



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

**HABILIDADES SOCIAIS EM PORTADORES DE ANOMALIA DA  
DIFERENCIAÇÃO SEXUAL**

ANA PAULA DE ANDRADE SARDINHA

Abril/2010

Belém-Pará



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO

**HABILIDADES SOCIAIS EM PORTADORES DE ANOMALIA DA  
DIFERENCIAÇÃO SEXUAL**

ANA PAULA DE ANDRADE SARDINHA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento como um dos requisitos para obtenção do Título de Mestre, realizada sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eleonora Arnaud Pereira Ferreira.

Abril/2010

Belém-Pará

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Central/UFPA, Belém-PA**

---

Sardinha, Ana Paula de Andrade, 1982-

Habilidades sociais em portadores de anomalia da diferenciação sexual / Ana Paula de Andrade Sardinha ; orientadora, Eleonora Arnaud Pereira Ferreira. — 2010

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2010.

1. Relações humanas. 2. Habilidades sociais. 3. Diferenciação dos sexos – Anomalias. 4. Psicologia social. I. Título.

CDD - 22. ed. 158.2

---



Serviço Público Federal  
Universidade Federal do Pará  
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento  
Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do  
Comportamento

## Dissertação de Mestrado

**“Habilidades Sociais em Portadores de Anomalia da  
Diferenciação Sexual”**

**Candidata: ANA PAULA DE ANDRADE SARDINHA**

**Data da Defesa: 25 de maio de 2010**

**Resultado: Aprovada.**

**Banca Examinadora:**

*Eleonora Arnaud Pereira Ferreira*

Profª Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira (UFPA), Orientadora.

*Sheila Giardini Murta*

Profª. Dra. Sheila Giardini Murta (UnB), Membro.

*Simone Neno*

Dra. Simone Neno (UFPA), Membro.

*Dedico este trabalho aos meus pais, meus grandes amores. Por quem tudo o que posso faço.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, ser supremo, alicerce de minha vida, que me permitiu mais esta conquista.

Agradeço imensamente ao apoio, paciência e amor dos meus queridos pais, Sérgio e Marlene, grandes incentivadores do meu crescimento. Obrigada, por sempre estarem ao meu lado, felizes com as minhas conquistas e me amparando nos momentos difíceis.

Aos meus irmãos Cris, Márcio, Silvia e Paty pelo amor e amizade que nutrem nossas relações. É muito bom ter com quem dividir minhas alegrias, tristezas e conquistas, é muito bom poder contar com vocês.

Aos meus cunhados pelo incentivo e apoio.

Ao meu sobrinho Felipe pelo amor, carinho e companheirismo.

A tios e primos que acompanharam minha jornada, sempre torcendo por mim, em especial ao meu primo, Victor, por sempre se mostrar disponível a me ajudar, compreendendo o valor de cada pedido meu.

Aos meus amigos de longe e de perto que direta ou indiretamente me ajudaram a seguir em frente, a acreditar em mais esta conquista. Obrigada por todo o apoio e por compreenderem minha ausência.

Um agradecimento especial às minhas companheiras de estudo: Shirley (eterna companheira), Daniela (minha amiga Dani Dani), Andréa, Priscila, Cintia, Suellen, Márcia, Ana Paula e Gabriela. Aprendi muito com vocês, mas o maior aprendizado foi a do valor de uma verdadeira amizade. Obrigada por ter podido contar com vocês!

Ao Abraão, que para mim é sinônimo de solicitude, carinho e amizade. Obrigada, por todo apoio, meu amigo.

Agradeço também aos participantes da pesquisa sem os quais a realização deste trabalho seria inviável.

A minha auxiliar de pesquisa, Izabel Brasiliense, pela colaboração para a realização deste trabalho.

E claro, a minha querida orientadora e amiga Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira pelos ensinamentos, carinho e confiança. Obrigada por mais esta oportunidade de aprender com você. Tenha a certeza que só te admiro cada vez mais pelo teu profissionalismo, ética e acima de tudo pelo Ser Humano que você é. Obrigada por tudo!!!

*"A vida nos ensina que o respeito e a amizade aliados aos verdadeiros preceitos  
éticos são a melhor e mais correta forma de alcançar nossos objetivos  
profissionais"*

**Carlos Alberto Caetano Azeredo**

## SUMÁRIO

<b>Lista de Tabelas</b>	v
<b>Lista de Figuras</b>	vii
<b>Resumo</b>	viii
<b>Abstrat</b>	ix
<b>Introdução</b>	1
<b>Estudo 1</b>	25
<b>Objetivo</b>	25
<b>Método</b>	25
Participantes	25
Ambiente	27
Materiais e Instrumentos	27
Procedimento	29
Procedimento de Análise dos dados	30
<b>Resultados e Discussão</b>	31
<b>Estudo 2</b>	42
<b>Objetivo</b>	42
<b>Método</b>	42
Participante	42
Ambiente	42
Materiais e Instrumentos	43
Procedimento	44
Procedimento de Análise dos dados	47
<b>Resultados e Discussão</b>	48
<b>Considerações Finais</b>	71
<b>Referências</b>	76
<b>Anexos</b>	



**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1.</b> <i>Características Identificadas nos Participantes do Estudo 1</i>	26
<b>Tabela 2.</b> <i>Diagnóstico de ADS, Queixa Principal, Queixas Secundárias e Tratamento dos Participantes</i>	31
<b>Tabela 3.</b> <i>Relatos de Situações de Constrangimento Social Experienciadas Pelos Participantes</i>	33
<b>Tabela 4.</b> <i>Comparação entre as Médias e Desvio Padrão dos participantes do Gênero Masculino e do Gênero Feminino e as Médias e Desvio Padrão da Amostra Normativa Masculina e Feminina Quanto aos Escores Total e Fatoriais Obtidos no IHS</i>	34
<b>Tabela 5.</b> <i>Comparação entre as Médias Obtidas pelos Participantes e as Médias Obtidas pela Amostra Normativa em relação aos itens do Fator 1 do IHS</i>	36
<b>Tabela 6.</b> <i>Comparação entre as Médias Obtidas pelos Participantes e as Médias Obtidas pela Amostra Normativa em relação aos itens do Fator 2 do IHS</i>	38
<b>Tabela 7.</b> <i>Comparação entre as Médias Obtidas pelos Participantes e as Médias Obtidas pela Amostra Normativa em relação aos itens do Fator 3 do IHS</i>	39
<b>Tabela 8.</b> <i>Comparação entre as Médias Obtidas pelos Participantes e as Médias Obtidas pela Amostra Normativa em relação aos itens do Fator 4 do IHS</i>	40
<b>Tabela 9.</b> <i>Comparação entre as Médias Obtidas pelos Participantes e as Médias Obtidas pela Amostra Normativa em relação aos itens do Fator 5 do IHS</i>	40
<b>Tabela 10.</b> <i>Avaliação das Habilidades Sociais da Participante com Indicativo de Déficit</i>	52
<b>Tabela 11.</b> <i>Ocorrência de Comportamentos Socialmente Hábidosos Emitidos por Semana Segundo Relato da Participante</i>	54
<b>Tabela 12.</b> <i>Classificação da Evolução da Participante Conforme a Variação do Escore Z em Relação a uma População da Amostra Normativa Feminina</i>	58

<b>Tabela 13.</b> <i>Comparação entre os Resultados Obtidos no Fator 1 do IHS pela Participante em Contextos de Pré e Pós-intervenção com os Resultados da Amostra Normativa Feminina</i>	59
<b>Tabela 14.</b> <i>Comparação entre os Resultados Obtidos no Fator 2 do IHS pela Participante em Contextos de Pré e Pós-intervenção com os Resultados da Amostra Normativa Feminina</i>	61
<b>Tabela 15.</b> <i>Comparação entre os Resultados Obtidos no Fator 3 do IHS pela Participante em Contextos de Pré e Pós-intervenção com os Resultados da Amostra Normativa Feminina</i>	63
<b>Tabela 16.</b> <i>Comparação entre os Resultados Obtidos no Fator 4 do IHS pela Participante em Contextos de Pré e Pós-intervenção com os Resultados da Amostra Normativa Feminina</i>	64
<b>Tabela 17.</b> <i>Comparação entre os Resultados Obtidos no Fator 5 do IHS pela Participante em Contextos de Pré e Pós-intervenção com os Resultados da Amostra Normativa Feminina</i>	65

**LISTA DE FIGURAS**

- Figura 1.** *Hierarquia dos Comportamentos Socialmente Habilidadeados* 53
- Figura 2.** *Comparação dos Escores Total e Fatoriais Obtidos pela Participante ao Início do Estudo com os Escores Total e Fatoriais da Amostra Normativa Feminina do Inventário de Habilidades Sociais Descritos em Del Prette e Del Prette (2001)* 57
- Figura 3.** *Confiabilidade da Mudança e Significância Clínica dos Escores Total e Fatoriais do IHS da Participante ao Início do Estudo (pré-intervenção) com os Escores Total e Fatoriais ao Final do Estudo (pós-intervenção)* 69

Sardinha, A.P. A. (2010). Habilidades sociais em portadores de anomalia da diferenciação sexual. Dissertação de mestrado. Belém-PA: Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. 85páginas.

## RESUMO

O termo Habilidades Sociais (HS) é usado para designar um conjunto de repertórios comportamentais que envolvem interações sociais satisfatórias. A maioria dos estudos publicados sobre essa temática inclui a participação de crianças e adolescentes, abordando situações em ambiente escolar. Poucos são os estudos voltados para a área de saúde, e, até o momento, não foram localizadas pesquisas sobre HS realizadas com indivíduos portadores de Anomalia da Diferenciação Sexual (ADS). Esta anomalia se caracteriza pela malformação na genitália e/ou pela disfunção das gônadas, ocasionando características sexuais secundárias não correspondentes ao sexo de criação. Estudos clínicos realizados com indivíduos portadores de ADS têm destacado a ocorrência de déficits em habilidades sociais nesses indivíduos, caracterizados pela fuga-esquiva de situações sociais aversivas. Neste trabalho, pretendeu-se caracterizar o repertório comportamental correspondente a HS em indivíduos com ADS atendidos no ambulatório de um programa especializado de um hospital da rede pública de Belém, por meio de dois estudos complementares. No primeiro, foi realizado um estudo com delineamento transversal, com o objetivo de caracterizar comportamentos correspondentes a HS em indivíduos com ADS. Participaram 9 adultos com mais de seis meses em tratamento. Foram utilizados: Roteiro de Entrevista, Protocolo para análise de prontuário e Inventário de Habilidades Sociais - IHS. Os resultados sugerem que os participantes apresentam déficit de habilidades sociais em todos os fatores do IHS em menor ou maior grau, de maneira que poderiam se beneficiar com um treinamento de habilidades sociais como parte do tratamento, por se tratar de uma técnica que visa à superação e/ou redução dos déficits por eles apresentados. No segundo, foi realizado um estudo com delineamento de sujeito único, com o objetivo de verificar os efeitos do uso de treino em automonitoramento na instalação de comportamentos correspondentes a HS. Participou uma adulta com diagnóstico de ADS selecionada dentre os que participaram do Estudo 1. O procedimento de intervenção ocorreu por meio de entrevistas semanais, de acordo com as seguintes etapas: (1) Contrato: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e agendamento de entrevista; (2) Avaliação: levantamento da linha de base dos comportamentos correspondentes à HS, elaboração da hierarquia dos comportamentos que indicaram déficit segundo as normas de análise do IHS e treino em registro de automonitoração; (3) Intervenção: leitura de um texto sobre habilidades sociais, apresentação da lista de direitos humanos básicos, aplicação do Questionário Construcional de Goldiamond adaptado e treino em registro de automonitoramento; (4) Re-avaliação das HS: reaplicação do IHS; (5) Follow-up: avaliação da manutenção dos ganhos obtidos com o estudo; e (6) Encerramento: entrevista devolutiva para explanação dos resultados do estudo ao participante. Os resultados sugerem que a intervenção promoveu o desenvolvimento de HS na participante, haja vista a interpretação da evolução da participante apresentada de acordo com a variação do Escore Z e da representação gráfica de significância clínica e mudança confiável.

*Palavras-chave:* habilidades sociais, anomalia da diferenciação sexual, automonitoramento, significância clínica.

## ABSTRACT

The term Social Skills (SS) is used to describe a set of behavioral repertoires that involve social interactions satisfactory. Most published studies on this topic include the participation of children and adolescents by addressing situations in the school environment. Few studies have focused on the health area, and, so far, it has not been found surveys on SS conducted with individuals with the Anomaly of Sex Differentiation (ASD). This anomaly is characterized by malformations in the genitals and/or dysfunction of the gonads, causing secondary sexual characteristics which do not correspond to the sex of rearing. Clinical studies with individuals with ASD have highlighted the occurrence of deficits in social skills in these individuals, characterized by the escape-avoidance of aversive social situations. In this study, we sought to characterize the behavioral repertoire corresponding to SS in individuals with ASD treated at an outpatient clinic of a specialized program developed in a public hospital in Belém, through two complementary studies. At first, we performed a cross-sectional study, with the aim of characterizing the behaviors corresponding to SS in individuals with ASD. The participants were 9 adults in treatment for more than six months. Were used: Interview Script, Protocol for review of medical records and Social Skills Inventory - SSI. The results suggest that the participants have social skills deficits in all the factors of the SSI to a lesser or greater degree, so that could benefit from a social skills training as part of the treatment because it is a technique that aims at overcoming and/or reducing the deficits produced by them. In the second part, a study with a single subject design was performed seeking for evaluating the effects of using self-monitoring training in the installation of behaviors corresponding to SS. Attended an adult woman diagnosed with ASD selected among those who participated in Study 1. The intervention procedure was conducted through weekly interviews, according to the following steps: (1) Agreement: signing the consent form and scheduling an appointment, (2) Evaluation: Baseline survey of behaviors corresponding to SS, preparation of the hierarchy of behaviors that indicate a deficit, under the analysis rules of the SSI, and training in self-monitoring record, (3) Intervention: reading a text on social skills, presentation of the list of basic human rights, application of the adapted Goldiamond's Constructional Questionnaire, and training in self-monitoring record, (4) Re-evaluation of the SS: reapplication of the SSI; (5) Follow-up: assessing the maintenance of the gains to the study, and (6) Closing: return interview in order to explain the results of the study to the participant. The results suggest that the intervention promoted the development of SS in the participant, given the interpretation of the participant's evolution presented in accordance with the variation of Z score and the graphical representation of reliable change and clinical significance. *Keywords:* social skills, anomaly of sex differentiation, self-monitoring, clinical significance.

Habilidades Sociais é um tema que atualmente tem sido foco de muitos estudos na área de saúde humana. A importância dessa temática está intimamente ligada à satisfação pessoal, saúde, qualidade de vida e a realização profissional das pessoas, já que um repertório bem elaborado de habilidades sociais é necessário para um desempenho socialmente competente (Del Prette & Del Prette, 2001).

Muitas foram as populações até então estudadas; contudo, nenhum estudo avaliou o desempenho social de portadores de Anomalias da Diferenciação Sexual. Diante da dificuldade em desenvolver comportamentos socialmente habilidosos, como resultado da frequente não-correspondência entre a identidade de gênero e a aparência física, portadores de tais anomalias parecem ser um bom modelo para avaliação e treino de repertórios correspondentes a habilidades sociais.

### **Habilidades Sociais: Conceito**

O termo Habilidades Sociais (HS) geralmente é usado para designar repertórios comportamentais aprendidos que envolvem interações sociais (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 1999).

De acordo com Lucca (2004), HS são aqueles comportamentos considerados como desejáveis e que capacitam a pessoa a interagir com o outro de modo que as suas necessidades sejam satisfeitas, ao mesmo tempo em que satisfazem as expectativas dos demais. Estes comportamentos incluem não só a verbalização como também a expressão facial, a postura, o contato visual, gestos, cuidados com a aparência física, dentre outros.

Caballo (2003) afirma que o comportamento socialmente habilidoso se refere à expressão, pelo indivíduo, de atitudes, sentimentos, opiniões, desejos, respeitando a si

próprio e aos outros, existindo, em geral, resoluções dos problemas imediatos e diminuição da probabilidade de problemas futuros.

Segundo Falcone (2000), não existe ainda um consenso quanto ao conceito de HS, e muitas vezes o termo assertividade é utilizado como sinônimo do mesmo. Para Del Prette e Del Prette (1999), as HS incluem a assertividade, além de habilidades de comunicação, de resolução de problemas interpessoais, de cooperação, de desempenhos interpessoais nas atividades profissionais, de expressão de sentimentos negativos e de defesa dos próprios direitos.

A assertividade é definida como a capacidade de uma pessoa expressar seus sentimentos de uma forma direta, honesta e adequada, além de ser uma habilidade na qual a pessoa defende seus direitos sem violar os direitos do outro (Caballo, 2003). Del Prette e Del Prette (2003) utilizam esta mesma definição e acrescentam que a assertividade é considerada uma habilidade de enfrentamento, de defesa de direitos e exercício da cidadania. A pessoa assertiva é capaz de dizer *sim* e *não* e de expressar suas ideias de maneira adequada quando necessário. Contudo, Delamater e McNamara (1986) ressaltam que, apesar de a assertividade ser entendida como uma dimensão considerada como altamente competente e habilidosa, também é vista como um comportamento interpessoal desfavorável.

Destaca-se que o comportamento assertivo se diferencia dos comportamentos *agressivo* e *passivo*. O primeiro desconsidera o desejo do outro, tentando alcançar os próprios desejos, além de ser socialmente inapropriado; e o segundo desconsidera os próprios desejos, facilitando a obtenção dos desejos dos outros (Bedell & Lennox, 1997).

Outro exemplo de HS seria a capacidade de reconhecer e solucionar um problema, antes que este seja óbvio para os outros, ou quando alcance níveis elevados de emoção (Bedell & Lennox, 1997).

Del Prette e Del Prette (2001, p. 9) propuseram uma organização das principais classes e subclasses de HS, que será adotada neste estudo, a fim de orientar a avaliação e promoção da competência social, que são:

HS de comunicação: fazer e responder perguntas, pedir feedback, gratificar/elogiar, dar feedback, iniciar, manter e encerrar conversação;

HS de civilidade: dizer *por favor*, agradecer, apresentar-se, cumprimentar, despedir-se;

HS assertivas, direito e cidadania: manifestar opinião, concordar, discordar, fazer, aceitar e recusar pedidos, desculpar-se, admitir falhas, interagir com autoridade, estabelecer relacionamentos afetivos e/ou sexual, encerrar relacionamento, expressar raiva/desagrado, pedir mudança de comportamento e lidar com críticas;

HS empáticas: parafrasear, refletir sentimentos, expressar apoio;

HS de trabalho: coordenar grupo, falar em público, resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos, habilidades sociais educativas; e

HS de expressão de sentimento positivo: fazer amizade, expressar a solidariedade, cultivar o amor.

Del Prette e Del Prette (2007) fazem uma importante distinção entre os conceitos de habilidades sociais, desempenho social e competência social. As *habilidades sociais* se referem às diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as mais diferentes situações. O *desempenho social* se refere à emissão de um comportamento ou sequência de comportamentos em uma



situação social qualquer. E a *competência social* se remete aos efeitos do desempenho social nas situações vividas pelo indivíduo.

É relevante compreender também que cada situação social requer habilidades diferentes, na medida em que o indivíduo pode ser competente em algumas situações e em outras não, estando sujeito aos valores e normas da cultura. Contudo, algumas situações são mais fáceis de serem exercitadas devido a experiências anteriores, visto que fatores pessoais podem facilitar ou não o exercício de um repertório em uma determinada situação social (Del Prette & Del Prette, 2001), dependendo do efeito do comportamento da pessoa ao interlocutor (consequências), os comportamentos futuros, serão afetados, podendo ter sua frequência aumentada ou suprimida (Tourinho, 1999).

Costa, Cirino, Cançado e Soares (2008) ressaltam que estudos sobre efeitos da história comportamental têm produzido evidências sistemáticas acerca da importância da história na determinação do comportamento dos organismos. Discutem também que o comportamento é função da *relação* de um organismo como um todo (produto, entre outras, de sua história ontogenética) com seu ambiente imediato. O comportamento não é função simplesmente da história comportamental ou do ambiente presente, mas de ambos.

Sendo assim, não haveria determinante de ordem hereditária que impeça a aprendizagem de HS, pois aprendemos várias habilidades por observação e também pelas consequências que os nossos comportamentos têm no ambiente. Por meio da observação, é possível realizar uma “leitura” do ambiente social. Pessoas com déficits em habilidades de observação podem ter dificuldades em analisar o ambiente, interpretando erroneamente os comportamentos daqueles com quem interagem. A identificação das demandas das várias situações em que vivemos no nosso cotidiano

(“discriminação de estímulos”) permite-nos adequar o nosso desempenho à situação para sermos bem-sucedidos (Del Prette & Del Prette, 2003).

Analisando as dificuldades interpessoais, baseando-se na frequência, proficiência e importância das habilidades sociais, inferem-se três tipos de déficit: déficit de aquisição (baseado em indicadores de não ocorrência da habilidade diante de demandas do ambiente), déficit de desempenho (baseado em indicadores de ocorrência da habilidade com frequência inferior à esperada diante das demandas do ambiente), e déficit de fluência (com base em indicadores de ocorrência da habilidade com proficiência inferior à esperada diante das demandas do ambiente). Dentre os fatores que estão relacionados a esses déficits de habilidades sociais estão: falta de conhecimento, restrição de oportunidade e de modelo, problemas de comportamento, ausência de feedback, falhas de reforçamento, ansiedade interpessoal excessiva e dificuldade de discriminação e processamento (Del Prette & Del Prette, 2008a).

Outro componente importante para a compreensão de déficits em HS se refere aos problemas de comportamentos concorrentes, que “bloqueiam” a aquisição ou desempenho de determinada HS (Greshan & Elliott, 2008). A Lei da Igualação é um princípio de aprendizagem que explica a relação entre déficits de desempenho em HS e problemas de comportamento concorrentes (Herrnstein, 1970). Esta lei afirma que a frequência relativa de um dado comportamento está associada à sua taxa relativa de reforçamento (Greshan, 2009), logo o comportamento aumentaria proporcionalmente ao aumento do reforço (Herrnstein, 1970).

De acordo com Del Prette e cols. (2004), há diversos métodos de avaliação das HS. Além da observação direta do comportamento, na qual se faz uso de registros cursivos de classes de comportamento em situação natural e/ou situações estruturadas

de desempenho de papéis, há também instrumentos usuais de avaliação (inventários, questionários, roteiro de entrevistas) e o próprio auto-relato do indivíduo.

Apesar de os registros de observação direta fornecerem importantes subsídios para avaliar a funcionalidade do desempenho social em diferentes contextos e com diferentes interlocutores, esta técnica requer uma sofisticada metodologia de análise, restringindo assim sua aplicabilidade. Sendo assim, o instrumento que se tem mostrado mais viável e o mais utilizado é o *inventário*, com questões que contemplam uma diversidade de demandas, interlocutores e situações (Del Prette & cols., 2004).

Contudo, é importante ressaltar que a maior parte dos instrumentos confiáveis que avaliam o desempenho social foi desenvolvida nos Estados Unidos e na Europa, dificultando a busca por um instrumento com características psicométricas que o validem para um uso satisfatório no Brasil.

Com base no interesse crescente por um instrumento dessa natureza em nosso país, o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) foi idealizado e validado. Trata-se de um instrumento de auto-relato, de fácil aplicação e tabulação, que permite uma identificação inicial das classes e subclasses de habilidades sociais que se caracterizam como deficitárias ou como recursos disponíveis no repertório do indivíduo (Del Prette & Del Prette, 2001).

Entretanto, entender como se dá o processo de desenvolvimento das classes e subclasses de habilidades sociais torna-se fundamental. Del Prette e Del Prette (1999) ressaltam que, durante toda a vida o ser humano precisa aprender continuamente uma série de habilidades, visto que o seu ambiente está em contínua transformação e grande parte dele é social. Dessa forma, o desenvolvimento de habilidades sociais tem sido reconhecido como importante fator de competência social desde a infância.

Conforme Del Prette e Del Prette (1999), no início do ciclo de vida do indivíduo, os pais não são apenas modelos de muitos comportamentos sociais, mas também se organizam como um sistema de regras, punindo o desvio das crianças aos seus padrões, e recompensando a adequação das mesmas. Por sua vez, os irmãos possibilitam à criança experimentar relações e comportamentos diferenciados, visto que são interlocutores que vivenciam diferentes papéis (amigo, opositor, conselheiro, cúmplice, entre outros).

Quando a criança passa pela escola, as exigências são mais complexas, pois neste ambiente ela precisará se adaptar a novas demandas sociais, a diferentes contextos, a novas regras, necessitando de um repertório ampliado de comportamentos sociais.

Na adolescência, as demandas são maiores, pois se esperam comportamentos bem mais elaborados. Por exemplo, não basta que o adolescente cumprimente a visita e ser retire; é preciso, parar, ouvir, dar uma opinião, ser gentil, solícito, beijar a face da pessoa que se despede, entre outros comportamentos. Alguns problemas são comuns nesta fase da vida, como timidez, ansiedade, dificuldades na solução de problemas sociais, ausência de assertividade (Del Prette & Del Prette, 1999). Merece destaque dizer que o início da idade adulta está indefinido, o jovem está demorando mais para assumir responsabilidades concretas. O ingresso na vida profissional está acontecendo cada vez mais tarde (Papalia & Olds, 2000), distanciando o adolescente da possibilidade de obter autonomia e condições de sustento, aumentando o vínculo de dependência do adulto (Clímaco, 1991).

Na vida adulta, seja qual for o estágio, novas habilidades são requeridas: realização de tarefas em grupo, exercício da liderança em algumas atividades, habilidades sexuais com seu par, demandas sexuais próprias da independência em

relação à família ou à constituição de uma nova família e, ainda, aquelas decorrentes do contato com diferentes grupos culturais, tanto no exercício profissional quando no lazer (Del Prette & Del Prette, 1999).

E na terceira idade, outras habilidades podem ser especialmente importantes, como as que envolvem estabelecimento e manutenção de contato social, e saber lidar com comportamentos sociais decorrentes de preconceito contra a velhice (Del Prette & Del Prette, 1999).

Contudo, segundo Bellack e Morrison (1982, citados por Magalhães & Murta, 2003), embora existam inúmeros contextos favorecedores da aprendizagem de HS no curso da vida, déficits podem ocorrer em decorrência de longos períodos de isolamento e desuso, perturbações cognitivas e afetivas.

### **Treino de Habilidades Sociais**

De acordo com Gresham (2009), o treino de Habilidades Sociais se trata de uma estratégia que tem por objetivo prevenir futuras dificuldades comportamentais, por meio do ensino e da ampliação de padrões de comportamentos prossociais que podem reduzir efetivamente a ocorrência de problemas de comportamento.

Segundo Caballo (2003), no treinamento de habilidades sociais (TSH) são ensinados comportamentos específicos, praticados e integrados ao repertório comportamental do indivíduo. Em seu formato básico, o THS inclui identificar as áreas específicas de dificuldade do indivíduo a partir das quais o planejamento de intervenção será elaborado. A entrevista, o auto-registro, os instrumentos de auto-informe, o emprego de situações análogas e/ou a observação na vida real constituem ferramentas muito utilizadas na identificação do tipo de comportamento-problema.

Após a identificação do problema, faz-se uma análise do comportamento do indivíduo, identificando quais os fatores que podem justificar o modo como o mesmo se comporta. O indivíduo é informado sobre a natureza do treino, sobre os objetivos e as expectativas do mesmo (Caballo, 2003).

As técnicas cognitivo-comportamentais parecem predominar nas intervenções utilizadas em programas de THS (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 1999). Entre as mais utilizadas estão: fornecimento de instruções, ensaio comportamental, modelação, modelagem, feedback verbal e em vídeo, tarefas de casa, reestruturação cognitiva, solução de problemas e relaxamento (Caballo, 2003; Del Prette & Del Prette, 1999), além de intervenções grupais e vivências (Del Prette & Del Prette, 2007). Murta (2005) acrescenta que estas técnicas visam modificar componentes comportamentais (como o ensaio comportamental), cognitivos (como a reestruturação cognitiva) e fisiológicos (como o relaxamento) típicos de déficits em habilidades sociais.

Gresham (2000) destaca alguns cuidados que devem ser considerados em sequência no processo de treinamento de habilidades sociais, como: seleção das dificuldades interpessoais, classificação dos tipos de déficits em habilidades sociais, seleção de comportamentos-alvo (comportamentos que serão modelados durante a intervenção), avaliação funcional das dificuldades (busca de variáveis ambientais que instalaram e que mantêm as dificuldades interpessoais) e avaliação dos resultados da intervenção (incluindo a verificação da ocorrência de generalização).

No que se refere ao formato do THS, Caballo (2003) apresenta o individual e o grupal. No primeiro formato há uma relação mais consistente entre avaliação e tratamento, visto que permite uma constante re-avaliação da eficácia particular dos procedimentos aplicados. O THS individual permite um enfoque nos problemas particulares do indivíduo, modificando progressivamente o conteúdo do programa

conforme avança o treinamento. Contudo, há uma maior dificuldade para a generalização dos resultados encontrados. Em estudo realizado por Alves-Mazzotti (2006), discutiu-se a natureza dos estudos de caso e a questão da generalização ou da aplicabilidade do conhecimento, gerado por esse tipo de pesquisa, a outros contextos. O autor destaca as divergências nos critérios para avaliação de estudos de caso, e ressalta que os critérios para identificação e seleção do caso, bem como as formas de generalização propostas variam, e que o importante é que haja critérios explícitos para a seleção do caso e que este seja realmente uma situação complexa, cuja relevância justifique o esforço de compreensão. Stake (2000) afirma que a generalização não deveria ser uma exigência feita a todos os estudos, pois essa preocupação sendo excessiva pode desviar a atenção do pesquisador de características importantes para a compreensão do caso em si. Destaca também que mesmo um caso intrínseco pode ser visto como um pequeno passo em direção a uma grande generalização.

No formato grupal, os participantes que recebem o treinamento podem praticar com outras pessoas, e os membros do grupo podem servir de modelos. Nesse caso, a aprendizagem vicária é mais eficaz quando os modelos têm características em comum com o observador (Caballo, 2003). Estudo realizado por Guanaes e Japur (2001), que investigaram os fatores terapêuticos que operam em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais, apontou que os pacientes valorizaram, sobretudo, vivências terapêuticas e a aprendizagem vicária, favorecidas pela troca de experiências no grupo, que possibilitou a percepção de similaridades entre as problemáticas vivenciadas pelos outros membros e a aprendizagem de novos modelos de comportamento. A situação social é real, aumentando as oportunidades de que o novo comportamento se generalize. Contudo, pode haver contextos nos quais não haja participantes em número suficiente para formar um grupo, de modo que o treino individual torna-se mais indicado nesses

casos (Caballo, 2003), apesar de que a maioria dos estudos defende o formato grupal do THS (Aguiar, 2006; Correa 2008; Del Prette & Del Prette, 2001; Del Prette & Del Prette, 2006; Vila, 2005; Villas Boas, Silveira & Bolsoni-Silva, 2005).

Segundo Del Prette e Del Prette (2007), os programas em grupo se caracterizam por um ambiente de apoio mútuo. Neste contexto é destacada a importância e a pertinência do uso de vivências como parte da metodologia de intervenção. Quando aplicado à população clínica, o THS pode ser o método principal de intervenção ou um método complementar; e quando aplicado à população não-clínica, caracteriza-se como educativo ou preventivo.

Nos programas de THS destinado à população clínica é maior a dificuldade para se avaliar o repertório de habilidades sociais prévio, uma vez que, em geral, os participantes superestimam seus desempenhos, se auto-avaliando bastante positivamente. Durante o programa, ao se requerer desempenhos específicos aos participantes, torna-se possível identificar com maior clareza suas dificuldades (Del Prette & Del Prette, 2007)

Alguns estudos têm avaliado os efeitos do treinamento em HS sobre o repertório socialmente habilidoso, sobretudo em contextos escolares, como: estudo com universitários (Del Prette & Del Prette, 2003a; Magalhães & Murta, 2003), com pais de crianças com problemas de comportamento (Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante & Del Prette, 2006); com professores (Del Prette & Del Prette, 2006; Vila, 2005); com mães de crianças com TDAH e deficiência visual (Rocha, Freitas & Del Prette, 2008); relação professor-aluno (Alves, Aznar-Farias & Silveira, 2008; Corrêa, 2008); com crianças (Del Prette & Del Prette, 2004).

Todos esses estudos apresentaram treinamentos em grupo e os encontros em geral foram realizados semanalmente. Utilizaram-se inventários a fim de avaliar o



repertório social dos participantes, e em quatro estudos foi realizada a re-aplicação de alguns destes inventários no período chamado pós-intervenção (Del Prette & Del Prette, 2003a); Magalhães & Murta, 2003; Rocha & cols., 2008; Vila, 2005). Destes estudos, três utilizaram o IHS: Vila (2005), Del Prette e Del Prette (2003a) e Magalhães e Murta (2003).

No estudo realizado por Vila (2005), o IHS foi aplicado antes e após o treinamento de habilidades sociais do grupo de professoras participantes da pesquisa. Ao comparar os dados obtidos com a aplicação do inventário, observou-se que houve mudança considerável no repertório social das professoras após o treinamento, havendo melhora em todas as classes de habilidades sociais avaliadas. Estes dados demonstram que o treinamento possibilitou aprendizagem e maximização de importantes classes de habilidades sociais esperadas da função de educador. Observou-se significância estatística quanto às mudanças ocorridas no escore total e no escore do fator 2 (habilidades sociais de auto-afirmação na expressão de afeto positivo) do IHS.

No estudo realizado por Del Prette e Del Prette (2003a) sobre treinamento de habilidades sociais com universitários, a análise dos itens do IHS, aplicado antes e após o treinamento, indicou redução da dificuldade em habilidades requeridas no contexto de trabalho e também em outras que, se deficitárias, poderiam afetar indiretamente o desempenho profissional, demonstrando a eficácia do treino para o favorecimento do desempenho de tais classes de comportamento.

E no estudo realizado por Magalhães e Murta (2003) sobre treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia, os resultados sugerem que a intervenção promoveu o desenvolvimento de HS nos participantes, já que a maioria deles apresentou aprimoramento no repertório de HS, evidenciado pela melhoria no

escore total do IHS de 12 dos 13 participantes, e foi constatada melhoria do grupo, em média, nos cinco escores fatoriais do IHS.

Outros estudos, no Brasil, têm descrito repertórios de habilidades sociais em diferentes populações. Há estudos que descrevem HS de pais (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2002); HS em estudantes universitários (Del Prette, & cols., 2004); HS em adolescentes com Síndrome de Down (Angélico, 2004); HS em mulheres obesas (Correia, Del Prette & Del Prette, 2004); HS em trabalhadores com e sem deficiência física (Pereira, 2006); HS em alcoolistas (Cunha, Carvalho, Kolling, Silva & Kristensen, 2007); HS em portadores de câncer no estômago (Grun, 2006); HS em pacientes com fibromialgia (Penido, 2004). Também foi encontrado um trabalho de revisão bibliográfica sobre HS e drogadição (Wagner & Oliveira, 2007), além de um estudo de campo teórico-prático sobre THS (Bolsoni-Silva, 2002).

Com exceção dos estudos de revisão bibliográfica e de campo teórico-prático, os estudos mencionados têm como objetivo principal avaliar o repertório de HS dos participantes selecionados. Tais estudos se caracterizam pela aplicação de diversos instrumentos, dentre eles o IHS, utilizado em todos estes.

Segundo Murta (2005), apesar de a produção nacional em programas de treino em habilidades sociais ser recente, ela tem sido em grande parte realizada por meio de delineamentos pré-experimentais em contextos diversificados e com cuidados metodológicos relevantes. Dessa forma, a produção atual pode ser considerada uma valiosa contribuição para clínicos e pesquisadores interessados no desenvolvimento de tecnologia comportamental para promoção de saúde e desenvolvimento humano, o que serve de incentivo para o desdobramento de inúmeros estudos em campos variados de aplicação.

Quanto às produções internacionais, foram encontrados estudos sobre habilidades sociais em pacientes esquizofrênicos (Halford & Hayes, 1995; Morisson & Bellack, 1987) e sobre habilidades sociais em adultos com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ([www.chadd.org](http://www.chadd.org), 2003).

Caballo (2003) menciona que a aplicação do THS é ampla e abrange muitos transtornos comportamentais, e dentre eles os mais tratados por meio do THS são: ansiedade/fobia social, solidão, depressão, esquizofrenia, problemas conjugais, transtornos por consumo de substâncias psicoativas, delinquência/psicopatias.

De acordo com Bolsoni-Silva (2002), o THS é de grande utilidade para a Análise do Comportamento e para a Terapia Comportamental, tanto para populações clínicas quanto para as não clínicas, pois visa à superação e/ou redução de déficits interpessoais, já que cumpre o papel de descrever repertórios comportamentais, além de apresentar diversos procedimentos de intervenção para objetivos específicos, em especial em atendimentos em grupo. Caballo (2003) acrescenta que se trata de uma técnica comprovada, flexível, que se adapta a inúmeras necessidades interpessoais e que pode melhorar a competência social de muitas pessoas.

### **O modelo construcional de Goldiamond**

Estudos fundamentados na Análise Aplicada do Comportamento têm demonstrado resultados positivos no que se refere ao desenvolvimento de repertórios adequados por enfatizar a análise funcional do comportamento no processo de definição de ações e procedimentos que serão utilizados para se atingir as metas desejadas (Ferreira, 2001; Goldiamond, 2002/1974).

Segundo Ferreira (2001), o modelo construcional de Israel Goldiamond (1974/2002) é um dentre vários modelos da Análise do Comportamento que dão ênfase

à análise funcional como proposta de intervenção, considerando a análise da relação organismo-ambiente. De Rose (1997) ressalta que a análise do comportamento tem mostrado como o ambiente influencia o comportamento (atividades do organismo). Skinner (2003) considera que uma formulação adequada da interação entre um organismo e seu ambiente deve especificar a ocasião em que a resposta ocorre, a própria resposta e as conseqüências a ela relacionadas.

Analisar funcionalmente significa verificar empiricamente as relações entre antecedentes e consequentes às respostas de um organismo, análise esta que descreve a dependência entre eventos diferentes (Skinner, 2003), o que possibilita identificar as prováveis causas dos comportamentos, além de explicar a razão de sua ocorrência e de sua manutenção (Ulian, 2007).

Considerando que o comportamento é sempre o resultado de múltiplas contingências, algumas positivas e outras negativas, pode-se usar contingências positivas ou negativas para ensinar comportamentos novos, para manter comportamentos já existentes ou para eliminar comportamentos (Sidman, 2003). Assim, três poderosas fontes de controle comportamental são: (1) o reforçamento positivo; (2) o reforçamento negativo; e (3) a punição. Os reforçadores, tanto o positivo quanto o negativo, são definidos por seu efeito sobre a conduta, pois ambos aumentam a probabilidade futura de ocorrência de ações as quais seguiram. Já a punição ocorre quando uma ação é seguida pela perda de conseqüências positivas ou pelo ganho de conseqüências negativas. Quando o comportamento produz conseqüências usualmente consideradas como úteis, informativas, ou agradáveis em si mesmas, diz-se que tal comportamento está sob o controle de contingências positivas. Mas quando o comportamento emitido elimina ou se esquia de conseqüências perturbadoras,

perigosas ou ameaçadoras, diz-se que tal comportamento está sob controle de contingências aversivas ou coercitivas (Sidman, 2003).

Episódios frequentes de punições, geralmente ocasionam respostas emocionais intensas e desagradáveis, além de favorecer para o desenvolvimento e manutenção de respostas operantes como a esquiva de situações sociais. Dessa forma, em diferentes contextos de interações sociais as pessoas podem estabelecer contingências que dificultam a emissão de comportamentos considerados “eficazes” socialmente, diminuindo, assim, a probabilidade de obterem reforçadores positivos (Skinner, 2003).

Um subproduto de contingências de reforçamento positivo de origem social seria o sentimento de auto-estima. Sempre que uma criança se comporta de uma maneira específica, e os pais a conseqüenciam com alguma forma de atenção, carinho, afago físico ou sorriso, estão usando contingências de reforçamento positivo, estão gratificando o filho, condições estas que aumentam tal sentimento. No entanto, toda vez que uma criança se comporta e os pais a repreendem, a criticam, se afastam dela, não a tocam, nem conversam com ela, estão usando contingências coercitivas ou punindo o filho, o que pode levar a diminuição do sentimento de auto-estima. Sendo assim, é fundamental o reconhecimento que os pais expressam ao filho pelos seus comportamentos. A pessoa com boa auto-estima aprende a exercitar o autoconhecimento e a observar seus comportamentos e as conseqüências reforçadoras positivas que eles produzem (Guilhardi, 2002). Dificuldades de discriminação e desempenho (identificação das demandas do ambiente social e do uso dessa informação na elaboração e monitoria do próprio comportamento) podem estar associadas a padrões perfeccionistas de desempenho, auto-avaliação distorcida, expectativas, crenças, auto-regras disfuncionais, assim como a baixa auto-estima (Del Prette & Del Prette, 2008a).

O modelo construcional além de enfatizar a realização de análises funcionais, também valoriza a realização de uma análise dos custos e benefícios dos comportamentos já estabelecidos e dos custos e benefícios da mudança ou construção do novo repertório, além de considerar os seguintes elementos: (a) os objetivos comportamentais do tratamento, respeitando as expectativas do indivíduo; (b) os comportamentos-alvo a serem instalados ou mantidos, a partir da investigação do repertório atual do indivíduo; (c) a construção de novos repertórios por meio do restabelecimento de padrões comportamentais saudáveis, instalação de novos padrões comportamentais e generalização de classes de comportamentos para outros contextos (Goldiamond, 2002/1974).

A construção e a ampliação de repertório comportamental são graduais, e ocorrem de acordo com o estabelecimento de objetivos cada vez mais complexos, por meio da modelagem. Para este processo de construção e ampliação de repertórios por modelagem podem ser utilizados procedimentos de automonitoração, treinando o indivíduo na auto-observação do seu comportamento e na análise das contingências que o controlam, possibilitando a obtenção de dados observáveis, por meio dos quais podem ser realizadas inferências sobre os ganhos obtidos (Goldiamond, 2002/1974).

O Questionário Construcional de Goldiamond aparece como uma proposta de instrumento auxiliar, utilizado para a obtenção de informações específicas (Goldiamond, 2002/1974). Serve como roteiro de entrevista, focalizando aspectos importantes para o desenvolvimento de uma análise funcional assim como de um programa de intervenção. O questionário é apresentado com perguntas, e caso o respondente não entenda o conteúdo das mesmas, o entrevistador pode alterar o fraseado, desde que os objetivos da pergunta sejam preservados (Gimenes, Andronis & Layng, 2005)

Este modelo de intervenção parece ser de grande auxílio no treino de habilidades sociais, já que o comportamento-alvo sendo fortalecido pode ser generalizado para outras situações, podendo ser mantido no repertório do indivíduo, seja este já existente no repertório ou um comportamento saudável novo. O foco na ampliação do repertório também favorece a variabilidade comportamental.

Dentre as técnicas utilizadas para avaliação do comportamento, o *automonitoramento* é uma das alternativas mais flexíveis, de baixo custo e que exige poucos recursos clínicos para a coleta de dados. Esta técnica auxilia na clarificação do diagnóstico, na condução de análises funcionais, delimitação de objetivos da intervenção, planejamento das sessões e da intervenção como um todo, além da avaliação do progresso da terapia e do resultado final (Korotitsch & Nelson-Gray, 1999). Segundo Bohm e Gimenes (1999), essa técnica corresponde ao comportamento de observar e registrar sistematicamente a ocorrência de algum comportamento emitido pela própria pessoa, seja ele privado ou público, e eventos ambientais associados.

O automonitoramento possui um efeito reativo que altera a frequência do comportamento, em geral, reduzindo a frequência de comportamentos inadequados e/ou aumentando a frequência de comportamentos adequados (Bohm & Gimenes, 1999). Segundo Oliveira, Ferreira e Casseb (2006), o uso de registros favorece a construção de comportamentos de autocuidado, uma vez que a auto-observação permite a discriminação de contingências.

A tarefa do terapeuta é criar condições para que o cliente seja um observador mais acurado de seu próprio comportamento e para que ele entre em contato com as contingências atuantes em sua vida, ou seja, desenvolva um autoconhecimento. Quando o cliente conseguir identificar as relações entre os comportamentos abertos e os

encobertos, e conseguir perceber de que variáveis eles são função, ele estará mais apto a modificar seu comportamento e/ou ampliar seu repertório (Delitti & Meyer, 1995).

Skinner (1991) sugere que o autoconhecimento se torna possível por meio da comunidade verbal, visto que quando as pessoas são solicitadas a falar sobre o que estão fazendo ou porque o estão fazendo, ao responderem, podem tanto falar a si mesmas como a outras pessoas, de forma que se tornam conscientes do que estão fazendo.

Visando o desenvolvimento do autoconhecimento foram realizados alguns estudos sobre o efeito do uso de registros de automonitoração, nos quais esta técnica foi relacionada à instalação e manutenção de comportamentos alimentares (Ferreira & Casseb, 2002; Ferreira & Fernandes, 2009; Oliveira & cols., 2006). Também foi encontrado um estudo realizado por Oliveira e Duarte (2004) sobre o controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposição oral, no qual o automonitoramento foi utilizado como proposta de intervenção juntamente com o THS, contudo como etapas separadas, entre outros procedimentos. Neste estudo, a ênfase dada ao automonitoramento foi para identificar cognições negativas, imagens catastróficas e sensações físicas que podiam desencadear ansiedade e medo. No treino em HS foram focalizadas as classes de respostas de falar em público, expressar opiniões, tirar dúvidas pessoais e defender os próprios direitos, por meio de ensaio comportamental e também por um texto adaptado para as situações de apresentação oral em sala de aula. Os participantes do estudo eram ajudados a identificar situações nas quais essas habilidades seriam requeridas. Os resultados do estudo sugerem a eficácia das intervenções realizadas. Puderam-se observar mudanças importantes na vida acadêmica e social das alunas.



## **Anomalias da Diferenciação Sexual**

Anomalias da Diferenciação Sexual (ADS) são malformações congênitas que se caracterizam por “... crianças nascidas com a genitália externa e/ou interna nem claramente feminina, nem claramente masculina” (Kessler, 1996). Algumas ADS são “visíveis” ao nascimento, enquanto outras não, só podendo ser identificadas na puberdade ou idade adulta. As ADS mais frequentes são: hiperplasia adrenal congênita (HAC), disgenesia gonadal, hermafroditismo masculino e anomalia genital.

Segundo Castro e cols. (2006), cerca de 2 a 3% dos recém-nascidos são portadores de uma ou mais malformações congênitas. Para Horowitz, Llerena Jr. e Mattos (2005), esta incidência chega a 5%. Tais malformações são responsáveis por 20% da mortalidade neonatal e por 30 a 50% da mortalidade perinatal em países desenvolvidos. Contudo, estes autores não apontam nenhuma incidência que especifique casos de ADS na população mundial. Também não foi possível identificar a incidência de tais casos na população brasileira. Entretanto, a literatura aponta que a HAC é a forma mais conhecida e estudada dentre as ADS com uma incidência de 1:12.000 a 15.000 nascidos vivos, segundo Gadelha e Sampaio (2003).

Essas anomalias têm-se constituído em um desafio ao diagnóstico e à conduta a ser adotada, colocando o paciente, os familiares e os profissionais da equipe de saúde na difícil situação de definir a melhor opção de tratamento. Os trabalhos nessa área têm objetivado minimizar o sofrimento tanto do paciente quanto dos familiares. Nesse sentido, uma das medidas adotadas foi a substituição do termo “intersexo”, considerado de sentido dúbio por dar uma conotação de um “sexo intermediário”, algo confuso e estigmatizante, pelo termo ADS (Damiani & Guerra-Júnior, 2007).

Há no Brasil um programa de referência nessa área, denominado Grupo Interdisciplinar de Estudos da Determinação e Diferenciação do Sexo (GIEDDS), criado

em 1988, que atende pacientes portadores de ADS no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-Unicamp). Analisando-se a produção desse grupo, pode-se observar que os artigos publicados enfocam predominantemente o tratamento médico (Maciel-Guerra & Guerra Júnior, 2002). Um desses estudos buscou caracterizar pacientes com ambiguidade genital atendidos pelo grupo, bem como avaliar o atendimento feito a estes pacientes (Maciel-Gerra & Guerra Júnior, 2002a).

No Estado do Pará, no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), localizado na Universidade Federal do Pará, funciona o Ambulatório de Genética que atende pacientes encaminhados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) provenientes de todo o Estado. Este serviço se responsabiliza pelo encaminhamento dos pacientes com ADS para os serviços de endocrinologia pediátrica do HUBFS, endocrinologia do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB) quando adultos, assim como para o serviço de Psicologia do HUBFS. Busca-se minimizar os sofrimentos causados por essas anomalias oferecendo atendimento multidisciplinar ao paciente e à sua família.

Nesse serviço foi realizado um estudo para caracterização dos pacientes portadores de ADS atendidos pelo serviço de Psicologia do HUBFS durante o período de novembro de 2003 a dezembro de 2007, buscando identificar a demanda dessa população (Benchaya, 2008). Os resultados das análises de prontuários mostraram alguns aspectos relevantes, dentre eles, o fato de a maioria dos participantes (n=10 de 19) iniciar o tratamento quando estavam na adolescência ou na fase adulta, com longa história de exposição a contingências aversivas, alguns deles por orientações médicas, outros por só identificarem algum problema na puberdade, confirmando a literatura consultada.

Maciel Guerra e Guerra Jr. (2002) destacam que, preferencialmente, a identificação de casos de ADS deveria ocorrer no período neonatal, momento em que uma investigação cuidadosa facilitaria o diagnóstico correto o mais cedo possível para então iniciar as intervenções e o tratamento.

Atualmente, o mais comum ainda tem sido o diagnóstico ocorrer quando os pacientes se encontram já na fase adulta. Brunhara e Petean (2003) realizaram uma pesquisa com sete mulheres portadoras de HAC, e os resultados indicaram que a adolescência foi o período em que elas buscaram a compreensão e o tratamento desta problemática.

Devido à malformação na genitália e às características sexuais secundárias condizerem ou não com o sexo de criação na puberdade, dentre outros fatores, o indivíduo portador de ADS torna-se vulnerável a situações constrangedoras em seu meio social (Bittencourt & Ceschini, 2002).

Situações socialmente constrangedoras podem vir a comprometer habilidades facilitadoras de boas relações interpessoais desses indivíduos. Em um estudo de caso clínico realizado por Sardinha (2007), a cliente portadora de HAC relatou que frequentemente ouvia “comentários maldosos” a seu respeito, percebia demonstrações de insatisfação com a sua aparência masculina, optando por se trajar com vestimentas masculinas com o objetivo de “não causar constrangimentos” às pessoas. Situações aversivas como estas podem ter favorecido às dificuldades apresentadas pela cliente para se estabelecer no mercado de trabalho, visto que a mesma era intolerante com críticas vindas de seus empregadores, além de apresentar um ciclo restrito de amizades associado também a sua pouca tolerância a ideias contrárias às suas.

Benchaya (2008) destaca a grande dificuldade de habilidades sociais desses pacientes, os quais, procurando evitar situações aversivas, se afastam do convívio

social, interferindo diretamente na sua qualidade de vida, tornando-os mais depressivos, com baixa auto-estima, privando-os de situações normais vividas por outras pessoas da mesma idade.

Em estudos realizados por Almeida (2007) e Sardinha (2007), observaram-se também déficits em habilidades sociais que poderiam ser decorrentes do atraso no processo de profissionalização de indivíduos com HAC, visto que estes ingressaram tardiamente na escola, já que as próprias famílias os tratavam de forma excludente, provavelmente como decorrência de sua aparência física. Destaca-se, assim, a importância de se intervir precocemente com pacientes portadores de ADS, identificando-os ainda em idade pediátrica conforme sugere a literatura (Damiani, 1989; Santos & Araújo, 2003).

É provável também que pessoas acometidas por tais anomalias apresentem dificuldades em desenvolver comportamentos socialmente habilidosos, devido a frequente não-correspondência entre a identidade de gênero e a aparência física, pressupondo-se certa rigidez comportamental por partes desses indivíduos, além de possível histórico de rejeição familiar e/ou da sociedade (Sardinha, 2007). Em estudo realizado por Santos (2006) menciona-se a questão da imagem corporal referindo-se ao impacto de crescer com a genitália aparentemente diferenciada de outras crianças.

Esta temática parece ser pouco estudada na área da psicologia, visto que a maioria dos trabalhos encontrados na literatura consultada volta-se para questões médicas (Almeida, 2007; Andrade, Martins, Caldas, Brasil, Meiriño & Jung, 2008; Damiani, Guedes, Damiani, Setian & cols., 2005; Damiani, Guedes, Damiani, Dichtchekian & cols., 2005; Machado, 2005; Maciel-Guerra & Guerra-Júnior, 2002a; Sardinha, 2007; Tosatti Júnior, Souza & Tosatti, 2005). Contudo, Santos (2006)

realizou um trabalho no qual a autora mostra o importante papel da psicologia em atuar junto a essa clientela.

Dessa forma, espera-se que este estudo possa contribuir para enriquecer a literatura na área da psicologia, em especial da análise do comportamento, já que com este estudo investigou-se o quanto ter uma anomalia da diferenciação sexual compromete o desenvolvimento de habilidades sociais dos indivíduos por ela afetados.

Neste sentido, procurou-se por meio de dois estudos complementares, caracterizar o repertório comportamental correspondente a HS em indivíduos com ADS atendidos no ambulatório de um programa especializado de um hospital universitário da rede pública de Belém, e testar um procedimento de intervenção baseado no modelo construcional de Goldiamond utilizando o automonitoramento na instalação e manutenção de comportamentos correspondentes a habilidades sociais.

## **ESTUDO 1**

### **OBJETIVO**

Foi realizado um estudo descritivo com delineamento transversal, com o objetivo de caracterizar comportamentos correspondentes a HS em indivíduos com ADS.

### **MÉTODO**

#### **Participantes**

Participaram deste estudo nove portadores de ADS atendidos no serviço de Psicologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), encaminhados do serviço de endocrinologista do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

Os critérios de seleção dos participantes foram: ter idade superior a 18 anos, com diagnóstico confirmado de alguma anomalia da diferenciação sexual, em tratamento há mais de seis meses no serviço de endocrinologia do HUJBB e consentimento do estudo (Projeto aprovado pelo CEP/ICS-UFPA, sob o Protocolo No. 79/08). Foram excluídos os participantes que apresentassem déficit cognitivo que comprometesse seu entendimento a respeito dos objetivos da pesquisa e os que estivessem fazendo uso de antidepressivo ou quaisquer medicamentos prescritos por serviço de psiquiatria.

Na Tabela 1, estão identificadas as características dos participantes do Estudo 1.

**Tabela 1.**  
*Características Identificadas nos Participantes do Estudo 1*

Participantes	Características							
	Cariótipo	Gênero de criação	Identidade de gênero	Idade (anos)	Grau de escolaridade	Ocupação	Local de moradia	Constituição familiar
P1	46XY	M	F	31	EMI	EMP/EST	Outro Estado	Família de origem
P2	46XX	F	F	25	EMI	EMP/EST	Capital	Família de origem
P3	46XX	F	F	35	EMI	DES/EST	Capital	Outro
P4	46XY	M	M	30	EMC	EMP	Interior	Família de origem
P5	46XY	M	M	28	EMI	DES	Interior	Família de origem
P6	46XY	M	M	26	EMI	EMP/EST	Interior	Família de origem
P7	46XY	M	M	23	EMI	DES	Interior	Família de origem
P8	46XY	M	F	25	EMC	DES	Interior	Família de origem
P9	46XX	F	F	21	EMC	DES/EST	Capital	Família de origem

Fonte: Protocolo de pesquisa.

Nota: M= masculino; F= feminino; EMI= Ensino Médio Incompleto; EMC= Ensino Médio Completo; EMP= Empregado (a); DES= Desempregado; EST= Estudante

As idades dos participantes variaram de 21 a 35 anos. Dos nove participantes, três possuíam cariótipo 46XX e tanto gênero de criação quanto identidade de gênero, femininos. Um participante com cariótipo 46XY possuía gênero de criação masculino, mas identidade de gênero feminina, assumindo o gênero feminino após o início do tratamento no ambulatório do hospital universitário. Quanto aos participantes com identidade de gênero masculina, em todos houve correspondência entre o cariótipo e o gênero de criação.

No que se refere ao grau de escolaridade, apenas três participantes completaram o Ensino Médio, e entre os que ainda não haviam completado o Ensino Médio, quatro permaneciam estudando e dois encontravam-se desempregados e haviam abandonado os estudos.

Quanto ao local de moradia, apenas três participantes eram da capital do Estado, sendo a maioria residente no interior do Estado.

Em termos de constituição familiar, apenas um participante morava com outra família que não a sua de origem.

### **Ambiente**

A coleta de dados aconteceu em salas de atendimento ambulatorial do Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS).

### **Materiais e Instrumentos**

- 1) Gravador MP3: Utilizado para a gravação em áudio de todos os encontros realizados com os participantes.
- 2) Protocolo para Análise de Prontuário: Construído para coletar dados sobre o histórico do tratamento dos participantes, como tipo de anomalia, queixas principais e secundárias, propostas de tratamento, tempo de tratamento, etapas do tratamento já concluídas e etapas do tratamento em execução. Essas informações foram obtidas por meio da análise do prontuário dos participantes sob a guarda do HUBFS (Anexo 2).
- 3) Roteiro de Entrevista: Construído pela autora para coletar dados pessoais dos participantes (nome, sexo, idade, endereço, telefone, grau de escolaridade, ocupação, constituição familiar e dinâmica familiar) além de dez perguntas relacionadas ao histórico de habilidades sociais (Anexo 3).



4) Inventário de Habilidades Sociais (IHS): Este inventário foi construído e validado para a população brasileira por Del Prette e Del Prette (2001) e visou avaliar o repertório de habilidades sociais dos participantes. Trata-se de um instrumento projetado para a realidade brasileira, com características psicométricas avaliadas em população de jovens no final da adolescência e adultos. É auto-aplicado e composto por um caderno de aplicação e uma folha de resposta. O caderno tem uma folha de rosto com instruções e na parte interna contém 38 itens que devem ser considerados de acordo com a frequência com que o informante reage à situação descrita em cada item (A- Nunca ou raramente, se em cada 10 situações desse tipo, reage dessa forma no máximo 2 vezes; B- Com pouca frequência, se em cada 10 situações desse tipo, reage dessa forma 3 a 4 vezes; C- Com regular frequência, se em cada 10 situações desse tipo, reage dessa forma 5 a 6 vezes; D- Muito frequentemente, se em cada 10 situações desse tipo, reage dessa forma 7 a 8 vezes; E- Sempre ou quase sempre, se em cada 10 situações desse tipo, reage dessa forma 9 a 10 vezes). Esses itens descrevem situações sociais em vários contextos (como trabalho, lazer e família), com diferentes tipos de interlocutores (como colegas, familiares e superiores) e com demandas para uma diversidade de habilidades (como falar em público, expressar sentimentos e pedir mudança de comportamento). Estes 38 itens são agrupados em cinco escores fatoriais. O escore fatorial 1 corresponde às habilidades de enfrentamento com risco; o escore fatorial 2, às habilidades de auto-afirmação na expressão de afeto positivo; o escore fatorial 3, às habilidades de conversação e desenvoltura social; o escore fatorial 4, às habilidades de auto-exposição a desconhecidos ou a situações novas; e o escore fatorial 5, às habilidades de autocontrole da agressividade em situações aversivas. Os resultados podem ser interpretados considerando-se o escore total, os escores fatoriais e os valores de cada item. O escore total permite uma primeira avaliação da existência de déficits em

habilidades sociais no repertório do respondente. Já a análise dos fatores e de itens específicos permite identificar em quais áreas de habilidades específicas os déficits estão localizados.

5) Pirâmide de Frequência: Construída pela autora para auxiliar os participantes na escolha das respostas do IHS (A- Nunca ou raramente; B- Com pouca frequência; C- Com regular frequência; D- Muito frequentemente; E- Sempre ou quase sempre). Trata-se de uma pirâmide de cinco níveis cuja base representa a frequência máxima e o topo a frequência mínima que os participantes reagem às situações descritas em cada um dos 38 itens do IHS (Anexo 4).

### **Procedimento**

O Estudo 1 foi realizado em cinco passos:

**Passo 1:** Foi realizada a análise dos prontuários dos pacientes encaminhados ao Serviço de Psicologia do HUBFS pelos profissionais que compõem o Serviço de Endocrinologia do HUBFS, para identificação dos critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos para a composição da amostra. Para alcançar esse objetivo, utilizou-se o *Protocolo para análise de prontuário*.

**Passo 2:** Após a análise dos prontuários, os participantes pré-selecionados foram abordados em sala de espera do Serviço de Psicologia e convidados a participar do estudo mediante leitura e assinatura do TCLE.

**Passo 3:** Os participantes foram submetidos, individualmente, a aplicação do *IHS* e do *Roteiro de Entrevista*, nessa sequência, em consultório do serviço de Psicologia do HUBFS. Durante a aplicação do Roteiro de Entrevista, foi utilizado um gravador de

áudio para o registro das respostas de todos os participantes. Em seguida, foi agendada uma entrevista para devolução dos resultados obtidos com o IHS, em dia e horário acordados com cada participante. As entrevistas duraram em média 40 minutos.

**Passo 4:** Foi feita a análise dos dados do IHS, seguindo as instruções padronizadas, além da categorização dos dados obtidos com o *Roteiro de Entrevista* e com o *Protocolo para análise de prontuário*.

**Passo 5:** Foi realizada uma entrevista devolutiva para explanação dos resultados obtidos com a aplicação do IHS a cada participante. Neste momento, os participantes que apresentaram resultados indicativos de déficits em HS foram orientados e encaminhados ao serviço de Psicologia do HUBFS para acompanhamento, se assim concordassem.

### **Procedimento de Análise dos Dados**

Os dados coletados a partir do *Protocolo para Análise de Prontuário* foram organizados em uma tabela de forma descritiva com dados de cada participante.

Outras duas tabelas foram construídas com a descrição de dados obtidos a partir do *Roteiro de Entrevista*, sendo a primeira com informações voltadas para patologia e tratamento dos participantes e a segunda com relatos ilustrativos das mesmas.

Quanto ao IHS, os dados brutos da ficha de apuração dos resultados de cada participante foram apurados em termos do escore total e dos escores fatoriais conforme orientação do Manual de aplicação, apuração e interpretação do IHS (Del Prette & Del Prette, 2001). Os escores foram transformados em percentis, e a partir da posição percentil do respondente foi feita uma interpretação do repertório de HS dos

participantes. Os dados gerais dos escores total e fatoriais dos participantes foram dispostos em uma tabela e comparados com a amostra normativa masculina e feminina.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados por meio do *Protocolo para análise de prontuário*, pôde-se obter informações sobre o diagnóstico da anomalia da diferenciação sexual, as queixas principais e as secundárias, e o tipo de tratamento de cada participante, conforme apresentado na Tabela 2.

### Tabela 2.

*Diagnóstico de ADS, Queixa Principal, Queixas Secundárias e Tratamento dos Participantes*

Participantes	ADS	Queixa Principal	Queixas Secundárias	Tratamento
P1	Deficiência na síntese do hormônio	Descontentamento com identidade de gênero	Déficits em habilidades sociais	Cirúrgico e medicamentoso
P2	Hiperplasia Adrenal congênita	Baixa auto-estima, depressão	Descontentamento sexual; dúvidas quanto a identidade sexual; sentimento de baixa auto-estima	Cirúrgico e medicamentoso
P3	Hiperplasia Adrenal congênita	Descontentamento com a aparência	Dúvidas quanto a orientação sexual; sentimento de baixa auto-estima; dificuldades de relacionamento; déficit em habilidades sociais	Cirúrgico e medicamentoso
P4	Deficiência na síntese do hormônio	Descontentamento com a aparência	Problemas de relacionamento com a mãe.	Cirúrgico e medicamentoso
P5	Deficiência na síntese do hormônio	Descontentamento com a aparência	Problemas de relacionamento com a mãe; dificuldades profissionais.	Cirúrgico e medicamentoso
P6	Deficiência na síntese do hormônio	Descontentamento com a aparência	Problemas de relacionamento com a mãe.	Cirúrgico e medicamentoso
P7	Hipogonadismo hipergonadotrófico	Dúvidas com sua identidade de gênero	Dificuldades escolares; dúvidas quanto a sua orientação sexual; dificuldade de relacionamento; déficits em habilidades sociais.	Cirúrgico e medicamentoso
P8	Deficiência na síntese do hormônio	Dúvidas quanto ao tratamento	Dificuldades quanto à escolha profissional.	Cirúrgico e medicamentoso
P9	Hipogonadismo hipergonadotrófico	Dúvidas quanto ao tratamento	Dificuldades em fazer amizades; descontentamento com a aparência.	Cirúrgico e medicamentoso

Fonte: Prontuário do paciente sob a guarda do HUBFS.

A maioria (n=5) dos participantes desse estudo apresentou diagnóstico de deficiência na síntese do hormônio, seguido de hiperplasia adrenal congênita (n=2) e hipogonadismo hipergonadotrófico (n=2).

A maioria das queixas principais estava relacionada ao descontentamento com a aparência física (n=5), enquanto as queixas secundárias se relacionavam na maioria dos casos a problemas/dificuldades de relacionamento (n=5). Consideraram-se como queixas principais aquelas que os pacientes relatavam no primeiro atendimento com o serviço de psicologia, também descritas pelos médicos no encaminhamento do paciente a esse serviço. Como secundárias, as queixas relatadas ao longo dos atendimentos realizados no serviço de psicologia.

Todos os participantes haviam recebido indicação de tratamento tanto cirúrgico quanto medicamentoso. Em relação ao tratamento cirúrgico, apenas um participante (P8) ainda não havia realizado esse procedimento. Quanto ao tratamento medicamentoso, alguns participantes relataram que não faziam uso regular do medicamento, alegando dificuldades para aquisição do remédio indicado, ou mesmo pela falta de adesão ao tratamento.

A maioria dos participantes relatou dificuldades escolares, e destas prevaleceram as relacionadas ao entendimento do conteúdo ministrado durante as aulas (n=5). Também houve relato de dificuldade de relacionamento com colegas (n=1) e de isolamento social (n=1).

Destaca-se que a maioria dos participantes (n=6) abandonou, em algum momento de sua história de vida, as atividades escolares, e que todos os participantes relataram ter passado por alguma situação de constrangimento social devido a sua patologia, conforme descrito na Tabela 3. Tais constrangimentos, de acordo com os participantes, justificavam a evasão escolar, assim como a dificuldade em ingressar no

mercado de trabalho. Nesse sentido, esses resultados sugerem a presença de déficits em habilidades sociais nesses participantes, os quais, para evitar situações aversivas, se afastavam do convívio social, corroborando com estudos realizados por Almeida (2007) e Sardinha (2007).

### **Tabela 3.**

#### *Relatos de Situações de Constrangimento Social Experienciadas Pelos Participantes*

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>RELATOS</b>
P1	“Uma vez o ônibus da empresa estava meio cheio, e o motorista pediu para eu descer; eu me recusei. Depois, novamente o motorista pediu que eu descesse, me empurrou e me xingou com palavrões, me chamou de homossexual, na frente dos funcionários que estavam no ônibus”.
P2	“Quando eu tinha 12 anos, ouvia dizer que eu era homem. Até hoje em dia estranham a minha voz e associam à homossexualidade”.
P3	“Quando fui tirar pela primeira vez a minha carteira de identidade, as pessoas falavam coisas maldosas. Eu chorei”.
P4	“Apelidavam-me de pimba de gato”.
P5	“Nas festas, me chamavam de pimba de gato”.
P6	“Fizeram chacotas quanto à cirurgia”.
P7	“Um mototaxista me perguntou se eu era homem ou mulher”.
P8	“Eu não arranjo mulher e isso me deixa chateado”.
P9	“Já ocorreu de me chamarem de sapatão ou travesti, mas hoje em dia isso não acontece mais”.

Fonte: Protocolo de pesquisa.

O descontentamento com a aparência, provavelmente devido a não correspondência entre a identidade de gênero e a aparência física, pode estar associado a um histórico de rejeição social justificando problemas/dificuldades de relacionamento relatados pelos participantes. Os relatos de constrangimentos sugerem dificuldades enfrentadas por eles diante de situações de exclusão social que provavelmente prejudicaram sua participação em contextos sociais, interferindo no desenvolvimento de habilidades sociais. Tais resultados correspondem aos apontados no estudo realizado por Sardinha (2007) quanto às prováveis dificuldades apresentadas por pessoas com ADS

em desenvolver comportamentos socialmente habilidosos; e ao estudo de Santos (2006) quanto ao impacto de crescer com a genitália aparentemente diferenciada de outras crianças sobre a construção da imagem corporal em portadores de ADS.

Em relação ao IHS, considerando-se os escores total e fatoriais, efetuou-se a comparação entre a média e o desvio padrão dos participantes da amostra masculina e da amostra feminina desse estudo com a média e desvio padrão da amostra normativa masculina e feminina do estudo de Del Prette e Del Prette (2001). Foram incluídos na amostra masculina, os cinco participantes com identidade de gênero masculina, enquanto na amostra feminina, os quatro participantes com identidade de gênero feminina. Esses dados estão apresentados na Tabela 4.

**Tabela 4.**

*Comparação entre as Médias e Desvio Padrão dos participantes do Gênero Masculino e do Gênero Feminino e as Médias e Desvio Padrão da Amostra Normativa Masculina e Feminina Quanto aos Escores Total e Fatoriais em Percentis Obtidos no IHS*

ESCORES	Participantes	Amostra Normativa	Participantes	Amostra Normativa
	Gênero Masculino (n=5) Média (DP)	Masculina* Média (DP)	Gênero Feminino (n=4) Média (DP)	Feminina* Média (DP)
Score Total IHS	85,6 (39,43)	96,00 (13,6)	90,5 (41,57)	92,0 (15,4)
F1 – Enfrentamento e auto-afirmação com risco	7,42 (3,15)	10,35 (2,7)	9,468 (3,95)	8,4 (3,2)
F2 – Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo	8,16 (3,26)	8,79 (1,7)	9,14 (3,9)	9,62 (1,7)
F3 - Conversação e desenvoltura social	6,45 (3,05)	6,72 (1,4)	6,36 (3,64)	6,59 (1,35)
F4 – Auto-exposição a desconhecidos	2,08 (3,21)	3,3 (1,22)	2,71 (3,8)	3,32 (1,28)
F5 – Autocontrole da agressividade e raiva	0,732 (3,45)	1,24 (0,8)	0,185 (4,24)	0,89 (0,8)

Fonte: Protocolo de pesquisa e \* Del Prette e Del Prette (2001).

Verificou-se que a média do escore total entre os participantes do gênero masculino foi de 85,6 pontos e desvio padrão de 39,43, estando, portanto, abaixo da média da amostra normativa masculina (96,00 e 13,6 respectivamente), sugerindo indicação para treino de HS. Entre as participantes do gênero feminino obteve-se 90,5 pontos e desvio padrão de 41,57, sugerindo valores abaixo da média da amostra normativa feminina (92,00 e 7,70 respectivamente), contudo podendo ser considerado como um bom repertório conforme Del Prette e Del Prette (2001).

Em relação aos escores fatoriais observados entre os participantes do gênero masculino, todos os fatores estavam abaixo da amostra normativa masculina, sendo os Fatores 1, 4 e 5 com indicativo para treino e os Fatores 2 e 3 sugerindo um bom repertório, apesar de abaixo da média da amostra normativa. Em relação aos escores fatoriais observados entre as participantes do gênero feminino, com exceção do Fator 1 que estava acima da média da amostra normativa feminina, os demais estavam abaixo da média, sendo os Fatores 2, 3 e 4 interpretados como um bom repertório embora abaixo da média, enquanto o Fator 5 obteve indicativo de treino, conforme Del Prette e Del Prette (2001).

A Tabela 5 mostra a comparação entre as médias dos participantes com identidade de gênero masculina e feminina obtidas em cada uma das habilidades correspondentes ao Fator 1 do IHS com as médias da amostra normativa masculina e feminina.



**Tabela 5.**

*Comparação entre as Médias Obtidas pelos Participantes e as Médias Obtidas pela Amostra Normativa em relação aos itens do Fator 1 do IHS*

<b>FATOR 1:</b> <b>Enfrentamento e auto-afirmação com risco</b>	<b>Médias</b>			
	Participantes Gênero Masculino (n=5)	Amostra Normativa Masculina*	Participantes Gênero Feminino (n=4)	Amostra Normativa Feminina*
Devolver mercadoria defeituosa	3	3.78	3.25	3.1
Discordar de grupo	3	2.93	2.25	2.7
Lidar com críticas injustas	2.8	2.86	3	2.76
Fazer perguntas a conhecidos	2.8	2.69	1.5	2.71
Declarar sentimento amoroso	1.6	2.62	2	2.01
Discordar de autoridade	1.4	2.22	1.5	1.77
Falar a público conhecido	0.8	1.83	2.75	1.88
Cobrar dívida de amigo	1.6	2.09	1.5	1.62
Manter conversa com desconhecidos	0.6	1.53	3	1.61
Abordar para relação sexual	0.4	1.95	2	0.95
Apresentar-se a outra pessoa	0.8	1.59	1	0.92

Fonte: Protocolo de pesquisa e \* Del Prette e Del Prette (2001).

Analisando a média dos participantes para cada habilidade, notou-se que, com exceção das habilidades *devolver mercadoria defeituosa*, *discordar de grupo* e *fazer pergunta a conhecidos* para os participantes com identidade de gênero masculina, todas as outras médias estavam abaixo da média da amostra normativa. Quanto às participantes com identidade de gênero feminina, as habilidades *discordar do grupo*, *fazer perguntas a conhecidos*, *discordar de autoridade* e *cobrar dívida de amigo* foram as habilidades que estavam abaixo da média da amostra normativa. Os déficits indicados para este Fator sugerem que estes participantes tinham dificuldade em lidar com situações que demandam a defesa de seus direitos e auto-estima, uma vez que isso poderia proporcionar comportamentos de rejeição ou oposição por parte do interlocutor.

A defesa pelos seus direitos está atrelada ao conceito de assertividade que, segundo Delamater e Mc Namara (1986), apesar de ser considerado como um comportamento altamente competente e habilidoso, também é visto como um comportamento interpessoal desfavorável, a partir do momento em que cria o risco da perda de reforçamento ou da punição.

A comparação entre as médias da amostra normativa masculina e feminina e as médias dos participantes com identidade de gênero masculina e feminina referente às habilidades correspondentes ao Fator 2 do IHS está descrita na Tabela 6. A análise dos resultados indica que as médias dos participantes com identidade de gênero masculina quanto às habilidades *expressar sentimento positivo, defender outrem, elogiar outrem* foram as únicas que se mostraram acima da média da amostra normativa masculina. Em relação às participantes do gênero feminino, apenas as habilidades *elogiar familiares, participar de conversação, defender outrem em grupo* estavam abaixo das médias da amostra normativa de comparação. O indicativo de déficit no Fator 2 implica em dificuldades em lidar com demandas de expressão de afeto positivo e de afirmação da auto-estima (Del Prette & Del Prette, 2001).

**Tabela 6.**

*Comparação entre as Médias Obtidas pelos Participantes e as Médias Obtidas pela Amostra Normativa em relação aos itens do Fator 2 do IHS*

<b>FATOR 2: Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo</b>	<b>Médias</b>			
	Participantes Gênero Masculino (n=5)	Amostra Normativa Masculina*	Participantes Gênero Feminino (n=4)	Amostra Normativa Feminina*
Agradecer elogios	3	3.2	3,75	3.43
Elogiar familiares	3	3.17	3,25	3.38
Participar de conversação	2.8	3.24	1,25	3.32
Expressar sentimento positivo	3.2	2.89	4	3.36
Defender outrem em grupo	3	2.68	2,75	2.84
Elogiar outrem	2.8	2.68	3,25	2.78
Expressar sentimento positivo	1.6	2.36	3	2.57

Fonte: Protocolo de pesquisa e \* Del Prette e Del Prette (2001).

Também foi feita a comparação entre as médias da amostra normativa masculina e da feminina e as médias dos participantes com identidade de gênero masculina e feminina referente às habilidades correspondentes ao Fator 3 do IHS, conforme mostra a Tabela 7. A média dos participantes com identidade de gênero masculina quanto às habilidades *pedir favores a colegas* e *encerrar conversa ao telefone* foram as únicas deste fator que obtiveram média acima da amostra normativa correspondente. Quanto às médias das participantes com identidade de gênero feminina, as habilidades *pedir favores a colegas*, *encerrar conversa ao telefone* e *manter conversação* foram as que obtiveram médias acima da amostra normativa feminina. Déficits no Fator 3 sugerem déficits no conhecimento de normas de relacionamento cotidiano para o desempenho das habilidades correspondentes a este fator (Del Prette & Del Prette, 2001). Provavelmente, tais participantes tivessem dificuldade em se expor ao risco de reações indesejadas por parte dos interlocutores, evitando assim uma aproximação.

**Tabela 7.**

*Comparação entre as Médias Obtidas pelos Participantes e as Médias Obtidas pela Amostra Normativa em relação aos itens do Fator 3 do IHS*

FATOR 3: Conversação e desenvoltura social	Médias			
	Participantes Gênero Masculino (n=5)	Amostra Normativa Masculina*	Participantes Gênero Feminino (n=4)	Amostra Normativa Feminina*
Encerrar conversação	2.8	2.97	1.5	3.04
Pedir favores a colegas	2.4	2.91	3.5	2.86
Manter conversação	3.2	1.39	2.25	1.18
Reagir a elogio	1	2.67	2.75	2.78
Recusar pedidos abusivos	2	2.44	1.5	2.25
Encerrar conversa ao telefone	2.6	2.59	3	2.59
Abordar autoridade	2	2.34	2	2.08

Fonte: Protocolo de pesquisa e \* Del Prette e Del Prette (2001).

Nas Tabelas 8 e 9 tem-se a comparação entre as médias da amostra normativa masculina e feminina com as médias dos participantes com identidade de gênero masculina e feminina referentes às habilidades correspondentes aos Fatores 4 e 5, respectivamente, do IHS. Pode-se observar que, em relação ao Fator 4, as médias dos participantes com identidade de gênero masculina estavam abaixo das médias da amostra normativa correspondente, com exceção da habilidade *pedir favores a desconhecidos*. Para as participantes com identidade de gênero feminina, as habilidades *pedir favores a desconhecidos* e *falar a público conhecido* foram as que estavam abaixo das médias da amostra normativa correspondente. O indicativo de déficit no Fator 4 inclui dificuldades em abordar pessoas desconhecidas, correspondendo à esquia de expor-se a situações aversivas (como reações agressivas ou constrangedoras por parte dos interlocutores). No Fator 5 apenas a habilidade *falar a público desconhecido* estava acima da média da amostra normativa correspondente para os participantes com

identidade de gênero masculina. Déficit no Fator 5, corresponde a dificuldade de reagir a estimulações aversivas do interlocutor, perdendo-se o controle da raiva e da agressividade. O ideal seria que a raiva fosse expressa de forma considerada socialmente competente, no que se refere ao controle dos sentimentos negativos (Del Prette & Del Prette, 2001).

### **Tabela 8.**

*Comparação entre as Médias Obtidas pelos Participantes e as Médias Obtidas pela Amostra Normativa em relação aos itens do Fator 4 do IHS*

<b>FATOR 4: Auto-exposição a desconhecidos e situações novas</b>	<b>Médias</b>			
	Participantes Gênero Masculino (n=5)	Amostra Normativa Masculina*	Participantes Gênero Feminino (n=4)	Amostra Normativa Feminina*
Fazer pergunta a desconhecido	1	2.52	1,75	2.57
Pedir favores a desconhecidos	2,75	2.32	3	2.51
Falar a público desconhecido	2	2.32	0,25	2.14
Falar a público conhecido	1	1.83	2,5	1.88

Fonte: Protocolo de pesquisa e \* Del Prette e Del Prette (2001).

### **Tabela 9.**

*Comparação entre as Médias Obtidas pelos Participantes e as Médias Obtidas pela Amostra Normativa em relação aos itens do Fator 5 do IHS*

<b>FATOR 5: Autocontrole da agressividade</b>	<b>Médias</b>			
	Participantes Gênero Masculino (n=5)	Amostra Normativa Masculina*	Participantes Gênero Feminino (n=4)	Amostra Normativa Feminina*
Lidar com críticas dos pais	1.8	2.87	0,75	2.53
Lidar com chacotas	2.4	2.83	0,5	2.34
Cumprimentar desconhecidos	3	2.45	2	2.33

Fonte: Protocolo de pesquisa e \* Del Prette e Del Prette (2001).

Ao avaliar o repertório inicial de habilidades sociais dos participantes, apesar do indicativo de déficit ser uma constante nesse estudo, deve-se frisar o fato de que, em

geral, os participantes superestimam seus desempenhos, se auto-avaliando bastante positivamente, como sugerido por Del Prette e Del Prette, (2007).

Salienta-se, também, que alguns déficits apresentados pelos participantes poderiam estar relacionados ao fato de tais habilidades não estarem inseridas nos contextos vivenciados por eles, de forma que possam não ter aprendido a se comportar de tal maneira, pois, segundo Del Prette e Del Prette (2001), algumas situações são mais fáceis de serem exercitadas devido a experiências anteriores. Outro aspecto que pode justificar tais déficits se refere à dificuldade que estes participantes poderiam ter para identificar situações adequadas para cada habilidade descrita no IHS, tendo, portanto dificuldades em analisar o ambiente, interpretando erroneamente os comportamentos daqueles com quem interagem (Del Prette & Del Prette, 2003).

Sendo assim, esses resultados sugerem que os participantes deste estudo poderiam se beneficiar com um treinamento de habilidades sociais como parte do tratamento, uma vez que se trata de uma técnica que visa à superação e/ou redução dos déficits por eles apresentados (Bolsoni-Silva, 2002).

## **ESTUDO 2**

### **OBJETIVO**

Foi realizado um estudo com delineamento de sujeito único, com o objetivo de verificar os efeitos do uso de um treino de automonitoramento na instalação de comportamentos correspondentes a HS.

### **MÉTODO**

#### **Participante**

Foi selecionada para este estudo, uma participante do Estudo 1 que apresentou baixo percentil em pelo menos duas habilidades em qualquer um dos escores fatoriais no Inventário de Habilidades Sociais (IHS), residente em Belém, e que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 (Anexo 5).

A participante possuía identidade de gênero feminina, cariótipo 46XX, diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita, registrada e criada com o gênero feminino, 34 anos, desempregada, realizando trabalhos temporários de diarista. Durante a realização do estudo, a participante estava cursando o último ano do Ensino Médio, através do Programa de Educação para Jovens e Adultos (EJA).

#### **Ambiente**

Os dados do Estudo 2 foram coletados em salas de atendimento no ambulatório do Serviço de Psicologia do HUBFS, local no qual se garantiu a preservação do sigilo e de uma ambientação favorável à coleta dos dados.

## **Materiais e Instrumentos**

1) Gravador MP3: Utilizado para a gravação em áudio de todos os encontros realizados com a participante.

2) Tabela de hierarquia de comportamentos socialmente habilidosos (Anexo 6): Tabela composta por comportamentos descritos no IHS nos quais a participante havia obtido baixo escore durante o Estudo 1. Ao lado de cada comportamento havia uma escala de três níveis: (1) já faço; (2) não faço, mas poderei fazer, e (3) será muito difícil fazer.

3) Formulário de automonitoração (Anexo 7): Formulário elaborado para o registro dos comportamentos socialmente habilidosos selecionados conforme o resultado obtido no IHS pela participante durante o Estudo 1. Este instrumento possui linhas e colunas nas quais deveria ser registrada, por meio da marcação de um “X” na linha correspondente, a ocorrência de cada classe dos comportamentos alvo emitida pela participante no período de uma semana.

4) Diagrama para análises funcionais (Anexo 8): Formulário contendo colunas para o registro dos elementos componentes do contexto em que o comportamento alvo ocorreu (ocasião, comportamento e consequência) permitindo análises funcionais.

5) Texto sobre habilidades sociais construído pela autora, baseado em Del Prette e Del Prette (2001) (Anexo 9).

6) Lista de Direitos Humanos Básicos, adaptada de Caballo (1996, p. 371) (Anexo 10).



7) Questionário Construcional de Goldiamond adaptado (Anexo 11): Questionário composto por 17 perguntas selecionadas e adaptadas do questionário proposto por Goldiamond (2002/1974). Segundo Gimenes, Andronis e Joe Laying (2005), trata-se de um roteiro de entrevista inicial elaborado para coletar informações necessárias para identificação das relações funcionais controladoras dos comportamentos problemáticos. Não é um instrumento de auto-aplicação e o tempo necessário para obtenção das informações depende do tipo de cliente e das condições de interação entre cliente e entrevistador, não sendo incomum a utilização de algumas sessões para a sua aplicação.

8) Inventário de Habilidades Sociais (IHS) (Del Prette & Del Prette, 2001): o mesmo utilizado no Estudo 1.

## **Procedimento**

### ***Passo 1: Contrato***

A partir da apresentação do resultado do Inventário de Habilidades Sociais, realizada durante a entrevista devolutiva do Estudo 1, a participante foi convidada a iniciar o Estudo 2 por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 no qual estavam descritos o objetivo e o procedimento a ser realizado. Foi necessário fazer alguns esclarecimentos acerca da ajuda de custo que lhe seria oferecida para o transporte nos dias de coleta de dados da pesquisa. Mediante todos os esclarecimentos, a participante assinou o termo oficializando o aceite e posteriormente foi feito o agendamento da próxima entrevista.

### ***Passo 2: Avaliação***

Para o levantamento da linha de base dos comportamentos correspondentes à HS, inicialmente foi feita a identificação de habilidades específicas que apresentassem déficit no repertório da participante segundo as normas de análise do IHS, considerando cada um dos fatores. Em seguida, fez-se uma lista destas habilidades na qual a participante foi solicitada a avaliar cada classe de comportamento, indicando quais estavam sendo emitidas (já faço), as possíveis de serem emitidas (não faço, mas poderei fazer) e as mais difíceis de serem emitidas (será muito difícil fazer). Desse modo, foi elaborada uma hierarquia desses comportamentos, disposta na *Tabela de hierarquia de comportamentos socialmente habilitados*, na qual as classes de comportamentos foram ordenadas da mais fácil para a mais difícil de ser emitida, de acordo com a avaliação da participante.

Após a elaboração da hierarquia, fez-se um treino de registro de automonitoração. Tal treino consistiu em a participante preencher o *Formulário de automonitoração*, registrando contextos em que houvesse emitido comportamentos socialmente habilitados na semana anterior a entrevista, inicialmente com o auxílio da pesquisadora e em seguida individualmente. Posteriormente, a participante foi solicitada a preencher um novo formulário, durante o período de uma semana seguinte à entrevista, registrando a ocorrência dos comportamentos selecionados.

Após este intervalo, realizou-se uma entrevista na qual a participante deveria apresentar à pesquisadora o registro do *Formulário de automonitoração* correspondente a uma semana (considerado como linha de base). Em seguida, com o auxílio da pesquisadora, a participante descreveu os contextos em que os comportamentos ocorreram, mediante a utilização do *Diagrama de análises funcionais*. Neste momento

nenhuma análise funcional foi realizada, apenas orientou-se a participante objetivando a instalação do comportamento de registrar.

### ***Passo 3:*** Intervenção

A intervenção foi realizada por meio de entrevistas semanais, no consultório de Psicologia do ambulatório do HUBFS.

Inicialmente, foi apresentado a participante um texto explicando o que são habilidades sociais (Anexo 9). Em seguida, lhe foi apresentada a *Lista de Direitos Humanos Básicos*, analisando-se item por item. Após esse momento, a participante foi solicitada a responder ao *Questionário Construcional de Goldiamond adaptado*, o que ocorreu por meio de duas entrevistas consecutivas.

Em seguida, com base nos comportamentos que a participante relatou ter emitido de acordo com a hierarquia elaborada na linha de base, foi estabelecido um acordo entre participante e pesquisadora, no qual a participante se comprometeu a, durante uma semana, emitir a classe de comportamento socialmente habilidoso disposta como primeiro passo na hierarquia (considerada como comportamento alvo). Nesse acordo, a participante deveria registrar no *Formulário de automonitoração* a ocorrência do comportamento-alvo. Paralelamente, ela também deveria registrar as demais classes de comportamento, caso estas ocorressem nesse intervalo.

A cada intervalo de uma semana, participante e pesquisadora se encontravam para analisar funcionalmente os comportamentos registrados e para renovar o contrato, seguindo a hierarquia de comportamentos estabelecida, de acordo com o modelo construcional, utilizando-se o *Diagrama de análises funcionais*, o que aconteceu durante o período de três meses, totalizando doze entrevistas, com duração média de 50 minutos cada uma.

Cada entrevista era iniciada com as análises funcionais do comportamento-alvo da semana, seguidas da análise dos demais comportamentos dispostos na hierarquia.

***Passo 4:*** Re-avaliação das HS

Ao final das entrevistas, foi feita a re-aplicação do IHS.

***Passo 5:*** Follow-up

Um mês após a última entrevista da fase de intervenção, foi realizado um encontro no qual participante e pesquisadora avaliaram a manutenção dos ganhos obtidos com o estudo. Neste encontro, a participante foi solicitada a descrever e registrar, com o auxílio da pesquisadora, comportamentos socialmente habilidosos emitidos na semana anterior à entrevista.

***Passo 6:*** Encerramento

Realizou-se uma entrevista devolutiva para explanação dos resultados do estudo à participante. Nesta ocasião, a participante recebeu a análise de seus dados e foi solicitada a sua avaliação com relação aos resultados obtidos com sua participação na pesquisa.

**Procedimento de Análise dos Dados**

Os dados do IHS coletados com a participante durante o Estudo 1 foram organizados em figuras e comparados com os da amostra normativa feminina. Também se utilizou o Método JT (Aguiar, Aguiar & Del Prette, 2009; Jacobson & Truax, 1991) a fim de demonstrar a validade interna da intervenção utilizada. Fez-se uma comparação dos dados obtidos antes e após a intervenção a fim de que fossem avaliadas a

significância clínica e a mudança confiável, conceitos estes que foram operacionalizados e calculados com base em critérios matemáticos e representados graficamente. Segundo Del Prette e Del Prette (2008), este método implica em calcular a confiabilidade das alterações ocorridas entre a avaliação pré e a avaliação pós-intervenção e analisar o significado clínico dessas alterações.

A partir da *Tabela de hierarquia de comportamentos socialmente habilitados* foram elaboradas uma tabela na qual foram descritos os comportamentos nos quais a participante havia obtido baixo escore segundo o IHS, e uma figura com a hierarquia desses comportamentos. Ambas foram descritas e analisadas conforme avaliação da própria participante.

Com os dados obtidos por meio do *Formulário de automonitoração* foi elaborada uma tabela com a ocorrência dos comportamentos socialmente habilitados emitidos por semana segundo relato da participante. Com o auxílio do *Diagrama de análises funcionais* foram descritas e analisadas situações acerca de cada classe de comportamento-alvo.

Quanto ao *Texto sobre habilidades sociais*, a *Lista de Direitos Humanos Básicos* e o *Questionário Construcional de Goldiamond adaptado*, utilizou-se a análise descritiva para os dados obtidos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Descrição do caso**

A participante nasceu no Estado do Maranhão e aos dois anos de idade veio para o Estado do Pará, onde foi criada pela avó materna, a qual se refere como mãe. A mãe biológica, já falecida, proibiu todos os filhos de a chamarem de mãe, ameaçando-os de castigo físico.

A participante tinha duas irmãs, ambas casadas e com filhos. Também teve um irmão que faleceu aos quatro anos. Destas irmãs, somente uma é de origem materna e paterna, a outra é apenas de origem materna. Segundo relato da mesma, não há histórico de outros casos de ADS em sua família e desconhece a existência de outros irmãos por parte de pai. Relatou também que desde os 14 anos morava distante de sua família de origem, mantendo pouco contato com a mesma.

De acordo com a participante, esta não frequentou regularmente a escola durante a infância, o que provavelmente justificaria em parte o seu atraso nas atividades acadêmicas e a restrição de comportamentos sociais em seu repertório. De acordo com Del Prette e Del Prette (1999), quando a criança passa pela escola, a mesma se vê diante de situações em que há a necessidade de adaptação a novas demandas sociais, a diferentes contextos e a novas regras de convívio social. Desse modo, supõe-se que não frequentar regularmente a escola pode ter sido um obstáculo para o desenvolvimento de habilidades esperadas para a infância da participante, o que comprometeria o desenvolvimento de habilidades mais complexas no curso de vida.

A participante apresentava histórico de baixa frequência de exposição a manifestações de afeto durante a infância, em especial por parte de sua mãe; e, segundo seus relatos, sua avó lhe demonstrara afeto apenas quando ela era criança. No convívio em família, frequentemente ouvia “comentários maldosos” a seu respeito, referentes a seu problema de ADS. Relatou que desde os cinco anos de idade passou a observar que era “diferente”, pois com essa idade já tinha muitos pêlos no corpo. Contudo, ninguém sabia lhe explicar as razões dessa “diferença”. Sua avó lhe dizia que ela era assim por ser “deficiente”; contudo, ela não entendia o que isso significava.

Considerando o distanciamento que a participante teve de sua família de origem desde a infância e o fato de o desenvolvimento de habilidades sociais ser um importante

fator de competência social já nessa fase da vida, este pode ser um fator associado à instalação de déficits em habilidades sociais identificados por meio do IHS ao início do estudo. Tal análise confirma a proposição de Del Prette e Del Prette (1999) a respeito de os pais serem modelos de muitos comportamentos sociais para os filhos, e que se organizam como um sistema de regras, punindo o desvio das crianças aos seus padrões, e recompensando a adequação das mesmas. A participante parece ter sido privada da exposição a esses modelos durante a infância.

A participante também relatou três episódios nos quais fora vítima de violência sexual durante a adolescência. Segundo a participante, em um deles o agressor demonstrou insatisfação com sua aparência masculina, relatando: “ele parecia ter nojo de mim”.

De acordo com avaliação feita pela própria participante, ela tinha um histórico de apego “fácil” a todas as pessoas que lhe davam atenção, de forma que, muitas vezes, se submeteu a situações em que abdicava de seus direitos para não ser rejeitada pelo outro. Tais relatos sugerem presença de padrão de comportamento passivo, com déficit em assertividade. Entretanto, tal padrão de comportamento passivo pode ser considerado como adaptativo diante da longa história de exposição a situações constrangedoras as quais a participante foi exposta. Delamater e McNamara (1986) consideraram que, apesar de a assertividade ser entendida como uma dimensão altamente competente e habilidosa, também é vista como uma habilidade interpessoal desfavorável quando expõe o indivíduo a contingências aversivas.

Um exemplo desse processo adaptativo pôde ser observado quando a participante relatou que, por um período optou por se trajar com vestimentas masculinas com o objetivo de “não causar constrangimentos” às pessoas, uma vez que vestida assim passava “despercebida”.

A história de exposição a contingências aversivas nas interações sociais (estupros, punições e negligência da mãe, comentários depreciativos sobre sua aparência física) pode ter contribuído para a esquiva de contato social, favorecendo a ocorrência de poucas oportunidades de desenvolver um repertório adequado de habilidades sociais. Tais dados correspondem ao que diz Skinner (2003) quanto a exposição a episódios frequentes de punições, que geralmente ocasionam respostas emocionais intensas e desagradáveis, além de favorecer ao desenvolvimento e manutenção de respostas operantes como a esquiva de situações sociais.

Pelo relato da participante, observou-se ainda que a mesma tinha poucas oportunidades de ser positivamente reforçada em suas interações sociais. Seu repertório inicial indicava insensibilidade a aspectos do ambiente que indicavam ocasiões mais apropriadas para determinados tipos de interação, como relacionamentos amorosos. Por outro lado, indicava sensibilidade para se esquivar de contingências aversivas como o uso de trajes masculinos para evitar constrangimentos, por exemplo. Também relatou dificuldade em fazer amizades e mantê-las, o que poderia estar associada à dificuldade de discriminação e desempenho, isto é, à dificuldade de identificar as demandas do ambiente social e ao uso dessa informação na elaboração e monitoria do próprio comportamento, associada a auto-avaliação distorcida, auto-regras disfuncionais, assim como a baixa auto-estima (Del Prette & Del Prette, 2008a).

Como resultados esperados com sua participação na pesquisa, a participante relatou: “Espero melhorar cada vez mais, mudar quanto a forma de me relacionar com as pessoas”. Relatou timidez e dificuldade de expressar sentimentos por medo de magoar as pessoas. Além desses aspectos, foi abordado o fato de já ter vivenciado situações de preconceito, o que a fez procurar por tratamento.



A partir dos resultados obtidos com a aplicação do IHS no Estudo 1, foi possível identificar déficits em habilidades sociais na participante, as quais foram listadas e avaliadas pela mesma conforme apresentado na Tabela 10.

**Tabela 10.**

*Avaliação das Habilidades Sociais da Participante com Indicativo de Déficit*

COMPORTAMENTOS	JÁ FAÇO	NÃO FAÇO, MAS PODEREI FAZER	SERÁ MUITO DIFÍCIL FAZER
Fazer pergunta a conhecidos	X		
Declarar sentimento amoroso			X
Discordar de autoridade		X	
Cobrar dívida de amigo		X	
Abordar para relação sexual			X
Apresentar-se a outra pessoa			X
Elogiar familiares		X	
Participar de conversação	X		
Encerrar conversação	X		
Pedir favores a desconhecidos		X	
Falar a público desconhecido			X
Lidar com chacotas			X
Cumprimentar desconhecidos		X	

Fonte: Protocolo de pesquisa

A participante avaliou as habilidades que *já fazia*, as que *não fazia, mas poderia fazer* e as que ela considerou *muito difícil fazer*. Esta avaliação permitiu uma análise de custos e benefícios de modo a considerar o que a mesma avaliou como classes de comportamento de menor custo de resposta e as que demandariam maior custo de resposta. Tal análise seguiu as orientações preconizadas pelo modelo Construcional de Goldiamond que valoriza a realização de uma análise dos custos e benefícios dos comportamentos já estabelecidos e dos custos e benefícios da mudança ou construção do novo repertório (Goldiamond, 1974/2002).

Após esta avaliação, foi elaborada uma hierarquia dos comportamentos da participante a serem submetidos à intervenção na etapa de treino em automonitoração, conforme mostra a Figura 1, elaborada na sequência de menor para maior custo de resposta, conforme análise da participante.



**Figura 1.** *Hierarquia dos Comportamentos Socialmente Habilidadeosos.*

### **Automonitoração**

A partir da avaliação inicial realizada pela participante quanto às classes de habilidades sociais apontadas como deficitárias em seu repertório, deu-se início ao procedimento para instalação do comportamento de registrar (treino de registro de automonitoração), no qual a participante registrou a ocorrência de apenas dois comportamentos (*fazer pergunta a conhecidos e participar de conversação*) por ela realizados durante a semana anterior.

Ao serem iniciados os registros de automonitoração, observou-se que a participante tinha dificuldade em relatar o contexto dos comportamentos registrados por ela ao longo das semanas, de maneira que a mesma foi orientada a escrever, no verso do *Formulário de automonitoramento*, palavras que lhe servissem de *dicas* para recordar as situações ocorridas. No decorrer dos encontros, a participante passou a descrever, em folhas de papel à parte, todas as situações por ela registradas no *Formulário de*

*Automonitoração* durante a semana, o que favoreceu as análises durante as entrevistas. Essa melhora no detalhamento dos registros da participante pode ser entendida como um ganho terapêutico significativo no que se refere à importância em se especificar a ocasião em que tais classes de comportamento ocorreram, favorecendo assim análises funcionais de maior qualidade (Bohm & Gimenes, 2008). Sabe-se que uma formulação adequada da interação entre um organismo e seu ambiente deve especificar não somente a ocasião em que a resposta ocorre, mas a própria resposta e as consequências a ela relacionadas (Skinner, 2003), daí a relevância do treinamento da participante em registros de melhor qualidade.

A Tabela 11 descreve o número de ocorrências desses comportamentos, de acordo com a hierarquia e ao longo do período de intervenção.

**Tabela 11.**  
*Ocorrência de Comportamentos Socialmente Habilidosos Emitidos por Semana Segundo Relato da Participante*

COMPORTAMENTOS	SEMANAS												Total (N)
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	
1- Fazer pergunta a conhecidos	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	5
2-Participar de conversação	0	3	5	2	2	2	4	4	6	7	7	6	48
3-Encerrar conversação	0	1	2	1	1	0	2	4	4	1	0	0	16
4-Discordar de autoridade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-Cobrar dívida de amigo	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
6-Elogiar Familiares	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	4
7-Pedir favores a desconhecidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8-Cumprimentar desconhecidos	0	5	3	3	0	1	1	1	2	4	4	2	26
9-Declarar sentimento amoroso	0	1	2	2	2	3	3	0	0	2	3	2	20
10-Abordar para relação sexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11-Apresentar-se a outra pessoa	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
12-Falar a público desconhecido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13-Lidar com chacotas	0	0	0	0	1	4	1	0	1	2	1	0	10

Fonte: Protocolo da pesquisa.

De acordo com a Tabela 11, a classe de comportamento com o maior registro de ocorrências foi *participar de conversação* (n=48). Há 26 registros de ocorrência de

*cumprimentar desconhecidos*, 20 de *declarar sentimento amoroso*, 16 de *encerrar conversaço*, 10 de *lidar com chacotas*, 5 de *fazer perguntas a conhecidos*, 4 de *elogiar familiares*, 2 de *cobrar dívidas de amigo* e 1 de *apresentar-se a outra pessoa*.

Destes comportamentos, *fazer pergunta a conhecidos*, *participar de conversaço* e *encerrar conversaço* foram relatados pela participante como comportamentos que já faziam parte de seu repertório. Contudo, *encerrar conversaço* se tratava de uma classe de comportamento em que a mesma relatou dificuldade em emitir.

Dentre os comportamentos considerados como possíveis de emitir, mesmo que não fizessem parte do repertório inicial da participante, estavam os comportamentos de *discordar de autoridade* e *pedir favores a desconhecidos*. Porém, não houve registro de ocorrência dos mesmos, assim como não houve registro de *falar a público desconhecido* e *abordar para relação sexual*, comportamentos considerados pela participante como de difícil emissão.

De acordo com os relatos da participante, alguns comportamentos não foram registrados por não ter ocorrido contexto favorável à emissão dos mesmos. É importante também salientar que o comportamento *abordar para relação sexual* não foi considerado como comportamento alvo durante o procedimento de intervenção, uma vez que a participante não tinha parceiro fixo e se mostrou resistente a se expor a contextos dessa natureza.

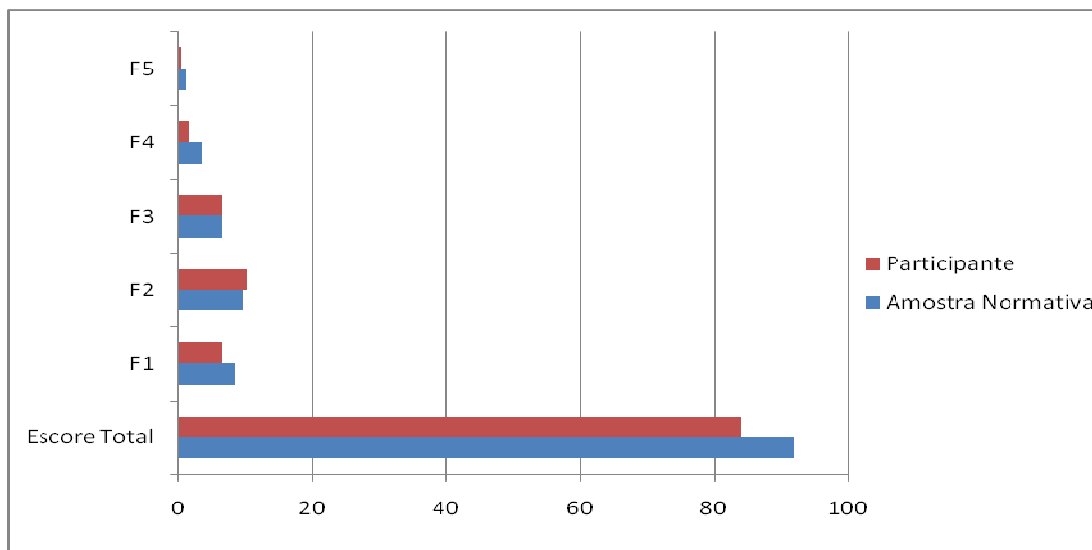
Entende-se o aumento do registro da ocorrência das classes de comportamentos descritas como um efeito reativo do registro de automonitoramento, já que este pode ter favorecido a auto-observação da participante, permitindo a discriminação de contingências que controlavam o seu comportamento. Nesse sentido, Delitti e Meyer (1995) destacam a importância de se criar condições para que o cliente seja um observador mais acurado de seu próprio comportamento durante o processo terapêutico

para que ele entre em contato com as contingências atuantes em sua vida, o que ficou demonstrado neste estudo. Além disso, destaca-se o efeito do automonitoramento como uma técnica que, além de levar a auto-observação, pode alterar a frequência do comportamento, em geral, reduzindo a frequência de comportamentos inadequados e/ou aumentando a frequência de comportamentos adequados (Bohn & Gimenes, 1999).

Após o final das doze semanas de automonitoramento, o IHS foi reaplicado e alterações significativas com indicativos de melhora da participante foram observadas. A seguir, serão apresentadas comparações entre os escores totais e fatoriais obtidos pela participante no IHS antes e depois do treino de automonitoração.

### **Habilidades Sociais**

Os resultados obtidos com a aplicação do IHS antes do treino em automonitoração permitiram uma comparação do escore total obtido pela participante ao início do estudo (ET=86) com o escore total da amostra normativa feminina (ET=92) indicado em Del Prette e Del Prette (2001). Foi possível observar que a participante apresentou um repertório médio de HS inferior ao da amostra normativa, com resultados abaixo da média na maioria dos fatores e itens desse instrumento (Figura 2).



**Figura 2.** Comparação dos Escores Total e Fatoriais Obtidos pela Participante ao Início do Estudo com os Escores Total e Fatoriais da Amostra Normativa Feminina do Inventário de Habilidades Sociais Descritos em Del Prette e Del Prette (2001).

Observa-se na Figura 1 que os escores do Fator 1 (enfrentamento e auto-afirmação com risco), do Fator 4 (auto-exposição a desconhecidos e situações novas) e do Fator 5 (autocontrole da agressividade) indicaram para a participante um repertório médio inferior ao da amostra normativa feminina, com resultados abaixo da média em grande parte dos itens, e com indicativo de necessidade de treinamento, especialmente nos itens mais críticos para o ajustamento pessoal e profissional. Fazendo-se a mesma comparação com os escores do Fator 2 (auto-afirmação na expressão de sentimento positivo) e do Fator 3 (conversação e desenvoltura social), observa-se na participante um bom repertório de HS nesses fatores, com resultados dentro da média, havendo um equilíbrio entre recursos e déficits nos itens desses fatores. Contudo, embora o escore total e os escores fatoriais sugiram esse repertório, foi realizada uma avaliação mais detalhada dos itens nos quais se fez comparações pré e pós-intervenção.

Para esta avaliação foi aplicado o teste Z para uma amostra (Ayres & cols., 2007, p.115) cuja os parâmetros, média e desvio padrão, foram obtidos a partir da

amostra normativa do IHS, considerando-se apenas a amostra feminina (n=267) descrita em Del Prette e Del Prette (2001). Foi calculada a diferença dos Escores Z antes e após a intervenção. A interpretação da evolução da participante, de acordo com a variação do Escore Z, foi estabelecida conforme mostra a Tabela 12.

**Tabela 12.**

*Classificação da Evolução da Participante Conforme a Variação do Escore Z em Relação a uma População da Amostra Normativa Feminina*

<b>Varição do Escore Z</b>	<b>Classificação</b>
0 a 1.95	Estável
1.96 a 2.53	Melhora significativa
$\geq 2.54$	Melhora altamente significativa

Fonte: Protocolo da pesquisa.

A Tabela 13 apresenta a comparação dos resultados brutos pré e pós-intervenção em relação ao Fator 1 do IHS e a interpretação da evolução da participante conforme a variação do escore Z.

**Tabela 13.**

*Comparação entre os Resultados Obtidos no Fator 1 do IHS pela Participante em Contextos de Pré e Pós-intervenção com os Resultados da Amostra Normativa Feminina*

Habilidades Avaliadas	Amostra Normativa Feminina		Pré		Pós		Conclusão	
	Média	D Padrão	Resultado	Escore	Resultado	Escore	Variação Z	Interpretação
			Bruto	Z	Bruto	Z		
21. Devolver mercadoria defeituosa	3.1	1.12	4	0.80	4	0.80	0	Estável
16. Discordar do grupo	2.7	1.29	4	1.01	4	1.01	0	Estável
15. Lidar com críticas injustas	2.76	1.32	4	0.94	4	0.94	0	Estável
29. Fazer pergunta a conhecidos	2.71	1.25	0	-2.17	4	1.03	3.20	Melhora altamente significativa
20. Declarar sentimento amoroso	2.01	1.38	0	-1.46	4	1.40	2.86	Melhora altamente significativa
11. Discordar de autoridade	1.77	1.28	0	-1.38	2	0.18	1.56	Estável
14. Falar a público conhecido	1.88	1.46	2	0.08	4	1.46	1.54	Estável
05. Cobrar dívida de amigo	1.62	1.43	0	-1.13	2	0.27	1.40	Estável
01. Manter conversa com desconhecidos	1.61	1.22	4	1.96	2	0.32	1.64	Estável
12. Abordar para relação sexual	0.95	1.21	0	-0.79	0	-0.79	0	Estável
07. Apresentar-se a outra pessoa	0.92	1.19	0	-0.77	0	-0.77	0	Estável

Fonte: Protocolo da pesquisa.

Considerando a média da amostra normativa feminina e o escore bruto anterior à intervenção, os déficits da participante que se mostraram evidentes foram: *fazer pergunta a conhecidos, declarar sentimento amoroso, discordar de autoridade, cobrar dívida de amigo, abordar para relação sexual e apresentar-se a outra pessoa*. As habilidades que apresentaram melhora altamente significativa pós-intervenção foram



*fazer pergunta a conhecidos e declarar sentimento amoroso*. As outras classes mantiveram-se estáveis.

Em relação à classe de comportamento *fazer pergunta a conhecidos*, os contextos identificados pela participante como os mais favoráveis à emissão deste comportamento foram situações nas quais interagiu com amigos e familiares, tanto em ambientes públicos quanto privados. Com exceção de uma situação em que sua amiga não soube responder à sua pergunta, em todas as demais situações a participante obteve como consequência respostas adequadas às suas perguntas; ou seja, provavelmente a emissão dessa classe de comportamento foi reforçada positivamente.

Quanto à classe *declarar sentimento amoroso*, a participante inicialmente possuía autorregras que limitavam a emissão deste comportamento exclusivamente em direção a um provável parceiro sexual. Desse modo, precisou de alguns esclarecimentos diante de sua dificuldade em discriminar outras situações nas quais poderia demonstrar sentimentos amorosos, como em relação a familiares e a amigos. Somente após intervenção da pesquisadora foi que a participante passou a realizar os registros de modo adequado. Tais resultados confirmam a relevância da realização de análises funcionais como parte do processo terapêutico.

Dentre os comportamentos que se mantiveram estáveis, *cobrar dívida de amigo* foi um dos que supostamente foram instalados no repertório da participante durante a intervenção. Inicialmente, a mesma apresentou vários relatos que poderiam ser classificados como autorregras distorcidas. Como exemplos, destacaram-se: “achei que ela não tinha dinheiro, por isso não fui cobrá-la”, “ela pode se chatear se eu cobrá-la muitas vezes; pode também estar com dificuldade”. Tais relatos sugerem dificuldades em fazer valer seus direitos.

Em relação à classe *apresentar-se a outra pessoa*, cuja ocorrência se manteve nula mesmo após intervenção, tal resultado pode estar relacionado à baixa auto-estima da participante decorrente do histórico de exposição a situações em que sofreu constrangimentos por conta de sua aparência física decorrente da ADS. Segundo seus relatos, por muitas vezes foi criticada ao tentar uma aproximação de pessoas que se afastavam dela, ou mesmo evitavam tocá-la. Tais condições podem ter contribuído para a diminuição de sua auto-estima, uma vez que, a auto-estima é um produto de contingências de reforçamento positivo de origem social (Guilhardi, 2002).

A Tabela 14 apresenta a comparação dos resultados brutos pré e pós-intervenção em relação ao Fator 2 do IHS e a interpretação da evolução da participante conforme a variação do escore Z.

**Tabela 14.**

*Comparação entre os Resultados Obtidos no Fator 2 do IHS pela Participante em Contextos de Pré e Pós-intervenção com os Resultados da Amostra Normativa Feminina*

Habilidades Avaliadas	Amostra Normativa Feminina		Pré		Pós		Conclusão	
	Média	D Padrão	Resultado Bruto	Escore Z	Resultado Bruto	Escore Z	Variação Z	Interpretação
03. Agradecer elogios	3.43	0.89	4	0.64	4	0.64	0	Estável
28. Elogiar familiares	3.38	1.0	3	-0.38	4	0.62	1.0	Estável
08. Participar de conversação	3.32	1.01	2	-1.31	3	-0.32	0.99	Estável
35. Expressar sentimento positivo	3.36	0.98	4	0.65	4	0.65	0	Estável
30. Defender outrem em grupo	2.84	1.07	3	0.62	4	1.55	0.93	Estável
06. Elogiar outrem	2.78	1.13	4	1.08	4	1.08	0	Estável
10. Expressar sentimento positivo	2.57	1.3	4	1.10	2	-0.44	1.54	Estável

Fonte: Protocolo da pesquisa.

Em relação ao Fator 2, ao comparar a média da amostra normativa e o escore bruto pré-intervenção obtido pela participante, observa-se que, das sete classes de comportamento que o compõem, apenas *elogiar familiares* e *participar de conversação* mostraram evidência de déficit. Comparando-se os escores brutos pré e pós-intervenção, concluiu-se que estas habilidades mantiveram-se estáveis, apesar do aumento do resultado bruto de ambas as classes.

Quanto à classe de comportamento *participar de conversação*, em geral foram relatadas situações cordiais, em que a participante mantinha diálogos com familiares, amigos e conhecidos, em contextos públicos e privados. Inicialmente, as descrições da participante tinham pouco detalhamento. Na primeira situação descrita por ela, por exemplo, relatou que tinha ido a um aniversário e ficou conversando com os convidados (pessoas conhecidas). Quando questionada pela pesquisadora sobre a consequência de ter participado dessa conversa, apenas relatou satisfação, sem detalhamento da situação. Contudo, ao longo dos encontros seus relatos passaram a ser mais acurados. Um exemplo seria: Durante uma conversa com a vizinha, esta comentou sobre a morte do filho e a participante relembrou da morte de seu irmão (que fora assassinado); relatou que aconselhou a vizinha para que a mesma evitasse falar no assunto, porque isso lhe traria sofrimento; então, relatou sentir-se bem pelo que dissera à vizinha e que havia lembrado de uma sessão na qual sua terapeuta havia sugerido evitar falar do assunto (morte do irmão) já que este lhe causava sofrimento. A participante relatou que conseguiu perceber que quando mantém um bom diálogo, consegue revolver problemas e evitar situações desagradáveis.

Na Tabela 15 está a comparação dos resultados brutos pré e pós-intervenção em relação ao Fator 3 do IHS e a interpretação da evolução da participante conforme a variação do escore Z.

**Tabela 15.**

*Comparação entre os Resultados Obtidos no Fator 3 do IHS pela Participante em Contextos de Pré e Pós-intervenção com os Resultados da Amostra Normativa Feminina*

Habilidades Avaliadas	Amostra Normativa Feminina		Pré		Pós		Conclusão	
	Média	D Padrão	Resultado	Escore	Resultado	Escore	Variação	Interpretação
			Bruto	Z	Bruto	Z		
17. Encerrar conversação	3.04	1.05	0	-2.90	4	0.91	3.11	Melhora altamente significativa
37. Pedir favores a colegas	2.86	1.12	3	-0.13	4	1.02	1.15	Estável
36. Manter conversação	1.18	1.1	3	1.65	4	2.56	0.91	Estável
13. Reagir a elogio	2.78	1.18	3	0.19	4	1.03	0.84	Estável
22. Recusar pedidos abusivos	2.25	1.36	3	0.18	2	0.55	0.37	Estável
24. Encerrar conversa ao telefone	2.59	1.36	4	1.04	4	1.04	0	Estável
19. Abordar autoridade	2.08	1.3	3	0.71	4	1.48	0.77	Estável

Fonte: Protocolo da pesquisa.

No Fator 3, ao início do estudo houve evidência de déficit quanto a classe de comportamento *encerrar conversação*, classe esta que apresentou melhora altamente significativa após intervenção. As demais classes de comportamento se mantiveram estáveis.

A classe de comportamento *encerrar conversação* não foi identificada inicialmente no repertório comportamental da participante. Contudo, no decorrer das sessões foram registradas e relatadas várias ocorrências deste comportamento, e em todas, as conseqüências foram positivas, isto é, as pessoas aceitavam o término da

conversa. Dessa forma a participante relatou se sentir compreendida e que emitir tal comportamento já seria “normal” no seu cotidiano.

Na tabela 16 está a comparação dos resultados brutos pré e pós-intervenção em relação ao Fator 4 do IHS e a interpretação da evolução da participante conforme a variação do escore Z.

**Tabela 16.**

*Comparação entre os Resultados Obtidos no Fator 4 do IHS pela Participante em Contextos de Pré e Pós-intervenção com os Resultados da Amostra Normativa Feminina*

Habilidades Avaliadas	Amostra Normativa Feminina		Pré		Pós		Conclusão	
	Média	D Padrão	Resultado Bruto	Escore Z	Resultado Bruto	Escore Z	Varição Z	Interpretação
23. Fazer pergunta a desconhecido	2.57	1.22	3	-0.47	4	0.35	0.82	Estável
26. Pedir favores a desconhecidos	2.51	1.37	0	-1.83	4	1.09	2.92	Melhora altamente significativa
09. Falar a público desconhecido	2.14	1.5	0	-1.43	4	1.24	2.67	Melhora altamente significativa
14. Falar a público conhecido	1.88	1.46	2	0.08	4	1.45	1.53	Estável

Fonte: Protocolo da pesquisa.

No Fator 4, as classes *pedir favores a desconhecidos* e *falar a público desconhecido* também apresentaram média inferior ao da amostra normativa ao início do estudo. Tais classes apresentaram melhora altamente significativa após a intervenção. As outras classes de comportamento mantiveram-se estáveis ao final do estudo.

A comparação dos resultados brutos pré e pós-intervenção em relação ao Fator 5 do IHS e a interpretação da evolução da participante conforme a variação do escore Z estão apresentadas na Tabela 17.

**Tabela 17.**

*Comparação entre os Resultados Obtidos no Fator 5 do IHS pela Participante em Contextos de Pré e Pós-intervenção com os Resultados da Amostra Normativa Feminina*

Habilidades Avaliadas	Amostra Normativa Feminina		Pré		Pós		Conclusão	
	Média	D Padrão	Resultado Bruto	Escore Z	Resultado Bruto	Escore Z	Varição Z	Interpretação
18. Lidar com críticas dos pais	2.53	1.32	2	-0.40	3	0.36	0.76	Estável
38. Lidar com chacotas	2.34	1.22	0	-1.92	2	-0.28	1.64	Estável
31. Cumprimentar desconhecidos	2.33	1.36	1	-0.98	4	1.23	2.21	Melhora significativa

Fonte: Protocolo da pesquisa.

Em relação ao Fator 5, todas as habilidades avaliadas na participante se mostraram abaixo da média da amostra normativa feminina. Contudo, o déficit da classe de comportamento *lidar com chacotas* mostrou-se mais evidente. Os registros dessa classe foram de situações vivenciadas com familiares (nesse caso, a família que a acolheu ao vir morar em Belém), tanto em contextos públicos quanto privados. A princípio, a participante descreveu algumas situações em que relatou “levar na brincadeira”, sempre respondendo às chacotas no mesmo tom de voz. Entretanto, relatava não gostar de tais “brincadeiras”. Uma das situações descritas pela participante ao início da intervenção foi: “Meu irmão e meu cunhado sugeriram para mim situações sexuais com gestos obscenos... Estavam na frente de casa e falaram com ar de riso”. A situação foi considerada pela mesma como de constrangimento, e, segundo seu relato, reagiu defendendo-se com palavras de baixo calão. Em seguida, os mesmos ficaram rindo e ela se retirou, sentindo-se mal com a situação. Com o processo de intervenção, após a realização de registros de automonitoração e de análises funcionais tendo como comportamento alvo *lidar com chacotas*, a participante demonstrou ter compreendido o quanto era desrespeitada com essas “brincadeiras” de modo que passou a demonstrar ao irmão e ao cunhado a sua insatisfação, pedindo-lhes que fosse respeitada. A

consequência observada, segundo a participante, foi a redução na frequência das chacotas. Como exemplo, mencionou que uma das pessoas que regularmente a constrangia deixou de assumir tal postura e passou a defendê-la dos demais.

Entretanto, observou-se que a participante permaneceu relatando sua dificuldade em controlar sua agressividade em situações nas quais se sentia ameaçada. Em diversas situações por ela relatadas, nas quais foi alvo de chacotas, não conseguiu se defender de modo adequado, mas sim da maneira que parecia lhe ser mais “fácil” revidar, como fugindo da situação ao reagindo de modo agressivo. Em situações como essas, o ideal seria o controle dos sentimentos negativos, o que não implicaria em deixar de expressar raiva ou desagrado diante de situações como essa (Del Prette & Del Prette, 2001).

Quanto a classe de comportamento *lidar com críticas dos pais*, esta não foi incluída no treino de automonitoração pelo fato da mesma não ter contato com o pai biológico e a mãe já ser falecida. A mudança obtida em termos do Resultado Bruto para esta classe após o treino pode estar relacionada a uma melhor discriminação da participante quanto a sua avaliação desta habilidade.

Em relação à classe de comportamento *cumprimentar desconhecidos*, a participante relatou:

Eu me senti bem, melhorei muito, é tão bom cumprimentar uma pessoa... Embora nem todas as pessoas cumprimentem, pois a maioria das pessoas não tem o hábito de cumprimentar as outras, assim como eu não tinha. O certo é você cumprimentar. Quando eu entro no ônibus, eu já dou bom dia para o motorista e o cobrador. São coisas que estou fazendo frequentemente. Isso vai ser muito bom para mim (2ª Sessão do treino).

As dificuldades apresentadas pela participante também podem estar relacionadas a restrições de acesso a contextos que pudessem favorecer o desenvolvimento de tais habilidades. Embora existam inúmeros contextos favorecedores da aprendizagem de HS ao longo da vida, déficits podem decorrer de longos períodos de isolamento e desuso, e também de perturbações cognitivas e afetivas (Bellack & Morrison, 1982, citado por Magalhães & Murta, 2003).

Dentre os fatores que estão relacionados a déficits em habilidades sociais (tanto em relação à aquisição, ao desempenho e à fluência), destacam-se: falta de conhecimento, restrição de oportunidade e modelo, problemas de comportamento, ausência de feedback, falhas de reforçamento, ansiedade interpessoal excessiva e dificuldade de discriminação e processamento (Del Prette & Del Prette, 2008). Tais fatores foram identificados na história de vida e no repertório comportamental da participante.

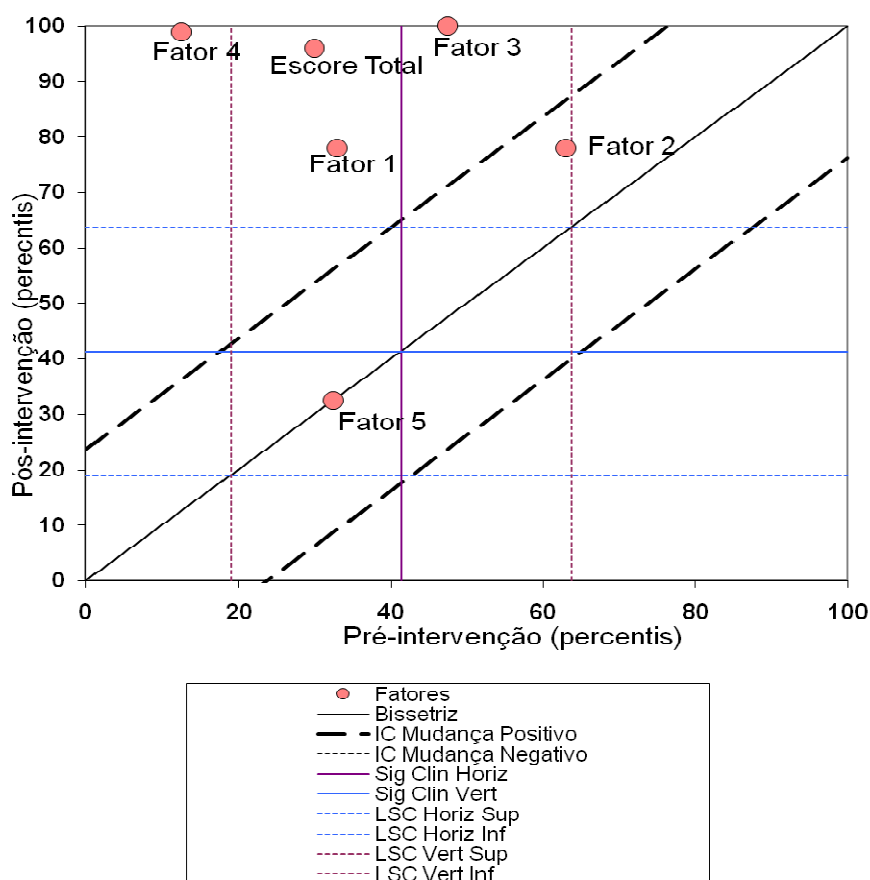
Algumas habilidades avaliadas (*manter conversa com desconhecidos* - Fator 1, *expressar sentimento positivo* – Fator 2 e *recusar pedidos abusivos* – Fator 3), apesar de terem sido interpretados como estáveis, obtiveram resultado bruto inferior após o treino. Tal resultado pode estar relacionado ao aprimoramento do repertório de auto-observação e autoconhecimento da participante, de maneira que a mesma pode ter sido mais rigorosa ao avaliar as situações descritas pelo inventário após o THS.

A Figura 3 ilustra a representação gráfica do Método JT com o resultado da participante em relação ao escore total e escores fatoriais do IHS. Segundo Aguiar, Del Prette, Aguiar e Del Prette (2009), neste tipo de representação gráfica, além do intervalo diagonal de confiança, também são necessários para representar a significância clínica um intervalo horizontal e um vertical que separam escores pré-intervenção muito altos (no caso de indicadores positivos) ou muito baixos (no caso de indicadores negativos).



Quanto aos indicadores positivos, somente pontos localizados no quadrante superior esquerdo (acima do intervalo de confiança horizontal e à esquerda do vertical) representam mudanças positivas clinicamente significantes (saída da população clínica). Por outro lado, somente pontos localizados no quadrante inferior direito (abaixo do intervalo horizontal e à direita do vertical) representam mudanças negativas clinicamente significantes (entrada para a população clínica).

Os pontos sobre a diagonal indicam escores iguais nas avaliações pré e pós-intervenção (nem melhorou e nem piorou), os pontos acima da diagonal representam oscilações favoráveis, indicativo de melhora (escores pós-intervenção maiores que os pré-intervenção), e os pontos abaixo, oscilações desfavoráveis ou pioras (escores pós-intervenção menores que os pré-intervenção).



**Figura 3.** Confiabilidade da Mudança e Significância Clínica dos Escores Total e Fatoriais do IHS da Participante ao Início do Estudo (pré-intervenção) com os Escores Total e Fatoriais ao Final do Estudo (pós-intervenção).

A Figura 3 mostra que a participante, de maneira geral, foi beneficiada com a intervenção, já que apresentou mudança positiva confiável em relação aos Fatores 1, 2, 3 e 4 e no Escore Total, pois todos apresentaram-se acima da linha diagonal. Apenas o Fator 4 se encontra no quadrante superior esquerdo do gráfico, representativo de significância clínica. Isto significa que esta participante teria atingido desempenho em relação ao Fator 4 compatível com o da população não-clínica (amostra normativa feminina). Em relação ao Fator 5, a participante apresentou semelhança nos escores pré-intervenção e pós-intervenção de maneira que não se pode afirmar nem melhora e nem piora.

Diante do exposto, pode-se dizer que os resultados mostram que a intervenção realizada promoveu o desenvolvimento de HS na participante, haja vista a interpretação da evolução da participante apresentada de acordo com a variação do Escore Z e da representação gráfica de significância clínica e mudança confiável.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos realizados mostraram a importância de incluir no tratamento de portadores de ADS procedimentos de treinamento em HS, visto as mudanças comportamentais relevantes que este treino pode lhes proporcionar. Foi possível identificar similaridades no padrão de comportamento correspondente a HS entre os participantes do Estudo 1, de maneira que o procedimento realizado com uma participante no Estudo 2 pode ser considerado como um tratamento complementar ao medicamentoso e/ou cirúrgico aos quais os portadores de ADS são regularmente submetidos.

O método utilizado no Estudo 1 corroborou com o modelo adotado em diversos estudos encontrados na literatura no que se refere à utilização de roteiros de entrevistas associados à aplicação do IHS. Entretanto, nenhum dos estudos localizados utilizou população semelhante à utilizada na presente pesquisa. A realização do Estudo 1 permitiu a identificação de déficits em HS presentes no repertório comportamental de adultos portadores de ADS, apontando dificuldades enfrentadas por eles no convívio social, as quais podem estar vinculadas às alterações fenotípicas que estas anomalias ocasionam.

Os resultados obtidos com o Estudo 1 confirmaram a hipótese levantada em estudos anteriores (Almeida, 2007; Benchaya, 2008; Sardinha, 2007) acerca da presença de déficits em HS em portadores de ADS e justificaram a realização do Estudo 2. Contudo, a dificuldade de acesso ao hospital identificada na maioria dos pacientes com essa anomalia em acompanhamento pelo Serviço de Psicologia do HUBFS, já que muitos moravam no interior do estado, inviabilizou a realização de grupos de intervenção, conforme sugerido pela literatura em THS. Dessa forma, optou-se pelo

delineamento de sujeito único com a utilização de um treino individual com a participante do Estudo 2.

Além do formato do THS adotado no Estudo 2, destaca-se também o modo como os dados obtidos pelo IHS foram avaliados e utilizados no planejamento da intervenção. Quanto à avaliação, foi elaborado um instrumento que permitiu que a própria participante identificasse as classes de comportamento apontadas com déficit por meio do IHS, e as avaliasse de acordo com o maior e o menor custo de resposta, possibilitando a construção de uma hierarquia que ordenou tais classes. Tal procedimento referendou a importância de se considerar as idiosincrasias do caso, conforme preconizado pela Análise Aplicada do Comportamento e sugerido no Modelo Construcional de Goldiamond. No que se refere à intervenção propriamente dita, o uso da técnica de automonitoramento como auxiliar às análises funcionais, parece ser algo inovador no que se refere ao THS, já que em geral esta técnica, quando utilizada em treinos dessa natureza, apenas complementa outras técnicas, em especial as utilizadas para intervenção em grupo.

A utilização do automonitoramento demonstrou ser de baixo custo, uma vez que esta técnica exigiu poucos recursos da participante do Estudo 2, tanto em relação a custos financeiros quanto a complexidade em repertórios instalados. Observou-se que, inicialmente, a participante demonstrou dificuldade em registrar os contextos em que ocorriam os comportamentos-alvo. Provavelmente, tal dificuldade estivesse relacionada tanto a dificuldades acadêmicas (pois observou-se em seus registros erros de redação não mais esperados em estudantes de Ensino Médio, como era o caso da participante), quanto a comportamento de esquiva de julgamentos por parte da pesquisadora (como consequência de sua longa história de exposição a contingências sociais aversivas). Entretanto, ao final da intervenção, seus registros se apresentavam mais completos, o

que favoreceu a descrição das contingências às quais os comportamentos-alvo estavam relacionados, possibilitando as análises funcionais necessárias para o processo terapêutico, levando às mudanças clínicas significativas observadas. Desse modo, supõe-se que o treino em automonitoramento pode ser uma tecnologia comportamental viável para casos semelhantes ao descrito no Estudo 2.

Quanto aos dados obtidos por meio da *Entrevista Inicial* e do *Questionário Construcional de Goldiamond*, estes ofereceram um panorama geral sobre os conflitos pessoais da participante, bem como suas dificuldades em desenvolver determinadas habilidades sociais. Tais instrumentos permitiram identificar as dificuldades que a participante tinha em discriminar aspectos do ambiente que indicavam ocasiões apropriadas para a emissão de determinados tipos de interações sociais, assim como sua sensibilidade para emitir comportamentos de esquiva de contingências aversivas.

Quanto ao uso do IHS, observaram-se algumas discrepâncias quanto aos escores de algumas habilidades avaliadas pela participante do Estudo 2 antes do treino e os escores dessas mesmas habilidades avaliadas pós-treino (como *Manter conversa com desconhecidos*, *Expressar sentimento positivo* e *Recusar pedidos abusivos*, que obtiveram escores menores na segunda aplicação do IHS). Durante o processo de intervenção, observou-se que a participante havia relatado um desempenho inicial que não correspondia a forma como se comportava, talvez superestimando suas habilidades, conforme sugere a literatura. Provavelmente, este fato estivesse relacionado a déficits em comportamentos de auto-observação, os quais foram aprimorados durante o uso da técnica de automonitoramento, levando a participante a discriminar a real ocorrência de tais comportamentos. Desse modo, destaca-se a possibilidade de o IHS ser utilizado tanto como instrumento para avaliação inicial quanto como referência para o

estabelecimento de metas para a intervenção comportamental, permitindo, também, uma análise mais objetiva dos resultados alcançados.

Comparando-se os dados obtidos pela aplicação do IHS pré e pós-intervenção, observou-se que houve mudanças consideráveis no repertório comportamental da participante do Estudo 2. Há evidências de mudança positiva confiável em relação aos *Fatores 1, 2, 3 e 4* e no *Escore Total*. Quanto à mudança ocorrida no escore do *Fator 4* (relativo à auto-exposição a desconhecidos), esta demonstrou significância clínica, ou seja a participante atingiu um desempenho compatível ao da população não-clínica. Considerando-se que a participante era portadora de ADS e apresentava fenótipo discrepante ao gênero feminino, com longa história de exposição a situações constrangedoras decorrentes de sua aparência, este resultado sugere ganhos significativos para a sua qualidade de vida.

Uma preocupação ímpar dos dois estudos realizados de modo complementar nesta pesquisa foi com a elaboração dos procedimentos e análise dos dados coletados, sobretudo no Estudo 2, diante da importância de se desenvolver tecnologia comportamental para promoção de saúde e desenvolvimento humano. Os resultados deste estudo fornecem indícios de que é plenamente possível desenvolver repertório de habilidades sociais com a realização do Treinamento de Habilidades Sociais, sendo que o grande diferencial desta pesquisa foi elaborar, descrever e analisar os procedimentos utilizados em uma intervenção individual com uma portadora de ADS. Tais cuidados possibilitam que outros profissionais da área possam replicar esse estudo de maneira a confirmar sua validade.

É importante destacar que o IHS foi utilizado devido a ser o único instrumento validado para mensurar habilidades sociais na população brasileira. Dessa forma, os dados aqui apresentados também devem ser observados cautelosamente, pois, os autores

do IHS (Del Prette & Del Prette, 2001) fazem uma ressalva com relação ao nível de escolaridade necessário para a seleção da amostra participante (Ensino Médio completo). Contudo, não houve caso em que os participantes desta pesquisa demonstrassem dificuldades em responder as questões do inventário. Porém, destaca-se a utilização da pirâmide de frequência como um importante de auxílio para a seleção das alternativas de resposta pelos participantes.

Vale salientar também que é de grande relevância social trabalhos direcionados à população em questão. Diante das peculiaridades dos casos, deve-se considerar trabalhos como este como um investimento à saúde desta população já que visa minimizar os problemas por ela enfrentados. Neste sentido, aspectos médicos, sociais e psicológicos devem ser considerados, já que as alterações não são apenas físicas, mas há toda uma alteração de vida, o que tornou a realização deste trabalho um desafio.

Ao término dessas considerações, destacam-se: (1) a relevância em se investir no tratamento de indivíduos com ADS, o que envolveria não somente o tratamento médico, mas também o psicoterapêutico; e (2) os poucos estudos voltados para a área de saúde quanto ao THS, já que a maioria das pesquisas publicadas sobre essa temática aborda situações em ambiente escolar. Por isso, espera-se que estes estudos contribuam para enriquecer a literatura de ADS e HS, assim como a da análise do comportamento, objetivando favorecer a uma melhor qualidade de vida de pessoas acometidas por essa anomalia.



## REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. A. R. (2006). *Construção e avaliação de um programa multimodal de habilidades comunicativas para adultos com deficiência mental*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Manuscrito publicado.
- Aguiar, A. A. R. de; Aguiar, R. G., & Del Prette, Z. A. P. (2009). *Calculando a significância clínica e o índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção*. São Carlos: EDUFSCar.
- Aguiar, A. A. R., Del Prette, Z. A. P., Aguiar, R. G., & Del Prette, A. (2009). Método JT na Educação Especial: resultados de um programa de habilidades sociais-comunicativas com deficientes mentais. *Revista Educação Especial*, 22, 375-390.
- Almeida, C. M. (2007). *Descrição do atendimento psicoterápico de uma mulher com hiperplasia adrenal congênita*. Trabalho de Conclusão de Curso de Formação em Psicólogo. Universidade Federal do Pará, Belém. Manuscrito não-publicado.
- Alves, D.S., Aznar-Farias, M., & Silvares, E.F.M. (2008). Influência do Treino em Habilidades Sociais na relação professor-aluno: uma contribuição psicopedagógica para professores. *Revista ACOALFAplp: Acolhendo a Alfabetização nos Países de Língua Portuguesa*, 3, 68-89.
- Alves-Mazzotti, A.J. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, 36, 637-651.
- Andrade, J. G. R., Martins, R.R.S., Caldas, D., Brasil, J., Meiriño, A.L.A., & Jung, M. P. (2008). Perfil clínico de 62 casos de distúrbios da diferenciação sexual. *Revista Paulista de Pediatria*, 26, 321-328.

- Angélico, A.P. (2004). *Estudo descritivo do repertório de habilidades sociais de adolescentes com Síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Manuscrito publicado.
- Ayres, M., Ayres J.R. M., Ayres, D. L., & Santos, A. A. S. (2007). *BioEstat 5: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas*. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá.
- Bedell, J.R., & Lennox, S.S. (1997). *Handbook for communication and problem-solving skills training: A cognitive-behavioral approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Benchaya, I. (2008). *Caracterização de pacientes portadores de anomalia da diferenciação sexual atendidos em um hospital universitário*. Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Psicologia. Universidade Federal do Pará, Belém. Manuscrito não publicado.
- Bittencurt, Z., & Ceschini, M. (2002). Diagnóstico das ambiguidades genitais: avaliação social. Em A. Maciel-Guerra & G. Guerra Júnior (Orgs.). *Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo* (pp.191-201). São Paulo: Manole.
- Bohm, C. H., & Gimenes, L. S. (2008). Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. *Revista Psicolog, 1*, 88-100.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2002). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Revista Interação em Psicologia, 6*, 233-242.
- Bolsoni-Silva, A.T., & Del Prette, A. (2002). O que os pais falam sobre suas habilidades sociais e de seus filhos? *Revista das Faculdades de Educação, Ciências e Letras e Psicologia Padre Anchieta, 7*, 71-86.
- Brunhara, F. C. R., & Petean, E. B. L. (2003). Hiperplasia Congênita de Supra-Renal. A compreensão do diagnóstico e implicações para a auto-imagem. *Medicina, 36*, 45-53.

- Caballo, V.E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos Editora.
- Castro, M.L.S., Cunha, C.J., Moreira, P. B., Fernández, R. R., Garcias, G. L., & Martino-Roth, M. (2006). Freqüência das malformações múltiplas em recém-nascidos na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e fatores sócio-demográficos associados. *Caderno de Saúde Pública*, 22, 1009-1015.
- Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD) (2003). *Social Skills in Adults with AD/HD*. Retirado de: <http://www.chadd.org/>.
- Clímaco, A.A.S. (1991). *Repensando as concepções de adolescência*. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-graduação de Psicologia da Educação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Corrêa, C.I.M. (2008). *Habilidades sociais e educação: programa de intervenção para professores de uma escola pública*. Tese de doutorado. Universidade Estadual Paulista. Marília, SP.
- Correia, S. B., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2004). Habilidades sociais em mulheres obesas: Um estudo exploratório. *Psico-USF*, 9, 201-210.
- Costa, C. E. ; Cirino, S. D.; Cançado, C. R. X., & Soares, P. G. (2008). Polêmicas sobre história comportamental: identificação de seus efeitos e sua duração. *Psicologia: Reflexão e Crítica [on-line]*, 22, 394-403.
- Cunha, S. M., Carvalho, J.C.N., Kolling, N.M., Silva, C.R., & Kristensen, C.H. (2007). Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 3, 28-41.
- Damiani, D. (1989). Abordagem diagnóstica das anomalias da diferenciação sexual. Em N. Setian (Org.). *Endocrinologia Pediátrica – Aspectos físicos e metabólicos do recém-nascido ao adolescente*. São Paulo: Sarvier.

- Damiani, D., & Guerra-Júnior, G. (2007). As Novas Definições e Classificações dos Estados Intersexuais: o Que o Consenso de Chicago Contribui para o Estado da Arte? *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia*, 51-56.
- Damiani D., Guedes, D.R., Damiani, D., Setian, N., Maciel-Guerra, A.T., de Mello, M.P. et al. (2005). Hermafroditismo verdadeiro: experiência de 36 casos. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia*, 49, 71-78.
- Damiani, D., Guedes, D. R., Damiani, D., Dichtchekian, V., Coelho Neto, J. R., Guerra, A. M., Guerra, J.R. G., Mello, M. P., & Setian, N. (2005). Homem XX; relato de três casos na faixa etária pediátrica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, São Paulo Brasil*, 49, 79-82.
- De Rose, J. C. (1997). O que é comportamento? Em: R. A. Banaco (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp.79-81). São Paulo: ARBytes.
- Del Prette, Z.A., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia e Educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z.A., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de habilidades sociais (IGS-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A & Del Prette, A. (2003). *Habilidades sociais cristãs: desafios para uma nova sociedade*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (2003a). No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. *Estudos de Psicologia* 8, 413-420.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. D. (2004). Treinamento de habilidades sociais com crianças: como utilizar o método vivencial. Em: C. E. Costa, J. C. Luzia & H. H.

- N. Sant`Anna (Orgs.). *Primeiros Passos em Análise do Comportamento e Cognição* (pp. 111 – 118). Santo André: ESETEC.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Treinamento de habilidades sociais na escola: O método vivencial e a participação do professor. Em M. Bandeira, Z. A. P. Del Prette, & A. Del Prette (Orgs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp. 143-160). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (2007). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2008). Significância clínica e mudança confiável: A efetividade das intervenções em psicologia. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24, 497-506.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (2008a). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e Prática*. Petrópolis:Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Barreto, M.C.M., Bandeira, M., Rios-Saldaña, M.R.Ulian, A.L.A.O., Gerk-Carneiro, E., Falcone, E.M.O., & Villa, M.B. (2004). Habilidades Sociais de Estudantes de Psicologia: um estudo multicêntrico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 341-350.
- Delamater, R. J., & Mc Namara, J.R. (1986). The social impact of assertiveness. Research findings and clinical implications. *Behavior Modification*, 10, 139-158.
- Delitti, M., & Meyer, S. B. (1995). O uso dos encobertos na prática da terapia comportamental. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva de Transtornos Psiquiátricos* (pp. 269-274). Campinas: Editorial Psy.
- Falcone, E. M. O. (2000). Habilidades sociais: para além da assertividade. Em R.C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando*

*teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (pp.211-221). Santo André: SET.

Ferreira, E. A. P. (2001). *Adesão ao tratamento em portadores de diabetes: efeitos de um treino em análise de contingências sobre comportamentos de autocuidado*.

Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

Ferreira, E. A. P., & Casseb, M. S. (2002). Efeitos do uso de registros de automonitoração no seguimento de regras nutricionais por uma paciente diabética obesa. *Diabetes Clínica*, 6, 452-459.

Ferreira, E. A. P., & Fernandes, A. L. (2009). Treino em Auto-Observação e Adesão à Dieta em Adulto com Diabetes Tipo 2. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 25, 629-636.

Gadelha, M. M., & Sampaio, M. (2003). *Hiperplasia Adrenal Congênita -Revisão e Perfil dos Paciente da HRAS/SES/DF*. Monografia de Residência Médica em Pediatria no Hospital de Referência da Asa Sul. Brasília, DF.

Gimenes, L. S.; Andronis, P. T., & Laying, T. V. J. (2005). O questionário construcional de Goldiamond: uma análise não-linear de contingências. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição*. (pp.308-322). Santo André, SP: ESETec.

Goldiamond, I. (2002). Toward a constructional approach to social problems: ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behavior and Social Issues*, 11, 108-197. (Trabalho original publicado em 1974).

Gresham, F. M. (2000). Assessment of social skills in students with emotional and behavioral disorders. *Assessment for effective intervention*, 26, 51-58.

- Greshan, F. M. (2009). Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. Em A. Del Prette, & Z.A.P. Del Prette, (Orgs.), *Psicologia das Habilidades Sociais*. (pp.17-66). Petrópolis, RJ:Vozes.
- Greshan, F.M., & Elliot, N.S. (2008). Social skills improvement system: Rating scales. Bloomington, MN: Pearson Assessments.
- Grun, T.B. (2006). Habilidades sociais em portadores de câncer de estômago. *Estudos de Psicologia – Campinas*, 23, 151-158.
- Guaaes, C., & Japur, M. (2001). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 134-40.
- Guilhardi, H. J. (2002). Auto-estima, auto-confiança e responsabilidade. Em M. Z. S. Brandão; F. C. S. Conte & S. M. B. Mezzaroba (Orgs.). *Comportamento Humano – Tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor*. Santo André, SP: ESETec.
- Halford, W.K., & Hayes, H.L. (1995). Social skills in schizophrenia: assessing the relationship between social skills, psychopathology and community functioning. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 30, 14-19.
- Herrnstein, R.J. (1970). On the law of effect. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 13, 243 -266.
- Horowitz, D. D. G., Llena Jr., J. C., & Mattos, R. A. (2005). Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. *Caderno de Saúde Pública*, 21, 1055-1064.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

- Kessler, S.J. (1996). "The medical construction of gender: case management of intersexed infants", Em: B. Laslett, S. G. Kohlstedt, H. Longino e E. Hammonds (eds.), *Gender and scientific authority* (pp.3-26) Chicago, University of Chicago Press.
- Korotitsch, W. J., & Nelson-Gray, R. O. (1999). An overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment, 11*, 415-425.
- Lucca, E. (2004). *Habilidade social: uma questão de qualidade de vida*. Retirado de: [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0224&area=d4&subarea](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0224&area=d4&subarea)
- Machado, P.S. (2005). "Quimeras" da ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais, 20*, 67-80.
- Maciel-Guerra, A., & Guerra Jr., G. (2002). *Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo*. São Paulo: Manole.
- Maciel-Guerra, A., & Guerra Jr., G. (2002a). Ambigüidade genital: classificação. Em A. Maciel-Guerra & G. Guerra Júnior (Orgs.). *Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo*. (pp. 31-36). São Paulo: Manole.
- Magalhães, P.P., & Murta, S.G. (2003). Treino de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental. *Temas em Psicologia da SBP, 11*, 28-37.
- Morisson, L. R., & Bellack, A.S. (1987). Social Functioning of Schizophrenic Patients: Clinical and Research Issues. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 715-725.
- Murta, S.G. (2005). Aplicações do Treino em Habilidades Sociais: Análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18*, 283-291.
- Oliveira, M. A., & Duarte, A. M. M. (2004). Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 6*, 183-199.



- Oliveira, L. C. C., Ferreira, E. A. P., & Casseb, M. S. (2006). Os efeitos do uso de registros de automonitoração sobre a modelagem de comportamentos alimentares adequados em pacientes com risco para desenvolver diabetes. *Revista Científica da UFPA*, 6, 1-18.
- Papalia, D.E., & Olds, S.W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Penido, M. A. (2004). *A influência das habilidades sociais em paciente fibromiálgicas*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio do Janeiro. Manuscrito publicado.
- Pereira, C.S. (2006). *Habilidades sociais em trabalhadores com e sem deficiência física: uma análise comparativa*. Dissertação de mestrado. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos. Manuscrito publicado.
- Pinheiro, M.I.S., Haase, V.G., Del Prette, A., Amarante, C.L.D., & Del Prette, Z.A.P. (2006). Treino de Habilidades Sociais Educativas para Pais de Crianças com Problemas de Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 407-414.
- Rocha, M. M., Freitas, M.G., & Del Prette, Z.A.P. (2008). *Efeitos do treinamento em habilidades sociais educativas para mães de crianças com tdah e deficiência visual sobre o desempenho social dos filhos no ambiente escolar*. [Resumo] Congresso Brasileiro de Educação Especial, 3. Anais. São Carlos.
- Santos, M. M. R. (2006). *Desenvolvimento da identidade de gênero em casos de intersexualidade: contribuições da psicologia*. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Santos, M., & Araújo, T. (2003). A clínica da intersexualidade e seus desafios para os profissionais de saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23 (3), 26-33.

- Sardinha, A.P.A. (2007). *Hiperplasia adrenal congênita: descrição de um estudo de caso*. Trabalho de Conclusão de Curso de Formação de Psicólogo. Universidade Federal do Pará, Belém.
- Sidman, M. (2003). *Coerção e suas implicações*. Campinas, SP: Editora Livro Pleno.
- Skinner, B.F. (1991). *Questões recentes na análise do comportamento*. Traduzido por Anita L. Neri. Campinas: Papyrus.
- Skinner, B.F. (2003). *Ciência e Comportamento Humano*. Traduzido por J.C. Todorov e R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. Em N. K. Denzin, Y.S. Lincoln, (Orgs.). *Handbook of qualitative research* (pp.435-454). London: Sage.
- Tosatti Júnior, R., Souza, H.S., & Tosatti, A. (2005). Hiperplasia supra-renal congênita por deficiência 11-  $\beta$ -Hidroxilase. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 85, 421-424.
- Tourinho, E. Z. (1999). Eventos privados em uma ciência do comportamento. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (p. 174-187). Santo André: Arbytes Editora.
- Ulian, A.L.A.O. (2007). *Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental: subsídios para a formação*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo. Manuscrito publicado.
- Vila, E.M. (2005). *Treinamento de habilidades sociais em grupo com professores de crianças com dificuldades de aprendizagem: Uma análise sobre procedimento e feitos da intervenção*. Dissertação de mestrado. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos. Manuscrito publicado.

Villas Boas, A. C. V. B.; Silveira, F. F., & Bolsoni-Silva, A. T. (2005). Descrição de efeitos de um procedimento de intervenção em grupo com universitários: um estudo piloto. *Interação em Psicologia*, 9, 321-330.

Wagner, M. F., & Oliveira, M.S (2007). Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescente. *Psicologia Clínica* 19, 111-116.

# ANEXOS

## ANEXO 1: TCLE – Estudo 1



Universidade Federal do Pará  
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento  
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

#### **Título da pesquisa: Habilidades Sociais em portadores de Anomalia da Diferenciação Sexual**

Convido você a participar de uma pesquisa que objetiva realizar um estudo com pacientes de Anomalia da Diferenciação Sexual (ADS) visando à caracterização dos comportamentos correspondentes a Habilidades Sociais desses pacientes.

Sua participação, neste estudo, se dará por meio de dois encontros, divididos em uma entrevista com aplicação do inventário de habilidades sociais (IHS) e uma entrevista para explanação do resultado do IHS. Estas entrevistas serão gravadas em áudio para melhor análise dos dados, e deverão ter duração de aproximadamente 50 minutos cada uma. Os encontros serão realizados em uma das salas do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), em situação de pós-consulta com a médica.

Esta pesquisa favorecerá ao melhor desempenho de comportamentos socialmente habilidosos em adultos com ADS a curto e médio prazo. Apresenta riscos mínimos à integridade física ou emocional dos participantes. Esclareço que os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados e apresentados em eventos científicos, sendo garantido, entretanto, sigilo absoluto de sua identidade.

Sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento, sem ocasionar nenhum dano a você. Caso tenha qualquer dúvida, estaremos disponíveis através dos seguintes contatos:

**Ana Paula de Andrade Sardinha**  
Mestranda do PPGTPC  
Fone: 30815262 /81224627  
Registro no Conselho: CRP 10/02812

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira**  
End: Universidade Federal do Pará.  
Fone: 3083-1448/ 8111-3915  
Registro no Conselho: CRP 10/00049-3

#### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que li as informações contidas nesse documento, assumindo que entendi com clareza todas as informações aqui registradas. Declaro que espontaneamente aceitei participar como voluntário na pesquisa, cooperando com as informações solicitadas.

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante

**ANEXO 2:** Protocolo de Análise do Prontuário

**PROTOCOLO DE ANÁLISE DO PRONTUÁRIO**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_

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

**HISTÓRIA CLÍNICA**

Queixa Principal:

\_\_\_\_\_

Queixas Secundárias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tempo de Diagnóstico:

\_\_\_\_\_

Tratamento indicado:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

Evolução do Estado Clínico:

---

---

---

---

---

---

---

---

### ANEXO 3: Roteiro de Entrevista



**Serviço Público Federal**  
**Universidade Federal do Pará**  
**Núcleo de Pesquisa e Teoria do Comportamento**  
**Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento**

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

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

1) Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Grau de Escolaridade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

2) Constituição Familiar (heredograma):

3) Dinâmica Familiar (com quem mora):

a) Como é seu relacionamento com seus irmãos?

b) Como é seu relacionamento com seus pais?

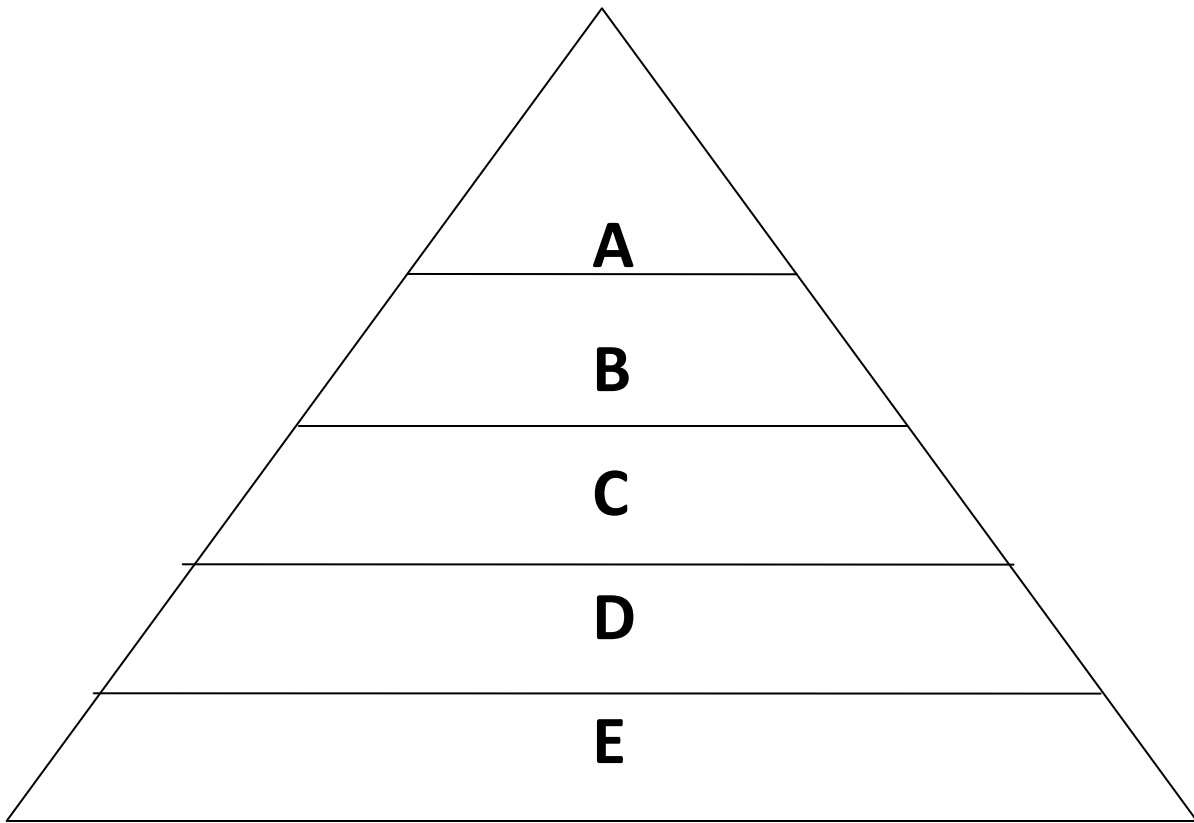
3) Habilidades Sociais:

- Quantos amigos próximos você tem? Eles sabem do seu problema?



- Como é seu relacionamento com seus amigos? Quantas vezes vocês se encontram?
- Devido ao seu “problema” você já passou por alguma situação de constrangimento social? Descreva.
- Quais preocupações ou problemas você tem com relação ao seu “problema”?
- Você consegue solucionar sozinho seus problemas? Exemplifique.
- Você tem dificuldades escolares? De que tipo?
- Você tem dificuldades de se relacionar no trabalho? Quais dificuldades?
- Você consegue esclarecer suas dúvidas com a equipe médica que acompanha o seu caso?
- Sente dificuldade em expor sua opinião/sentimentos?
- Tem algo relevante que você gostaria de dizer?

#### ANEXO 4: Pirâmide de Frequência



- A- **Nunca ou Raramente** (em cada 10 situações desse tipo reajo dessa forma no máximo 2 vezes)
- B- **Com pouca freqüência** (em cada 10 situações desse tipo reajo dessa forma 3 a 4 vezes)
- C- **Com regular freqüência** (em cada 10 situações desse tipo reajo dessa forma 5 a 6 vezes)
- D- **Muito frequentemente** (em cada 10 situações desse tipo reajo dessa forma 7 a 8 vezes)
- E- **Sempre ou Quase sempre** (em cada 10 situações desse tipo reajo dessa forma 9 a 10 vezes)

## ANEXO 5: TCLE – Estudo2



Universidade Federal do Pará  
Núcleo de Pesquisa e Teoria e Pesquisa do Comportamento  
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### Título da pesquisa: Habilidades Sociais em Portadores de Anomalia da Diferenciação Sexual

Convido você a participar de uma pesquisa que objetiva realizar um treino de habilidades sociais em pacientes com Anomalia da Diferenciação Sexual (ADS). O estudo tem por objetivo verificar os efeitos do uso de treino em automonitoramento na instalação de comportamentos correspondentes a Habilidades Sociais.

Sua participação ocorrerá por meio de entrevistas semanais no ambulatório do Serviço de Psicologia de um Hospital Universitário. Você será solicitado a fazer algumas anotações que serão combinadas previamente.

Será garantido a você um auxílio transporte para seu deslocamento.

Sua participação poderá beneficiar tanto você quanto os pacientes que também apresentarem dificuldades de realizar comportamentos correspondentes à habilidades sociais.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos à integridade física ou emocional dos participantes. Esclareço que os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados e apresentados em eventos científicos, sendo garantido, entretanto, sigilo absoluto de sua identidade.

Você poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem lhe ocasionar nenhum dano. Caso tenha qualquer dúvida, estarei disponível através dos seguintes contatos:

**Ana Paula de Andrade Sardinha**  
Mestranda do PPGTPC  
Fone: 30815262 /81224627  
Registro no Conselho: CRP 10/02812

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira**  
End: Universidade Federal do Pará.  
Fone: 3083-1448/ 8111-3915  
Registro no Conselho: CRP 10/00049-3

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações contidas nesse documento, assumindo que entendi com clareza todas as informações aqui registradas. Declaro que espontaneamente aceitei participar como voluntário na pesquisa, cooperando com as informações solicitadas.

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do (a) Paciente

**ANEXO 6:** Tabela de Hierarquia de comportamentos

**TABELA DE COMPORTAMENTOS SOCIALMENTE HABILIDOSOS (MODELO)**

<i>Exemplos de comportamentos</i> (organizados por escore fatorial do IHS)	<b>JÁ FAÇO</b>	<b>NÃO FAÇO, MAS PODEREI FAZER</b>	<b>SERÁ MUITO DIFÍCIL FAZER</b>
Iniciar conversações			
Manter conversações			
Falar em público			
Fazer elogios			
Aceitar elogios			
Pedir favores			
Recusar pedidos			
Outros.....			

**Hierarquia dos comportamentos:**

## ANEXO 7: Formulário de Automonitoramento

Nome: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_

*Dias*

<i>Exemplos de comportamentos</i>	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO	DOMINGO
Iniciar conversações							
Manter conversações							
Falar em público							
Fazer elogios							
Aceitar elogios							
Pedir favores							
Recusar pedidos							
Defender direitos							
Expressar afeto							
Expressar opiniões							

### Questões para refletir...

O que gostaria de ter feito e não fez?

Como você se sentiu?

**ANEXO 8:** Diagrama de Análise Funcional

**Descrição do contexto:**

<b>SITUAÇÕES</b>	<b>COMPORTAMENTOS</b>	<b>CONSEQUENCIAS</b>

## **ANEXO 9: Texto sobre Habilidades Sociais**

Texto adaptado de Del Prette & Del Prette (2001).

### **O que são Habilidades Sociais?**

O ser humano é um ser social. Ele dificilmente consegue viver sozinho, pois está sempre interagindo com outras pessoas. Saber conviver com outras pessoas, solucionar problemas, expressar pensamentos e sentimentos sem violar os direitos do outro, saber iniciar, manter e concluir uma conversa, são habilidades que facilitam as relações entre elas.

As habilidades sociais são comportamentos que precisamos aprender para conviver bem em sociedade. Muitas vezes, uma pessoa já possui as habilidades em seu repertório, porém não as utiliza. Às vezes por ser uma pessoa ansiosa, por ter crenças erradas e até mesmo por não perceber que não está agindo corretamente.

Começamos a aprender essas habilidades desde a infância e até a velhice continuamos aprendendo. Quanto melhor nos comportarmos socialmente, maiores serão as chances de obtermos melhor realização pessoal, sucesso profissional e mais saudáveis seremos.

Quando ocorrem falhas nesse processo de aprendizagem, estas se tornam obstáculos para uma melhor interação social, e isso justifica a importância de se identificar problemas dessa ordem, a fim de que sejam tomadas medidas para solucionar este problema. A partir daí, o primeiro passo é demonstrar a importância dessas habilidades na vida das pessoas.

## **ANEXO 10: Lista de Direitos Humanos**

### **DIREITO HUMANOS BÁSICOS (Caballo,1996, p. 371)**

#### **Todos temos:**

- O direito de ter direitos e a defendê-los.
- O direito de manter a sua dignidade e respeito, comportando-se de modo positivo ou assertivo, sem violar os direitos dos demais.
- O direito de ser tratado com respeito e dignidade.
- O direito de recusar pedidos sem ter que se sentir culpado ou egoísta.
- O direito de experimentar e expressar os próprios sentimentos.
- O direito de parar e pensar antes agir.
- O direito de mudar de opinião.
- O direito de pedir o que quiser (aceitando que o outro tem o direito de dizer não).
- O direito de fazer menos do que humanamente você se é capaz de fazer.
- O direito de ser independente.
- O direito de decidir o que fazer com seu próprio corpo, tempo e propriedade (sempre agindo dentro da lei).
- O direito de cometer erros e de se responsabilizar por eles.
- O direito de se sentir satisfeito consigo mesmo.
- O direito de ter suas próprias necessidades e que estas sejam tão importantes quanto as necessidades dos demais.
- O direito de pedir (e não exigir) aos demais que respondam às nossas necessidades e de decidir se satisfazemos ou não as necessidades dos demais.
- O direito de decisão quanto a satisfazer ou não as expectativas alheias, sem violar os direitos dos outros.
- O direito de ter opiniões e de expressá-las.
- O direito de discutir o problema com a pessoa envolvida, buscando esclarecimentos.
- O direito a ser ouvido e levado a sério.
- O direito de obter aquilo por que se paga.
- O direito a ficar só quando assim escolher.
- O direito de fazer qualquer coisa, desde que não viole os direitos de outras pessoas.



## ANEXO 11: Questionário Construcional de Goldiamond adaptado

### QUESTIONÁRIO DE GOLDIAMOND ADAPTADO

Nome: \_\_\_\_\_

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

**Questionário Construcional** (Goldiamond, 1974; traduzido por Gimenes, Andronis, & Layng, 2005, e adaptado para a avaliação de Habilidades Sociais de pacientes com ADS).

#### Introdução

Eu vou lhe fazer algumas perguntas que podem ajudar a entender exatamente em que direção nós devemos trabalhar. As perguntas têm três objetivos:

- Primeiramente, nós precisamos de informações que nos auxiliem a conhecer você.
- Em segundo lugar, a partir das perguntas que as pessoas fazem, podemos aprender coisas sobre elas; assim, estas perguntas podem lhe ajudar a conhecer sobre a abordagem que usaremos nesta pesquisa.
- Em terceiro lugar, para verificar como estamos progredindo, nós precisamos de registros, e de informações sobre como você vê as coisas. Portanto, por favor, fale o que achar necessário.

#### Questão 1

*Eu vou lhe fazer uma série de perguntas sobre nossas metas. Provavelmente você se interessou em participar desta pesquisa porque deseja que algum tipo de mudança ocorra em sua vida ou algo semelhante.*

1.1 Pensando que tenhamos o sucesso esperado com a nossa intervenção, quais seriam os resultados esperados por você?

1.2 Suponha que um desses discos voadores que vivemos ouvindo falar seja real. Ele aterrissa e 2.000 pequenos marcianos desembarcam. Um deles é designado para observar você. Estamos no Dia-L – Dia da Liberação dos seus problemas – e o pequeno marciano segue você invisivelmente. Ele registra suas observações e as repassa a um computador à

noite. O que o marciano vê você fazendo? Lembre-se: já terminou o nosso acompanhamento com sucesso, e você parece e se sente da maneira que gostaria. O que o marciano vê?

1.3 O que é diferente entre o que o marciano viu e o jeito que as coisas são agora?

1.4 Você poderia me dar um exemplo do que está diferente?

## **Questão 2**

*O próximo grupo de perguntas se relaciona com as coisas na sua vida que estão indo bem, e outras que não estão.*

2.1 Provavelmente tem muitas coisas na sua vida neste momento que estão indo bem – coisas que você não quer que sejam alteradas pela nossa intervenção (alguns hábitos). Você pode descrever algumas dessas coisas que estão indo bem, ou que você não quer alterar de forma alguma?

2.2 Têm coisas acontecendo na sua vida neste momento que você não gosta?

2.3 Que outras coisas na sua vida podem mudar, além daquelas relacionadas a sua dificuldade?

## **Questão 3**

3.1 O que te motiva a participar dessa intervenção agora? Por quê?

## **Questão 4**

*A próxima série de perguntas é sobre áreas em que você é forte, certas habilidades ou recursos que você tem. Todas as pessoas têm algumas coisas nas quais elas são muito boas.*

4.1 Que características você tem que são relacionadas com aquela que você gostaria de alcançar com essa intervenção?

4.2 Existem momentos ou lugares quando a sua dificuldade não é um problema, ou quando essa dificuldade é pelo menos mais amena?

4.3 Teve algum problema que você lidou com sucesso? Como?

4.4 Você já tinha parado pra pensar nesse tipo de dificuldade? Caso afirmativo, quando e em que circunstâncias?

### **Questão 5**

*Eu vou fazer algumas perguntas sobre alguns efeitos produzidos pelo seu problema, ou efeitos que você gostaria de produzir com a solução desse problema.*

5.1 Existe um ditado que diz assim “há males que vem para o bem”. Em algum momento de sua vida sua dificuldade em lidar com esse problema já produziu alguma vantagem especial? Me dê um exemplo.

5.2 Que tipo de coisas você realmente gosta de fazer? Existe alguma coisa que realmente lhe motiva?

5.3 O que você se vê fazendo que ainda não faz?

5.4 Quem mais está interessado nas mudanças que você está buscando?

5.5 Que pessoas lhe ajudaram no passado? Como lhe ajudaram? Como você obteve essa ajuda?

### **Questão 6**

6 Tem alguma coisa que não discutimos o suficiente? Tem alguma coisa que você gostaria de dizer, de acrescentar ou corrigir?

### **Questão 7**

7 Agora é hora de inverter os papéis. Já lhe fiz muitas perguntas. Você gostaria de me fazer alguma pergunta? Reclamações? Alguma coisa que você gostaria de saber sobre nossas metas?



Universidade Federal do Pará



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**

Carta Provisória: 79/08 CEP-ICS/UFPA

Belém, 04 de Junho de 2008.

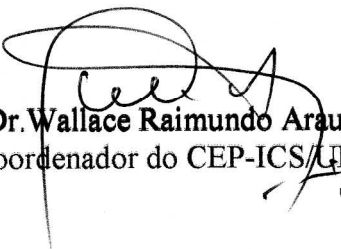
A:  
Profª. Drª. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa **“Intervenção psicológica em pacientes com Anomalia da Diferenciação Sexual”** de Protocolo nº080/08CEP-ICS/UFPA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, na reunião do dia 03 de Junho de 2008.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar o relatório parcial do mesmo até o dia 30 de Maio de 2009, no CEP-ICS/UFPA, situado no Campus Universitário do Guamá, Campus profissional, no Complexo de sala de aula do ICS – sala 13 (Altos).

Atenciosamente,

  
**Prof. Dr. Wallace Raimundo Araujo dos Santos.**  
Coordenador do CEP-ICS/UFPA