



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**ALINE MADALENA MONTEIRO DA SILVA**

**O EFEITO DA MÚSICA SOBRE O RELATO DE  
SENTIMENTOS EM PSICOTERAPIA ANALÍTICA  
FUNCIONAL**

ARIQUEMES – RO

2013

**Aline Madalena Monteiro da Silva**

**O EFEITO DA MÚSICA SOBRE O RELATO DE  
SENTIMENTOS EM PSICOTERAPIA ANALÍTICA  
FUNCIONAL**

Monografia apresentada ao curso de  
graduação em Psicologia, da  
Faculdade de Educação e Meio  
Ambiente como requisito parcial à  
obtenção do título de Bacharel.  
Prof. Orientador: Me. Rodrigo Nunes  
Xavier

Ariquemes – RO

2013

**Aline Madalena Monteiro da Silva**

# **O EFEITO DA MÚSICA SOBRE O RELATO DE SENTIMENTOS EM PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Psicologia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel.

## **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Me. Rodrigo Nunes Xavier  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof. Me. Roberson Geovani Casarin  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof. Rodrigo Santos Madeira  
Faculdades Associadas de Ariquemes - FAAR

Ariquemes, 26 de novembro de 2013.

*Ao meu Deus por todo amor e proteção.  
Aos meus pais, familiares e amigos por acreditarem em mim.  
E aos psicoterapeutas apaixonados pela música assim como eu.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, os meus sinceros e profundos agradecimentos a Deus. Obrigada por ter me dado um sonho chamado psicologia e por ter me proporcionado concretizá-lo. Obrigada por ter colocado pessoas tão maravilhosas em meu caminho, professores e amigos, grandes contribuidores deste sonho. Por ter me dado paciência, força de vontade e dedicação para chegar até aqui. Por ter me fortalecido nos momentos em que mais me senti incapaz. Enfim, obrigada por seu amor, sua proteção, sua orientação, obrigada por fazer tua vontade em minha vida.

Agradeço à minha família, cada membro que me apoiou durante este percurso, muitas vezes me aturando em momentos difíceis, principalmente na reta final onde a mistura de tantos sentimentos me tornaram um pouco difícil de se conviver. Obrigado pelo cuidado, pelo carinho, pela motivação e pelo amor e dedicação a mim. Eu amo vocês.

Obrigada querido professor e orientador Me. Rodrigo Nunes Xavier. Obrigada por acreditar em meu potencial, por ter me dado cada pequena orientação neste trabalho, por ter me apresentado à bela psicoterapia analítica funcional e ter me dado tantas ideias de como unir dois grandes amores em um só trabalho (música e FAP). Obrigada por seu carinho e dedicação, simplesmente obrigada de todo coração, você é um grande exemplo profissional para mim.

Obrigada querida professora Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza Obrigada pelas orientações neste trabalho, obrigada pelo exemplo de vida, de sabedoria e humildade. Eu admiro muito a sua pessoa e sabe de uma coisa? Quando eu crescer quero ser como você, quero sempre lutar por meus sonhos, ser verdadeira e transparente assim como és. Obrigada por deixar tua marca registrada em minha vida. Muito obrigada.

Obrigada querida amiga Kelly Sandoli Biazon Zacardi. Obrigada pela ajuda nas categorizações do meu estudo. Obrigada por acreditar em mim, por sempre estar elevando minha autoestima, obrigada por me tratar exatamente da forma como eu precisava, você me ajudou a crescer, sabia? Ajudou-me a ser mais independente, a acreditar mais em mim. Você se tornou uma pessoa muito importante em minha vida, eu agradeço do fundo do coração por todo apoio, mas

principalmente, por sua amizade, seu exemplo de vida e, não podia me esquecer do seu incomparável bolo de chocolate com o creminho branco que você fazia só pra mim. Te amo amiga.

Obrigada Débora Clais. Obrigada por ter aceitado meu convite e ter participado de forma tão intensa na aplicação do experimento. Obrigada também pelos conselhos, por seu sorriso motivador, obrigada por ser tão alto estima e me contagiar com sua alegria. Obrigada querida amiga, eu amo a sua pessoa.

Obrigada Alicia (nome fictício). Obrigada por ter aceitado fazer parte do meu estudo, permitindo a aplicação do experimento, obrigada por sua colaboração, você foi parte essencial do meu trabalho, eu lhe agradeço profundamente.

Obrigada Jhony Roger de Oliveira Miranda e Verediana Moreira Dias. Obrigada por terem aceitado fazer parte do meu estudo, ajudando nas categorizações. Muito obrigada, a contribuição de vocês permitiu que meu trabalho fosse considerado mais fidedigno, portanto, obrigada.

Obrigada Elizangela Alves de Souza. Obrigada por ser minha amiga, por ter me apoiado, pelas caronas, pelos sorrisos amigos, pela companhia na hora de escrever o TCC. Obrigada por ter sido tão companheira durante esta etapa da minha vida, eu amo muito você amiga, e amo a bondade que há em seu coração. Obrigada por ter caminhado comigo e me ensinado a olhar o mundo de uma forma especial.

Obrigada todos professores, a cada um a minha sincera gratidão por terem me mostrado um caminho a seguir. Obrigada por tudo que me ensinaram, pela maneira particular que cada um me apresentou à psicologia. Vocês estarão para sempre gravados em minha história, afinal de contas, a graduação e todo conhecimento que pude adquirir, foi uma etapa muito importante em minha vida.

Obrigada professor Roberson Geovane Casarin. Obrigada por ter sido o melhor coordenador de curso e ser tão alegre. Não poderia deixar de agradecê-lo por ter me emprestado seu notebook, ele foi essencial para a realização de muitos trabalhos. Obrigada pelas orientações em estágios, por teu sorriso, por tua motivação. Obrigada por fazer parte de minha história.

Obrigada Lucimara Cristina e Wagner Pereira. Queridos amigos que iniciaram este sonho comigo, eu aprendi muito com cada um de vocês, e os admiro grandemente. Os tempos em que passamos juntos ficarão guardados eternamente em minhas lembranças, os passeios, os estágios, os piqueniques, as idas ao

mercado, enfim, cada momento juntos. Obrigada por se fazerem tão importantes para mim.

Obrigada 1° turma de psicologia da FAEMA. A cada um o meu sincero agradecimento. Cada momento com vocês foi especialmente incrível, entre vocês eu sempre pude me sentir como parte integrante do grupo, todos como uma grande família. Obrigada pelo carinho, obrigada pela troca de experiências e aprendizagens. Obrigada por cada momento, foi um grande prazer dividir tantos momentos com vocês, principalmente os que nos reuníamos para comer, quer dizer, comemorar, rrsrssrsr. Eu amo vocês, como uma grande família.

Obrigada meninas no grupo de supervisão. Kelly, Elizangela, Débora, Maria, Jociane, Lucimere, Sabrina e Cleuza, obrigada pela troca de experiências. Eu acredito profundamente em nosso potencial e competência profissional. E sabem de uma coisa? Nós seremos as melhores psicoterapeutas analíticas funcionais que possamos conhecer, e faremos a diferença onde quer que estejamos. Eu aprendi muito com vocês, obrigada por tudo queridas amigas.

Por fim reafirmo meus sinceros agradecimentos a todos que colaboraram de algum modo não somente para a realização deste trabalho, mas como para a concretização deste sonho. Cada um tornou-se definitivamente importante pra mim, muito obrigada por fazerem parte da minha bela história de amor com a psicologia. Obrigada.

“Um pássaro não canta por estar feliz, ele está feliz porque  
canta”.

WILLIAN JAMES

## RESUMO

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) é uma intervenção comportamental com potencial aplicabilidade para os transtornos do Eixo II do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 4ª Edição (DSM-IV). A música tem sido referida como uma estratégia importante para provocar os mais diversos sentimentos. O presente estudo pretendeu desenvolver um método útil para a FAP fazendo uso da música em sessão. O objetivo foi verificar o efeito da música sobre a frequência dos relatos de sentimentos da cliente em sessões FAP. O estudo foi realizado com uma paciente com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva cuja conceituação de caso estabeleceu o relatar sentimentos em sessão como um progresso. Foi utilizado um delineamento experimental de sujeito único do tipo ABAB em que a variável independente foi a música e a variável dependente foi o relato de sentimentos da cliente. Os resultados mostraram que nas fases com música o relato de sentimentos foi maior do que nas fases sem música, como era esperado. Conclui-se, portanto, que a utilização da música poderá ser um método útil para o psicoterapeuta analítico funcional quando a conceituação de caso estabelecer o relato de sentimentos como um comportamento alvo.

**Palavras-chave:** Música; Psicoterapia Analítica Funcional; Relato de sentimentos.

## **ABSTRACT**

The Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is a behavioral intervention with potential applicability to the Axis I disorders of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th Edition (DSM-IV). Music has been referred to as an important strategy to provoke several diverse feelings. This study aimed to develop a useful method to FAP using music in session. Its goal was to verify the effect of music on the frequency of client's disclosures about her feelings in FAP sessions. The study was conducted with an obsessive-compulsive personality disorder patient whose case conceptualization established the feelings reporting in session as a progress. An ABAB single subject experimental design was used where the independent variable was music and the dependent variable was the client's feelings disclosure. Results showed that in conditions where music was present, client's reports about feelings were greater than those without music – as expected. It leads to the conclusion that the use of music may be a useful method to the functional analytic psychotherapist when the case conceptualization establishes reporting feelings as a target behavior.

**Keywords:** Music; Functional Analytic Psychotherapy; Reporting Feelings.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama da sala de atendimento onde foi realizado o experimento.	33
Figura 2 - Frequência da R2 e CCRs por fase do experimento.....	45
Figura 3 - Frequência de CCR1 e CCR2 na fase A1.....	47
Figura 4 - Frequência de CCR1 e CCR2 na fase B1.....	47
Figura 5 - Frequência de CCR1 e CCR2 na fase A2.....	48
Figura 6 - Frequência de CCR1 e CCR2 na fase B2.....	48
Figura 7 - Frequência dos CCRs em todas as sessões do experimento.....	49
Figura 8 - Frequência CCR1 e CCR2 por cada fase do experimento.....	49
Figura 9 - Dados proporcionais de cada sessão do experimento.....	50
Figura 10 - Dados proporcionais por fase do experimento.....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - CCRs da participante cliente.....	31
Tabela 2 - Músicas utilizadas no experimento clínico.....	33
Tabela 3 - Categorias de comportamento do terapeuta e cliente utilizadas no estudo.....	35
Tabela 4 - Resumo das fases do experimento.....	42
Tabela 5 - Frequência das categorias do comportamento do terapeuta e do cliente por fase do experimento.....	44
Tabela 6 - Frequência e proporção dos CCRs em cada sessão, fase do estudo e total.....	46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCR	Comportamento clinicamente relevante
CPR	Cliente enfatiza a relação terapêutica
CTR	Cliente enfatiza a relação terapêutica
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
E	Relato de comportamento externo
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FAP	Psicoterapia Analítica Funcional
FAPRS	Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale
INF	Inefetiva
NEG	Negativa
OC	Outros Cliente
OT	Outros terapeuta
PC	Participante Cliente
POS	Positivo
PT	Participante terapeuta
R	Regra

S	Sessão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Transtorno de personalidade
TPR	Terapeuta colabora para o progresso da sessão
TRT	Terapeuta enfatiza a relação terapêutica
VD	Variável dependente
VI	Variável independente

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	26
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	29
<b>3.1 OBJETIVO GERAL</b> .....	29
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	29
<b>4 MÉTODO</b> .....	30
<b>4.1 PARTICIPANTES</b> .....	30
<b>4.2. AMBIENTE, MATERIAIS E INSTRUMENTOS</b> .....	32
<b>4.2.1 FICHA DE LEVANTAMENTO DE INTERESSES MUSICAIS</b> .....	34
<b>4.2.2 FORMULÁRIO DE CONCEITUAÇÃO DE CASO</b> .....	34
<b>4.2.3 FUNCTIONAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY RATING SCALE (FAPRS)</b>	34
<b>4.2.4 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	41
<b>4.3 PROCEDIMENTOS</b> .....	41
<b>4.3.1 COLETA DE DADOS</b> .....	41
<b>4.3.1.1 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL</b> .....	41
<b>4.3.1.2 CATEGORIZAÇÃO</b> .....	42
<b>4.4 ANÁLISE DOS ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	43
<b>5 RESULTADOS</b> .....	44
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	51
<b>CONCLUSÃO</b> .....	53
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54
<b>ANEXOS</b> .....	57
<b>ANEXO A - Autorização do local de pesquisa</b> .....	58
<b>ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	59
<b>APÊNDICES</b> .....	61

<b>APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE.....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE B - Ficha de levantamento de interesses musicais .....</b>	<b>65</b>

## INTRODUÇÃO

Dentre tantas formas de má interpretação sobre o behaviorismo temos a afirmação de que este não considera a importância dos sentimentos, ou de qualquer outro comportamento que aconteça debaixo da pele, no mundo privado de cada ser. James (1884) em seu artigo “O que é uma emoção?” descreve sua explicação sobre as emoções. Segundo o autor os estímulos ambientais provocam reações no corpo humano, estas reações são percebidas (emoções) e nomeadas. Se a pessoa vê um cachorro pela primeira vez não sentirá medo, mas se o cachorro ameaçar atacá-la a pessoa correrá para se proteger e ao mesmo tempo seu corpo sofrerá algumas mudanças que serão percebidas. Esta percepção da mudança sensorial do corpo é o que o autor nomeia como emoção. No exemplo percebe-se que a pessoa não correu por estar com medo, mas o comportamento do cachorro de atacar provocou tanto o comportamento de correr como a mudança sensitiva, percebida como "estar com medo". Sua famosa frase “um pássaro não canta por estar feliz, mas está feliz porque canta”, sugere que primeiramente algo acontece (cantar) e depois o corpo apresenta manifestações sensoriais que são percebidas (emoção). Portanto, no exemplo, o corpo reage ao comportamento de cantar e a percepção dessa mudança corporal é interpretada como “estar feliz”.

Em consonância com James (1884), Skinner (2002) descreveu o sentimento como uma resposta aos estímulos ambientais. Sendo assim, o sentimento é um tipo de ação sensorial, um produto das variáveis ambientais assim como todo comportamento é. Logo, o behaviorismo possui uma particularidade na forma de enxergar o sentimento, e em nenhuma hipótese o anula, considerando-o como uma resposta privada. Por exemplo, acredita-se que existem estímulos ambientais que controlam tanto o comportamento de chorar como o de sentir tristeza, logo não se chora por estar triste e é possível inferir que algo aconteceu e causou tanto o chorar como o sentir tristeza (SKINNER, 2005).

Tais respostas privadas podem tornar-se conhecidas através de sua descrição, ou seja, de seu relato. Skinner (2002) diz que o relato de sentimentos é um comportamento verbal organizado por uma comunidade, ou seja, o comportamento verbal de uma pessoa controla o de outra. Nessa interação se aprende, por exemplo, a relatar os eventos privados, e por meio de perguntas feitas

pelo outro, é possível tornar-se consciente sobre os próprios comportamentos encobertos. É preciso que o mundo privado de alguém se torne importante para as demais pessoas para então tornar-se importante para si próprio, logo, é preciso que alguém se demonstre interessado por seus eventos privados e lhe faça perguntas sobre eles para que então apresente o comportamento verbal de relatá-los. O autor traz ainda que os sentimentos relatados são pistas para se compreender os comportamentos e as condições que o afetaram, sendo assim, é possível que o indivíduo, ao tornar-se autoconsciente, controle e preveja o próprio comportamento, uma vez que tomou conhecimento sobre os estímulos que controlam seu comportamento.

Na clínica é comum encontrar pacientes com dificuldades na expressão das emoções, e vista a importância que este relato traz para o paciente, pretendeu-se levantar uma hipótese para estimular o indivíduo a se engajar nesse comportamento verbal através da apresentação da música no ambiente terapêutico. O caro leitor deve estar se perguntando, mas porque a música? Carvalho (2011) traz a afirmação de que os estímulos musicais afetam de alguma forma a fisiologia do ser humano, sendo assim, é possível modificar, através da música, os estados emocionais da pessoa, levando-a a apresentar variados estados de ânimo e sentimentos.

Uma explicação behaviorista diria que a música é um estímulo externo que pode eliciar comportamentos no indivíduo, inclusive as sensações. O fato é que geralmente quando ouvimos uma música muitas lembranças e sentimentos podem vir à tona, principalmente se a música tiver um significado emocional para a pessoa, como, por exemplo, estar ligada a uma pessoa importante ou a um momento de sua vida. Catania (1999) traz um exemplo muito interessante quando fala de condicionamento e emoção. Em seu exemplo primeiramente um rato aprende a pressionar a barra para obter um reforço alimentar, depois disso um tom é apresentado de tempos em tempos, e este tom termina com a apresentação de um choque. Nessas circunstâncias o tom reduz as pressões à barra, principalmente quando se aproxima o tempo de libertação do choque. Percebe-se que o tom, que antes era estímulo neutro passa a afetar o comportamento do rato de pressionar a barra, pois foi associado ao choque, que se presume um estímulo aversivo. Esta associação deu origem a uma resposta emocional condicionada, pois ao observar mais atentamente o comportamento do rato durante a apresentação do tom, percebe-se que essa contingência afeta, além do comportamento de pressionar a

barra, outras classes de respostas, e quando isso ocorre é mais propenso invocar a linguagem da emoção, podendo citar o medo ou a ansiedade. Porém é preciso clarificar a ideia de que o suposto medo apresentado pelo rato não é um estímulo causal, ou seja, o rato não parou de pressionar a barra por estar com medo, mas um efeito das contingências observado na diminuição do comportamento de pressionar a barra. Com este exemplo pode-se perceber que um estímulo neutro, como o tom ou a música, pode causar no indivíduo respostas emocionais condicionadas, uma vez que se tornou condicionado.

Uma vez que é possível determinar a influência de um estímulo musical sobre o comportamento do indivíduo, viu-se a possibilidade de utilizar-se deste meio para estimular respostas sensoriais no paciente e então criar contingências favoráveis para o relato destas respostas por meio de perguntas feitas pelo terapeuta. Para isto utilizou-se a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), que é um protocolo de intervenção clínica baseado teoricamente no behaviorismo radical de Skinner (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

Segundo os autores da FAP, o cliente poderá apresentar três tipos de comportamentos que são de particular relevância. Estes comportamentos são denominados de comportamentos clinicamente relevantes (CCRs). CCR1s são os comportamentos problema, ou seja, são comportamentos funcionalmente semelhantes àqueles comportamentos da vida cotidiana do cliente que colaboram para o surgimento e/ou a manutenção dos problemas relacionados à queixa do cliente. Estes comportamentos devem diminuir ao longo da terapia, sendo substituídos por comportamentos alternativos de progresso (CCR2) que serão descritos mais a frente. Os CCR1s ocorrem em sessão por um processo de generalização, ou seja, o cliente encontra no ambiente terapêutico estímulos discriminativos semelhantes aos de circunstâncias externas nas quais alguns comportamentos foram reforçados, tornando-se mais prováveis de acontecer. Por isso se diz que são comportamentos funcionalmente semelhantes aos que acontecem em seu dia a dia que, quando ocorrerem na interação com o terapeuta, serão classificados como CCR1s. Um exemplo seria em um caso de cliente com ansiedade para falar que congelasse e não conseguisse se comunicar com o terapeuta (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

Quanto aos CCR2s, Kohlenberg e Tsai (1991) os descrevem como sendo os progressos que o cliente apresenta com relação aos CCR1s. Seguindo o exemplo

do cliente com ansiedade para falar, um progresso seria conseguir se comunicar com o terapeuta. Portanto os CCR2s são comportamentos alternativos para substituir os CCR1s e sua frequência deve aumentar ao longo da terapia. Os CCR3s são as interpretações que o cliente faz sobre o próprio comportamento, ou seja, são falas em que descreve seu comportamento e o que o controla, como por exemplo, onde o comportamento acontece, em que momento, com quem e o que acontece depois do comportamento. As interpretações do próprio comportamento também deverão aumentar ao longo da terapia, uma vez que a partir do momento em que o sujeito interpreta o próprio comportamento e consegue identificar as variáveis que o controlam adquire autoconhecimento aumentando, portanto, a capacidade de previsão e controle do comportamento. Ainda segundo a FAP, as interpretações que o cliente faz sobre os seus comportamentos em terapia aumentam a probabilidade de transferência dos ganhos alcançados para seu cotidiano.

Quanto ao comportamento do terapeuta, os autores da FAP descrevem cinco regras (Rs) que correspondem a sugestões que podem resultar em efeitos reforçadores para o próprio terapeuta. A Regra 1 (R1) é descrita como prestar atenção aos CCRs. Esta regra é importante, pois quanto maior for a capacidade do terapeuta em identificar os CCRs, melhores serão os resultados alcançados na terapia, pois o estar consciente e prestar atenção aumenta a probabilidade de reações apropriadas do terapeuta. Portanto, é preciso estar atento para que os CCR2s sejam reforçadas e os CCR1s sejam punidos ou extintos (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

Kohlenberg e Tsai (1991) descrevem a Regra 2 (R2) como evocar CCRs. O evocar significa dar oportunidade ao cliente para que apresente estes comportamentos no ambiente terapêutico. Os autores trazem que um relacionamento terapeuta-cliente ideal é aquele que evoca CCR1s e cria condições para o desenvolvimento de CCR2s. Um exemplo que clarifica o evocar pode ser descrito no seguinte caso, um cliente que queira estabelecer relacionamentos de proximidade (CCR2), mas que tenha medo de envolver-se (CCR1). Neste caso o comportamento do terapeuta de expressar afetividade é ambiente propício para que o cliente apresente CCR2, ou seja, o comportamento verbal do terapeuta pode evocar um progresso no cliente, uma vez que ao longo da terapia ele pode deixar de temer o envolver-se conseguindo estabelecer um relacionamento de proximidade com o terapeuta. O evocar pode ainda ser realizado através de perguntas, por

exemplo, um cliente com dificuldade em relatar sentimentos poderá expressar-se através de indagações feitas pelo terapeuta como, por exemplo, “o que você sente enquanto me relata isto?” ou “o que você sentiu naquele momento?”.

A Regra 3 (R3) é descrita como reforçar CCR2s. O reforçar é prover uma consequência que aumenta a probabilidade de ocorrência do comportamento do cliente. Clarificando as ideias, diz-se que na relação terapêutica quando o cliente apresentar um comportamento progresso (CCR2) o terapeuta deverá apresentar um estímulo reforçador, por exemplo, dando feedback sobre o progresso do cliente ou demonstrando seus sentimentos com relação ao progresso alcançado. Quando isto acontece, ou seja, quando o progresso do cliente é reforçado, a probabilidade de ocorrência deste comportamento aumenta. Seguindo o exemplo de um cliente com dificuldade em expressar comportamentos privados, a partir do momento que este expressa um sentimento o terapeuta poderá reforçá-lo, por exemplo, dizendo o quanto foi bom ouvi-lo falar sobre seus sentimentos ou dizendo o quanto isso traz proximidade entre eles favorecendo em um bom relacionamento. O importante é que o reforço seja algo natural, não precisando ser necessariamente um comportamento verbal, podendo ser uma expressão facial, um sorriso ou um balançar de cabeça (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

Em atendimentos infantis é comum dar algo a criança quando esta apresenta o CCR2 em sessão, por exemplo, uma criança com dificuldade de aprendizagem, na terapia pode ler algumas palavras e ser premiada com balinha ou estrelinhas. O reforço pode ser ainda a retirada de um estímulo aversivo. Portanto, em um exemplo de paciente que apresente frequentemente comportamentos submissos, não expondo opinião própria e aceitando tudo que lhe é imposto, pode apresentar um CCR2 de pedir ao terapeuta que mude de assunto por não sentir-se pronta para falar sobre aquilo ou simplesmente por não achar necessário abordar determinado assunto. Neste caso o terapeuta deverá reforçar o comportamento assertivo retirando o estímulo aversivo que no caso seria o assunto e assim a probabilidade de o cliente voltar a ser assertivo aumentará (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

A Regra 3 também refere-se a consequência que o terapeuta provê quando o cliente apresenta um comportamento problema (CCR1). Nestes casos, o terapeuta irá punir de forma sutil este comportamento problema, por exemplo, realizando bloqueio de esquiva, dando a oportunidade para que o cliente apresente o

comportamento progresso (CCR2). Um terapeuta ao perguntar sobre os sentimentos de seu cliente, que apresenta dificuldade na expressão aberta das emoções, poderá consequenciar sua esquivia dizendo, por exemplo: “eu lhe perguntei sobre seus sentimentos, e você deu várias voltas e não me respondeu. Eu realmente gostaria de ouvir o que você sentiu naquele momento” (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

A Regra 4 (R4) é descrita por Kohlenberg e Tsai (1991) como observar os efeitos do comportamento do terapeuta em relação aos CCRs do cliente. Nesta regra o próprio terapeuta observa se suas intervenções estão afetando o comportamento do cliente, tanto de forma positiva como de forma negativa. Estas observações poderão levar à modificação do comportamento do terapeuta, uma vez que buscará aperfeiçoar-se para aumentar a qualidade de vida de seu cliente. Portanto, se o terapeuta observa que determinada postura representa um estímulo aversivo que puna comportamentos desejáveis, poderá modificar seu comportamento, evitando-a. Da mesma forma o terapeuta que percebe que determinada postura é reforçadora para seu cliente, tenderá a apresentá-la mais vezes durante a terapia. O terapeuta pode ainda aplicar a R4 realizando perguntas para o cliente, como por exemplo, “como você se sente quando eu trago essas interpretações pra você?” ou “você se sente mais a vontade para falar dos seus sentimentos quando eu trago a música?”.

Por último a FAP descreve a regra 5 (R5) como fornecer interpretações das variáveis que afetam o comportamento do cliente. Segundo essa regra o terapeuta ao oferecer as suas interpretações sobre o comportamento do cliente possibilita o desenvolvimento de comportamentos similares no cliente, a saber, os CCR3s. Nessas interpretações o terapeuta identifica o comportamento do cliente e as variáveis que o controlam, ou seja, descreve os acontecimentos anteriores e posteriores relacionados ao comportamento, ou seja, os estímulos reforçadores e aversivos e a situação em que a frequência do comportamento é maior. Desta forma torna-se mais fácil o cliente engajar-se em CCR3s uma vez que a interpretação do terapeuta clarifica suas ideias colocando-o em contato com as variáveis de controle de seu comportamento (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

Na relação terapêutica é possível, com o comportamento do terapeuta, criar condições para que comportamentos alvo, como por exemplo, o expressar sentimentos, em clientes com dificuldades em lidar com os eventos privados, aconteçam, sejam modelados e transferidos para as experiências diárias pelo

processo de generalização. Portanto, o psicoterapeuta deverá levar seu cliente a entrar em contato com os eventos privados, compreendê-los e descrevê-los em um relato (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

Quanto à dificuldade na expressão de sentimentos, é possível identificá-la, não exclusivamente, em clientes que preenchem os critérios diagnósticos de transtorno de personalidade (TP). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) pessoas com transtorno de personalidade apresentam alterações em algumas áreas, como por exemplo, a cognição e o afeto, ou seja, na percepção de si mesmas, das outras pessoas, dos eventos à sua volta e nas respostas emocionais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Segundo Cuper, Merwin e Lynch (2007) as pessoas que preenchem os critérios diagnósticos de transtornos da personalidade apresentam dificuldade em três áreas em comum, sendo estas o self ou noção do “eu”, os eventos privados e as relações interpessoais. Das áreas citadas, os problemas relacionados ao self “representam um fator central nos transtornos da personalidade, embora a natureza da perturbação possa variar consideravelmente entre um TP e outro”.

Segundo Kohlenberg e Tsai (1991) o self seria uma condição de estímulos que controla o comportamento verbal e para se compreender a experiência do self é preciso especificar os estímulos controladores da resposta verbal “eu”. Portanto, o self nada mais é do que aqueles estímulos que controla comportamentos verbais sobre o “eu” e estímulos que o afetam. Quando as respostas “Eu [x]” ficam mais sob controle de estímulos públicos do que privados podem ocorrer problemas leves e moderados de self. Por isto é comum encontrar nos transtornos de personalidade esta dificuldade em compreender e descrever os próprios sentimentos, uma vez que esta noção de self é afetada pelo outro.

Cuper, Merwin e Lynch (2007) descrevem outro problema que pessoas que preenchem critérios para um transtorno de personalidade apresentam, sendo este a dificuldade em lidar com os eventos privados, como emoções, pensamentos e impulsos, podendo apresentar problemas com a expressão aberta das emoções, que inclusive pode ser usada como dimensão para organizar os vários transtornos da personalidade. Por exemplo, os TP histriônica e borderline são caracterizados por uma grande expressão das emoções enquanto os TP esquizoide e obsessiva-compulsiva por pouca expressão.

Os mesmo autores apontam a FAP como sendo um dos meios de intervenção para os transtornos da personalidade, podendo ser útil para o tratamento dos problemas de self característico de pessoas com estes transtornos. As técnicas da FAP permitem que o cliente entre em contato com os estímulos privados através da abertura de um espaço onde se possa falar livremente sobre pensamentos, emoções e comportamentos como um todo, que estejam associados ao self (CUPER; MERWIN; LYNCH, 2007).

Uma vez que a FAP foi projetada para ser utilizada em conjunto com outros tratamentos, um psicoterapeuta analítico funcional poderá tratar os comportamentos problemáticos de seus clientes como, por exemplo, os comportamentos impulsivos ou problemas de self, pela adição de componentes de outros tratamentos. Sendo assim é possível fazer uso do estímulo musical em sessão e verificar seu efeito sobre o comportamento do cliente (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

Quanto à música, desde a antiguidade muitos filósofos como Aristóteles e Platão citaram-na em muitas de suas reflexões como sendo uma grande influenciadora do comportamento humano. Eles acreditavam que a música provocava reações no indivíduo e que poderia ser usada, por exemplo, para estimular guerreiros a ficarem mais corajosos e agressivos (CARVALHO, 2011).

Ainda hoje a música é muito utilizada por soldados em suas missões. Gilman (2010) realizou um estudo em que entrevistou onze soldados que serviram na guerra no Iraque, na Operação Liberdade do Iraque (OIF). O estudo buscou mostrar a maneira como essas pessoas se envolviam com a música no dia a dia e em suas experiências de guerra. Os soldados relataram ouvir música em várias situações, e com vários objetivos, como, por exemplo, para exercitar-se, relaxar, escrever cartas, ler, dormir, se socializar, trabalhar na base, preparar-se para missões e às vezes durante patrulhas e missões. Muitos soldados utilizam-na como estímulo motivador para a guerra, sentindo-se mais agressivos e corajosos com determinados estilos de música como, por exemplo, o metal e o rap.

No campo da saúde, a utilização da música tem sido uma prática não só de musicoterapeutas formados como também de outros profissionais como médicos, dentistas, fisioterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos e psicólogos, existindo, porém, uma diferença no fato de que profissionais musicoterapeutas utilizam o fazer música como terapia, ou seja, o paciente e seu terapeuta tocam instrumentos ou cantam durante a sessão. Nas outras profissões diz-se que a música é utilizada “em

terapia” permanecendo o paciente em uma atitude passiva e receptiva (SILVA-JÚNIOR, 2008). Os métodos passivos e receptivos podem ser realizados através de música gravada ou até mesmo ao vivo, e o objetivo é estimular no indivíduo a imaginação, a criatividade e a expressão de sentimentos. Portanto um psicoterapeuta analítico funcional poderá fazer uso do estímulo musical como um instrumento auxiliar ao seu trabalho, levando um cliente com dificuldades em expressão de eventos privados (CCR1) a alcançar o respectivo progresso (CCR2) de expressá-los, uma vez que a música pode ser utilizada com este fim (CARVALHO, 2011).

Nesse sentido, pode ser útil para a FAP fazer uso desta técnica para criar condições propícias para o comportamento do cliente. Uma vez que o comportamento acontece na relação com o terapeuta é possível a modelagem e futura generalização de comportamentos alvos.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Atualmente a psicoterapia analítica funcional vem obtendo validação empírica, por meio de estudos que demonstram a eficácia dessa técnica em casos clínicos considerados difíceis como, por exemplo, em dificuldades de relacionamento interpessoal.

Entre os estudos que vem sendo realizados com o fim de demonstrar empiricamente a utilidade da FAP, temos o de Oshiro (2011) em que foram selecionadas categorias de comportamentos do cliente que dificultavam o bom andamento da terapia e em cima destas categorias foi testado o efeito dos procedimentos baseados na FAP com dois clientes considerados difíceis. Os comportamentos selecionados foram verborragia, falta de correspondência com a fala da terapeuta, fala superficial e agressões verbais. Através do delineamento experimental do tipo ABAB, ou de reversão, foi verificado o efeito da intervenção FAP sobre a ocorrência destes comportamentos. Como resultado foi possível fortalecer a hipótese de que é possível a modelagem direta dos comportamentos alvo em sessão, sendo este um dos mecanismos de mudança clínica envolvida na FAP, demonstrando empiricamente a eficácia da técnica com estes clientes considerados difíceis.

Outro estudo é o de Pezzato, Brandão e Oshiro (2012) em que foi utilizada a FAP como forma de manejar os comportamentos de esquiva e promover respostas de enfrentamento em um cliente com transtorno de pânico com agorafobia. Foram selecionados os comportamentos problema (CCR1), dentre os quais estava o evitar falar de si e evitar entrar em contato com os sentimentos, e os progressos (CCR2) correspondentes, que seriam falar de si e entrar em contato com os sentimentos. Foram, portanto, utilizadas as técnicas FAP, como a interpretação ou a análise funcional diante dos CCR1s e o reforçamento positivo natural dos CCR2s e dos CCR3s. Como resultado, pôde-se observar uma diminuição na frequência dos CCR1s e um aumento na frequência dos CCR2s através da intervenção FAP. Portanto, a cliente passou a falar mais de si, de suas dificuldades e inclusive a relatar sentimentos.

Taccola (2007) traz ainda um estudo em que pretendeu observar se a frequência dos relatos de sentimentos poderia ser alterada através da modelagem direta em sessão, conforme propõe a FAP. O intuito em selecionar o comportamento

alvo como sendo o relato de sentimentos deu-se pelo fato de que por este comportamento seria possível o estabelecimento de intimidade entre a cliente e a terapeuta, visto que esta era uma das principais dificuldades da cliente do estudo. Como esperado o resultado do estudo mostrou que a frequência e duração dos relatos de sentimentos realmente sofreu uma modificação após a introdução da FAP, sendo o relato de medo o que sofreu o aumento mais expressivo.

Quanto à utilização da música com o fim específico de levar a pessoa a entrar em contato com os próprios sentimentos levanta-se uma problematização pela escassez de estudos para comprovação empírica. Ainda assim, há alguns estudos em musicoterapia, como por exemplo, o de Silva Júnior (2008), em que foram realizadas entrevistas com profissionais da saúde, como médicos, odontólogos, fisioterapeutas e psicólogos, além dos próprios musicoterapeutas, abordando a temática da utilização da música e seus efeitos. Apesar de não terem focado no relato de sentimentos, o estudo apontou uma grande utilização da música por estes profissionais principalmente com o objetivo de levar o cliente ao relaxamento e a descontração.

A seguir tem-se a descrição do estudo realizado por Cunha e Volpi (2008), no qual foram realizadas entrevistas com profissionais musicoterapeutas em três áreas, sendo estas a educacional/escola especial, a hospitalar/saúde mental e a social. Na área educacional um dos objetivos da utilização da música é possibilitar aos alunos a comunicação de pensamentos e sentimentos. Nas entrevistas realizadas com os profissionais foi levantado que após a utilização da música havia uma modificação no comportamento dos alunos, sendo que estes ficavam mais alegres, calmos e concentrados.

Na área hospitalar Cunha e Volpi (2008) descrevem que o objetivo da utilização da música é o de estimular a expressão de sentimentos, oferecer acolhimento além de colaborar com a recuperação física, mental e emocional dos participantes, que em sua maioria são pessoas que se encontram internadas, em atendimento ambulatorial, em situações pré ou pós-cirúrgicas, em coma ou estado terminal, além de pessoas com transtornos mentais, geriátricos e agravos de saúde tanto agudos como crônicos. Nas entrevistas realizadas os profissionais trouxeram que em suas práticas utilizavam a música para propiciar um espaço para a comunicação de anseios, medos e esperanças dos pacientes internados além de um contato com as possibilidades afetivas e lúdicas que a música possibilita.

Por último o estudo de Cunha e Volpi (2008) veio abordar a utilização da música na área social, sendo possível trabalhar com grupos de jovens em situações de risco, comunidades, moradores de rua, escolas, asilos, presídios, empresas, entre outras, com o foco principal de prevenção e promoção do bem-estar e da saúde. Nas entrevistas os profissionais relataram que a utilização da música é algo adicional às outras intervenções técnicas, colaborando para modificações comportamentais, além de tornar o ambiente mais saudável.

Como pode ser visto no estudo descrito, a música realmente afeta o comportamento humano, porém não foram encontrados estudos que demonstrassem empiricamente a sua eficácia como instrumento auxiliar do profissional psicólogo. Portanto, pretendeu-se através deste estudo testar a hipótese de que um estímulo musical pode ser usado como instrumento auxiliar à estratégia do psicoterapeuta FAP de evocar CCRs (Regra 2) para aumentar a frequência de relatos de sentimentos em um caso de um cliente que preenche critérios para o transtorno da personalidade obsessiva-compulsiva, uma vez que a dificuldade na expressão aberta de sentimentos fora levantada como uma das principais dificuldades em pacientes com este diagnóstico.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar o efeito da música sobre a frequência dos relatos de sentimentos do cliente em sessões de Psicoterapia Analítica Funcional.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a ocorrência de relatos de sentimentos em sessões FAP
- Verificar a ocorrência de relatos de sentimentos sessões FAP com a adição de músicas
- Analisar as diferenças entre a frequência do relato de sentimentos nas diferentes condições

## 4 MÉTODO

### 4.1 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa cinco pessoas. Uma acadêmica de psicologia, que fez o atendimento clínico e realizou o experimento, sendo denominada de participante terapeuta (PT), com dois anos de experiência em atendimentos FAP. Duas categorizadoras, sendo uma delas a autora do estudo, ambas do 10º período de psicologia com dois anos de experiência em atendimentos FAP. Um categorizador independente, cuja função foi de realizar novamente a categorização de algumas sessões do experimento. O categorizador independente foi um acadêmico do 8º período de psicologia com um ano de experiência em atendimentos FAP. Os categorizadores são todos estagiários em psicologia clínica e estão comprometidos com o sigilo e com a ética profissional. Uma cliente, que procurou atendimento psicológico na clínica escola da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, que preenche os critérios diagnósticos para o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, denominada nesse estudo de participante cliente (PC). A seguir estarão descritas algumas características da PC, suas principais dificuldades e os comportamentos alternativos para tais dificuldades (CCR2).

Y, sexo feminino, 45 anos, nível superior completo, atua profissionalmente como secretária em uma instituição privada. Faz terapia há sete meses com a PT. A paciente preenche os critérios diagnósticos do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, segundo o DSM-IV, e uma de suas principais dificuldades é o entrar em contato com os próprios eventos privados e relatá-los, o que segundo Cuper, Merwin e Lynch (2007) é algo característico das pessoas com este transtorno.

Portanto, o CCR1 com maior frequência da paciente foi a dificuldade em expressar os próprios sentimentos, esquivando-se sempre deste relato. Cada vez que a PT evocava o relato de sentimentos, fazendo perguntas para a PC, ela esquivava-se, apresentando muitas vezes relatos sem correspondência ao que a PT havia perguntado. Outras vezes respondia dizendo os sentimentos que outras pessoas envolvidas a situação poderiam ter sentido. Tanto de uma forma ou de outra, a paciente sempre se esquivava do relato de seus próprios sentimentos.

Além dos CCR1s, a cliente apresentou relatos de problemas cotidianos (E1), por exemplo: mania de acumular coisas, comportamento de excesso de trabalho, gastar longos períodos em realizar tarefas simples e gastar muito tempo na organização das coisas, não separando tempo para realizar algo prazeroso.

Mesmo após a coleta de dados, a PC continuou em atendimento psicoterápico por tempo suficiente para poder receber alta da PT. A tabela 1 lista os principais CCRs identificados na cliente.

Tabela 1- CCRs da participante cliente

<b>Comportamento alvo</b>	<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplo cotidiano</b>
Esquiva de falar sobre sentimentos	CCR1	A PC muda de assunto quando a PT faz perguntas sobre sentimentos, ou responde algo diferente do que foi perguntado, como falar sobre os sentimentos das outras pessoas.	“T: isso magoa né Y? P: E o J. ouviu e falou assim, eu não sei o que ele falou uma vez. Não! Ele tava, deixa eu fazer a posição que ele tava,...”.
Desvalorizar a opinião das pessoas com valores diferentes	CCR1	A PC desvaloriza as opiniões que são contrárias as suas, inclusive quando foi lhe dado o resultado do teste com hipótese diagnóstica de transtorno de personalidade obsessiva compulsiva, mostrou-se bastante resistente para aceitar.	“T: eu gostaria de saber o que você achou da hipótese diagnóstica? C: do transtorno? Eu não me identifiquei, até fiz algumas anotações”.
Desejos incontroláveis (e.g., a necessidade de dizer aos outros o que fazer)	CCR1	A PC tem essa característica de querer estar sempre no comando, inclusive na relação terapêutica, quando foi lhe dado o resultado do teste retornou a falar da antiga queixa como sendo nisto que a terapeuta deveria ajudá-la.	“T: como foi a semana Y? pensou sobre os critérios diagnósticos? C: olha, na verdade eu quero mesmo é que você me ajude a entender de onde vem aqueles episódios, eu preciso saber se é algo interno, ou o que. Quero trabalhar nisso.”

Relatar sentimentos	CCR2	A expressão de eventos privados, como sentimentos, neste caso é considerada um progresso. A paciente não mais esquiva-se de dizer o que sente quando lhe é perguntado.	“T: e quando isso aconteceu, o que você sentiu? C: ai, eu senti um ódio, um ódio tão grande que deu vontade de xingar, de gritar. Me deu muita raiva”
Respeitar a opinião do outro	CCR2	Quando não concordar totalmente, ainda assim dar créditos ao outro, não ignorando e desvalorizando totalmente o que o outro diz.	“T: podemos dividir o momento da terapia para trabalharmos a questão dos episódios e outra pra vermos os critérios, e realizar as mudanças necessárias”. C: pode ser sim, eu sei que preciso mudar algumas coisas.

Legenda. CCR: comportamento clinicamente relevante

## 4.2. AMBIENTE, MATERIAIS E INSTRUMENTOS

As fases do experimento foram aplicadas em uma sala de atendimento da clínica escola FAEMA, com as seguintes especificações: sala quadrada de 2,8 m x 2,8 m, uma porta de entrada no lado C, uma mesa com uma cadeira posicionada no canto entre os lados B e C, duas poltronas localizadas próximas ao lado A, uma janela no lado A com persianas azuis e um ar condicionado no lado B, conforme a figura 1.

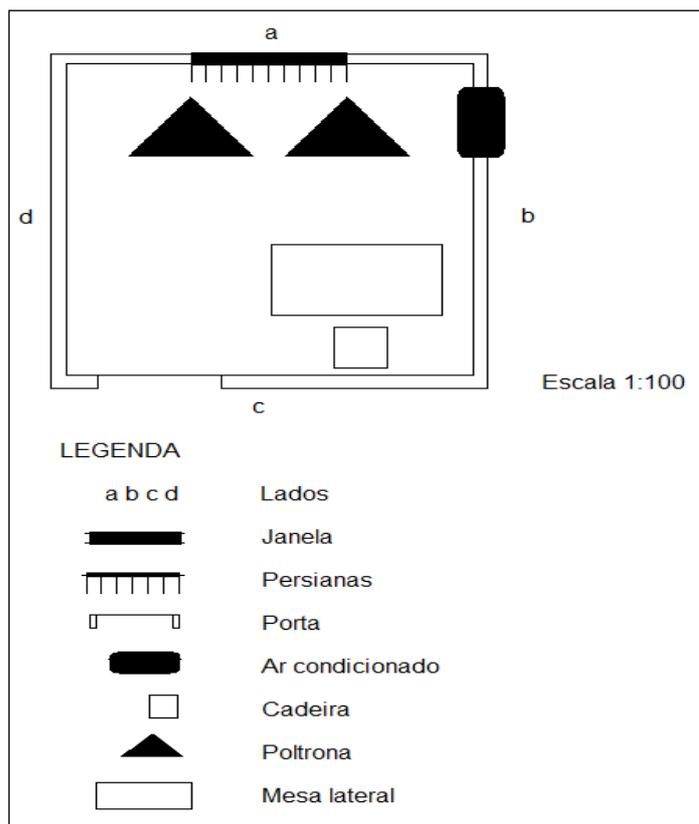


Figura 1 – Diagrama da sala de atendimento onde foi realizado o experimento

Para a coleta de dados da pesquisa foram utilizados os seguintes materiais: computador, gravador de áudio, aparelho de som e as músicas que foram selecionadas através da ficha de levantamento de interesses musicais, sendo uma para cada sessão das fases experimentais (B1 e B2), totalizando seis músicas. As músicas foram selecionadas da lista escrita pela PC no levantamento de interesses musicais. Foram selecionadas as músicas que, segundo o relato da PC, seriam as mais significantes em sua vida por estarem ligadas a algum momento importante ou pessoas especiais. A tabela 2 lista cada música e a respectiva sessão em que foi utilizada.

Tabela 2 – Músicas utilizadas no experimento clínico

Fase do experimento		Música
S4	B1	Sinfonia – Joice Zanardi
S5	B1	I Ain't No Quitter- Shania Twain
S6	B1	Emoções – Eduardo Lages
S11	B2	Vivo por Ella – Andrea Bocelli e Sandy
S12	B2	I'll try – Allan Jackson

S13

B2

Melissa Otto – It's Alright

---

Legenda. S:sessão; B1: condição experimental; B2: nova condição experimental

---

Os instrumentos utilizados foram os seguintes: ficha de levantamento de interesses musicais, criada pela autora do projeto tendo como base as orientações sobre ficha musicoterápica do estudo de Lucca (2003). Formulário de Conceituação de Caso (TSAI et al., 2009). Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS; (CALLAGHAN; RUCKSTUHL; BUSCH, 2005); Termo de consentimento livre e esclarecido seguindo o modelo da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (cf. Apêndice A).

#### **4.2.1 FICHA DE LEVANTAMENTO DE INTERESSES MUSICAIS**

A ficha de levantamento de interesses musicais foi elaborada pela participante autora da pesquisa, tendo como base a descrição sobre os pontos importantes de uma ficha musicoterápica segundo o estudo de Lucca (2003). A ficha é formada por seis perguntas que levantam dados relacionados à relação de uma pessoa com a música, principalmente sua preferência musical. O material foi uma base que auxiliou na escolha das músicas utilizadas do experimento (cf. Apêndice B).

#### **4.2.2 FORMULÁRIO DE CONCEITUAÇÃO DE CASO**

É um formulário baseado na FAP que levanta dados sobre os comportamentos alvos do cliente, dentro e fora da sessão. Além de ser usado para analisar os comportamentos do cliente é usado também para analisar os comportamentos do terapeuta, sendo útil para planejar as próximas sessões. O formulário é composto por nove itens, além da história de relevância, e deve ser preenchido ao fim de cada sessão. Os itens do formulário são: problemas na vida diária, variáveis que mantêm os problemas, valores e aspectos positivos do cliente, problemas em sessão (CCR1), melhoras em sessão (CCR2), objetivos para a vida diária, intervenções planejadas, problemas do terapeuta em sessão e melhoras do terapeuta em sessão (TSAI et al., 2009).

#### **4.2.3 FUNCTIONAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY RATING SCALE (FAPRS)**

Esta escala é utilizada para a categorização das sessões psicoterápicas, sendo baseada nas categorias proposta pela FAP. A escala original descreve 12 categorias de comportamento do terapeuta e seis do cliente. Para este estudo foram acrescentadas cinco categorias de comportamento, uma para o terapeuta, sendo esta OT e quatro para o cliente, sendo estas CCR3, E1, E2 e OC. A categoria CCR3 já fora descrita em Kohlenberg e Tsai (1991), as categorias E1 e E2 foram descritas em Tsai et al. (2009) como as categorias O1 e O2, respectivamente, e as outras duas categorias foram criadas para o estudo. A tabela 3 descreve as categorias da FAPRS e demais categorias utilizadas neste estudo.

Tabela 3 – Categorias de comportamento do terapeuta e cliente utilizadas no estudo

<b>Categorias de comportamentos</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplo</b>
<b>Regra 1 (Terapeuta Avalia CCRs)</b>	Nesta categoria o terapeuta irá avaliar os CCRs, ou seja, irá observar para verificar se estes comportamentos estão acontecendo na relação terapêutica. Para isso o terapeuta irá realizar perguntas para o cliente conforme a sua hipótese do que pode ser um CCR.	A terapeuta está tentando averiguar se a cliente apresenta dificuldade em se relacionar com as pessoas. T: Mas você é um pouco fechada aqui na sessão?
<b>Regra 1-P (Terapeuta Avalia CCR via paralelo de-Fora-para-Dentro)</b>	Nesta categoria o terapeuta irá realizar paralelos de fora da sessão para dentro da sessão, ou seja, ele faz perguntas comparando comportamentos que ocorrem em seu dia a dia e dentro do ambiente terapêutico.	T: Você não se acha fechada igual você é lá fora, aqui na sessão?
<b>Regra 2 (Terapeuta evoca CCR)</b>	Nesta categoria o terapeuta irá evocar CCRs, ou seja, criará condições para que o cliente apresente o comportamento alvo, tanto o CCR1 como o CCR2. O	Em um caso de paciente com problema na expressão aberta de eventos privados. T: E o que você sente quando ele age dessa forma mais dura com

---

	<p>terapeuta pode preparar atividades para serem realizadas na sessão, que evoquem naturalmente os CCRs, pode também realizar perguntas conforme a conceituação de caso.</p>	<p>você, qual o sentimento?</p>
<p><b>Regra 3-1 (Terapeuta responde efetivamente ao CCR1)</b></p>	<p>Nesta categoria o terapeuta irá consequenciar, ou responder (efetivamente) ao CCR1. É importante que esta regra seja aplicada em seguida ao CCR1, ou seja, contingentemente, para que seja efetiva. O terapeuta poderá se comportar para extinguir, punir ou realizar um bloqueio de esquiva nesta categoria.</p>	<p>T: Mas você não me falou, não me respondeu a pergunta que eu te fiz.</p>
<p><b>Regra 3-2 (Terapeuta responde efetivamente ao CCR2)</b></p>	<p>Nesta categoria o terapeuta irá consequenciar, ou responder, a um CCR2. Também deverá ocorrer em seguida ao comportamento alvo, no caso o comportamento que representa uma melhora, para que seja uma intervenção efetiva. Nesta categoria o terapeuta irá prover estímulos que, segundo a conceituação de caso, sejam reforçadores para o cliente.</p>	<p>T: Nesse ponto eu fiquei feliz agora por você ter conseguido falar dos seus sentimentos, eu perguntei antes e eu senti que você não falou o que você sentia mesmo.</p>
<p><b>Regra 3-INF (Resposta inefetiva a um CCR)</b></p>	<p>O comportamento do terapeuta é assim classificado quando ele não apresenta uma resposta efetiva ao CCR1 e CCR2, ou seja, quando reforça o CCR1 e pune o CCR2.</p>	<p>A terapeuta pergunta à cliente sobre como se sentia. C: Assim, no início, tudo que lembrava era horrível, eu sentia muito ódio, sabe. Eu tava numa fase de ódio, de revolta. T: E você tava me falando do seu esposo.</p>
<p><b>Regra 4 (Terapeuta</b></p>	<p>Nesta categoria o terapeuta irá</p>	<p>T: você acha que a terapia está te</p>

---

---

<b>avalia os efeitos de seu responder)</b>	avaliar os efeitos de sua intervenção, ou seja, irá observar se sua intervenção está afetando o comportamento de seu cliente tanto de forma positiva quanto negativa, e para isto poderá realizar perguntas a seu cliente.	ajudando, você tá se sentindo diferente?
<b>Regra 5 (Terapeuta Aplica Estratégias de Generalização)</b>	Nesta categoria o terapeuta cria estratégias para alcançar a generalização do progresso alcançado na terapia. Para isto o terapeuta poderá descrever o comportamento alvo e sua função, ou seja, descrever o que acontece antes e depois do comportamento, o que pode estar sinalizando para a ocorrência desse comportamento e o que o mantém. O terapeuta poderá também descrever situações paralelas em que o comportamento alvo poderá acontecer fora da sessão.	T: quando eu te pergunto o que está sentindo e você consegue expressar isso pra mim me sinto mais próximo a você, sinto que está confiando em mim dividindo isso que é algo tão pessoal.
<b>Regra 5-P (Terapeuta Promove a Generalização via Paralelos de-Dentro-para-Fora)</b>	Esta categoria é uma subcategoria da regra 5, assim classificada quando o terapeuta fizer um paralelo dos ganhos alcançados em terapia para o dia a dia, descrevendo as semelhanças entre os CCRs de dentro e fora da sessão, almejando com isto a generalização destes ganhos.	T: que tal você tentar sempre prestar atenção aos seus sentimentos, não negá-los, assim como você admitiu pra mim que isso te deixa triste, tente fazer isso lá fora no seu dia a dia, não mostre pras pessoas que você está bem quando você não estiver de verdade.
<b>Regra 5- H (Terapeuta Promove Generalização via Trabalho de casa)</b>	Nesta categoria o terapeuta também buscará promover os ganhos da terapia sugerindo alguma tarefa de casa, algo para que pratique em seu dia a dia um comportamento funcionalmente	T: toda semana eu vou te dar um cartãozinho, e eu queria que você tentasse, na sua casa, cumprir esse cartãozinho. Esse aqui é do autoconhecimento. Aí toda semana eu vou te dar um, pra depois a

---

---

	semelhante ao CCR2.	gente fazer uma análise do que você conseguiu.
<b>TRT (Terapeuta Enfatiza a Relação Terapêutica)</b>	Nesta categoria o terapeuta foca na relação terapêutica, podendo solicitar esclarecimento sobre o que o cliente falou, poderá descrever qual o objetivo do foco na relação terapêutica e outros tipos de terapia.	T: vamos fazer o seguinte Y., vamos dividir a sessão em dois momentos, um para falarmos sobre os episódios de sonambulismo e outro pra falarmos das mudanças que você precisa alcançar com relação a hipótese diagnóstica. Tudo bem pra você, dividirmos o tempo para estes dois focos da sua terapia?
<b>TPR (Terapeuta Colabora com o Progresso da Sessão)</b>	Nesta categoria o terapeuta promove o progresso da sessão. Seu relato está relacionado ao foco da terapia, porém não pode ser classificado como uma das cinco regras da FAP. Geralmente são respostas aos relatos do cliente sobre os comportamentos de fora da sessão.	T: E como é pra você chegar em casa e não estar tudo do jeito que você quer?
<b>OT (Outros Terapeuta)</b>	As verbalizações do terapeuta são classificadas como OT quando não puderem ser classificadas em nenhuma das outras categorias.	T: Nossa já é quatro e quarenta e cinco, o tempo passou muito rápido (risos).
<b>CCR1 (Comportamento clinicamente relevante problema)</b>	Comportamentos problemáticos do cliente, relacionados à queixa, que ocorrem dentro da sessão na relação terapêutica. Estes comportamentos deverão diminuir de frequência ao longo da terapia sendo substituídos por comportamentos alternativos de progresso.	Em um caso em que a conceituação de caso estabeleça a esquivia de falar sobre sentimentos como CCR1. T: E qual o sentimento que vem Y., quando você lembra, por exemplo, do pai deles? C: Eu ultimamente nem lembro do pai deles.
<b>CCR2 (Comportamento</b>	Comportamentos de progresso do	T: M., eu to percebendo que você

---

---

<b>cl clinicamente relevante de progresso)</b>	cliente. São os comportamentos alternativos aos CCR1s, representando a melhora do cliente. São comportamentos alvos que deverão aumentar de frequência ao longo da terapia e serem generalizados para seu dia a dia.	ta dando uma escapadinha. Eu queria saber qual seu sentimento ao ouvir essa música quando você lembrou. C: De tristeza, assim, eu senti uma tristeza.
<b>CCR3 (Comportamento clinicamente relevante de interpretação)</b>	São as descrições que o cliente faz sobre o próprio comportamento, e as variáveis que o mantém. Nesta categoria o cliente consegue descrever, mesmo que parcialmente, as contingências em que o comportamento alvo ocorre.	C: você não é a única pessoa que fala isso pra mim. Que pergunta uma coisa pra mim e eu dou mil voltas pra falar uma coisa, eu sempre faço isso.
<b>E1 (Discussão dos problemas clínicos externos à interação terapêutica)</b>	Nesta categoria o cliente relata a ocorrência de comportamentos problemáticos, que tem a ver com o foco da terapia, mas que aconteceram fora da sessão, em seu dia a dia.	C: Eu não, eu ouço mas eu nunca me expressei, a minha opinião se pensar bem, e ela não.
<b>E2 (Discussão de melhoras clínicas externas à interação terapêutica)</b>	Nesta categoria o cliente relata as melhoras, relacionadas ao foco da terapia, que aconteceram fora do ambiente terapêutico.	C: eu consegui assim, estabelecer tarefas pra eles, não to fazendo tudo, mas dividi as tarefas, isso aqui você faz, isso ali você faz, e nossa, virou uma bagunça. Eu fiquei resistindo bastante, bastante pra não interferir.
<b>CTR (Cliente foca na relação terapêutica)</b>	O cliente fala sobre algo que aconteceu na sessão, mas que não é categorizado como um CCR segundo a conceituação de caso.	C: Teve uma vez que você me falou uma coisa, que na hora eu pensei assim, será que eu não to sendo assim bastante clara com ela, mas não tava.
<b>CPR (Cliente colabora com o progresso da</b>	São verbalizações do cliente que de alguma forma facilitam a	C: É, eu saio, mas nesse foi feriado. Aí de manhã eu peguei fui

---

<b>sessão)</b>	discussão, não podendo ser classificadas em nenhuma outra categoria. O cliente poderá falar sobre o trabalho, algum passeio que fez ou outro acontecimento que não afetam diretamente a relação terapêutica, mas que deve ser levada em consideração. Novamente é preciso ter uma conceituação de caso muito bem estabelecida para que se possa ter certeza de que a verbalização não pode ser classificada como CCR, mas como CPR.	na igreja fiz umas coisas, aí a tarde eu cheguei tava com tanto sono, tanto sono que eu cheguei, o J. tinha um monte de coisa pra fazer, a A. saiu, aí eu fiquei assim.
<b>Regra 4 - pos (Cliente relata efeito positivo)</b>	Quando o terapeuta aplica a regra 4 e o cliente relata uma resposta positiva à sua intervenção. Ou seja, o cliente concorda que as intervenções do terapeuta estão lhe fazendo bem.	C: olha, eu já passei longos períodos sem ter pesadelos, as vezes acontece, e as vezes passa longo períodos sem. Mas algumas coisas, fazendo terapia ajuda a ir voltando muitas coisas, tentando ver algumas coisas que acontecia, que isso influenciava. De uma forma geral acho que ta me ajudando bastante.
<b>Regra 4 - neg (Cliente relata efeito negativo)</b>	Nesta categoria o cliente relata uma resposta negativa à intervenção do terapeuta, ou seja, ele não acredita que aquela intervenção do terapeuta esteja lhe fazendo bem, ou simplesmente não está gostando.	C: na verdade eu nunca acreditei que a terapia pudesse me ajudar em alguma coisa.
<b>OC (Outros cliente)</b>	São as verbalizações do cliente que não podem ser classificadas em nenhuma das outras categorias.	C: Pois é, eu tava três meses sem cortar o cabelo porque minha cabeleireira tava pra Pernambuco. O marido da filha dela faleceu, aí ela foi né.

Rating Scale (FAPRS) e os exemplos de transcrições de falas da terapia da paciente Y.

#### **4.2.4 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O termo foi elaborado conforme o modelo da Faculdade de Educação e Meio Ambiente contendo seis itens, sendo eles os dados de identificação dos sujeitos de pesquisa, dados sobre a pesquisa e pesquisador, aceite do participante, esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias ao participante da pesquisa, informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa, para contato em caso de intercorrências clínicas e reações adversas e observações complementares.

### **4.3 PROCEDIMENTOS**

#### **4.3.1 COLETA DE DADOS**

A coleta de dados compreendeu dois momentos. Primeiramente foi realizado o delineamento experimental, descrito no próximo item, em seguida as sessões filmadas foram transcritas e categorizadas segundo a Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS).

##### **4.3.1.1 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL**

Segundo Sampaio et al. (2008), todo experimento compreende no mínimo duas condições, uma de controle e outra experimental. A condição controle, também conhecida como linha de base, é aquela em que a variável independente (VI), ou experimental, está ausente. A condição experimental é aquela em que a VI está presente. Neste estudo foi utilizado o delineamento experimental de sujeito único do tipo ABAB ou de reversão. Este tipo de delineamento faz sucessivas comparações entre condições controle e experimentais em um mesmo experimento. Segundo Sampaio et al. (2008, p. 155), "... com este delineamento busca-se demonstrar os efeitos de uma VI pela retirada de uma condição e pela reintrodução de outra das condições já apresentadas (reversão à condição anterior)".

A variável independente ou experimental foi a apresentação da música em sessões FAP e a variável dependente (VD), o relato de sentimentos da cliente.

O experimento foi composto de quatro fases (A1, B1, A2 e B2). Nas fases A1 e A2 a PT conduziu a sessão conforme as cinco regras da FAP dando ênfase na R2 direcionada ao comportamento verbal de relatar sentimentos. Sendo assim durante as sessões destas fases a PT realizou perguntas referentes aos sentimentos relacionados às situações relatadas e também relacionados ao presente momento da terapia.

Nas fases B1 e B2 a PT inseriu a estratégia de tocar uma das músicas selecionadas a partir do instrumento de levantamento de interesses musicais e orientou a PC a prestar atenção nos sentimentos que vinham à tona com a presença da música para que pudessem conversar sobre estes. Nessas sessões, a PT continuou a enfatizar perguntas sobre os sentimentos, assim como nas sessões A1 e A2, com o diferencial do estímulo musical. A hipótese foi que com o estímulo musical a PC entraria em contato com seus sentimentos e a partir daí a PT criaria condições para que ela pudesse relatar esses sentimentos através da R2 da FAP. Foi estabelecida a estratégia dos estados estáveis (Sampaio et. al., 2008) para a mudança de uma fase para a outra, sendo que o experimento teve duração de 13 sessões. A paciente, porém, já estava em atendimento antes do estudo, tendo sido realizadas um total de nove atendimentos anteriores ao experimento clínico. Os atendimentos continuaram após finalização do estudo.

A tabela 4 apresenta o resumo dos procedimentos seguidos nas fases do experimento.

Tabela 4 – Resumo das fases do experimento.

<b>A1 – Linha de base</b>	<b>B1 – Condição experimental</b>	<b>A2 – Reversão à linha de base</b>	<b>B2 – Nova condição experimental</b>
Apenas as 5 regras da FAP	5 regras da FAP com a música	Apenas as 5 regras da FAP	5 regras da FAP com a música

Legenda. FAP: Psicoterapia Analítica Funcional.

#### 4.3.1.2 CATEGORIZAÇÃO

Depois de transcritas pela participante autora, as sessões foram avaliadas segundo a FAPRS. Cada fala era lida pelas categorizadoras e discutidas até chegarem a um consenso de categorização. As sessões foram repassadas para dois observadores independentes que novamente realizaram a avaliação segundo a FAPRS.

Para aumentar a validade interna do estudo, foi verificado se as afirmações feitas representavam realmente a amostra, ou seja, se as categorizações eram confiáveis. Portanto foi realizado um cálculo de concordância entre as categorizações, das categorizadoras e do observador independente, considerando a primeira sessão de cada fase do experimento (DANNA; MATOS, 2011). Para isto foi realizado o cálculo do kappa livre-marginal para determinar a concordância entre observadores (RANDOLPH, 2005). O cálculo foi realizado em um instrumento online (RANDOLPH, 2008).

Foi ainda realizado um teste estatístico não paramétrico qui-quadrado de dependência. Esse teste analisa padrões para determinar a dependência entre duas variáveis, ou seja, para verificar se uma variável é função da outra. Portanto nesse estudo foi aplicado para analisar se a música estava estatisticamente relacionada com o CCR2. O instrumento utilizado para o cálculo foi o BioStat 2009.

#### **4.4 ANÁLISE DOS ASPECTOS ÉTICOS**

A participante cliente foi convidada a participar do presente estudo, tendo em mãos o TCLE e nisto todos os procedimentos foram explicados a ela, sendo enfatizada a questão do sigilo e da ética profissional. Após ter aceitado participar e ter assinado o termo, iniciaram-se as etapas do estudo pela participante terapeuta, convidada anteriormente a contribuir para a realização da pesquisa. Além do termo à participante cliente, fez-se necessário uma carta de autorização do local de pesquisa, elaborada e preenchida pelo coordenador do local Roberson Geovane Casarin (cf. Anexo A). O projeto desta pesquisa também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, cujo parecer foi favorável e encontra-se no anexo B.

Assim que finalizaram as etapas do estudo, a participante cliente continuou recebendo atendimento psicoterápico e os resultados do estudo foram apresentados à participante cliente.

## 5 RESULTADOS

Com os dados coletados foi possível perceber que o estímulo musical tem efeito sobre o comportamento de relatar sentimentos, sendo possível utilizá-lo como instrumento auxiliar ao psicoterapeuta analítico funcional, que através das regras da FAP conseguiu fortalecer este comportamento alvo. A seguir todos os resultados serão descritos detalhadamente.

Para aumentar a validade interna no estudo foi aplicada a estratégia de kappa livre-marginal (Randolph, 2005), cujo resultado foi de  $k = 0,78$ , o que é considerado bom, e quanto à porcentagem da concordância total, obteve-se um resultado de 0,79.

A tabela 5 contém a frequência de cada categoria por fase do experimento. Como pode ser visto nos dados da tabela a frequência das categorias do terapeuta é bem semelhante em todas as fases, uma vez que o propósito não era modificar as regras da FAP, mas inserir e retirar o estímulo musical.

Tabela 5 - Frequência das categorias do comportamento do terapeuta e do cliente por fase do experimento

Participante	Categorias	Fases do experimento				Média
		A1	B1	A2	B2	
<b>Terapeuta</b>	Regra 1	8	0	1	0	2,25
	Regra 1-P	1	0	1	0	0,5
	Regra 2	25	44	27	26	30,5
	Regra 3-1	6	6	2	11	6,25
	Regra 3-2	10	9	3	10	8
	Regra 3-INF	0	4	1	0	1,25
	Regra 4	1	1	1	0	0,75
	Regra 5	4	0	1	6	2,75
	Regra 5-P	1	0	2	1	1
	Regra 5-H	3	1	2	0	1,5
	TRT	1	1	9	0	2,75
	TPR	173	125	107	114	129,75
	OT	63	54	35	21	43,25
<b>Cliente</b>	CCR1	8	12	16	15	12,75
	CCR2	19	33	10	38	25
	CCR3	1	0	2	1	1
	E1	2	2	8	3	3,75
	E2	0	0	2	2	1
	CTR	2	0	7	0	2,25

CPR	177	130	107	117	132,75
Regra 4-POS	1	0	1	0	0,5
Regra 4-NEG	0	0	0	0	0
OC	71	68	41	25	51,25

Legenda. P: paralelo; INF: ineficaz; H: tarefa de casa; TRT: terapeuta enfatiza a relação terapêutica; TPR: terapeuta colabora para o progresso da sessão; OT: outros terapeuta; CCR: comportamento clinicamente relevante; E: relato de comportamento externo; CTR: cliente enfatiza a relação terapêutica; CPR: cliente colabora para o progresso da sessão; POS: positivo; NEG: negativo; OC: outros cliente.

Pode-se verificar a frequência da Regra 2 e sua comparação com a frequência dos CCRs (CCR1 e CCR2) na Figura 2. Nela, percebe-se que nas duas primeiras fases (A1 e B1) a frequência da R2 foi maior do que a frequência dos CCRs. Já na duas últimas (A2 e B2) a frequência do CCRs foi maior que a frequência da R2, sendo que a maior diferença está na fase B2. Como será observado mais adiante, a maior parte dos CCRs ocorridos em B2 corresponde aos CCR2s.

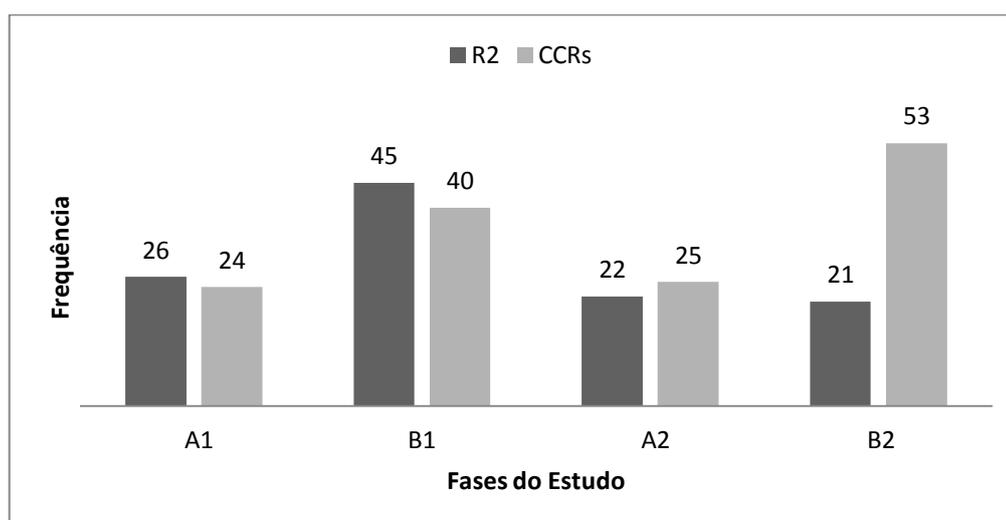


Figura 2 – Frequência da R2 e CCRs por fase do experimento

Legenda. R: regra; CCR: comportamentos clinicamente relevantes; A1: Linha de base (FAP); B1: condição experimental (FAP + Música); A2: retorno à linha de base; B2: nova condição experimental.

Os resultados demonstram que, ao longo de todo o estudo gradativamente os CCR2 aumentaram de frequência e os CCR1 diminuíram. Este processo foi ainda mais acentuado durante as fases experimentais, em que a estratégia da utilização da música como complemento à abordagem terapêutica FAP foi utilizada. Foi realizado o teste estatístico não paramétrico qui-quadrado de dependência obtendo-se um p-valor  $p = 0,073$  entre os CCR2s e a condição de FAP com música, valor este considerado próximo ao nível de significância adotado ( $p < 0,05$ ).

A Tabela 6 resume a frequência e a proporção dos CCRs delimitados para o estudo ao longo de todo o estudo. Em seguida, os dados foram analisados considerando-se cada fase do trabalho e comparando-se as fases.

Tabela 6 – Frequência e proporção dos CCRs em cada sessão, fase do estudo e total.

	Sessão	Frequência		%	
		CCR1	CCR2	CCR1	CCR2
A1	S1	1	5	16,7	83,3
	S2	2	5	28,6	71,4
	S3	6	5	54,5	45,5
Total A1		9	15	37,5	62,5
B1	S4	4	12	25	75
	S5	3	7	30	70
	S6	2	12	14,3	85,7
Total B1		9	31	20,5	77,5
A2	S7	0	1	0	100
	S8	1	0	100	0
	S9	5	7	41,7	58,3
	S10	5	6	45,5	54,5
Total A2		11	14	44	56
B2	S11	6	15	28,57	71,42
	S12	4	11	26,66	73,33
	S13	4	13	23,52	76,47
Total B2		14	39	26,41	73,58
Total		43	99	30,28	69,71

Legenda. CCR: comportamento clinicamente relevante; S: sessão; A1: Linha de base (FAP); B1: condição experimental (FAP + Música); A2: retorno à linha de base; B2: retorno à condição experimental.

Quanto aos CCRs, como pode ser observado na Figura 3, a frequência de CCR2s manteve-se estável enquanto que a frequência de CCR1s foi aumentando ao longo das sessões da fase A1, sendo que na terceira sessão a frequência de CCR1 foi maior que a de CCR2.

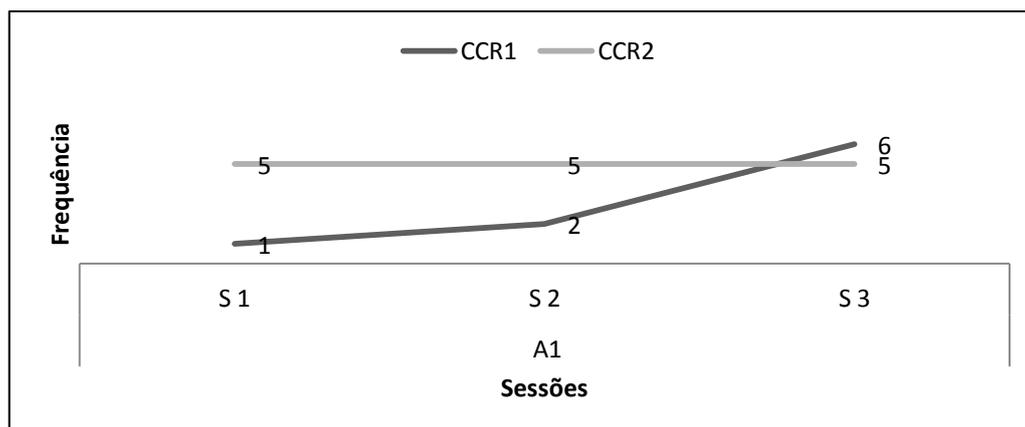


Figura 3 – Frequência de CCR1 e CCR2 na fase A1

Legenda. CCR: comportamento clinicamente relevante; S: sessão; A1: linha de base (FAP).

Na fase B1, conforme pode ser visto na Figura 4, a frequência de CCR2 manteve-se superior à frequência de CCR1 ao longo das três sessões, tendo apenas uma diminuição na segunda sessão desta fase. Quanto aos CCR1s percebe-se que sua frequência diminuiu gradativamente ao longo das três sessões.

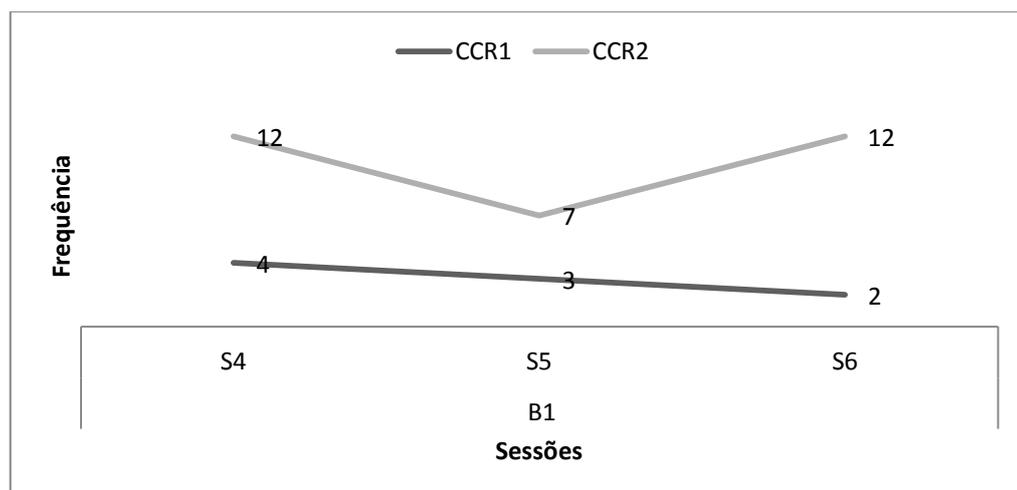


Figura 4 – Frequência de CCR1 e CCR2 na fase B1

Legenda. CCR: comportamento clinicamente relevante; S: sessão; B1: condição experimental (FAP + música).

Na fase A2, conforme pode ser visto na Figura 5, a frequência de CCR1 foi zero na sétima sessão e a partir da oitava foi aumentando gradativamente, mantendo-se estável na nona e na décima sessão. Quanto aos CCR2s, sua frequência foi baixa na sétima e na oitava sessão, tendo aumentado nas sessões seguintes.

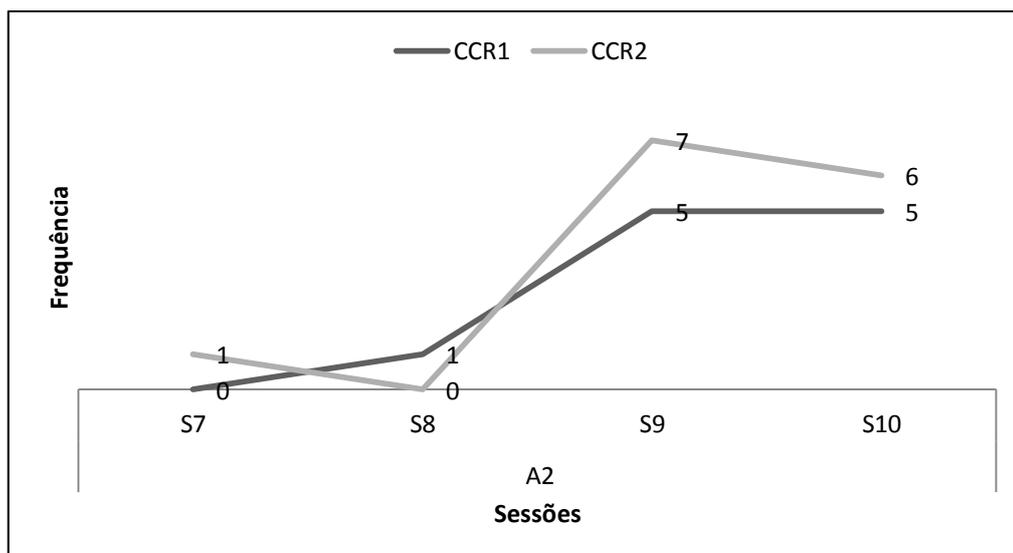


Figura 5 – Frequência de CCR1 e CCR2 na fase A2

Legenda. CCR: comportamento clinicamente relevante; S: sessão; A2: retorno à linha de base (FAP).

Na fase B2, conforme pode ser verificado na Figura 6, os CCR1s na décima primeira sessão apresentaram um número de ocorrência consideravelmente alto, tendo uma queda na décima segunda sessão mantendo-se estável na décima terceira sessão. Quanto aos CCR2s, observa-se que sua frequência na décima primeira sessão é bem elevada tendo uma queda na décima segunda e um aumento na décima terceira sessão. No geral observa-se que a frequência dos CCR2s manteve-se consideravelmente superior à dos CCR1s ao longo das três sessões.

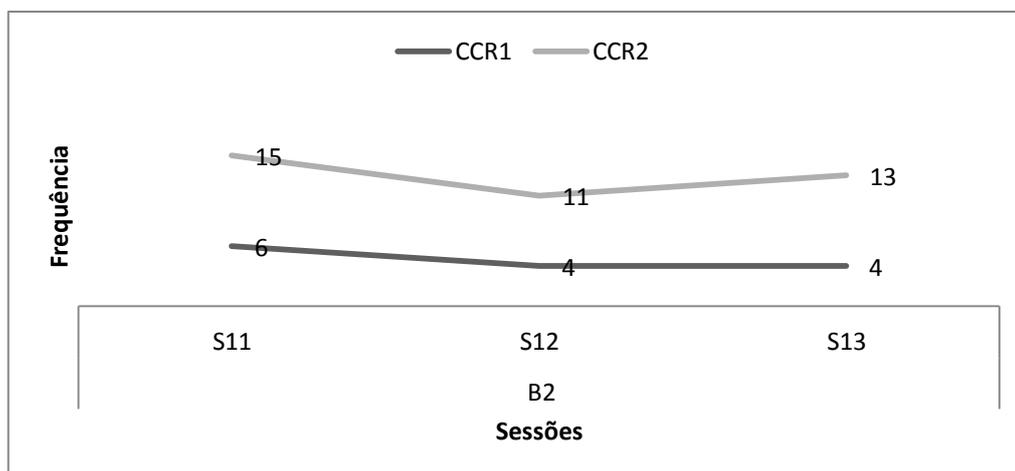


Figura 6 – Frequência de CCR1 e CCR2 na fase B2

Legenda. CCR: comportamento clinicamente relevante; S: sessão; B1: retorno à condição experimental (FAP + música).

A Figura 7 exhibe o efeito das sessões com música, nas fases B1 e B2, quando a frequência do CCR2 de relatar sentimentos é maior que nas outras fases, e mostra ainda que o CCR1 diminui nessas fases (B1 e B2) e aumenta nas fases sem música (A1 e A2).

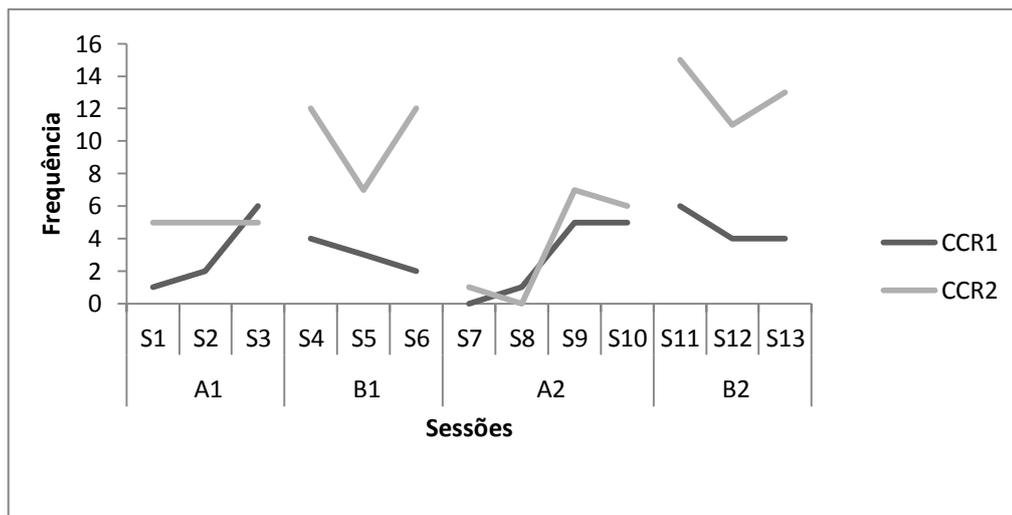


Figura 7 – Frequência dos CCRs em todas as sessões do experimento

Legenda. S: sessão; CCR: comportamento clinicamente relevante; A1: Linha de base (FAP); B1: condição experimental (FAP + Música); A2: retorno à linha de base; B2: retorno à condição experimental (FAP + música).

Somando-se os CCR1s em cada fase do experimento é possível perceber, conforme exibido na Figura 8, que nas fases com o estímulo musical (B1 e B2) a frequência dos CCR2s foi ainda maior do a frequência dos CCR1 nas fases sem o estímulo musical (A1 e A2).

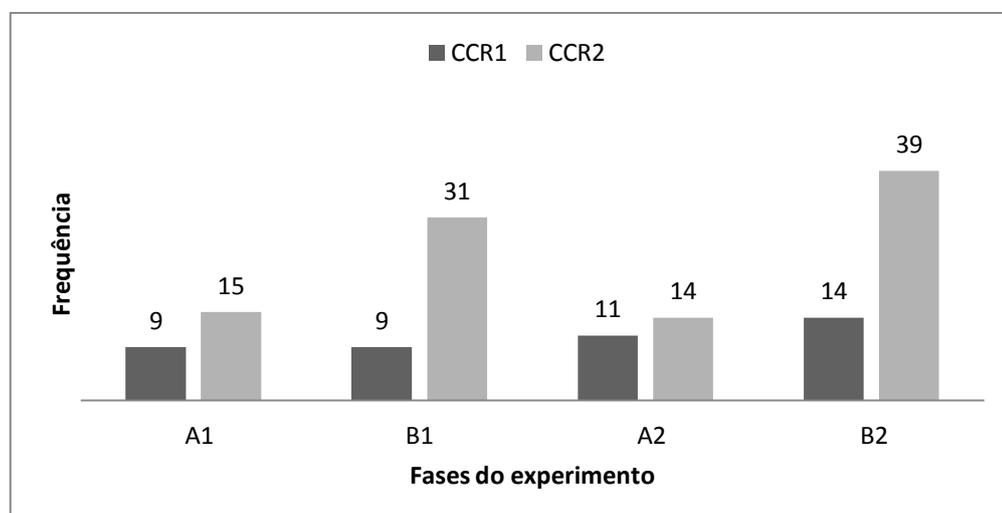


Figura 8 – Frequência CCR1 e CCR2 por cada fase do experimento

Legenda. CCR: comportamento clinicamente relevante. A1: Linha de base (FAP); B1: condição experimental (FAP + Música); A2: retorno à linha de base (FAP); B2: retorno à condição experimental (FAP + música).

Os dados proporcionais descritos na Figura 9 mostram mais uma vez que nas fases com música (B1 e B2) a frequência de CCR2s aumenta enquanto que nas fases sem música (A1 e A2), diminui. O contrário acontece com a frequência de CCR1s, que nas fases com música (B1 e B2) diminui e nas sem música (A1 e A2) aumenta.

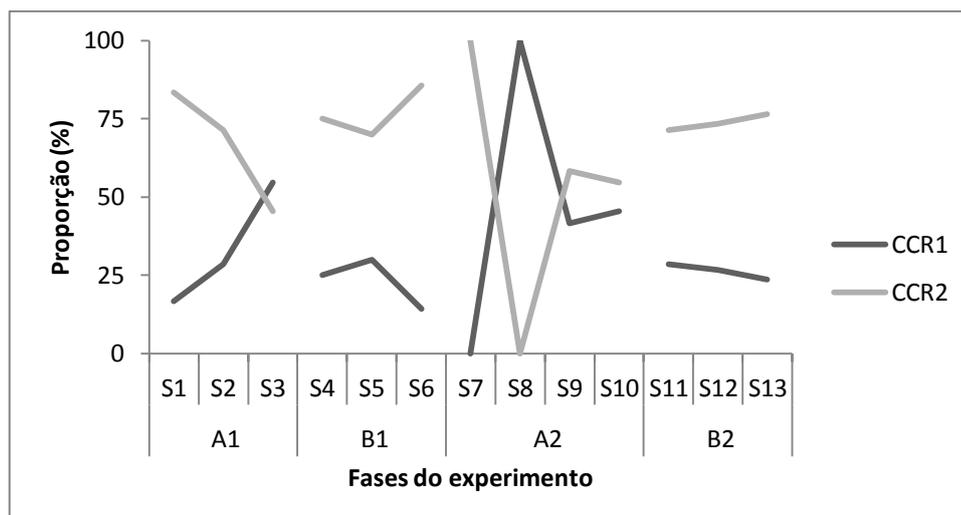


Figura 9 – Dados proporcionais de cada sessão do experimento

Legenda. S: sessão; CCR: comportamento clinicamente relevante; A1: Linha de base (FAP); B1: condição experimental (FAP + Música); A2: retorno à linha de base (FAP); B2: retorno à condição experimental (FAP + Música).

Observando-se os dados proporcionais por fase na Figura 10, confirma-se o aumento na frequência dos CCR2s e a diminuição dos CCR1s nas fases B1 e B2.

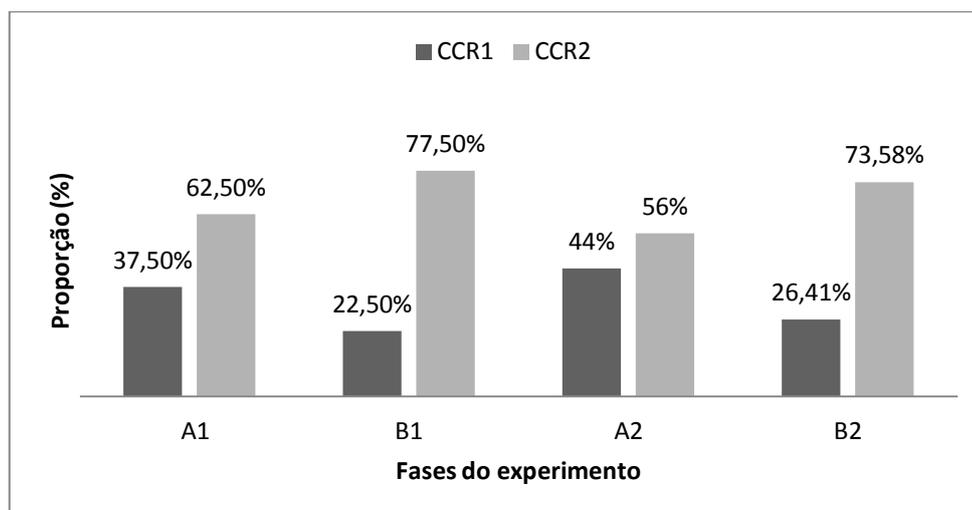


Figura 10 – Dados proporcionais por fase do experimento

Legenda. S: sessão; CCR: comportamento clinicamente relevante; A1: Linha de base (FAP); B1: condição experimental (FAP + Música); A2: retorno à linha de base (FAP); B2: retorno à condição experimental (FAP + Música).

## 6 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi verificar se a frequência de relatos sobre sentimentos, no caso de uma paciente com esta dificuldade, aumentaria com a presença da música em uma terapia FAP. Sendo assim, para testar a hipótese do estudo, primeiramente a cliente entrou em contato com os sentimentos, enquanto ouvia a música, e depois a terapeuta continuou aplicando as regras da FAP, sendo que como R2 realizava perguntas sobre os sentimentos.

Os resultados do estudo mostraram claramente que nas fases com música a frequência de relatos sobre sentimentos foi superior às outras fases além da diminuição da frequência dos comportamentos de esquiva de falar sobre sentimentos. Foi possível observar essa descontinuidade do relato de sentimentos que aumentou na fase B1, diminuiu na fase A2 e voltou a aumentar na fase B2, como pode ser visto na figura 10. Os dados proporcionais da figura 10 mostram ainda um movimento inverso, pois nas fases sem música os CCR1s aumentam e os CCR2s diminuem.

Outro ponto observado é que mesmo sem a música a frequência de relatos de sentimentos não foi nula, ou seja, a Regra 2 por si própria já é uma variável controladora do comportamento de relatar sentimento, o que vai de acordo com o que diz Skinner (2002), que o mundo privado de alguém só se torna importante para ele próprio depois que se torna importante para um outro alguém. Sendo assim, alguém precisa realizar perguntas sobre os eventos privados, como os sentimentos, para que a pessoa perceba essa importância que exerce na vida do outro, queira e passe a se conhecer, sendo capaz, ou arriscando-se a apresentar o comportamento verbal de relatar sentimentos.

Portanto a Regra 2 já é um meio para levar o indivíduo a falar sobre os sentimentos, que no presente estudo, conforme a conceituação de caso, foi descrito como CCR2, confirmando assim a proposta FAP que descreve justamente a função de evocar os comportamentos clinicamente relevantes para a R2 (KOHLENBERG; TSAI, 1991). Quanto ao estímulo musical, percebe-se que este funcionou como instrumento auxiliar ao terapeuta FAP para potencializar o entrar em contato com os sentimentos para em seguida apresentar o comportamento verbal de relatar sentimentos diante da R2 do terapeuta ou ainda de forma espontânea ao relatar acontecimentos do dia a dia.

Foi observado ainda que, nas duas primeiras fases do experimento o número de R2 excedeu o número de CCRs, e nas outras duas fases aconteceu o inverso. Uma das explicações ao fato de os CCRs terem excedido o número de R2 nas duas últimas fases do experimento se dá pelo fato de os CCR2s terem sido reforçados (R3-2) pela participante terapeuta. Uma vez que o comportamento é reforçado a sua probabilidade de ocorrências é maior. Sendo assim, pode-se inferir que os relatos de sentimentos sem a presença do R2 continuaram acontecendo nas duas últimas fases porque este comportamento foi sendo reforçado desde a primeira fase do experimento. E como é proposto pela FAP, ao reforçar um comportamento alvo (CCR2) a ideia é que este aumente sua probabilidade de resposta substituindo aos poucos o comportamento problema (CCR1), que portanto deverá diminuir sua frequência (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

Quanto ao resultado do teste estatístico não paramétrico qui-quadrado de dependência, pode-se dizer que o p-valor  $p = 0,073$  entre os CCR2s e a condição de FAP com música já era esperado, uma vez que a linha de base com a utilização do método FAP já constitui uma intervenção eficaz para o comportamento alvo de relatar sentimentos.

Portanto os resultados fortaleceram a hipótese de que com a música o relato de sentimentos seria maior do que sem a música. Sendo assim a utilização da música poderá ser um método útil para o psicoterapeuta analítico funcional em casos em que a conceituação de casa estabeleça o relato de sentimentos como um comportamento alvo (CCR2).

## CONCLUSÃO

O objetivo desse estudo foi averiguar se a frequência de relatar sentimentos, em um caso onde a conceituação de caso estabelecesse este comportamento como CCR2 aumentaria com a adição da música aos procedimentos FAP. Para isto foi realizado um experimento clínico dividido em quatro fases, sendo estas A1, linha de base (FAP), B1, condição experimental (FAP + música), A2, retorno à linha de base e B2, reversão à condição experimental.

Os resultados do experimento corroboraram a hipótese levantada de início e como esperado, durante as sessões com música a frequência de relato de sentimentos (CCR2) aumentou enquanto que a esquiva desse comportamento verbal (CCR1) diminuiu.

Portanto pode-se concluir através deste estudo que realmente a música pode ser usada como um instrumento auxiliar ao psicoterapeuta analítico funcional para levar o indivíduo a potencializar o comportamento verbal de relatar sentimentos em um caso onde este comportamento seja definido como CCR2.

Conclui-se ainda que mediante o bloqueio de esquiva ao CCR1 e o reforçamento do CCR2 de relatar sentimentos, ocorrerá o aumento da frequência do CCR2 e a diminuição do CCR1, como propõe a FAP.

Quanto às perspectivas futuras, espera-se que novas pesquisas sejam realizadas envolvendo novos delineamentos experimentais em casos diferentes para averiguar outras utilidades da música ao psicoterapeuta analítico funcional, sempre em prol do benefício e bem estar do cliente.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Claudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CALLAGHAN, G. M.; RUCKSTUHL, L. E.; BUSCH, A. M. **Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (Unpublished manual)**. San José State University, San Jose, CA, 2005.

CARVALHO, Sílvia Cardoso. **Terapia da música e do som em crianças com necessidades educativas especiais**. 2011. 180 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Católica Portuguesa, Braga. Disponível em: < <http://hdl.handle.net/10400.14/8836>>. Acesso em: 21-10-2013.

CATANIA, A. Charles. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CUNHA, Rosemyriam; VOLPI, Sheila. A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. **Revista científica FAP**. Curitiba, v.3, 2008. Disponível em: < [http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/RevistaCientifica3/11\\_Rosemyriam\\_Cunha\\_Sheila\\_Volpi.pdf](http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/RevistaCientifica3/11_Rosemyriam_Cunha_Sheila_Volpi.pdf)>. Acesso em: 21-10-2013.

CUPER, Prudence; MERWIN, Rhonda; LYNCH, Thomas. Personality disorders. In: Peter Sturmey (Org.). **Functional analysis in clinical treatment**. San Diego: Academic Press, 2007.

DANNA, Marilda Fernandes; MATOS, Maria Amélia. **Aprendendo a observar**. 2. ed. São Paulo: Edicon, 2011.

GILMAN, Lisa. An american soldier's iPod: layers of identity and situated listening in Iraq. **Music & Politics**. [S.l.] : a. 4, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.music.ucsb.edu/projects/musicandpolitics/archive/2010-2/gilman.pdf>>. Acesso em: 21-10-2013.

JAMES, William. O que é uma emoção? (1884). In: NASCIMENTO, Raphael Silva. **Clínica & Cultura**. [S.l.], v.2, n11, 2013. Disponível em:< [www.seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/download/994/1415](http://www.seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/download/994/1415)>. Acesso em: 14-11-2013.

KOHLBERG, Robert J.; TSAI, Mavis. **Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas**. Santo André: ESETec, 1991.

LUCCA, Maria Cristina. **Musicoterapia e ritmos biológicos: o ciclo vigília/sono e crianças portadoras de tda/h submetidas à musicoterapia**. Estudo de caso. 2003. 91f. Monografia (Graduação em musicoterapia) - Faculdade Paulista de Artes, São Paulo. Disponível em: <<http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/monografia/MARIA%20CRISTINA%20DE%20LUCCA%20Musicoterapia%20e%20Ritmos%20Biologicos%20-%20Monografia.pdf>>. Acesso em: 03-11-2013.

MAVIS, Tsai ET. Al. **Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP): Consciência, coragem, amor e behaviorismo**. São Paulo: ESETec, 2009.

OSHIRO, Claudia Kami Bastos. **Delineamento de caso único: a psicoterapia analítica funcional com dois clientes difíceis**. 2011. 185f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-04112011-113836/pt-br.php>>. Acesso em: 21-10-2013.

PEZZATO, Fernanda Augustini; BRANDÃO, Alessandra Salina; OSHIRO, Claudia Kami Bastos. Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agorafobia. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**. São Paulo, v. 14, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/495>>. Acesso em: 21-10-2013.

RANDOLPH, J. J. **Free-marginal multirater kappa: an alternative to Fleiss' fixed-marginal multirater kappa**. Joensuu University Learning and Instruction Symposium. Joensuu, Finland, 2005.

RANDOLPH, J. J. *Online Kappa Calculator*. 2008. Disponível em: <<http://justus.randolph.name/kappa>>. Acesso em: 18-11-2013.

SAMPAIO, Angelo Augusto Silva et. al. Uma Introdução aos Delineamentos Experimentais de Sujeito Único. **Interação em Psicologia**. São Paulo, v. 12, n. 1, 2008. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/psicologia/article/view/9537/9218>>. Acesso em: 02-11-2013.

SILVA-JÚNIOR, José Davison. **A utilização da música com objetivos terapêuticos: interfaces com a bioética**. 2008. 151 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Música e Artes Cênicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

Disponível em: < [http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/dissertacao//J.%20Davison%20%20Silva%20Jr%20%20A%20musicacom\\_objetivos\\_terapeuticos.pdf](http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/dissertacao//J.%20Davison%20%20Silva%20Jr%20%20A%20musicacom_objetivos_terapeuticos.pdf)>. Acesso em: 21-10-2013.

SKINNER, Burrhus Frederic. **Questões recentes na análise comportamental**. 5. ed. Campinas: Papyrus, 2005.

SKINNER, Burrhus Frederic. **Sobre o behaviorismo**. 7. ed. São Paulo: Cultrix, 2002.

TACCOLA, Priscilla Araújo. **A Psicoterapia Analítico-Funcional e relato de sentimentos: um estudo de caso quase experimental**. 2007. 82 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo. Disponível em: < <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/495>>. Acesso em: 21-10-2013.

ANEXOS

## ANEXO A - Autorização do local de pesquisa



**Faculdade de Educação e Meio Ambiente**  
**FAEMA**  
**Instituto Superior de Educação**  
**ISE**

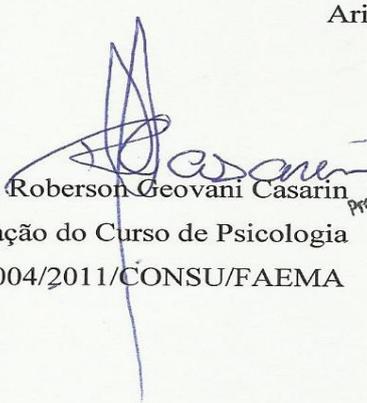
Portaria MEC de Credenciamento Nº. 483, de 21/05/2007, D.O.U. de 22/05/2007.

## Carta de Anuência

Na condição de Coordenador do Curso de Psicologia da FAEMA e de Responsável Técnico junto ao CRP 20 da Clínica Escola de Psicologia, autorizo a realização da pesquisa, “A Utilização da Música em Psicoterapia Analítica Funcional”, nesta Clínica Escola, podendo utilizar toda a infraestrutura/material disponível (Salas de atendimento, material de gravação audiovisual, brinquedos, etc.). A referida pesquisa tem como responsável o professor Rodrigo Nunes Xavier, fazendo parte da equipe a acadêmica Aline Madalena Monteiro da Silva.

Ressalvo, porém, que tal pesquisa só poderá ser iniciada após aprovação do CEP/FAEMA (Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente).

Ariquemes – Ro, 09/10/2013

  
Prof. Ms. Roberson Geovani Casarin  
Coordenação do Curso de Psicologia  
Port. 004/2011/CONSU/FAEMA

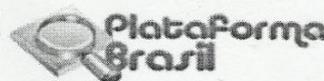
Prof. Ms. Roberson Geovani Casarin  
Coord. Curso de Psicologia  
Port. n.º 004/2011/CONSU/FAEMA

Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, CEP – 76.873-630.  
Ariquemes – RO  
Fone/Fax: (69) 3536.6600

[www.faema.edu.br](http://www.faema.edu.br)

## ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E  
MEIO AMBIENTE FAEMA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A utilização da música em Psicoterapia Analítica Funcional.

**Pesquisador:** RODRIGO NUNES XAVIER

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 17755213.9.0000.5601

**Instituição Proponente:** UNIDAS SOCIEDADE DE EDUCACAO E CULTURA LTDA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 470.991

**Data da Relatoria:** 26/11/2013

**Apresentação do Projeto:**

O presente projeto de pesquisa possui relevância científica social, e as adequações sugeridas foram realizadas.

**Objetivo da Pesquisa:**

O projeto tem como objetivo verificar o efeito da música aplicada junto à regra 2 da FAP sobre a frequência dos relatos de sentimentos do cliente em sessões de psicoterapia, sendo desta forma em concordância com a metodologia proposta

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme solicitado no parecer, os riscos e benefícios estão de acordo com a resolução 466/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os ajustes necessários foram considerados de acordo com o solicitado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Esta de acordo com as correções solicitadas.

**Recomendações:**

Sem mais sugestões ou considerações

**Endereço:** Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

**Bairro:** SETOR 06

**CEP:** 78.932-125

**UF:** RO

**Município:** ARIQUEMES

**Telefone:** (69)3536-6600

**E-mail:** cep@faema.edu.br

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E  
MEIO AMBIENTE FAEMA



Continuação do Parecer: 470.991

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O cronograma foi refeito conforme sugestão.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

ARIQUEMES, 27 de Novembro de 2013

Assinador por:

Vera Lúcia Matias Gomes Geron  
(Coordenador)

**Endereço:** Avenida Machadinho, nº 4.349, Setor 06, Sala 3.8 do Bloco C

**Bairro:** SETOR 06

**CEP:** 78.932-125

**UF:** RO

**Município:** ARIQUEMES

**Telefone:** (69)3536-6600

**E-mail:** cep@faema.edu.br

## APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**  
(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12 CNS/MS)

**OBS:** Esse termo deve ser elaborado em 2 (duas) vias idênticas, que devem ser assinadas e rubricadas pelo pesquisador responsável e pelo participante em todas as vias.

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA**

1. NOME DO PARTICIPANTE

CLIENTE: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : \_\_\_\_\_ SEXO : M \_\_\_ F \_\_\_

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO ..... Nº .....

APTO: .....

BAIRRO: .....

CIDADE.....

CEP:.....

TELEFONE:(.....).....

2. NOME DA PARTICIPANTE TERAPEUTA:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : \_\_\_\_\_ SEXO : \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Rua Barretos

BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

CEP: ..... TELEFONE:(69).....

3. NOME DA PARTICIPANTE AUTORA:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº \_\_\_\_\_ SEXO : \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO : \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

**II - DADOS SOBRE A PESQUISA E PESQUISADOR**

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: A utilização da música em Psicoterapia Analítica Funcional.

PESQUISADOR: Me. Rodrigo Nunes Xavier

CARGO/FUNÇÃO: Professor orientador da pesquisa  
 INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL nº: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Avenida Machadinho, 4349, Setor 06.  
 TELEFONE DE CONTATO DO PESQUISADOR: (69) 3536-6600.  
 E-MAIL DE CONTATO DO PESQUISADOR: rodrigonunesxavier@gmail.com  
 2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:  
 RISCO MÍNIMO   x   RISCO MÉDIO      RISCO MAIOR       
 3. DURAÇÃO DA PESQUISA:

### III – ACEITE DO PARTICIPANTE

Você está sendo convidado a participar como voluntário do projeto de pesquisa “A utilização da música em Psicoterapia Analítica Funcional”, sob responsabilidade do pesquisador Rodrigo Nunes Xavier. O estudo será realizado com a apresentação de música durante algumas sessões juntamente com a regra 2 da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) que no presente caso consiste em perguntas realizadas pelo terapeuta sobre os sentimentos do paciente para verificar se através deste processo a frequência de relato de sentimentos aumenta. Não haverá riscos para o paciente. Após discussão e explicação, ficaram claros para você o propósito desse estudo, que em suma é verificar o efeito da música aplicada junto à regra 2 da FAP sobre a frequência dos relatos de sentimentos do cliente em sessões de psicoterapia e você concorda submeter-se aos procedimentos comparecendo normalmente as sessões, ouvindo a música apresentada e respondendo as perguntas que o terapeuta fizer sobre os sentimentos. Você poderá consultar o pesquisador responsável em qualquer época (antes, durante ou depois do estudo). Todas as informações que você fornecer e os resultados obtidos com o desenvolvimento do projeto de pesquisa, só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas, sem a sua identificação, sendo garantidos o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas, além de que você terá esclarecimento permanente sempre que surgirem dúvidas a respeito do projeto e retirar o seu consentimento a qualquer momento. Você também tem ciência de que sua participação é isenta de despesas e que você tem garantia do acesso a tratamento hospitalar se necessário, além do ressarcimento pelos danos eventualmente ocasionados. Você será informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato destes poderem mudar seu consentimento em participar da pesquisa, fica esclarecido também que você pode retirar seu consentimento a qualquer momento. Você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Este estudo é importante porque seus resultados vão lhe trazer os seguintes benefícios diretos de autoconhecimento, uma vez que a hipótese é que a frequência de relatos de sentimentos aumentará com a presença da música, além de pode conhecer cientificamente os dados sobre o que trata a pesquisa. Diante das explicações, se você concorda em participar deste projeto de pesquisa, coloque sua assinatura e a seguir forneça os dados solicitados.

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

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

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

Participante da pesquisa ou responsável legal

- Os campos abaixo devem ser preenchidos somente pelo pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou de seu representante legal para participação neste estudo.

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

Pesquisador responsável

#### **IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS AO PARTICIPANTE DA PESQUISA:**

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas;
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência;
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;
4. Disponibilidade de assistência e ressarcimento, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa;
5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa;
6. Garantia de acesso ao medicamento indicado mesmo após a finalização dos estudos, se for o caso.

#### **V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**

Rodrigo Nunes Xavier, End. Avenida Machadinho, 4349, Setor 06. Ariquemes – RO.  
Telefone: (69) 3536-6600

#### **VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:**

Em caso de dúvida em relação a esse documento, entrar em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Educação e Meio Ambiente.

Endereço: Avenida Machadinho, 4349, Setor 06.

Telefone: (69) 3536-6600

E-mail: cep@faema.edu.br

## APÊNDICE B - FICHA DE LEVANTAMENTO DE INTERESSES MUSICAIS

1. Você gosta de ouvir música? Em que situações?

---

---

---

2. Qual tipo de música você mais gosta? Por quê?

---

---

---

3. Qual tipo de música você menos gosta? Por quê?

---

---

---

4. Tem interesse pelo som de algum instrumento específico? Qual e por quê?

---

---

---

5. Tem algum som de instrumento que você não goste de ouvir? Qual e por quê?

---

---

---

6. Você costuma relacionar a música com algum ponto relevante da sua vida (pessoas, alguma fase da vida, algum momento em específico)? Quais?

---

---

---