

**DEBORA REGINA BARBOSA**

**RELAÇÃO ENTRE MUDANÇAS DE PESO E  
COMPETÊNCIA SOCIAL EM DOIS  
ADOLESCENTES OBESOS DURANTE  
INTERVENÇÃO CLÍNICA COMPORTAMENTAL**

**SÃO PAULO**

**2001**

## ERRATA

<b>página</b>	<b>parágrafo</b>	<b>linha</b>	<b>Onde se lê</b>	<b>Leia-se</b>
v	-	45	(linha em branco)	XII – Correlação entre as categorias do cliente 2
52	2	Fig.5	(eixos sem legendas)	X1- Sessões Y1- Peso Y2- Ocorrências
79	4	2	relacionados	relacionadas
86	2	13	baseados em	baseados nas
91	10	3	Cap. ,	Cap.5 ,

**DEBORA REGINA BARBOSA**

**RELAÇÃO ENTRE MUDANÇAS DE PESO E  
COMPETÊNCIA SOCIAL EM DOIS ADOLESCENTES  
OBESOS DURANTE INTERVENÇÃO CLÍNICA  
COMPORTAMENTAL**

Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de São Paulo como  
parte dos requisitos para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia

**Área de Concentração:** Psicologia Clínica

**Orientadora:** Prof.a. Dra. Sonia Beatriz Meyer

**São Paulo  
2001**

**Ficha Catalográfica preparada pelo Serviço de Biblioteca  
e Documentação do Instituto de Psicologia da USP**

Barbosa, D. R.

Relação entre mudanças de peso e competência social em dois adolescentes obesos durante intervenção clínica comportamental / Debora Regina Barbosa. - São Paulo: s.n., 2001. - 130p.

Dissertação (mestrado) -Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica.

Orientadora: Sonia Beatriz Meyer.

1. Obesidade 2. Habilidades sociais 3. Terapia comportamental 4. Adolescentes 5. Estudo de caso. I. Título.

**RELAÇÃO ENTRE MUDANÇAS DE PESO E COMPETÊNCIA  
SOCIAL EM DOIS ADOLESCENTES OBESOS DURANTE  
INTERVENÇÃO CLÍNICA COMPORTAMENTAL**

**DEBORA REGINA BARBOSA**

**BANCA EXAMINADORA**

---

(Nome e Assinatura)

---

(Nome e Assinatura)

---

(Nome e Assinatura)

**Dissertação defendida e aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à Sonia, um exemplo de mestre,  
companheira e pessoa, que esteve presente ao meu lado em  
todos os momentos desta pesquisa, na inspiração,  
desenvolvimento e finalização, sempre me incentivando em  
todos os aspectos da vida.*

## AGRADECIMENTOS

- Agradecimento especial à minha orientadora, Sonia, pelo apoio oferecido durante todo o processo desta pesquisa, sempre me incentivando, profissionalmente e pessoalmente em todos os aspectos da vida.
- A todos os funcionários da biblioteca, principalmente à July, pelo auxílio e suporte na fase final desta pesquisa.
- A equipe do ambulatório do HC, em especial à Maria Helena Saito, pela dedicação e encaminhamento dos clientes e pela abertura e interesse na realização deste trabalho.
- As funcionárias do departamento de psicologia clínica, Arlete, Cláudia, Cícera e Cláudio, pelos esclarecimentos e ajuda nos momentos necessários.
- Às funcionárias Olívia e Aída, pela atenção e carinho oferecidos.
- À Vivi, pela sua contribuição para esta pesquisa, não somente devido as sugestões do exame de qualificação, mas também pelos ensinamentos transmitidos durante as disciplinas cursadas.
- À Cristina, pela atenção e disposição de participar das duas etapas que concretizaram este trabalho e, um agradecimento especial pelas dicas bibliográficas sugeridas na qualificação.
- Aos colegas Oliver e Sílvia, pelo tempo despendido na observação e categorização de algumas sessões do atendimento.
- Aos colegas do grupo de pesquisa, Ana, Yuri, Oliver, pelas dicas oferecidas e pelo acolhimento amigo.
- À amiga Maria Helena, pelo tempo e atenção utilizados na revisão gramatical.
- Aos dois clientes que participaram comigo nesta gratificante jornada terapêutica.
- Ao meu namorado, Robert, pela revisão do abstract e pelo carinho oferecido nestes últimos momentos.
- Aos meus pais, um agradecimento também muito especial, pelo carinho e compreensão e apoio oferecidos durante mais essa etapa da minha vida.

## SUMÁRIO

	LISTA DE FIGURAS	vi
	LISTA DE TABELAS	vii
	RESUMO	viii
	ABSTRACT	ix
1	INTRODUÇÃO	01
2	METODOLOGIA	17
2.1	Sujeitos	17
2.2	Material	18
2.3	Local	21
2.4	Aprovação por comitê de ética	22
2.5	Procedimento	22
2.5.1	Intervenção Comportamental	24
2.5.2	Categorias para o Cliente	27
2.5.2.1	Indesejáveis	27
2.5.2.2	Desejáveis	28
2.5.3	Categorias para o terapeuta.	29
3.	RESULTADOS	31
3.1	Cliente 1	31
3.1.1	Análise das Entrevistas	31
3.1.2.	Análise das Escalas e Inventários	34
3.1.3.	Análise das Categorias da Cliente 1	40
3.1.4	Análise das Categorias da Terapeuta	54
3.2	Cliente 2	58
3.2.1	Análise das Entrevistas	58
3.2.2	Análise da Escalas e Inventários	60
3.2.3	Análise das Categorias do Cliente 2	65
3.2.4	Análise das Categorias da Terapeuta	75
4.	DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	79
4.1	Cliente 1	79
4.2	Cliente 2	84
4.3	Considerações gerais	85
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
	ANEXOS	94
I	Questionário Interesses	94
II	Entrevistas semi-estruturadas	95
III	Questionário de auto avaliação para jovens de 11-18 anos (YSR)	105
IV	Lista de verificação comportamental para crianças e adolescentes de 4-18 anos (CBCL)	109
V	Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)	113
VI	Índice de Reatividade Interpessoal (IRI)	115
VII	Escala de Assertividade de Rhatius	117
VIII	Escala de Timidez e Sociabilidade	119
IX	Consentimento informado	120
X	Auto- registro de comportamento	121
XI	Correlações entre as categorias da cliente 1	123



**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1	Comparação dos escores do YSR para competência social total antes, durante e depois do tratamento da cliente 1 .....	34
Figura 2	Comparação dos escores do YSR para distúrbio total antes, durante e depois do tratamento da cliente 1 .....	35
Figura 3	Comparação dos escores do CBCL para competência social total antes, durante e depois do tratamento da cliente1 .....	36
Figura 4	Comparação dos escores do CBCL para distúrbio total antes, durante e depois do tratamento da cliente1 .....	37
Figura 5	Totais de desejáveis, indesejáveis e peso por sessão da cliente 1 .....	52
Figura 6	Totais de desejáveis, indesejáveis e peso por sessão nas últimas 10 sessões da cliente 1.....	53
Figura 7	Comparação dos escores do YSR para competência social total antes e depois do tratamento do cliente 2 .....	61
Figura 8	Comparação dos escores do YSR para distúrbio total antes e depois do tratamento do cliente 2 .....	61
Figura 9	Comparação dos escores do CBCL para competência social total antes e depois do tratamento do cliente 2 .....	62
Figura 10	Comparação dos escores do CBCL para distúrbio total antes e depois do tratamento do cliente 2 .....	63
Figura 11	Totais de desejáveis, indesejáveis e peso por sessão do cliente 2 .....	74

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1	Escores do IDATE antes, durante e depois do tratamento – Cliente 1 .....	37
Tabela 2	Escores do IRI antes, durante e depois do tratamento – Cliente 1 .....	38
Tabela 3	Escores das escalas de assertividade e timidez e sociabilidade antes, durante e depois do tratamento – Cliente1 .....	39
Tabela 4	Ocorrência das categorias e do peso da cliente 1 por sessão .....	41
Tabela 5	Ocorrência das categorias da terapeuta por sessão – Cliente 1 .....	55
Tabela 6	Escores do IDATE pré e pós tratamento – Cliente 2 .....	63
Tabela 7	Escores do IRI pré e pós tratamento – Cliente 2 .....	64
Tabela 8	Escores das escalas de assertividade e timidez e sociabilidade antes, durante e depois do tratamento – Cliente 2 .....	65
Tabela 9	Ocorrência das categorias e do peso do cliente 2 por sessão .....	66
Tabela 10	Ocorrência das categorias da terapeuta por sessão – Cliente 2 .....	75

BARBOSA, Debora Regina . *Relação entre mudanças de peso e competência social em dois adolescentes obesos durante intervenção clínica comportamental*. São Paulo, 2001. 130p. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

### **Resumo**

Esta pesquisa teve como objetivo estudar a relação entre mudanças na competência social e no peso em dois adolescentes obesos. Os casos foram atendidos individualmente dentro do modelo de terapia comportamental e os dados obtidos foram descritos em forma de estudo de caso. Os clientes foram avaliados em relação às mudanças ocorridas através de diferentes escalas e inventários e de categorias de comportamento criadas pela pesquisadora para observação e análise do processo terapêutico. Para os dois clientes ocorreram ganhos referentes à competência social. Em relação ao peso, um cliente apresentou uma forte relação inversa com competência social no decorrer do tratamento e perdeu peso. O outro cliente precisou de um tratamento mais longo mas apresentou no final do tratamento (últimas 10 sessões) uma tendência semelhante. Os resultados também indicaram que ambos desenvolveram estratégias de comportamento para lidar com os aspectos aversivos do ambiente relacionados à obesidade, apontando para a necessidade de associar essa modalidade de tratamento que enfoca o desenvolvimento da competência social a outros procedimentos utilizados nos tratamentos de perda de peso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Obesidade; Habilidades Sociais; Terapia Comportamental; Adolescentes; Estudo de caso

BARBOSA, Debora Regina. *Relation between weight and changes in social competence of two obese adolescents during a behavioral clinical intervention*. São Paulo, 2001. 130p. Master Thesis. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

### **ABSTRACT**

This research evaluated the relationship between changes in social competence, and weight loss in two obese adolescents. Both cases were treated with individual behavioral therapy and the results were presented as a case report. The clients were evaluated by changes obtained on different scales and inventories, as well as by the analysis of behavioral categories created by the therapist. In this analysis, both clients were observed to improve in terms of social competence. One of the clients demonstrated a significant inverse correlation between improvement of social competence and weight loss during treatment (16 sessions) and lost weight. The other client required longer treatment (40 sessions), but also demonstrated at the end of intervention, the same tendency of results. Based on this evaluation, it was postulated that behavioral therapy targeted to issues of social competence should be an integral part of treatment for weight loss, and should be combined with other therapeutic modalities.

**KEY-WORDS:** Obesity; Social Skills; Behavior Therapy; Adolescent; Case Study

Existem diversas concepções sobre obesidade na literatura. Sua definição pode ser simples e objetiva, porém, os tratamentos e as questões relacionadas aos determinantes e às suas conseqüências se multiplicam.

Em publicações científicas recentes tem sido adotado como critério de obesidade o Índice de Massa Corpórea (I.M.C.), que pode ser obtido através da fórmula: peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado. Indivíduos com I.M.C. entre 25 e 30 são considerados com sobrepeso, entre 30 e 40 são considerados obesos e com índice superior a 40 são considerados obesos mórbidos (Halpern, 1998).

A obesidade pode ser definida como um aumento do tecido adiposo, reflexo do excesso de gorduras, mas, para ser entendida, é necessário levar em conta o grande número de variáveis que influenciam a relação indivíduo-alimento, uma vez que os determinantes ambientais atuam de forma decisiva nas relações do indivíduo com a sua nutrição, independente da predisposição genética (Saito, 1987).

Já segundo Halpern (1990), a obesidade pode ser considerada uma síndrome multifatorial na qual a genética, o metabolismo e o ambiente interagem assumindo diferentes quadros clínicos, podendo muitas vezes se caracterizar como um problema crônico.

O termo obesidade simples, primária, exógena, ou por ingestão calórica, têm sido empregado para identificar aquela obesidade que não apresenta causas orgânicas em sua etiologia e para diferenciá-la da obesidade endógena, que está associada a distúrbios endócrinos e/ou genéticos. A obesidade exógena corresponde a 95% dos casos de obesidade (Halpern, 1998).

Nas diversas fontes consultadas ligadas à medicina e à psicologia, parece existir uma concordância entre os vários autores em relação aos determinantes da obesidade, que pode ser considerada uma patologia de origem multifatorial. Ao investigar-se os aspectos determinantes da obesidade, pode-se afirmar a existência de uma relação entre vários componentes genéticos, fisiológicos, emocionais, cognitivos, comportamentais e ambientais (Morais, 1991; Muller, 1999; Neistein & Mackenzie, 1996; Saito, 1987; Logue, 1986).

As bases genéticas envolvidas na obesidade aumentam as possibilidades de um indivíduo tornar-se obeso. Em relação aos aspectos fisiológicos, podemos citar a influência da quantidade de células de gordura existentes em cada indivíduo e os aspectos metabólicos. Nos indivíduos obesos, as células de gordura existem em maior número que nos indivíduos de peso normal; mesmo após um período de restrição alimentar, elas podem diminuir em tamanho, mas não em quantidade. O primeiro ano de vida, a adolescência e a gravidez são os períodos nos quais essas células apresentam maior probabilidade de aumento no organismo. As taxas metabólicas também são consideradas importantes porque podem aumentar ou diminuir de acordo com a quantidade de comida ingerida, ou seja, com menos ingestão de comida, as taxas podem diminuir e dificultar a queima de gordura no organismo. Existem ainda algumas evidências de que essas taxas podem ser elevadas através de exercícios físicos. Os fatores ambientais também contribuem através da oferta exagerada de alimentos e da presença de outras pessoas que podem incitar mudanças no comportamento alimentar. Os fatores comportamentais, emocionais e cognitivos interagem e se relacionam com a atividade física, a quantidade de ingestão calórica e os diferentes aspectos da aprendizagem envolvidos no comportamento de se alimentar, tais como, situações geradoras de depressão, ansiedade, raiva, entre outras (Mackenzie & Neinstein, 1996; Kaplan & Sadock, 1984; Halpern & Mancini, 1990; Logue, 1986).

A obesidade, independente da sua intensidade, vem recebendo atenção especial nos dias atuais e vem sendo considerada um grave problema em crescente disseminação. Ela tem sido estudada por diversos autores, principalmente no que se refere às dificuldades de tratamento, insucessos frequentes e falta de manutenção do peso perdido.

A obesidade é um fenômeno que tem alta incidência, independente do país e do nível sócio-econômico. Nos Estados Unidos, conforme foi citado por Halpern (1998), a população de adolescentes apresenta uma das taxas mais crescentes de obesidade do mundo, e, mesmo nos países onde a fome é considerada um problema, em boa parte da população, a obesidade supera a desnutrição como um problema de saúde.

Sarwer e Wadden (1999) também discutem a questão da incidência da obesidade e apontam, em suas pesquisas, que um terço da população americana de

homens e mulheres são considerados obesos. Outros autores também relatam que a prevalência da obesidade em crianças, adolescentes e adultos tem aumentado nas últimas décadas. Atualmente, o problema da obesidade na infância e adolescência afeta uma porção significativa da população americana e deve ser considerado uma questão de saúde importante nessas fases, principalmente devido a grande probabilidade de perpetuação pela vida adulta. Na fase da adolescência também podem ser observados hábitos alimentares inadequados que podem cristalizar-se e agravar o problema da obesidade. Assim, um adolescente obeso tem grandes chances de se tornar um adulto obeso (Jelalian & Saelens, 1999; Neinstein, 1996).

Conforme já afirmava Vogue (1986), a obesidade sempre foi e continua sendo um problema de saúde, porém, quando uma pessoa é definida como obesa, isso não significa, necessariamente, que ela deva apresentar algum outro problema de saúde.

A obesidade pode produzir sérias conseqüências para a saúde, tais como: cardiopatias, diabetes, hipertensão, o que confirma a necessidade de atenção em torno do problema. Pensando-se ainda na relação entre mudanças no peso e suas conseqüências, Craighead e Kirkley (1994) estudaram a relação inversa e relataram que a perda de peso tem demonstrado claramente resultados positivos em relação à tolerância de glicose, diminuição da pressão arterial e dos níveis de colesterol.

Além das diversas conseqüências físicas, são descritas na literatura questões relacionadas às conseqüências sociais e psicológicas que a obesidade pode acarretar.

Para Kawachi (1999), não somente a obesidade ou o sobrepeso relacionam-se aos problemas de saúde física. O simples ganho de peso representa um risco que pode provocar uma redução na qualidade de vida e contribuir para o aparecimento de respostas emocionais inadequadas. Problemas de saúde associados ao ambiente estressante que o indivíduo necessita enfrentar podem favorecer o desenvolvimento de dificuldades psicológicas.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Jelalian e Saelens (1999) apontaram o quanto a obesidade pode afetar negativamente crianças, adolescentes e adultos, aumentando os riscos de dificuldades psicológicas como, por exemplo, distúrbios na auto-imagem e na imagem corporal, além de dificuldades diversas de relacionamento com pares. Apesar disso, tratamentos da obesidade voltados especialmente para

adolescentes ainda não foram tão encontrados na literatura da área quanto aqueles voltados para adultos e crianças.

Muller (1999) apontou a existência de diversas dificuldades comportamentais e emocionais ligadas aos adolescentes obesos, tais como baixa auto-estima, rejeição dos colegas, dificuldades em namorar, solidão, depressão, agressividade e padrões inadequados de relacionamento familiar. Muitos adolescentes obesos que buscam ajuda referem algum tipo de ansiedade ou nervosismo, e, em geral, não conseguem pensar como gostariam de ser ajudados e, em muitos casos, ainda parecem esperar por uma solução mágica.

Um estudo realizado por Stradmeijer et al. (2000) analisou o importante aspecto da percepção dos pais e dos professores em relação a adolescentes obesos. Os resultados sugerem algumas diferenças entre os sexos em relação à auto-imagem, que é baixa nas garotas, mas com níveis normais nos garotos. Em relação a problemas de comportamento, adolescentes obesos de ambos os sexos apresentaram altos índices, segundo o julgamento de pais e professores.

Outro estudo referido por Jelalian e Saelens (1999) reflete a percepção dos pais em relação as crianças obesas através do Child Behavior Checklist (CBCL). Os relatos mostraram que pelo menos metade das crianças que se apresentam para tratamento de perda de peso apresentam elevações em pelo menos uma das escalas referentes a problemas clínicos.

O impacto da obesidade e a sua importância no que se refere aos aspectos comportamentais desde a infância foram relatados por Bell e Morgan (2000). Suas pesquisas apontam que crianças na faixa dos nove anos demonstram uma menor disposição de se engajarem com pares obesos para qualquer tipo de atividade recreacional ou social, e além disso, tendem a demonstrar atitudes mais positivas frente às crianças não obesas, independentemente das informações médicas que tenham a respeito da problemática da obesidade.

Outra dificuldade comportamental, relacionada ao aumento de ingestão alimentar diante de um ambiente desfavorável, foi demonstrada por Schachter, Goldman e Gordon (1968). Foram comparados obesos e não-obesos em situações ambientais ameaçadoras, que produziam medo e desconforto, e os resultados mostraram que os indivíduos obesos comiam mais em tais situações, enquanto que os não-obesos diminuam a ingestão de alimentos.



Pesquisas semelhantes, apontadas por Vogue (1986) no que se refere à exposição de indivíduos obesos e não-obesos à situações de ansiedade, resultaram em um maior consumo de comida para os obesos, contrariamente à reação dos não-obesos, que diminuíram a ingestão de comida na mesma situação.

Quando observa-se esse processo de aprendizagem relacionado à resposta de comer em excesso diante de situações geradoras de medo e ansiedade, pode-se pensar nesse aspecto como algo que dificulta a manutenção do peso após uma dieta ou, até mesmo, o engajamento do indivíduo em um processo de modificação de hábitos alimentares. Sabe-se que é impossível na vida não se deparar com algum tipo de situação estressante e, sendo assim, se não ocorrer a aprendizagem de novas respostas mais adequadas à essas situações, a probabilidade de emissão da resposta aprendida é bastante alta e a probabilidade de manutenção do peso perdido bastante baixa.

Parece adequado pensar que o impacto da obesidade associado ao desenvolvimento psicossocial na adolescência é bastante complexo devido à caracterização dessa fase como um período de muita instabilidade pessoal, social e familiar, além das mudanças físicas decorrentes da transformação do corpo infantil no corpo adulto. É grande a importância do corpo na adolescência porque ele reflete claramente as profundas modificações que ocorrem nesse período, que podem provocar orgulho ou causar vergonha (Esslinger & Kovács, 1999). Diversos estudos apontados por Neinstein (1996) se referem a adolescentes obesos como pessoas deprimidas e ansiosas.

Stice (1998) relatou que ainda se conhece pouco a respeito de dietas durante a adolescência, porque este é considerado um período crítico no qual existe um aumento natural de gordura corpórea, principalmente nas mulheres. Determinadas modificações comportamentais, porém, podem se tornar mais fáceis nessa fase da vida porque a história crônica de dietas ainda não se instalou. Outros autores também relataram em seus resultados de pesquisa que intervenções realizadas com adolescentes demonstraram maior eficácia a longo prazo do que as realizadas com adultos (Jeffery; Epstein; Wilson; Drewnowski; Stunkard; Wing, 2000).

Com relação ao tratamento da obesidade, verifica-se que muitas pessoas buscam tratamentos que promovam um emagrecimento rápido. Independente da idade, tais procedimentos incluem o perigo das drogas moderadoras de apetite, que

podem viciar e causar efeitos colaterais e, na maioria das vezes, não demonstram eficácia a longo prazo porque a pessoa recupera o peso perdido em um curto período (Esslinger, Ingrid & Kovács, 1999). Dados apontados por Halpern (1998) caracterizam o Brasil como um dos campeões mundiais de consumo de drogas para emagrecer e demonstram o exagero e o perigo existente na administração dessas drogas.

A literatura da última década (Jelalian & Saelens, 1999) indica que as pesquisas sobre tratamento da obesidade estão mais voltadas para a discussão da eficácia dos programas de perda de peso em adultos do que para as baixas taxas de manutenção que sucedem tais programas, sinal de que essa etapa ainda é considerada um desafio para os diferentes tipos de tratamento.

Craighead e Kirkley (1994) levantam outro problema ligado às pesquisas na área da obesidade: o interesse dos pesquisadores na discussão dos resultados clínicos em termos de quantidade de peso perdido e porcentagem de diminuição do sobrepeso, deixando de lado outros aspectos que poderiam mostrar-se interessantes de serem analisados. Juntando-se a isso, conforme aponta Logue (1986), existe a questão da desistência de muitos indivíduos que abandonam os tratamentos ou acabam não se disponibilizando a períodos de seguimento mais longos, o que impede avaliações mais conclusivas.

Podem ser encontradas na literatura diversas formas de tratamento para a obesidade tais como: dietas hipocalóricas, exercícios físicos, drogas moderadoras de apetite e até cirurgias para redução do estômago, esta última somente é recomendada a casos de obesidade mórbida. Os exercícios físicos são considerados muito importantes não somente pela queima de calorias que proporcionam, mas por outros efeitos benéficos provocados no organismo, ligados ao aumento da resistência cardiovascular, à melhora do humor e ao aumento das taxas metabólicas que também podem auxiliar no aumento da queima calórica. As restrições calóricas, sejam através de drogas ou não, acabam sendo temporárias, devido à privação excessiva que expõem o indivíduo. Após sua interrupção, o peso perdido é, freqüentemente, recuperado rapidamente. Essa consequência indesejada está ligada aos efeitos da privação excessiva, que acaba provocando um aumento no número de respostas do comer excessivo (Logue, 1986; Mackenzie & Neinstein, 1996).

Além desses tipos de tratamento mais tradicionais, também são encontradas referências a tratamentos em grupos comunitários de auto-ajuda, principalmente os grupos de apoio e suporte, que possibilitam encorajamento, oportunidade de expressão e compartilhamento de sentimentos (Mackenzie & Neinstein, 1996; Barros & Werutsky, 1985).

Os programas comportamentais utilizados para a perda de peso enfatizam diferentes técnicas que atuam diretamente nos comportamentos que levam ao comer em excesso, objetivando um maior controle de estímulos, além disso, fornecem informações médicas e nutricionais e orientações em relação à atividade física. As técnicas propostas na maioria dos tratamentos tem o objetivo de promover no indivíduo mudanças relacionadas a todo um estilo de vida (Mackenzie & Neinstein, 1996; Craighead & Kirkley, 1994). Algumas referências indicam a utilização de técnicas cognitivas como forma de ajudar o cliente a lidar com afetos negativos que podem aumentar a resposta do comer em excesso. Tais estratégias, bastante usadas no trabalho terapêutico com abuso de álcool, parecem ainda não terem sido suficientemente desenvolvidas e validadas em relação ao comportamento alimentar.

Sarwer e Wadden (1999) relatam que os tratamentos recomendados atualmente devem objetivar perdas de peso mais modestas e auxiliar o cliente na manutenção destas perdas. Outro aspecto interessante, levantado pelos autores, relaciona-se aos tratamentos com assistência psicológica, que acabam sendo mais bem sucedidos e demonstram que os clientes com pequenas perdas apresentam uma melhora superior nos aspectos psicológicos do que os clientes com grandes perdas de peso.

O processo de psicoterapia também foi apontado por Ikeda (1978) como tendo um importante papel em programas de perda de peso devido às possibilidades de encorajamento e ao suporte oferecido aos clientes, promovendo várias oportunidades de percepção e expressão dos sentimentos.

É comum encontrar-se dificuldades na adesão a psicoterapia. Esta requer uma participação ativa do cliente, o que faz com que seja necessária grande motivação. Conforme relataram Mackenzie e Neinstein (1996), a psicoterapia é um desafio para qualquer idade, mas adolescentes mais jovens podem ser mais difíceis de serem tratados porque a motivação nestes é menor do que em adolescentes mais velhos.

Têm sido obtidos resultados mais encorajadores em tratamentos comportamentais que empregam técnicas de autocontrole e concentram-se nos comportamentos que podem levar à perda de peso, do que em tratamentos que prescrevem dietas restritivas com altos níveis de privação alimentar (Rimm & Masters, 1983).

O treinamento assertivo, a reestruturação cognitiva, o relaxamento, entre outras técnicas, também ganharam espaço nesses programas de tratamento. No estudo descrito por Foster, Wadden and Vogt (1997), foi destacada a importância de um tratamento cognitivo-comportamental para obtenção de mudanças positivas na auto-estima e na auto-imagem do corpo em indivíduos obesos. Independentemente da quantidade de peso perdido, o tratamento relatado contribuiu para modificações na percepção de si e do corpo. Stuart (1971) também apontou que a diminuição da depressão e da ansiedade podem estar correlacionadas com a perda de peso, assim como o desenvolvimento do autocontrole. Outras técnicas de reforçamento também auxiliaram mudanças comportamentais.

Kerbaui (1988) destacou a importância na modificação dos repertórios pessoais e do ambiente nos programas de tratamento comportamental. Enfatizou que uma habilidade é desenvolvida e mantida em função da interação do indivíduo com o ambiente.

Na revisão de diferentes estudos comportamentais descritos na literatura, o desenvolvimento de habilidades sociais foi encontrado como parte de tratamentos de modificação comportamental geral e/ou autocontrole, principalmente aqueles ligados à dificuldades de relacionamentos com o sexo oposto e depressão, porém, não foi apontado como modelo principal de tratamento para o quadro da obesidade (Sarwer & Wadden, 1999; Kazdin, 1998; Becker et al., 1987; Perri, 1998; Nagler & Androff, 1990).

Uma série de estudos tem documentado que modificação comportamental e atividade física são superiores a outros tratamentos que apresentem somente um enfoque, com, por exemplo, uso de drogas e/ou orientação alimentar (Jelalian & Saelens, 1999; Dow, 1994; Bell & Morgan, 2000).

Sabemos que, para uma melhor análise das situações sociais presentes na vida, o indivíduo necessita conhecer o seu ambiente, analisar as relações de contingência existentes e se comportar de modo que possa obter mudanças. Para o

desenvolvimento desse processo de modificação, as diferentes habilidades sociais apresentam grande importância nas relações interpessoais.

Partindo-se dessa afirmação, não se pode deixar de levar em conta a importância do desenvolvimento de algumas habilidades na área social, que permitiriam ao indivíduo uma melhor análise das situações sociais presentes em sua vida e teriam um papel importante em qualquer tratamento ligado à problemáticas crônicas.

Pode-se afirmar que todos os dados levantados até o momento indicam a influência do ambiente na questão da obesidade, o que mostra a relevância do estudo da relação indivíduo-ambiente, que é a área de atuação do psicólogo.

Devido à pluralidade de fatores envolvidos na problemática da obesidade, destaca-se a importância de tratamentos individualizados e completos que promovam uma modificação de diferentes comportamentos em relação aos hábitos alimentares e à competência social de cada indivíduo. Quando tais modificações são atingidas, essas mudanças podem contribuir não só para a perda de peso e sua manutenção posterior adequada, como também para uma melhora geral na qualidade de vida do cliente.

Verificou-se que é bastante comum a identificação de uma relação existente entre obesidade e problemas psicológicos. Muitas dessas dificuldades psicológicas parecem apontar para uma relação direta ou indireta com o déficit em algumas habilidades sociais que são normalmente adquiridas no decorrer da vida de cada indivíduo. Em decorrência dessa constatação, novos caminhos para o tratamento da obesidade podem ser abertos, incluindo tratamentos que promovam um desenvolvimento dessas habilidades deficitárias.

Na literatura atual existem várias definições, sem um acordo explícito entre elas, sobre o que poderia ser considerado um comportamento socialmente habilidoso, visto que este sempre acaba dependendo de um contexto mutável (Caballo, 1996).

Para alguns autores, o comportamento socialmente habilidoso pode ser definido em termos de sua efetividade em uma situação, podendo-se identificar três tipos básicos de conseqüências:

- Eficácia para conseguir os objetivos da resposta.
- Eficácia para manter ou melhorar a relação com a outra pessoa na interação.

- Eficácia para manter a auto-estima da pessoa socialmente habilidosa (Caballo, 1986).

Ainda segundo este autor, uma série de comportamentos emitidos nas relações interpessoais, separados ou em conjunto, podem ser considerados socialmente habilidosos. Para tal enquadramento os indivíduos devem expressar seus sentimentos, atitudes, desejos, opiniões e/ou direitos, adequando-se ao contexto situacional e respeitando esses mesmos comportamentos nos demais. Em geral, a pessoa resolve os problemas imediatos da situação em questão e/ou diminui a probabilidade de futuros problemas.

Para Falcone (1998), a habilidade social poderia ser considerada um constructo que inclui sensibilidade perceptiva, capacidade empática e reforçadora, capacidade de auto-apresentação positiva, flexibilidade comportamental, assertividade e equilíbrio emocional.

Guarch (1994) afirmou que o desenvolvimento de habilidades sociais, que gerariam a competência social, podem tornar o indivíduo mais adaptado e competente para lidar com circunstâncias sociais gerais. Para esta mesma autora, um indivíduo com alto nível de competência social deveria apresentar habilidades que facilitariam o enfrentamento de várias circunstâncias sociais relacionadas à sua vida pessoal, profissional, afetiva, sexual e social, e o déficit de tais habilidades poderia ser associado ao desenvolvimento de distúrbios de comportamento como depressão, ansiedade, vários tipos de dependências químicas, entre outros. O “comer em excesso”, que geralmente leva a obesidade, parece encontrar-se entre esses distúrbios.

Ainda segundo Guarch (1994), o termo competência social pode ser definido como um constructo que engloba múltiplas facetas relacionadas às qualidades pessoais de um indivíduo e ao seu desempenho nos diferentes papéis sociais, que acaba sendo o resultado de um constructo mais geral de competência pessoal, que também envolve a competência física, a cognitiva e a emocional.

Sendo assim, a competência social como um todo engloba diversos comportamentos adaptativos, tais como: independência, desenvolvimento físico, autocontrole e responsabilidade pessoal. Além destes, também engloba habilidades sociais como: cooperação, iniciativa, assertividade, eficácia na comunicação e resolução de problemas.

A competência social e as habilidades sociais de um indivíduo devem ser encaradas como valores positivos refletidos em comportamentos sociais gerais, os quais capacitam o indivíduo a lidar com circunstâncias sociais específicas, melhorando assim a sua adaptação pessoal e social.

Segundo Dow (1994), pacientes psiquiátricos com elevados índices de competência social, apresentavam necessidade de menos períodos de institucionalização que outros com níveis mais baixos de competência social. Estes resultados confirmam a importância desses comportamentos gerais adaptativos para a superação de dificuldades e para uma melhor adequação social.

A tentativa de descobrir como se constituem tais habilidades sociais conduzem clínicos e pesquisadores em várias direções. Segundo apontam Becker, Heimberg e Bellack (1987), o sucesso e a eficiência na aplicação de técnicas para um adequado desenvolvimento de habilidades sociais depende, em grande parte, de uma adequada avaliação inicial das habilidades presentes no indivíduo. Os autores ainda apontam a existência de importantes diferenças individuais, que devem ser observadas detalhadamente no início de uma avaliação e tratamento.

Pode-se concluir, a partir das diferentes definições apresentadas, que a competência social é uma das qualidades mais importantes para o adequado ajustamento do indivíduo na sociedade. Portanto, ajudar um indivíduo a estabelecer um melhor ajustamento social é uma forma eficaz de prevenir futuros problemas psicopatológicos.

Para se tratar um determinado problema torna-se necessária a identificação das variáveis envolvidas na manutenção deste. Somente a partir da observação e da compreensão dos estímulos ambientais presentes e passados podem ser clarificadas as funções de determinados comportamentos. Para o alcance de tais objetivos, durante o curso de um tratamento psicológico é desejável o envolvimento completo do cliente com o trabalho.

Um dos principais instrumentos que os terapeutas comportamentais utilizam para entender esses determinantes do comportamento é a análise funcional, que busca identificar as variáveis envolvidas no processo de surgimento e manutenção do comportamento sob análise.

Meyer (1997) ressalta que a análise funcional na clínica não é uma tarefa simples porque nem sempre as queixas dos clientes indicam necessariamente os

comportamentos que devem ser alterados. Ainda não existem modelos satisfatórios de como conduzi-la na prática clínica, onde as variáveis não podem ser controladas como no laboratório. Além disso, na clínica, os objetivos do tratamento e as tarefas são feitas em conjunto com o cliente, e uma das maiores dificuldades é a decisão sobre quais comportamentos seriam mais relevantes para o processo de mudança.

Para identificar como as diferentes formas de comportamento estão organizadas e relacionadas ao desenvolvimento de diferentes distúrbios, no caso desse trabalho, o comer em excesso, faz-se necessária uma adequada identificação de alguns itens para cada cliente: classe de comportamento central; antecedentes; contingências, crenças ou regras que provavelmente estão mantendo o comportamento; história de vida do indivíduo, que envolve aspectos associados ao desenvolvimento do comportamento e fatores do ambiente e do organismo que contribuem para a manutenção do problema.

Pensando-se na análise funcional e no tratamento clínico da obesidade, pode-se perceber a existência de diversas variáveis que influenciam o quadro, incluindo os aspectos médicos. Sendo assim, faz-se importante analisar os ambientes interno e externo do cliente, porque quanto mais determinantes forem identificados e alterados, maior as chances de sucesso do tratamento, que incluiria certamente a manutenção desse sucesso. A combinação desses fatores determinantes apresentam-se diferentes para cada caso, fazendo-se necessário descobrir o quanto cada fator contribui para o problema em questão.

Pode-se afirmar que um comportamento-queixa costuma fazer parte de uma classe mais ampla de outros comportamentos. Então, durante o processo terapêutico, ao se procurar identificar classes de comportamento mais amplas, descobre-se que existem diversos comportamentos relacionados, isto é, classes de comportamento que possuem função similar. Da mesma forma, pode-se identificar uma relação de concorrência entre eles, isto é, quando um comportamento é emitido, um outro deixa de ser apresentado, às vezes por uma questão de incompatibilidade entre eles. Muitas vezes, comportamentos inadequados podem estar ocorrendo devido a falta de outros repertórios comportamentais que possam substituir esses inadequados.

A partir dessas constatações pode ser utilizado o procedimento de reforçamento diferencial de comportamentos alternativos. No caso do comer em excesso, a análise funcional deverá indicar qual sua função, ou seja, quais as



conseqüências que mantêm o comer excessivo, e se existem outros comportamentos já presentes no repertório comportamental do indivíduo, ou que precisam ser instalados que possuem função similar, e que não sejam prejudiciais ao indivíduo, como o excesso alimentar. Estes outros comportamentos podem envolver direta ou indiretamente diversas habilidades sociais, que seriam diferencialmente reforçadas. Assim, se a função genérica do comer em demasia é a esquiva de enfrentamento de situações sociais consideradas difíceis pelo cliente, o procedimento derivado dessa análise pode ser o ensino ou fortalecimento de comportamentos que tornem as aproximações sociais em ocasiões agradáveis, ao invés de temidas. Se a principal conseqüência mantenedora da ingestão de muitas calorias é a atenção obtida por parte de familiares, a estratégia de mudança decorrente dessa análise pode ser o fortalecimento de formas diretas de comunicação. Neste caso, o cliente pode passar a solicitar de forma direta a atenção, e não mais de forma indireta, comendo.

Sturmey (1996) apresenta uma análise similar ao afirmar que é bastante complexa a decisão sobre quais os comportamentos que requerem tratamento durante uma terapia porque a maioria dos clientes apresentam múltiplos problemas que apresentam-se, na maioria das vezes, encadeados e relacionados. Portanto, deve-se estar atento à descoberta e ao desenvolvimento de novos comportamentos de reposição mais adequados e importantes para o desenvolvimento de outras respostas concorrentes ao comportamento-problema e que podem favorecer a adaptação ao ambiente.

A relação entre respostas tem sido objeto de estudo de analistas do comportamento. Segundo Craighead, Kazdin e Mahoney (1994), muitos behavioristas acreditam que a alteração de um comportamento problema pode resultar na melhoria de outros aspectos na vida do indivíduo, ou seja, os efeitos benéficos de um tratamento podem se generalizar para outros comportamentos. Muitos estudos citados por estes autores confirmam a extensão dos efeitos benéficos para comportamentos não incluídos originalmente no início de um tratamento.

O uso planejado de uma intervenção comportamental baseada na noção de relação entre respostas foi apresentada por Dow (1994), que discutiu possibilidades de sucesso em um tratamento para a depressão sem direcionar o atendimento para as queixas diretas da depressão. Os clientes passaram por um treinamento em habilidades sociais, que possibilitou uma melhora em comportamentos ligados à

queixa da depressão a partir do desenvolvimento de comportamentos alternativos adequados relacionados a tais habilidades.

De acordo com Sturmey (1996), uma das formas (a mais comum, especialmente na clínica) de fazer uma análise funcional é a de casos individuais. Para esta tarefa, o melhor delineamento de pesquisa é o de estudo de caso.

Silvares e Banaco (2000) defenderam a importância do estudo de caso como sendo mais um método disponível ao clínico-pesquisador para a produção do conhecimento em psicologia que tenta diminuir o hiato entre a pesquisa e a clínica e que pode ser utilizado por qualquer abordagem. Um estudo de caso deve preocupar-se em relatar, fiel e sistematicamente, os procedimentos utilizados com o cliente durante o processo terapêutico, bem como a história de vida e outras informações relevantes para o caso, mantendo-se sempre a preocupação em permitir posteriormente inferências válidas que não sejam ameaçadas pela validade interna e/ou externa.

Kazdin (1998) ressalta a importância do estudo de caso na área da psicologia clínica, sendo este o instrumento de pesquisa que enriquece o entendimento sobre as bases da personalidade e do comportamento do indivíduo devido à sua detalhada descrição individual dos clientes, tarefa que dificilmente pode ser levada a cabo em outras áreas de pesquisa mais experimentais e controladas que possuem um maior potencial de validar e generalizar suas inferências.

Craighead, Kazdin e Mahoney (1994) afirmaram que em pesquisas de estudo de caso, como nesse trabalho, as inferências são geralmente levantadas através dos efeitos da intervenção, comparando diferentes condições apresentadas pelo mesmo sujeito através do tempo. A performance do cliente deve ser observada em diferentes ocasiões, antes do início da intervenção proposta bem como durante todo o processo de tratamento, e, certamente, posteriormente a este, para seguimento dos efeitos e da manutenção nas mudanças obtidas.

Os estudos de caso podem variar quanto ao tipo de dado que é usado como base para se afirmar que uma mudança foi alcançada. Em um extremo existe a informação anedótica a qual inclui relatos pelo cliente e terapeuta de que mudança foi alcançada. No outro extremo, existem estudos de caso que podem incluir informação objetiva tais como as obtidas por inventários de auto relatos, escalas respondidas por outras pessoas que não o cliente e o terapeuta, e medidas diretas do

comportamento, por exemplo por observação e registro de comportamentos que ocorrem durante a sessão de atendimento. Mesmo que medidas objetivas possam ter problemas, tais como os de reatividade e viés de resposta, ainda assim fornecem bases mais sólidas sobre a mudança ocorrida (Kazdin, 1982).

Outra dimensão que pode distinguir estudos de caso entre si é o número e o intervalo entre ocasiões para avaliação levadas por ele a cabo. As ocasiões nas quais informação objetiva foi coletada têm importantes implicações sobre a possibilidade de se extrair inferências acerca dos efeitos da intervenção. As opções principais consistem em coletar informação antes e após o tratamento ou continuamente, ao longo do tratamento. Quando a informação é coletada em uma ou duas ocasiões tem-se dificuldades especiais para explicar as bases para as mudanças. A avaliação continua permite que se examine o padrão dos dados e, se o padrão parece ter sido alterado em algum ponto no qual a intervenção se deu, tem-se mais elementos para extrair inferências (Kazdin, 1982).

Hayes (1981) também enfatiza que a metodologia essencial para o estudo de caso deve envolver medidas repetidas para que se possa estabelecer o grau de variabilidade intra-cliente e a especificação das condições de mudança. Assim, deve permitir a reaplicação e a possibilidade de mudanças durante o tratamento, sempre atendendo às necessidades reais de cada cliente.

A tradição da análise do comportamento aplicada tem feito pesquisa com delineamento experimental de sujeito único com o propósito de demonstrar, dentro de uma mesma história de vida, as alterações provocadas por algumas variáveis mensuráveis e manipuláveis. O delineamento de sujeito único caracteriza-se por tomar medidas repetidas de uma variável quantificável de um caso único (Silvares & Banaco, 2000).

A revisão de literatura sobre obesidade indicou que freqüentemente existe uma relação entre obesidade e variáveis não fisiológicas tais como as emocionais, familiares e sociais. Análises funcionais de problemas clínicos também freqüentemente indicam que comportamentos-problema estão relacionados a outras partes do repertório comportamental do indivíduo, especialmente com ausência de repertórios sociais. Parece ser útil, então, analisar relações entre respostas. Com tal análise seria possível modificar um ou alguns dos comportamentos que estão relacionados e observar mudanças em todos eles. Esta forma de análise e de

intervenção foi utilizada no presente estudo ao invés de tratamentos já testados para a obesidade, que focalizam os comportamentos de dieta e exercício. Isto porque estes tratamentos, apesar de permitirem perda de peso, não garantem que esta não retorne. Pretende-se verificar, com este estudo, se um tratamento que focalize comportamentos relacionados com o comer excessivo, selecionados através de análise funcional, e que não focalize os padrões comportamentais de comer e de exercitar-se, também levaria a redução de peso e uma boa manutenção.

A verificação e a compreensão das diversas relações existentes entre as diferentes mudanças comportamentais e a perda de peso poderá permitir o desenvolvimento de formas de tratamento mais completas e adaptadas a casos semelhantes.

Dessa maneira, o objetivo dessa pesquisa é o de identificar os comportamentos relacionados ao comer excessivo em adolescentes obesos, promover mudanças através do processo terapêutico comportamental e verificar se mudanças nestes comportamentos relacionados são acompanhadas por mudanças de peso.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 Sujeitos

Foram clientes iniciais deste estudo seis adolescentes, dois do sexo masculino e quatro do sexo feminino, que apresentavam sobrepeso ou obesidade, com IMC (Índice de Massa Corpórea) superior a 25. A idade dos clientes variou entre 13 e 19 anos. Dois dos clientes foram triados no ambulatório de adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, três foram encaminhados do ambulatório da Escola Técnica Walter Belian, onde um dos médicos da equipe do Hospital das Clínicas também atuava, e um foi triado no ambulatório de endocrinologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Os clientes selecionados deveriam apresentar, concomitantemente ao sobrepeso ou à obesidade, outras queixas comportamentais, tais como: ansiedade, cefaléia, timidez e/ou dificuldades de relacionamento familiar e social. Um dos critérios de seleção dos clientes era a não realização de nenhum outro tratamento psicológico ou psiquiátrico durante o atendimento, bem como qualquer outro tratamento para a perda de peso.

Para que houvesse possibilidade de análise e comparação das modificações ocorridas, foram considerados para esta análise somente os dois clientes que participaram do tratamento inteiro. Foram excluídos três clientes que desistiram antes da quinta sessão e um que apresentou presença inconstante e abandonou o tratamento, não comparecendo para responder à segunda aplicação do questionário.

*Cliente 1:* C.S.O., sexo feminino, 13 anos e 10 meses no início do tratamento, cursava a sétima série. Morava com o pai, a mãe e três irmãos (com idades de 17, 15 e 12 anos); a renda familiar era de aproximadamente mil reais. Pai e mãe tinham o primeiro grau completo. Somente o pai trabalhava na família e era mecânico autônomo. A cliente apresentava excesso de peso desde que entrou na escola, porém, aumentou de peso a partir do início da adolescência (11 anos). Seu Índice de Massa Corpórea era de 32,1, isto é, obesa.

*Cliente 2:* R.M., sexo masculino, 16 anos e seis meses, cursava a oitava série no início do tratamento. Morava com a mãe, analfabeta e divorciada, e a renda

mensal familiar era de aproximadamente setecentos reais. O cliente nunca havia conhecido o pai e não falava a esse respeito, tratava o tio materno como tal. Tinha um irmão mais velho, casado. O cliente e sua mãe compareceram à primeira entrevista acompanhados do padrinho do cliente. Relatou que sempre foi gordinho, mas que há aproximadamente um ano ganhou mais peso. Seu Índice de Massa Corpórea era de 33,8, isto é, obeso.

## 2.2 Material

Para avaliação dos clientes foram utilizadas escalas, inventários e entrevistas com o objetivo de identificar os níveis de competência social e os comportamentos-problema a serem alterados durante o tratamento. Foi utilizada também uma balança para verificar o peso dos clientes.

Os materiais descritos a seguir foram utilizados para o processo de avaliação dos clientes pré, durante e pós tratamento:

2.2.1)- Questionário de disponibilidade e interesses: Utilizado somente no início para levantamento do interesse e da disponibilidade para o atendimento psicológico e para identificar, de maneira geral, expectativas e preocupações referentes à obesidade e aos possíveis fatores interligados (anexo I).

2.2.2)- Entrevistas semi-estruturadas: Foram realizadas individualmente em duas versões, a primeira com os pais ou familiar responsável e a segunda com cada cliente. Foram elaboradas com o objetivo de obter dados de identificação e sobre história de vida, hábitos alimentares passados e atuais, problemas de saúde, dificuldades emocionais e de relacionamento afetivo e social, auto-imagem, características familiares, conhecimentos que o cliente tinha sobre a doença e formas de tratamento, motivação para a psicoterapia e outras informações gerais (anexo II).

2.2.3)- Youth Self-Report (Achenbach, 1991): O instrumento possui duas partes que são respondidas pelo adolescente. A primeira é a escala de competência e se caracteriza por um conjunto de itens relacionados à prática de esportes, participação em organizações, atividades gerais, relacionamento interpessoal e interesses escolares e gerais. Para essa escala, o adolescente é considerado com problemas clínicos se obtiver um escore menor que 37. A segunda parte é a Escala Total de problemas e é composta de uma medida de adaptação em relação a problemas físicos, emocionais e comportamentais ligados a várias síndromes. As síndromes

dividem-se em três grupos: *internalizantes*, que incluem queixas somáticas, ansiedade e depressão; *externalizantes*, que incluem comportamentos delinquentes e agressivos e um *terceiro grupo* que engloba problemas sociais, pensamentos problemáticos, problemas de atenção e problemas de auto-destrutividade e identidade (este último somente válido para o sexo masculino). Para essa escala, o adolescente é considerado como tendo problemas clínicos (clínico) se obtiver um escore maior que 60.

A competência social traduzida em habilidades individuais pode ser importante na determinação de problemas emocionais e comportamentais e pode ajudar o jovem a lidar com diversas situações relevantes para o seu desenvolvimento adaptativo.

O instrumento foi respondido pelos clientes, antes, durante e depois do tratamento para verificar ocorrência de mudanças, segundo o ponto de vista do adolescente (anexo III).

2.2.4)- Child Behavior Checklist/4-18 (Achenbach, 1991): Corresponde às mesmas medidas citadas anteriormente no Youth Self-Report, porém, segundo o ponto de vista dos pais ou responsável, que devem responder ao questionário. Este procedimento foi utilizado antes, durante e depois do tratamento para verificar mudanças, segundo a percepção dos pais (anexo IV).

2.2.5)- Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE): Desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970), corresponde a uma medida de auto-informe que inclui dois conceitos distintos de ansiedade: *Ansiedade-estado*, que seria considerado um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos, e por um aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. *Ansiedade-traço*, que refere-se às diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, diferenças na tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras, com elevação da intensidade no estado de ansiedade. Ambas as escalas são compostas por 20 afirmações, sendo que na primeira o indivíduo deve responder o que está sentindo naquele momento específico e na segunda deve responder como habitualmente se sente. As respostas são escolhidas de acordo com quatro categorias, desde 1 (absolutamente não) até 4 (muitíssimo). Os escores variam de 20 a 80 pontos, indicando, respectivamente, os limites inferior e superior da

ansiedade. Os escores médios para *ansiedade-estado*, em homens e mulheres, são, respectivamente, 41,29 e 43,64, e para a *ansiedade-traço*, são 40,69 e 45,34. Foram tomadas para este estudo as médias brasileiras de estudantes de segundo grau, que se aproximam mais da amostra. O IDATE foi utilizado nessa pesquisa como medida de níveis de ansiedade antes, durante e depois do tratamento (Anexo V).

2.2.6)- Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) (Davis, 1980): É um questionário de auto-informe que apresenta quatro subescalas que representam o aspecto global da empatia: a de *adoção de perspectiva*, que avalia a tentativa espontânea de ver as coisas do ponto de vista de outras pessoas; a de *preocupação empática*, que avalia sentimentos de compaixão, interesse e preocupação com os outros; a de *fantasia*, que verifica tendências de identificação com personagens e/ou situações fictícias, e a de *mal estar pessoal*, que avalia sentimentos de ansiedade ou desconforto diante de experiências negativas dos outros. O IRI é composto por 28 itens que devem ser respondidos de acordo com cinco categorias, desde 0 (não me descreve muito bem) até 4 (descreve-me muito bem). Os escores médios do índice, para mulheres e homens, são respectivamente, 17,96 e 16,78 para a adoção de perspectiva; 21,67 e 19,04 para a preocupação empática; 12,28 e 9,46 para o mal-estar pessoal e 18,75 e 15,73 para a fantasia.

Sendo a empatia uma das habilidades sociais verificadas e desenvolvidas no tratamento, o IRI foi utilizado antes, durante e depois do tratamento para se avaliar os componentes cognitivos e emocionais de empatia nos clientes (anexo VI).

2.2.7)- Escala de Assertividade de Rathus: Desenvolvida por Rathus, em 1973, corresponde a uma lista de 30 itens que representam uma medida de alguns comportamentos relacionados com situações do cotidiano que podem indicar um comportamento assertivo presente no indivíduo em interações sociais. Esta escala deve ser respondida de acordo com seis categorias de intensidade que vão desde +3 (condiz muitíssimo comigo) a -3 (não condiz nada comigo) e foi utilizada para verificar mudanças pré, durante e pós tratamento. As médias referidas na adaptação brasileira (Pasquali & Gouveia, 1990) não foram utilizadas para este trabalho por causa das modificações realizadas na escala original. Segundo o estudo, a escala apresentou um índice de correlação moderado para teste-reteste ( $r = 0.778$ ). Estudos não publicados (Silva, 1998) indicam que a média geral levantada em alguns estudos



realizados em estudantes e funcionários da Universidade de São Paulo encontra-se próxima de zero (anexo VII).

2.2.8)-Escala de Timidez e Sociabilidade: Corresponde a uma lista de 14 itens desenvolvida por Cheek e Buss (University of Texas at Austin), dos quais os nove primeiros tratam de questões que avaliam aspectos relacionados à timidez. Os cinco itens finais se referem à avaliação da sociabilidade. A escala deve ser respondida de acordo com cinco categorias de intensidade que vão desde 0 (tem tudo a ver comigo) até 4 (não tem nada a ver comigo). Os resultados são obtidos através da somatória dos números assinalados para cada grupo em separado, e, quanto mais baixo o resultado, maior o índice de timidez ou sociabilidade. Não foram encontradas médias referidas em estudos para a população brasileira, mas existem estudos (Silva, 1998) realizados com estudantes e funcionários da Universidade de São Paulo que apontam para médias semelhantes às aquelas encontradas para grupos americanos. As médias americanas para a Escala de Timidez são de 14,8 com desvio-padrão de 5,6 para homens, e média de 14,4 com desvio-padrão de 5,9 para as mulheres. Para a Escala de Sociabilidade a média e desvio-padrão para homens e mulheres são respectivamente 13,2 e 3,4 e 13,9 e 3,4. A escala foi utilizada antes, durante e depois do tratamento (Anexo VIII).

Durante o processo de atendimento psicoterápico foram utilizados diversos materiais, tais como: colchões para o treino de relaxamento, somente com a cliente CSO; filmadora ou gravador para filmar ou gravar as sessões e folhas de papel padronizadas para auto-registro de comportamento e para análise funcional futura.

O auto-registro continha os seguintes itens: data e horário; antecedentes; problema; sensação e sentimentos associados; conseqüências (anexo IX), e foi apresentado ao cliente, como tarefa, para ser preenchido em casa. Esse registro serviu como mais um instrumento de avaliação do desenvolvimento do cliente durante todo o processo de tratamento e, quando não era feito pelo cliente em casa, era completado com a terapeuta no início das sessões. Após as sessões, a terapeuta registrava algumas observações que poderiam ser retomadas na sessão seguinte.

### **2.3 Local**

Os atendimentos foram realizados no Laboratório de Terapia Comportamental do Centro de Atendimento Psicológico do Instituto de Psicologia da

Universidade de São Paulo. A sala possui uma câmara VHS para filmagem, mesa redonda e cadeiras. Ao lado, existe uma sala de monitoração com televisores e vídeo cassetes.

#### **2.4 Aprovação por comitê de ética**

O projeto inicial foi submetido e aprovado pelo comitê de ética do Ambulatório de Adolescentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Não foi fornecido relatório escrito porque o local de estudo foi transferido para o Centro de Atendimento Psicológico do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

#### **2.5 Procedimento**

Foi realizado pela pesquisadora um levantamento de interesse e disponibilidade dos clientes potenciais que eram atendidos para acompanhamento médico geral no ambulatório de adolescentes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Responderam ao questionário de disponibilidade nove adolescentes obesos que mantiveram um breve contato com a pesquisadora. Outros 15 adolescentes foram informados pelos médicos sobre o trabalho a ser realizado, porém, não demonstraram interesse ou disponibilidade de tempo para o tratamento psicológico oferecido. Os principais motivos referidos para a impossibilidade de vir semanalmente eram relacionados a dificuldades financeiras e a falta de tempo livre, pois muitos trabalhavam e estudavam e/ou moravam em bairros distantes.

Alguns adolescentes que já participavam de outros atendimentos psicológico ou psiquiátrico, bem como os que estavam sendo tratados com moderadores de apetite, foram rejeitados para o estudo por não se enquadrarem nos critérios de seleção.

Como os clientes triados no ambulatório de adolescentes não foram suficientes, foram aceitos clientes encaminhados pelos mesmos médicos, provenientes de outros locais onde trabalhavam.

Os clientes foram escolhidos por ordem de inscrição e em função de sua disponibilidade de horário. Foram selecionados inicialmente seis clientes, dois provenientes do ambulatório de adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das

Clínicas, três provenientes da Escola Técnica Walter Belian, e um do ambulatório de endocrinologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os clientes foram avisados que o tratamento tinha uma duração prevista de aproximadamente seis meses, e que os atendimentos aconteceriam no Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Os clientes selecionados foram chamados para esclarecimentos sobre o trabalho a ser desenvolvido e para uma entrevista semi-estruturada inicial, na qual compareceram acompanhados dos pais ou responsável. Foi fornecida aos clientes uma declaração escrita sob a forma de um consentimento informado, com esclarecimentos sobre a pesquisa, o sigilo do trabalho e a necessidade de comprometimento do cliente com o programa (anexo X). Esta declaração foi assinada pelo adolescente e pelo responsável, a fim de que se registrasse o consentimento para a realização do presente trabalho. Primeiramente foi feita uma entrevista com os pais ou responsável, sem a presença do adolescente. Após esta, realizou-se a entrevista com o adolescente, sem a presença dos pais.

Após o término das entrevistas foram aplicadas as escalas e inventários descritos anteriormente, em seguida, tanto o cliente como o responsável, foram avisados de que responderiam novamente aos mesmos questionários em um outro momento do tratamento. A cliente CSO e a mãe responderam três vezes aos questionários, antes, durante e ao término, devido à duração mais longa do tratamento. O cliente RM e a mãe responderam duas vezes aos questionários, no início e no final do tratamento devido ao curto período de tempo da psicoterapia. Foi explicado, ao cliente e aos familiares, que tal material tinha como função favorecer a compreensão de alguns aspectos relacionados aos sentimentos, interesses, comportamentos e interações sociais e familiares, tanto do cliente como do responsável.

Com a conclusão das atividades mencionadas acima, o cliente foi avisado sobre a data e o local de início do tratamento. Todos os clientes selecionados foram atendidos no Laboratório de Terapia Comportamental do Centro de Atendimento Psicológico do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em sessões semanais de 50 minutos de duração. O tratamento psicológico realizado baseou-se em objetivos e diretrizes gerais semelhantes para todos os clientes da pesquisa, porém, cada um participou, juntamente com a terapeuta, na elaboração dos objetivos

específicos, identificando as mudanças de comportamento que eram almejadas. Todos os clientes também foram informados, na entrevista inicial, de que o tratamento não enfocaria diretamente a queixa da obesidade e de que não seriam dadas orientações em relação a este problema.

### **2.5.1 Intervenção Comportamental**

As sessões de atendimento foram filmadas ou gravadas em fita-cassete, quando não foi possível a filmagem, fato que ocorreu somente em duas sessões (uma com o sujeito R.M e outra com C.S.O.). A intervenção psicológica variou com cada cliente quanto ao tempo de duração. Dos sujeitos que permaneceram, R.M. realizou 16 sessões, incluindo duas de seguimento e C.S.O. realizou 40 sessões.

Na entrevista inicial, os clientes foram pesados e avisados da ocorrência deste procedimento em todas as sessões. A pesagem era realizada após o término de cada sessão, mas não era acompanhada de nenhum tipo de comentário positivo ou negativo da pesquisadora.

A postura da terapeuta com os clientes durante os atendimentos caracterizou-se por algumas classes de comportamentos básicos:

- Firmeza, afetuosidade, atenção, acolhimento e diretividade nas colocações, sempre que necessário.
- Flexibilidade de conduta, quando necessário, para cada caso.
- Disponibilidade para atendimento dos clientes por telefone, durante outros dias da semana, caso apresentassem alguma necessidade muito urgente.
- Clareza com relação à implementação do tratamento para ambos, cliente e terapeuta.

Em relação aos procedimentos terapêuticos durante o tratamento psicológico, foi mantida uma estratégia semi-estruturada de atendimento, propondo-se em alguns momentos, temas, atividades gráficas e lúdicas e discussões relativas à problemática discutida no momento da sessão. Os objetivos e tarefas foram semelhantes nas primeiras sessões para todos os casos atendidos, com pequenas variações e adaptações. Foram utilizadas técnicas gráficas e de fantasia para auxiliar no desenvolvimento da relação terapêutica inicial. Este aspecto demonstrou-se muito importante para o conhecimento gradual de cada cliente, sua maneira de comportar-se e para o planejamento do trabalho a ser realizado, pois, como sabemos, a relação

terapêutica possui um caráter preditor de bons resultados no tratamento (Meyer & Vermes, 2000). Os procedimentos acrescentados nas sessões seguintes foram adequados à problemática e ao progresso de cada cliente e foram descritos detalhadamente nas categorias de comportamentos da terapeuta.

A ocasião de aplicação dos diferentes procedimentos comportamentais foi decidido pela terapeuta de acordo com o momento da relação terapêutica estabelecida e com o desenvolvimento de cada cliente no tratamento.

Outro aspecto que direcionou a decisão da terapeuta por determinados procedimentos comportamentais foi a análise funcional de cada situação apresentada pelo cliente em diferentes momentos do tratamento. O cliente foi treinado na observação, no entendimento e na verificação de possíveis mudanças nas relações estabelecidas entre as suas respostas e as variáveis do ambiente. A partir desse trabalho de análise funcional foi possível a experimentação de novos modos de conduta e a modificação das queixas iniciais.

Durante as sessões, também foram criadas algumas situações-problema específicas citadas por Caballo (1996), as quais auxiliaram o cliente na análise do próprio comportamento relacionado às diferentes habilidades sociais e no desenvolvimento da capacidade de percepção de si e do outro:

1. Iniciar e manter conversações.
2. Falar em público.
3. Expressar amor, agrado e afeto.
4. Defender os próprios direitos.
5. Pedir favores.
6. Recusar pedidos.
7. Fazer obrigações.
8. Aceitar elogios.
9. Expressar opiniões pessoais, inclusive discordantes.
10. Expressar incômodo, desagrado ou enfado.
11. Desculpar-se ou admitir ignorância.
12. Pedir mudanças no comportamento do outro.
13. Enfrentar críticas.

Para essas e outras situações que foram discutidas nos atendimentos, o objetivo foi o de facilitar a identificação e a expressão de sentimentos relativos aos diferentes aspectos emocionais e/ou comportamentais nos relacionamentos interpessoais, que algumas vezes poderiam estar associados à problemática da obesidade. O procedimento básico foi de identificar, com a ajuda do cliente, as áreas específicas nas quais ele apresentava dificuldades comportamentais, obtendo-se vários exemplos de diferentes situações comportamentais vivenciadas, o que facilitou em todos os momentos a escolha das diferentes classes de comportamento indesejáveis a serem compreendidas e modificadas.

Para facilitar a lembrança e a compreensão das dificuldades comportamentais ocorridas na semana do cliente, foram utilizados os auto-registros de comportamento, a partir dos quais o cliente e a terapeuta analisavam funcionalmente as situações descritas e buscavam fazer associações entre as dificuldades apresentadas. Estes registros forneceram à terapeuta uma visão do processo de desenvolvimento e evolução do cliente ao longo do tratamento psicológico, porém, devido ao não preenchimento ou preenchimento incorreto, mostraram-se úteis somente em alguns momentos, principalmente para verificar a ocorrência e a funcionalidade das diferentes queixas apresentadas.

Também foi feito um treino de relaxamento com o objetivo de auxiliar o cliente na redução da ansiedade em situações sociais problemáticas, porém, esta técnica somente foi utilizada com a cliente C.S.O., por julgar-se necessária. Durante os atendimentos, também foram discutidas com o cliente algumas respostas incompatíveis com o ato de comer em excesso (analisando-se cada caso individualmente), porém, não foram dadas orientações explícitas sobre técnicas de modificação de hábitos alimentares. Foram utilizadas somente perguntas, questionamentos e verificações com o cliente, para que ele pudesse encontrar formas alternativas para o desenvolvimento do próprio autocontrole.

Durante o tratamento, a pesquisadora observou e registrou todas as sessões de cada cliente através da observação dos vídeos, e, a partir desses dados observados, foi feito um trabalho que visava a possibilidade de uma análise qualitativa mais detalhada do processo de cada cliente. Foram criadas categorias de análise de comportamentos para o cliente e para o terapeuta. Julgou-se necessária a criação destas categorias para analisar o processo de cada cliente durante e depois do

tratamento. As escalas e inventários utilizados mostraram-se importantes para uma análise quantitativa, que permitiu a análise anterior e posterior ao tratamento, porém, não possibilitaram uma avaliação contínua de cada cliente. Sendo assim, o processo de avaliação das mudanças obtidas em cada cliente foi múltiplo, complementando-se entre si na análise total dos dados. Com isso foi seguido o preceito metodológico mais apropriado à situação de pesquisa em clínica, que é a de obter medidas múltiplas para cada comportamento-problema, já que não existe uma medida verdadeira do problema do cliente. Foi seguido também o preceito de delineamento experimental de sujeito único, ao se tomar a mesma medida, através das categorias comportamentais, repetidamente, a cada sessão. Com isso a terapeuta pode ter uma informação mais imediata dos resultados, permitindo decisões sobre alteração ou manutenção das estratégias de tratamento. Além disso, variabilidade nos dados puderam ser exploradas para tentar identificar os fatores (variáveis independentes) que contribuíam para os problemas do cliente (variáveis dependentes).

As diferentes categorias criadas para os dois clientes que permaneceram no tratamento são descritas a seguir e foram subdivididas em dois blocos, *categorias desejáveis* e *categorias indesejáveis*. Para os dois casos analisados, as categorias foram atribuídas em relação aos comportamentos desejáveis ou indesejáveis, de acordo com a sua funcionalidade em cada caso. Algumas foram utilizadas somente para um cliente, mas a grande maioria serviu para ambos.

## 2.5.2 Categorias para o Cliente

### 2.5.2.1 Indesejáveis

1. **Ansiedade:** Sudorese, estalar de dedos, movimentação, e/ou gesticulação repetida de partes do corpo durante a sessão.
2. **Dependência da mãe:** Relato de fatos indicativos de dependência, tais como busca de auxílio em tarefas cotidianas, atenção e companhia frequente da mãe.
3. **Esquiva/Isolamento com colegas:** Relato de que não busca ou evita contato com pares, pouca interação na escola ou em outros locais.
4. **Inassertividade com colegas:** Referência à aceitação de imposições de colegas sem expressão de sentimentos de desgosto ou discordância.

- 5. Inassertividade com mãe:** Referência a aceitação de imposições da mãe, sem expressão de sentimentos de desgosto ou discordância.
- 6. Competitividade:** Relato de comportamentos indicativos de competitividade, tais como comparações, julgamento, competições.
- 7. Inflexibilidade:** Relato de comportamentos indicativos de autoritarismo e inflexibilidade, como não avaliação ou não aceitação de necessidades alheias como diferentes das suas próprias e recusa em aceitação de liderança.
- 8. Justificativas:** Uso de justificativas para explicação de suas opções de comportamento.
- 9. Cognitiones pessimistas:** Identificação apenas dos aspectos negativos durante o relato de acontecimentos e/ou indicações de desencorajamento.
- 10. Brigas familiares:** Relato de ocorrência de discussões entre os pais e/ou possibilidades de separação conjugal.
- 11. Eventos aversivos:** Relato de ocorrência de situações consideradas aversivas, contingentes ou não a comportamentos.

#### **2.5.2.2 Desejáveis**

- 1. Espontaneidade no relato:** Relato de eventos de forma fluente.
- 2. Aproximação de colegas:** Relato de interação com pares.
- 3. Atividade física:** Relato de realização de atividade física durante a semana.
- 4. Tarefa escrita:** Entrega de tarefa escrita solicitada na sessão anterior.
- 5. Análise do próprio comportamento:** Identificação de relações entre suas emoções, pensamentos, comportamentos, bem como conseqüências destes para si e para os outros.
- 6. Identificação dos próprios sentimentos:** Identificação e nomeação de sentimentos e emoções durante o relato de situações vivenciadas.
- 7. Identificação dos sentimentos dos outros:** Demonstração de interesse pelo sentimento do outro e percepção de serem diferentes dos seus.
- 8. Expressão adequada de sentimentos:** Expressão de sentimentos positivos e negativos de forma clara e objetiva, durante a sessão e/ou em situações relatadas.
- 9. Identificação de qualidades em si mesmo:** Verbalização sobre aspectos positivos em si mesmo, espontaneamente ou após apontamento do terapeuta.



**10. Relaxamento:** Ocorrência de treino de relaxamento na sessão ou referência à sua realização em casa.

**11. Comportamento concorrente ao comer:** Relato de apresentação de outros comportamentos nas ocasiões identificadas como de alta probabilidade do “comer exagerado”.

**12. Emoção ao falar de si:** Comportamentos verbais e gestuais, tais como tom de voz e postura corporal congruentes com os relatos de emoções.

**13. Enfrentamento:** Relato de participação em eventos acadêmicos e/ou sociais considerados difíceis.

**14. Iniciativas:** Relato de iniciativa para resolução de dificuldades cotidianas, levando em consideração seus sentimentos e desejos.

**15. Eventos agradáveis:** Relato de ocorrência de situações consideradas prazerosas e/ou satisfatórias, contingentes ou não a comportamentos.

Através da mesma observação das sessões, foram criadas também categorias de comportamento relacionadas aos comportamentos e/ou procedimentos da terapeuta durante as sessões, que foram utilizadas para a análise conjunta com as categorias do cliente. Estas categorias foram as mesmas para os dois clientes.

### 2.5.3 Categorias para o terapeuta

**1. Empatia:** Sumarizações do relato do cliente, comportamentos verbais, gestuais e/ou uso de humor do terapeuta que indicam compreensão e acolhimento.

**2. Ênfase nos objetivos:** Terapeuta verbaliza sobre objetivos do tratamento e/ou suas relações com eventos relatados.

**3. Investigação:** Terapeuta solicita informações sobre eventos ocorridos, ações do cliente e fontes reforçadoras atuais e/ou passadas.

**4. Questionamento:** Terapeuta pergunta, questiona e discute sentimentos, pensamentos, crenças do cliente e/ou estabelece relações entre fatos relatados e variáveis comportamentais atuantes.

**5. Técnicas gráficas e imaginárias:** Terapeuta propõe atividades de desenhos, colagens e/ou histórias.

**6. Encenação:** Terapeuta propõe dramatização de situações reais ou imaginárias.

**7. Interpretação:** Terapeuta faz inferências sobre sentimentos, padrões de resposta e relações funcionais do comportamento do cliente ou de outras pessoas.

**8. Confrontação:** Terapeuta expõe percepções diferentes diante de eventos relatados.

**9. Aprovação:** Terapeuta demonstra confirmação, aprovação, olhares, elogios aos comportamentos considerados desejáveis do cliente.

**10. Orientação/Aconselhamento:** Terapeuta dá indicações e modelos ou sugere alternativas de comportamento para reflexão e/ou ação do cliente.

**11. Silêncio:** Terapeuta e cliente não verbalizam durante pelo menos 15 segundos.

Todas as sessões filmadas e/ou gravadas foram assistidas pela pesquisadora e as categorias foram anotadas conforme a sua ocorrência em cada sessão. Uma categoria não excluiu a outra porque poderiam ser abordados e observados vários temas e classes de comportamento durante a mesma sessão. Cada uma delas foi assinalada somente uma vez em cada sessão. Foram feitas observações dos vídeos de algumas sessões dos dois clientes por dois estudantes de pós-graduação para avaliação da concordância em relação à ocorrência das categorias em cada sessão.

Para a cliente 1 foram observadas cinco sessões e para o cliente 2 quatro sessões, que foram escolhidas ao acaso. A média de concordância para a cliente 1 em relação às categorias do terapeuta foi de 89% e para as categorias do cliente foi de 91%. A média de concordância para o cliente 2 em relação às categorias do terapeuta foi de 73% e para as categorias do cliente foi de 79%.

No final do tratamento, para os dois clientes, foram reaplicados os instrumentos iniciais de avaliação e foi realizada uma última entrevista com a mãe para avaliar as modificações das queixas iniciais. Também foi feita, na última sessão, uma avaliação do tratamento por parte do cliente. Após o final do tratamento psicológico proposto, o cliente RM manteve um seguimento mensal e retornará após dois meses. Para a cliente CSO foi marcado um próximo retorno em três semanas. Esses retornos serão úteis para acompanhamento da evolução do cliente, aprovação por parte da terapeuta das mudanças adquiridas e mantidas e observação dos resultados a longo prazo.

### **3. RESULTADOS**

Verificou-se através das entrevistas com os clientes e as famílias que todos consideravam importante o emagrecimento e a diminuição de outras queixas comportamentais.

Todos os adolescentes relataram desconforto em relação ao peso atual e decidiram participar do projeto para tentar conseguir uma redução no peso e resolver suas dificuldades comportamentais.

Todos apresentaram Índice de Massa Corpórea entre 30 e 35, sendo considerados obesos, e, em todos os casos, confirmou-se um histórico de obesidade com pelo menos um outro membro da família.

Os resultados a seguir foram descritos individualmente para cada um dos dois clientes com atendimento completo.

#### **3.1 Cliente 1**

##### **3.1.1 Análise das Entrevistas**

A cliente C.S.O. referiu, durante a entrevista, preocupações em relação ao peso, principalmente devido às doenças físicas que se associam à obesidade. Pai e mãe eram obesos e os irmãos eram magros.

Afirmou que as pessoas engordam devido ao “vício” de comer muito e ao nervosismo. Demonstrou alguns conhecimentos sobre dietas, que foram adquiridos com as orientações da nutricionista do Hospital das Clínicas, e eram relacionados à adequação de alimentos e refeições. Não as seguia porque considerava difícil.

Praticava pouca atividade física (esporadicamente na escola durante a aula de educação física) e não gostava de caminhar. Nunca havia feito dieta.

A cliente associava seus episódios de comer exagerado com o nervosismo, que acreditava ser causado, na maioria das vezes, pelas discussões com pai, irmãos ou colegas, principalmente quando estes discordavam dela. As situações que a deixavam mais nervosa eram provas escolares, discussões dos pais e recriminações das pessoas em geral referentes ao problema da obesidade.

A mãe mostrou-se bastante preocupada em relação ao problema da obesidade e suas conseqüências para a saúde e também citou preocupações relacionadas a situações aversivas que CSO poderia enfrentar nos relacionamentos sociais devido aos comentários negativos e gozações referentes ao fato de ser obesa. Disse que a cliente quase não saía de casa e que ela (a mãe) não gostava que ela saísse sozinha. Sempre que possível, a acompanhava. Referiu que C.S.O era muito “fechada”, com poucas amigas e muito agarrada a ela. As pessoas com quem se relacionava melhor eram a mãe e a irmã mais nova.

A cliente considerava como sua maior dificuldade comportamental o seu jeito de ser “mandona” e o fato de gostar das coisas muito “certinhas”. Referiu ter poucas amigas e quase não sair de casa para passear. Nunca teve namorado e nunca havia “ficado”.

Os objetivos listados pela cliente na primeira sessão de terapia para o tratamento foram:

- Ter um espaço para falar e expressar coisas que sentia e que achava que não falaria em outro lugar.
- Compreender melhor os motivos da sua ingestão exagerada de alimentos.
- Conseguir fazer mais amigos.
- Deixar de ser tão “mandona”.

Os dados das entrevistas, juntamente com outras observações e relatos da cliente obtidos nas sessões iniciais, proporcionaram a identificação de relações adicionais existentes entre eventos, sendo realizada uma análise funcional do caso, que mostrou-se um instrumento importante para o atendimento da cliente e para a pesquisadora. Esta análise funcional identificou classes de comportamentos centrais, isto é, as mais abrangentes e significativas para o caso, sua provável aquisição e os prováveis eventos ambientais presentes mantendo os comportamentos. Estas variáveis relevantes foram apenas apresentadas como hipóteses, por não se tratar de um estudo experimental com controle de variáveis.

Classes de comportamentos centrais:

- Comer em excesso.
- Isolamento e dificuldade de relacionamento social.

- Dificuldades na expressão de sentimentos nos ambientes familiar e social.
- Dependência excessiva da mãe (a cliente não sai de casa sozinha; conta tudo que acontece para a mãe e pede ajuda a todo momento para atividades básicas diárias como, por exemplo, pentear o cabelo) .
- “Nervosismo” (gritava ou era agressiva quando as coisas não aconteciam do jeito que desejava).

#### Hipóteses de aquisição:

- Falta de repertório relacionado às diferentes habilidades sociais que favoreceria uma melhor interação social e familiar.
- Reforçamento contínuo e único da mãe para todos os comportamentos de dependência apresentados (o pai é uma pessoa ausente no ambiente familiar, somente a mãe a acompanha a todos os lugares, compra comidas especiais para ela, penteia seu cabelo, escolhe suas roupas).
- Falta de incentivo e até mesmo controle familiar excessivo (a mãe não permitia que ela saísse sozinha de casa) que impedia a cliente de aproximar-se de outras pessoas.
- Ausência de outras fontes de reforçamento social (lazer).
- Situações aversivas vivenciadas anteriormente, com pares e/ou com outros familiares (Afastamento dos colegas da escola devido ao seu comportamento “mandão” e gozações das irmãs e dos colegas no que se refere ao seu peso, além de apelidos pejorativos).

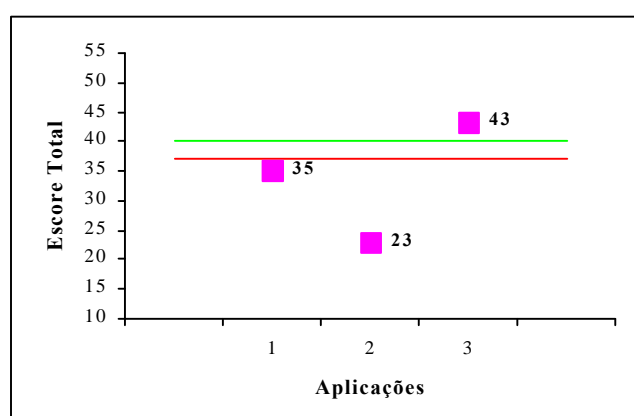
#### Hipóteses de manutenção:

- Ganhos obtidos através da obesidade, principalmente os relacionados à atenção diferenciada da mãe em relação ao problema da obesidade (acompanhava CSO em todos os atendimentos, os psicológicos na USP e no Hospital das Clínicas) e em relação a outros comportamentos de dependência já citados.
- Controle excessivo da mãe, que não incentivava a cliente a ter iniciativas e tentava protegê-la dos outros o tempo todo.

- Cognitiones distorcidas da realidade (cliente sempre apresentava uma visão pessimista das coisas, dificilmente conseguia observar aspectos positivos nas relações sociais e/ou escolares).
- Vida sedentária.
- Hábitos alimentares familiares inadequados (família tinha o hábito de comer sempre pizza e/ou sanduíches no lugar das refeições e não tinha horários estabelecidos para refeições).

### 3.1.2. Análise das Escalas e Inventários

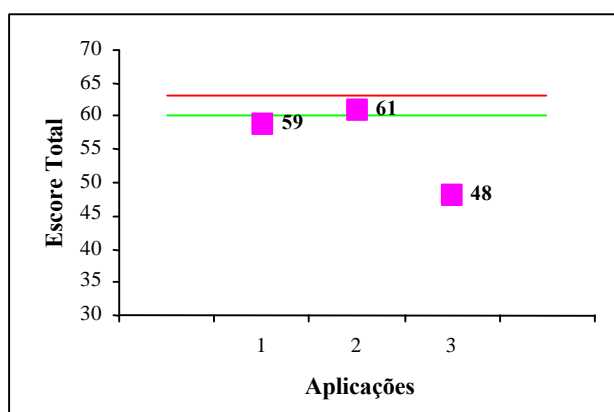
A seguir estão descritos os dados obtidos através das diversas escalas, inventários e questionários utilizados no estudo. Nas Figuras 1 a 4 a linha verde representa o limite entre a faixa considerada a de normalidade e a área limítrofe; a linha vermelha representa o limite entre a faixa considerada como de problemas clínicos e a área limítrofe.



**Figura 1:** Comparação dos Escores do YSR para Competência Social Total antes, durante e depois do tratamento.

Conforme observa-se na Figura 1, o escore em relação à Competência Social Total variou entre as três aplicações, de 35 antes do tratamento, para 23 durante o tratamento, após a 30<sup>a</sup> sessão, e passou a 43 no final do tratamento, após a 40<sup>a</sup> sessão. Nas duas primeiras aplicações a cliente apresentou escores que a colocavam na faixa clínica (< 37), considerada como a de distúrbio para a área da competência social e houve uma pequena piora durante o período da segunda aplicação. Já na terceira

aplicação pode ser observado um aumento no escore, demonstrando um ganho nessa área e colocando a cliente na faixa da normalidade ( $> 40$ ).



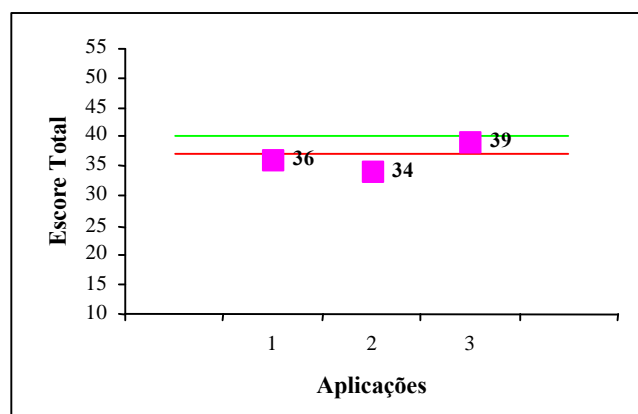
**Figura 2:** Comparação dos Escores do YSR para Distúrbio Total antes e durante e depois do tratamento.

Conforme observa-se na Figura 2, os escores para o Distúrbio Total apresentaram uma pequena variação da primeira para a segunda aplicação. O valor passou de 59, considerado normal, apesar de muito próximo da área limítrofe, para 61 na segunda aplicação, dentro da área limítrofe (entre 60 e 63). Para a terceira aplicação o escore diminuiu para 48, colocando a cliente na faixa da normalidade ( $< 60$ ) e indicando melhora em relação ao distúrbio total.

Dentro da análise do distúrbio total, o Total de Internalizantes era de 56 no início, considerado normal, passou a 61, que se encontrava na área limítrofe (entre 60 e 63), e, no final do tratamento diminuiu para 45, considerado dentro da faixa de normalidade ( $< 60$ ). O aumento para os internalizantes ocorridos durante o tratamento foram relacionados aos comportamentos de isolamento e ansiedade/depressão, demonstrando a ocorrência de problemas nessa área durante o período da segunda aplicação. No final do tratamento a cliente não estava apresentando distúrbios nessa área, segundo seus escores, fato também observado durante as sessões e registrado em categorias comportamentais. Apesar da recomendação do autor para que tais índices não sejam utilizados separadamente para fins de pesquisa, devido a sua alta probabilidade de variação, essas mudanças se mostraram importantes para uma discussão futura com outros dados. O Total de Externalizantes não apresentou variação nas duas primeiras aplicações, mantendo o escore de 61, que é considerado limítrofe, sendo que para esta cliente a frequência de

comportamentos agressivos era alta. Na terceira aplicação o escore passou a 51, também demonstrando melhora nessa área e colocando a cliente na faixa da normalidade.

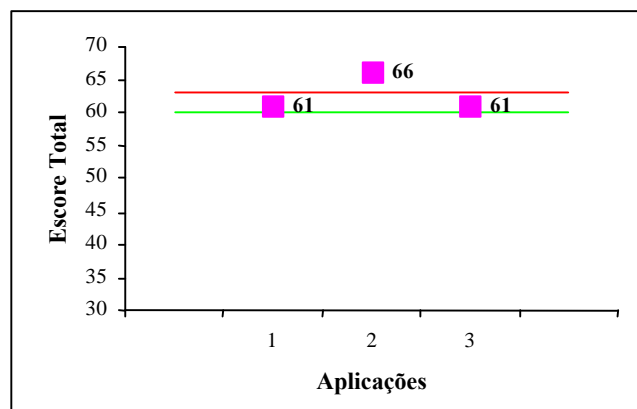
O modo de comportar-se agressivamente pode ser verificado também através dos relatos da cliente durante algumas sessões no decorrer da terapia e confirmado pela tendência de seus resultados para a escala de assertividade, que serão apresentados adiante. No final do tratamento ficou clara a sua melhora nesse aspecto através de relatos e da própria observação do comportamento da cliente durante a sessão.



**Figura 3:** Comparação dos Escores do CBCL para Competência Social Total antes, durante e depois do tratamento.

Conforme observa-se na Figura 3, a avaliação do comportamento da cliente pela mãe, diferentemente da avaliação da filha, não indicou grandes mudanças nas três aplicações em relação à Competência Social Total. Os escores passaram de 36 para 34, que colocavam a cliente na área clínica ( $< 37$ ), indicando dificuldades na área da competência social total, segundo a opinião da mãe. Porém, ao final do tratamento, o escore de 39 colocou a cliente na faixa limítrofe, que pode ter significado uma pequena mudança positiva na percepção da mãe nessa área.





**Figura 4:** Comparação dos Escores do CBCL para Distúrbio Total antes, durante e depois do tratamento.

Conforme observa-se na Figura 4, a avaliação do comportamento da cliente pela mãe em relação ao Distúrbio Total apresentou variações nos escores, variando de 61, área limítrofe (entre 60 e 63), para 66 durante a segunda aplicação, colocando-a na área clínica ( $> 63$ ) e indicando aumento nos distúrbios comportamentais totais durante esta etapa de tratamento, segundo a opinião da mãe. Na terceira aplicação, os escores voltaram para 61, colocando novamente a cliente na área limítrofe.

O Total de Internalizantes apresentou aumento significativo nos escores, de 65 passou a 73, ambos dentro da área clínica ( $> 63$ ), no início e durante o tratamento. Já na terceira aplicação, ao final do tratamento, os escores foram de 63, mostrando uma queda, mas permanecendo ainda na área limítrofe. Estes escores indicaram ainda a existência de alguns problemas nessa área, ligados a comportamentos de isolamento, queixas somáticas e ansiedade/depressão, segundo a mãe. O Total de Externalizantes apresentou escores de 54, 58 e 58 nas três aplicações, encontrando-se dentro da faixa de normalidade ( $< 60$ ).

**Tabela 1. Escores do IDATE antes, durante e depois do tratamento**

	Ansiedade-Estado	Média	D.P.	AnsiedadeTraço	Média	D.P.
<b>Antes</b>	40	43,64	10,02	39	45,34	9,88
<b>Durante</b>	45	43,64	10,02	55	45,34	9,88
<b>Depois</b>	29	43,64	10,02	37	45,34	9,88

Os escores iniciais da cliente no Inventário de Ansiedade Traço-Estado foram respectivamente 40 e 39, para a ansiedade estado e a ansiedade traço, ambos encontrando-se muito próximos dos escores médios. Na reaplicação feita durante o tratamento, na trigésima sessão, os escores para a ansiedade-estado mostraram uma pequena elevação, continuando, porém, ainda muito próximos da média. Os da ansiedade-traço aumentaram bastante, passando a 55, acima da média, mostrando que a ansiedade estava presente na sua vida naquela etapa do processo terapêutico quando se deu a aplicação. Na terceira aplicação, no final do tratamento, ambos os escores diminuíram bastante, 29 e 37, respectivamente, para ansiedade-estado e ansiedade-traço, voltando aos índices de normalidade e apontando para o quanto a cliente mostrava-se à vontade, naquele momento, com a terapeuta.

**Tabela 2. Escores do IRI antes, durante e depois do tratamento**

Índice de Reatividade	Antes	Durante	Depois	Média
Fantasia	15	11	14	18,75
Adoção de perspectiva	15	10	15	17,96
Preocupação Empática	21	19	21	21,67
Mal Estar Pessoal	13	12	17	12,28

No Índice de Reatividade Interpessoal a cliente obteve os escores 15 para a escala de fantasia, 15 para a de adoção de perspectiva, 21 para a de preocupação empática, e 13 para a de mal estar pessoal antes do tratamento.

Em relação à preocupação empática apresentou resultados muito próximos da média antes, durante e depois do tratamento, demonstrando que conseguia apresentar sentimentos de calor e compaixão. Para o mal estar pessoal houve um aumento nos escores, superando a média, o que demonstra que a cliente desenvolveu bastante a capacidade de experimentar sentimentos de desconforto e ansiedade diante da experiência negativa dos outros, o que pode ser considerado um dos aspectos positivos relacionados à empatia. Para a adoção de perspectiva e fantasia ocorreu uma pequena diminuição nos índices durante o tratamento, indicando que a cliente poderia estar apresentando dificuldades, neste período, em ver as coisas a partir do ponto de vista do outro e de se identificar com as pessoas em situações fictícias. No

final do tratamento, os escores apresentaram índices muito próximos aos do início, não demonstrando mudanças nessa área.

**Tabela 3. Escores de outras escalas antes, durante e depois do tratamento**

	Antes	Durante	Depois	Média	D.P.
Assertividade	20	7	13	0	–
Timidez e Sociabilidade (Timidez)	19	21	25	14,4	5,9
Timidez e Sociabilidade (Sociabilidade)	11	18	7	13,9	3,4

Os resultados para a assertividade apresentaram diferenças, diminuindo na segunda aplicação e voltando a aumentar no final, não atingindo, porém, o índice inicial. A escala de assertividade é composta de vários itens que apresentaram uma correlação com agressividade e atrevimento. A cliente obteve uma diminuição nos escores de 20, no início, para 7, durante o tratamento, atingindo um escore de 13 no final do tratamento. Esses resultados podem estar indicando uma tendência à diminuição das dificuldades iniciais ligadas aos aspectos agressivos. Durante o processo terapêutico, a cliente demonstrou que conseguia expor seus sentimentos e desejos em diferentes situações, algumas vezes, porém, de maneira inadequada e agressiva, fazendo com que as pessoas se afastassem dela. Esse tipo de comportamento foi claramente diminuindo até o final do tratamento, a medida que as aproximações e interações sociais mais adequadas da cliente foram aumentando, de acordo com os relatos em sessão.

Os escores relacionados à timidez apresentaram aumento durante as três aplicações com os resultados de 19, 21 e 25, e indicaram uma mudança positiva porque, para esse questionários, quanto mais alto os escores, menor a timidez. Os escores relacionados à sociabilidade aumentaram de 11, que indicam uma boa sociabilidade, para 18 na segunda aplicação, passando a 7 no final do tratamento. Tais modificações corresponderam a uma piora durante o período da segunda aplicação, quando a cliente relatou maior isolamento em relação à sociabilidade. A melhora observada pelos escores no final do tratamento também foi confirmada no registro das categorias, apresentado adiante.

### 3.1.3. Análise das Categorias da Cliente 1

Além da análise quantitativa obtida através das diferentes escalas e inventários, os comportamentos julgados relevantes pela terapeuta foram definidos em categorias de comportamento e eventos tanto para a cliente quanto para a terapeuta para que estes pudessem ser mensurados de forma mais contínua e com mais repetições, permitindo um acompanhamento dos processos comportamentais ocorridos durante a intervenção. A tabela 4 mostra as categorias comportamentais da cliente C.S.O, especificando os comportamentos julgados desejáveis e indesejáveis, os temas abordados durante as sessões e o peso.

Das categorias criadas pela pesquisadora para esta cliente, foi encontrado um total de 25 categorias de comportamento. Destas, 11 foram consideradas indesejáveis e 14 desejáveis, todas relacionadas a comportamentos e/ou eventos observados durante o tratamento realizado. A caracterização daquilo que foi considerado desejável e indesejável baseou-se em observações da cliente nas sessões, relatos verbais da cliente e/ou inferências da pesquisadora, além das queixas iniciais referidas pela cliente e dos objetivos a serem alcançados. Além dessas categorias, também foram analisados os temas abordados e o peso.

As categorias foram separadas em indesejáveis e desejáveis e distribuídas na tabela 4 em ordem decrescente de ocorrência em todas as sessões. Na mesma tabela também foram relacionados os temas abordados, o peso e os totais de desejáveis e de indesejáveis por sessão e no final do tratamento. Foram analisadas para essa cliente um total de 39 sessões, sendo que a sessão 12 foi descartada da análise porque não foi possível sua filmagem ou gravação.

Para cada categoria foi registrada uma ocorrência ou não ocorrência em cada uma das sessões. Foi registrado o número 1 quando houve a ocorrência da categoria na sessão, independente da frequência, duração ou intensidade, e o número 0 quando não houve a ocorrência. Todas as categorias eram independentes e uma não excluía o aparecimento da outra durante a mesma sessão porque a cliente poderia relatar ou expressar diferentes questões.

**Tabela 4.** Ocorrência das categorias e do peso da Cliente 1 por sessão

<b>Categorias para o cliente</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>T</b>					
Justificativa	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23		
Eventos aversivos	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	23		
Competitividade	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	21			
Inflexibilidade	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	
Ansiedade	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	18	
Dependência da mãe	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	17	
Inassertividade com mãe	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
Inassertividade com colegas	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Brigas familiares	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	13	
Esquiva/Isolamento de colegas	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	13		
Cognições pessimistas	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Análise do próprio comportamento	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	32
Identificação dos próprios sentimentos	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30
Aproximação de colegas	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	24
Emoção ao falar de si	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	23
Eventos agradáveis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
Identificação dos sentimentos dos outros	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
Iniciativa	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	16	
Identificação de qualidades em si	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	13	
Realização de tarefa	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Enfrentamento	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	11	
Expressão adequada de sentimentos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	9		
Relaxamento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Concorrentes ao comer	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Tema: relacionamento social	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35
Temas abordados: Família	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	31
Temas abordados: Escola	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	19	
Temas abordados: Alimentação	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	16	
Peso em Kg.	85,2	85,6	86	86,8	86	86,3	85	85	83,7	85	85	87	87	86	85,5	84,5	87	86,7	88	88	87,6	89	89	89,2	88	89,5	90	90	91	92,5	90,5	90	90	90,5	90	89	89,8	90,5	90						
TOTAL INDESEJÁVEIS	5	6	4	6	4	1	3	6	8	6	7	5	5	7	9	5	6	4	10	7	6	9	4	8	7	4	5	6	1	7	2	4	2	2	0	0	0	0	4	0	185				
TOTAL DESEJÁVEIS	2	3	4	4	3	8	1	4	3	6	2	4	5	2	6	6	5	2	5	4	3	4	3	5	5	10	6	7	9	7	7	10	9	9	10	10	10	10	5	10	218				

Em relação aos temas abordados nas sessões, pôde-se observar que apareceram, em ordem decrescente, relacionamento social, família, escola (lado acadêmico) e alimentação, com ocorrências de 35, 31, 19 e 16, respectivamente, no total das 39 sessões. Isso aponta para o fato de que as preocupações mais constantes para a cliente eram relacionadas aos aspectos da sociabilidade e vida familiar.

As categorias indesejáveis que apareceram mais vezes durante o tratamento foram justificativas e eventos aversivos (cada uma 23 vezes), no total das 39 sessões, e a que menos ocorreu foi cognições pessimistas (12 vezes). As categorias indesejáveis oscilaram bastante durante o tratamento e algumas delas, como inassertividade com mãe e brigas familiares, somente apareceram a partir da oitava sessão, período em que surgiram as verbalizações a respeito desses temas.

Em relação às categorias desejáveis, pôde ser observado um aumento no decorrer do tratamento, porém, com algumas oscilações. Algumas categorias já ocorriam desde o início, tais como aproximação com colegas, emoção ao falar de si, análise do próprio comportamento e eventos agradáveis (desde a primeira ou segunda sessão), mostrando que estes aspectos já faziam parte do repertório da cliente, porém, não eram ainda constantes nos relatos. As categorias que se mostraram concorrentes ao comer, ao enfrentamento e à expressão adequada de sentimentos só apareceram a partir da sexta sessão, sendo que as duas últimas continuaram aumentando até o final do tratamento. Considerando as 39 sessões, houve um aumento na concentração dos comportamentos desejáveis e uma diminuição na concentração dos indesejáveis no final do tratamento.

O peso apresentou aumento, com algumas oscilações, durante todo o tratamento. Até a décima sétima sessão passou de 85 para 87 e, a partir da décima oitava, começou a apresentar aumento maior, chegando a 92,5 na trigésima primeira sessão. A partir daí mostrou uma pequena tendência de diminuição, chegando a 90 na última sessão.

Com os dados da tabela 4 foram calculados os índices de correlação existentes entre as categorias pelo programa estatístico computadorizado SPSS. Foi utilizado o teste de Spearman bilateral, aceitando-se como significativos os resultados com níveis de significância entre .01 e .05 (anexo XI).

A apresentação dos dados a seguir mostra uma análise de cada categoria, das correlações entre as diversas categorias da cliente, do peso e dos temas abordados durante todas as sessões realizadas.

A categoria atividade física foi excluída da análise devido ao seu aparecimento em somente uma sessão.

*a) Categoria Justificativas*

A categoria justificativas foi uma das que apresentou maior ocorrência (23 vezes), com bastante oscilação durante o tratamento: pode-se perceber uma certa concentração no seu aparecimento na metade do tratamento (das sessões 19 a 26), não apresentando mais ocorrência a partir da sessão 34. O uso de justificativas se correlacionou positivamente com ansiedade, esquiva/isolamento de colegas, inflexibilidade e com o tema família e se correlacionou negativamente com as categorias enfrentamento, eventos agradáveis, expressão adequada de sentimentos, identificação dos próprios sentimentos, identificação de qualidades em si, identificação dos sentimentos dos outros e com o tema família. Observa-se, com essas correlações, que grupos de comportamento como justificar-se, apresentar opiniões inflexíveis, esquivar-se e demonstrar ansiedade parecem ser concorrentes, isto é, não ocorrem concomitantemente com as classes de adequados e/ou eventos agradáveis descritos acima.

*b) Categoria Eventos Aversivos*

A categoria eventos aversivos também foi uma das categorias que apresentou maior ocorrência (23 vezes) e oscilou durante todo o tratamento, desaparecendo somente a partir da sessão 32, com exceção de um aparecimento na sessão 39. A ocorrência da categoria eventos aversivos se correlacionou positivamente com competitividade e inflexibilidade e negativamente com eventos agradáveis, expressão adequada de sentimentos, identificação de qualidades em si, identificação dos sentimentos dos outros e com o peso. Um fato importante observado no tratamento foi o de que quanto mais a cliente verbalizava sobre situações que envolviam eventos aversivos e sinais de competitividade e inflexibilidade, menos ela emitia outros comportamentos mais positivos que poderiam promover um melhor contato pessoal.

*c) Categoria Competitividade*

A categoria competitividade apresentou 21 ocorrências durante todo o tratamento, com bastante oscilação, porém, com uma tendência a diminuir no final do tratamento. A ocorrência desta categoria se correlacionou positivamente com eventos aversivos, inassertividade com colegas e inflexibilidade e negativamente com expressão adequada de sentimentos, iniciativa e com o tema família, mostrando novamente a associação entre essa classe de indesejáveis e também indicando que esse comportamento de competição, em geral, não ocorre no ambiente família.

*d) Categoria Inflexibilidade*

A categoria inflexibilidade apresentou 18 ocorrências que oscilaram durante o tratamento, concentrando-se um pouco mais entre as sessões 20 e 26 e diminuindo bastante entre as sessões 32 e 40. A ocorrência desta categoria se correlacionou positivamente com competitividade, esquiva/isolamento de colegas, eventos aversivos, inassertividade com colegas e justificativas, mostrando que aumentava na mesma proporção que outros indesejáveis, principalmente os ligados aos relacionamentos sociais. Se correlacionou negativamente com enfrentamento, eventos agradáveis, expressão adequada de sentimentos, identificação dos próprios sentimentos, iniciativa, identificação de sentimentos dos outros, identificação de qualidades em si e com o tema família.

*e) Categoria Ansiedade*

A categoria ansiedade apresentou 18 ocorrências que se concentraram no período entre as sessões 15 e 21 e desapareceram a partir da sessão 34. Somente se correlacionou positivamente com a categoria justificativas, mostrando que quanto mais sinais de respostas ansiosas nas sessões, maior a utilização de justificativas, ou, quanto mais justificativas apresentadas, mais intensos eram os sinais de ansiedade.

*f) Categoria Dependência da Mãe*

A categoria dependência da mãe apresentou 17 ocorrências que se concentraram entre as sessões 7 e 21. A ocorrência dessa categoria se correlacionou positivamente com brigas familiares, inassertividade com mãe, relaxamento, realização de tarefa e com o tema família, mostrando que estes comportamentos



aumentaram conforme o aumento de referências a comportamentos de dependência em relação à mãe. Ao contrário, a categoria se correlacionou negativamente com aproximação de colegas, enfrentamento, expressão adequada de sentimentos, iniciativa e com o tema relacionamento social e o peso.

Verificou-se durante as sessões, que à medida que as dificuldades familiares aumentavam, a atenção da mãe mostrava-se mais reforçadora e importante para C.S.O., diminuindo seus relatos de aproximação com colegas, iniciativa e enfrentamento, bem como outras categorias ligadas principalmente ao relacionamento social. Observou-se durante o tratamento que o relaxamento e o registro eram utilizados pela cliente como tentativas de lidar com tais dificuldades familiares.

#### *g) Categoria Inassertividade com Colegas*

A categoria inassertividade com colegas apresentou 13 ocorrências que oscilaram durante o tratamento e desapareceram a partir da sessão 32. A ocorrência dessa categoria apresentou correlações positivas com aproximação de colegas, competitividade e inflexibilidade. Apresentou correlações negativas com as categorias enfrentamento, expressão adequada de sentimentos, iniciativa e identificação dos sentimentos dos outros. Estes dados poderiam estar apontando para uma dificuldade inicial da cliente em agir assertivamente nas situações sociais devido à sua inflexibilidade e competitividade, porém, à medida que foi desenvolvendo comportamentos mais empáticos e enfrentando diferentes situações, acabou superando tais dificuldades.

#### *h) Categoria Inassertividade com Mãe*

A categoria inassertividade com mãe apresentou 14 ocorrências que se concentraram entre as sessões 8 e 16. A ocorrência dessa categoria se correlacionou positivamente com brigas familiares, dependência da mãe e realização de tarefa e se correlacionou negativamente com a categoria enfrentamento. A análise desta categoria retoma o comentário referente à dependência da mãe, ou seja, a inassertividade com a mãe ocorria concomitantemente com as dificuldades familiares, e a correlação positiva com a realização de tarefa e negativa com o enfrentamento mostrou um comportamento verificado no decorrer do tratamento,

quando a cliente disse utilizar o escrever no registro como forma de desabafo diante dos problemas, no lugar do enfrentamento das situações difíceis ligadas ao relacionamento com a mãe.

*i) Categoria Brigas Familiares*

A categoria brigas familiares apresentou oscilação de ocorrência durante o tratamento (total de 13 vezes) e, praticamente, desapareceu a partir da sessão 30. A ocorrência desta categoria se correlacionou positivamente com dependência da mãe, inassertividade com mãe, relaxamento, realização de tarefa e com o tema família, e negativamente com aproximação de colegas e com o tema relacionamento social. A análise desta categoria assemelhou-se aos eventos discutidos nas categorias f e h .

*j) Categoria Esquiva/Isolamento de Colegas*

A categoria esquiva/isolamento de colegas apresentou 13 ocorrências que oscilaram durante o tratamento. A ocorrência da categoria esquiva/isolamento de colegas se correlacionou positivamente com inflexibilidade e justificativas e negativamente com a categoria iniciativa. Observou-se através dos relatos da cliente que quanto maior era a sua esquiva dos relacionamentos sociais, maior a sua utilização de justificativas e inflexibilidade de opiniões, e, conseqüentemente, menor sua possibilidade de apresentar comportamentos de iniciativa.

*k) Categoria Cognitiones Pessimistas*

A categoria cognitiones pessimistas apresentou a menor ocorrência, 12 vezes durante o tratamento todo. Apresentou oscilação, porém, desapareceu a partir da sessão 32. Essa categoria apresentou somente correlação negativa com identificação dos sentimentos dos outros e com o tema relacionamento social, indicando que, à medida que a cliente conseguia demonstrar maior empatia e interesse pelo sentimento dos outros, ela também demonstrava mais encorajamento e se desfocalizava dos aspectos negativos das situações.

*l) Categoria Análise do Próprio Comportamento*

A categoria análise do próprio comportamento foi a que mais apresentou ocorrência no total de sessões. Já aparecia desde o início, com oscilações, porém a

partir da vigésima sessão a sua ocorrência foi contínua até o final. Essa categoria se correlacionou positivamente com as categorias eventos agradáveis e identificação dos sentimentos dos outros e com o peso. Estes dados indicaram que, à medida que a cliente passava a analisar mais o seu próprio comportamento, também aumentava seu grau de interesse pelo sentimento do outro e a percepção de eventos agradáveis, porém, o peso também continuava aumentando.

*m) Categoria Identificação dos Próprios Sentimentos*

A ocorrência da categoria identificação dos próprios sentimentos apresentou um total de 30 ocorrências durante o tratamento. Seu aparecimento se concentrou a partir da vigésima quarta sessão e continuou até o final. Essa categoria se correlacionou positivamente com as categorias enfrentamento, eventos agradáveis e identificação dos sentimentos dos outros, o que pode estar indicando uma capacidade de generalização da cliente, ou seja, através da identificação dos seus sentimentos também começou a identificar os sentimentos dos outros. Se correlacionou negativamente com inflexibilidade, justificativas, relaxamento e com o tema escola.

*n) Categoria Aproximação de Colegas*

A ocorrência da categoria aproximação de colegas apresentou oscilação durante o tratamento, com um total de 24 ocorrências, pôde-se perceber uma maior concentração a partir da vigésima sexta sessão. Correlacionou-se positivamente com emoção ao falar de si, enfrentamento, eventos agradáveis, inassertividade com colegas, identificação de qualidades em si, com o peso e com o tema relacionamento social. Se correlacionou negativamente com brigas familiares, dependência da mãe e relaxamento. A análise dessa categoria mostrou que ela parecia se relacionar com o aumento de outros desejáveis, concomitantes à sua ocorrência, apesar de ainda aparecerem a inassertividade e o aumento do peso.

*o) Categoria Emoção ao Falar de Si*

A ocorrência da categoria emoção ao falar de si apresentou oscilação durante o tratamento, com um total de 23 ocorrências, e pôde-se perceber uma maior concentração a partir da vigésima sexta sessão. Somente se correlacionou positivamente com a aproximação de colegas, expressão adequada de sentimentos e

identificação de qualidades em si. Observou-se durante os relatos da cliente que à medida que a aproximação de colegas aumentava, aumenta também seu comportamento empático, e, no relato de tais fatos, pôde também ser observado um progresso no sentido de apresentar emoções durante a sessão enquanto relatava acontecimentos.

*p) Categoria Realização de Tarefa*

A ocorrência da categoria realização de tarefa apresentou um total de 11 ocorrências, concentradas no começo do tratamento até a vigésima nona sessão. A partir desse momento, não foi mais solicitada à cliente, que já fazia as suas próprias análises sem a necessidade de escrever no papel de registro. Somente se correlacionou positivamente com brigas familiares, dependência da mãe e inassertividade com mãe. A cliente utilizou mais vezes o registro diante da ocorrência das categorias indesejáveis ligadas a dificuldades familiares, e relatava na sessão, quando trazia os registros, que os utilizava como forma de desabafo.

*q) Categoria Eventos Agradáveis*

A categoria eventos agradáveis apresentou um total de 18 ocorrências, muito esporádicas até a vigésima quarta sessão, a partir daí, apresentou ocorrência em todas as sessões, até o final. Correlacionou-se positivamente com as categorias análise do próprio comportamento, aproximação de colegas, enfrentamento, expressão adequada de sentimentos, identificação dos próprios sentimentos, iniciativa, identificação de qualidades em si, identificação dos sentimentos dos outros e com o peso. Essas ocorrências apontaram para o fato de que a cliente observava e referia-se a eventos agradáveis ao mesmo tempo que também se aproximava de colegas adequadamente, analisava seu próprio comportamento e enfrentava as situações, o aumento de peso, porém, ainda estava presente.

*r) Categoria Iniciativas*

A ocorrência da categoria iniciativa apresentou um total de 15 ocorrências, que se concentraram a partir da vigésima sexta sessão até o final. Correlacionou-se positivamente com enfrentamento, eventos agradáveis, expressão adequada de sentimentos, identificação de qualidades em si e com o peso. Correlacionou-se

negativamente com competitividade, dependência da mãe, esquiva/isolamento de colegas, inassertividade com colegas, inflexibilidade e com o tema alimentação. A relação entre essas categorias e suas correlações indicaram o observado nas sessões: quando a categoria iniciativa aumentava, a cliente enfrentava mais as situações e expressava seus sentimentos mais adequadamente, o que caminhava em direção contrária à esquiva/isolamento de colegas e à inflexibilidade.

#### *s) Categoria Identificação dos Sentimentos dos Outros*

A ocorrência desta categoria se concentrou a partir da vigésima sétima sessão, apresentando um total de 16 ocorrências. Correlacionou-se positivamente com análise do próprio comportamento, enfrentamento, eventos agradáveis, expressão adequada de sentimentos, identificação dos próprios sentimentos, identificação de qualidades em si e com o peso. Se correlacionou negativamente com eventos aversivos, inassertividade com colegas, inflexibilidade, justificativas e cognições pessimistas.

Alguns aspectos desta categoria já foram citados nas análises anteriores e pode-se observar que à medida que a cliente se interessava e identificava sentimentos alheios como diferentes dos seus, também aumentava a sua capacidade de visualizar aspectos agradáveis nas situações, analisar seu próprio comportamento, expressar-se mais adequadamente e identificar mais os seus próprios sentimentos, porém, nesse momento o peso também continuava aumentando. Esta identificação dos sentimentos dos outros não combinava com as categorias de inflexibilidade, cognições pessimistas, inassertividade com colegas e justificativas, que se correlacionaram negativamente a ela.

#### *t) Categoria Relaxamento*

A ocorrência do relaxamento durante o tratamento foi de 8 vezes, concentradas na metade do tratamento, entre a décima quinta e vigésima segunda sessão. Correlacionou-se positivamente com as categorias brigas familiares e dependência da mãe e se correlacionou negativamente com aproximação de colegas, enfrentamento, eventos agradáveis e identificação dos próprios sentimentos. Como já foi indicado na análise de outras categorias, o relaxamento ocorreu mais no mesmo período em que também ocorreram brigas familiares e dependência da mãe, mas,

com o aumento do aparecimento de categorias como aproximação de colegas, eventos agradáveis e identificação dos próprios sentimentos, a ocorrência do relaxamento diminuiu, provavelmente porque a cliente estava utilizando novas formas de enfrentamento das situações.

Conforme foi observado no tratamento, a cliente não apresentou progressos com o treino de relaxamento, que não apresentou correlações positivas com nenhuma categoria desejável.

#### *u) Categoria Concorrentes ao Comer*

A categoria concorrentes ao comer apresentou um total de 7 ocorrências esporádicas durante o tratamento. Somente se correlacionou positivamente com enfrentamento e com o peso. Através da evolução da cliente pode ser observado que os concorrentes ao comer que a cliente utilizava aumentavam diante de situações de enfrentamento, mas não apresentavam resultados efetivos, porque o peso continuava a aumentar.

#### *v) Categoria Identificação de Qualidades em Si*

A ocorrência dessa categoria durante o tratamento foi de 13 vezes, iniciando sua aparição a partir da décima sessão de forma esporádica, e se concentrando a partir da trigésima sessão. Correlacionou-se positivamente com as categorias aproximação de colegas, emoção ao falar de si, enfrentamento, eventos agradáveis, expressão adequada de sentimentos, iniciativa, identificação dos sentimentos dos outros e com peso e negativamente com as categorias eventos aversivos, inflexibilidade, justificativas e com o tema alimentação. A cliente pareceu conseguir identificar situações e aspectos positivos quando tinha iniciativa para enfrentar diferentes situações, mas o peso ainda aumentava. Além disso, quando visualizava esses aspectos positivos, acabava se expressando mais adequadamente e os temas ligados à alimentação não coincidiam com estes relatos.

#### *x) Categoria Enfrentamento*

A ocorrência da categoria enfrentamento foi de 11 vezes durante o tratamento e se concentrou a partir da trigésima sessão. Correlacionou-se positivamente com aproximação de colegas, concorrentes ao comer, eventos agradáveis, expressão

adequada de sentimentos, identificação dos próprios sentimentos, iniciativa, identificação de qualidades em si, identificação dos sentimentos dos outros, com o tema família e com o peso. Correlacionou-se negativamente com dependência da mãe, inassertividade com colegas, inassertividade com a mãe, inflexibilidade, justificativas e relaxamento. Novamente observou-se a presença de comportamentos desejáveis em conjunto, que ainda não conseguiam apresentar uma relação de concorrência com o peso.

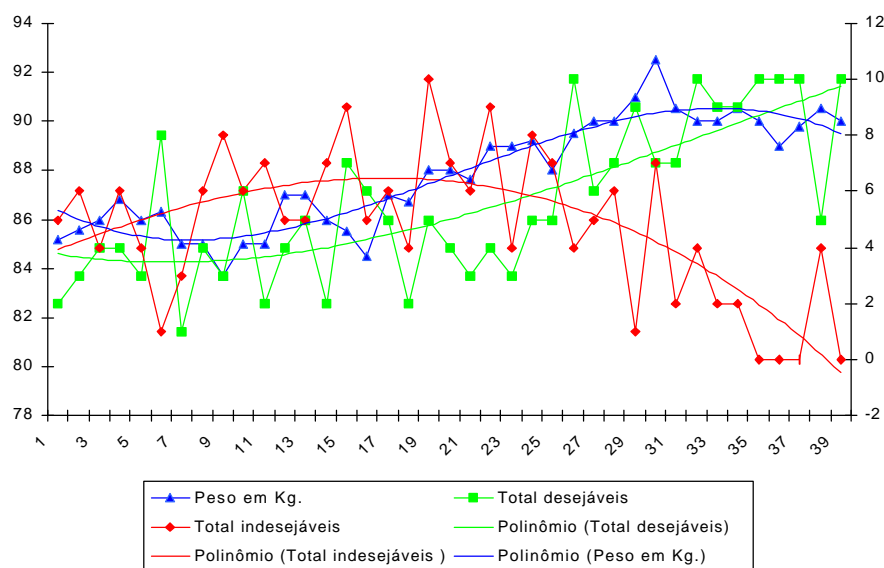
*z) Categoria Expressão Adequada de Sentimentos*

A categoria expressão adequada de sentimentos apresentou um total de 9 ocorrências, com duas aparições esporádicas, no início e no meio, concentrando-se a partir da trigésima sessão. Correlacionou-se positivamente com emoção ao falar de si, enfrentamento, eventos agradáveis, iniciativa, identificação de qualidades em si e identificação de sentimentos dos outros e negativamente com competitividade, dependência da mãe, eventos aversivos, inassertividade com colegas, inflexibilidade, justificativas e com o tema alimentação. Esta categoria também apontou um aumento de ocorrência, juntamente com outras desejáveis, e, na relação inversa, a diminuição das indesejáveis citadas.

*w) Categoria Peso*

O peso se correlacionou positivamente com as categorias análise do próprio comportamento, aproximação de colegas, concorrentes ao comer, enfrentamento, eventos agradáveis, iniciativa, identificação de qualidades em si, identificação dos sentimentos dos outros e com o tema relacionamento social, confirmando aspectos já levantados anteriormente. Correlacionou-se negativamente com as categorias dependência da mãe e eventos aversivos. Os dados parecem indicar que a diminuição do peso não apresentou concorrência com o aumento das categorias positivas, mas sim com algumas negativas, pelo menos quando analisamos o total das 39 sessões. Como pode ser observado na tabela 4, o peso de C.S.O aumentou e somente mostrou uma tendência de diminuição nas últimas dez sessões, embora a capacidade de observar e descobrir eventos agradáveis estivessem presentes bem antes, juntamente com outros desejáveis.

Baseando-se no total das ocorrências de categorias desejáveis e indesejáveis e do peso, conforme observado na tabela 4, foi construída a Figura 5 com os valores totais de cada categoria obtidos por sessão.



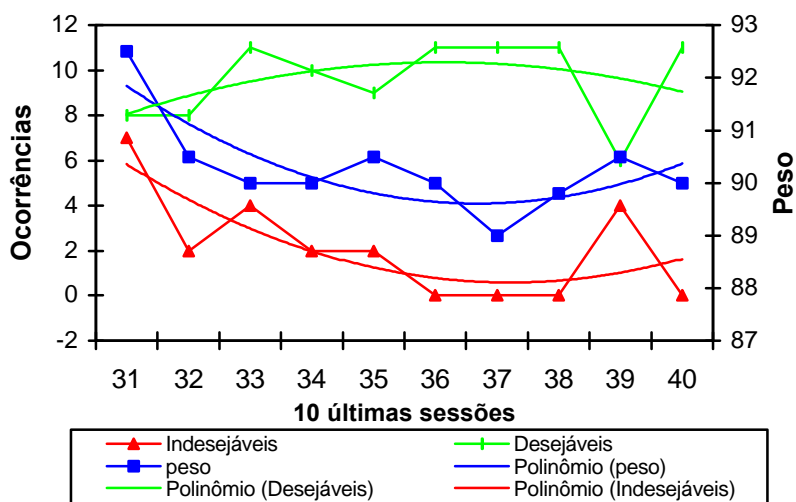
**Figura 5.** Totais de desejáveis, totais de indesejáveis e peso por sessão da Cliente 1

Para as três categorias analisadas observou-se uma oscilação durante as sessões. Apesar das oscilações, pôde ser verificada uma modificação entre os totais de desejáveis e indesejáveis por sessão. A partir da vigésima quinta sessão, as linhas se cruzaram, e os desejáveis superaram os indesejáveis e continuaram a aumentar a partir desse ponto. Os indesejáveis cresceram um pouco até a décima quinta sessão e após esse período começaram a diminuir, chegando a atingir o nível zero de ocorrência nas últimas sessões do tratamento. Sendo assim, podemos afirmar que entre desejáveis e indesejáveis, para essa cliente, ocorreu uma relação clara de concorrência. A linha do peso mostrou uma tendência de elevação, se tomarmos como referência o início do tratamento, porém, se analisarmos as últimas sessões podemos visualizar uma leve tendência de diminuição a partir do cruzamento com a linha de totais de desejáveis, que superaram a linha do peso no mesmo momento em que os indesejáveis chegaram aos valores de zero ocorrência por sessão.

Podemos visualizar separadamente, e com mais clareza a tendência à diminuição, pois, após a estabilidade no ganho dos desejáveis, houve um período no



qual a cliente oscilou entre a manutenção do peso e pequenas variações que ocorreram na faixa de dois quilogramas. A relação entre as dez últimas sessões pode ser verificada na Figura 6.



**Figura 6.** Totais de Desejáveis, Totais de Indesejáveis e Peso das últimas 10 sessões da cliente 1

Conforme observamos na Figura 6, o peso e os indesejáveis estavam apresentando uma tendência de queda semelhante, enquanto que os desejáveis já apresentavam uma alta ocorrência nas sessões. Para a cliente CSO, os dados parecem apontar para o fato de que o peso somente começou a apresentar uma tendência de queda quando os desejáveis já estavam fazendo parte de seu repertório com mais frequência e com menos oscilações.

Para confirmar essa tendência das dez últimas sessões, também foram calculados os índices de correlação existentes entre o total de categorias desejáveis, total de indesejáveis e o peso, através do mesmo programa estatístico computadorizado SPSS, utilizando-se o teste de Spearman bilateral, com níveis de significância aceitos entre .01 e .05 (anexo XI).

Os resultados do teste de correlação mostraram correlação positiva significativa entre peso e indesejáveis, e correlação negativa significativa entre peso e desejáveis, e também entre desejáveis e indesejáveis. Assim, os comportamentos desejáveis apresentaram, no final do tratamento, relação de concorrência com o peso

e com os indesejáveis, isto é, conforme aumentaram os adequados, diminuíram os inadequados e o peso.

### **3.1.4 Análise das Categorias da Terapeuta**

Durante o processo terapêutico da cliente 1, foram encontradas 12 categorias de comportamento da terapeuta, que também foram criadas pela pesquisadora com o objetivo de verificar o tipo de trabalho realizado e identificar suas correlações com as categorias de comportamento da cliente.

Foi registrado o número 1 quando houve a ocorrência da categoria na sessão, independente da frequência, duração ou intensidade, e o número 0 quando não houve a ocorrência. Todas as categorias eram independentes e uma não excluía o aparecimento da outra durante a mesma sessão. Com esses dados foi construída a tabela 5 .

As categorias investigação e empatia ocorreram em todas as 39 sessões analisadas, seguidas pelas categorias questionamento, com ocorrências em 38 sessões, e interpretação e orientação/aconselhamento, com ocorrências em 37 e 36 sessões. As categorias menos utilizadas foram encenação e técnicas gráficas e imaginárias, com o total de ocorrências em 6 e 7 sessões, sendo que a primeira ficou mais concentrada no início do tratamento.

Observando a tabela 5 podemos perceber que as categorias da terapeuta investigação, empatia, questionamento, interpretação e orientação/aconselhamento, apresentaram ocorrência em praticamente todas as sessões e foram utilizadas pela terapeuta em todos os momentos do tratamento.

Outras técnicas foram utilizadas mais esporadicamente, em momentos específicos no decorrer do tratamento. A utilização de técnicas gráficas e imaginárias ocorreu 7 vezes no início, quando a relação terapêutica ainda estava sendo estabelecida e a encenação ocorreu 6 vezes e foi utilizada em momentos específicos no início e no final do tratamento.

**Tabela 5.** Ocorrência das categorias da terapeuta com a Cliente 1 por sessão

<b>Categorias para a terapeuta</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>			
Investigação	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	39	100,0%		
Empatia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	39	100,0%
Questionamento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	38	97,4%
Interpretação	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	37	94,9%
Orientação/Aconselhamento	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	38	92,3%	
Aprovação	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	29	74,4%	
Silêncio	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	26	66,7%
Confrontação	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	22	56,4%	
Dar informação	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	13	33,3%	
Ênfase nos objetivos	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	12	30,8%	
Técnicas gráficas e imaginárias	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	17,9%	
Encenação	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	6	15,4%			
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>						

A aprovação foi utilizada esporadicamente desde o início, com 29 aparições, concentrando-se a partir da vigésima quarta sessão e ocorrendo, então, em todas as outras sessões.

A confrontação ocorreu 22 vezes e concentrou sua ocorrência no meio do tratamento, entre a décima quinta e trigésima quinta sessões. O dar informações e ênfase nos objetivos apresentaram aparições esporádicas durante todo o tratamento, 13 e 12 vezes, respectivamente.

Com os dados da tabela 5 foram calculados os índices de correlações entre as categorias através do mesmo programa estatístico SPSS utilizado com as categorias do cliente. Foi utilizado o teste de Spearman bilateral com níveis de significância aceitos entre .01 e .05 . Foram analisadas as categorias da terapeuta para CSO entre elas e em relação às categorias do cliente, aos temas abordados e ao peso (Anexo XI).

A categoria silêncio foi excluída da análise porque não apresentou correlações com nenhuma outra categoria.

#### *a) Aprovação*

A categoria aprovação apresentou correlação positiva com outras categorias da cliente: análise do próprio comportamento, concorrentes ao comer, eventos agradáveis, identificação dos sentimentos dos outros, enfrentamento, realização de tarefa e com o peso. Também apresentou correlação com as categorias do terapeuta interpretação e orientação/aconselhamento. Apresentou correlação negativa com a categoria da terapeuta técnicas gráficas/imaginárias. Tais resultados indicaram que a terapeuta aprovava esse grupo de desejáveis da cliente, e, ao mesmo tempo, orientava e aconselhava mais diretamente, interpretava e possibilitava espaço para a cliente refletir. As técnicas gráficas/imaginárias foram mais utilizadas no início, quando a cliente ainda não verbalizava muito e não emitia muitas categorias de comportamento desejáveis.

#### *a) Confrontação*

A categoria confrontação somente se correlacionou positivamente com as categorias do cliente: ansiedade, competitividade, justificativa e relaxamento. Pode-

se então deduzir que a confrontação auxiliou a cliente a analisar melhor algumas situações, porém, gerou ansiedade e uso de justificativas.

*b) Informação*

Esta categoria apresentou correlações negativas com as categorias do cliente aproximação de colegas, eventos agradáveis, com o tema escola e com o peso. Esta correlação pareceu indicar comportamentos que foram aparecendo com o decorrer do tratamento. Dar informações foi uma técnica utilizada mais no início do tratamento.

*c) Encenação*

A categoria encenação apresentou somente correlação positiva com as categorias do cliente aproximação de colegas e emoção ao falar de si, mostrando que essa técnica pode ter contribuído para a aproximação social da cliente e para o aparecimento de emoção em seus relatos.

*d) Ênfase nos Objetivos*

A categoria ênfase nos objetivos apresentou uma correlação positiva com as categorias do cliente inflexibilidade e justificativas. Apresentou correlação negativa com as categorias do cliente identificação dos próprios sentimentos, identificação dos sentimentos dos outros e com o tema família. Essa técnica foi mais utilizada no início, juntamente com a encenação quando a cliente apresentava ainda inflexibilidade e justificativas durante boa parte do tempo. À medida que ela começou a aumentar a capacidade de identificar sentimentos seus e dos outros a técnica foi sendo utilizada com menos frequência.

*e) Interpretação*

A categoria interpretação apresentou uma correlação positiva com a categoria do cliente análise do próprio comportamento e com as categorias da terapeuta aprovação e questionamento, demonstrando que a terapeuta pode aprovar, questionar e interpretar ao mesmo tempo, como forma de conduzir a cliente na análise de seu comportamento.

*f) Orientação/Aconselhamento*

A categoria orientação/aconselhamento apresentou uma correlação positiva com a categoria da terapeuta aprovação e uma correlação negativa com a categoria da cliente dependência da mãe, indicando que ela aparecia concomitantemente com a aprovação. As duas formas de intervenção, porém, quase não foram utilizadas em relação a referências de dependência da mãe, porque a intenção da terapeuta foi de levar a cliente a avaliar tal comportamento de dependência através de outras formas que não a orientação e aconselhamento direto.

*g) Questionamento*

A categoria questionamento se correlacionou positivamente com a categoria do cliente análise do próprio comportamento e com a categoria da terapeuta interpretação e correlacionou-se negativamente com o relaxamento. As correlações, juntamente com a observação das sessões, mostraram que o questionamento e a interpretação foram úteis para a cliente na análise do próprio comportamento, que aumentou em ocorrência na fase posterior ao uso do relaxamento.

*h) Técnicas Gráficas e Imaginárias*

A categoria técnicas gráficas e imaginárias apresentou correlação positiva com a categoria da cliente eventos aversivos e com o tema alimentação e apresentou correlação negativa com as categorias da cliente identificação dos sentimentos dos outros, identificação de qualidades em si e com a categoria da terapeuta aprovação. Esses resultados indicaram que tais recursos gráficos e imaginários foram diminuindo de ocorrência no decorrer do tratamento, quando aumentaram as categorias positivas citadas e a aprovação da terapeuta.

## **3.2 Cliente 2**

### **3.2.1 Análise das Entrevistas**

R.M. referiu que sempre foi gordinho, mas há aproximadamente um ano ganhou mais peso. Acreditava ter engordado porque comia em exagero e não se exercitava. A mãe também era obesa mas referiu ter feito dieta e perdido peso devido ao problema do colesterol elevado. Apresentou na entrevista um discurso contraditório, ora dizendo que não considerava R.M. obeso, ora dizendo que “pegava no seu pé” para que ele comesse menos.

R.M. demonstrou poucos conhecimentos sobre os riscos da obesidade para a saúde, e, quando indagado, citou somente o problema do colesterol. Tinha alguns conhecimentos sobre alimentos mais adequados, mas nunca havia feito dieta. Desejava emagrecer para “sentir-se melhor consigo mesmo”.

Referiu que ingeria uma quantidade maior de alimentos à noite ou quando se encontrava em fase de provas escolares. Praticava atividade física na escola duas vezes por semana e jogava futebol esporadicamente nos finais de semana.

Tinha vários colegas na escola mas raramente saía para passear com eles no final de semana, embora fosse convidado algumas vezes. Gostava de ir à casa de uma tia materna onde só havia adultos.

Queixou-se de sua timidez, principalmente com estranhos e com as meninas, mas considerava-se uma pessoa divertida, amiga e prestativa com as pessoas conhecidas. Nunca tinha tido namorada, porém já havia “ficado” (beijado) três vezes. Referiu que não tinha muitas pessoas para conversar ou contar as coisas que aconteciam e ficava bastante ansioso quando tinha que contar algo que fazia de “errado” para a mãe.

Os objetivos listados pelo cliente na primeira sessão de terapia foram:

- Emagrecer.
- Acabar com a timidez ou, pelo menos, diminuí-la.
- Fazer mais amigos(as).
- Agir de modo diferente, falar mais com as pessoas em situações sociais novas.

Com os dados da entrevista e com observações realizadas durante as sessões, foi realizada uma análise funcional do caso, identificando as classes de comportamentos centrais que foram mais significativas para a análise do caso, sua provável forma de aquisição e os prováveis eventos ambientais presentes que mantinham esses comportamentos. Estas variáveis relevantes, assim como no caso de C.S.O., foram apenas apresentadas como hipóteses.

Classes de comportamentos-centrais:

- Comer em excesso.

- Comportamento de esquiva e/ou isolamento nos relacionamentos sociais e familiares (timidez).
- Ansiedade generalizada em situações sociais (sudorese, perda da fala).

#### Hipóteses de aquisição:

- Repertório fraco de habilidades sociais que favorecessem comportamentos de enfrentamento em diferentes situações sociais (falta de assertividade).
- Reforço social reduzido (saía pouco de casa, a não ser para ir à escola ou à casa de parentes mais velhos).
- Vizinhança com ambiente perigoso, o que dificultava interações com outros adolescentes.
- Ausência de modelos parentais mais adequados no que se refere ao modo de expressar sentimentos (cliente não tinha pai e a mãe não demonstrou ser um modelo adequado, conforme observado na entrevista).
- Eventos aversivos vivenciados anteriormente em situações escolares onde o cliente foi ameaçado e repreendido.

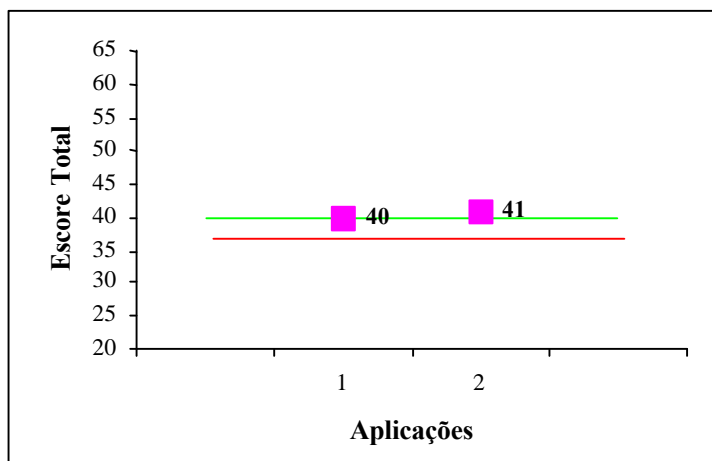
#### Hipóteses de manutenção:

- Incentivo familiar inadequado e/ou ausente que pudesse promover interação com pares.
- Cognições distorcidas da realidade (geralmente imaginava o lado negativo das coisas e acreditava que não seria capaz de enfrentar situações novas, na família ou na escola).
- Esquiva de situações sociais, nas quais ficava muito ansioso.

### **3.2.2 Análise da Escalas e Inventários**

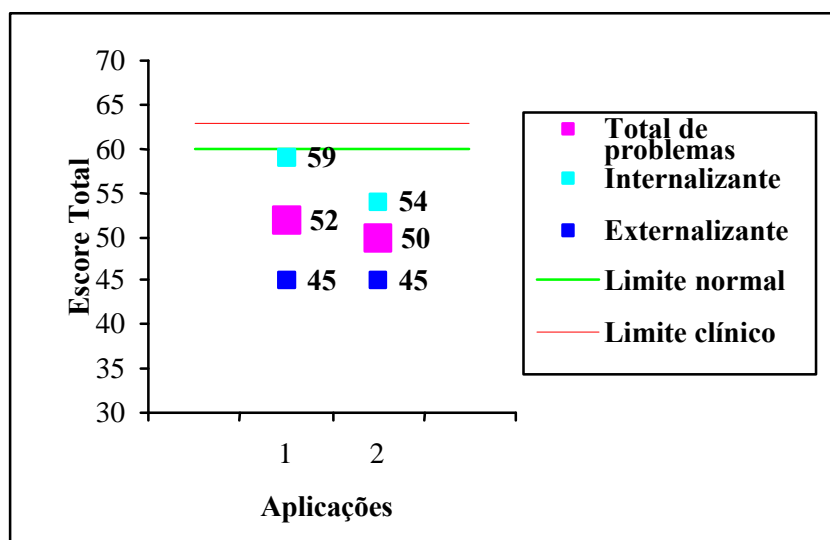
Serão apresentados a seguir os dados obtidos através das diversas escalas, inventários e questionários utilizados no estudo. Nas Figuras 7 a 10 a linha verde representa o limite entre a faixa considerada de normalidade e a área limítrofe; a linha vermelha representa o limite entre a faixa considerada como de problemas clínicos e a área limítrofe.





**Figura 7.** Comparação dos Escores do YSR para Competência Social Total antes e depois do tratamento

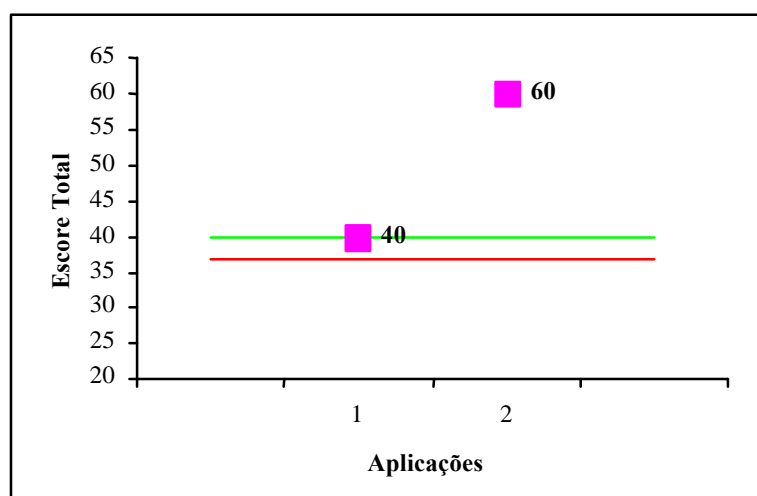
Conforme observa-se na Figura 7, os escores em relação à Competência Social Total, segundo o cliente, praticamente não apresentaram mudanças entre as duas aplicações. Em ambas o cliente encontrou-se na faixa de normalidade ( $> 40$ ), com os escores 40 e 41, seus resultados, porém, estão muito próximos da área limítrofe.



**Figura 8.** Comparação dos Escores do YSR para Distúrbio Total antes e depois do tratamento

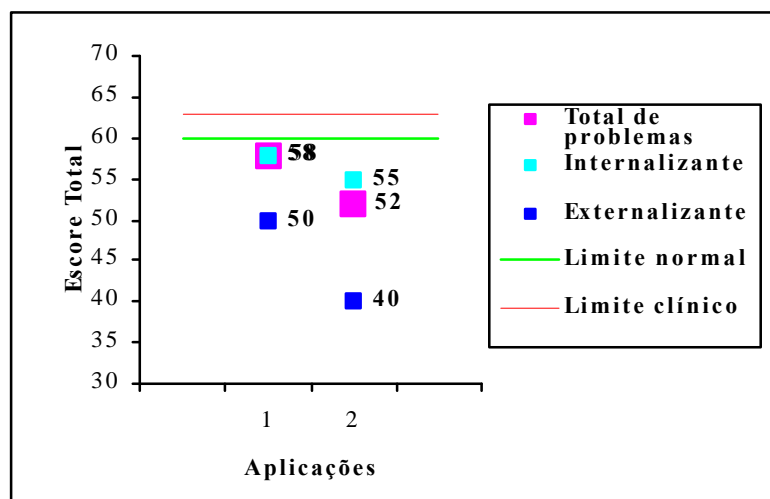
Conforme observa-se na Figura 8, os escores para o Distúrbio Total diminuíram, passando de 52 para 50, nas duas aplicações os escores se encontraram na faixa da normalidade ( $< 60$ ).

Dentro da análise do distúrbio total é interessante ressaltar que a diminuição ocorreu no Total de Internalizantes, que era de 59 e passou a 54. Embora ambos se encontrassem na área da normalidade, a diminuição indica uma melhora ligada à área porque as queixas do cliente se relacionavam a problemas internalizantes, no caso os comportamentos de isolamento, que apresentaram uma queda no escore de 70 (área limítrofe) para 61 (normalidade). O Total de Externalizantes não apresentou variação, mantendo um índice de 45, dentro da normalidade. Embora o autor do instrumento recomende que tais índices não sejam utilizados separadamente para fins de pesquisa devido à sua alta probabilidade de variações, os resultados em separado se mostraram interessantes para a análise da problemática do cliente.



**Figura 9.** Comparação dos Escores do CBCL para Competência Social Total antes e depois do tratamento

Conforme observa-se na Figura 9, a avaliação do comportamento do cliente pela mãe indicou grandes mudanças nas duas aplicações em relação à Competência Social Total. Os escores passaram de 40, entre a área limítrofe e a normalidade, para 60, colocando o cliente na faixa da normalidade e indicando grandes mudanças positivas na percepção da mãe em relação à competência social do cliente RM.



**Figura 10.** Comparação dos Escores do CBCL para Distúrbio Total antes e depois do tratamento

Conforme observa-se na Figura 10, a avaliação do comportamento do cliente pela mãe em relação ao Distúrbio Total também apresentou variações nos escores, passando de 58 para 52, ambos dentro da área de normalidade (< 60), indicando que, segundo a opinião da mãe, ocorreu uma diminuição de comportamentos considerados problemas após o tratamento.

A diminuição dos escores ocorreu em relação aos dois totais, de internalizantes, que passou de 58 para 55, e de externalizantes, que passou de 50 para 40. Apesar de todos esses escores se encontrarem na faixa da normalidade, indicaram mudanças de percepção positivas na observação da mãe em relação a tais problemas, que pode ser confirmado na entrevista final com a mãe e na própria observação do cliente pela terapeuta durante o tratamento.

**Tabela 6. Comparação dos escores do IDATE pré e pós tratamento**

	Ansiedade-E	Média	D.P.	Ansiedade-T	Média	D.P.
<b>Pré</b>	50	41,29	10,53	38	40,69	10,65
<b>Pós</b>	35	41,29	10,53	36	40,69	10,65

Para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado o cliente obteve inicialmente os escores 50 e 38 para a ansiedade-estado e ansiedade-traço, respectivamente. Estava acima da média para os níveis de ansiedade-estado, o que pode indicar uma

dificuldade para enfrentar situações novas, no caso o início da terapia. A ansiedade-traço encontrou-se muito próximo da média. Na reavaliação, obteve uma diminuição do escore para a ansiedade-estado, colocando-o dentro da média, e, provavelmente confirmando que sentia-se confortável com a situação da terapia. O escore da ansiedade-traço na reavaliação continuou próximo da média, apontando apenas uma pequena diminuição.

**Tabela 7. Comparação dos escores do IRI pré e pós tratamento**

<i>Índice de Reatividade</i>	Pré	Pós	Média
Fantasia	14	11	15,73
Adoção de perspectiva	21	16	16,78
Preocupação Empática	23	24	19,04
Mal Estar Pessoal	15	19	9,46

Para a escala de fantasia o cliente obteve os escores 14 e 11, muito próximos da média, pré e pós tratamento, apresentando uma pequena diminuição no escore pós tratamento, que pode representar uma dificuldade de imaginar-se em situações fictícias. Para a adoção de perspectiva, apresentou escores de 21 e 16, pré e pós tratamento respectivamente, apresentando-se acima da média antes e próximo da média na reavaliação. Esta diminuição pode estar indicando que o cliente passou a utilizar mais o seu ponto de vista para ver as coisas. Para a escala de preocupação empática apresentou os escores 23 e 24, não demonstrando variações nos escores pré e pós tratamento, e, seus resultados encontraram-se um pouco acima da média, demonstrando que possui sentimentos de compaixão, calor e preocupação com os outros. Para a escala de mal estar pessoal obteve os escores 15 e 19, respectivamente, pré e pós tratamento. Apresentou escores altos nesta área que indicaram a presença de sentimentos de ansiedade e desconforto do cliente resultantes de observar a experiência negativa dos outros.

**Tabela 8. Comparação dos Escores de outras escalas pré e pós tratamento**

	Pré	Pós	Média	D.P.
Escala de Assertividade	-20	-8	0	–
Escala de Timidez e Sociabilidade (Timidez)	5	14	14,8	5,6
Escala de Timidez e Sociabilidade (Sociabilidade)	8	9	13,2	3,4

Para a Escala de assertividade, o cliente obteve uma diminuição nos escores de -20 para -7, o que indicou uma melhora de algumas dificuldades iniciais nessa área, mas não chegou a atingir a média. Tais mudanças puderam ser observadas durante o processo terapêutico no qual o cliente demonstrou que estava conseguindo expor seus sentimentos e desejos em diferentes situações.

Os escores relacionados à timidez apresentaram diferenças nas duas aplicações, passando de 5 para 14, indicando uma melhora em relação à timidez, e, colocando o cliente dentro da média geral. Os escores para sociabilidade não se alteraram e não indicaram dificuldades nesta área, ou seja, o cliente apresentava um sentimento positivo em estar com as pessoas, o que também pôde ser identificado em vários momentos do tratamento, através de seus relatos.

### 3.2.3 Análise das Categorias do Cliente 2

Além da análise quantitativa, obtida através das diferentes escalas e inventários, os comportamentos julgados relevantes pela terapeuta foram definidos em categorias de comportamento e eventos, tanto para o cliente quanto para a terapeuta, a fim de que estes pudessem ser mensurados de forma mais contínua e com mais repetições, o que permitiu um acompanhamento dos processos comportamentais ocorridos durante a intervenção.

A caracterização daquilo que seria considerado desejável e indesejável baseou-se em observações do cliente nas sessões, relatos verbais e/ou inferências da pesquisadora, além das queixas iniciais referidas pelo cliente e dos objetivos a serem alcançados. Além dessas categorias, também foram analisados os temas abordados e o peso.

Tabela 9. Ocorrência das categorias e do peso do cliente 2 por sessão

Categorias para o cliente/sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Total
Inassertividade com mãe	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Dependência da mãe	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	5
Eventos aversivos	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5
Justificativas	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4
Ansiedade	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Esquiva/solamento de colegas	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Inassertividade com colegas	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Identificação dos próprios sentimentos	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
Identificação dos sentimentos dos outros	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14
Aproximação de colegas	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
Análise do próprio comportamento	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Identificação de qualidades em si	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Eventos agradáveis	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Atividade física	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11
Emoção ao falar de si	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	11
Espontaneidade no relato	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	10
Enfrentamento	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Iniciativas	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	9
Expressão adequada de sentimentos	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	8
Tarefa	-	-	1	0	1	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	5
Tema:Relacionamento social	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
Tema: Família	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	13
Tema: Escola (lado acadêmico)	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	8
Tema: Alimentação	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	8
Peso em kg.	111	110,5	109,8	108,5	109,5	109	110	107,5	106	106,5	105	106	103,5	104,5	100,8	102	
Total Desejáveis	2	1	9	7	12	6	5	9	11	10	9	13	12	11	11	12	
Total Indesejáveis	2	5	4	3	2	1	3	3	1	1	2	0	0	0	2	0	

A tabela 9 mostra as categorias comportamentais do cliente R.M., especificando os comportamentos desejáveis e indesejáveis por sessão, os totais e o peso.

Foram analisadas um total de 16 sessões, sendo que a última já fazia parte do seguimento mensal do cliente RM. As categorias foram separadas em desejáveis e indesejáveis e distribuídas em ordem decrescente de ocorrência nas 16 sessões. Na mesma tabela também foram relacionados os temas abordados, o peso e os totais de desejáveis e de indesejáveis por sessão. Durante a observação do processo do cliente RM, foram encontradas um total de 20 categorias de comportamento, sete delas foram consideradas indesejáveis e 13 desejáveis.

Para cada categoria foi registrada uma ocorrência ou não ocorrência em cada uma das sessões. Foi registrado o número 1 quando houve a ocorrência da categoria na sessão, independente da frequência, duração ou intensidade, e o número 0 quando não houve a ocorrência. Todas as categorias eram independentes e uma não excluía o aparecimento da outra durante a mesma sessão, porque a cliente poderia relatar ou expressar diferentes questões.

Em relação aos temas abordados nas sessões, pôde-se observar que apareceram em ordem decrescente, relacionamento social, família, escola (lado acadêmico) e alimentação, com ocorrências de 16, 13, 8 e 8, respectivamente, no total das 16 sessões. Isso apontou para o fato de que as preocupações mais presentes durante o tratamento para o cliente eram relacionadas aos aspectos da sociabilidade e da vida familiar.

As categorias indesejáveis que apareceram mais vezes durante o tratamento foram inassertividade com mãe, dependência da mãe e eventos aversivos, com ocorrência total de 6, 5 e 5 respectivamente, concentrando-se no período entre a primeira e a décima sessão. Em geral, para esse cliente, as categorias indesejáveis concentraram-se no início do tratamento, e, a partir da oitava sessão, passaram a diminuir.

Em relação às categorias desejáveis, pôde ser observado um aumento no decorrer do tratamento, apesar de que elas já ocorriam desde o início, de forma esporádica. A partir da oitava sessão a ocorrência tornou-se mais contínua, até o final do tratamento. As categorias desejáveis que mais ocorreram foram: identificação dos próprios sentimentos e identificação dos sentimentos dos outros, ambas com 14

ocorrências, aparecendo em praticamente todas as sessões. Aproximação de colegas, com ocorrência de 13; e as categorias análise do próprio comportamento, identificação de qualidades em si e eventos agradáveis com a ocorrência de 12 cada uma, tornando-se mais constantes a partir da oitava sessão.

Considerando as 16 sessões, houve um aumento na concentração dos comportamentos desejáveis e uma diminuição na concentração dos indesejáveis durante todo o período do tratamento. Esse resultado mostrou que o cliente, ou fortaleceu ou desenvolveu um repertório comportamental favorável durante o tratamento.

O peso apresentou uma diminuição contínua, de 111, na primeira sessão, para 102, na décima sexta sessão, que fazia parte do seguimento mensal. Na última sessão de seguimento de dois meses realizada com o cliente, o peso continuou diminuindo, apresentando o valor de 100,3.

Com os dados da tabela 4 foram calculados os índices de correlação existentes entre as categorias através do programa estatístico computadorizado SPSS. Foi utilizado o teste de Spearman bilateral, aceitando-se como significativos os resultados com níveis de significância entre .01 e .05 (anexo XII).

A apresentação dos dados a seguir mostra uma análise para cada categoria do cliente em separado e suas relações com outras categorias do cliente, com os temas e o peso durante todas as sessões realizadas. Esse procedimento de análise permitiu a verificação de classes de comportamento que se correlacionaram entre si, ou seja, que ocorreram nas mesmas sessões.

#### *a) Categoria Inassertividade com Mãe*

A ocorrência desta categoria se deu somente até a sétima sessão. Ela se correlacionou positivamente com eventos aversivos e peso e se correlacionou negativamente com enfrentamento, eventos agradáveis, expressão adequada de sentimentos e identificação de qualidades em si. A categoria inassertividade com mãe retomou a análise referente às dificuldades iniciais apresentadas pelo cliente que se associavam a eventos aversivos, à inassertividade com a mãe e ao peso alto (aspectos do início do tratamento). O desenvolvimento de comportamentos desejáveis verificados no decorrer do tratamento auxiliaram o cliente a diminuir a inassertividade na relação com a mãe.



*b) Categoria Dependência da Mãe*

A ocorrência da categoria dependência da mãe se correlacionou positivamente com inassertividade com colegas, mostrando que, quanto mais o cliente era inassertivo com os colegas, mais ele buscava contato com a mãe e mantinha seus comportamentos de dependência.

*c) Categoria Eventos Aversivos*

A ocorrência da categoria eventos aversivos se correlacionou positivamente com a inassertividade com a mãe e negativamente com eventos agradáveis, confirmando os aspectos levantados na categoria anterior e fortalecendo a observação da terapeuta de que os eventos aversivos estavam relacionados à inassertividade com a mãe, e, à medida que o cliente foi superando essa dificuldade, seus comportamentos passaram a ser controlados mais por eventos agradáveis do que por eventos aversivos.

*d) Categoria Justificativa*

A ocorrência desta categoria se correlacionou negativamente com a categoria atividade física, o que indica que justificativas pareciam ser incompatíveis com atividade física.

*e) Categoria Ansiedade*

A categoria ansiedade apareceu somente em 3 sessões durante o tratamento, primeira, oitava e nona. A ocorrência desta categoria se correlacionou negativamente com o tema família. Através da análise das sessões, pôde-se observar que os sinais de ansiedade apareceram mais em momentos em que o cliente apresentava outros temas, que provavelmente eram mais ansiogênicos que assuntos familiares.

*f) Categoria Esquiva/Isolamento de Colegas*

Essa categoria também apresentou somente três aparições esporádicas. A ocorrência da categoria esquiva/isolamento com colegas se correlacionou negativamente com as categorias aproximação de colegas, atividade física e iniciativa. Observou-se através das correlações e dos relatos do cliente que, quanto

maior era a sua esquiva dos relacionamentos sociais, menor era sua atividade física, sua iniciativa e sua possibilidade de aproximação de colegas.

*g) Categoria Inassertividade com Colegas*

Essa categoria também apresentou somente três aparições esporádicas. A ocorrência desta categoria apresentou correlação positiva com a dependência da mãe e negativa com o enfrentamento, espontaneidade e realização de tarefa. Todas as vezes que o cliente trouxe a tarefa solicitada, a inassertividade com colegas não foi relatada, o que poderia estar ligado ao fato de que suas dificuldades mais marcantes durante o tratamento estivessem relacionadas a outros temas ou, porque no momento em que foi introduzida a tarefa, ele já apresentava melhora neste aspecto.

*h) Categoria Identificação dos Próprios Sentimentos*

Essa categoria ocorreu em quase todas as sessões, com exceção das duas primeiras. A ocorrência desta categoria se correlacionou positivamente com análise do próprio comportamento, aproximação de colegas, eventos agradáveis e identificação de qualidades em si, e se correlacionou negativamente com o peso. Para essa categoria, tornou-se clara sua relação com a perda de peso. Além disso, a ocorrência da identificação dos sentimentos caminhou em conjunto com o aumento de outros desejáveis citados, que possivelmente substituíram os comportamentos inadequados ligado ao ganho de peso.

*i) Categoria Aproximação de Colegas*

Essa categoria ocorreu em quase todas as sessões, com exceção de primeira e da décima quarta. A ocorrência desta categoria se correlacionou positivamente com análise do próprio comportamento, enfrentamento, identificação dos próprios sentimentos e iniciativa. Correlacionou-se negativamente com esquiva/isolamento de colegas e com o peso. A análise desta categoria mostrou que ela pode ter impulsionado o aumento de outros desejáveis concomitantemente à sua ocorrência, o que acabou diminuindo o comportamento contrário de esquiva/isolamento e o peso.

Através da evolução do cliente nas sessões pode-se verificar que, à medida que ele se aproximava dos pares, acabava descobrindo novas possibilidades de

comportamento mais adequadas e desejáveis para que ocorresse uma mudança positiva no seu repertório de atuação nas interações sociais.

*j) Categoria Análise do Próprio Comportamento*

Essa categoria apareceu menos no início do tratamento e se concentrou a partir da nona sessão, ocorrendo então em todas as sessões. A categoria análise do próprio comportamento se correlacionou positivamente com as categorias aproximação, enfrentamento e identificação dos próprios sentimentos, e se correlacionou negativamente com o peso. Os dados apontaram que, à medida que o cliente passou a analisar mais o seu próprio comportamento, também se aproximou mais das pessoas, enfrentando situações difíceis e identificando os próprios sentimentos. Além disso, a análise do próprio comportamento pareceu concorrer com o peso, ou seja, na mesma proporção que ela aumentava o peso diminuía.

*k) Categoria Identificação de Qualidades em Si*

Apresentou oscilação de ocorrência no início e se concentrou a partir da nona sessão, aparecendo em todas até o final. A ocorrência desta categoria se correlacionou positivamente com as categorias emoção ao falar de si, enfrentamento, espontaneidade, expressão adequada de sentimentos, identificação dos próprios sentimentos e realização de tarefa. Para essa última a correlação foi total, indicando que a identificação de qualidades em si ocorria sempre que o cliente fazia a tarefa solicitada e mostrando que essa técnica parece ter sido importante na evolução do cliente. As outras categorias de comportamento desejáveis citadas também mostraram a correlação positiva com essa categoria e novamente apareceram a inassertividade com mãe e o peso em ordem inversa.

*l) Categoria Eventos Agradáveis*

Essa categoria concentrou sua aparição a partir da sexta sessão, ocorrendo, a partir daí até o final, em todas as sessões. A categoria eventos agradáveis se correlacionou positivamente com a categoria identificação dos próprios sentimentos e negativamente com as categorias eventos aversivos, inassertividade com mãe e com o peso. Essas ocorrências parecem indicar que era mais fácil identificar seus sentimentos em situações agradáveis do que em situações aversivas.

*m) Atividade Física*

A ocorrência da categoria atividade física apresentou oscilação até a décima segunda sessão e depois se manteve até o final. Correlacionou-se positivamente com a categoria emoção ao falar de si e negativamente com as categorias esquiva/isolamento de colegas e justificativas. Esses dados apontaram a importância da atividade física, não somente para auxiliar o emagrecimento, mas também para afastá-lo de indesejáveis que atrapalhavam qualquer possibilidade de melhora em seu repertório. O fato de sair de casa para jogar futebol fez com que o cliente desenvolvesse novas amizades e ampliasse seu círculo social, conforme foi observado pela terapeuta através dos relatos de RM.

*n) Categoria Emoção ao Falar de Si*

A ocorrência da categoria emoção ao falar de si também apresentou oscilação e se concentrou a partir da décima primeira sessão, mantendo-se até o final do tratamento. Se correlacionou positivamente com as categorias atividade física e identificação de qualidades em si. O progresso do cliente no sentido de apresentar emoções ao falar de si durante as sessões lhe proporcionou a possibilidade de verificar seus aspectos positivos e a ligação com a atividade física ocorreu porque o cliente conseguia obter um bom desempenho no grupo de futebol que participava, conforme foi relatado nas sessões.

*o) Categoria Espontaneidade no Relato*

Apresentou aparição oscilante no início e concentrou-se a partir da décima segunda sessão, mantendo-se até o final. A ocorrência desta categoria se correlacionou positivamente com enfrentamento, percepção de qualidades em si e realização da tarefa e se correlacionou negativamente com a categoria inassertividade com colegas e com o peso. Observou-se, através das correlações, que o relato do cliente tornava-se mais espontâneo durante a sessão nos momentos em que ele conseguia valorizar-se e fazer referências a situações de enfrentamento relatadas nas tarefas propostas. Percebeu-se também que, à medida que ele relatava comportamentos mais assertivos, ocorria um aumento na espontaneidade. Juntamente com essas mudanças positivas, o peso também foi diminuindo.

*p) Categoria Enfrentamento*

A categoria enfrentamento apresentou uma aparição esporádica no início e concentrou-se a partir da nona sessão, mantendo-se até o final em todas as sessões. Correlacionou-se positivamente com análise do próprio comportamento, aproximação de colegas, espontaneidade no relato, expressão adequada de sentimentos e identificação de qualidades em si. Correlacionou-se negativamente com inassertividade com mãe, inassertividade com colegas e com o peso. O aumento do enfrentamento foi acompanhado do aumento de outras classes de comportamentos desejáveis e diminuição da inassertividade geral e do peso.

*q) Categoria Iniciativa*

A ocorrência da categoria iniciativa apresentou oscilação até a décima primeira sessão e a partir daí começou a aparecer regularmente até o final. Se correlacionou positivamente com aproximação de colegas e expressão adequada de sentimentos e negativamente com esquiva/isolamento de colegas e com o peso. As correlações entre essas categorias indicaram o observado nas sessões, isto é, quando a iniciativa do cliente aumentava, ele se aproximava das situações sociais com colegas e expressava seus sentimentos mais adequadamente, fato que caminhava em direção contrária à esquiva/isolamento e ao peso.

*r) Categoria Expressão Adequada de Sentimentos*

A ocorrência da categoria expressão adequada de sentimentos se concentrou nas últimas sessões e se correlacionou positivamente com iniciativa, identificação de qualidades em si e enfrentamento e negativamente com inassertividade com a mãe e o peso. Essa categoria também apontou para um aumento da ocorrência de desejáveis, juntamente com a diminuição da inassertividade com a mãe e do peso.

*s) Categoria Realização de Tarefa*

A ocorrência da categoria realização de tarefa se correlacionou positivamente com identificação de qualidades em si e espontaneidade e se correlacionou negativamente com a inassertividade com colegas. Observou-se pela análise que o registro mostrou-se útil para o cliente no sentido da auto observação. Por meio deste,

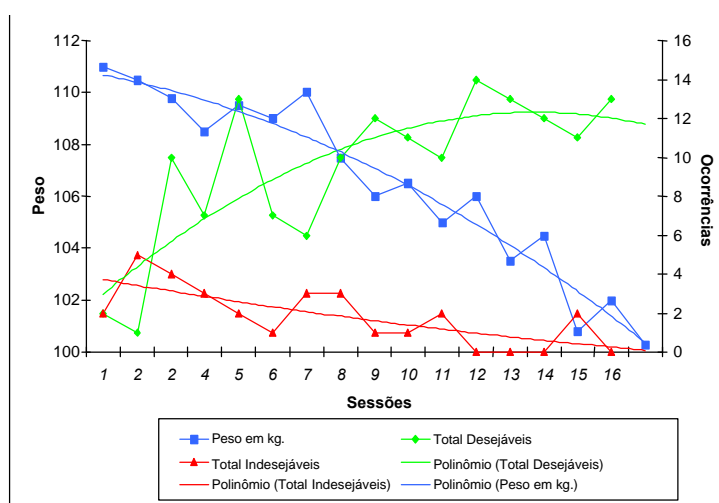
ele pôde descobrir seus aspectos positivos e conseqüentemente expressar-se mais adequadamente. Essa procedimento foi utilizado durante o tratamento, apenas em cinco sessões.

#### t) Categoria Peso

O peso se correlacionou positivamente com a categoria inassertividade com a mãe, reafirmando alguns aspectos já levantados anteriormente. A medida que o cliente foi aprendendo a eliminar esse comportamento, também foi perdendo peso. O peso se correlacionou negativamente com vários desejáveis, análise do próprio comportamento, aproximação de colegas, enfrentamento, espontaneidade, eventos agradáveis, expressão adequada de sentimentos, identificação dos próprios sentimentos, iniciativa e identificação de qualidades em si. Esses resultados mostraram que as classes de comportamentos citadas concorreram com o comportamento de ganhar peso para o cliente RM.

A categoria identificação dos sentimentos dos outros não apresentou nenhuma correlação positiva ou negativa.

Baseando-se ainda na ocorrência total das categorias de desejáveis e de indesejáveis por sessão e do peso, foi construída a Figura 11 com os valores obtidos a partir dos totais em cada sessão.



**Figura 11.** Totais de desejáveis, indesejáveis e peso por sessão do cliente 2

Na Figura 11, pode ser verificada uma tendência inversa entre as categorias desejáveis e o peso. No início do tratamento, as categorias desejáveis apresentavam baixa ocorrência por sessão e, à medida que as classes de comportamento desejáveis foram aumentando, o peso foi diminuindo, observando-se um cruzamento entre as linhas na metade do tratamento (sessão oito). O total de indesejáveis por sessão, apesar de não ter apresentado uma ocorrência muito elevada no início, apresentou uma queda, alcançando praticamente o nível zero de ocorrência por sessão no final do tratamento. Além do retorno mensal, que corresponde à décima sexta sessão (última representada no gráfico), o cliente retornou para o seguimento de dois meses e manteve os ganhos obtidos, inclusive o peso continuou diminuindo e chegou a 100,3 nesse último retorno.

### 3.2.4 Análise das Categorias da Terapeuta

Durante a observação do processo terapêutico do cliente 2, foram encontradas um total de 12 categorias de comportamento da terapeuta, que também foram criadas pela pesquisadora com o objetivo de verificar o tipo de trabalho realizado e identificar suas correlações com as categorias de comportamento da cliente.

Foi registrado o número 1 quando houve a ocorrência da categoria na sessão, independente da frequência, duração ou intensidade, e o número 0 quando não houve a ocorrência. Todas as categorias eram independentes e uma não excluía o aparecimento da outra durante a mesma sessão. A partir desses dados observados foi construída a tabela 10 .

**Tabela 10.** Ocorrência das categorias da terapeuta com o cliente, 2 por sessão

<b>Categorias para a terapeuta</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>Total</b>
Investigação	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
Empatia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
Questionamento	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	14
Aprovação	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
Interpretação	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	13
Ênfase nos objetivos	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	8
Técnicas gráficas e imaginárias	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	7
Orientação/Aconselhamento	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	7
Confrontação	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	6
Silêncio	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	5
Dar Informações	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	5
"Encenação"	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	

Nas 16 sessões analisadas, as categorias investigação e empatia ocorreram em todas elas, seguidas por questionamento, com 14 ocorrências e aprovação e interpretação com 13 ocorrências. Esse bloco de cinco categorias apresentou ocorrência bastante elevada durante todo o tratamento. As categorias menos utilizadas foram encenação, com 3 ocorrências e dar informações e silêncio, com o total de 5 ocorrências cada. As categorias confrontação, orientação/aconselhamento e técnicas gráficas e imaginárias apresentaram oscilação de ocorrência durante o tratamento, mostrando que foram utilizadas em diferentes momentos de acordo com as necessidades surgidas nas sessões e não como procedimento padrão.

Com os dados da tabela 5 foram calculados os índices de correlações entre as categorias através do mesmo programa estatístico SPSS utilizado com as categorias do cliente. Foi utilizado o teste de Spearman bilateral com níveis de significância aceitos entre .01 e .05 . Foram analisadas as categorias da terapeuta para RM entre elas e em relação às categorias do cliente, aos temas abordados e ao peso (Anexo XII).

#### *a) Aprovação*

A categoria aprovação apresentou correlação positiva com as categorias do cliente análise do próprio comportamento, aproximação com colegas, enfrentamento, identificação dos próprios sentimentos e iniciativa, e apresentou correlação negativa com as categorias do cliente esquiva/isolamento de colegas e com o peso. Os resultados indicaram que a terapeuta estava atenta ao seu propósito de reforçar os comportamentos desejáveis apresentados pelo cliente, principalmente em relação à aproximação de colegas. Confirmando essa relação, apareceu uma correlação negativa com a categoria esquiva/isolamento. A correlação negativa com o peso não significou que à medida que o peso diminuía a aprovação aumentava, mas sim que, provavelmente, ocorriam outros desejáveis junto com essa diminuição do peso, por isso a aprovação da terapeuta, que não reforçou diretamente a perda de peso em nenhum momento do tratamento.

#### *b) Confrontação*

A categoria confrontação correlacionou-se positivamente com a categoria da terapeuta orientação, indicando que as duas apresentaram uma tendência a ocorrer



simultaneamente durante o tratamento. A confrontação se correlacionou negativamente com o tema alimentação, mostrando que quanto mais este tema era focado na sessão, menos a terapeuta utilizava a confrontação, o que vem a confirmar que este tema não foi diretamente trabalhado.

*c) Encenação*

A categoria encenação apresentou uma correlação positiva com a categoria da terapeuta orientação, demonstrando que as duas tinham uma tendência a ocorrer simultaneamente.

*d) Informação*

A categoria informação apresentou uma correlação positiva com a categoria do cliente justificativas. Através de alguns relatos do cliente analisados durante o tratamento, a terapeuta lidava com o comportamento de R.M de utilizar justificativas com a apresentação de informações objetivas.

*e) Interpretação*

A categoria interpretação apresentou uma correlação positiva com o tema família, indicando que a terapeuta utilizava a interpretação como forma de conduzir o cliente na identificação de alguns sentimentos e padrões de resposta apresentados por ele na relação familiar.

*f) Orientação*

A categoria orientação apresentou uma correlação positiva com as categorias da terapeuta confrontação e encenação, e correlação negativa com a categoria da terapeuta técnicas gráficas e imaginárias e com o tema alimentação. Os dados apontaram, juntamente com a análise das sessões, que orientação, confrontação e encenação não foram muito utilizadas no início do tratamento, quando se destacaram mais as técnicas gráficas e imaginárias e o tema alimentação.

*g) Silêncio*

A categoria silêncio apresentou uma correlação negativa com a categoria do cliente expressão adequada de sentimentos mostrando que, quanto mais o cliente

expressava seus sentimentos adequadamente, menos ocorria a necessidade do uso do silêncio para que ele refletisse e, quanto menos ele conseguia expressar-se adequadamente, mais espaço necessitava para promover sua expressão.

*h) Técnicas gráficas e imaginárias*

A categoria técnicas gráficas e imaginárias apresentou correlações negativas com as categorias aproximação de colegas, expressão adequada de sentimentos, aprovação e orientação. Estes resultados indicam que tais recursos gráficos e imaginários foram diminuindo de ocorrência no decorrer do tratamento, quando aumentaram as categorias de aprovação e orientação, juntamente com a aproximação de colegas e a expressão adequada de sentimentos. À medida que o cliente conseguiu expressar seus sentimentos mais adequadamente e de outras maneiras verbais e diretas, tais técnicas não foram mais necessárias. Outro aspecto observado em relação a esta categoria se refere ao fato de que, durante sua utilização, o cliente ainda apresentava inibição e a relação terapeuta-cliente ainda não estava fortalecida. Não era, então, adequado fornecer orientações porque provavelmente elas não seriam seguidas.

## 4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Um dos aspectos que motivou este trabalho foi a curiosidade e a tentativa de explorar novos caminhos para diferentes propostas de tratamento que possam contribuir para o complexo problema da obesidade.

A análise quantitativa e qualitativa de todo o processo de atendimento comportamental proposto levou em consideração as várias modificações ocorridas nos dois clientes, que podem envolver fatores emocionais, comportamentais e físicos.

Conforme apontou Hayes (1981), um bom clínico sempre acaba fazendo várias experimentações com seus clientes para planejar e implementar sua prática clínica. O pesquisador clínico também atua da mesma maneira, mas necessita de medidas sistemáticas, repetidas e específicas para validar seu processo de investigação.

Os dois clientes que participaram desta pesquisa demonstraram várias mudanças positivas no decorrer do tratamento relacionados à demanda de cada um.

### 4.1 Cliente 1

Para essa cliente pode-se verificar claramente o quanto as modificações em psicologia clínica não ocorrem necessariamente de forma linear.

Em relação aos instrumentos quantitativos, foram obtidos resultados relacionados aos diferentes momentos vivenciados pela cliente durante o processo terapêutico, e, confirmados em muitos momentos pela análise das categorias.

As escalas de assertividade, ansiedade, timidez e sociabilidade e o YSR demonstraram oscilações, aumentando seus índices durante a segunda aplicação e demonstrando melhora ao final do tratamento. O mesmo processo também pode ser observado com o peso e com os comportamentos indesejáveis, que aumentaram nesse período da segunda aplicação sendo que os indesejáveis passaram depois a diminuir e o peso apresentou uma tendência à diminuição no final do tratamento.

Os dados resultantes da escala de assertividade, onde a cliente apresentou escores altíssimos no início da terapia e terminou com uma redução nos escores, apontam para uma melhora em relação a aspectos de agressividade e inadequação no contato interpessoal. Segundo Silva (1998), estudos apontam que assertividade tem

uma correlação alta com agressividade, sendo o limite que as separa bastante pequeno. Dow (1994) também citou a existência de alguns aspectos ligados à assertividade no que se refere à passividade e à agressividade, onde nessa última a pessoa reage de uma forma autoritária diante de problemas a serem enfrentados, podendo demonstrar raiva e desinteresse em negociar quando as coisas não são feitas do seu modo. Esses aspectos descrevem o comportamento anterior de CSO diante de dificuldades escolares e/ou familiares, contudo, ao final do tratamento, ela relatava mais otimismo diante das situações, identificava os sentimentos dos outros, demonstrava maior empatia e abertura para possibilidades de ação diferentes das suas e descobria novas formas de expressar suas opiniões de maneiras mais adequadas em cada situação enfrentada. Tais mudanças também foram confirmadas através dos índices do YSR, que apontaram diminuição nos distúrbios externalizantes.

A escala de timidez e sociabilidade também confirmou as mudanças, refletindo o aumento das interações sociais da cliente e do sentimento de prazer referido para tais situações. No início da terapia a cliente 1 relatava um sentimento negativo de estar com as pessoas, que pode ser identificado em vários momentos de seus relatos e que foram sendo modificados no decorrer de seu processo terapêutico.

Em relação à percepção da mãe frente a tais mudanças, ainda pareceu existir uma certa oscilação quanto à melhora da cliente 1. O CBCL não apontou grandes mudanças, diferentemente do que foi relatado por ela à terapeuta na entrevista final. Foram referidas várias mudanças observadas nas áreas de atividades e interação social, inclusive com exemplos de comportamentos tais como ir e voltar sozinha da aula de violino, a própria inscrição no curso de violino, busca de amigas fora do período de aula e convite de amigas para algum tipo de atividade. Neste campo de mudança da cliente 1 é necessário levantar um aspecto relevante sobre a dificuldade da mãe em permitir o desprendimento de CSO, referindo medo devido à violência no bairro e nos transportes públicos. A pequena mudança havida na percepção da mãe também pode ser entendida como uma dificuldade dela em aceitar as mudanças em direção a uma maior independência da filha, já que, de alguma forma, seu comportamento de superproteção estava sendo reforçado. Mas, aos poucos, a cliente passou a obter algumas aberturas com a mãe devido ao seu comportamento afirmativo. Esses aspectos de mudança da cliente 1 também foram verificados na análise das categorias, onde as categorias de dependência da mãe e inassertividade

com mãe foram diminuindo à medida que outras categorias foram aumentando, tais como, análise do próprio comportamento, eventos agradáveis, iniciativas, identificação dos sentimentos dos outros. No início da terapia algumas categorias como inassertividade com mãe e brigas familiares não eram relatadas, porém isso não significa necessariamente que elas não ocorriam anteriormente. O aparecimento naquele momento pode indicar também um fortalecimento da relação terapêutica, que possibilitou à cliente 1 uma maior abertura para falar sobre esses aspectos.

Alguns ganhos foram bastante visíveis para essa cliente através da análise das categorias. Os comportamentos de analisar o próprio comportamento, identificar os próprios sentimentos e se aproximar mais dos colegas concentraram a ocorrência a partir da metade do tratamento, mostrando que tais habilidades estavam presentes com mais constância no repertório de CSO a partir daquele momento. Outro aspecto interessante refere-se ao fato de que a partir da vigésima quarta sessão a cliente começou a relatar frequentemente eventos agradáveis, voltando então sua atenção para tais acontecimentos. Tanto eventos positivos quanto negativos continuaram fazendo parte da sua vida, porém, a sua visão diante das diferentes situações vivenciadas havia se modificado bastante, tornando-se otimista diante das várias dificuldades que surgiam. Assim, com a diminuição de alguns indesejáveis, a cliente foi conseguindo voltar a sua atenção para outras classes de comportamento mais desejáveis e apresentando mais chances de atuar nos relacionamentos sociais.

Apesar dos ganhos obtidos pela cliente 1 na área social, o comportamento de comer em excesso mostrava-se muito forte em seu repertório. Através da análise funcional foi percebido que a obesidade era algo muito reforçado pela mãe através de cuidados especiais diferenciados e presença constante para auxílio nas mínimas atividades de CSO. Além disso, o comportamento de comer em excesso da cliente 1 muitas vezes controlava o comportamento dos pais, que cessavam as discussões conjugais quando ela começava a comer intensamente nesses momentos.

Ao analisarmos o processo de desenvolvimento da cliente 1 pode-se perceber que os ganhos nos desejáveis que foram obtidos a partir da metade da terapia se relacionavam ao aumento de comportamentos encobertos, que ainda não se mostravam suficientemente reforçadores para concorrer com as duas conseqüências importantes obtidas com o comer em excesso (o controle parental e a atenção da mãe que a colocavam em posição de vantagem em relação aos irmãos).

Pode-se inferir que para essa cliente o ganho de desejáveis precisou ocorrer com mais frequência em seu repertório e se caracterizar pelo aumento de outros comportamentos mais ligados à iniciativa e enfrentamento para que pudesse dar sinais de alguma concorrência com o peso. À medida que essa situação foi se modificando, tornaram-se claras nos relatos da cliente as suas necessidades de desprendimento dos cuidados excessivos da mãe (nesse momento ela já estava conseguindo obter reforço social que competia com o da mãe).

Para CSO o ambiente familiar se caracterizava como reforçador de comportamentos de dependência e ao mesmo tempo aversivo devido às várias discussões com irmãos, com o pai e com a mãe, sendo que com esta última era devido ao controle excessivo exercido. Este tipo de situação familiar desfavorável dificulta a ação de qualquer tipo de tratamento psicológico, então, para casos onde não é possível modificar o ambiente hostil ou as normas impostas, devem ser desenvolvidas no cliente comportamentos que possibilitem o contra-controle. Com este tipo de repertório atuante a possibilidade de mudanças favoráveis é maior.

Conforme foi observado na Figura 6 e nas correlações entre as 10 últimas sessões, pode-se perceber que os aspectos das mudanças obtidas com a cliente 1 foram mais lentos, bem como as possibilidades dessa cliente atuar no seu próprio ambiente para buscar outros reforçadores. A partir do momento que as mudanças no repertório foram realmente fortalecidas a cliente pareceu buscar inclusive alternativas de emagrecimento, fazendo referências à intenção de se engajar em algum tipo de atividade física, que até então nunca havia realizado, com exceção de uma citação relacionada à educação física na escola.

Segundo Craighead et al. (1994), o terapeuta deve estar atento ao momento da terapia para cada cliente no que se refere à modificação de comportamentos porque não adianta retirar ou eliminar do repertório do cliente respostas inadequadas se ele ainda não apresenta outros comportamentos suficientemente fortes para substituí-las.

Em relação às técnicas da terapeuta podemos perceber que as categorias da terapeuta investigação, empatia, questionamento, interpretação e orientação/aconselhamento foram instrumentos importantes para o desenvolvimento da cliente 1 no processo terapêutico porque apresentaram ocorrência em praticamente todas as sessões e foram utilizadas pela terapeuta em todos os momentos do tratamento. Técnicas gráficas e imaginárias e/ou encenação mostraram-se úteis apenas

esporadicamente, de acordo com necessidades específicas surgidas em cada sessão, como por exemplo a utilização de técnicas gráficas e imaginárias foi importante no início, onde a relação terapêutica ainda estava sendo estabelecida.

Técnicas como aprovação também foram bem utilizadas, e, esta apresentou ocorrência em todas as sessões a partir do ponto onde a cliente aumentou a frequência de desejáveis, indicando que a terapeuta estava muito atenta a tal fato. A confrontação foi mais concentrada no momento do tratamento em que CSO já havia estabelecido uma boa relação terapêutica, caso contrário, provavelmente não teria sido útil no processo.

Os dados analisados para a cliente CSO conduziram a algumas hipóteses. Uma delas é a de que a cliente atravessou diferentes fases durante a terapia. Por volta da vigésima sessão ela começou a apresentar uma melhor e mais correta observação tanto das suas habilidades como das suas dificuldades, analisando melhor seu próprio comportamento, fato que não ocorria no início do tratamento. Nesse momento a relação terapêutica já estava bastante desenvolvida e prazerosa para a cliente, o que pode promover o seu envolvimento com o trabalho e com os seus sentimentos (houve um momento em que a cliente chorou durante a sessão ao se emocionar com seus relatos, o que mostrou-se positivo dentro da terapia). A outra hipótese diz respeito às dez últimas sessões do tratamento, período onde a cliente estava começando a vivenciar com mais frequência situações prazerosas em sua vida, inclusive como fruto de seus novos comportamentos ligados à iniciativa e enfrentamento de novas situações. Conforme os resultados indicaram, mesmo com o reaparecimento das brigas entre os pais e discussões da cliente com parentes e ou irmãos os ganhos na área comportamental se mantiveram. No mesmo período onde a cliente foi aumentando o peso, a irmã mais velha descobriu que tinha diabetes, fato que afetou a cliente em vários aspectos ligados ao medo de contrair a doença e à diminuição da atenção da mãe.

Apesar da não diminuição do peso em relação ao início do tratamento, percebeu-se uma movimentação clara da cliente 1 no sentido de um fortalecimento de vários comportamentos desejáveis e abandono de outros indesejáveis a partir da sessão 25, que se tornaram bastante fortalecidos no final da terapia.

## 4.2 Cliente 2

Através da análise funcional e da observação do cliente 2 percebeu-se que a obesidade e o comportamento de comer em excesso não apresentaram-se relacionados a reforçadores positivos, como foi o caso da cliente 1 que obtinha atenção contingente a esta forma de comportamento. O comer em excesso pareceu ser mantido por esquiva de situações sociais aversivas, por se tratarem de situações em que não sabia como agir. No período do tratamento foram percebidas mudanças positivas rápidas que foram afastando o cliente dos diversos grupos de comportamentos indesejáveis e trazendo-o próximo a novos reforçadores. Aos poucos, esses novos reforçadores se mostraram capazes de fazer com que esse cliente abandonasse os indesejáveis e aumentasse a frequência de aproximação de relacionamentos sociais. Essa aproximação gerou reforçamento positivo do ambiente muito rápido, que direcionou RM na emissão de mais respostas adequadas.

Esses aspectos lineares de mudança do cliente RM foram verificados na análise das categorias do cliente e de alguns instrumentos. Segundo os resultados do CBCL, escala de assertividade, escalas de timidez e sociabilidade, o cliente apresentou melhora entre as duas aplicações. Alguns aspectos levantados por Dow (1994) e ligados à assertividade no que se refere à passividade podem se encaixar bastante no processo de evolução ocorrido com esse cliente, que geralmente não expressava suas opiniões e deixava os outros resolverem tudo a seu modo sem nenhum tipo de questionamento (contrariamente à cliente 1). Porém, ao final do tratamento ele relatava mais situações onde conseguia falar ou até mesmo discordar, dentro da família e nas suas relações com colegas, descobrindo formas de expressar suas opiniões sem tanta ansiedade. Um dado interessante a ser comentado é que as queixas do cliente se relacionavam a problemas internalizantes, no caso os comportamentos de isolamento, os quais apresentaram uma queda no escore de 70 (área limítrofe) para 61 (normalidade).

Para RM os comportamentos desejáveis mostraram uma correlação negativa muito forte com a perda de peso e com os comportamentos indesejáveis, deixando clara a relação de concorrência existente no processo deste cliente 2. Porém, um outro aspecto de diferença a ser discutido refere-se ao seu repertório de comportamentos indesejáveis, que desde o início da terapia já ocorriam em menor



intensidade que os da cliente 1, e, acabaram mostrando menos oscilação durante todo o tratamento.

Ao final do tratamento do cliente 2 também foi feita uma entrevista com a mãe onde, além da aplicação do CBCL, foram investigados os sentimentos e percepção desta em relação ao comportamento passado e atual do cliente. Foi relatado pela mãe a percepção de mudanças de comportamento em RM na área de atividades sociais referente a colegas e à família, onde o cliente demonstrava-se mais à vontade com pessoas que anteriormente não falava muito. Em relação aos familiares, a mãe referiu que muitos comentaram sobre as mudanças de RM, inclusive sobre a perda de peso, que foi também apontada pelo cliente para a terapeuta através de comentários referentes às roupas que estavam ficando mais largas. A mãe também comentou a respeito da participação do cliente em um grupo de futebol que viajava para jogar quinzenalmente em outras cidades.

Enfim, para este cliente 2 as transformações aconteceram muito rapidamente, confirmando assim a hipótese de que não havia grandes ganhos reais ligados ao comportamento de comer em excesso e à obesidade, caracterizando-se mais como um déficit de habilidades que pode ser promovido mais rapidamente durante um processo terapêutico.

### **4.3 Considerações gerais**

Um aspecto que apresentou grande relevância para o sucesso terapêutico dos clientes foi a qualidade da relação terapêutica desenvolvida. Meyer e Vermes (2000) enfatizaram a questão sobre o quanto a percepção do cliente frente à relação terapêutica influencia nos resultados da terapia, e, quanto mais positiva ela se torna, maior é a efetividade em relação aos objetivos do tratamento.

As mudanças ocorridas na vida social e familiar dos dois clientes sugeriram que a terapia apresentou resultados positivos nas áreas interpessoais, inclusive também confirmados pelo reconhecimento das mudanças dos clientes por parte de amigos e familiares, conforme relatado pelos próprios clientes, sendo este um aspecto que pode ser considerado bastante reforçador para a manutenção das mudanças obtidas.

Um outro aspecto importante a ser levantado é em relação a importância do ambiente familiar para qualquer tratamento psicológico. Esse aspecto positivo ligado ao cliente RM pode ter contribuído para a sua melhora mais rápida que a cliente CSO, que não estava inserida em um ambiente que proporcionasse apoio e adequação. Novas pesquisas poderiam enfatizar um pouco mais esse aspecto e desenvolver formas de atuação em conjunto com orientação familiar.

Em ambos os casos relatados existia uma falta de repertório social adequado inicial, porém, para RM não existia um reforçador ambiental marcante que estivesse mantendo o comer em excesso. Seus comportamentos eram mantidos por fuga e esquiva de não se expor em situações sociais. Já em relação a CSO, existiam conseqüências reforçadoras muito fortes mantendo o comportamento de comer em excesso, além, obviamente, das outras queixas referidas. Sabe-se que em pesquisa clínica é importante o uso de medidas que avaliem cada cliente sistematicamente para identificar e tratar suas necessidades individualizadas, e, para esse tratamento puderam ser utilizadas variações de modelos e estratégias de avaliação para cada cliente, caso contrário, o que funcionou com um poderia não funcionar com outro. O tempo de tratamento e procedimentos utilizados tiveram que ser adaptados ao ritmo de cada cliente. Em outras palavras, pode-se dizer que os tratamentos realizados foram baseados em análises funcionais de cada caso.

Retomando-se os objetivos iniciais deste estudo, que relacionavam-se à verificação de mudanças clínicas através do trabalho terapêutico focado em outros comportamentos associados com a queixa principal parece apropriado fazer algumas reflexões sobre alguns resultados observados. Para os dois clientes foram percebidas relações entre a resposta do comer em excesso com outros comportamentos que eram o alvo deste trabalho. A estratégia de trabalho usada pela terapeuta obteve mudanças positivas em vários aspectos da vida dos clientes, expandindo alguns resultados positivos do tratamento para outras áreas da vida de cada cliente. Para estes clientes o tratamento baseado na análise funcional sem o enfoque na queixa da obesidade mostrou-se útil para a perda de peso e o desenvolvimento de diferentes habilidades sociais, no caso do cliente 2. Para a cliente 1 a relação entre as respostas também ficou clara, contudo ela apresentou um progresso nos ganhos comportamentais mais lento, e, pode-se dizer que nas últimas 10 sessões vem apresentando uma tendência de diminuição do peso também. Para que esta última hipótese se confirme seriam

necessários dados adicionais a partir do seguimento da cliente, que continuará voltando ao serviço de psicologia ainda por um determinado tempo.

Em relação à opção metodológica escolhida, as categorias foram definidas durante o tratamento baseando-se na percepção da terapeuta sobre aquilo que era relevante para cada cliente dentro de seus objetivos propostos na terapia, proporcionando assim um tratamento mais individualizado e não um “pacote”.

Sendo assim, as categorias da terapeuta para os dois clientes parecem ter sido utilizadas de acordo com o que foi proposto no tratamento, demonstrando flexibilidade para cada cliente e adequação aos diferentes momentos do tratamento. Frente aos dois casos relatados, os comportamentos da terapeuta não se modificaram de forma marcante, mas somente adequaram-se as necessidades atuais de cada cliente.

É importante ainda ressaltar que as categorias foram avaliadas em relação à ocorrência por sessão, independente da sua frequência dentro de cada sessão. Elas foram criadas com objetivo de discriminar os processos de mudança de cada cliente e como tentativa da pesquisadora de tornar o mais objetivo possível as impressões subjetivas advindas do processo terapêutico, porém, sem o objetivo de sofisticação e detalhamento que caracterizaria provavelmente um outro tipo de estudo. Uma transcrição de cada sessão seria ainda extremamente trabalhosa para a pesquisadora e sem a certeza de que ocorreriam mudanças relevantes na análise final de cada caso, visto que na clínica, existem outras mudanças que são percebidas mas que às vezes são de difícil mensuração mas que devem ser levadas em consideração para uma avaliação da sua evolução. Para os objetivos da pesquisa proposta esta medida de observação mostrou-se bastante útil para verificar como o cliente relatava os fatos e se comportava diante deles no decorrer de um processo terapêutico, e, a partir dessa medida foi possível uma caracterização das relações existentes entre as diferentes classes de comportamento, neste caso as que se relacionavam direta ou indiretamente com a obesidade e a competência social.

As interpretações dos resultados de estudos de caso são sempre tentativas, e, avanços nessa área de pesquisa clínica comportamental sempre derivam do efeito cumulativo de vários estudos. Sarwer e Wadden (1999) levantaram um aspecto importante no que se refere a tratamento e efetividade perceberam que a combinação

de diferentes abordagens para inúmeros problemas, não somente o da obesidade, na maioria das vezes acabam resultando na maior efetividade de qualquer tratamento.

Conforme aponta Kazdin (1998) , através de estudos de caso como estes não se pode validar cientificamente as inferências levantadas, mas podem ser apontados problemas específicos que poderão ser validados em pesquisas futuras. Pode-se também utilizar as informações obtidas e os procedimentos adotados como uma valiosa fonte de informação científica, as quais contribuem para a descrição de situações clínicas que não seriam viáveis em estudos experimentais.

Através da observação do progresso dos clientes e dos relatos dos mesmos, pode-se perceber que CSO e RM avaliaram o tratamento de uma forma muito positiva.

De acordo com Craighead e Kirkley (1994), a perda de peso para a maioria dos casos é muito mais complexa do que se pode parecer originalmente. Dessa maneira, a busca pelo maior entendimento das variáveis envolvidas nessa questão deve ser continuada através de novas experimentações e propostas de tratamento que se acrescentem às já existentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHENBACH, T. M. **Manual for the Child Behavior-Check list / 4-18 and Profile**. Burlington, V. T. : University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991
- ACHENBACH, T. M. **Manual for Youth Self-Report and Profile**. Burlington, V. T. : University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
- BARROS, C. A. S. M.; WERUTSKY, C. A. Atendimento psicológico em grupo de obesas: Relato de uma experiência. **Rev. Psiq. RS.**, v.7, n.2, p.111-114, 1985.
- BECKER, E. B.; HEIMBERG, R. G.; BELLACK, A. S. Assessment of social skill. In: **Social Skills Training Treatment for Depression**. New York, Pergamon Press, 1987. Cap. 4, p.24-40.
- BELL, S. K.; MORGAN, S. B. Children's attitudes and behavioral intentions toward a peer presented as obese: Does a medical explanation for the obesity make a difference? **Journal of Pediatric Psychology**, v.25, n.3, p.137-145, 2000.
- CABALLO, V. E. El entrenamiento en habilidades sociales. In: CABALLO, V. E. Org. **Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta**. Madrid, Siglo Veintiuno, 1996. Cap. 18, p.361-398.
- CHIORBOLI, E. Obesidade - Conceituação. **Simpósio Escrito Sobre Obesidade**, fascículo 1/6, 1983.
- CRAIGHEAD, L. W. Evaluation in Behavioral Research. In: CRAIGHEAD, L. W.; CRAIGHEAD, W. E.; KAZDIN, A. E.; MAHONEY, M. J., Orgs. **Cognitive and Behavioral Interventions: An empirical approach to Mental Health Problems**. Massachusetts, Paramount Publishing, 1994. Cap. 4, p.47-69.
- CRAIGHEAD, L. W. Models of Clinical change. In: CRAIGHEAD, L. W.; CRAIGHEAD, W. E.; KAZDIN, A. E.; MAHONEY, M. J., Orgs. **Cognitive and Behavioral Interventions: An empirical approach to Mental Health Problems**. Massachusetts, Paramount Publishing, 1994. Cap. 2, p.15-27.
- CRAIGHEAD, L. W.; Kirkley, G. B. Obesity and Eating Disorders. In: CRAIGHEAD, L. W.; CRAIGHEAD, W. E.; KAZDIN, A. E.; MAHONEY, M.

- J., Orgs. **Cognitive and Behavioral Interventions: An empirical approach to Mental Health Problems**. Massachusetts, Paramount Publishing, 1994. Cap. 9, p.141-156
- DAVIS, M. H. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. **Catalog of Selected Documents in Psychology**, v.10, p.85, 1980.
- DOW, M. G. Social Inadequacy and Social Skill. In: CRAIGHEAD, L. W.; CRAIGHEAD, W. E.; KAZDIN, A. E.; MAHONEY, M. J., Orgs. **Cognitive and Behavioral Interventions: An empirical approach to Mental Health Problems**. Massachusetts, Paramount Publishing, 1994. Cap. 8, p.123-140.
- ESSLINGER, I.; KOVÁCS, M. J. Culto ao Corpo: Ideal ou Sepultura? In: **Adolescência: Vida ou Morte?** São Paulo, Editora Ática, 1999. p.65-70.
- FALCONE, E. M. O. **A Avaliação de um Programa de Treinamento da Empatia com Universitários**. São Paulo, 1998. 186p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- FOSTER, G. D.; WADDEN, T. A.; VOGT, R. A. Body Image in Obese Women Before, During, and After Weight Loss Treatment. **Health Psychology**, v.16, n.3, p.226-229, 1997.
- GUARCH, C. V. Evaluación da las habilidades sociales. In: BALLESTEROS, R. F. Ed. **Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud**. Madri, Ediciones Pirámides , 1994. Cap. 10, p. 347-387.
- HALPERN, A. Obesidade – Como Diagnosticar e tratar. **Rev. Bras. Med.**, v.47, p.137-145, 1990. Edição Especial.
- HALPERN, A. **Obesidade**. São Paulo, Editora Contexto, 1998.
- HAYES, S. C. Single case experimental design and empirical clinical practice. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 49, n.2, p.193-211, 1981.
- JEFFERY, R. W.; EPSTEIN, L. H.; WILSON, G. T.; DREWNOWSKI, A; STUNKARD, A. J.; WING, R. R. Long term maintenance of weight loss; Current status. **Health Psychology**, v.19, p.5-16, 2000. Supplement 1.

- JELALIAN, E.; SAELENS, B. E. Empirically supported treatment in pediatric psychology: pediatric obesity. **Journal of Pediatric Psychology**, v.24, n.3, p.223-248, 1999.
- KAPLAN, D. I.; SADOCK, L. B. Perturbações Psicossomáticas: Obesidade. In: **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. Porto Alegre, Artes médicas, 1984, p.533-541.
- KAWACHI, I. Physical and psychological consequences of weight gain. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.60, p.5-9, 1999. Supplement 21.
- KAZDIN, A. E. **Single- case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings**. Cambridge, Oxford University Press, 1982.
- KAZDIN, A. E. Special Topics in Clinical Research. In: KAZDIN, A. E., Ed. **Methodological Issues & Strategies in Clinical Research**. 2.ed. Washington, DC, 1998. Cap. 5, p.393-400.
- KAZDIN, A. E. Drawing Valid Inferences from Case Studies. In: KAZDIN, A. E., Ed. **Methodological Issues & Strategies in Clinical Research**. 2.ed. Washington, DC, 1998. Cap. 20, p.403-4417.
- KERBAUY, R. R. Obesidade. In: LETTNER, W. H.; RANGÉ, B. P. Orgs. **Manual de Psicoterapia Comportamental**. São Paulo, Editora Manole, 1988, Cap. 13, p.215-222.
- LOGUE, A. W. Overeating and obesity. In: **The Psychology of Eating and Drinking**. New York, Freeman and Company, 1986. Cap. 4, p.164-187.
- MACKENZIE, R.; NEISTEIN, L. S. Obesity. In: NEISTEIN, L. S., Ed. **Adolescent Health Care: A Practical guide** 3.ed. New York, Library of Congress, 1996. Cap. 32, p. 547-563.
- MEYER, S. B. O conceito de análise funcional. In: DELITTI, M. org. **Sobre Comportamento e Cognição. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo, Editora Arbytes, 1997. Cap. , p.31-36.

- MEYER, S. B.; VERMES, J. S. Relação Terapêutica. In: RANGÉ, B. Org. **Atualizações em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais**. Campinas, 2000. [no prelo].
- MORAIS, G. P. **Contribuição do Psicodiagnóstico de Rorschach ao Estudo da Obesidade**. São Paulo, 1991. 98p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- MÜLLER, R. C. L. **A História familiar e a obesidade na adolescência: Um estudo clínico-qualitativo com adolescentes obesos**. Campinas, 1999. 139p. Tese (Doutorado) – Fac. de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- NAGLER, W.; ANDROFF, A. Investigating the impact of deconditioning anxiety on weight loss. **Psychological Reports**, v.66, p.595-600, 1990.
- NEISTEIN, L. S.; JULIANI, M. A.; SHAPIRO, J. Psychosocial Development in Normal Adolescents. In: NEISTEIN, L. S. Ed. **Adolescent Health Care: A Practical Guide**, 3.ed. New York, Library of Congress, 1996. Cap. 2, p.40-45.
- PASQUALI, L.; GOUVEIA, V. V. Escala de Assertividade Rathus – RAS: Adaptação Brasileira. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.6, n.3, p. 233-249, 1990.
- PERRI, M. G. The maintenance of treatment effects in the long term management of obesity. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v.5, n.4, p.526-543, 1998.
- RIM, C. D.; MASTERS, C. J. Autocontrole e Obesidade. In: **Terapia Comportamental**. São Paulo, Editora Manole, 1983. p.436-441.
- SAEWER, D. B.; WADDEN, T. A The treatment of obesity: What's new, what's recommended. **Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine**, v.8, n.4, p.483-493, 1999.
- SAITO, M. I. Obesidade na Adolescência. **Pediatria Moderna**, v.22, n.8, p. 1987.
- SCHACHTER, S.; GOLDMAN, R.; GORDON, A. Effects of fear, food deprivation and obesity on eating. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.10, p.91-97, 1968.
- SILVA, A.A. **Estudos com Escalas de assertividade e de Timidez e Sociabilidade**. São Paulo, Instituto de Psicologia da USP, 1998. 5p. [Mimeografado]



- SILVARES, E.F.M.; BANACO, R. A . O Estudo de Caso Clínico Comportamental. In: SILVARES, E.F.M. org. **Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil vol. I**, São Paulo, Papirus Editora, 2000. Cap. 2, p.31-48.
- SILVARES, E. F. M.; MEYER, S. B. Análise funcional da fobia social em uma concepção behaviorista radical. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.27, n.6, p. 329-334, 2000.
- SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE** Trad. e adaptação Angela Biaggio. Rio de Janeiro, CEPA, 1979.
- STICE, E. Prospective Relation of Dieting Behaviors to Weight Change in a Community Sample of Adolescents. **Behavior Therapy**, v.29, p.277-297, 1998.
- STRADMEIJER, M.; BOSCH, J.; KOOPS, W.; SEIDELL, J. Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. **International Journal of Eating Disorders**, v.27, n.1, p.110-114, 2000.
- STUART, R. B. A Three-Dimensional Program for the Treatment of Obesity. **Behavior, Research & Therapy**, v.9, p.177-186, 1971.
- STURMEY, P. Process issues II: Developing and using a functional analysis. In: STURMEY, P. **Functional analysis in clinical psychology**. Chichester, Inglaterra, John Wiley & Sons, 1996. P.176-203.

Confrontação	Ansiedade	0,399*
Confrontação	Competitividade	0,431**
Confrontação	Justificativas	0,423**
Confrontação	Relaxamento	0,319*
Dependência da mãe	Aproximação	..0,474**
Dependência da mãe	Brigas familiares	0,475**
Dependência da mãe	Enfrentamento	..0,436**
Dependência da mãe	Expressão adequada de sentimentos	..0,359*
Dependência da mãe	Tema: família	0,319*
Dependência da mãe	Inassertividade com mãe	0,528**
Dependência da mãe	Iniciativa	..0,376*
Dependência da mãe	Orientação/aconselhamento	..0,328
Dependência da mãe	Peso	..0,369*
Dependência da mãe	Tema: relacionamento	..0,385*
Dependência da mãe	Relaxamento	0,450**
Dependência da mãe	Tarefa	0,448*
Emoção ao falar de si	Aproximação de colegas	0,519**
Emoção ao falar de si	Encenação	0,356*
Emoção ao falar de si	Expressão adequada de sentimentos	0,333*
Emoção ao falar de si	Identificação de qualidades em si	0,369*
Encenação	Aproximação de colegas	0,337*
Encenação	Emoção ao falar de si	0,356*
Enfrentamento	Aprovação	0,368*
Enfrentamento	Aproximação de colegas	0,378*
Enfrentamento	Concorrentes ao comer	0,483**
Enfrentamento	Dependência da mãe	..0,436**
Enfrentamento	Eventos agradáveis	0,563
Enfrentamento	Expressão adequada de sentimentos	0,468**
Enfrentamento	Tema: família	0,318*
Enfrentamento	Identificação dos próprios sentimentos	0,343*
Enfrentamento	Inassertividade com colegas	..0,322*
Enfrentamento	Inassertividade com mãe	..0,350*
Enfrentamento	Inflexibilidade	..0,466**
Enfrentamento	Iniciativa	0,441**
Enfrentamento	Justificativas	..0,404*
Enfrentamento	Peso	0,577**
Enfrentamento	Identificação de qualidades em si	0,403
Enfrentamento	Relaxamento	..0,318*
Enfrentamento	Identificação dos sentimentos dos outros	0,520**
Esquiva/isolamento de colegas	Inflexibilidade	0,327*
Esquiva/isolamento de colegas	Iniciativa	..0,447**
Esquiva/isolamento de colegas	Justificativas	0,369*
Eventos agradáveis	Análise do próprio comportamento	0,433
Eventos agradáveis	Aprovação	0,426
Eventos agradáveis	Aproximação de colegas	0,520**
Eventos agradáveis	Enfrentamento	0,563
Eventos agradáveis	Eventos aversivos	..0,378*
Eventos agradáveis	Expressão adequada de sentimentos	0,347*
Eventos agradáveis	Identificação dos próprios sentimentos	0,385*
Eventos agradáveis	Inflexibilidade	..0,341*
Eventos agradáveis	Dar informação	..0,327
Eventos agradáveis	Iniciativa	0,325*
Eventos agradáveis	Justificativa	..0,378*
Eventos agradáveis	Peso	685**
Eventos agradáveis	Identificação de qualidades em si	0,436**
Eventos agradáveis	Relaxamento	..0,343
Eventos agradáveis	Identificação dos sentimentos dos outros	0,378*

Eventos aversivos	Competitividade	0,483**
Eventos aversivos	Eventos agradáveis	..0,378*
Eventos aversivos	Expressão adequada de sentimentos	..0,409**
Eventos aversivos	Inflexibilidade	0,354*
Eventos aversivos	Peso	..0,395*
Eventos aversivos	Identificação de qualidades em si	..0,516
Eventos aversivos	Identificação dos sentimentos dos outros	..0,470**
Eventos aversivos	Técnicas gráficas imaginárias	0,390*
Expressão adequada de sentimentos	Tema: alimentação	..0,333*
Expressão adequada de sentimentos	Competitividade	..0,470**
Expressão adequada de sentimentos	Dependência da mãe	..0,359*
Expressão adequada de sentimentos	Emoção ao falar de si	0,333*
Expressão adequada de sentimentos	Enfrentamento	0,468**
Expressão adequada de sentimentos	Eventos agradáveis	0,347*
Expressão adequada de sentimentos	Eventos aversivos	..0,409**
Expressão adequada de sentimentos	Inassertividade com colegas	..0,387
Expressão adequada de sentimentos	Inflexibilidade	..0,507
Expressão adequada de sentimentos	Iniciativa	0,693**
Expressão adequada de sentimentos	Justificativas	..0,409**
Expressão adequada de sentimentos	Identificação de qualidades em si	0,645
Expressão adequada de sentimentos	Identificação dos sentimentos dos outros	0,533**
Identificação dos próprios sentimentos	Enfrentamento	0,343*
Identificação dos próprios sentimentos	Tema: escola	..0,318*
Identificação dos próprios sentimentos	Eventos agradáveis	0,385*
Identificação dos próprios sentimentos	Inflexibilidade	..0,347*
Identificação dos próprios sentimentos	Justificativas	..0,333*
Identificação dos próprios sentimentos	Ênfase nos objetivos	..0,468**
Identificação dos próprios sentimentos	Relaxamento	..0,475**
Identificação dos próprios sentimentos	Identificação dos sentimentos dos outros	0,457**
Inassertividade com colegas	Aproximação de colegas	0,335*
Inassertividade com colegas	Competitividade	0,327*
Inassertividade com colegas	Enfrentamento	..0,322*
Inassertividade com colegas	Expressão adequada de sentimentos	..0,387*
Inassertividade com colegas	Inflexibilidade	0,546**
Inassertividade com colegas	Iniciativa	..0,335*
Inassertividade com colegas	Identificação dos sentimentos dos outros	..0,369*
Inassertividade com mãe	Brigas familiares	0,378*
Inassertividade com mãe	Dependência da mãe	0,528**
Inassertividade com mãe	Enfrentamento	..0,350*
Inassertividade com mãe	Tarefa	0,38
Inflexibilidade	Competitividade	0,341*
Inflexibilidade	Enfrentamento	..0,466**
Inflexibilidade	Esquiva/isolamento de colegas	0,327*
Inflexibilidade	Eventos agradáveis	..0,341*
Inflexibilidade	Eventos aversivos	0,354
Inflexibilidade	Expressão adequada de sentimentos	..0,507
Inflexibilidade	Tema: família	..0,421**
Inflexibilidade	Identificação dos próprios sentimentos	..0,347*
Inflexibilidade	Inassertividade com colegas	0,546*
Inflexibilidade	Iniciativa	..0,520
Inflexibilidade	Justificativas	0,668**
Inflexibilidade	Ênfase nos objetivos	0,334*
Inflexibilidade	Identificação de qualidades em si	..0,327
Inflexibilidade	Identificação dos sentimentos dos outros	..0,563**

Dar informação T	Aproximação de colegas	..0,335*
Dar informação T	Tema : escola	..0,363*
Dar informação T	Eventos agradáveis	..0,327*
Dar informação T	Peso	..0,383*
Iniciativa	Tema: alimentação	..0,338*
Iniciativa	Competitividade	..0,431*
Iniciativa	Dependência da mãe	..0,376*
Iniciativa	Enfrentamento	0,441**
Iniciativa	Esquiva/isolamento de colegas	..0,447**
Iniciativa	Eventos agradáveis	0,325*
Iniciativa	Expressão adequada de sentimentos	0,693**
Iniciativa	Inassertividade com colegas	..0,335
Iniciativa	Inflexibilidade	..0,520
Iniciativa	Peso	0,364
Iniciativa	Identificação de qualidades em si	0,447**
Interpretação T	Análise do próprio comportamento	0,497**
Interpretação T	Aprovação	0,396*
Interpretação T	Questionamento	0,698**
Justificativas	Ansiedade	0,354*
Justificativas	Confrontação	0,423**
Justificativas	Enfrentamento	..0,404*
Justificativas	Esquiva/isolamento de colegas	0,369*
Justificativas	Eventos agradáveis	..0,378*
Justificativas	Expressão adequada de sentimentos	..0,409**
Justificativas	Tema:Família	0,424**
Justificativas	Identificação dos próprios sentimentos	..0,333*
Justificativas	Inflexibilidade	0,668**
Justificativas	Ênfase nos objetivos	0,407*
Justificativas	Identificação de qualidades em si	..0,405*
Justificativas	Identificação dos sentimentos dos outros	..0,364*
Ênfase nos objetivos T	Tema: família	..0,387*
Ênfase nos objetivos T	Identificação dos próprios sentimentos	..0,468**
Ênfase nos objetivos T	Inflexibilidade	0,334*
Ênfase nos objetivos T	Justificativas	0,407*
Ênfase nos objetivos T	Identificação dos sentimentos dos outros	..0,407*
Orientação/aconselhamento T	Aprovação	0,492**
Orientação/aconselhamento T	Dependência da mãe	..0,326*
Peso	Análise do próprio comportamento	0,453**
Peso	Aprovação	0,492**
Peso	Aproximação de colegas	0,395*
Peso	Concorrentes ao comer	0,359*
Peso	Dependência da mãe	..0,369*
Peso	Enfrentamento	0,577**
Peso	Eventos agradáveis	0,685**
Peso	Eventos aversivos	..0,395*
Peso	Dar informação	..0,383
Peso	Iniciativa	0,364*
Peso	Identificação de qualidades em si	0,342*
Peso	tema:relacionamento social	0,324*
Peso	Identificação dos sentimentos dos outros	0,404*

Identificação de qualidades em si	Tema:alimentação	..0,369*
Identificação de qualidades em si	Aproximação de colegas	0,335*
Identificação de qualidades em si	Emoção ao falar de si	0,369*
Identificação de qualidades em si	Enfrentamento	0,403*
Identificação de qualidades em si	Eventos agradáveis	0,436*
Identificação de qualidades em si	Eventos aversivos	..0,516**
Identificação de qualidades em si	Expressão adequada de sentimentos	0,645**
Identificação de qualidades em si	Inflexibilidade	..0,327*
Identificação de qualidades em si	Iniciativa	0,447*
Identificação de qualidades em si	Justificativas	..0,405
Identificação de qualidades em si	Peso	0,342*
Identificação de qualidades em si	Identificação dos sentimentos dos outros	0,405*
Questionamento T	Análise do próprio comportamento	0,347*
Questionamento T	Interpretação	0,698**
Questionamento T	Relaxamento	..0,319*
Relaxamento	Aproximação de colegas	..0,512**
Relaxamento	Brigas familiares	0,449**
Relaxamento	Confrontação	0,319*
Relaxamento	Dependência da mãe	0,450**
Relaxamento	Enfrentamento	..0,318*
Relaxamento	Eventos agradáveis	..0,343*
Relaxamento	Identificação dos próprios sentimentos	..0,475**
Relaxamento	Questionamento	..0,319*
Identificação dos sentimentos dos outros	Análise do próprio comportamento	0,390*
Identificação dos sentimentos dos outros	Aprovação	0,490**
Identificação dos sentimentos dos outros	Enfrentamento	0,520**
Identificação dos sentimentos dos outros	Eventos agradáveis	0,378*
Identificação dos sentimentos dos outros	Eventos aversivos	..0,470**
Identificação dos sentimentos dos outros	Expressão adequada de sentimentos	0,533**
Identificação dos sentimentos dos outros	Identificação dos próprios sentimentos	0,457**
Identificação dos sentimentos dos outros	Inassertividade com colegas	..0,369*
Identificação dos sentimentos dos outros	Inflexibilidade	..0,563**
Identificação dos sentimentos dos outros	Justificativas	..0,364*
Identificação dos sentimentos dos outros	Ênfase nos objetivos	..0,407*
Identificação dos sentimentos dos outros	Peso	0,404*
Identificação dos sentimentos dos outros	Cognições pessimistas	..0,443**
Identificação dos sentimentos dos outros	Identificação de qualidades em si	0,405*
Identificação dos sentimentos dos outros	Técnicas gráficas/imaginárias	..0,390*
Tarefa	Aprovação	0,368*
Tarefa	Brigas familiares	0,518**
Tarefa	Dependência da mãe	0,448*
Tarefa	Inassertividade com mãe	0,380*
Técnicas gráficas/imaginárias T	Tema: alimentação	0,425**
Técnicas gráficas/imaginárias T	Aprovação	0,337*
Técnicas gráficas/imaginárias T	Eventos aversivos	0,390*
Técnicas gráficas/imaginárias T	Identificação de qualidades em si	..0,331*
Técnicas gráficas/imaginárias T	Identificação dos sentimentos dos outros	..0,390*
Total desejáveis	Total indesejáveis	..0,708*
Total desejáveis	Peso	..0,854**
Total indesejáveis	Peso	0,754*

As células em branco se referem às correlações positivas; as em cinza às correlações negativas.

## ANEXO XII

### Correlações entre categorias do cliente 2

Aprovação T	Técnicas gráficas/imaginárias	..0,545*
Aprovação T	Análise do próprio comportamento	0,832**
Aprovação T	Aproximação	1,00**
Aprovação T	Enfrentamento	0,545*
Aprovação T	Esquiva/isolamento de colegas	..0,590*
Aprovação T	Identificação dos próprios sentimentos	0,787**
Aprovação T	Iniciativa	0,545*
Aprovação T	Peso	..0,574*
Confrontação T	Orientação	0,618*
Confrontação T	Tema:alimentação	..0,775**
Encenação T	Orientação/aconselhamento	0,545*
Informação T	Justificativas	0,545*
Interpretação T	Tema:família	0,590*
Orientação/aconselhamento T	Tema: alimentação	..0,630
Orientação/aconselhamento T	Confrontação	0,618*
Orientação/aconselhamento T	Encenação	0,545*
Orientação/aconselhamento T	Técnicas gráficas/imaginárias	..0,524*
Silêncio T	Expressão adequada de sentimentos	..0,674**
Técnicas gráficas/imaginárias T	aprovação	..0,545*
Técnicas gráficas/imaginárias T	Aproximação	..0,545*
Técnicas gráficas/imaginárias T	Expressão adequada de sentimentos	..0,630**
Técnicas gráficas/imaginárias T	Orientação/aconselhamento	..0,524*
Análise do proprio comportamento	Aproximação	0,554*
Análise do proprio comportamento	Enfrentamento	0,612**
Análise do proprio comportamento	Identificação dos próprios sentimentos	0,552*
Análise do proprio comportamento	Peso	..0,632
Ansiedade	Tema: família	..0,525*
Aproximação de colegas	Análise do próprio comportamento	0,541*
Aproximação de colegas	Enfrentamento	0,654**
Aproximação de colegas	Identificação dos próprios sentimentos	0,559*
Aproximação de colegas	Iniciativa	0,655**
Aproximação de colegas	Esquiva/isolamento de colegas	..0,633**
Aproximação de colegas	Peso	..0,743**
Atividade física	Emoção ao falar de si	0,598*
Atividade física	Esquiva/isolamento de colegas	..0,741**
Atividade física	Justificativas	..0,698*
Dependência da mãe	Inassertividade com colegas	0,759**
Emoção ao falar de si	Atividade física	0,655*
Emoção ao falar de si	Identificação de qualidades em si	0,698*
Enfrentamento	Análise do próprio comportamento	0,798**
Enfrentamento	Aproximação de colegas	0,812**
Enfrentamento	Espontaneidade	0,544*
Enfrentamento	Expressão adequada de sentimentos	0,774**
Enfrentamento	Identificação de qualidades em si	0,656*
Enfrentamento	Inassertividade com mãe	..0,652*
Enfrentamento	Inassertividade com colegas	..0,788**
Enfrentamento	Peso	..0,811**

Espontaneidade no relato	Enfrentamento	0,644*
Espontaneidade no relato	Identificação de qualidades em	0,558*
Espontaneidade no relato	Tarefa	0,612*
Espontaneidade no relato	Inassertividade com colegas	..0,711**
Espontaneidade no relato	Peso	..0,699**
Esquiva/isolamento de	Aproximação de colegas	..0,659*
Esquiva/isolamento de	Atividade física	..0,723**
Esquiva/isolamento de	Iniciativa	..0,611*
Eventos agradáveis	Identificação dos próprios	0,699**
Eventos agradáveis	Eventos aversivos	..0,719**
Eventos agradáveis	Inassertividade com mãe	..0,711**
Eventos agradáveis	Peso	..0,812**
Eventos aversivos	Inassertividade com mãe	0,652*
Eventos aversivos	Eventos agradáveis	..0,759**
Expressão adequada de	Iniciativa	0,744**
Expressão adequada de	Identificação de qualidades em	0,719**
Expressão adequada de	Enfrentamento	0,625*
Expressão adequada de	Inassertividade com mãe	..0,588*
Expressão adequada de	Peso	..0,795**
Identificação dos próprios	Análise do próprio comportamento	0,651*
Identificação dos próprios	Aproximação de colegas	0,713**
Identificação dos próprios	Eventos agradáveis	0,651*
Identificação dos próprios	Identificação de qualidades em	0,621*
Identificação dos próprios	Peso	..0,782**
Identificação de qualidades em	Emoção ao falar de si	0,621*
Identificação de qualidades em	Enfrentamento	0,599*
Identificação de qualidades em	Espontaneidade	0,652*
Identificação de qualidades em	Expressão adequada de	0,652*
Identificação de qualidades em	Identificação dos próprios	0,711**
Identificação de qualidades em	Tarefa	1
Inassertividade com colegas	Dependência da mãe	0,599*
Inassertividade com colegas	Enfrentamento	..0,711**
Inassertividade com colegas	Espontaneidade	..0,692**
Inassertividade com colegas	Tarefa	..0,587*
Inassertividade com mãe	Eventos aversivos	0,594*
Inassertividade com mãe	Peso	0,746**
Inassertividade com mãe	Enfrentamento	..0,651*
Inassertividade com mãe	Eventos agradáveis	..0,712**
Inassertividade com mãe	Expressão adequada de	..0,622*
Inassertividade com mãe	Identificação de qualidades em	..0,599*
Iniciativa	Aproximação de colegas	0,685**
Iniciativa	Expressão adequada de	0,598*
Iniciativa	Esquiva/isolamento de	..0,746**
Iniciativa	Peso	..0,744**
Justificativa	Atividade física	..0,687*
Tarefa	Identificação de qualidades em	0,741**
Tarefa	Espontaneidade	0,623*
Tarefa	Inassertividade com colegas	..0,652**
Peso	Inassertividade com mãe	0,655**
Peso	Análise do próprio comportamento	..0,697*
Peso	Aproximação de colegas	..0,743**
Peso	Enfrentamento	..0,691**
Peso	Espontaneidade	..0,611*
Peso	Eventos agradáveis	..0,713**
Peso	Expressão adequada de	..0,613*
Peso	Identificação dos próprios	..0,621*
Peso	Iniciativa	..0,695**
Peso	Identificação de qualidades em	..0,712**

Identificação de qualidades em si	Tema:alimentação	..0,369*
Identificação de qualidades em si	Aproximação de colegas	0,335*
Identificação de qualidades em si	Emoção ao falar de si	0,369*
Identificação de qualidades em si	Enfrentamento	0,403*
Identificação de qualidades em si	Eventos agradáveis	0,436*
Identificação de qualidades em si	Eventos aversivos	..0,516**
Identificação de qualidades em si	Expressão adequada de sentimentos	0,645**
Identificação de qualidades em si	Inflexibilidade	..0,327*
Identificação de qualidades em si	Iniciativa	0,447*
Identificação de qualidades em si	Justificativas	..0,405
Identificação de qualidades em si	Peso	0,342*
Identificação de qualidades em si	Identificação dos sentimentos dos outros	0,405*
Questionamento T	Análise do próprio comportamento	0,347*
Questionamento T	Interpretação	0,698**
Questionamento T	Relaxamento	..0,319*
Relaxamento	Aproximação de colegas	..0,512**
Relaxamento	Brigas familiares	0,449**
Relaxamento	Confrontação	0,319*
Relaxamento	Dependência da mãe	0,450**
Relaxamento	Enfrentamento	..0,318*
Relaxamento	Eventos agradáveis	..0,343*
Relaxamento	Identificação dos próprios sentimentos	..0,475**
Relaxamento	Questionamento	..0,319*
Identificação dos sentimentos dos outros	Análise do próprio comportamento	0,390*
Identificação dos sentimentos dos outros	Aprovação	0,490**
Identificação dos sentimentos dos outros	Enfrentamento	0,520**
Identificação dos sentimentos dos outros	Eventos agradáveis	0,378*
Identificação dos sentimentos dos outros	Eventos aversivos	..0,470**
Identificação dos sentimentos dos outros	Expressão adequada de sentimentos	0,533**
Identificação dos sentimentos dos outros	Identificação dos próprios sentimentos	0,457**
Identificação dos sentimentos dos outros	Inassertividade com colegas	..0,369*
Identificação dos sentimentos dos outros	Inflexibilidade	..0,563**
Identificação dos sentimentos dos outros	Justificativas	..0,364*
Identificação dos sentimentos dos outros	Ênfase nos objetivos	..0,407*
Identificação dos sentimentos dos outros	Peso	0,404*
Identificação dos sentimentos dos outros	Cognições pessimistas	..0,443**
Identificação dos sentimentos dos outros	Identificação de qualidades em si	0,405*
Identificação dos sentimentos dos outros	Técnicas gráficas/imaginárias	..0,390*
Tarefa	Aprovação	0,368*
Tarefa	Brigas familiares	0,518**
Tarefa	Dependência da mãe	0,448*
Tarefa	Inassertividade com mãe	0,380*
Técnicas gráficas/imaginárias T	Tema: alimentação	0,425**
Técnicas gráficas/imaginárias T	Aprovação	0,337*
Técnicas gráficas/imaginárias T	Eventos aversivos	0,390*
Técnicas gráficas/imaginárias T	Identificação de qualidades em si	..0,331*
Técnicas gráficas/imaginárias T	Identificação dos sentimentos dos outros	..0,390*
Total desejáveis	Total indesejáveis	..0,708*
Total desejáveis	Peso	..0,854**
Total indesejáveis	Peso	0,754*

As células em branco se referem às correlações positivas; as em cinza às correlações negativas.