada pela linha cinza e Escolar é representada pela linha amarela. As linhas tracejadas em preto foram utilizadas para sinalizar as fases experimentais correspondentes aos resultados juntamente com o nome de cada fase (Fases A1, B1, A2, B2).

Ao comparar os resultados de Miguel com os da média da população (Figura 30) nota-se que todos os resultados estão abaixo da média da população, com exceção da sessão 27 (Fase B2) da dimensão Emocional em que a média da criança foi 80 sendo a média da população 73,03. Isso significa que Miguel avalia sua qualidade de vida pior do que a média das crianças avaliadas no estudo de Klatchoian et al. (2008).

De maneira global, a média das dimensões Física, Emocional e Social caíram enquanto a média da dimensão Escolar subiu, do início ao fim do delineamento (Física: início = 87,5, término = 62,5; Emocional: início = 73,03, término = 60; Social: início = 70, término = 45; Escolar: início = 55, término = 65). Mantém-se a justificativa de que a piora na avaliação da qualidade de vida pode significar maior contato da criança com as contingencias das quais se esquivava e fugia no início da terapia e essa hipótese também foi confirmada por Miguel, assim como foi feito no instrumento CAPS. No caso do PedsQL, inicialmente Miguel respondia a algumas perguntas minimizando suas dificuldades, tais como dificuldades físicas devido a sua obesidade, presença de sentimentos de medo e raiva, bem como rejeição por parte dos pares. Essa avaliação foi mudando ao longo da psicoterapia e a média, portanto, sendo diminuída. Já as perguntas relacionadas a dimensão Escolar eram respondidas de maneira mais correlata. Além disso, a criança estava vivendo dificuldades de desempenho na escola que oscilaram, mas foram vencidas no fim do ano.

A análise entre fases indicou que apenas a dimensão Emocional parece ter alguma correlação com a manipulação da VI: há queda de cinco pontos após a Fase A1 (sessão 5 = 65), manutenção dos resultados após a Fase B1 (sessão 15 = 65), nova queda de cinco pontos após a Fase A2 (sessão 23 = 60) e manutenção dos resultados após a Fase B2 (sessão 30 = 60). Sendo assim, parece haver uma correlação entre a ausência da FAP e piora na avaliação da dimensão Emocional parte de Miguel. Tal fenômeno pode ser explicado pelo fato de a expressão emocional ser ativamente modelada nas fases FAP e não nas outras fases. Desse modo, a expressão emocional de sentimentos não era evocada e diretamente trabalhada nas fases em que a criança avaliou como tendo um piora na qualidade dessa dimensão.

Os resultados das sessões de *follow-up* indicaram queda na média das dimensões Física (*follow-up* = 59,37) e Emocional (*follow-up* = 55) – avaliação pior –, manutenção na média da dimensão Social desde a sessão 30 (*follow- up* = 45) e aumento na média da dimensão Escolar desde a última sessão (*follow- up* = 75). A melhora da avaliação da dimensão Escolar na sessão de *follow-up* pode ter relação com a criança estar em período de férias.

Aferição de concordância

A aferição de concordância na categorização do FAPRS foi realizada entre as categorizações da terapeuta-pesquisadora e de outros dois aferidores independentes que passaram pelo treino do instrumento e da conceituação do caso de Miguel como explicado anteriormente na seção de método. Foram calculadas as concordâncias de 20% das sessões categorizadas pela pesquisadora, o que correspondeu a uma sessão de cada fase do experimento (A1-B1-A2-B2): sessão 3, sessão 10, sessão 17 e sessão 24, respectivamente. Segundo Kratochwill et al. (2013) esse processo aumenta a validade interna do estudo de caso único. Para o cálculo do índice de concordância foram utilizadas duas medidas psicométricas que, de

acordo com os autores, são as mais comuns: (1) índice de concordância percentual (2) índice do coeficiente kappa de Cohen.

O índice de concordância percentual é produzido por meio do cálculo bruto da porcentagem de categorias concordantes entre pesquisadora e aferidor em cada sessão. Foi realizada a seguinte expressão matemática: (nº de categorias concordantes entre pesquisadora e aferidor · 100) ÷ nº de turnos da sessão. Uma concordância mínima de 0.80 é necessária para que o dado atinja os critérios de validade do estudo de caso único de acordo com Kratochwill et al., 2013. Os índices de concordância percentual total entre a pesquisadora e os Aferidores encontram-se na Tabela 7 abaixo:

Tabela 7.

Índice de concordância percentual obtido entre a pesquisadora-terapeuta e os aferidores de concordância em cada sessão categorizada pelo FAPRS

		Sessões de aferição por fases experimentais				
		A1	**B1**	**A2**	**B2**	**Média**
Aferidor 1	%	53,64	55,45	62,75	61,47	58,33
Aferidor 2	%	53,11	56,36	65,47	63,67	59,65

Nota-se que em nenhuma das aferições – de nenhum dos aferidores – a concordância atingiu o critério mínimo necessário. Os Aferidores obtiveram resultados próximos entre si, mas o Aferidor 2 foi o que mais próximo atingiu a concordância com a pesquisadora-terapeuta, como mostra a média das concordâncias.

Ao observar a ausência da concordância mínima como proposto por Kratochwill et al. (2013) foi realizado o cálculo da concordância percentual de cada uma das categorias do FAPRS isoladamente, para verificar se esse critério poderia ser atingido. Essa decisão partiu do raciocínio de que algumas classes do instrumento FAPRS são mais relevantes para se

analisarem processo de psicoterapia FAP e outras menos. As categorias relacionadas com os CCR e as Regras do terapeuta, por exemplo, exercem uma importância muito maior do que as categorias que não possuem relação com uma terapia especificamente FAP, como TPR, CPR, TTR e CTR. Nesse sentido, serão apresentados os resultados do índice de concordância percentual para cada categoria do FAPRS, para o Aferidor 1 e para o Aferidor 2.

Tabela 8.

Índice de concordância percentual entre a pesquisadora- terapeuta e o Aferidor 1 para cada categoria do FAPRS isoladamente

		Sessões de aferição por fases experimentais				
		A1	**B1**	**A2**	**B2**	Média
CCR1	%	34,56	85,96	84,21	64,28	67,25
CCR2	%	75	75,34	72,72	71,08	73,53
REGRA 2	%	20,83	15,06	45,45	47,82	32,29
REGRA 3-1	%	45,65	81,81	100	65,11	73,14
REGRA 3-2	%	75,90	70,58	81,81	65,90	73,55
CPR	%	48,92	45,77	64,25	62,90	55,46
TPR	%	65,53	40,27	63,75	53,84	55,85
CTR	%	--	0	0	42,85	14,28
TTR	%	--	0	0	42,85	14,28
O1	%	--	--	--	--	--
O2	%	--	--	--	--	--
TO1	%	0	--	--	--	0
TO2	%	--	--	--	--	--

Com relação ao Aferidor 1, as categorias que mais obtiveram índices de concordância percentual foram Regra 3-2 (média de concordância entre todas as sessões = 73,55%), CCR2 (média de concordância entre todas as sessões = 73,53%), Regra 3-1 (média de concordância entre todas as sessões = 73,14%) e CCR1 (média de concordância entre todas as sessões = 67,25%). Nota-se, portanto, que o Aferidor 1 obteve índices de porcentagem médias entre 0.67 e 0.73 para as categorias mais relevantes do FAPRS, aproximando-se do critério mínimo de 0.80. Dentro dessas categorias, chegou a apresentar índice acima de 0.80 em duas sessões para o CCR1, duas sessões para a Regra 3-1 e uma sessão para a Regra 3-2.

Tabela 9.

Índice de concordância percentual entre a pesquisadora- terapeuta e o Aferidor 2 para cada categoria do FAPRS isoladamente

		Sessões de aferição por fases experimentais				
		A1	**B1**	**A2**	**B2**	**Média**
CCR1	%	22,22	47,36	65,78	42,85	44,55
CCR2	%	35	52,05	93,18	56,62	59,21
REGRA 2	%	31,25	35,61	75,75	80,43	55,76
REGRA 3-1	%	27,17	47,27	78,26	41,86	48,64
REGRA 3-2	%	33,73	47,05	93,93	50	56,18
CPR	%	88,84	74,82	70,04	85,48	79,79
TPR	%	90,96	76,05	62,05	79,23	77,18
CTR	%	--	0	0	0	0
TTR	%	--	0	0	0	0
O1	%	--	--	--	--	--
O2	%	--	--	--	--	--
TO1	%	0	--	--	--	0
TO2	%	--	--	--	--	--

As categorias com maior índice de concordância percentual do Aferidor 2 foram CPR (média de concordância entre todas as sessões = 79,79%) e TPR (média de concordância entre todas as sessões = 77,18%), obtendo índices de porcentagem médias entre 0.77 e 0.79. Apesar do resultado ser bem próximo ao critério de 0.80, essas categorias são comuns em qualquer tipo de interação entre terapeuta e cliente, não expressando exatamente o processo de psicoterapia FAP. Com relação as categorias mais importantes, o Aferidor 2 obteve resultados acima de 0.80 em uma sessão para o CCR2, uma sessão para a Regra 2 e uma sessão para a Regra 3-2.

Uma análise geral dos resultados parece mostrar que o Aferidor 1 produziu um dado mais relevante com relação ao índice de concordância percentual nas aferições das sessões. Apesar de ele não ter atingido o critério de 0.80 para as aferições como um todo (resultado entre 0.53 e 0.62), ao se isolar as categorias mais relevantes do FAPRS ele produziu um resultado um pouco mais próximo desse critério (resultados entre 0.67 e 0.73). Isso pode ser

explicado pelo fato de que o Aferidor 1 já havia realizado treino e manejo do instrumento FAPRS anteriormente, bem como tem uma experiência clínica maior do que o Aferidor 2.

O índice do coeficiente kappa de Cohen também produz o resultado de concordância, mas acrescenta a análise das categorizações concordantes ao acaso. Para a realização do cálculo desse índice foi utilizado um programa de estatística para pesquisas em ciências sociais (SPSS) da IBM® e os resultados de concordância entre a pesquisadora-terapeuta e ambos os aferidores encontram-se dispostos na Tabela 10 abaixo.

Tabela 10.

Índice do coeficiente kappa de Cohen obtido entre a pesquisadora-terapeuta e os aferidores de concordância em cada sessão categorizada pelo FAPRS

			Sessões de aferição por fases experimentais			
			A1	**B1**	**A2**	**B2**
Aferidor 1	Kappa	Total	0.45	0.48	0.54	0.55
		Terapeuta	0.34	0.34	0.41	0.45
		Cliente	0.31	0.44	0.42	0.45
Aferidor 2	Kappa	Total	0.42	0.48	0.57	0.55
		Terapeuta	0.26	0.35	0.42	0.44
		Cliente	0.25	0.39	0.48	0.42

Como apresentado na Tabela 10, foram calculados o índice de coeficiente kappa total que significa que foram incluídos na análise todos os turnos categorizados, o kappa do terapeuta em que apenas os turnos do terapeuta foram incluídos e o kappa do cliente em que apenas os turnos do cliente foram incluídos na análise.

Kratochwill et al. (2013) aponta que para atingir os critérios de validade de estudos de caso único o coeficiente kappa deve ser de no mínimo 0.60. Por meio dessa medida

psicométrica conclui-se que nenhum dos Aferidores atingiu tal coeficiente. Nas últimas duas fases do experimento (Fases A2 e B2) tanto o Aferidor 1 quanto o Aferidor 2 atingiram valores mais próximos (0.54 e 0.55; 0.57 e 0.55) no kappa total. Porém, Landis e Koch (1977) propõem a seguinte escala de valores para a interpretação do kappa: resultados abaixo de 0 = sem concordância; resultados entre 0 e 0.20 = concordância baixa; entre 0.21 e 0.40 = concordância razoável; entre 0.41 e 0.60 = concordância moderada; entre 0.61 e 0.80 = concordância substancial; entre 0.81 e 1.00 = concordância quase perfeita. De acordo com tais parâmetros, dos 12 cálculos realizados com o Aferidor 1, nove encontram-se dentro da concordância moderada e três dentro da concordância razoável. Já para o Aferidor 2, dos 12 cálculos, oito encontram-se dentro da concordância moderada e quatro dentro da concordância razoável.

Seguindo o raciocínio de que as categorias que envolvem os CCR e as Regras da FAP são as mais importantes para a análise das sessões, novamente calculou-se o coeficiente kappa considerando apenas as categorias: CCR1, CCR2, Regra 2, Regra 3-1 e Regra 3-2. Os resultados estão dispostos na Tabela 11 abaixo:

Tabela 11.

Índice do coeficiente kappa de Cohen obtido entre a pesquisadora-terapeuta e os aferidores de concordância considerando apenas as categorias relevantes para a FAP

		Sessões de aferição por fases experimentais			
		A1	**B1**	**A2**	**B2**
Aferidor 1	Kappa total (CCR1, CCR2, Regra 2, Regra 3-1, Regra 3-2)	0.40	0.57	0.59	0.70
Aferidor 2	Kappa total (CCR1, CCR2, Regra 2, Regra 3-1, Regra 3-2)	0.21	0.55	0.74	0.62

Por meio da análise das classes principais do FAPRS (Tabela 11), nota-se que uma das sessões categorizadas pelo Aferidor 1 supera o critério mínimo (0.70) indicado por Kratochwill

et al. (2013), assim como duas sessões categorizadas pelo Aferidor 2 (0.74 e 0.62). Isso mostra que o Aferidor 1 obteve concordância suficiente de 5% das sessões categorizadas e o Aferidor 2 obteve concordância suficiente de 10% das sessões categorizadas, considerando-se a análise das categorias principais da FAP. Já com a escala de Landis e Koch (1977), o Aferidor 1 obteve um resultado com concordância razoável, dois resultados com concordância moderada e um resultado com concordância substancial. Enquanto o Aferidor 2 obteve um resultado com concordância razoável, um resultado com concordância moderada e dois resultados com concordância substancial.

Sintetizando, os resultados de concordância percentual total foram menores do que 80% para ambos os Aferidores de concordância. Na análise isolada das categorias do FAPRS, foram obtidos cinco resultados acima de 80% para o Aferidor 1 e as categorias da FAP foram as que mais obtiveram concordância. Por outro lado, foram obtidos seis resultados acima de 80% para o Aferidor 2 e as categorias gerais (CPR e TPR) foram as de maior concordância. Os resultados do coeficiente kappa total, das categorias do cliente e das categorias do terapeuta foram menores do que 0.60 para ambos os Aferidores. Na análise de concordância que incluiu apenas as categorias mais relevantes para a FAP o Aferidor 1 obteve uma sessão acima de 0.60 enquanto o Aferidor 2 obteve duas.

De modo geral, seguindo os critérios de Kratochwill et al. (2013), por meio do índice de concordância percentual não se pode afirmar concordância entre observadores independentes suficiente. Já por meio do índice do coeficiente kappa de Cohen foi possível demonstrar concordância significativa de 5% e 10% das sessões categorizadas. Como o mínimo exigido é de 20% de concordância (Kratochwill et al., 2013), a significância desse dado torna-se reduzida.Com relação a escala de Landis e Koch (1977), a maioria dos resultados se encontraram dentro da faixa de concordância moderada, assim como observado em Vartanian (2017) e Villas-Bôas (2015).

Em outras pesquisas em FAP que utilizaram o FAPRS para a categorização de sessão e aferição de concordância entre terapeuta-pesquisador e observadores independentes, foram obtidos tanto resultados satisfatórios do coeficiente kappa (Aranha, 2017; Bush et al., 2009; Mangabeira, 2015; Oshiro, 2011), como resultados abaixo do exigido por Kratochwill et al. (2013) (Vartanian, 2017; Villas-Bôas, 2015). O mesmo aconteceu com o índice de concordância percentual: Aranha, (2017) e Oshiro (2011) atingiram o critério exigido enquanto Vartanian (2017) e Villas-Bôas (2015) não atingiram.

Esses resultados mostram que a aferição de concordância realizada nos estudos sobre FAP por meio da categorização do FAPRS ainda apresentam limitações importantes. Primeiramente, devido a ser o único instrumento em que há uma aferição de concordância entre as variáveis dependentes. Na presente pesquisa, por exemplo, tal aferição não foi realizada com os outros instrumentos utilizados. Em segundo lugar, há uma diferença entre considerar ou não as categorias que são menos representativas da psicoterapia FAP (TPR, CPR, TTR, CTR, O1, O2, TO1 e TO2) para a aferição. Uma discussão deve ser realizada sobre a melhor maneira de se conduzir tal aferição de concordância com esse instrumento. Outra questão reside na ausência de sistematização da metodologia de treino dos aferidores. Como ainda não há uma metodologia utilizada pelos pesquisadores em FAP, dificulta-se a comparação entre pesquisas no que se refere aos resultados tanto da própria categorização das sessões quanto da aferição de concordância. Os treinos nas pesquisas FAP em outros países costumam ser mais extensos, chegando até a 100 horas de treino como, por exemplo, em Bush et al. (2010). Já no Brasil as horas de treino costumam ser bem menores como foi nessa pesquisa, em Aranha (2017), Villas-Bôas (2015) e Vartanian (2017). Isso se justifica pelo curto prazo de tempo para a realização de toda a pesquisa e com a ausência de uma comunidade de pesquisadores de apoio. Vartanian (2017) discute sobre bons níveis de concordância se relacionarem com a quantidade de treino dos aferidores e de seus conhecimentos sobre o caso clínico. Por outro lado, imagina-se que

tantas horas de treino como vistas em Bush et al. (2010) podem enviesar a aferição de concordância à medida que o observador independente passa a pensar e analisar como o próprio pesquisador-terapeuta, corrompendo a função de ser um observador independente. Nesse estudo foi escolhido priorizar um treino curto, de boa qualidade e com aferidores que tinham acesso à discussão do caso clínico. Em todo caso, não há ainda pesquisas que demonstrem a quantidade mínima de horas de treino e nem de metodologia de treino para se conseguir um resultado de concordância entre observadores adequado para o instrumento FAPRS, uma sugestão para futuras pesquisas.

Conclusão

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), ao que consta na literatura, tem sido utilizada prioritariamente como uma técnica dentro de um processo de Terapia Analítico-Comportamental Infantil. Há uma escassez de pesquisas e relatos de casos que contam com uma sistematização do uso das regras da FAP e dos processos envolvidos na mudança clínica do sujeito no contexto da psicoterapia infantil. Sendo assim, torna-se difícil identificar quais são os efeitos no comportamento da criança atrelados à intervenção FAP e quais são aqueles produzidos por outras condições tais como técnicas utilizadas dentro da Terapia Analítico-Comportamental Infantil, orientação parental, orientação escolar, dentre outros (Moreira & Oshiro, 2017). Xavier (2017) iniciou um experimento de caso único com crianças diagnosticadas com Transtorno Desafiante-Opositor para verificar a eficácia e os processos envolvidos na terapia FAP com tal população por meio de um delineamento de base múltipla. Concomitantemente, surgiu a necessidade de se estudar também tais resultados com outra população infantil.

Para tal propósito o presente estudo se propôs a verificar os efeitos da FAP no tratamento de uma criança vítima de abuso sexual. A temática do abuso sexual infantil foi escolhida por trazer ao sujeito um grande prejuízo na maneira de se relacionar com o outro (Amazarray & Koller, 1998), fenômeno do qual a FAP se propõe a tratar, bem como ser pouco estudada dentro da comunidade da Análise do Comportamento. Foi utilizada a metodologia de experimento de caso único por meio do delineamento de reversão (A1-B1-A2-B2) em que a Fase A1 é representada pela Terapia Analítico-Comportamental Infantil com foco nas análises de comportamentos externos à sessão, a Fase B1 é representada pela introdução da FAP de forma sistemática seguindo a interação lógica de Weeks et al.(2012) e as Fases A2 e B2 são a replicação dessas condições (retirada da FAP sistemática/análise de contingencias externas e

reintrodução da FAP sistemática). Todos os critérios de Kratochwill et al. (2013) foram seguidos para garantir a validade do estudo de caso único, com exceção da estabilidade dos dados como critério de mudança de fases. Essa é uma fraqueza do presente trabalho e é justificada pela ausência de tempo hábil para todo o processo de análise das sessões e de tempo total de coleta. Durante a Fase A1 ocorreu a conceituação de caso onde os comportamentos clinicamente relevantes e os comportamentos alvo no ambiente natural do cliente foram elegidos como variáveis dependentes do estudo. Após o término da coleta e um mês sem psicoterapia, foi realizada uma sessão de *follow-up* para mensurar novamente as variáveis dependentes do cliente e verificar manutenção ou não dos resultados finais.

Foram realizadas 30 sessões de psicoterapia com o cliente em que utilizou-se o instrumento FAPRS randomicamente em cinco sessões de cada fase experimental, o CBCL, a CAPS e o PedsQL em meados das fases e durante a mudança de fases e a Escala de Comportamentos Extrassessão semanalmente.

O resultado da categorização do FAPRS mostrou que a manipulação da VI (FAP) produziu uma alteração na porcentagem de CCR1 no delineamento experimental, havendo redução das porcentagens ao introduzir a FAP e aumento das porcentagens ao se retirar a FAP. Tal resultado fica mais claro por meio da análise de tendência, pois desde o início da psicoterapia há uma queda dos CCR1 independentemente da fase experimental. Discute-se que esse fenômeno tem relação (1) com o tipo de CCR1 do cliente ser uma esquiva comumente bloqueada apenas por estar inserido em um processo de psicoterapia adequado, (2) com a ausência de reversibilidade dos comportamentos do participante após passar por uma modelagem e um treino discriminativo dos comportamentos problemáticos em sessão, (3) com o padrão de desamparo aprendido da criança diante da extinção de respostas problema em sessão. Outra hipótese levantada foi sobre a população infantil ter ou não uma maior facilidade no deterioramento de respostas que passam por extinção. Como os estudos anteriores foram

realizados com adultos e Xavier (2017) utilizou um delineamento de base múltipla, não há ainda estudos que sustentem essas hipóteses. Também é possível afirmar que houve aumento importante e imediato dos CCR2 da criança contingente à introdução da VI (FAP) e queda dos mesmos comportamentos contingente à retirada da FAP. Esses resultados relacionados aos CCR1 e CCR2 corroboram a hipótese da presente pesquisa e também são encontrados em Aranha (2017), Geremias (2014), Lima (2017) e Oshiro (2011).

Ficou evidente a maior frequência da Regra 3-2 do que a Regra 3-1 durante as Fases FAP, fortalecendo a hipótese de Tsai et al (2009) e outros estudos empíricos (Aranha, 2017; Geremias, 2014; Mangabeira, 2015 e Villas-Bôas, 2015) sobre o mecanismo de mudanças clínica da FAP ser o responder contingente do terapeuta focando, principalmente, nos comportamentos de melhora. Diferentemente do estudo de Geremias (2014), foi observado que a Regra 2 não acompanha nenhum tipo de CCR específico. Levantou-se a hipótese de que durante a Fase B1 houve um processo de modelagem e finalmente instalação do repertório de melhora que fez com que não fossem mais necessárias tantas evocações por parte do terapeuta para que a criança emitisse CCR2. Em seguida, com a Fase A2, a hipótese é de que houve um processo de extinção em que inicialmente ocorreu aumento dos CCR2 e, progressivamente, esse foi sendo reduzido dando lugar ao CCR1. Para que esses processos comportamentais sejam verificados, seria necessária uma análise intrassessão com um gráfico de frequência de CCR acumulados por tempo de sessão. Indica-se que os próximos estudos contemplem esse tipo de análise.

Para verificar os efeitos da condução experimental no comportamento da criança fora do *setting* terapêutico foi utilizado a Escala de Comportamentos Extrassessão e o CBCL, respondidos pela mãe sistematicamente. A Escala de Comportamentos Extrassessão, respondida semanalmente, sugeriu melhora clínica global da criança nas categorias: Insegurança Social, Retraimento, Desconfiança, Atividades Solitárias, Atividades com Outras

Pessoas, Atividades Compartilhadas, Ativação Comportamental, Busca por Outros Interesses, Acusações, Lamentações, Resistência a Mudança, Agressividade Física, Tristeza, Mudança de Humor e Comer Excessivo. O instrumento também sugeriu piora clínica global nas categorias: Relacionamentos Íntimos, Requisição de Pessoas, Tarefas Escolares, Agressão Verbal, Fazer *Bullying*, Birra, Minimizar Problemas e Auto responsabilização. Para a categoria Relacionamentos Intensos houve manutenção dos resultados. As categorias relacionadas ao CCR1 da criança foram: Acusações, Resistência a Mudança, Insegurança Social, Retraimento, Atividades Solitárias. As categorias relacionadas ao CCR2 foram: Relacionamentos Intensos, Relacionamentos Íntimos, Atividades com Outras Pessoas, Busca por Outros Interesses, Tarefas Escolares.

Por meio de uma análise da mudança nos resultados de frequência dessas categorias entre as fases experimentais, observou-se que as melhoras clínicas em Insegurança Social, Retraimento, Atividades Solitárias, Atividades com Outras Pessoas, Busca por Outros Interesses, Acusações e Resistência a Mudança parecem ter uma correlação com a introdução da FAP. As pioras clínicas nas categorias Relacionamentos Íntimos e Tarefas Escolares parecem estar atribuídas a retirada da FAP na Fase A2. A categoria Relacionamentos Intensos, que apresentou manutenção dos resultados, mostrou piora que parece estar correlacionada também com a retirada da FAP. Parece, portanto, que o decréscimo em Insegurança Social, Retraimento, Atividades Solitárias, Acusações e Resistência a Mudança foram produtos de generalização da queda nos CCR1 em sessão, bem como o aumento de Atividades com Outras Pessoas e Busca por Outros Interesses foram produtos de generalização do aumento nos CCR2 em sessão. Esses resultados não puderam ser corroborados por meio de uma replicação, pois muitas dessas questões foram inseridas após a Fase B1. Portanto, apesar de apontarem para sinais importantes de generalização dos avanços terapêuticos obtidos pela FAP em sessão com

o cliente, sugere-se que os próximos estudos contemplem a replicação dos das medidas externas para produzir dados com maior validade.

Os resultados do CBCL indicaram melhora global do cliente em todas as categorias diagnósticas, chegando a faixa de normalidade na maioria delas, com exceção de uma das categorias que se manteve estável. As categorias Ansiedade/Depressão, Problemas de Ansiedade (DSM 5), Isolamento/Depressão, Problemas de Depressão (DSM 5), Problemas Sociais, Comportamento de Quebrar Regras, Comportamentos Agressivos e Problemas de Oposição-Desafio (DSM 5) se relacionam mais diretamente com as queixas da mãe do cliente e, como consequência, com os CCR1 da criança. As categorias Ansiedade/Depressão, Problemas de Ansiedade (DSM 5), Isolamento/Depressão, Problemas de Depressão (DSM 5), Problemas Sociais e Comportamento de Quebrar Regras se encontravam na faixa clínica no início do tratamento e finalizaram dentro da faixa normal, enquanto Comportamentos Agressivos finalizou dentro da faixa limítrofe do problema. Já Problemas de Oposição-Desafio (DSM 5) iniciou dentro da faixa clínica se mantendo até o fim do tratamento. Levantou-se a hipótese de que a rigidez na educação da mãe e sua dificuldade em perceber a função de melhora clínica nas respostas de Miguel de expressão de incômodos justificam a categoria Problemas de Oposição-Desafio (DSM 5) se manter na condição de problemas clínicos.

A análise dos resultados do CBCL entre fases mostrou que apenas as categorias Ansiedade/Depressão e Problemas de Ansiedade (DSM 5) demonstraram correlação direta com a manipulação da VI e, portanto, com a mudança nos CCR em sessão. Ao introduzir a FAP essas categorias indicam melhora clínica e ao se retirar a FAP indicam piora. A ausência de correlação com outras categorias que também são importantes no caso clínico pode ser explicada pela reaplicação do CBCL em um curto período de tempo que dificulta a observação da mãe a mudanças sutis no comportamento da criança.

Com a finalidade de monitorar as mudanças nos comportamentos privados do cliente foram aplicados dois instrumentos de autorrelato em meados e durante a mudança das fases experimentais: *Children's Attributions and Perceptions Scale* (CAPS) e *Pediatric Quality of Life Inventory 4.0* (PedsQL). A CAPS avalia a presença de atribuições/percepções sobre a experiência de abuso sexual e o PedsQL avalia a satisfação com a qualidade de vida (segundo avaliação da criança). Ambos apontaram um aumento e queda (respectivamente) global dos resultados ao fim do delineamento experimental, que representa uma piora na avaliação de Miguel. No entanto, discutiu-se que tal quadro na verdade é representativo de uma redução das esquivas do cliente em entrar em contato com as estimulações encobertas aversivas, bem como expressá-las, respondendo aos instrumentos de forma mais correlata. Desse modo, analisa-se tais resultados como uma melhora no autoconhecimento da criança.

Com relação as categorias da CAPS, Sentimento de diferença com relação aos pares e Autoatribuição de eventos negativos aumentaram (piora na avaliação da criança). Essa primeira categoria é a única que demonstra correlação com a introdução da VI, apontando melhoras na avaliação com a entrada da FAP e pioras com a retirada da mesma. Apesar disso, entende-se que a piora na autoavaliação global é fruto da redução da esquiva e aumento do repertório de autoconhecimento da criança e que as melhoras com a FAP são produtos das consequenciações positivas da terapeuta por meio de autorrevelação, gerando subprodutos de maior conexão social. A piora na avaliação da Autoatribuição de eventos negativos é relacionada apenas a redução de esquiva e maior contato com os eventos encobertos. A (Des)credibilidade dos outros em si parece não ter sido uma questão relevante para o cliente, já que houve suporte social imediato no ato de revelação do abuso, o que parece explicar a manutenção nessa categoria. Já para (Des)confiança nas pessoas houve uma queda (melhora da avaliação) nos resultados, o que parece ser justificado em primeiro caso por ser um sentimento que

frequentemente o cliente entrava em contato e o descrevia (não se esquivava) e em segundo lugar, por ter sido reduzido à medida que as mudanças em sessão aconteciam.

Em nenhuma das categorias do PedsQL foi possível observar correlação com a manipulação da VI, porém notou-se queda (piora na avaliação) da dimensão Emocional durante as fases com ausência da FAP e manutenção na presença da FAP. Tal fenômeno foi atribuído a modelagem da expressão emocional junto a terapeuta, para além da resposta de entrar em contato com a emoção, que ocorre nas fases FAP e não nas outras. Ainda assim, as dimensões Física, Social e Emocional obtiveram uma avaliação pior ao final do experimento, justificada novamente pelo aumento no autoconhecimento e redução das minimizações dos problemas nessas áreas. Por outro lado, a criança avaliou a dimensão Escolar como melhor ao fim do delineamento. As questões dessa dimensão eram respondidas de forma mais correlatas com a realidade e além disso o cliente conseguiu superar dificuldades escolares ao fim do ano que parecem ter influenciado mais diretamente nesse resultado.

A sessão de *follow-up* indicou resultados de frequência de CCR1 e CCR2 bem próximos aos da última fase do delineamento. Isto é, houve manutenção dos ganhos terapêuticos em sessão durante o mês sem terapia. A Escala de Comportamentos Extrassessão indicou manutenção das melhoras clínicas para as categorias de Insegurança Social, Retraimento, Atividades Solitárias, Acusações, Busca por Outros Interesses e Tarefas Escolares desde a última fase do delineamento experimental. Já para as categorias Relacionamentos Intensos, Relacionamentos Íntimos e Atividades com Outras Pessoas houve melhora após um mês de ausência da psicoterapia. Por outro lado, o *follow-up* mostrou piora para a categoria Resistência a Mudança. No CBCL, foi possível observar manutenção das melhoras clínicas de Miguel para as categorias Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento de Quebrar Regras, Tempo Cognitivo Lento, Problemas Obsessivo-Compulsivos, Problemas de Ansiedade (DSM 5), Problemas Somáticos (DSM 5)

e Problemas de Conduta (DSM 5). Já nas categorias Problemas Internalizantes, Problemas Totais, Isolamento/Depressão, Problemas Sociais, Comportamento Agressivo, Problemas de Estresse, Problemas Depressivos (DSM 5), Déficit de Atenção/Hiperatividade (DSM 5) as melhoras clínicas atingidas durante a psicoterapia não foram sustentadas. Problemas Externalizantes e Problemas de Oposição-Desafio (DSM 5), se mantiveram na faixa clínica após o período sem psicoterapia. O resultado total da CAPS e de todas as suas categorias - Sentimento de diferença com relação aos pares, (Des)credibilidade dos outros em si, Autoatribuição de eventos negativos e (Des)confiança nas pessoas - apontou uma avaliação pior da criança na sessão de *follow-up*. Já no PedsQL nota-se manutenção do resultado total e da dimensão Social após um mês sem psicoterapia com relação à última sessão do delineamento. Para as dimensões Física e Emocional houve piora na avaliação da criança. Por fim, a dimensão Escolar indicou melhora no *follow-up*.

O presente estudo tem como pontos fortes o pioneirismo em explorar o tratamento do abuso sexual infantil com a FAP e por isso a importância de se realizar um estudo de caso único inicial com esse tema. Também é um dos poucos estudos empíricos da aplicação da FAP com a população infantil. Além disso, o delineamento de reversão utilizado garante um bom controle experimental da VI, seguindo os critérios de Kratochwill et al. (2013). Outro ponto importante foi a utilização de medidas não apenas dentro da sessão, mas também fora delas por meio de um observador independente (mãe da criança). Tais medidas possibilitaram produzir dados de resultados baseados em escalas diagnósticas e de possíveis generalizações dos CCR para o ambiente natural do participante. Nos estudos de FAP com a população adulta as medidas extrassessão tem sido um grande desafio. A realização da sessão de *follow-up* após um pequeno período sem psicoterapia é também um ponto forte do estudo. O conhecimento a priori de variáveis dependentes prováveis de ocorrerem na relação com a terapeuta, levantadas por meio de pesquisa bibliográfica, produz um avanço importante na conceituação de caso

atuando como suplementação à observação da terapeuta (Regra 1). A análise dos dados permite acreditar que os resultados da psicoterapia com a criança foram muito satisfatórios e indica-se que estudos mais complexos metodologicamente sejam realizados com a população vítima de abuso sexual infantil para verificar a generalidade da FAP como um tratamento para essa população.

Os aspectos que deixaram a desejar na pesquisa foram a ausência de monitoramento da estabilidade total dos dados de frequência dos CCR como critério de mudança de fase, a pequena amostra (apenas um cliente), a ausência de um treino maior dos aferidores de concordância que parece ter produzido baixos índices de coeficiente Kappa e concordância percentual entre observadores e a categorizadora principal ser a própria terapeuta-pesquisadora. Sugere-se que os próximos estudos contemplem esses requisitos. O categorizador principal ser diferente do terapeuta-pesquisador é importante para se retirar qualquer viés de expectativa do pesquisador sobre os resultados. Ainda, sugere-se que os próximos estudos que utilizem o FAPRS contem com análises intrassessão de frequência dos CCR acumulada por minutos de sessão com o objetivo de se observar mais de perto os processos comportamentais envolvidos na mudança clínica do cliente. Outra sugestão são estudos que se disponibilizam a melhorar, uniformizar e testar a efetividade do treino do FAPRS tanto para o categorizador principal quanto para os aferidores de concordância.

Referências

Achenbach, T. M. (1991). *Child behavior checklist/4-18*. Burlington, VT: University of Vermont.

Amazarray, M. R., & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *11*(3), 559-578.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. (4th ed.). Washington, DC: APA

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mental* (DSM-5). (5a ed). Porto Alegre, RS: Artmed.

Aranha, A. S. (2017). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional aplicada ao Transtorno por Uso de Substâncias* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-06092017-101420/pt-br.php

Blanchard, J. (1996, Abril). Sexual exploitation. *Against the Sexual Exploitation of Children*, Brasília, Brasil.

Borges, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2008). Abuso sexual infantil: indicadores de risco e conseqüências no desenvolvimento de crianças. *Interamerican Journal of Psychology, 42*(3), 528-536.

Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J.W., Baruch, D. E., & Weeks, C. E. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: a replication and extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *40*, 11-19.

Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, *40*(3), 280-290.

Callaghan, G. M., & Follete, W. C. (2008). FAPRS manual: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy rating scale. *The Behavior Analyst Today. 9*(1), 57-97.

Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: a single-subject demonstration of clinical effectiveness using functional analytic psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 33*, 321–339.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição* (DG Souza, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed. (Obra original publicada em 1998).

Cattivelli, R., Tirelli, V., Berardo, F., & Perini, S. (2012). Promoting appropriate behavior in daily life contexts using Functional Analytic Psychotherapy in early-adolescent children. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *7*(2-3), 25.

Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N. ... Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings, 85* (7), 618-629.

Cordova, J. V., & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, *24*(1), 75.

Dorigon, L. T., & Pie AbibAndery, M. A. (2015). Estímulos reforçadores automáticos, naturais e arbitrários: uma proposta de sistematização. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, *23*(3).

Ferro-Garcia, R. (2008). Recent studies in functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4,* 239-249.

Finkelhor, D., & Hotaling, G. T. (1984). Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect: An appraisal. *Child Abuse & Neglect, 8,* 23-33.

Fisher, J. E., & O'Donohue, W. T. (2010). *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy.* New York, NY: Springer.

Friedman, S. R. (1990). What is child sexual abuse? *Journal of Clinical Psychology, 46*, 373-375.

García, R. F., Montero, C. V., & Velasco, L. A. (2009). Development of Behavior Therapy with Children and Adolescents. *Clínica y Salud, 20*(2), 119-130.

Gaynor, S. T., & Lawrence, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with Learning through In Vivo Experience (LIVE): Conceptual analysis, treatment description, and feasibility study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 30*, pp. 79–101.

Geremias, M. C. G. (2014). *Manejo de esquivas emocionais na Psicoterapia Analítica Funcional: delineamento experimental de caso único* (Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-17032015-150030/en.php

Glaser, D. (1991). Treatment issues in child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry, 159,* 769-782.

Gorenstein, C., Wang, Y. P., & Hungerbühler, I. (Orgs.). (2015). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.

Gosch, C. S., & Vandenberghe, L. (2004). Análise do comportamento e a relação terapeuta-criança no tratamento de um padrão desafiador-agressivo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 6*(2), 173-182.

Habigzang, L. F. (2006). *Avaliação e intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual intrafamiliar.* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7145/000539806.pdf?sequence=1

Haworth, K., Kanter, J. W., Tsai, M., Kuczynski, A. M., Rae, J. R., & Kohlenberg, R. J. (2015). Reinforcement matters: A preliminary, laboratory-based component-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's model of social connection. *Journal of Contextual Behavioral Science, 4*(4), 281-291.

Hohendorff, J. V., Bavaresco, P. D., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2012). Abuso sexual contra meninos: uma revisão. *Violência Contra Crianças e Adolescentes: Teoria, pesquisa e prática*, 105-122.

Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., Baruch, D. E., & Holman, G. I. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: An investigation of functional analytic psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis, 29*, 463–467.

Kanter, J. W., Manbeck, K. E., Kuczynski, A. M., Maitland, D. M., Villas-Bôas, A., & Ortega, M. A. R. (2017). A comprehensive review of research on Functional Analytic Psychotherapy. *Clinical Psychology Review.*

Kazdin, A. (2002). *Research design in clinical psychology*. Ed. Barnes and Nobles.

Kazdin, A. E., & Kopel, S. A. (1975). On resolving ambiguities of the multiple-baseline design: Problems and recommendations. *Behavior Therapy, 6*(5), 601-608.

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkellor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*(1), 164-180.

Klatchoian, D. A., Len, C. A., Terreri, M. T. R., Silva, M., Itamoto, C., Ciconelli, R. M., ... & Hilário, M. O. E. (2008). Quality of life of children and adolescents from São Paulo: reliability and validity of the Brazilian version of the Pediatric Quality of Life Inventory TM version 4.0 Generic Core Scales. *Jornal de Pediatria, 84*(4), 308-315.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Tradução organizada por R. R. Kerbauy. Santo André, SP: ESETec. (Obra original publicada em 1991).

Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, pp. 213–229.

Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education, 34*(1), 26-38.

Kristensen, C. H. (1996). *Abuso sexual em meninos.* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1432/000177073.pdf

Laloni, D. T. (2001). *SCL-90-R: Adaptação, Precisão e Validade* (Tese de Doutorado, PUC Campinas, Campinas). Recuperado de http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/389

Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3*(4), 249-258.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, *33*(1), 159-74.

Lima, G. de O. (2017). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional em casos de abuso sexual*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo).

Mangabeira, V. S. (2014). *Efeitos da sinalização de intervenções na Psicoterapia Analítica Funcional*. (Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-08052015-153617/pt-br.php

Mangabeira, V., Kanter, J., & Del Prette, G. (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*(2-3).

Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 647-657.

Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology, 23*(2), 204-211.

Meyer, S. B., Villas-Bôas, A., Franceschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyama, M., Rossi, P. R., & Mangabeira, V. S. (2015). *Terapia analítico-comportamental: relatos de casos e análises.* São Paulo, SP: Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst, 16*(2), 191-206.

Millenson, J. R. (1967). *Principles of behavioral analysis*. New York, NY: Mac Millan.

Moreira, F. R., & Oshiro, C. K. B. (2017). Reflexões sobre Terapia Analítico-Comportamental Infantil e Psicoterapia Analítica Funcional com crianças. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 19*(3).

Moura, C. B., & Conte, F. D. S. (1997). A psicoterapia analítico-funcional aplicada à terapia comportamental infantil: a participação da criança. *Torre de Babel, 4*(1), 131-144.

Moura, C. B. D., & Venturelli, M. B. (2004). Direcionamentos para a condução do processo terapêutico comportamental com crianças. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 6*(1), 17-30.

Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis*. (Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-04112011-113836/pt-br.php

Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). *A developmental perspective on antisocial behavior* (Vol. 44, No. 2). US: American Psychological Association.

Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269-278.

Santos, B. D., & Ipollito, R. (2011). Guia Escolar: Identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Seropédica, RJ. EDUR/, MEC/SECADI, Brasília*.

Seligman, M.E.P. (1992). *Helplessness. On development, depression and death.* New York, NY: W.H. Freeman and Company. (Obra original publicada em 1975).

Serafim, A. D. P., Saffi, F., Achá, M. F. F., & Barros, D. M. D. (2011). Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Psiquiatria Clínica, 38*(4), 143-147

Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research: evaluating experimental data in psychology.* New York, NY: Basic Books, Inc., Publishers.

Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações* (Tradução de Maria Amália Andery & Teresa Maria Sério). Campinas, SP: Editora Livro Pleno. (Obra original publicada em 1989).

Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (Vol. 10). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953)

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Acton, MA: Copley

Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: a theoretical analysis*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1982). *Sobre o behaviorismo*. Tradução de Maria da Penha Villalobos. Cultrix. (Obra original publicada em 1974).

Sturmey, P., & Hersen, M. (2012). *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology, child and adolescent disorders.* (Vol. 1). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism*. Seattle, WA: Springer.

Varni, J. W., Seid, M., & Kurtin, P. S. (2001). PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical Care, 39*(8), 800-812.

Vartanian, J. F. (2017). *Efeitos da evocação sobre os comportamentos clinicamente relevante na Psicoterapia Analítica Funcional. (*Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26092017-110243/en.php

Vermes, J. S. (2012). Clínica analítico-comportamental infantil: A estrutura. Em Borges, N. B. & Cassas, F. A (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 214 – 222). Porto Alegre: Artmed.

Villas-Bôas, A. (2015). *Efeitos de análises de contingências sobre comportamentos clinicamente relevantes e sobre mudanças extrassessão*. (Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia,

Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-24092015-154310/pt-br.php.

Watson, K. (1994). *Substitute care providers*: Helping abused and neglected children. Washington, DC: National Center on Child Abuse and Neglect.

Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J., & Busch, A. M. (2012). Translating the theoretical into practical: a logical framework of Functional Analytic Psychotherapy interactions for research, training and clinical purposes. *Behavior Modification, 36*(1), 87-119.

World Health Organization. (2014). *Child Maltreatment*. fs. 156. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/

Xavier, R. (2017). *Eficácia da FAP para o tratamento do TOD: experimento de caso único.* (Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo).

Glossário

ASI	Abuso sexual infantil
CAPS	*Children's Attributions and Perceptions Scale*
CBCL	Child Behavior Checklist
CCR	Comportamento clinicamente relevante
CCR1	Comportamento do cliente na FAP: emite comportamento problema na sessão
CCR2	Comportamento do cliente na FAP: emite comportamento de melhora na sessão
CCR3	Comportamento do cliente na FAP: descreve variáveis que controlam seu comportamento
CPR	Comportamento do cliente na FAP: discute ou descreve problemas que ocorrem em situações que não a relação terapêutica, ou clarifica ou dá contexto sobre os problemas
CTR	Comportamento do cliente na FAP: fala com foco na relação terapêutica
ECE	Escala de Comportamentos Extrassessão
FAP	Psicoterapia Analítica Funcional
FAPRS	*Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale*
O1	Comportamento do cliente na FAP: discute ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão
O2	Comportamento do cliente na FAP: discute ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão
O3	Comportamento do cliente na FAP: descreve relações funcionais relacionadas ao comportamento que ocorre fora da sessão
PedsQL	*Pedriatric Quality of Life Inventory*
Regra 1	Comportamento do terapeuta na FAP: avalia CCR em sessão
Regra 2	Comportamento do terapeuta na FAP: evoca CCR em sessão
Regra 3-1	Comportamento do terapeuta na FAP: responde efetivamente ao CCR1
Regra 3-2	Comportamento do terapeuta na FAP: responde efetivamente ao CCR2
Regra 4	Comportamento do terapeuta na FAP: refere-se ou pergunta sobre o efeito de sua resposta sobre o comportamento do cliente
Regra 5	Comportamento do terapeuta na FAP: discute um CCR3 ou O3, analisa funções e contingências dos comportamentos que ocorrem na sessão e suas relações com comportamentos funcionalmente iguais que ocorrem fora.

Rgra 3-INF	Comportamento do terapeuta na FAP: falha em consequenciar CCR1, CCR2 ou CCR3
TACI	Terapia Analítico-Comportamental Infantil
TO1	Comportamento do terapeuta na FAP: discute ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão
TO2	Comportamento do terapeuta na FAP: discute ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão
TPR	Comportamento do terapeuta na FAP: emite comportamentos efetivos ou facilitadores sem foco em CCRs ou Os.
TTR	Comportamento do terapeuta na FAP: Fala com foco na relação terapêutica: descrever a FAP, falar de sessões passadas, etc.
VD	Variável dependente
VI	Variável independente

ANEXO A

Roteiro de entrevista anamnese semiestruturada com os pais[1]

Nome da criança:_____

_____

Idade:_____Nascimento:_____Contato pessoal:_____

Escolaridade/Nome da Escola: _____

_____

Nome da mãe:_____

_____

Idade:_____Contatos – Celular: _____

Residência:_____Trabalho:_____

Nome do pai:_____

_____

Idade:_____Contatos – Celular: _____

Residência:_____Trabalho: _____

Quem mora com a criança/idade? _____

_____

Quem cuida da criança? _____

Nome:_____

Idade:_____Contato: _____

Período do abuso:

Idade do 1º abuso:

No de episódios de abuso:

Abuso: intrafamiliar/extrafamiliar/ambos/não classificável

[1] Desenvolvido por Fernanda Resende Moreira – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Programa de Psicologia Clínica. Instrumento utilizado para pesquisa de mestrado. Sem validade oficial.

Agressor:

Idade:

Grau de relação na época do abuso:

1. Há contato da criança com o agressor ainda? Como?

2. Há medida protetiva contra o agressor?

3. Como ficaram sabendo sobre o abuso? Quem contou?

4. Para quem a criança contou primeiro? Foi espontâneo ou ela foi perguntada sobre o abuso?

5. Quando a criança contou, o que vocês fizeram?

6. Como vocês conversaram com a criança sobre o abuso?

7. Foram tomadas atitudes judiciais em seguida? Quais? Quanto tempo depois que a criança contou?

8. O abuso é uma suspeita ou confirmação? Confirmado por quem/qual órgão?

9. Foram realizados exames médicos? Quais? Foram encontradas alterações físicas?

10. A criança foi encaminhada para algum tratamento? Qual? Como foi? Qual a duração?

11. A criança sofreu novos abusos?

12. Como a criança se relacionava antes do abuso? Algo mudou na forma como ela interage com as pessoas? Como? A criança apresenta alterações comportamentais/emocionais? Quais?

13. Qual a mudança no comportamento dos pais/rotina da criança após o abuso?

ANEXO B

Categorias de comportamentos-problema[2]

A partir de uma breve revisão de literatura, realizada pela autora, sobre os padrões de comportamentos que crianças com história de abuso sexual demonstram nas relações interpessoais, foram criadas quatro grandes classes desses padrões que podem ajudar na identificação dos comportamentos clinicamente relevantes das crianças participantes da pesquisa:

- Afastamento: padrão de comportamentos que envolve o distanciamento nas relações sociais, podendo ser caracterizado por comportamentos de retraimento social, isolamento social e déficits em comportamentos pró-sociais.
- Necessidade de afiliação: padrão de comportamentos de aproximação e busca por contato social, podendo ser caracterizado por comportamentos de dependência do outro, busca por aprovação social e proximidade física, de maneira excessiva.
- Dano ao outro: padrão de comportamentos que envolve punir o outro, podendo ser caracterizado por fazer *bullying*, comportamentos agressivos, disruptivos, outros comportamentos chamados de antissociais e pouca expressão de empatia nas relações.
- Ambivalência: padrão que oscila ora entre aproximação, ora entre afastamento nas relações interpessoais, podendo ser caracterizado por dificuldade de confiança, intimidade e por relacionamentos superficiais.

[2] Desenvolvido por Fernanda Resende Moreira – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Programa de Psicologia Clínica. Instrumento utilizado para pesquisa de mestrado. Sem validade oficial.

ANEXO C

Ficha para Formulação de Caso FAP[3]

Formulação de caso FAP e Plano de terapia para o cliente

Terapeuta: Data da sessão:

- Histórico relevante:

- Os1 – Problemas da vida diária:

  - Variáveis mantenedoras dos problemas
  - Vantagens e pontos positivos

- CCRs 1 – Problemas que ocorrem em sessão:

- CCRs 2 – Progressos que ocorrem em sessão:

- Os2 – Metas da vida diária;

- Intervenções planejadas:

- Ts1 – Problemas do terapeuta em sessão

- Ts2 – Comportamentos-alvo do terapeuta em sessão

[3] Retirado de de Tsai et al. (2009). Instrumento utilizado para pesquisa de mestrado. Sem validade oficial.

ANEXO D

Escala de comportamentos-problema extrassessão[4]

Nome da criança:_____Idade:_____Data do preenchimento:_____

Nome de quem está respondendo:_____

Para nos ajudar a compreender os problemas e melhoras do seu filho ou filha, leia atentamente cada pergunta e assinale com um "X" no quadrado do número que melhor descreve a frequência do comportamento dele(a) na **ÚTLIMA SEMANA (incluindo o dia de hoje).**

	0 (Nunca)	1 (Raramente)	2 (Às vezes)	3 (Frequentemente)	4 (Sempre)
O seu filho se isolou das pessoas (evitou o contato com elas)?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho pareceu retraído na frente de outras pessoas? Se sim, cite as pessoas: _____	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho foi pro ativo: se voluntariou para ajudar as pessoas? Se sim, cite as pessoas: _____	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho buscou estar próximo a outras pessoas, fazendo atividades em conjunto (brincando, conversando, cozinhando, dentre outros)? Se sim, cite as pessoas: _____	☐	☐	☐	☐	☐

[4] Desenvolvido por Fernanda Resende Moreira – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Programa de Psicologia Clínica. Instrumento utilizado para pesquisa de mestrado. Sem validade oficial.

O seu filho requisitou outras pessoas para fazer atividades simples (dormir, tomar banho, comer, assistir tv, pediu para ficar perto)? Se sim, cite as pessoas: _____	☐	☐	☐	☐	☐
	0 (Nunca)	1 (Raramente)	2 (Às vezes)	3 (Frequentemente)	4 (Sempre)
O seu filho buscou contato físico (abraço, beijo, colo, carinho)? Se sim, cite com quem: _____	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho requisitou elogios e aprovação? Se sim, cite de quem: _____	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho agrediu fisicamente outras pessoas? Se sim, cite as pessoas: _____	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho agrediu verbalmente (xingamentos, falas agressivas) outras pessoas? Se sim, cite as pessoas: _____	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho fez *bullying* (humilhou, “zuou”, “tirou sarro” de forma inadequada) com outras pessoas? Se sim, cite as pessoas: _____	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho fez birra?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho teve comportamentos delinquentes (crimes, violência contra animais, furto, dentre outros)?	☐	☐	☐	☐	☐

O seu filho foi uma criança agradável?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho pareceu desconfiado com relação as pessoas? Se sim, cite as pessoas: _____	☐	☐	☐	☐	☐
	0 (Nunca)	1 (Raramente)	2 (Às vezes)	3 (Frequentemente)	4 (Sempre)
O seu filho demonstrou ter relacionamentos intensos com outras pessoas (ter um melhor amigo, estar próximo de quem gosta, contar coisas importantes sobre sua vida)? Se sim, cite as pessoas: _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho ficou inseguro perto das pessoas? Se sim, cite as pessoas: _____	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho minimizou os problemas dele (tratou como se não fossem importantes)? Se sim, cite quais: _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho apresentou mudanças repentinas de humor ou de sentimentos?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho pareceu estar triste?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho foi ativo (fez diferentes coisas para além das atividades da escola como brincar, sair de casa, fazer atividade física, dentre outros)? Se sim, cite o que fez: _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐

O seu filho se responsabilizou pelos atos dele?	☐	☐	☐	☐	☐
	0 (Nunca)	1 (Raramente)	2 (Às vezes)	3 (Frequentemente)	4 (Sempre)
O seu filho culpou os outros pelas coisas que aconteceram com ele? Cite quem: _____	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho ficou no quarto dele fazendo atividades solitárias como assistir TV e mexer no computador?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho pediu para ver os amigos fora do horário de aula?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho comeu excessivamente?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho buscou estar próximo a outras pessoas DE FORA DA FAMÍLIA, fazendo atividades em conjunto (brincando, conversando, dentre outros)?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho se queixou de não poder ter confiado ou confiar nas pessoas?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho ficou se lamentando sobre eventos ruins em sua vida?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho acusou as pessoas (colegas, familiares, professores, vizinhos, dentre outros) de lhe causarem algum mal?	☐	☐	☐	☐	☐
Seu filho descreveu o que pode ter feito para produzir/causar os problemas dos quais reclama?	☐	☐	☐	☐	☐

O seu filho evita falar das coisas que parecem lhe incomodar?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho finge não se importar com coisas que na verdade lhe incomodam?	☐	☐	☐	☐	☐
	0 (Nunca)	1 (Raramente)	2 (Às vezes)	3 (Frequentemente)	4 (Sempre)
O seu filho interagiu com as pessoas de maneira próxima, contando acontecimentos importantes de sua vida e expressando sentimentos? (ex: "fiquei triste com...", "tenho medo de..."; "lembrei daquele dia em que eu fiquei com muita raiva de...") Se sim, com quem? Cite: _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho cumpriu com as tarefas da escola?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho se recusa ou resiste a mudar seu comportamento, quando alguém solicita ou sugere que ele faça algo diferente em sua vida?	☐	☐	☐	☐	☐
O seu filho apresentou outros interesses para além de mexer no computador e assistir TV? Quais? Cite: _____ _____	☐	☐	☐	☐	☐

Escreva outros comportamentos importantes que seu filho apresentou nessa **ÚLTIMA SEMANA** e que você acha importante de registrar:

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CLIENTE

Prezada(o) participante,

Somos pesquisadoras do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e estudamos o processo de mudança do paciente/participante na psicoterapia.

A(O) convidamos a participar de um projeto de pesquisa de mestrado, juntamente com o(a) seu(sua) filho(a), que será conduzido por mim, Fernanda Resende Moreira, sob orientação da Professora Dra. Claudia K. B. Oshiro. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP (CEPH-IPUSP).

Para que você decida se pode colaborar conosco esclareceremos, resumidamente a seguir, o que será feito. Se, depois de ler, você tiver dúvidas e necessitar esclarecimentos, estaremos à sua disposição.

Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa:

A pesquisa consistirá na condução do atendimento psicoterapêutico individualmente de seu(sua) filho(a), bem como de sessões de orientação de pais com você e, se necessário, outros cuidadores da criança (pais ou outros responsáveis legais que não tenham relação de abuso com a criança). Cada sessão terá duração de 50 minutos, uma vez por semana. As sessões com a criança serão filmadas e gravadas por câmeras de áudio e vídeo e as sessões com os cuidadores serão apenas gravadas em áudio, mas a interrupção da gravação poderá ser solicitada a qualquer momento por você. É importante ressaltar que não haverá custo algum decorrente de sua participação e da criança no procedimento.

O objetivo principal da pesquisa será o de melhorar os problemas de relacionamento interpessoal de seu(sua) filho(a) desenvolvidos após o evento de abuso. Para isso, as sessões serão conduzidas de acordo com a Psicoterapia Comportamental e, a partir de determinado momento, o foco será na relação terapêutica (relacionamento existente entre terapeuta e paciente/participante). Além disso, as sessões de orientação de pais serão fornecidas com o intuito de dar apoio à família.

Durante a pesquisa as tarefas da criança serão: comparecer semanalmente às sessões e preencher questionários (os questionários levam entre três a cinco minutos para serem respondidos). As tarefas dos cuidadores serão: comparecer quinzenalmente às sessões e preencher alguns questionários sobre a criança.

Desconfortos e riscos possíveis e benefícios esperados:

Não são previstos riscos específicos decorrentes da pesquisa já que ela tem como objetivo a melhora das relações interpessoais de seu(sua) filho(filha) por meio do atendimento psicoterapêutico. Dessa forma, os possíveis riscos existentes são semelhantes aos de outros processos psicoterapêuticos. Como benefícios espera-se melhoras da criança na forma de se relacionar com as pessoas, por meio da criação de maior intimidade e confiança com as pessoas do convívio dela.

Rubricas:

Participante da pesquisa: _____

Pesquisador responsável: _____

Orientador: _____

Será garantido qualquer tipo de ajuda psicológica, mesmo que ela seja contrária aos objetivos da pesquisa, estando dentro do compromisso ético do papel do psicólogo. Não haverá nenhuma forma de pagamento para a participação da pesquisa. Eventuais despesas de ajuda de custo para a locomoção das famílias até o local de atendimento, se necessário, poderão ser cobertas pela pesquisadora, tal como passe de ônibus.

Métodos alternativos existentes:

Outras formas de psicoterapia podem levar aos mesmos benefícios (ou semelhantes) aos previstos pelo procedimento da presente pesquisa, de modo que, caso seja de sua escolha, você poderá recusar participar do presente procedimento, procurando outras formas de psicoterapia.

Acompanhamento, assistência, garantia de esclarecimento e seus responsáveis:

Durante toda a pesquisa, terapeuta e orientadora estarão atentas e discutirão tanto as reações da criança quanto dos cuidadores frente aos procedimentos psicoterapêuticos propostos. Caso seja observado qualquer prejuízo para você ou seu(sua) filho(a), o procedimento será imediatamente revisto e/ou será suspenso. A terapeuta e a orientadora estarão à disposição durante toda a pesquisa para esclarecimentos adicionais.

Liberdade do cliente se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado:

Mesmo que você concorde com a participação sua e de seu(sua) filho(a), caso sinta qualquer desconforto ou perceba desconforto nele(a) você poderá, a qualquer momento, suspender a participação. É importante que você comunique a terapeuta sobre a desistência, caso ela ocorra. Você poderá discutir conosco qualquer questão ou dúvida e retirar seu consentimento, caso considere necessário. Caso seja sua vontade, tanto a coleta de dados como a análise desses poderão ser interrompidas.

Garantia do sigilo que assegura a privacidade do cliente:

As informações prestadas por você e pela criança durante os atendimentos, as gravações e áudios de sessões e os questionários respondidos serão utilizados para fins didáticos e de pesquisa, incluindo publicações científicas. Essas informações serão tratadas de forma *confidencial e os dados de identificação da criança e dos cuidadores participantes não serão divulgados em hipótese alguma*. Somente a pesquisadora/terapeuta, a orientadora e dois aferidores de concordância do grupo de pesquisa terão acesso às filmagens e gravação de áudio, sendo que todos assumirão o compromisso formal de absoluto sigilo sobre qualquer informação pertencente às sessões.

Tal Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido de acordo com a Resolução 466/2012, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos e será assinado em duas vias, sendo que uma delas ficará sob sua posse e a outra com a pesquisadora. Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto aos pesquisadores por meio dos e-mails: nandarmoreira@usp.br ou claudiaoshiro@usp.br.

Rubricas:

Participante da pesquisa: _____

Pesquisador responsável: _____

Orientador: _____

Cordialmente,

_____
Fernanda Resende Moreira
Pesquisadora responsável do Departamento de Psicologia Clínica

Eu, ...,

R.G.: ....., li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios que posso ter. Entendi que sou livre para interromper minha participação e a participação de meu(minha) filho(a) a qualquer momento sem que esta decisão afete meu tratamento. Fui informado (a) que eu e meu(minha) filho(a) seremos atendidos sem custos para nós. Aceito participar do projeto de pesquisa descrito acima e declaro que estou ciente e concordo com as condições apresentadas.

São Paulo, ... de ..... de 20.....

Assinatura do cliente _____

ANEXO F

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CLIENTE

Prezada(o) participante,

Sou psicóloga e estudante do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e estudo o comportamento das crianças. Convido você a participar do meu estudo, que será conduzido por mim, Fernanda Resende Moreira, e por minha professora, Claudia K. B. Oshiro. Vou contar para você sobre meu estudo para que você me diga se tudo bem participar dele ou não. Qualquer dúvida que você tiver, pode perguntar!

Nesse estudo, a Fernanda vai ser a sua psicóloga e vai te encontrar nessa sala uma vez por semana, durante 50 minutos. Isso se chama terapia! Ela estará aqui para tentar entender seus comportamentos, sentimentos e pensamentos e ajudar você em coisas que você tenha dificuldade tais como sentir medo, bater em alguém quando com raiva, dizer segredos... Ela pode também ensinar como fazer amigos, como se sentir melhor ao estar junto das pessoas, como dizer as coisas que pensa e quer, dentre outras coisas. No início não será fácil, pois nós ainda não nos conhecemos, mas depois as coisas podem ficar mais tranquilas e você poderá se sentir melhor.

Nós vamos filmar e gravar os nossos encontros, para que eu possa estudar depois. Isso vai ficar guardado no meu computador, com senha, e a única pessoa que vai poder ver é a Claudia, minha professora.

Eu também vou encontrar com seus pais aqui, uma vez por semana, para ajuda-los a serem pais melhores. Afinal, os adultos também precisam de ajuda! Não se preocupe, pois eu não irei mostrar os nossos vídeos para eles, nem contar sobre as nossas conversas aqui, a não ser que você queira. Existe uma lei que proíbe os psicólogos de contar o que é falado na terapia e os psicólogos são treinados para ter “boca de siri”, ou seja, manter segredos.

O objetivo desse estudo é que você melhore os seus poderes para fazer amigos, conversar com as pessoas, se sentir bem com as pessoas, confiar nelas e também poder dizer quando você não está feliz com elas. Primeiro, vamos mais fazer brincadeiras e conversar sobre assuntos diversos e depois vamos também falar sobre nós dois e o que acontece nos nossos encontros.

Todo dia que você vier aqui, vai precisar responder umas perguntas sobre você. Vai ser bem rapidinho e eu posso ler e você diz a resposta! Não tem nota e nem tem certo e errado!

Esse estudo não apresenta nenhum perigo para você, pois com ele eu quero te ajudar a se relacionar melhor com as pessoas.

Você poderá contar comigo para ajuda-lo quando precisar, me dizendo do que precisa nos nossos encontros e não precisa pagar ou fazer nada por isso. Essa é a função do psicólogo.

Se você passar a não gostar dos nossos encontros, poderá pedir para não vir mais a qualquer momento. E se quiser também poderá pedir para conhecer outro psicólogo para te ajudar. Durante o estudo, se eu e minha professora percebermos que nossos encontros não estão te fazendo bem, vamos ver o que está acontecendo e também podemos parar os encontros e te avisar. Qualquer dúvida que tiver, é só falar!

Aqui embaixo tem o meu e-mail e o da minha professora. Se você precisar falar com a gente, pode nos enviar.

Fernanda: nandarmoreira@usp.br
Professora Claudia: claudiaoshiro@usp.br.

Cordialmente,

_____
Fernanda Resende Moreira
Pesquisadora responsável do Departamento de Psicologia Clínica

Assinatura do cliente

_____

Data:_____

ANEXO G

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO AFERIDOR DE CONCORDÂNCIA

Prezados aferidores de concordância,

O presente trabalho intitulado "*Os efeitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) no tratamento de crianças vítimas de abuso sexual*" é uma pesquisa de mestrado da psicóloga Fernanda Resende Moreira e está sob a orientação da Profa. Dra. Claudia Kami Bastos Oshiro, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo. É importante que algumas condições sejam respeitadas para garantir a proteção dos pacientes/participantes e do material utilizado:

1. Somente terei acesso ao conteúdo das sessões e dos registros;
2. Deverei guardá-los e manuseá-los em local seguro e protegido da observação de terceiros;
3. Manterei sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação presente nos registros que tive acesso, como por exemplo, identidade da terapeuta e do paciente, dados pessoais de ambos, entre outras informações pessoais íntimas e relevantes.
4. Devolverei todo o material utilizado sem efetuar cópias ou duplicações e sem qualquer tipo de violação do material original.

Eu, ..., portador do RG: ....., realizando a atividade de aferidor de concordância para a pesquisa descrita acima, me comprometo a respeitar as condições definidas nesse termo.

____/____/_____

Data

_____

Assinatura do Aferidor

_____

Assinatura do Pesquisador