UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ESTHER DE MATOS IRENO

**FORMAÇÃO DE TERAPEUTAS ANALÍTICO-COMPORTAMENTAIS: EFEITOS
DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO**

São Paulo

2007

ESTHER DE MATOS IRENO

**FORMAÇÃO DE TERAPEUTAS ANALÍTICO-COMPORTAMENTAIS: EFEITOS
DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO**

**Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia.**

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer.
Área de Concentração: Psicologia Clínica.

São Paulo

2007

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

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Ireno, Esther de Matos.

Formação de terapeutas analítico-comportamentais: efeitos de um instrumento para avaliação de desempenho / Esther de Matos Ireno; orientadora Sonia Beatriz Meyer. -- São Paulo, 2007.

157p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Formação profissional 2. Aptidão 3. Avaliação de desempenho
4. Terapeutas comportamentais I. Título.

LC1043

FOLHA DE APROVAÇÃO

Esther de Matos Ireno

Formação de terapeutas analítico-comportamentais: efeitos de um instrumento para avaliação de desempenho

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profª Dra. _____

Instituição _____

Assinatura _____

Profª Dra. _____

Instituição _____

Assinatura _____

Profª Dra. _____

Instituição _____

Assinatura _____

A todos que trabalham na sublime missão de formar terapeutas
capazes de transformar, para melhor, a vida de tantos clientes.
Dedico de forma especial àqueles que fizeram e fazem parte da
minha formação como terapeuta:
Prof^o Roosevelt Starling e Prof^a Sonia Meyer.

Agradecimentos

O caminho até este momento não foi fácil, mas foi suportável porque muitas pessoas estavam ao meu lado.

Agradeço aos meus pais, Ladislau e Terezinha, meu porto seguro, que não mediram esforços para que eu pudesse correr atrás do meu ideal. Vocês sonharam comigo e, muitas vezes, quando eu mesma duvidei que pudesse conseguir, vocês não me deixaram desistir. Obrigada pelo amor incondicional, que não esmorece mesmo diante da ausência e da presença regada a nervosismo e estresse. Amo vocês!

À minha irmã Débora que precisou suportar minha ausência e cuidar sozinha de nossos pais. Obrigada pelo apoio, pelas horas sem poder chegar perto do computador (risos), pelo carinho. Sei que muitas vezes você sentiu falta das nossas conversas, mas nunca deixou de me apoiar e se orgulhar do caminho que tracei. Sua coragem e amor pela vida sempre serviram de exemplo para mim.

Agradeço de forma especial à professora Sonia Meyer. Mais do que orientar o trabalho, você soube acolher as indecisões e angústias. Sua dedicação, empenho e disponibilidade para escutar foram fundamentais. Suas considerações cuidadosas e certeiras me fizeram amadurecer como pessoa e profissional, transformando um projeto inicial neste “belo” trabalho. Só tenho a agradecer pela oportunidade de aprender tanto sendo sua orientanda.

Ao Roosevelt, professor que me deu a mão quando eu dava meus primeiros passos na Análise do Comportamento. Muito desse trabalho contem palavras e ensinamentos seus. Aliás, muito do que sou enquanto profissional e pessoa aprendi trabalhando ao seu lado. Se hoje estou aqui é porque tive na graduação e nos primeiros anos de profissão um mestre como você. Obrigada!

Às professoras Edwiges Silhares e Maly Delitti pela disponibilidade e incentivo. As sugestões e questionamentos no exame de qualificação contribuíram muito para o enriquecimento deste trabalho.

Às funcionárias da secretaria de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do IPUSP, Arlete, Cícera e Cláudia pela constante disponibilidade para tirarem dúvidas e providenciarem os meios para que o trabalho fosse desenvolvido.

Ao grupo de supervisionandos e orientandos da professora Sonia, de forma especial a Alessandra Villas Boas, Cláudia Oshiro, Denis Zamignani, Giovana Del Prette e Juliana Donadone com os quais convivi mais de perto. Obrigada pela troca de experiências, pelas sugestões neste trabalho e pela atenção e palavras de apoio em momentos difíceis. Ao voltar para Minas já sinto falta dos nossos encontros na USP e das discussões tão ricas.

Às queridas amigas Ana Priscila, Carol e Emiliane. As longas conversas falando dos medos, anseios, perspectivas e conquistas mostraram que fazer mestrado não precisa ser algo solitário. Contar com a amizade de vocês foi imprescindível.

A todos da casa do Tio Antônio e Tia Celina. Mais do que tios e primos, vocês foram pais e irmãos com quem pude contar a todo momento. Vocês tiveram o dom de aliviar as saudades e o medo, as ansiedades e as angústias, transformando tudo isso em momentos tão preciosos de aconchego, risadas, alegrias e carinho.

Aos amigos que “deixei” em Minas Gerais. Aos de São João Del Rei (Kel, Luiz, Lud, Giovs e Erica) que acompanharam o início do sonho e tanto me incentivaram. Aos tantos amigos e familiares de Barbacena, que aqui nem tenho como nomear, obrigada pela torcida e pelo apoio constante. Aos amigos que fiz em Jundiaí, vocês foram “mais que amigos, foram anjos que o Senhor enviou”. Ander, Cris, Vanessa, Gui, Marcilio, Ney e tantos outros da Família SSVP. Obrigada por tudo!

Ao Fernando, que apareceu de forma inesperada e tem transformado minha vida, enchendo-a de mais amor e alegria. Você soube esperar o momento certo para que pudéssemos ficar mais perto e teve uma paciência linda nos meus momentos de estresse nesta fase final. Por isso e por tudo que você é e me faz ser é que eu te amo tanto.

Não posso deixar de agradecer aos participantes da pesquisa, sem os quais este trabalho não existiria. Agradeço aos terapeutas aprendizes que não tiveram medo de abrirem suas sessões para que eu pudesse assisti-los e avaliá-los. Também sou grata aos clientes que aceitaram expor seus problemas diante de câmeras e confiaram no nosso trabalho e compromisso ético.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento desta pesquisa.

Por último, e mais importante, agradeço a Deus. Se não fosse Ele, essa oportunidade e todas essas pessoas não fariam parte da minha vida. É benção sobre benção! Que eu possa retribuir colocando minhas habilidades a serviço do seu Reino, sendo um instrumento Seu neste mundo.

RESUMO

Ireno, Esther de Matos. (2007). Formação de Terapeutas Analítico-Comportamentais: efeitos de um instrumento para avaliação de desempenho. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.

No trabalho terapêutico a pessoa que buscou ajuda recebe auxílio de um profissional com repertório para utilizar procedimentos que promovam mudanças comportamentais que levem à diminuição do seu sofrimento. Como os resultados alcançados pelo processo de terapia serão influenciados por sua capacidade de atuar, deve existir empenho na sua formação. No entanto, há poucos dados, principalmente em âmbito nacional, relativos à efetividade dos métodos atualmente utilizados em programas de treinamento sobre o desempenho dos terapeutas iniciantes. Realizou-se uma investigação com o objetivo de avaliar os efeitos da utilização de uma Lista de Verificação de Desempenho de Terapeutas Analítico-Comportamentais sobre a atuação de terapeutas iniciantes, alunos de um curso de especialização em terapia comportamental da Universidade de São Paulo. Esse instrumento fornece regras para a atuação do terapeuta, é um guia para observação das sessões por ele realizadas e auxilia na avaliação do seu desempenho. Participaram desta pesquisa nove duplas de terapeutas. O procedimento consistiu em realizar a auto-observação e auto-avaliação, através das sessões gravadas em vídeo, usando a lista de verificação. Após a sessão os terapeutas assistiam às sessões por eles realizadas, discutindo entre si e registrando na lista a avaliação de seu próprio desempenho. Para verificar se mudanças de desempenho são devidas a esse procedimento, foi utilizado um delineamento de linha-de-base múltipla através de participantes ao longo de 13 sessões. Os dados sugerem que a utilização do instrumento teve certo efeito positivo sobre o desempenho geral dos terapeutas, assim como sobre os desempenhos relacionados à Coleta de Dados e Estabelecimento de Aliança Terapêutica. Já com relação aos desempenhos ligados às Estratégias de Intervenção do terapeuta, o mesmo não foi verificado. Algumas observações são feitas, com relação a outras variáveis que podem ter influenciado os resultados obtidos, como experiência clínica, supervisor e tipo de caso atendido. Com relação ao instrumento são feitas ressalvas quanto à sua validade, confiabilidade e questionamentos sobre diferenças na sua utilização por terapeutas com diversos níveis de experiência. Ao fim são feitas perguntas a serem respondidas por novos estudos e é apresentada uma sugestão de um novo instrumento.

Palavras-chave: formação profissional, habilidades, avaliação de desempenho, terapeutas analítico-comportamentais.

ABSTRACT

Ireno, Esther de Matos. (2007). Professional formation of Behavior-Analytic Therapists: Effects of an instrument to evaluate performance. Master Dissertation, University of São Paulo.

A person who seeks psychological support receives help from a professional with a repertoire to use procedures that lead to behavioral changes, thus reducing suffering. Since results obtained by the therapeutic process are influenced by the therapist's capacity, dedication is essential. Little information however is available, especially in Brazil, regarding effectiveness of methods currently used in training programs for beginning therapists. An investigation with the objective of evaluating the use of a behavior-analytic therapist performance checklist was carried out among students of the University of São Paulo enrolled in a specialization course. This instrument provides rules for therapist performance, it is a guide for observing sessions and helps in evaluating therapist behavior. Nine pairs of therapists took part in this research. Procedure consisted of self-observation and self-evaluation through videotaped sessions using the above-mentioned checklist. After each session, therapists watched the tapes, discussed their performance and registered their evaluation. In order to verify if changes in performances were due to these procedures, a multiple baseline design through participants was used throughout 13 sessions. Data suggest that this instrument had a certain positive effect on the general performance and particularly on performance related to data collection and establishment of therapeutic alliance. For performance related to strategies of intervention, however, these effects were not observed. Considerations relative to other variables that could have influenced results such as clinic experience, supervisor style and type of clinical problem were presented. Certain reservations on the instrument validity, reliability and questioning on differences in usage by therapist of various levels of experience were raised. Concluding, issues related to further studies are addressed and a new version of the instrument is suggested.

Key-words: professional formation, abilities, evaluation of performance, behavior-analytic therapists.

SUMÁRIO

Resumo	08
Abstract	09
Índice de Tabelas	11
Índice de Figuras	11
Índice de Anexos	12
1. Formação de Terapeutas e Supervisão	13
2. Habilidades do Terapeuta	15
3. Programas para Formação de Terapeutas Analítico-Comportamentais	22
4. Um Instrumento para Avaliação de Desempenho de Terapeutas Analítico-Comportamentais	43
5. Objetivos	47
6. Método	48
6.1 Participantes	48
6.2 Material	52
6.3 Procedimento	65
6.4 Tratamento dos Dados	69
6.5 Aspectos Éticos	70
7. Resultados e Discussão	71
7.1 Efeitos do uso do Instrumento no Desempenho dos Terapeutas	71
7.1.1 Efeitos do instrumento sobre o desempenho geral	71
7.1.2 Efeitos do instrumento sobre os desempenhos específicos	78
7.1.3 Desempenho do Terapeuta antes e após a utilização do instrumento e comparação com a auto-avaliação	89
7.2 Grau de Concordância	99
7.3 Dados sobre os Terapeutas	100
7.4 Questionários de Avaliação Pós-sessão	105
8. Conclusões	108
9. Referências	117
Anexos	123

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Dados sobre Terapeutas	51
Tabela 2: Número de itens que receberam avaliação 'adequadamente executado' em todas as sessões observadas	102
Tabela 3: Correlações entre número de itens adequados em todas as sessões e na 13ª para cada bloco de desempenhos.	105

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Delineamento de Linha-de-base Múltipla Através de Participantes.	68
Figura 2: Média de avaliação do desempenho geral (itens adequadamente executados, parcialmente adequados e inadequados) dos terapeutas por grupo ao longo das 13 sessões.	75
Figura 3: Média de avaliação dos desempenhos relacionados à Aliança Terapêutica (itens adequadamente executados e inadequados) dos terapeutas por grupo ao longo das 13 sessões.	81
Figura 4: Média de avaliação dos desempenhos relacionados à Postura Profissional (itens adequadamente executados e inadequados) dos terapeutas por grupo ao longo das 13 sessões.	83
Figura 5: Média de avaliação dos desempenhos relacionados à Coleta de Dados (itens adequadamente executados e inadequados) dos terapeutas por grupo ao longo das 13 sessões.	86
Figura 6: Média de avaliação dos desempenhos relacionados às Estratégias de Intervenção (itens adequadamente executados e inadequados) dos terapeutas por grupo ao longo das 13 sessões.	88
Figura 7: Média de avaliação do desempenho geral (itens adequadamente executados, parcialmente adequados e inadequados) dos terapeutas do Grupo 1 ao longo das 13 sessões.	92
Figura 8: Média de avaliação do desempenho geral (itens adequadamente executados, parcialmente adequados e inadequados) dos terapeutas do Grupo 2 ao longo das 13 sessões.	95
Figura 9: Média de avaliação do desempenho geral (itens adequadamente executados, parcialmente adequados e inadequados) dos terapeutas do Grupo 3 ao longo das 13 sessões.	97
Figura 10: Média de avaliação do desempenho geral (itens adequadamente executados, parcialmente adequados e inadequados) dos terapeutas do Grupo 4 ao longo das 13 sessões.	98
Figura 11: Grau de Concordância médio (em %) entre Avaliador e Terapeutas.	100
Figura 12: Correlação entre desempenhos relacionado a Coleta de Dados avaliados como adequados em todas as sessões e número de itens avaliados como adequados na 13ª sessão para cada terapeuta.	104
Figura 13: Percepção do cliente sobre melhoras obtidas na terapia.	106
Figura 14: Percepção do cliente sobre a relação terapêutica.	107
Figura 15: Percepção do terapeuta sobre melhoras obtidas na terapia.	108
Figura 16: Percepção do terapeuta sobre a relação terapêutica.	108

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Termo de Compromisso do Terapeuta	123
Anexo 2: Questionário para Terapeuta	125
Anexo 3: Termo de Consentimento do Cliente	127
Anexo 4: Questionário de Avaliação do Tratamento (Versões Cliente e Terapeuta)	128
Anexo 5: Habilidades referidas na literatura como necessárias ao terapeuta comportamental	132
Anexo 6: Lista para Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental	139
CD Rom – Dissertação em Formato Eletrônico, Lista para Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental, Planilha de Avaliação de Desempenho do Terapeuta (Versão Manual e Versão Eletrônica)	

1. FORMAÇÃO DE TERAPEUTAS E SUPERVISÃO

Uma questão, das mais importantes, que exige dedicação de instituições formadoras e de supervisores de curso de psicologia, é a busca por métodos capazes de proporcionar aos novos terapeutas o aprendizado de conceitos e das habilidades técnicas e clínicas necessárias para a condução de um processo terapêutico efetivo (Rosenberg, 2006).

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia (Ministério da Educação, 2004) estipulam como objetivo deste, a formação de um profissional dotado dos conhecimentos necessários para o exercício, dentre outros, das habilidades requeridas para o trabalho de atenção à saúde (prevenção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial). Para tanto, os cursos devem ter um planejamento acadêmico que promova o desenvolvimento dessas competências, sendo uma das atividades propostas para tal, o estágio supervisionado.

Este é definido pelo documento acima como um conjunto de atividades programadas e supervisionadas por docentes da instituição formadora, que devem permitir o contato do formando com situações, contextos e instituições visando à consolidação e articulação das competências estabelecidas como imprescindíveis para a atuação profissional. Ao promover este contato, os estágios visam assegurar que conhecimentos, habilidades e atitudes se concretizem em ações profissionais.

De uma maneira geral, os principais objetivos da supervisão do estágio na área clínica seriam: fortalecer o embasamento teórico, estabelecer uma conduta ética e garantir a capacidade de atuação junto ao cliente. Conseqüentemente, o papel do supervisor é de suma importância, consistindo em dar condições ao supervisionando de desenvolver as habilidades necessárias para o exercício profissional (Moreira, 2003; Thurber, 2005; Ulian, 2002).

Diante da importância atribuída à supervisão na formação de terapeutas, faz-se necessário refletir sobre como vem sendo desempenhada. Trata-se de um compromisso ético

que deve ser assumido por toda instituição vinculada à formação deste profissional, sendo os benefícios resultantes proporcionais à contribuição social da própria profissão (Beckert, 2002; Campos, 1989). Um dos desafios que se apresenta, então, é formar terapeutas com repertório para atender à sociedade e que alcancem, ainda, uma satisfação pessoal a partir do exercício profissional (Martinelli & Chequer, 2004; Costa, 2004).

O que vem sendo observado, no entanto, é que alunos de Psicologia e psicólogos recém formados freqüentemente queixam-se de que não estão preparados para atuarem. Campos (1995) e Gongora (1995) afirmam que uma das grandes dificuldades encontradas no desenvolvimento da Psicologia como Ciência e Profissão tem sido garantir a competência na formação de seus membros. O desafio posto é formar profissionais capazes de desenvolver uma prática, baseada em um corpo teórico-científico consistente, para atuar de forma mais efetiva do que faria, por exemplo, um leigo tentando ajudar um amigo a superar seus problemas emocionais.

Alguns autores atribuem esse problema à grande ênfase teórica existente nos cursos de Psicologia, que teria como consequência uma deficiência na introdução do aluno ao atendimento psicoterápico, fazendo com que haja um salto da teoria para a prática, gerando problemas tanto para aluno como para cliente (Botomé, 1981; Gongora, 1995, 1999). Por ser a primeira vez que o aluno se coloca no papel de terapeuta e não apenas aborda a Psicologia através de textos, sentimentos de ansiedade, impaciência, dúvida e frustração podem ser eliciados, interferindo e concorrendo com os operantes que deveriam ser emitidos no atendimento (Banaco, 2001; Botomé, 1981; Castanheira, 2002; Costa, 2004; Gongora, 1995, 1999; Mccready & Waring, 1986).

Falando especificamente sobre a formação de terapeutas comportamentais, Costa (2004) afirma que a ênfase tem sido informar aos alunos os princípios da Análise do Comportamento, sem ocorrer um planejamento de contingências que o leve a articular o visto

no laboratório com a vida cotidiana. Esta autora afirma que em vez de formar terapeutas, estariam sendo passadas informações sobre como atuar, havendo uma necessidade de reorganizar as contingências capazes de instalar um repertório desejável nos alunos.

Em contrapartida a este panorama desalentador, a literatura ressalta a importância de se delinearem métodos de ensino que não se limitem à leitura e discussão de textos, garantindo um mínimo de experiência e competência para a prática profissional e, que reflitam em ganhos terapêuticos para os clientes (Campos, 1995; Costa, 2004; Gongora, 1995; Isaacs, Embry & Baer, 1982).

O processo de formação profissional, de acordo com Starling (2002), consiste em dispor contingências que facilitem a instalação de um controle preciso dos estímulos presentes na situação profissional sobre as respostas do formando, maximizando a probabilidade de que a sua ação seja positivamente conseqüenciada. A competência profissional é formulada em termos de comportamentos que expressem a capacidade de uma pessoa atuar no seu campo profissional. Exemplo: um médico é considerado competente quando faz diagnósticos corretos e elabora intervenções pontuais, curando seus clientes ou, quando isto não for possível, diminuindo seu mal-estar. Assim, um supervisor de clínica só estará se comportando adequadamente caso tenha como conseqüência da sua atuação o desenvolvimento de uma classe de comportamentos no aluno, que o permita atuar junto ao cliente. Para isso, além de ser um construtor de conhecimentos, o supervisor deve ser, também, um modelador de comportamentos, ampliando o repertório de habilidades de seu aluno (Castanheira, 2002; Ferreira, 2003; Silvaes, 1999).

2. HABILIDADES DO TERAPEUTA

Ao longo dos anos uma questão tem instigado os pesquisadores de psicoterapia (tanto comportamentais como de outras abordagens): “quais variáveis produzem ou facilitam as

mudanças nos comportamentos do cliente que passa pelo processo terapêutico?” (Gavino, 1996).

Para responder a essa questão é necessário antes definir o que seria terapia. De acordo com Garfield (1995), um dos pesquisadores da psicoterapia, esta pode ser definida como uma interação entre dois indivíduos (ou mais) onde um deles, o cliente, está procurando ajuda para um problema, considerado passível de solução através de uma intervenção psicoterapêutica. O outro membro da díade é o terapeuta, o qual, supostamente, possui treinamento e recursos pessoais para fornecer a ajuda necessária.

Na literatura comportamental encontramos uma afirmação de Skinner (1985), quando fala sobre o trabalho dos terapeutas comportamentais, de que os procedimentos realizados por estes têm como objetivo mudar uma condição do comportamento do cliente, que representa problemas para ele e/ou para os outros. Assim, o seu poder se origina do fato de que a condição do cliente é aversiva e de que qualquer promessa de alívio é positivamente reforçadora. Se o terapeuta tiver sucesso, o cliente voltará em busca deste auxílio. Neste mesmo sentido, Meyer & Vermes (2001) afirmam que o trabalho terapêutico tem como função a promoção de mudanças comportamentais que levem à diminuição do sofrimento e ao aumento das contingências reforçadoras na vida do cliente. E sobre a importância do terapeuta, estas autoras afirmam ainda que no processo descrito, o cliente é privilegiado pelo trabalho de um profissional capacitado para utilizar procedimentos específicos, ao mesmo tempo em que lança mão de habilidades sociais importantes.

A partir dessas definições encontradas tanto na literatura de psicoterapia geral, como na literatura comportamental, fica explícita a importância atribuída ao terapeuta enquanto aquele que poderá, através dos conhecimentos adquiridos e das habilidades que possui ajudar o cliente que o procura a resolver seus problemas. A forma como conduz a sessão, a sua interação com o cliente, sua experiência, sua formação teórica, a escolha das técnicas e as

intervenções que realiza, irão influenciar no processo e no resultado da terapia (Villani, 2002; Novaki, 2003). Gongora (1995) chega a afirmar que o processo terapêutico não exige material e nem local especiais, mas apenas um profissional habilitado. Por isso, muitos estudos têm focado o comportamento do terapeuta como variável crítica para obter a melhora do cliente, ficando subentendida a importância do seu treinamento.

Falando especificamente da terapia comportamental, os estudos que buscavam determinar quais variáveis eram responsáveis pelos resultados alcançados pelo processo terapêutico foram aos poucos mudando seu enfoque. Kerbaux (1981) ao descrever os primeiros trabalhos realizados pelos terapeutas comportamentais afirma que a prática tendia, freqüentemente, a caracterizá-los como aqueles que empregavam técnicas. Como consequência, pesquisadores, professores e supervisores enfocavam somente a necessidade do aluno aprender a administrar técnicas de modificação do comportamento (Range et al, 1995; Guilhardi, 1988). No entanto o fato de que as técnicas não obtinham 100% de sucesso em todos os casos, fez com que surgissem dúvidas com relação à possibilidade de outras variáveis terem influência, como características do cliente, do terapeuta e suas habilidades em avaliar os problemas do cliente e aplicar as técnicas (Gavino, 1996; Kerbaux, 1981). Assim, as características do terapeuta passaram a atrair a atenção de pesquisadores e clínicos que encontraram nelas parte da explicação para os resultados alcançados. Questões sobre como a interação terapeuta-cliente funcionava e sobre o que o terapeuta fazia que resultava na melhora ou não do cliente passaram a ser investigadas, possibilitando um melhor entendimento do processo e a possibilidade de aperfeiçoá-lo (Silvares & Silveira, 2003).

Dentre as respostas encontradas, ganharam destaque as habilidades presentes no repertório do terapeuta, que poderiam ser responsáveis pela melhora do cliente. Habilidade aqui é entendida como as estratégias ou técnicas do terapeuta, que nada mais são do que comportamentos que ele deve apresentar para obter os resultados que deseja junto ao cliente

(Gongora, 1995).

Citando novamente a literatura de pesquisa em psicoterapia, Garfield (1995) fez um levantamento de quais fatores parecem contribuir para o alcance de resultados positivos na terapia. Dentre estes fatores são encontrados procedimentos que seriam realizados por todos os terapeutas, independente da linha teórica (fatores comuns) e outros que dependem da afiliação teórica (fatores específicos). Alguns dos fatores comuns elencados pelo autor e que encontram paralelos na literatura comportamental seriam:

1) As habilidades do terapeuta em estabelecer uma relação positiva com seu cliente (também chamada de aliança de trabalho ou aliança terapêutica), sendo cada vez mais constatado que a qualidade desta relação pode influenciar no processo terapêutico. Parece que habilidades como demonstrar interesse, empatia, aceitação, afeto positivo, ouvir, inspirar confiança, esclarecer dúvidas sobre o funcionamento do processo e reforçar as respostas do cliente de procurar ajuda e tentar mudar, são essenciais para o desenvolvimento de uma relação terapêutica positiva. Como consequência, o cliente teria uma maior abertura e motivação para se envolver no processo. Inclusive, pesquisas têm mostrado que a avaliação das percepções do cliente sobre a relação terapêutica no início da terapia tem sido capaz de prever ocorrências de atrito e resultados positivos, sendo a variabilidade nos graus de avaliação associada ao estilo de interação do terapeuta com o cliente (Follette & Callaghan, 1996). Segundo Meyer e Vermes (2001) é inquestionável que as características do terapeuta sobre o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica têm influência sobre o processo terapêutico. Estas têm, inclusive, caráter preditor de bons resultados no tratamento.

2) As habilidades do terapeuta para fazer interpretações e fornecer ao cliente um maior entendimento sobre suas dificuldades, que parece ter um impacto terapêutico no sentido de reduzir a ansiedade do cliente sobre seus problemas e deixá-lo esperançoso quanto à possibilidade de melhora. Segundo Skinner (1974), ao se tornar consciente de quais variáveis

afetam seu comportamento, uma pessoa estaria em melhor posição de mudá-lo. Um dos objetivos da terapia seria gerar auto-conhecimento, sendo importante a sensibilidade e habilidade do terapeuta para discriminar as contingências em operação no contexto de vida do cliente e no contexto terapêutico (realizar interpretações), bem como sua capacidade para levar o cliente a discriminá-las e a influenciá-las (Guilhardi & Queiroz, 2001).

3) Habilidades para facilitar a expressão de problemas e sentimentos por parte do cliente, através de uma relação positiva e fornecendo um ambiente no qual o cliente se sinta à vontade (capacidade do terapeuta para inspirar confiança no cliente e o aceitar sem julgamentos, sendo uma audiência não-punitiva). Segundo Kerbauy (2001) ao comparecer à sessão terapêutica, a pessoa está sofrendo. Não punir suas falas (com ironia, ridicularização, incompreensão) pode ser um ponto de partida para o início de um trabalho gratificante. A autora afirma que este cuidado é fundamental, principalmente nas primeiras sessões.

4) Reforçar os comportamentos do cliente ocorridos na terapia. Garfield (1995) afirma que embora terapeutas de outras abordagens não admitam que utilizem os procedimentos operantes durante as sessões, análises de sessões desses terapeutas têm mostrado que eles o fazem. Assim, uma das habilidades do terapeuta seria reforçar aquelas respostas do cliente que são desejáveis e colocar em extinção as indesejáveis, sendo isso feito de maneira mais sistemática pelos terapeutas comportamentais. Essa habilidade seria importante na medida em que consideramos que a relação estabelecida entre cliente-terapeuta proporciona um ambiente semelhante ao ambiente natural do cliente, facilitando a ocorrência de comportamentos-problema. Ou seja, os comportamentos que o cliente emite na sessão fazem parte de uma mesma classe de resposta do que os emitidos no seu ambiente natural, podendo, desta forma, serem modificados pelo terapeuta. As conseqüências liberadas pelo terapeuta na sua relação com o cliente, seriam o que levaria à mudança terapêutica, sendo importante a sua capacidade de identificar os comportamentos-problema do cliente e modelar comportamentos mais

adaptativos durante a sessão (Follette & Callaghan, 1996).

5) Muitos clientes carecem de informação sobre tópicos importantes da sua vida diária (sexualidade, por exemplo). Assim, parece que uma das habilidades importantes no repertório do terapeuta seria a de dar informações sobre as dúvidas e questões levantadas pelo cliente, sendo este procedimento visto como uma maneira de oferecer suporte ao cliente. No entanto, as informações fornecidas e o momento de fazê-las devem ser avaliadas e ter objetivos terapêuticos (Garfield, 1995).

6) Outra habilidade importante é a capacidade do terapeuta em tranquilizar e apoiar o cliente, assim como encorajá-lo e ajudá-lo a confrontar seus problemas. Range et al (1995) afirmam que oferecer apoio é um dos comportamentos a serem treinados, sendo importante para o sucesso terapêutico. Ele estaria relacionado com avaliações positivas do cliente em relação ao terapeuta e a terapia, assim como parece estar correlacionado a um posterior comportamento de cooperação por parte do cliente.

Já os fatores específicos seriam aqueles procedimentos utilizados de maneira específica pelos terapeutas de determinada abordagem, como as técnicas comportamentais (dessensibilização sistemática, exposição e prevenção de respostas entre outras) pelos terapeutas desta abordagem.

Em textos sobre formação de terapeutas comportamentais também foram encontradas alusões às habilidades relacionadas acima, quando os autores descreveram o que seria necessário treinar em terapeutas iniciantes.

Para Collins, Foster e Berler (1986), um programa de formação de terapeutas comportamentais deve ter como objetivo o treino: 1) das habilidades específicas da abordagem - avaliar as dificuldades do cliente a partir de uma perspectiva comportamental e conceitualizar estas dificuldades dentro de um modelo de Análise Funcional, o que inclui o domínio dos princípios teóricos da Análise do Comportamento. Ainda podem ser requeridas

habilidades para instruir o cliente sobre o desempenho de respostas específicas, para modelar respostas alternativas em seu repertório, utilizar ensaios comportamentais, fornecer avaliação específica sobre o seu desempenho e, planejar procedimentos que assegurem a generalização das respostas aprendidas pelo cliente. 2) das habilidades importantes a todos os terapeutas - capacidade em estabelecer uma relação terapêutica positiva - ajudar o cliente a entender seus problemas, encorajá-lo a emitir respostas que o ajude a enfrentar eventos aversivos, restaurar sua autoconfiança, demonstrar afeto, calor humano e interesse pelo cliente. Ainda devem ser treinadas as habilidades para elucidar os objetivos da terapia, corrigir concepções errôneas, responder questões, utilizar o mínimo de termos técnicos e discutir o racional de procedimentos e técnicas utilizadas.

Com relação às habilidades específicas, Banaco (1999), descreveu um modelo de atuação da Psicologia clínica fundamentada na abordagem comportamental de inspiração Behaviorista Radical. Segundo o autor, a grande ferramenta que os analistas do comportamento têm para descrever e manipular os comportamentos do seu cliente é análise funcional, ou seja, a análise das funções que o comportamento do cliente tem. É através desse tipo de análise que é possível encontrar as relações estabelecidas entre as respostas do indivíduo e seu meio, assim como escolher e aplicar métodos para modificar essas relações (técnicas comportamentais). Com relação ao uso das técnicas, equívocos podem ocorrer na decisão da sua aplicação. Quando esta decisão deriva de uma análise funcional, e a técnica é administrada por um analista do comportamento treinado para tal, os resultados serão benéficos para o cliente. Portanto, o terapeuta analítico-comportamental deve dominar tanto os princípios que regem o comportamento para realizar uma análise funcional adequada, quanto os princípios e procedimentos da várias técnicas de modificação do comportamento.

Concluindo, as competências necessárias ao terapeuta comportamental seriam aquelas relacionadas ao conhecimento sobre princípios básicos do comportamento, sobre avaliação

funcional, domínio das técnicas de modificação do comportamento, habilidades para coletar informações e avaliar a efetividade das intervenções, somada às habilidades interpessoais.

Esta sistematização de quais habilidades o terapeuta deve apresentar em seu repertório fornece condições para o delineamento de um perfil do terapeuta analítico-comportamental – requisito necessário para a definição de quais são os objetivos dos estágios da área clínica (Collins, Foster & Berler, 1986; Feltham & Horton, 2000; Ulian, 2002).

Neste sentido, esforços têm sido feitos na tentativa de construir programas, que promovam o desenvolvimento das habilidades já ditas como essenciais no repertório do analista do comportamento clínico e que diminuam as dificuldades enfrentadas pelos terapeutas iniciantes. Esses esforços se baseiam na afirmação de que as habilidades necessárias ao repertório do terapeuta são passíveis de treinamento, podendo ser ensinadas (Banaco, 1993; Bootzin & Ruggil, 1998; Gongora, 1995; Kerbaui, 2001).

3. PROGRAMAS PARA FORMAÇÃO DE TERAPEUTAS COMPORTAMENTAIS

O processo de supervisão como conhecemos hoje parece ter surgido por volta de 1920, mas foi somente a partir da década de 70 que o interesse por esta atividade cresceu, surgindo uma grande quantidade de publicações, pesquisas sobre o tema, novas abordagens e métodos (Bernard, 2005). No entanto, além de não existir uma padronização das metodologias utilizadas pelos supervisores, o que a torna efetiva ainda é desconhecido (Bennett-Levy & Beedy, 2007; Moreira, 2003). Somando-se estes fatores ao desenvolvimento crescente da terapia analítico-comportamental, ao aumento do número de psicólogos da abordagem e de cursos específicos para o ensino desta, bem como à crescente procura pelos serviços oferecidos por estes profissionais, há uma necessidade imediata de aprimorar os programas de treinamento, sendo urgente a realização de estudos sobre o tema (Collins, Foster & Berler,

1986; Guilhardi, 1988; Milne et al, 1999; Wright, Mathieu & McDonough, 1981).

Para conduzir uma avaliação de programas de treino de terapeutas, a literatura aponta alguns critérios que devem ser levados em consideração: 1) uma definição clara e operacional das habilidades terapêuticas a serem treinadas; 2) uma especificação das medidas utilizadas para avaliar essas habilidades; 3) uma descrição precisa e clara dos procedimentos utilizados durante o treinamento; 4) utilização de delineamentos que permitam afirmar que as habilidades desenvolvidas no repertório do terapeuta são realmente resultados do treinamento e não devido a outras variáveis; 5) uma avaliação do grau de generalização no tempo e para outros clientes das habilidades treinadas e, por fim, 6) uma avaliação da efetividade do programa em termos de mudanças positivas no cliente (Bergan, Kratochwill & Luiten, 1980; Bootzin & Ruggil, 1998; Isaacs, Embry & Baer, 1982; Thurber, 2005; Wright, Mathieu & McDonough, 1981).

De acordo com Wright, Mathieu e McDonough (1981), os programas de treinamento para terapeutas comportamentais podem ser agrupados de acordo com dois tipos de ênfase: no ensino de habilidades gerais, requeridas para o desempenho enquanto clínico, independente do cliente e da situação e, no ensino de habilidades específicas para o desempenho junto a um tipo de cliente ou situação específica, que demanda determinadas habilidades (por exemplo, ensino do Treinamento de Habilidades Sociais; treinamento para condução de entrevista inicial). Buscou-se, então, estudos que descreviam programas de formação de terapeutas comportamentais, tanto na literatura nacional quanto na internacional, sendo encontrados artigos que tinham como objeto de pesquisa os dois tipos de programa - treinamento de habilidades gerais e específicas.

Num primeiro momento, serão descritos os estudos que foram encontrados na literatura nacional. Podemos perceber que os artigos revistos tratavam mais de relatos de programas de formação de terapeutas analítico-comportamentais e as experiências vividas

pelos supervisores, do que de estudos sistemáticos.

Começando por Range et al (1995), encontrou-se uma descrição feita pela professora Rachel Kerbaux, responsável pelo primeiro curso brasileiro regular de modificação do comportamento. Os atendimentos eram feitos por grupos de quatro alunos e um profissional. Cada sessão era planejada com antecedência e os papéis distribuídos no grupo, de modo que todos desempenhassem as várias atividades (cobrar tarefa e discutir as dificuldades encontradas, conduzir a sessão propriamente dita, passar nova tarefa, observar o atendimento), podendo o profissional presente atuar quando julgasse necessário. Logo após a sessão o grupo discutia o caso e planejava o andamento da próxima sessão, bem como determinava as leituras necessárias. Como ainda não existiam gravações em vídeo, as observações eram feitas através do espelho unidirecional e o som ouvido através de furos que existiam no eucatex. Essas salas eram utilizadas com a finalidade de analisar o desempenho dos alunos durante a sessão. Parece que este foi um dos primeiros modelos de supervisão de terapeutas comportamentais no Brasil, sendo já utilizada a observação e discussão do desempenho do aluno na sessão, assim como a discussão do caso.

Ulian (2002) descreveu uma experiência de um programa de estágio com dois alunos na Universidade Federal da Bahia, que consistiu de três partes: 1) revisão de princípios básicos e análise funcional; 2) treino em entrevista (tendo como meta o treino de habilidades contidas na lista de desempenho de entrevista inicial de Gongora (1999)) e, 3) atendimento com supervisão e leituras concernentes aos casos atendidos. De acordo com a mesma, os resultados foram satisfatórios, já que um dos alunos desenvolveu, rapidamente, as habilidades requeridas para atendimentos psicoterápicos. O outro aluno, apesar das dificuldades, quando teve acrescentado ao seu treinamento um programa de Treinamento de Habilidades Sociais, também alcançou os resultados esperados. Mas, segundo a autora, os resultados não são generalizáveis, já que o estudo carece de rigor metodológico. Ela conclui ainda que apesar

desse limite, a experiência mostrou como é possível o desenvolvimento de habilidades necessárias ao terapeuta através de um programa como esse e fornece uma possibilidade de sistematizar um programa de estágio em clínica analítico-comportamental.

Gongora (1999) mostrou os resultados de uma investigação que teve como objetivo demonstrar como um programa sistemático de ensino da entrevista clínica pode contribuir para a formação de psicoterapeutas. O programa incluía três etapas: (1) discussão de um manual contendo os conceitos e instruções gerais sobre entrevista clínica, um modelo para entrevista inicial, um roteiro sugerindo dados a serem obtidos e uma descrição das principais habilidades de entrevistar. (2) desempenho de entrevista numa situação simulada. (3) desempenho de entrevista numa situação natural, observada pela supervisora através de registro em vídeo ou de espelho unidirecional e discutida com os outros alunos. Às duas últimas etapas seguia-se um procedimento de avaliação, onde eram feitas observação sobre o desempenho do terapeuta, utilizando-se de uma lista de verificação contendo vários itens relativos às classes de respostas desejáveis no repertório de terapeuta durante uma situação de entrevista clínica. A aprendizagem por parte dos alunos foi satisfatória, ocorrendo por parte destes a aprendizagem das habilidades de entrevista tidas como essenciais quando avaliados pela lista de verificação de desempenho na entrevista. Ainda, segundo a autora, este programa demonstrou uma metodologia que inclui o aluno de maneira gradual na prática clínica. Além disso, a introdução de observações individualizadas do desempenho dos alunos, sistematizadas com o auxílio da lista de verificação, permitiu detectar alguns poucos alunos com sérias dificuldades pessoais ou acadêmicas, possibilitando trabalhar estas dificuldades.

Com o objetivo de avaliar um programa para treino de habilidades de conduzir atividades lúdicas com crianças para 15 estudantes de Psicologia de uma universidade brasileira, um estudo foi conduzido por Silvaes e Silveira (2003). O programa constava de 12 sessões, duas vezes por semana, de 120 minutos cada uma. Os métodos utilizados foram: 1)

modelação, através da observação de uma terapeuta comportamental infantil conduzindo uma sessão de atividades lúdicas; 2) modelação por textos (consistiu de leituras de textos redigidos na voz ativa e que descreviam a interação de uma terapeuta comportamental infantil com seu cliente); 3) modelagem (foi presumida da interação que os estudantes tiveram com o próprio grupo e com as crianças durante o programa); 4) avaliações feitas sobre o desempenho do terapeuta pela pesquisadora e pelos colegas do grupo ao final da condução de uma atividade lúdica com uma criança; 5) instrução (nas sessões iniciais antes da sessão com uma criança). A avaliação do programa foi feita com base nos relatos escritos dos alunos, antes e após o treino. Os resultados indicaram que o programa foi efetivo na instalação de habilidades de condução de atividades lúdicas no repertório dos estudantes, comparando pré e pós-teste.

Também Regra (2001) fez uma descrição de um programa de treinamento para terapeutas comportamentais infantis desenvolvido no curso de Psicologia da Universidade de Mogi das Cruzes, através de uma disciplina teórica-prática. O programa funcionava da seguinte forma: 1) aula teórica, ministrada em grupo grande, sendo abordados temas que ofereciam subsídios teóricos para a execução da atividade prática; 2) supervisão (feita em grupos menores, de aproximadamente 10 alunos). Os alunos eram divididos segundo três papéis básicos: 1) terapeuta (realizava os atendimentos psicológicos; participava do planejamento das sessões e fazia leituras complementares, relacionadas ao caso atendido); 2) observador (observava os atendimentos através do espelho unidirecional, efetuava os registros da sessão, participava do planejamento dos casos e fazia leituras complementares relacionadas); 3) auxiliar (participava do planejamento do caso, confecção de material, leituras complementares e entrevistas eventuais com professores e outros profissionais envolvidos). A sequência das atividades práticas era a seguinte: triagem, entrevista familiar, entrevista com todos os membros juntos, entrevista de casal (pais), sessão fraterna (irmãos), sessão individual (criança) e os atendimentos posteriores (Grupo Psicopedagógico, Grupo

Emocional e Grupo de Pais). Durante a supervisão, o aluno relatava a sessão anterior e o planejamento da próxima, sendo analisado pelo grupo e pelo supervisor. O aluno entregava, ainda, um relatório escrito sobre cada atividade prática realizada, para ser analisado pelo supervisor com comentários escritos, e discutidos na próxima supervisão. Com relação a resultados alcançados pelo programa, a autora não fornece dados.

Starling (2002) descreveu um programa de estágio que vem sendo desenvolvido na Universidade Federal de São João Del Rei, desde o ano de 2000. O estágio tinha um total de 30 semanas, sendo as cinco primeiras reservadas para o treinamento de algumas habilidades necessárias para a avaliação comportamental, revisão conceitual e também, para o treinamento da condução de um diagnóstico clínico convencional. As quatro etapas da intervenção clínica (avaliação, intervenção, término e acompanhamento) começavam a partir da sexta semana, sendo o atendimento em duplas (um terapeuta e um co-terapeuta, podendo os alunos se revezar na função). Cada dupla era observada por uma outra dupla de estagiários, havendo, também, um revezamento entre observadores-terapeutas (mas cada dupla tinha seu próprio cliente). A observação era feita através do espelho unidirecional e de acordo com uma lista de verificação de desempenho de terapeutas (adaptada do original de Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). O instrumento consistia de uma lista de comportamentos do terapeuta, já identificados pela literatura como críticos para o alcance de resultados satisfatórios, onde os estagiários observadores deveriam marcar a ocorrência ou não das classes de respostas listadas. Após cada atendimento, as duas duplas discutiam o atendimento, e os observadores forneciam avaliações e faziam comentários sobre o desempenho na sessão, de acordo com o instrumento. As duplas de terapeutas filmavam um atendimento por mês, e selecionavam 15 minutos para o supervisor assistir e avaliar, além de apresentarem uma avaliação funcional do caso. Paralelamente, os estagiários eram solicitados a estudar uma série de textos, selecionados pelo supervisor, relacionados a cada etapa do estágio. Entretanto, o autor não

apresenta dados referentes aos resultados alcançados. O presente trabalho partiu deste programa.

Por último, foi também encontrado um trabalho realizado por Novaki (2003) com o objetivo de avaliar se existiam diferenças entre terapeutas iniciantes e experientes no que se refere à capacidade de identificar e descrever o que um terapeuta faz em sessão e justificar essas ações, assim como avaliar se a introdução de um modelo afeta as descrições e justificativas dos alunos. A autora pode verificar que o participante experiente identificou mais intervenções na transcrição de cinco sessões realizadas por um terapeuta do que os participantes inexperientes, assim como soube relacioná-las aos princípios da Análise do Comportamento. Quando estas descrições e justificativas foram apresentadas aos participantes inexperientes, servindo como modelo, observou-se que houve um aumento na identificação de intervenções e melhor elaboração das justificativas destas ações. Apesar de não ser um estudo diretamente sobre programa para formação de terapeutas, ele mostra como um método de ensino (dar modelos) pode ser uma forma de ensinar terapeutas iniciantes.

Já na literatura internacional observa-se que os métodos utilizados durante o treinamento e a supervisão não diferem muito dos utilizados pelos supervisores brasileiros, mas foram encontrados estudos empíricos sobre o tema, como veremos a seguir.

Bailey, Deardoff e Nay (1977) conduziram uma investigação com o objetivo de medir os efeitos de três métodos para treinamento de habilidades de entrevista com 48 estudantes de psicologia. Estes participantes foram distribuídos aleatoriamente em quatro grupos: 1) treinamento utilizando desempenho de papéis - o estudante recebia uma série de instruções escritas de como o terapeuta deve se comportar na primeira entrevista. Conduzia a entrevista durante 12 minutos. Após um intervalo de 12 minutos, onde tanto ele como o cliente preenchiam a escala de percepção do cliente, era pedido que novamente conduzisse a entrevista. 2) desempenho de papéis mais auto-observação em vídeo - nesta situação, além de

repetir o procedimento anterior, era introduzido a exibição do vídeo com o participante conduzindo a entrevista entre a primeira e a segunda sessão, sendo este instruído a observar o seu desempenho. 3) desempenho de papéis mais modelação - além do primeiro procedimento, entre a primeira e segunda sessão o participante era exposto a um vídeo de um terapeuta experiente conduzindo uma entrevista e 4) grupo sem intervenção. Uma grade de categorias foi construída a fim de avaliar o desempenho dos estudantes durante 12 minutos de entrevista. As categorias foram divididas em Comportamentos Verbais (perguntas terapeuticamente relevantes ou irrelevantes, respostas de aceitação, auto-referência, reflexões, conteúdo da fala e riso) e Comportamentos Não-Verbais (contato facial, gestos de mãos, assentimento de cabeça, seguimento das instruções fornecidas, sorrisos, inclinar-se para frente, reposicionamento do corpo). Além dessa medida, foi utilizado um Questionário de Reação Pessoal do Cliente (que mede a efetividade do terapeuta na percepção do cliente), além de duas escalas que mediam a auto-percepção do terapeuta e uma na qual o terapeuta avaliava suas atitudes. As medidas pré e pós-intervenção mostraram que a modelação produziu mudanças maiores no desempenho do terapeuta, seguida do procedimento de auto-observação e pelo de desempenho de papéis. Concluiu-se que o procedimento de modelação tem um grande impacto no ensino de habilidades de entrevista, a observação em vídeo teve resultados inconsistentes e o desempenho de papéis pareceu ineficiente quando utilizado sozinho. Também a auto-observação em vídeo não tem muitos efeitos quando utilizado sozinho, devendo ser utilizado juntamente com outros procedimentos, como instruções de quais aspectos o participante deve observar e comentários positivos, destacando os desempenhos adequados. Os autores ressaltaram, ainda, que os resultados deste estudo não podem ser generalizados, já que as sessões eram de curta duração e os clientes eram sujeitos treinados para desempenhar tal papel.

Com o objetivo de avaliar os efeitos de três procedimentos de treinamento sob o

desempenho de profissionais de saúde mental em Treino de Habilidades Sociais, Wright, Mathieu e McDonough (1981) conduziram um estudo com 39 participantes, distribuídos aleatoriamente em três grupos. Todos os participantes recebiam um pacote de leitura sobre Treinamento de Habilidades Sociais e assistiam a um vídeo de um terapeuta conduzindo tal treino. Além disso, cada grupo tinha um procedimento específico. Os participantes do Grupo 1 recebiam, ainda, instruções, participavam de ensaios comportamentais e recebiam comentário sobre o desempenho por um total de 20 horas. O procedimento utilizado no Grupo 2 era no formato de seminário, onde eram discutidas questões levantadas a partir da leitura e do vídeo, também num total de 20 horas. Já o Grupo 3 foi feito num formato de workshop, onde os participantes recebiam instruções de como conduzir um Treinamento de Habilidades Sociais, durante seis horas. As medidas, tomadas antes e após a intervenção, foram: um questionário que media os conhecimentos sobre os princípios envolvidos no Treinamento de Habilidades Sociais, sua capacidade para avaliar as habilidades sociais de um cliente através de situações gravadas em vídeo e seu desempenho numa situação simulada (onde eram avaliadas suas habilidades de elaborar um diagnóstico, fornecer o racional do procedimento, auto-monitoramento, fazer ensaio comportamental, fornecer avaliações e comentários ao cliente e, dar modelos), de acordo com observadores treinados. Os resultados mostraram que todas as três condições de intervenção tiveram efeitos significativos no desempenho do terapeuta e no seu nível de conhecimentos sobre o Treinamento de Habilidades Sociais, não havendo diferenças significativas entre os participantes dos grupos. Os autores discutem a possibilidade de estes resultados serem devido ao procedimento de modelação nos três grupos. Esperava-se que o grupo em formato de seminário tivesse um desempenho pior do que o primeiro grupo, já que eram feitas apenas discussões sobre o Treino de Habilidades Sociais, seguido do grupo em formato de workshop, devido ao menor tempo de treinamento (seis horas). Com relação à capacidade de avaliar as habilidades sociais de um cliente em

situação de vídeo, os participantes dos Grupos 1 e 3 mostraram um aumento mais significativo do que os participantes do grupo em formato de seminário. De acordo com os autores, este resultado pode ser efeito do fato de que tanto o Grupo 1 como o grupo em formato de workshop recebiam instruções de como conduzir cada fase do Treinamento de Habilidade Sociais, incluindo a utilização conceitos e de exemplos de comportamentos habilidosos ou não de clientes. Já o grupo em formato de seminário era exposto a esses conceitos e exemplos de acordo com o conteúdo da discussão.

Miltenberger e Veltum (1988) realizaram dois estudos que tiveram como objetivos: 1º) avaliar a efetividade de um programa auto-aplicável (com instruções breves e modelos escritos e em áudio) para ensinar os participantes a conduzir entrevistas de avaliação comportamental. 2º) avaliar a efetividade de apenas um componente deste programa – instruções escritas. O programa foi aplicado a quatro estudantes de graduação em Psicologia no primeiro estudo e seis no segundo, de acordo com um delineamento de linha-de-base múltipla através de participantes. O treinamento - instruções breves e modelos escritos e em áudio - foi introduzido após a linha-de-base, e quando as respostas estavam estabilizadas, foi introduzida uma fase onde os participantes recebiam, através de um procedimento de comentários, avaliações sobre os pontos positivos e/ou corretivos do seu desempenho. As sessões foram gravadas em áudio, e quando avaliadas, a ocorrência da emissão das habilidades treinadas pelo programa teve sua frequência aumentada. Já no segundo estudo, o procedimento foi o mesmo, com exceção de que na fase de treinamento só foram introduzidas as instruções escritas. Somente dois participantes apresentaram aumento na frequência de ocorrência das habilidades treinadas, sendo necessário introduzir o procedimento de modelação através do áudio para os outros quatro participantes. Quanto ao procedimento de comentário, todos os estudantes participaram desta fase. Os resultados levaram os autores a concluir que somente as instruções não são suficientes para a instalação de habilidades de

entrevista em estudantes de Psicologia, sendo também necessário a modelação e o fornecimento de avaliação após a sessão.

Iwata et al (1982) também descrevem dois estudos delineados com o objetivo de avaliar e ensinar habilidades de entrevistas para estudantes de Psicologia. No primeiro experimento participaram oito estudantes de Psicologia, que fizeram cerca de nove entrevistas, tendo como clientes outros alunos. Foi avaliada a ocorrência de 25 respostas do entrevistador e 15 respostas do cliente, que se dividiam em dois grupos – fornecer informação e aprovar propostas do entrevistador. Foi utilizado um delineamento de linha-de-base múltipla através de participantes, sendo o programa de treinamento introduzido após a 3ª, 4ª ou 5ª sessão de entrevista. O treinamento consistiu de um curso com instruções sobre como conduzir uma entrevista e fazer contrato, distribuição de material escrito (manual), execução de exercícios por escrito e duas sessões de desempenho de papéis, observadas por um pesquisador com discussão sobre o desempenho logo após. Também foram introduzidos comentários e reforçamento em diferentes momentos. Os resultados mostraram que houve uma melhora nas habilidades de entrevistar dos participantes e aumentos, também, na frequência de respostas dos clientes. Os autores concluíram que os procedimentos adotados (instruções por escrito, ensaio através de desempenho de papéis e comentários com avaliações sobre o desempenho) foram efetivos em melhorar as habilidades de entrevista do estudante e garantir a coleta de informações dos clientes em condições simuladas. Já o segundo estudo foi uma replicação do primeiro em ambiente natural. Participaram sete terapeutas de um hospital pediátrico, que atendiam clientes entre 0-21 anos com grande variedade de queixas. Foram avaliadas as ocorrências de 33 respostas do entrevistador e a resposta do cliente de fornecer a informação requerida. Também foi utilizado o delineamento de linha-de-base múltipla através de participantes, sendo os profissionais observados através de espelho unidirecional. Os comentários e avaliações eram feitos pelos colegas que foram treinados e também pelo

pesquisador. Os resultados mostraram que o desempenho dos participantes melhorou em comparação com a linha-de-base, sendo estes ganhos mantidos, como verificado no seguimento realizado após quatro meses.

Isaacs, Embry e Baer (1982) conduziram um estudo que teve como objetivo testar a efetividade de um programa de treinamento de habilidades (dar instruções, fornecer informações e elogiar o comportamento dos pais) para terapeutas familiares e avaliar os resultados nos comportamentos dos pais e crianças atendidas. A amostra consistiu de 15 participantes (cinco trios de estudantes-pais e um filho em idade pré-escolar), que estiveram envolvidos no estudo aproximadamente três meses. O programa foi introduzido através de um delineamento de linha-de-base múltipla através de participantes, dividido em: 1) linha-de-base com pais-crianças (sessões onde o treinando apenas observava a interação entre pai-criança, sem fornecer instruções); 2) linha-de-base com treinandos (o experimentador falava para os alunos conduzirem a sessão, sem fornecer instruções nem avaliações sobre o desempenho); 3) programa de treinamento (foi realizado um treino, individual, dividido em dois componentes). Este programa consistiu da introdução de um manual de treinamento de pais, apresentação de modelos de atendimento em vídeo e ensaio comportamental. A segunda parte consistiu de procedimento de fornecer avaliações sobre o desempenho, sendo que o treinando reunia-se com o pesquisador por 15 minutos antes e após a sessão. As sessões eram filmadas e também observadas através do espelho unidirecional. Os resultados mostraram um aumento significativo na frequência da emissão das habilidades treinadas e na das respostas instruídas aos pais.

Um estudo para avaliar o impacto de um programa de treinamento em Terapia Cognitiva sobre a competência do terapeuta e sobre as melhoras alcançadas pelo cliente foi conduzido por Milne et al (1999). O programa consistiu de 40 encontros. Nestes encontros os terapeutas participavam de três horas de aulas onde recebiam instruções dos professores, duas

horas de trabalho clínico e uma hora e meia a duas horas de supervisão em duplas. As sessões eram gravadas e assistidas nas supervisões, onde também eram utilizadas técnicas de role-play e modelação. Participaram do estudo 20 duplas terapeuta-cliente. As medidas utilizadas foram a Escala de Terapia Cognitiva (CTS-R) para avaliar a competência do terapeuta e o Inventário de Respostas de Enfrentamento (CRI) para avaliar o impacto clínico sobre o cliente. Estas medidas foram tomadas antes e após o programa de treinamento. A hipótese era de que o treino administrado aos terapeutas resultaria em aumento nas competências terapêuticas dos participantes, levando a uma melhora nas estratégias de enfrentamento dos clientes. Os resultados mostraram que a hipótese era verdadeira, havendo um aumento significativo na competência geral do terapeuta medida pela CTS-R, assim como um aumento significativo no grau de estratégias de enfrentamento dos clientes, medido pelo CRI. Para os autores, esta última medida é uma das principais características do estudo, sendo uma medida importante na avaliação de programas de treinamento. No entanto, os autores afirmam ainda que algumas limitações deste estudo devem ser consideradas e revistas em futuras pesquisas. Primeiro vários métodos podem ser empregados para ensinar habilidades terapêuticas e deve ser avaliada a efetividade de cada um deles. Segundo, não foi utilizado um grupo controle, o que aumentaria a certeza de que os resultados alcançados foram devidos ao programa e não a outras variáveis. E, por último, eles sugerem a necessidade de avaliar a generalização dos resultados para outras respostas do terapeuta, para outras situações e no tempo.

Strosahl, Hayes, Bergan e Romano (1998) avaliaram o impacto de um treinamento em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) sobre o desempenho de terapeutas e também sobre o cliente. Os terapeutas foram divididos em dois grupos – um composto por oito participantes que passaram pelo treinamento e um segundo grupo composto por 10 terapeutas que serviram como controle. O treinamento em ACT envolveu workshops onde ocorreram atividades expositivas, discussão de manual de terapia, questões relativas estratégias clínicas e

observação de sessões. Após, foram formados grupos de supervisão, que se encontravam mensalmente, para discutir os casos atendidos, assistir sessões gravadas em vídeo, participar de role playing de técnicas da ACT e discutir estratégias críticas desta terapia. O processo durou 1 ano e foram feitas medidas pré e pós-treinamento. Os resultados indicaram que os clientes dos terapeutas que passaram pelo treino tiveram mais probabilidade de terminarem a terapia após cinco meses e, também, desenvolveram mais estratégias de enfrentamento. No entanto, este estudo parece não ter avaliado o desempenho dos terapeutas propriamente dito, enfocando mais no impacto do treinamento sobre os terapeutas, podendo ser esta uma das maneiras de verificar a efetividade de um programa de treinamento de terapeutas.

Follette e Callaghan (1995), baseados numa perspectiva behaviorista radical, propõem um método de supervisão e descrevem procedimentos que permitem avaliar mudanças no comportamento do terapeuta e mudanças subseqüentes nos comportamentos do cliente. A metodologia que tem sido desenvolvida por estes autores tem se centrado em fornecer avaliações na sessão e não envolve o fornecimento de regras e instruções diretas. Tem como objetivo diminuir as desvantagens do treino baseado somente no fornecimento de instruções diretas, melhorar a eficiência do treino de terapeutas para que ele possa fazer discriminações complexas e modelar repertórios terapêuticos mais efetivos e sofisticados. O procedimento consiste em fornecer uma avaliação visual para o terapeuta, em tempo real, na forma de aumento e diminuição da intensidade de uma luz. O supervisor senta-se atrás do espelho unidirecional e assiste o treinando conduzindo a sessão. Enquanto observa, o supervisor avalia a efetividade do terapeuta usando uma alavanca conectada a um computador. O computador grava a posição da alavanca a cada segundo e transmite a informação para um vídeo que está localizado dentro da sala de atendimento, atrás do cliente e de modo que o terapeuta o veja. O supervisor é instruído a empurrar a alavanca quando avalia o comportamento do terapeuta como efetivo (gerando um aumento na intensidade da luz), e a puxar para trás quando não está

sendo efetivo (ocorrendo diminuição da luz). Quando o terapeuta avalia o desempenho do terapeuta como neutro ele é instruído a deixar a alavanca na posição central. Estas avaliações são baseadas nas informações que o supervisor tem do caso e nos objetivos programados para a sessão. As metas alcançadas por esse tipo de procedimento seriam: 1) o terapeuta pode aprender a discriminar elementos de uma classe de comportamentos importante quando eles ocorrerem pela simples informação visual da luz. O terapeuta permanecerá sensível às contingências e formulará suas próprias regras; 2) fornece reforçamento externo para modelar o comportamento do terapeuta. Os autores descrevem, ainda, que a efetividade do programa sobre o desempenho do terapeuta deverá ser avaliada através de um delineamento de linha-de-base múltipla através de comportamentos. O supervisor pode modelar cada comportamento de uma vez e continuar a fazer a linha-de-base para os outros comportamentos que ainda não foram alvo da modelagem. No entanto, dados sobre a efetividade deste método não foram expostos.

Thurber (2005) conduziu um estudo para avaliar a efetividade de três métodos de supervisão direta sobre o desempenho de terapeutas de casal. Foram comparados três procedimentos através dos quais um supervisor fornecia feedback para o terapeuta aprendiz enquanto a sessão estava ocorrendo, de 10 em 10 minutos. Os procedimentos testados foram: o uso do ponto no ouvido, o telefone na sala para comunicação com o supervisor e dicas exibidas em um monitor colocado estrategicamente atrás do cliente. Participaram da pesquisa três terapeutas, alunos de um curso de treinamento em terapia de família e casal. Os dados foram analisados em termos de qual método pareceu mais efetivo ao promover uma maior aderência do terapeuta ao protocolo de intervenções sugeridas pelo supervisor, esse seguimento se manter em sessões de follow-up e mudanças positivas nos clientes (medidas através de escalas que medem progressos na terapia e também direcionadas a relacionamento de casais). Os resultados indicaram que o uso do telefone foi a forma menos efetiva de

supervisão. Nas sessões de follow-up o procedimento de receber feedbacks através de monitor na sala de atendimento parece ter sido o mais efetivo em manter o seguimento das instruções do supervisor, assim como foi o método que apresentou melhores resultados em termos de mudanças nos comportamentos dos clientes.

Também Rosenberg (2006) descreve um método de treinamento que utiliza recursos tecnológicos para fornecer feedback sobre o desempenho de terapeutas iniciantes em tempo real, ou seja, no momento em que conduzem a sessão. O processo de treinamento de terapeutas utilizando este método, chamado de *Real-Time Training (RTT)*, envolve a gravação da sessão do terapeuta aprendiz através de um espelho unidirecional enquanto ele conduz a sessão. O equipamento disposto na sala de observação permite que o supervisor digite, simultaneamente, textos avaliando o desempenho do terapeuta. No entanto, diferente do método proposto por Follette e Callaghan (1995), no RTT o aprendiz não tem acesso ao feedback enquanto está com o cliente, para não causar transtornos ou interrupções na sessão. Ele recebe o vídeo da sessão contendo os comentários do supervisor momento a momento quando o atendimento foi finalizado. Assim, ao rever sua sessão, o terapeuta assiste à sua própria sessão e aos comentários do supervisor simultaneamente (semelhante a um filme contendo legendas). De acordo com o autor, pesquisas preliminares apontam uma efetividade deste procedimento no ensino de habilidades a terapeutas iniciantes.

A partir desses autores, e da revisão de literatura feita sobre formação de terapeutas analítico-comportamentais, podemos tirar algumas conclusões:

I. Com relação aos métodos de ensino foram utilizados: **aulas expositivas** (Milne et al, 1999; Regra, 2001); **supervisões** (Gongora, 1999; Range et al, 1995; Regra, 2001; Strosahl et al, 1998; Ulian, 2002); **leituras de textos relacionados ao caso** (Range et al, 1995; Regra, 2001; Ulian, 2002); **ensaios comportamentais** (Bailey, Deardoff & Nay, 1977; Gongora, 1999; Isaacs, Embry & Baer, 1982; Iwata, 1982; Milne et al, 1999; Strosahl et al, 1998; Ulian,

2002; Wright, Mathieu & McDonough, 1981); **treino em situação natural** (Follette & Callaghan, 1995; Gongora, 1999; Iwata, 1982; Isaacs, Embry & Baer, 1982; Milne et al, 1999; Miltenberger & Veltum, 1988; Range et al, 1995; Regra, 2001; Silhares & Silveira, 2003; Starling, 2002; Ulian, 2002); **modelação - através de observação do atendimento de terapeutas mais experientes ou videoteipes de sessões de seu próprio supervisor** (Bailey, Deardoff & Nay, 1977; Isaacs, Embry & Baer, 1982; Milne et al, 1999; Miltenberger & Veltum, 1988; Range et al, 1995; Silhares & Silveira, 2003; Strosahl et al, 1998; Wright, Mathieu & McDonough, 1981); **discussão de relatórios dos atendimentos** (Regra, 2001); **instruções, escritas ou faladas** (Bailey, Deardoff & Nay, 1977; Gongora, 1999; Isaacs, Embry & Baer, 1982; Iwata, 1982; Milne et al, 1999; Miltenberger & Veltum, 1988; Range et al, 1995; Silhares & Silveira, 2003; Wright, Mathieu & McDonough, 1981); **comentários e avaliações imediatas ao desempenho** (Follette & Callaghan, 1995; Gongora, 1999; Isaacs, Embry & Baer, 1982; Iwata, 1982; Miltenberger & Veltum, 1988; Silhares & Silveira, 2003; Starling, 2002; Wright, Mathieu & McDonough, 1981), **listas com categorias relacionadas ao desempenho do aprendiz** (Gongora, 1999; Range et al, 1995; Starling, 2002); **registros em vídeo ou áudio para posterior avaliação do supervisor** (Gongora, 1999; Isaacs, Embry & Baer, 1982; Miltenberger & Veltum, 1988; Range et al, 1995; Starling, 2002; Strosahl et al, 1998), **observações do desempenho do aluno na sessão através de espelho unidirecional para posterior discussão** (Follette & Callaghan, 1995; Gongora, 1999; Isaacs, Embry & Baer, 1982; Iwata, 1982; Miltenberger & Veltum, 1988; Range et al, 1995; Rosenberg, 2006; Silhares & Silveira, 2003; Starling, 2002). Estes dados confirmam a afirmação de Campos (1995) e Range et al (1995) de que os métodos mais utilizados no treino de terapeutas têm sido aulas expositivas, leituras de textos ou manuais, supervisão, ensaios comportamentais, atendimentos de clientes, modelação, análise de registros em vídeo ou escritos, observação do desempenho na sessão através de espelho unidirecional e comentários e avaliações imediatos.

Com relação ao uso destas estratégias, para Vandenberghe (1999) o objeto da supervisão é o comportamento do terapeuta na sessão terapêutica e esse comportamento é modelado por contingências e governado por regras. Assim, a tarefa do supervisor consiste em modificar o comportamento do supervisionando em uma situação outra, que não a de supervisão sendo, pois, idêntica à situação do terapeuta que tenta mudar, pela interação com seu cliente, o comportamento deste fora da situação terapêutica. Os tipos de intervenções, as análises e a dinâmica dos dois processos são análogos. A aplicação dos achados da ciência do comportamento é, então, sustentada pelos mesmos motivos, tanto na supervisão quanto na terapia analítico-comportamental. Neste sentido, não há surpresa quanto aos procedimentos que têm sido propostos para instalar as habilidades em terapeutas, pois são os mesmos que têm sido usados para ajudar os clientes a adquirir novas habilidades: modelação ao vivo, vídeo ou escrita, reforçamento, ensaio comportamental, comentários e avaliações sobre o desempenho, dar dicas, ensino da teoria (behaviorismo radical, Psicologia experimental e teoria da aprendizagem) e auto-monitoramento. A surpresa está, dada à ênfase empírica da terapia analítico-comportamental, na escassez de pesquisas avaliando a efetividade destes procedimentos no treino de habilidades terapêuticas (Bootzin & Ruggill, 1988; Campos, 1989; Collins, Foster & Berler, 1986).

II. Na literatura nacional existem poucos estudos que avaliem a eficácia de programas de treino de terapeutas analítico-comportamentais, tendo sido encontrados, principalmente, artigos que descreviam propostas de estágios e as experiências vividas pelos supervisores e alunos. Quando há alguma avaliação é de maneira não sistemática. Somente Gongora (1999), Novaki (2003) e Silvaes e Silveira (2003) fizeram uma avaliação do programa delineado para instalar habilidades treinadas em seus estudos. Já na literatura em inglês, a maioria dos artigos encontrados utilizou delineamentos experimentais para avaliar se determinados procedimentos resultariam na melhora do desempenho de terapeutas (Bailey, Deardoff &

Nay, 1977; Isaacs, Embry & Baer, 1982; Iwata et al, 1982; Milne et al, 1999; Miltenberger & Veltum, 1988; Strosahl et al, 1998; Wright, Mathieu & McDonough, 1981). Mesmo Follette e Callaghan (1995), que não fornecem dados sobre o programa, propõem um delineamento para o fazerem. Também Rosenberg (2006) não deixa bem claro como foram conduzidos os estudos para testar a efetividade do seu procedimento de feedback em tempo real, mas este não era o objetivo de seu artigo. Mesmo assim, este autor cita pesquisas que comprovam a efetividade do método.

Alguns autores, já citados anteriormente, têm afirmado que os cursos de Psicologia e para formação de terapeutas são demasiadamente teóricos e que não dispõem contingências efetivas para a instalação das habilidades do terapeuta. No entanto, parece que essa realidade vem mudando e muitos professores têm delineado programas de formação dispondo contingências para instalar essas habilidades. O problema parece ser a escassez de evidências sobre a efetividade desses programas de treinamento. Embora exista um número considerável de escritos teóricos sobre o processo de supervisão, os estudos encontrados sobre o tema limitam-se a descrever experiências de ensino, existindo pouca literatura empírica que enfoque a avaliação dos procedimentos de supervisão existentes (Bergan, Kratochwill & Luiten, 1980; Collins, Foster & Berler, 1986; Follette & Callaghan, 1995; Gongora, 1995; Milne et al, 1999; Thurber, 2005; Wright, Mathieu & McDonough, 1981), principalmente na literatura nacional e menos na literatura de língua inglesa (Beckert, 2002). Kaufman & Korner (1997) enfatizam que o treinamento em psicoterapia é uma área negligenciada no estudo empírico e as pesquisas têm produzido poucos dados comprovando a eficácia dos métodos de treinamento para mudar o comportamento do estudante na direção dos objetivos propostos e favorecem o desempenho terapêutico efetivo. Além disso, não são realizadas comparações para medir a efetividade de diferentes métodos de ensino. Confirmando a afirmação destes autores, um levantamento feito por Goodyear, Bunch e Claiborn (2005) apontou que a maioria

dos 49 artigos sobre o tema Supervisão publicados em jornais de psicologia entre os anos de 1999 a 2004 foram categorizados como conceituais/teóricos. Todas estas observações parecem se aplicar bem à realidade nacional, como já foi dito acima. Os estudos encontrados na literatura nacional mostram que existem várias propostas de programas para formação de terapeutas analítico-comportamentais e algumas bastante sistematizadas. Agora, parece ser necessário dar um passo adiante, no sentido de testar a efetividade destas propostas.

III. Um dos pontos que deve estar explicitado em cada proposta de programa de treinamento é com relação aos comportamentos específicos que constituem as habilidades terapêuticas a serem treinadas. Todos os estudos encontrados explicitaram quais habilidades estavam treinando, mas o grau de especificidade e operacionalização dos desempenhos alvo varia. Por exemplo, os estudos de Silvaes e Silveira (2003) e Regra (2001) abordam o treino de habilidades para atendimento infantil, no entanto não são especificadas quais seriam as habilidades requeridas para este tipo de intervenção. Fala-se de condução de atividades lúdicas, entrevistas com pais, atendimento familiar, mas sem uma operacionalização de como seriam estes desempenhos. Strosahl et al (1998) fala no treinamento em Terapia de Aceitação e Compromisso, mas não especifica as habilidades desenvolvidas. Já Isaacs, Embry e Baer (1982) especificam o treino das habilidades de fornecer instruções e informações a pais, assim como a habilidade para reforçar o comportamento destes. Range et al (1995) fala do treino em procedimentos para modificação do comportamento, mas sem especificar também as habilidades requeridas. Bailey, Deardoff e Nay (1977), Gongora (1999), Iwata et al (1982), Milne et al (1999), Miltenberger e Veltum (1988), Starling (2002), Ulian (2002) e Wright, Mathieu e McDonough (1981) deixam claro quais comportamentos estavam treinando. Esta definição é feita, principalmente através de escalas ou listas contendo as habilidades alvo do treinamento.

IV. Ter uma medida que possa aferir o grau de efetividade do treino é de suma

importância. Com relação às medidas utilizadas para avaliar essas habilidades, os estudos de Bailey, Deardoff e Nay (1977), Gongora (1999), Iwata et al (1982), Milne et al (1999) e Miltenberger e Veltum (1988), Starling (2002), Ulian (2002) e Wright, Mathieu e McDonough (1981), sugeriram a utilização de escalas para avaliação do desempenho do terapeuta. Alguns destes autores utilizaram como medida a frequência das respostas-alvo do treinamento em seus estudos (Miltenberger & Veltum, 1988; Iwata et al, 1982; Isaacs, Embry & Baer, 1982, Milne et al, 1999 e Wright, Mathieu & McDonough, 1981). Já Silvaes e Silveira (2003) mediram o impacto do programa através dos relatórios dos participantes.

V. Todos os autores fizeram descrições precisas dos procedimentos utilizados durante o programa de treinamento, sendo este um aspecto relevante para tentar um delineamento de qual procedimento é mais efetivo no treino de terapeutas.

VI. Alguns autores fizeram medidas pré e pós-intervenção, procurando avaliar se houve um impacto da intervenção sob o desempenho do participante (Bailey, Deardoff & Nay, 1977; Milne et al, 1999; Strosahl et al, 1998 e Wright, Mathieu & McDonough, 1981). Miltenberger e Veltum, 1988; Iwata et al, 1982 e Isaacs, Embry e Baer, 1982 utilizaram um delineamento de linha-de-base múltipla através de sujeitos a fim de avaliar o impacto do treinamento. Somente os estudos de Bailey, Deardoff e Nay (1977) e Strosahl et al (1998) fizeram uso de grupo controle. Os outros estudos não utilizaram delineamentos que pudessem dizer se as mudanças ocorridas eram devidas ao treinamento ou a outras variáveis.

VII. A maioria dos estudos revistos não mediu o grau de generalização e manutenção das habilidades terapêuticas alcançados pelos programas de treinamento. Somente Iwata et al (1982) fez um seguimento de quatro meses.

VIII. Com relação à avaliação da efetividade do programa em termos de mudanças positivas para o cliente, três estudos avaliaram esse aspecto (Isaacs, Embry & Baer, 1982; Milne et al, 1999 e Strosahl et al, 1998). O estudo de Bailey, Deardoff e Nay (1977) utilizou não uma

medida de mudanças no cliente, mas uma escala que avaliava como a percepção que este tinha do desempenho do terapeuta.

IX. Todos os programas descritos pelos autores são compostos de vários procedimentos. Somente os estudos de Bailey, Deardoff e Nay (1977) e Wright, Mathieu e McDonough (1981), fizeram comparações de métodos de treinamento. Os outros estudos somente avaliaram a eficácia dos programas completos. Gongora (1995) afirma ainda que os estudos que são empíricos não deixam claro quais os elementos críticos dos treinamentos, porque, em geral, avaliam a aplicação de pacotes com vários métodos.

Um dos componentes dos estudos revistos é a utilização de uma lista que contém as habilidades que o terapeuta analítico-comportamental deveria emitir durante a sessão (Starling, 2002). O objeto de pesquisa do presente estudo foi desenvolver uma lista contendo estas habilidades (a partir de uma já elaborada por este autor) e testar a efetividade de um procedimento que utilize este tipo de instrumento num programa de formação de terapeutas. Assim, no próximo capítulo será descrito o que é este instrumento, como ele é utilizado e quais os fundamentos para sua utilização.

4. UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE TERAPEUTAS ANALÍTICO-COMPORTAMENTAIS

A partir da discussão realizada até o momento, ficou clara a necessidade de avaliar quais estratégias são úteis nos treinamentos de terapeutas. Esta pesquisa procura demonstrar a validade de fornecer ao terapeuta iniciante uma lista de verificação de desempenho para que ele possa se avaliar, através da auto-observação. Este pode ser um procedimento útil, a ser incluído em programas de formação de terapeutas analítico-comportamentais.

Alguns autores afirmam que este tipo de instrumento possibilita o estabelecimento de metas para o treinamento de terapeutas, facilita a observação e registro da ocorrência ou não

das classes de respostas que deveriam ser emitidas pelo terapeuta (Gongorra, 1999; Rangé et al, 1995; Starling, 2002), tornando possível avaliar a evolução do terapeuta-estagiário ao longo do treino, assim como propicia uma modelagem por permitir que o reforçamento incida sobre respostas especificadas.

Este autor afirma ainda que ao ficar, frequentemente, exposto à lista de verificação para observar os atendimentos o terapeuta fica mais exposto às regras de desempenho contidas neste instrumento, tendo assim uma probabilidade aumentada de induzir a resposta-alvo em situação de desempenho clínico. Diante de itens como: “Solicitar informações sobre as contingências relacionadas ao comportamento problema”; “Solicitar informações sobre as contingências relacionadas ao comportamento problema”; “Reforçar descrições verbais do cliente de seus comportamentos e seus controles” ficaria subentendido que ao desempenhar estas respostas de maneira adequada o terapeuta teria como consequência o bom andamento do caso e melhora do seu cliente.

Segundo Catania (1999) a aquisição de uma habilidade significa a adição de um novo comportamento ao repertório de um organismo, sendo três processos relevantes para esta aquisição: a modelagem pelas contingências, o controle do comportamento por regras e a modelação. Também a aprendizagem profissional se dá dessa maneira.

No entanto, uma constatação da Organização Mundial de Saúde (OMS) nos leva a pensar que esperar que o comportamento do terapeuta iniciante seja modelado apenas pelas contingências seria por demais desgastante e até prejudicial para os clientes. De acordo com a OMS, pelo menos um quinto da população mundial tem algum sofrimento psicológico num dado instante do tempo, sendo, então, difícil justificar a proposta de deixar a formação dos provedores dos cuidados à saúde psicológica à espera de que contingências vagas produzam um terapeuta competente (McHugh & Vallis, 1986).

Por outro lado, podemos afirmar que a utilização de regras na formação de terapeutas

não é suficiente, não devendo seu desempenho ficar somente sob controle de instruções. Mas por serem as contingências presentes em uma situação clínica muito complexas, fornecer regras para atuação facilita o contato com as contingências relevantes. Regras podem estabelecer comportamentos novos, antes mesmo de estes manterem contato com as suas conseqüências (Albuquerque, 2001). Vários autores têm, inclusive, afirmado que o enunciado de regras possui a vantagem de substituir o procedimento de modelagem de uma resposta pelas contingências em seres humanos.

Assim, ao utilizarmos um instrumento como a lista de verificação do desempenho, fornecendo regras de atuação para os terapeutas iniciantes, estaremos nos valendo de umas das grandes descobertas da pesquisa básica para treinarmos nossos alunos na prática clínica.

No entanto, as pesquisas têm constatado também, que as regras podem produzir uma redução na sensibilidade às contingências do comportamento instruído em contraposição ao aumento na sensibilidade às contingências do seguir a regra - contingências sociais. Mas uma análise das contribuições da pesquisa básica indica que a insensibilidade às contingências do comportamento descrito pela regra não é efeito inevitável do comportamento de seguir regras. Vários aspectos devem ser levados em consideração, como a densidade de reforços (a insensibilidade é maior quanto maior a densidade de reforços para o comportamento de seguir regras); o grau de contato do ouvinte com a discrepância entre as contingências da regra e as contingências naturais; grau de discriminabilidade da contingência não verbal em vigor; a história de reforçamento do indivíduo por seguir regras; o grau de variabilidade comportamental; se a regra foi modelada ou instruída; e, por último, se a regra descreve um desempenho específico ou se é vaga (regras deste tipo favorecem a sensibilidade). Deste modo, a insensibilidade às contingências geradas por um controle do comportamento por regras depende de várias características de como este comportamento foi adquirido (Meyer, 2005). No caso da formação de terapeutas, o terapeuta tem contato direto com as

contingências naturais, podendo discriminar quando elas não estiverem de acordo com o que dizem as regras. Além disso, as regras contidas na lista de verificação de desempenho do terapeuta são do tipo vaga, facilitando a sensibilidade às mudanças de contingências durante as sessões de terapia.

Portanto, outras estratégias, além da apresentação das regras através da lista de verificação do desempenho do terapeuta, são implementadas quando a utilizamos, diminuindo as possíveis desvantagens da utilização de instruções para controlar comportamentos. O terapeuta-iniciante mantém contato direto com as contingências naturais dispostas numa sessão terapêutica e tem supervisão com um profissional mais experiente. Seu comportamento é, então, modelado pelo supervisor, pelas contingências e controlado pelas regras. A função de inserirmos um instrumento de controle instrucional é justamente potencializar os efeitos da modelagem feita pelo supervisor e pelas contingências naturais.

Starling (2002) sugere que a utilização deste instrumento facilita ao terapeuta a discriminação dos eventos antecedentes e conseqüentes que poderiam ter exercido controle sobre suas respostas. Assim, o fato de fazer uma observação do seu próprio desempenho numa sessão (ou fornecer um comentário ao colega sobre o dele) pode aumentar a discriminação dos seus comportamentos em sessão, pois esta observação/avaliação é feita de maneira bastante pontual. Segundo Zamignani (2000) um dos papéis importantes da supervisão é auxiliar na discriminação do terapeuta entres aqueles aspectos de sua atuação que dizem respeito ao comportamento do cliente e seu processo terapêutico, ao seu conhecimento sobre o tema ou, ainda, entre aqueles que dizem respeito à sua própria história de vida ou sua relação com o cliente. A utilização deste instrumento pode facilitar esse processo.

Outro ponto importante com relação à utilização de uma lista para verificação do desempenho do terapeuta em situação de aprendizagem é a possibilidade de avaliar sua evolução ao longo da sua formação, como dito anteriormente. Campos (1989) ressalta que

durante os anos de formação acadêmica espera-se que o futuro psicólogo adquira um mínimo de competência. Para isso, o currículo acadêmico deve fornecer as bases conceituais, teóricas, instrumentais e práticas. Nestas circunstâncias, o estágio supervisionado tem papel primordial, posto que fornece, por um lado, experiência e, por outro lado, oportunidade de medir o quanto da teoria foi transferido para a prática e verificar o nível de competência que o aluno adquiriu. No entanto, o mesmo autor discute a carência existente no nosso país de um instrumento que tenha como objetivo avaliar o grau de competência profissional adquirida pelo aluno de psicologia e que permita afirmar se ele está ou não preparado para exercer a profissão. Além disso, um instrumento que possibilite avaliar esta competência adquirida fornece informações para o supervisor sobre a efetividade de seus métodos de ensino.

Ainda, é importante ressaltar, que este instrumento é construído para possibilitar aos próprios alunos se auto-observarem ou serem observados pelos colegas. Um supervisor de uma Instituição de Ensino Superior dificilmente terá tempo para observar e avaliar o desempenho de seus alunos em todas as sessões durante o estágio. É muito provável que os alunos não consigam um nível de discriminação tão eficaz quanto a do supervisor, por ser este, geralmente, um terapeuta experiente (Novaki, 2003). No entanto, poderemos verificar se mesmo com este limite, o procedimento de avaliar o desempenho do terapeuta durante suas sessões através do instrumento mostra-se útil.

Os resultados deste estudo fornecerão a professores e supervisores mais uma opção de método de ensino para utilizarem durante os programas de treinamento de terapeutas.

5. OBJETIVOS

O presente estudo pretendeu responder se há melhoras no desempenho de terapeutas iniciantes quando estes são expostos a uma listagem de habilidades necessárias ao terapeuta analítico-comportamental, utilizando este instrumento (a listagem) para se auto-observar e

avaliar. A hipótese é de que este procedimento potencializa os efeitos da supervisão tradicional (entendida como aquela onde o supervisor discute o caso atendido a partir do relato do atendimento e/ou de gravações da sessão), sobre o desempenho do terapeuta iniciante. A Variável Independente (VI) foi a utilização da Lista de Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental como instrumento para auto-observar e avaliar seus comportamentos em sessões de atendimento e, a Variável Dependente (VD) foi o desempenho dos terapeutas nas sessões por eles realizadas.

6. MÉTODO

6.1 Participantes:

- Terapeutas: participaram deste trabalho nove duplas de terapeutas, considerados iniciantes, todos alunos do Curso de Pós Graduação *Lato-Sensu* (Especialização) em “Terapia Comportamental e Cognitiva – teoria e aplicação” do Departamento de Psicologia Experimental, da Universidade de São Paulo. Trata-se de um curso com duração de um ano, sendo que os alunos participam, uma vez por semana, de aulas e supervisões presenciais. Estas supervisões são realizadas em grupo, onde se discutem os casos atendidos pelos alunos. Na época de realização desta pesquisa a supervisão oferecida pelo curso funcionava da seguinte maneira: todos os alunos gravavam suas sessões em áudio e deviam entregar ao supervisor um relatório do atendimento semanal e 15 minutos de transcrição da fita. Os casos encaminhados para tratamento eram designados para duplas de terapeutas, sendo os atendimentos feitos na própria USP durante todo o curso (um ano). No entanto, na presente pesquisa foram utilizadas as 13 primeiras sessões realizadas pelas duplas de terapeutas que aceitaram participar como voluntários.

Neste estudo a supervisão da qual os alunos do curso participavam (discussão em grupo das especificidades do caso atendido, entregando ao supervisor o relatório e os 15

minutos de transcrição da sessão semanal) foi denominada de “Supervisão Tradicional” para diferenciar do método de treinamento de terapeutas que é objeto desta pesquisa (auto-observação e avaliação através da Lista para Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental). Outra variável que diferenciava os terapeutas participantes daqueles alunos do curso de especialização que não faziam parte da pesquisa é que os primeiros além da gravação em áudio possuíam a gravação em vídeo das 13 primeiras sessões de atendimento.

Para a seleção dos terapeutas participantes, em uma das aulas iniciais deste curso, a pesquisadora fez uma explanação sobre o projeto e convidou os alunos interessados a serem voluntários da pesquisa. Os critérios para participação eram: ter pouca experiência clínica (não estar trabalhando com atendimentos clínicos em consultório há mais de um ano), atender clientes adultos no curso de especialização e ter disponibilidade de tempo para assistir a própria sessão em conjunto com sua dupla. Ao escolher alunos do mesmo curso de especialização e com menos de um ano de experiência clínica, a probabilidade de uma maior homogeneidade das características dos participantes foi aumentada. Além disso, por ser uma investigação sobre os efeitos de um procedimento para treinamento de terapeutas, era necessário que a experiência dos participantes em atendimentos clínicos não fosse larga. Como muitos dos comportamentos de um terapeuta são modelados ao longo da sua experiência profissional, procurou-se diminuir a probabilidade de que estes já estivessem instalados no repertório dos participantes.

Em seguida, os alunos que se inscreveram como interessados participaram de uma reunião com a pesquisadora e receberam um Termo de Compromisso do Terapeuta (Anexo 1) contendo explicações sobre o procedimento que seria utilizado durante a pesquisa, quais seriam suas obrigações enquanto participante, os aspectos éticos e obrigações da pesquisadora. Após assinatura deste termo, os participantes também receberam um

Questionário para o Terapeuta (Anexo 2). Neste foi pedido dados de identificação (nome, endereço, telefone, e-mail), informações sobre sua formação (instituição onde fez a graduação, ano de conclusão desta, estágio na área clínica e abordagem do supervisor) e sobre sua experiência clínica (tempo de atuação na área clínica e número de casos atendidos durante a graduação e após, abordagem na qual fez supervisão).

Na Tabela 1 estão descritos os dados de cada terapeuta, relativos a tempo de formado, experiência clínica em meses (foi pedido que informassem o tempo que fizeram estágio na área clínica e que estavam atendendo em consultório), número de casos atendidos até o momento (estágio na graduação e casos atendidos em consultório) e, se tinham feito estágio na abordagem comportamental durante a graduação. Esses dados mostram que a média de experiência clínica total (estágio + profissão) dos terapeutas era de 16 meses (desvio padrão = 13, variação de 0 a 36 meses) e a média do total de casos atendidos (estágio + profissão) era de oito casos (desvio padrão = 10, variação de 0 a 30 casos). Em relação a ter feito estágio na abordagem comportamental durante a graduação, seis participantes não o fizeram.

- Clientes: nove clientes adultos cadastrados para atendimento no curso de especialização. Os clientes foram selecionados de acordo com a lista de espera para atendimento pelos alunos deste curso. No primeiro atendimento foi entregue o Termo de Consentimento do Cliente (Anexo 3). Este lido, entendido e assinado a filmadora era, então, ligada.

- Avaliador: foi a própria pesquisadora que após a gravação das sessões assistia a cada uma e avaliava o desempenho dos terapeutas através da lista. Para ter conhecimento do caso, ela tinha acesso aos relatórios contendo não só a transcrição de uma parte da sessão, como as análises feitas pelos terapeutas e as discussões realizadas em supervisão. Também na Tabela 1 estão os dados do avaliador. Este tinha uma experiência clínica de 60 meses e de atendimento de 25 casos.

Tabela 1: Dados sobre participantes da pesquisa

Grupo	Terapeuta	Idade	Sexo	Tempo de Formado	Experiência Clínica (estágio)	Experiência Clínica (profissão)	Total Experiência Clínica	Nº casos atendidos (estágio)	Nº casos atendidos (profissão)	Total nº casos atendidos	Estágio na abordagem Comportamental
Grupo 1	T1a	40	Fem.	13 anos	12 meses	24 meses	36 meses	1 caso	4 casos	5 casos	Não
	T2a	25	Fem.	1 ano	10 meses	6 meses	16 meses	1 caso	8 casos	9 casos	Sim
	T1b	46	Fem.	21 anos	0	0	0	0	0	0	Não
	T2b	32	Fem.	1 ano	12 meses	0	12 meses	1 caso	0	1 caso	Sim
Grupo 2	T1a	53	Fem.	24 anos	6 meses	0	6 meses	2 casos	0	2 casos	Sim
	T2a	50	Fem.	25 anos	0	0	0	0	0	0	-
	T1b	49	Fem.	2 anos	12 meses	24 meses	36 meses	3 casos	4 casos	7 casos	Sim
	T2b	25	Fem.	3 meses	11 meses	0	11 meses	4 casos	0	4 casos	Não
	T1c	22	Masc.	3 meses	0	0	0	0	0	0	-
	T2c	22	Fem.	3 meses	0	0	0	0	0	0	-
Grupo 3	T1a	24	Fem.	1 ano	24 meses	12 meses	36 meses	15 casos	15 casos	30 casos	Sim
	T2a	22	Fem.	3 meses	24 meses	1 mes	25 meses	24 casos	5 casos	29 casos	Sim
	T1b	29	Fem.	3 meses	9 meses	0	9 meses	1 caso	0	1 caso	Sim
	T2b	27	Fem.	5 anos	12 meses	12 meses	24 meses	2 casos	6 casos	8 casos	Sim
Grupo 4	T1a	28	Masc.	1 ano	20 meses	12 meses	32 meses	5 casos	12	17 casos	Sim
	T2a	26	Masc.	3 meses	11 meses	0	11 meses	2 casos	0	2 casos	Sim
	T1b	30	Fem.	6 anos	12 meses	0	12 meses	5 casos	0	5 casos	Sim
	T2b	28	Fem.	3 meses	10 meses	4 meses	14 meses	10 casos	7 casos	17 casos	Sim
-----	Avaliador	27	Fem.	4 anos	12 meses	48 meses	60 meses	2	23	25 casos	Sim

* Grupo 1: utilização do instrumento a partir da 4ª sessão de atendimento (duplas a e b); Grupo 2: a partir da 7ª sessão (duplas a, b e c) e Grupo 3: a partir da 10ª sessão (duplas a e b). Grupo 4: não utilizou o instrumento (duplas a e b).

6.2 Material:

- Equipamentos: para a coleta de dados foram utilizados fitas de vídeo, filmadora e vídeo-cassete - instalados no Laboratório de Terapia Comportamental do IPUSP e em outras salas do Centro de Atendimento Psicológico do IPUSP - para a gravação das sessões. Para a análise dos dados foram utilizados computadores e equipamentos de TV-Vídeo.

- Instrumento: foi utilizada a Lista para Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental elaborada especificamente para esta pesquisa, tendo como base um instrumento já existente (Starling, 2002) e uma revisão de literatura sobre habilidades necessárias ao terapeuta. O instrumento elaborado ficou composto de uma folha de instruções e a própria lista de 61 itens, referentes aos comportamentos que um terapeuta analítico-comportamental deveria ter em seu repertório e emitir durante a sessão junto ao seu cliente. Estes itens foram divididos em quatro grandes blocos de desempenhos:

1) Desempenhos relacionados ao estabelecimento da aliança terapêutica. Neste bloco estão incluídos 14 itens, que descrevem comportamentos relacionados a postura, entonação de voz, contato visual, expressão facial e gestos, assim como verbalizações que demonstrem interesse, compreensão, aceitação, apoio, entendimento e flexibilidade.

2) Desempenhos relacionados à postura profissional. Engloba oito itens relacionados ao comportamento ético e profissional do terapeuta, como cumprimentos iniciais e de despedida, vestimenta, educação, estruturação da terapia (horário, objetivos, regras etc) assim como a capacidade do terapeuta em focar os problemas chave do cliente.

3) Desempenhos relacionados à coleta de dados. Este bloco contém 12 itens que descrevem desempenhos relacionados às habilidades do terapeuta em fazer perguntas claras e precisas pertinentes ao problema apresentado, evitando perguntas fechadas e indutoras, a fim de obter dados sobre problemas, experiências passadas e atuais, pensamentos e sentimentos do cliente, assim como das contingências atuantes sobre ele.

4) Estratégias de intervenção do terapeuta. O último bloco de desempenhos do instrumento contém 27 itens referentes às habilidades de intervenção, como dar informações e fazer interpretações sobre o comportamento do cliente (assim como ensiná-lo a analisar os controles de seus próprios comportamentos). Inclui também itens referentes a consequenciar comportamentos do cliente que ocorrem na sessão, confrontá-lo, dar orientações e aplicação de técnicas específicas.

A seguir o instrumento foi incluído e após, exposto os critérios para avaliar o desempenho do terapeuta, com alguns exemplos.

LISTA PARA VERIFICAÇÃO DE DESEMPENHO DO TERAPEUTA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

Instruções para Utilização

- 1) A observação dos atendimentos será feita por meio de gravações em vídeo, tendo como guia este instrumento de verificação de desempenho. Este instrumento consiste de uma lista de comportamentos do terapeuta analítico-comportamental, identificados na literatura como habilidades críticas para o alcance de resultados satisfatórios durante o processo terapêutico. O objetivo é que os próprios alunos possam avaliar seu repertório de habilidades enquanto terapeutas Analítico-Comportamentais, buscando aperfeiçoar seu desempenho nas sessões.
- 2) Cada dupla de terapeutas deverá observar o próprio atendimento, antes da realização da próxima sessão. Esta observação será feita em conjunto.
- 3) Para poder avaliar o desempenho dos terapeutas como adequadamente executados ou não, quem estiver observando a sessão deve ter, necessariamente, conhecimento do caso. Assim, deverá ser entregue um relatório contendo o que estava planejado para ser feito em cada sessão, juntamente com um relatório do que ocorreu para que a pesquisadora possa, posteriormente realizar as observações. Este resumo deverá ser anexado à lista, devidamente preenchida, da sessão correspondente.
- 4) Durante a observação da sessão, os terapeutas deverão registrar a ocorrência ou não das classes de respostas listadas. O repertório de um terapeuta comportamental é composto tanto de respostas consideradas inevitáveis como respostas que podem ser optativas, ou seja, que podem ser emitidas dependendo da situação. Assim, o registro de ocorrência dos comportamentos dos terapeutas durante a sessão deverá seguir a legenda abaixo:

AE – adequadamente executado (serão considerados aqueles comportamentos que foram emitidos durante a sessão de maneira adequada)

OP – opcionalmente omitido (serão considerados opcionalmente omitidos aqueles comportamentos que estavam planejados para ocorrerem na sessão, ou que deveriam ocorrer, mas que foram omitidos porque foram considerados inapropriados para o momento).

IE – inadequadamente executado (aqueles comportamentos que foram executados de maneira inadequada).

O – omitidos (aqueles desempenhos que deveriam ter sido emitidos, mas não o foram).

PA - parcialmente adequado (indicar o aspecto inadequado) – deverá ser indicado qual aspecto não foi adequadamente executado.

NA – não aplicável (aqueles comportamentos que não havia momento e nem necessidade de serem emitidos durante aquela sessão).

5) Durante a observação a dupla poderá discutir como foi o desempenho durante a sessão, tendo como guia para esta análise os desempenhos listados neste instrumento. Esta discussão deverá ser em torno dos aspectos inadequados de seus próprios desempenhos, sendo discutidos quais comportamentos alternativos poderiam ser mais adequados ao repertório de um terapeuta Analítico-Comportamental e na condução do caso atendido. Deverão também ser enfatizados os comportamentos adequados e a maneira como eles ajudaram na condução da sessão e do caso como um todo.

6) Deverá ser indicado, na coluna específica, qual a avaliação do desempenho de cada terapeuta (1 e 2).

7) Em caso de discordância entre a avaliação feita pelos terapeutas, esta deverá ser registrada no próprio instrumento. O mesmo procedimento deve ser adotado quando ficarem dúvidas sobre a adequação de algum procedimento realizado (ou que deixou de ser realizado) pelo terapeuta.

8) Eventuais dúvidas sobre o preenchimento, sobre os desempenhos ou termos listados neste instrumento, assim como dúvidas sobre o procedimento de filmagem, observação e análise das sessões, deverão ser encaminhados para a pesquisadora (matosesther@hotmail.com).

9) Lembrar que somente a dupla e a pesquisadora devem ter acesso à este instrumento e aos dados aqui registrados.

Lista para Verificação do Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental

Terapeuta 1: _____ Terapeuta 2: _____

Data de observação: ____/____/____

Data da sessão: ____/____/____ Atendimento nº _____

Cliente: _____

Legenda:

AE – adequadamente executado	PA - Parcialmente adequado (indicar o aspecto inadequado)
IE – inadequadamente executado	OP – opcionalmente omitido
O – omitido	NA – não aplicável

1. Desempenhos Relacionados ao Estabelecimento da Aliança Terapêutica

Os itens abaixo procuram avaliar as habilidades gerais do terapeuta em demonstrar empatia, compreensão e interesse pelos problemas do cliente; transmitir afeto e apoio, assim como parecer sincero. São também avaliadas as habilidades do terapeuta em demonstrar aceitação incondicional e encorajar o cliente a mudar.

T1	T2	Desempenho
		Postura (relaxada e dirigida ao cliente)
		Voz (modulada, suave, com velocidade moderada e firme)
		Animação da expressão facial (receptiva, sorrisos ocasionais, movimentos de sobrancelhas)
		Gestos (mãos e balanços ocasionais da cabeça)
		Manutenção do contato visual
		Alternar entre ouvir e conduzir
		Uso de expressões vocais curtas que sugerem que está prestando atenção e que o cliente deveria continuar falando, tais como “certo”, “sim”, “isso”, ou “hum hum”
		Verbalizações que demonstrem sentimentos positivos
		Verbalizações que transmitam preocupação, cuidado, compreensão, aceitação e interesse
		Verbalizações de incentivo e apoio ao cliente
		Verbalizações que indicam entendimento (paráfrase, sumarização)
		Verbalizações que produzem humor ou extraem o lado cômico ou engraçado de determinada situação.
		Quando um cliente não aceita (verbalmente ou não) uma intervenção, mostrar flexibilidade, respeitando o ritmo do cliente e não impondo suas interpretações, recomendações e técnicas
		Ser flexível com o tempo para incluir temas importantes que surgiram durante o atendimento, mas que não constavam nos objetivos daquela sessão

2. Desempenhos Relacionados à Postura Profissional

Os itens abaixo procuram avaliar o desempenho do terapeuta relacionado ao seu comportamento profissional e ético.

T1	T2	Desempenho
		Apresentar-se adequadamente vestido e bem apresentado para a ocasião
		Cumprimentos iniciais e apresentação
		Encerramento e despedida
		Observações claras, sem hesitações ou reformulações frequentes e linguagem acessível
		Comportamento verbal vocal e gestual nos limites da boa educação
		Estruturação (descrição sobre o funcionamento da terapia –objetivos, contrato, regras, acerto de horários)
		Cumprir a estruturação do tempo de atendimento (50 minutos)
		Os problemas trabalhados na sessão devem constituir os problemas-chave para o manejo dos comportamentos-problema do cliente; o problema principal não deve ser ignorado

3. Desempenhos Relacionados à Coleta de Dados

Os itens abaixo procuram avaliar as habilidades gerais do terapeuta em coletar os dados referentes às queixas apresentadas pelo cliente. Estes desempenhos estão relacionados à habilidade em combinar perguntas para obter informações acerca dos problemas, situação de vida, experiências passadas e atuais, pensamentos e sentimentos do cliente, ou seja, para obter uma narração adequada das contingências atuantes sobre ele.

T1	T2	Desempenho
		Uso mínimo de questões fechadas (perguntas indutoras ou que possam ser respondidas com sim/ não), evitando o interrogatório de “fogo cruzado”
		Perguntas pertinentes ao problema e/ou objetivo da sessão
		Perguntas únicas, feitas de maneira breve, clara e precisa
		As perguntas não devem parecer decoradas
		Entremear as perguntas com observações de reflexão, exemplos ilustrativos ou resumos breves
		Solicitar informações sobre dados pessoais e familiares do cliente
		Formular questões sobre o estado de saúde geral do cliente
		Solicitar informações sobre as contingências relacionadas ao comportamento problema (estímulos antecedentes, conseqüentes e operações estabelecedoras)
		Solicitar informações sobre as dimensões do comportamento problema (frequência, duração, intensidade)
		Investigar sobre os encobertos do cliente (sentimentos e pensamentos)
		Formular perguntas sobre os comportamentos adequados do cliente

		Fazer levantamento de quais são os estímulos reforçadores para o cliente
--	--	--

4. Estratégias de Intervenção do Terapeuta:

Os itens abaixo procuram avaliar as habilidades gerais do terapeuta em intervir junto ao cliente. Serão avaliadas as habilidades em fazer interpretações sobre os comportamentos do cliente e em ensiná-lo a fazer essas interpretações (analisar os controles de seus próprios comportamentos). Inclui a avaliação de habilidades como consequenciar comportamentos do cliente que ocorrem na sessão, confrontá-lo e dar orientações. Ainda é avaliado seu desempenho na aplicação de técnicas específicas.

T 1	T 2	Desempenho
Fornecer Informações		
		Fornecer informações e explicações sobre os problemas apresentados pelo cliente
		Fornecer informações e explicações relacionados a determinado assunto em discussão (papel educativo)
Realizar Interpretações (análise de contingências)		
		Interligar os problemas identificados com o restante do trabalho terapêutico
		Fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente
		Identificar, com o cliente, respostas encobertas que ocorrem simultaneamente ao comportamento aberto e seus controles
		Identificar e operacionalizar, com o cliente, o(s) comportamento(s) problema(s) (por exemplo, identificar com o cliente quais são os excessos e déficits comportamentais)
		Identificar com o cliente classes de respostas sob controle de um único estímulo/consequência
		Fornecer explicações compatíveis com a filosofia do Behaviorismo Radical (externalismo X mentalismo)
Ensinar Análise de Contingências ao Cliente (<u>ensinar os princípios do comportamento</u>)		
		Empregar perguntas e fazer descrições que ajudem o cliente a entrar em contato com as variáveis de controle do seu comportamento, facilitando ao cliente a identificação das variáveis antecedentes e consequentes às suas respostas na própria sessão ou não
		Mostrar para o cliente similaridades entre situações (da vida cotidiana ou da terapia com vida cotidiana)
		Ajudar o cliente a entrar em contato com seus sentimentos, discriminando e trabalhando emoções e outros encobertos durante o atendimento
		Reforçar descrições verbais do cliente de seus comportamentos e seus controles
Consequenciar Comportamentos do Cliente na Sessão		
1) Aprovação (Reforçamento)		
		Verbalizações nas quais expressa julgamento favorável a ações do cliente (sejam estas relatadas pelo cliente ou observadas pelo terapeuta.

		Verbalizações que resumam o progresso obtido até o presente atendimento, descrevendo os progressos e sucessos do cliente
2) Confrontação ou Reprovação (Punição)		
		Não aprovar comportamentos problema do cliente emitidos durante a sessão
		Verbalizações nas quais discorda ou expressa julgamento desfavorável sobre ações, avaliações, afirmações, propostas ou características do cliente, ou verbalizações nas quais descreve falhas do cliente ou critica suas ações, características ou aparência.
		Perguntas para demonstrar as incongruências ou a incoerência do discurso do cliente ou apontar discrepâncias ou contradições no discurso do cliente cuidando para não eliciar reações emocionais aversivas
		Verbalizações nas quais insiste na continuidade de algum assunto ao qual o cliente claramente está tentando evitar, por meio de mudanças do assunto ou de silêncio (bloquear esquivar)
Uso de Orientação		
		Sugerir ou solicitar ao cliente que emita uma ou um conjunto de respostas ou cursos de ação, sejam estes de caráter aberto (respostas passíveis de serem observáveis por um observador que não o próprio cliente) ou encoberto (respostas passíveis de serem observáveis apenas pelo próprio cliente). As orientações podem sugerir ações abertas, estratégias, tarefas, reflexões, pensamentos ou mudanças em sentimentos.
		Sugerir que o cliente pode melhorar caso realize determinada ação.
		Sugerir equivalentes funcionais (outras formas de ter acesso aos reforçadores e que não produzam punições, ou sejam mais adequadas) para os comportamentos problemas do cliente.
Técnicas específicas (referem-se a desempenhos relacionados à aplicação de técnicas dentro da sessão ou à condução de tarefas para o cliente realizar em ambiente extra consultório (tarefas de casa – TPC).		
		Escolha adequada das técnicas (levando em consideração uma Análise Funcional do caso e de acordo com os problemas identificados)
		Aplicar técnicas ou sugerir tarefas que se encaixem na rotina do cliente e que sejam de acordo com seu repertório
		Explicar a lógica de técnicas a serem utilizadas ao manejar os problemas (informações, descrições de cada etapa ou regras sobre o funcionamento de determinadas técnicas, estratégias, exercícios ou programas terapêuticos; inclui justificativas de porque usar uma técnica e porque isso tende a ser efetivo)
		Aplicação adequada das técnicas (domínio dos procedimentos)
		Trabalhar eventuais dificuldades, previstas pelo cliente, na execução da técnica ou da TPC
		Resumir as conclusões ou resultados obtidos na execução da técnica ou tarefa de casa e explorar desdobramentos
Relação dos instrumentos/ materiais / dispositivos empregados:		

Relação das técnicas utilizadas e comentários/justificativa:
Comentários esclarecendo o emprego inadequado ou incorreto das técnicas:

Critérios para avaliação do desempenho do terapeuta:

A instrução dada pela pesquisadora aos terapeutas participantes foi de que para preencher o instrumento o observador/ avaliador deveria assistir à sessão de atendimento e, tendo conhecimento do caso atendido, avaliar o desempenho do terapeuta em cada um destes 61 itens. Essa avaliação deveria ser registrada no campo determinado para tal no próprio instrumento, de acordo com a seguinte legenda:

NA (Não Aplicável) - avaliação feita quando não houve oportunidade/ aplicabilidade para o terapeuta emitir determinado desempenho. Ou seja, indica que o item relaciona um comportamento que não houve momento para ser aplicado naquela sessão. Este instrumento possui esta possibilidade já que há comportamentos que um terapeuta pode ou não emitir na sessão, dependendo do caso, da sessão em si e do objetivo do tratamento.

Exemplos: dentro do bloco Desempenhos relacionados à postura profissional o sexto item “Estruturação da Terapia” diz respeito à habilidade para fazer descrição e discutir sobre o funcionamento da terapia – objetivos, contrato, regras e acerto de horários. Este desempenho é requerido principalmente nas primeiras sessões e em outras nas quais surja a necessidade de discutir este tópico (véspera de férias, troca de horários, atrasos e/ou faltas do cliente entre outras situações). No entanto, há sessões em que não há esta necessidade. Nestes casos, o observador colocaria “NA” neste item ao preencher o

instrumento.

No bloco Estratégias de intervenção do terapeuta estão relacionadas as habilidades de intervenção, mas nem todas são passíveis de serem utilizadas em todas as sessões. A utilização de uma intervenção dependerá do caso, do objetivo da sessão, do tratamento como um todo, das orientações do supervisor entre outras variáveis. Assim, o 11º item deste bloco, por exemplo, que se refere à habilidade do terapeuta para “ajudar o cliente a entrar em contato com seus sentimentos, discriminando e trabalhando emoções e outros encobertos durante o atendimento” pode não ser um desempenho aplicável naquela sessão que está sendo observada. Neste caso, o item seria avaliado também como “NA”.

Como dito anteriormente, o observador/ avaliador deve ter conhecimento do caso para preencher o instrumento. Este requisito fica claro no momento de avaliar um item como aplicável ou não.

O (Omitido) - para considerar um item como omitido, é também necessário que o observador tenha conhecimento do caso e possa, assim, avaliar que determinado desempenho deixou de ser emitido pelo terapeuta naquela sessão quando se fazia necessário.

Exemplos: no bloco Desempenhos relacionados ao estabelecimento da aliança terapêutica, o 10º item se refere à habilidade do terapeuta em ter “verbalizações de incentivo e apoio ao cliente”. Em momentos nos quais o cliente parece desanimado e sem esperanças de conseguir resolver seus problemas ou, então, quando o cliente havia conseguido melhoras e teve um retrocesso, o terapeuta demonstrar que está apoiando e dar incentivo ao cliente pode ser extremamente importante (reforçamento geral). Mas, o terapeuta aprendiz pode deixar passar este momento e não emitir este tipo de comportamento. Neste caso, o observador marcaria o item como “O” de omitido.

Um outro exemplo, dentro do bloco Desempenhos relacionados à coleta de dados, seria o item de número seis “Formular questões sobre o estado de saúde geral do cliente”. Ao investigar a queixa depressão de um cliente pode ser necessário saber dados sobre seu estado de saúde geral para levantar hipóteses sobre a etiologia do estado depressivo. Outro caso seria quando o cliente relata a utilização de medicamentos. É necessário o terapeuta investigar o tipo de medicamento, dose tomada, há quanto tempo faz uso etc para ver possíveis efeitos do medicamento sobre comportamentos do cliente. Quando o terapeuta não conduz este tipo de investigação, quando deveria fazê-lo, o observador deve avaliar o item como “O”.

OP (Opcionalmente Omitido) – é usado quando o terapeuta deveria ter emitido determinado desempenho, mas optou por não fazê-lo. Para considerar um item como opcionalmente omitido, o observador deve discutir o item após a sessão com o terapeuta. Se este argumentar porquê deixou de ter determinado comportamento durante a sessão e o observador concordar, passa-se a avaliação para “opcionalmente omitido”.

Exemplo: retomando o item “Formular questões sobre o estado de saúde geral do cliente”, pode ser que o observador considerou a necessidade de fazer tal investigação, mas naquele momento o terapeuta priorizou outra questão, deixando essa investigação para uma próxima sessão. Neste caso, o observador trocava a avaliação para “OP”.

IE (Inadequadamente Executado) - avaliação feita para aqueles itens que descrevem comportamentos que o terapeuta emitiu de maneira errada, faltando-lhe habilidade para desempenhar um comportamento necessário naquela sessão ou então, quando o comportamento foi emitido, mas no momento inadequado.

Exemplo: o 12º item do bloco Desempenhos relacionados ao estabelecimento da aliança

terapêutica (“Ser flexível com o tempo para incluir temas importantes que surgiram durante o atendimento, mas que não constavam nos objetivos daquela sessão”) se refere à habilidade do terapeuta em ser flexível, não impondo os temas por ele programados para a sessão, deixando espaço também para assuntos que o cliente traga naquela semana especificamente. No entanto, algumas vezes o cliente pode estar se esquivando de discutir determinados assuntos que seriam aversivos para ele e acaba trazendo um tema novo para cada sessão, tendo dificuldades para se aprofundar na discussão do comportamento problema. Neste caso, o terapeuta precisa ser flexível e, ao mesmo tempo, manter o objetivo da sessão. Caso isso não aconteça (observador não deixa um tempo para o cliente falar do tema que o está incomodando esta semana ou pelo contrário, deixa o objetivo de lado e fica preso ao tema trazido pelo cliente, sem trabalhar o problema principal), o observador avaliaria este item como “IE”.

O item “Sugerir ou solicitar ao cliente que emita uma ou um conjunto de respostas ou cursos de ação” (Estratégias de intervenção do terapeuta) descreve uma das possíveis intervenções na sessão. O uso da orientação (regras) é uma das possíveis maneiras do terapeuta intervir e modificar o comportamento do seu cliente. No entanto, o uso de regras (inclusive o conteúdo da orientação fornecida) deve ser baseado numa análise das contingências atuantes sobre o comportamento problema e a partir de uma avaliação do repertório atual do cliente (ou seja, da sua capacidade para conseguir emitir o comportamento sugerido pelo terapeuta), assim como numa avaliação sobre a necessidade de fornecer essas regras ao invés de esperar o comportamento ser modelado pelas contingências. Portanto, um terapeuta poderia ter este item avaliado como “IE” caso fornecesse uma orientação para seu cliente emitir determinado desempenho de forma precipitada, sem aparentar uma boa análise e justificativa para tal orientação. Um terapeuta poderia, por exemplo, orientar uma cliente a tentar agir diferente com sua filha

com quem tem problemas, mas sem antes investigar que contingências estão envolvidas nas brigas ocorridas entre esta cliente e sua filha, qual a função deste comportamento de “briga”, ou mesmo antes de verificar se a cliente tem repertório para agir diferente.

PA (Parcialmente Adequado) – um item é avaliado como parcialmente adequado quando foi desempenhado de maneira adequada, mas pode e deve melhorar em algum ponto (com relação ao momento em que foi emitido, a algum aspecto do desempenho ou a ter sido emitido de maneira correta no momento certo da sessão, mas omitido em outro. Ainda pode ser utilizada quando o item descreve mais de um desempenho e algum ficou a desejar). Nesse caso o aspecto inadequado deve ser registrado também.

Exemplos: o quarto item do bloco Desempenhos relacionados ao estabelecimento da aliança terapêutica avalia “Gestos (mãos e balanços ocasionais da cabeça)” que podem transmitir interesse, atenção, empatia do terapeuta e, também, o quanto este está à vontade na sessão. Pode ser que o terapeuta tenha movimentos de assentimento com a cabeça, demonstrando interesse pelo que o cliente está relatando, mas suas mãos estejam presas, entrelaçadas ou se esfregando, demonstrando um certo nervosismo ou tensão. Neste caso, o observador colocaria “PA” neste item e apontaria a inadequação dos gestos das mãos. Neste mesmo bloco pode-se citar o item “Postura (relaxada e dirigida ao cliente)”. Um terapeuta pode estar dirigido ao cliente, mas seus ombros parecem tensos e suas pernas estarem “sacolejando”, demonstrando um certo nervosismo. Este caso também seria avaliado como “PA”.

Já o quarto item do bloco Estratégias de Intervenção do Terapeuta descreve as habilidades do terapeuta para “Fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente”. O terapeuta pode fazê-lo de maneira adequada, mas no momento errado. Ou então, fazê-lo no momento adequado, mas com pouca clareza, sem verificar se o cliente

entendeu sua interpretação ou ainda atribuindo os controles do comportamento do cliente a variáveis mentalistas (e neste caso o oitavo item seria avaliado como “IE”). Ou, ainda, o terapeuta pode fornecer uma interpretação de maneira correta, mas em outro momento da sessão deixar passar uma interpretação que seria imprescindível naquele momento. Em todos estes exemplos o item receberia a avaliação “PA” do observador.

AE (Adequadamente Executado) - avaliação feita para aqueles itens que descrevem desempenhos realizados com maestria pelo terapeuta, ou seja, quando o desempenho foi executado de maneira adequada.

Exemplo: o item “Empregar perguntas e fazer descrições que ajudem o cliente a entrar em contato com as variáveis de controle do seu comportamento” (Estratégias de Intervenção do Terapeuta) avalia a habilidade do terapeuta em ensinar o cliente a analisar funcionalmente seu comportamento. Se o terapeuta o fizer no momento adequado, de maneira clara e levando o cliente a analisar seu próprio comportamento, o observador o consideraria como “AE”. O 25º item deste mesmo bloco avalia o desempenho do terapeuta referente a “Aplicação adequada das técnicas (domínio dos procedimentos)”. Se o terapeuta ao aplicar uma técnica na sessão ou mesmo ensinar uma para que o cliente realize em casa (relaxamento, exposição com prevenção de resposta entre outros) o fizer de maneira precisa, demonstrando ter domínio de cada passo da técnica, sem deixar dúvidas, o observador marcaria “AE” neste item ao avaliar o desempenho do terapeuta.

Por fim, faz-se importante deixar claro que o observador deveria fazer uma avaliação global da sessão e não momento a momento como num sistema de categorias que procura verificar a frequência de comportamentos do terapeuta em um atendimento. Esse método de avaliação tem sido referido na literatura como molar em contraposição ao segundo, que seria

molecular.

Segundo Heaton, Hill e Edwards (1995) o método molecular examina intervenções do terapeuta em uma frase ou sentença por vez. Já o molar considera o total da sessão como uma unidade de análise e fornece uma perspectiva mais geral de como um dado comportamento do terapeuta ocorreu dentro da sessão. Este último é o método de avaliação utilizado na “Lista para Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental”. Portanto, a pessoa que está observando o terapeuta aprendiz avalia se no geral da sessão cada um dos desempenhos listados no instrumento foi executado de maneira adequada ou não.

- Questionário de Avaliação do Tratamento: para avaliar se haveria alguma influência/ mudança na percepção do cliente quando o seu terapeuta estivesse passando pelo procedimento da pesquisa, foi elaborado um questionário de avaliação da terapia (Anexo 4). Este questionário era composto de 13 questões que abordavam a percepção do cliente sobre o seu processo de terapia, sobre a relação com seus terapeutas e sobre os resultados que estava tendo. Uma versão deste foi entregue aos terapeutas, contendo 15 questões sobre a percepção que ele achava que o cliente tinha do processo, da relação entre eles e dos resultados obtidos até o momento. Os participantes deveriam responder dentro de uma escala tipo Likert de cinco pontos, que variava de nada até muitíssimo. Estes questionários foram elaborados a partir do Inventário de Aliança Terapêutica (Howarth, 1994) e do Inventário de Seguimento de Logro de Objetivos (ILOP) (Hubscher, 2005).

6.3 Procedimento:

- Confeção do instrumento de avaliação: a primeira fase do estudo teve como objetivo a revisão da Lista de Verificação de Desempenho do Terapeuta (Starling, 2002). Nesta etapa foi feita uma revisão dos itens da lista, procurando operacionalizá-los, redigi-los

de maneira clara e com critérios precisos de observação e avaliação. Paralelamente, foi feita uma revisão na literatura sobre as habilidades necessárias ao terapeuta analítico-comportamental a fim de completar o instrumento (Anexo 5). Após, foram selecionadas fitas de atendimentos realizados pela própria pesquisadora para serem observadas e avaliadas de acordo com a lista. Este procedimento permitiu a identificação das dificuldades na sua utilização a fim de aprimorá-la.

- Coleta de dados: o método para observação e avaliação das sessões foi de auto-observação (os terapeutas participantes observavam e avaliavam seu próprio desempenho ao longo de 13 sessões), realizada através das sessões gravadas em fitas de vídeo, usando a lista de verificação como guia. Após a sessão os terapeutas assistiam ao vídeo, discutindo entre si e registrando na lista a avaliação de seu próprio desempenho. Com o objetivo de medir o impacto da Variável Independente (utilização da Lista para Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental como instrumento para auto-observar e avaliar seus comportamentos em sessões de atendimento) sobre a Variável Dependente (comportamentos adequados dos terapeutas participantes), o procedimento foi introduzido de acordo com um delineamento de linha-de-base múltipla através de participantes. Este consiste em introduzir a mesma variável experimental para todos os indivíduos em diferentes pontos no tempo até todos serem incluídos no programa. A relação causal é demonstrada se mudanças de comportamento ocorrem somente quando a variável independente é introduzida. Mudanças que ocorram em outros momentos, como na linha-de-base ainda ou após várias sessões após a introdução da VI, não podem ser atribuídas a essa intervenção. Assim, afirma-se que uma VI teve efeito sob a VD se 1) a mudança é imediata à sua introdução, 2) se na linha-de-base a tendência da VD estava numa dada direção que foi invertida com a introdução da VI e, 3) se já na linha-de-base a VD apresentava uma tendência à direção esperada, mas esta tendência tem uma aceleração maior com a introdução da VI. (Cozby, 2003; Craighead et al, 1994;

Guilhardi & Oliveira, 1999).

Nesta pesquisa a VI foi introduzida a partir da quarta sessão de atendimento. As três primeiras serviram como linha-de-base, sendo o único método de treinamento neste momento a supervisão tradicional oferecida pelo curso de especialização e a auto-observação através das sessões gravadas em vídeo (não foi dada nenhuma instrução sobre o que os participantes deveriam observar).

Quando os terapeutas estavam para realizar a quarta sessão, a pesquisadora ministrou para todos os participantes uma aula onde expôs o instrumento (conteúdo da aula: habilidades necessárias ao terapeuta comportamental, descrição dos itens contidos na lista e modo de utilizá-la). Neste momento haviam 10 duplas de terapeutas como voluntários da pesquisa. Essas duplas foram então distribuídas em três grupos (Grupo 1 e Grupo 2 com três duplas e Grupo 3 com 4 duplas). No entanto, na quinta sessão a cliente de uma dupla do Grupo 1 desistiu. Como esses terapeutas já haviam observado uma sessão utilizando o instrumento, não poderiam ser incluídos com um novo cliente e foram retirados da pesquisa. Também duas duplas do Grupo 4 alegaram não estarem conseguindo assistir as sessões juntas e que achavam melhor saírem da pesquisa. Como no momento em que fizeram esse pedido já haviam filmado em torno de quatro sessões, a pesquisadora convidou-os a continuarem na pesquisa fazendo parte de um grupo controle (não foram expostos as variáveis auto-observação da sessão e auto-avaliação de desempenho). Para isso bastaria que eles continuassem a gravar suas sessões em vídeo.

Deste modo, os terapeutas participantes ficaram assim distribuídos: Grupo 1 com duas duplas, Grupo 2 com três duplas, Grupo 3 com duas duplas e Grupo 4 com duas duplas de terapeutas. Cada um dos terapeutas destes grupos foi exposto a VI (utilização da Lista para Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental como instrumento para auto-observar e avaliar seus comportamentos em sessões de atendimento) em uma sessão pré-

determinada de acordo com o delineamento.

Nas quatro primeiras sessões todos os terapeutas (com exceção das duas duplas do Grupo 4) realizaram somente a auto-observação (Linha-de-base). Entre a terceira e quarta sessão todos participaram de uma aula sobre Habilidades do Terapeuta e receberam informações e explicações sobre o instrumento. A partir de então, as duas duplas do Grupo 1 passaram a utilizar a lista, enquanto as outras cinco recebiam somente a supervisão do Curso de Especialização e realizavam a auto-observação, nas próximas três sessões mais três duplas (Grupo 2) passaram a utilizar a lista e nas três sessões finais mais duas duplas (Grupo 3). As outras duas duplas (Grupo 4) somente gravaram as sessões, não preencheram o instrumento em nenhum momento e receberam somente a supervisão tradicional. Ao todo foram filmadas 13 sessões de cada dupla de terapeutas. Na Figura 1 está demonstrado este delineamento de forma esquemática. As sessões realçadas na cor amarela dizem respeito ao momento no qual os terapeutas estavam utilizando o instrumento.

Sessão	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a
Grupo													
Grupo 1	LB	LB	LB	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Grupo 2	LB	LB	LB	LB	LB	LB	I	I	I	I	I	I	I
Grupo 3	LB	LB	LB	LB	LB	LB	LB	LB	LB	I	I	I	I
Grupo 4	LB	LB	LB	LB	LB	LB	LB	LB	LB	LB	LB	LB	LB

Figura 1 – Delineamento de Linha-de-base Múltipla Através de Participantes. Grupo 1: duas duplas, Grupo 2: três duplas, Grupos 3: duas duplas e Grupo 4: duas duplas. LB: Linha-de-base. I – Intervenção.

O Questionário de Avaliação do Tratamento foi entregue nas Sessões 4, 7, 10 e 13. Ou seja, nas sessões onde novos participantes eram submetidos a VI.

6.4 Tratamento dos dados: para avaliar os efeitos da VI, foi observado o desempenho dos terapeutas ao longo das 13 primeiras sessões por ele realizadas como atividade do Curso de Especialização. Esta avaliação foi feita pela pesquisadora, que assistiu às sessões gravadas em vídeo e avaliou esse desempenho de acordo com o mesmo instrumento. Assim, no primeiro momento os terapeutas observavam e avaliavam seu próprio desempenho ao assistirem as sessões por ele realizadas. No segundo momento a própria pesquisadora (aqui chamada de avaliadora) assistiu às mesmas sessões para avaliar o desempenho destes terapeutas sem ter conhecimento da avaliação feita por eles.

Para comparar se houve mudança na avaliação do desempenho (se houve melhora ou não na frequência de desempenhos considerados adequados) do terapeuta a partir da introdução do procedimento de auto-observação e avaliação com o instrumento a pesquisadora transformou a avaliação feita numa escala de 1 (um) a 4 (quatro), onde as chaves da legenda do instrumento ficaram assim representadas: NA (não aplicável) – em branco; O (omitido) – 1; IE (inadequadamente executado) – 2; PA (parcialmente adequando) – 3; AE (adequadamente executado) – 4. Os itens que foram avaliados como NA foram deixados em branco já que esta avaliação representava não oportunidade para um desempenho ser emitido na sessão. Foram construídas planilhas e esses dados contabilizados.

A pesquisadora verificou com que frequência os 61 itens contidos no instrumento foram avaliados como adequadamente executados, parcialmente adequados, inadequadamente executados e omitidos. Isto feito construiu-se gráficos onde pode-se verificar se houve alterações nestas medidas: número de itens avaliados pela pesquisadora como Adequadamente Executados; Parcialmente Adequados e Inadequados (nesta medida foi considerada a soma dos itens avaliados como inadequadamente executados e omitidos) ao longo das 13 sessões. Também, pode-se verificar se estas alterações ocorreram com a introdução da VI (ou seja, do uso da Lista de Verificação de Desempenho do Terapeuta pelos

participantes para se observarem nas sessões realizadas), indicando o possível efeito positivo do procedimento de ensino proposto pelo presente estudo.

Também os dados da auto-observação, ou seja, da avaliação feita pelos próprios terapeutas, foram transpostos para a planilha e calculada a frequência de itens considerados como Adequados, Parcialmente Adequados e Inadequado (mesmas medidas feitas com os dados da avaliadora).

Esses dados de auto-observação também foram utilizados para medir o grau de concordância com a avaliação feita pela pesquisadora. Para isso, a mesma comparou a sua avaliação com aquela feita pela dupla de terapeutas, calculando a porcentagem dos 61 itens que foram avaliados igualmente, ou seja, tanto pela pesquisadora como pela dupla em cada sessão. Foi calculada tanto a porcentagem de concordância geral (61 itens) como por bloco de desempenho (Aliança Terapêutica, Postura Profissional, Coleta de Dados e Estratégias de Intervenção) para cada dupla de terapeutas participantes da pesquisa.

Para investigar se houve mudança na percepção dos clientes e terapeutas sobre o processo da terapia como resultado de uma possível melhora de desempenho conseqüente da introdução da VI, calculou-se a média de pontos obtidos pelos terapeutas nas sessões de linha-de-base e nas sessões que ocorreram após a introdução da VI a partir das respostas dadas no “Questionário de Avaliação do Tratamento”. As pontuações recebidas pelos terapeutas (resultado dos questionários respondidos pelos clientes) e as pontuações dadas pelos próprios terapeutas nas sessões nas quais foram preenchidos (4, 7, 10 e 13) foram somadas e depois calculou-se a média geral dos participantes.

6.5 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos foram resguardados. Tanto os terapeutas como os clientes foram identificados nos registros escritos apenas com letras iniciais e dados que não indicassem suas

identidades. Estes clientes não pagaram nada pelos atendimentos e assinaram um consentimento livre e esclarecido. O tratamento teve continuidade após as 13 sessões, ficando o término sob responsabilidade de terapeutas e supervisor do Curso de Especialização. Os terapeutas receberam, ao fim da pesquisa, informações sobre sua evolução, aspectos positivos e as dificuldades observadas.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Efeitos do uso do Instrumento no Desempenho dos Terapeutas

A fim de visualizar qual o efeito do uso do instrumento sobre o desempenho dos terapeutas foram construídos gráficos contendo as curvas das três medidas feitas: frequência de itens avaliados como Adequados, Parcialmente Adequados e Inadequados (IE + O) ao longo das 13 sessões de atendimento.

Nos gráficos a seguir, os valores do eixo Y correspondem ao número de itens contidos no instrumento (61 itens). Os valores do eixo X correspondem aos números das sessões realizadas pelos terapeutas (pode-se observar que em alguns gráficos não constam os dados referentes a determinadas sessões. Nestas sessões houve algum problema no equipamento de filmagem ou o terapeuta faltou ou ainda, no caso dos terapeutas do Grupo 3, a cliente pediu que não fossem filmadas as Sessões 4 e 5. Nestes casos o segmento da linha no gráfico está pontilhado).

7.1.1 Efeitos do instrumento sobre o Desempenho Geral

Os gráficos da Figura 2 mostram o número médio de itens avaliados como Adequados, Parcialmente Adequados e Inadequados (IE + O) no total de 61 itens que compõem o

instrumento. Ou seja, nestes gráficos pode-se observar o desempenho geral médio por grupo de terapeutas ao longo das 13 sessões.

No gráfico dos terapeutas do Grupo 1 observa-se que há um possível efeito da VI nas três medidas (frequência de itens avaliados como adequados, parcialmente adequados e inadequados), mas especialmente na frequência de desempenhos avaliados como parcialmente adequados e inadequados. Na fase de Linha-de-base o número de itens avaliados como adequadamente executados estava em torno de 23. Após a introdução da auto-avaliação usando a Lista de Verificação houve um aumento neste número, atingindo 39 itens na 13ª sessão. No entanto, observa-se na Figura 2 que a aceleração positiva da curva só é maior a partir da oitava sessão, podendo-se pensar em um efeito atrasado da VI ou em outras variáveis influenciando o desempenho (como supervisão). Já na frequência de itens avaliados como parcialmente adequados e inadequados (Omitidos + Inadequadamente Executados) o efeito foi mais claro, pois na primeira sessão de uso da Lista houve a reversão na tendência da curva com um decréscimo do número de itens, que terminaram próximos de três inadequados e um parcialmente adequado na 13ª sessão.

No gráfico do Grupo 2 pode-se ver um efeito claro da VI em duas medidas (parcialmente adequados e inadequados). O número de itens avaliados como parcialmente adequados e inadequados apresenta uma tendência crescente na Linha-de-base, que foi revertida logo após a introdução do uso da Lista de Verificação. A curva de itens avaliados como adequados apresenta uma elevação já na fase de Linha-de-base, que continua crescente até a 13ª sessão. Como essa elevação já vinha ocorrendo antes da introdução da VI, não se pode atribuir a esta o aumento no número de itens avaliados como adequadamente executados. Modelagem e supervisão podem ser os responsáveis pela melhora. Assim, neste gráfico verifica-se que há melhora nas três medidas, ou seja, parece que os estagiários

aprenderam a ser melhores terapeutas, mas a lista parece ter afetado mais na redução dos itens desempenhados de forma inadequada do que na aquisição dos adequados.

O Grupo 3 não apresentou melhora de desempenho. No gráfico observa-se um efeito do uso da lista no número de itens avaliados como inadequados após a introdução da VI. Na fase de linha-de-base o número de itens inadequados estava em torno de quatro, sendo que nas últimas sessões desta fase a curva apresentava uma tendência crescente, alcançando uma frequência de seis itens. Após a introdução da VI esta tendência foi revertida, ocorrendo uma diminuição na ocorrência de itens inadequados nas sessões 11, 12 e 13. No entanto, não há mudanças nas outras duas medidas feitas, ou seja, na curva de itens avaliados como adequados e parcialmente adequados. Na fase de linha-de-base o número de itens adequados estava mais ou menos estabilizado em torno de 29 itens (oscilando entre 23 e 34). Nas três sessões nas quais os terapeutas estavam utilizando o instrumento a curva de frequência de itens adequados não apresenta tendência crescente, como esperado, ficando em torno de 26 itens. Também com relação à frequência de itens parcialmente adequados não ocorrem as mudanças esperadas com a introdução da VI. Na fase de linha-de-base a média de itens era seis, enquanto que nas sessões da fase seguinte este número chega a nove itens. Ao contrário do que se esperava, nas duas últimas sessões há uma queda na frequência de itens avaliados como adequadamente executados e um aumento na frequência de parcialmente adequados. Portanto, esses dados não permitem afirmar que houve efeito positivo do procedimento de auto-avaliação utilizando a Lista de Verificação no desempenho destes terapeutas do terceiro grupo.

No desempenho do Grupo 4 parece haver uma discreta melhora tanto olhando a frequência de itens adequados quanto inadequados. Até a quinta sessão o número de itens adequados oscila entre 21 e 30. A partir da sexta sessão a curva apresenta um aumento e uma certa estabilidade. No entanto, este número não ultrapassa o valor alcançado na primeira

sessão, ficando a frequência de adequados em torno de 27 itens. Também a partir da quinta sessão o número de itens inadequados diminui. Na fase de linha-de-base estava em torno de oito itens, caindo para quatro e apresentando uma certa estabilização. Já o número de itens avaliados como parcialmente adequados não apresenta mudanças. No gráfico pode-se observar que a curva de itens parcialmente adequados permanece estabilizada em torno de nove itens ao longo das 13 sessões. Assim, os quatro terapeutas que não foram submetidos a VI parecem ter melhorado seu desempenho quando utilizamos como referencial a frequência de desempenhos inadequados. No entanto, as outras duas medidas não indicam uma melhora de desempenho clara.

Figura 2: Média de avaliação do desempenho geral (itens adequadamente executados, parcialmente adequados e inadequados) dos terapeutas por grupo ao longo das 13 sessões. A lacuna na curva dos gráficos representa a mudança da fase de Linha-de-base para fase de introdução da VI.

Ainda na Figura 2 pode-se verificar se houve efeito do instrumento sobre o desempenho geral dos terapeutas de acordo com o delineamento desta pesquisa. Para afirmar que houve um efeito positivo seguindo o raciocínio do delineamento de Linha-de-base Múltipla através de participantes, seria necessário verificar uma evolução do desempenho ocorrendo somente no momento em que cada terapeuta foi submetido a VI, ou seja, quando ele passa a utilizar a Lista de Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental como instrumento para observar e avaliar seus comportamentos nas sessões de atendimento. Ainda, é necessário observar se esta mudança na VD só ocorre para os participantes que estão sendo submetidos à intervenção do pesquisador (e continua inalterada nos que estão na fase de linha-de-base).

Na Figura 2 verifica-se que o número de itens avaliados como adequados apresentou um aumento a partir da quinta sessão nos Grupos 1, 2 e 3. Só poderíamos atribuir essa mudança ao uso da Lista de Verificação se somente no Grupo 1, que passou a usá-la, ocorresse essa tendência. Uma das hipóteses para esta melhora pode ser a aula ministrada pela pesquisadora sobre “Habilidades do Terapeuta” que ocorreu exatamente entre a quarta e quinta sessão. No entanto, também os terapeutas do Grupo 4 participaram e não apresentaram os mesmos resultados. Além disso, a curva de itens adequados do Grupo 3 apresenta uma queda na sessão seguinte (6ª sessão). Verifica-se ainda, que os terapeutas dos dois primeiros grupos (1 e 2) parecem ter um melhor desempenho do que os terapeutas dos Grupos 3 e 4 ao final das 13 sessões. Os primeiros alcançam uma média de 40 itens avaliados como adequados na 13ª sessão, enquanto que os terapeutas dos dois últimos grupos ficam em torno de 27 itens na mesma sessão.

Já a segunda medida (itens avaliados como parcialmente adequados) mostra um possível efeito da VI. Enquanto houve reversão na tendência crescente da frequência de itens parcialmente adequados no Grupo 1 a partir da 5ª sessão (momento de introdução da VI), o

mesmo não ocorreu nos Grupos 2, 3 e 4. No Grupo 2 foi a partir da 8ª sessão (primeira da fase de intervenção) que o número de itens avaliados como parcialmente adequados começou a decrescer. Já no Grupo 3 também houve uma queda na frequência de itens avaliados como parcialmente adequados na primeira sessão de uso do instrumento (11ª sessão), mas que não se manteve nas duas últimas sessões. No Grupo 4 observa-se que não há grandes oscilações nesta medida. Assim como na curva de itens adequados, ao comparar as curvas de itens parcialmente adequados verifica-se que os terapeutas dos Grupos 1 e 2 tiveram melhor desempenho do que dos terapeutas dos Grupos 3 e 4. Enquanto os terapeutas dos dois primeiros grupos obtiveram menos do que cinco itens avaliados como parcialmente adequados nas últimas sessões, os terapeutas do Grupo 3 e 4 apresentaram em torno de 10 itens.

A terceira medida feita – frequência média de itens avaliados como inadequados – também sugere que houve um efeito da VI sobre o desempenho dos terapeutas participantes desta pesquisa. No Grupo 1 houve uma diminuição do número de itens avaliados como inadequados a partir da 5ª sessão – momento de introdução da VI - que continuou decrescendo até a 13ª, enquanto que o mesmo não aconteceu nos Grupos 2, 3 e 4. No Grupo 2 há um decréscimo de inadequados nesta mesma sessão mas que é seguido de um aumento que só se reverte a partir da 8ª sessão com a introdução da Lista. No Grupo 3 verifica-se esta diminuição também a partir da introdução da VI, na 11ª sessão. O Grupo 4, mesmo sem o uso da lista, apresentou uma queda a partir da 6ª sessão.

Ainda com relação ao Grupo 4, observam-se algumas variações nas três medidas, mas seus participantes não chegaram a alcançar o número de itens avaliados como adequados dos grupos que fizeram a auto-observação e auto-avaliação (em torno de 38), ficando este em 28. Também o número de itens avaliados como inadequados apresentou diferenças. Os Grupos 1, 2 e 3 apresentaram uma redução que alcançou na última sessão uma frequência média de três

itens, permanecendo o Grupo 4 em cinco itens.

Estes dados sugerem que houve um efeito da VI, ocorrendo uma melhora no desempenho dos terapeutas. No entanto, o efeito está mais claro na redução de itens considerados pela avaliadora como inadequados ou parcialmente adequados do que no aumento de itens avaliados como adequadamente executados. Em termos de desempenho os melhores resultados foram obtidos pelos Grupos 1 e 2, sendo que os terapeutas destes grupos foram os que tiveram maior tempo de exposição ao instrumento.

7.1.2 Efeitos do instrumento sobre os Desempenhos Específicos

Como o instrumento contém quatro grandes blocos de desempenhos (Estabelecimento da Aliança Terapêutica; Postura Profissional; Coleta de Dados e Estratégias de Intervenção), faz-se necessário também investigar quais os efeitos da VI nestes desempenhos separadamente. Nas Figuras 3, 4, 5 e 6 estão os gráficos referentes à média de itens avaliados como Adequadamente Executados e Inadequados por grupo em cada um dos quatro blocos de desempenhos:

1) **Aliança Terapêutica:** Parece que a utilização do instrumento somente teve efeito nas habilidades para estabelecer aliança terapêutica dos terapeutas do Grupo 1. Na Figura 3 observa-se que os terapeutas que passaram a utilizar a Lista de Verificação após a quarta sessão de atendimento apresentaram aumento na frequência de itens avaliados como adequados, assim como uma queda na frequência de inadequados. No entanto, também os terapeutas dos Grupos 2 e 3 apresentaram uma curva semelhante, deixando dúvidas se a mudança observada no Grupo 1 foi devida à VI deste estudo ou a outras variáveis. Somente no Grupo 4 não foi observada a mesma situação, pois na quinta sessão houve aumento de inadequados e diminuição de adequados.

O Grupo 2, submetido a VI após a sétima sessão, também apresentou um aumento no número de itens considerados como adequados. Mas na Figura 3 verifica-se que já na linha-de-base havia uma tendência crescente na frequência de adequados. Com relação aos itens avaliados como inadequados, houve um decréscimo com a introdução da VI, seguido de aumento e novamente queda que se manteve até a 13ª sessão. Comparando estes resultados com os dados dos terapeutas do Grupo 3 novamente não se pode afirmar que houve efeito do procedimento de auto-avaliação com a Lista de Verificação sobre os desempenhos listados neste bloco. Os terapeutas do Grupo 3 também apresentaram um aumento no número de itens avaliados como adequados e queda nos considerados como inadequados a partir da oitava sessão, na qual ainda não estavam fazendo uso do instrumento. Confirmando esses dados, se compararmos o desempenho dos terapeutas pertencentes a este grupo antes e após a introdução da VI, à qual foram submetidos após a 10ª sessão, observa-se uma elevação com queda em adequados e discreto decréscimo em inadequados. Uma observação com relação a este grupo foi que, mesmo distribuindo aleatoriamente os clientes assim como as duplas por grupo, parece que os dois clientes atendidos pelos terapeutas deste Grupo 3 foram considerados casos difíceis tanto pelos terapeutas, como pelas supervisoras e pela avaliadora. Isto pode ter interferido na queda de itens considerados adequados e no aumento de inadequados. Os terapeutas relatam que estavam tendo dificuldades de manejo de seus casos, apresentando dificuldades para intervir e mesmo para estabelecer relação com seus clientes nas últimas sessões filmadas.

Os terapeutas do Grupo 4 apresentam uma certa estabilidade de desempenho, ficando a frequência de adequados em torno de nove e de inadequados em torno de dois. Assim, estes terapeutas não apresentaram melhora nem piora na emissão dos comportamentos relacionados ao estabelecimento da relação terapêutica.

Portanto, estes dados não permitem afirmar que houve efeito positivo da utilização do instrumento sobre os desempenhos relacionados ao estabelecimento da aliança terapêutica. Mesmo que os terapeutas do Grupo 1 tenham apresentado um aumento do número de itens adequados e diminuição de inadequados no momento da introdução da VI, não se pode afirmar que foi a utilização da Lista de Verificação que provocou esta mudança. Como os terapeutas dos Grupos 2 e 3 apresentam curvas semelhantes às do Grupo 1 pode ser que outra variável tenha influenciado nesta mudança.

Figura 3: Média de avaliação dos desempenhos relacionados à Aliança Terapêutica (ítems adequadamente executados e inadequados) dos terapeutas por grupo ao longo das 13 sessões. A lacuna na curva dos gráficos representa a mudança da fase de Linha-de-base para fase de introdução da VI.

2) **Postura Profissional:** este foi o bloco de desempenhos onde os terapeutas participantes deste estudo apresentaram menos problemas, ou seja, nenhum item foi considerado pela avaliadora como inadequado no desempenho dos terapeutas participantes desta pesquisa, com exceção dos terapeutas do Grupo 4, como se pode observar na Figura 4. A maioria dos desempenhos relacionados à postura profissional foi considerada como adequadamente executados pelos terapeutas durante as 13 sessões, sendo que o número de itens que foram assim avaliados não pareceu sofrer mudanças com a introdução da VI. No Grupo 1, do total de oito itens, sete estavam adequados na linha-de-base, se mantendo assim a partir da 5ª sessão. Nas sessões oito e nove houve uma queda seguida de recuperação. Os terapeutas do Grupo 2 apresentaram um aumento em adequados a partir da quinta sessão (ainda fase de linha-de-base para este grupo) que se manteve estável até a nona sessão, seguida de uma elevação. Já o Grupo 3 apresentou uma piora nas sessões onde foi aplicada a VI. O Grupo 4 foi o único que apresentou alguns desempenhos problemáticos com relação à postura profissional (trabalhar problemas-chave para o manejo de comportamentos problema do cliente, encerramento da sessão), mas assim mesmo a frequência de itens considerados inadequados foi baixa.

Os dados da Figura 4 mostram que os terapeutas desta amostra parecem ter em seu repertório bem estabelecidos os desempenhos listados neste bloco, pois nenhum grupo apresentou mais do que um item avaliado como inadequado ao longo das 13 sessões. Deste modo, pode-se falar que houve um efeito teto neste bloco. Ou seja, não é possível avaliar o efeito da VI sobre a VD, porque o valor desta já estava próximo do valor máximo possível de ser alcançado (oito itens avaliados como adequados) para se afirmar que um terapeuta teve um desempenho ótimo no bloco que contem os itens que avaliam a Postura Profissional devido a utilização do instrumento.

Figura 4: Média de avaliação dos desempenhos relacionados à Postura Profissional (ítems adequadamente executados e inadequados) dos terapeutas por grupo ao longo das 13 sessões. A lacuna na curva dos gráficos representa a mudança da fase de Linha-de-base para fase de introdução da VI.

3) **Coleta de Dados:** diferentemente dos desempenhos listados no bloco Postura Profissional, nos comportamentos relacionados a Coleta de Dados os terapeutas desta amostra apresentaram maiores dificuldades e, por outro lado foi nos desempenhos listados neste bloco que pode-se verificar um efeito mais claro da utilização da Lista de Verificação de Desempenho para Terapeutas Analítico-Comportamentais como instrumento para auto-observação e avaliação. Na Figura 5 observa-se que no Grupo 1 o número de itens (máximo possível de 12) considerados como adequados aumentou exatamente a partir do momento em que eles foram submetidos a VI (após a quarta sessão), com decréscimo dos itens avaliados como inadequados seguida de uma elevação nas três últimas sessões. Além disso, dando força à hipótese do efeito benéfico da lista, na mesma sessão (5ª) a frequência de itens avaliados como adequados apresentou tendência inversa (queda) nos Grupos 2 e 3, assim como aumentou a frequência de inadequados no Grupo 3.

A curva de itens adequados apresentou tendência crescente no Grupo 2 após a introdução da lista, mas já vinha crescendo. Já a curva de itens inadequados apresenta uma queda por volta da quarta sessão, seguida de aumento e novamente queda a partir da introdução da VI confirmando o efeito positivo do instrumento.

Os terapeutas do Grupo 3 estavam apresentando um piora visível sobre coletar dados na fase de linha-de-base, com diminuição do número de itens avaliados como adequados e aumento de inadequados. Nas sessões em que passaram a utilizar a Lista de Verificação (11,12 e 13) eles apresentaram uma discreta recuperação em adequados e uma queda em inadequados, parecendo haver uma melhora de desempenho como efeito da introdução da VI.

Os terapeutas do Grupo 4 apresentaram uma certa oscilação na frequência de desempenhos adequados e uma estabilidade na frequência de inadequados, não parecendo haver melhora nos desempenhos de coletar dados sobre o cliente.

Além disso, assim como foi verificado no desempenho geral, também neste bloco, os terapeutas dos Grupos 3 e 4 tiveram um pior desempenho do que os participantes dos dois primeiros grupos. Enquanto os terapeutas dos Grupos 3 e 4 tiveram em torno de seis itens avaliados como adequados nas últimas sessões, os terapeutas do Grupo 1 e 2 tiveram nove itens.

Os dados expostos acima parecem indicar que houve um efeito positivo do uso do instrumento sobre os desempenhos contidos no bloco de coleta de dados, efeito este medido através do aumento do número de itens avaliados como adequados e decréscimo da emissão de itens inadequados. O fato de que os terapeutas do Grupo 3 não apresentaram um aumento significativo na frequência de itens adequados pode ser decorrência das poucas sessões nas quais utilizaram o instrumento.

Figura 5: Média de avaliação dos desempenhos relacionados à Coleta de Dados (itens adequadamente executados e inadequados) dos terapeutas por grupo ao longo das 13 sessões. A lacuna na curva dos gráficos representa a mudança da fase de Linha-de-base para fase de introdução da VI.

4) **Estratégias de Intervenção:** foi nas habilidades listadas neste bloco onde se verificaram as maiores dificuldades dos terapeutas participantes desta pesquisa. Somente o Grupo 2 apresentou uma frequência média de desempenhos adequados em torno de 11 itens, dentro do total de 27 desempenhos listados. Os outros grupos tiveram uma frequência média de cinco itens, ou seja, menos que 25% dos desempenhos listados neste bloco foram considerados pela avaliadora como adequadamente executados pelos terapeutas desta amostra.

Na Figura 6 pode-se verificar que o desempenho do Grupo 1 pareceu apresentar uma pequena melhora após a introdução da VI (4ª sessão), ocorrendo um aumento no número de itens avaliados como adequados. No entanto o número de desempenhos inadequados aumentou na mesma sessão e só apresentou uma oscilação para baixo por volta da nona sessão de atendimento. Também os terapeutas do Grupo 2 apresentam uma melhora a partir do momento em que passam a utilizar a Lista de Verificação, mas este efeito parece ser atrasado e se faz ver somente na frequência de itens avaliados como inadequados. A curva de itens adequados já apresentava uma aceleração positiva na linha-de-base, continuando nas sessões subsequentes. Assim, não se pode atribuir ao uso do instrumento essa melhora. O Grupo 3 apresenta uma melhora na primeira sessão após a linha-de-base (11ª sessão), mas seguida de queda. Já o Grupo 4 apresenta uma melhora de desempenho por volta da sexta sessão, apresentando um pequeno aumento no número de itens avaliados como adequados e queda nos inadequados.

Pode-se, então, observar que além de ter sido nas estratégias de intervenção que os terapeutas participantes apresentaram piores resultados, também foi neste bloco que o efeito da VI pareceu ser menor ou quase nulo.

Figura 6: Média de avaliação dos desempenhos relacionados às Estratégias de Intervenção (itens adequadamente executados e inadequados) dos terapeutas por grupo ao longo das 13 sessões. A lacuna na curva dos gráficos representa a mudança da fase de Linha-de-base para fase de introdução da VI.

7.1.3 Desempenho do terapeuta antes e após a utilização do instrumento e comparação com a auto-avaliação

As conclusões anteriores foram baseadas no desempenho médio por grupo de terapeutas. A seguir foi feita uma avaliação de cada participante individualmente assim como uma comparação do desempenho deste na percepção da avaliadora com a do próprio participante.

As Figuras 7, 8, 9 e 10 mostram os gráficos de cada participante estando, à esquerda, a avaliação da pesquisadora e à direita a do próprio terapeuta.

Com relação à identificação dos terapeutas, foi feita de acordo com a ordem **Terapeuta – Grupo – Dupla**, onde:

- **Terapeuta (1 ou 2)** – como eles próprios se denominaram ao preencher o instrumento;
- **Grupo (1, 2 ou 3)** - de acordo com o momento em que passou da fase de Linha-de-base e foi submetido a VI como descrito na seção Método.
- **Dupla (a, b, c)** - ordem aleatória. Esta codificação foi feita apenas para diferenciar uma dupla da outra dentro do mesmo grupo.

Nestes gráficos foi, ainda, incluída uma outra medida – número de oportunidades. Esta foi calculada subtraindo-se o número de itens avaliados como Não Aplicáveis (NA) do total de itens listados (61). Este cálculo teve como objetivo verificar quais alterações ocorreriam se o número de oportunidades para se comportar na sessão aumentasse ou diminuísse. Por exemplo, este cálculo permitiu que fosse verificado se o aumento na frequência de itens avaliados como adequados e/ou diminuição de inadequados não ocorria devido à diminuição no número de oportunidades e assim a probabilidade de emitir desempenhos inadequados seria menor.

Grupo 1: Na Figura 7 pode-se observar um efeito positivo mais claro da utilização do

instrumento sobre o desempenho dos participantes que passaram a utilizar a Lista de Verificação na quarta sessão. Os gráficos dos quatro terapeutas apresentam reversão na tendência da curva de desempenhos adequados a partir do momento em que passaram a utilizar a Lista de Verificação (após a quarta sessão). Esta curva estava no sentido decrescente e aumenta assim que a VI é introduzida. Mesmo que não haja uma forte aceleração positiva nas sessões posteriores, o desempenho destes terapeutas continua melhor do que na fase de linha-de-base, pois o número de itens adequados continua maior. Verifica-se, também, uma queda na frequência de desempenhos avaliados como parcialmente adequados (com exceção do Terapeuta 1 - Dupla A) e queda na frequência de desempenhos avaliados como inadequados (sendo esta diminuição mais clara nos dois terapeutas da Dupla A; nos terapeutas da Dupla B a curva apresenta ainda um aumento na quinta sessão, seguida então de decréscimo). Além disso, parece que na Dupla A este decréscimo provavelmente não se deu pelo fato do terapeuta ter menos oportunidades de se comportar na sessão, pois a curva de oportunidades apresenta tendência crescente. Já a frequência de oportunidades para a Dupla B começa a cair paulatinamente a partir da sexta sessão, podendo ser que o número de inadequados e parcialmente adequados tenha decrescido por isso.

Com relação à comparação com a auto-avaliação dos terapeutas, observa-se certa semelhança nas tendências das curvas de desempenhos dos terapeutas da Dupla A com as curvas da avaliação da pesquisadora. Ou seja, os terapeutas também se avaliaram como melhores da última sessão da linha-de-base para as sessões seguintes. Somente na última sessão as percepções foram diferentes, pois os terapeutas desta dupla avaliaram que os seus desempenhos foram piores.

Já os terapeutas da Dupla B acham que pioraram após a introdução da VI, diferentemente da percepção da avaliadora. Estes dois terapeutas avaliaram que o número de itens adequados caiu na quinta sessão de atendimento, seguido de um aumento. Já a

freqüência de itens avaliados como parcialmente adequados e inadequados teria aumentado nesta quinta sessão seguido de decréscimo. Outra diferença perceptível é no número de itens adequados: enquanto a avaliadora considerou que na 11ª sessão (último atendimento filmado da Dupla B) os terapeutas emitiram em torno de 25 itens de maneira adequada, os próprios avaliaram em torno de 49 itens.

Assim, observam-se algumas diferenças entre a percepção da avaliadora e dos próprios terapeutas com relação ao desempenho destes em sessão. Esta diferença na concordância será discutida posteriormente.

Outro dado importante é que o fato dos terapeutas da Dupla B parecerem perceber que não estavam tendo um bom desempenho leva a hipótese de que o uso do instrumento poderia realmente funcionar para que terapeutas aprendizes corrigissem os desempenhos inadequados a cada sessão, melhorando então seu desempenho. No entanto, a freqüência de itens adequados, parcialmente adequados e inadequados apresenta uma oscilação, não ficando claro se o instrumento teve o efeito esperado.

Figura 7: Média de avaliação do desempenho geral (itens adequadamente executados, parcialmente adequados e inadequados) dos terapeutas do Grupo 1 ao longo das 13 sessões. A lacuna na curva dos gráficos representa a mudança da fase de Linha-de-base para fase de introdução da VI. Os gráficos à direita representam a avaliação feita pela pesquisadora e os gráficos à esquerda a avaliação feita pelo próprio terapeuta.

Grupo 2: os terapeutas deste grupo passaram a utilizar a Lista de Verificação na sétima sessão. Na Figura 8 verifica-se que na percepção da avaliadora todos os seis terapeutas apresentaram uma melhora de desempenho, mesmo que atrasada em relação ao momento em que foram submetidos a VI.

O Terapeuta 1 da Dupla 1 apresenta uma elevação no número de itens adequados e parcialmente adequados, assim como diminuição em inadequados. No entanto, esta última tendência ocorre com atraso, a partir da 10ª sessão de atendimento. O Terapeuta 2 da mesma dupla também apresenta uma mudança nas três medidas, mas a curva de inadequados e adequados só apresenta a tendência esperada a partir da 10ª sessão. Também os terapeutas da Dupla B apresentam uma melhora atrasada e não fica claro o efeito da Lista de Verificação. O aumento na frequência de itens adequados ocorre a partir da 10ª sessão para os dois terapeutas, assim como a queda na frequência de inadequados do Terapeuta 1. No caso do Terapeuta 2 o número de itens parcialmente adequados e de inadequados apresenta uma queda no momento da introdução da VI.

Os terapeutas da Dupla C não filmaram a primeira sessão da fase de uso do instrumento. Assim, a nona sessão foi a primeira após a linha-de-base que pode ser observada, parecendo haver uma melhora de desempenho. As três medidas apresentaram a tendência esperada, ou seja, aumento em adequados e decréscimo em inadequados e parcialmente adequados. No entanto estas mudanças não ocorrem após a introdução da VI. O aumento no número de itens adequados e queda no de parcialmente adequados só ocorre a partir da 11ª sessão. Portanto, novamente não se pode afirmar que foi o uso do instrumento que provocou uma mudança de desempenho.

Com relação ao número de oportunidades, este dado fornece uma possível comprovação para um efeito positivo do instrumento. Observa-se que nas sessões nas quais estes terapeutas estavam usando o instrumento e onde ocorre aumento no número de itens

avaliados como adequados ocorre também aumento no número de oportunidades ou não ocorre queda neste. Além disso, a tendência decrescente na curva de desempenhos inadequados parece ser inversamente proporcional ao número de oportunidades para os Terapeutas 1 da Dupla A e B.

Comparando a avaliação da pesquisadora com a auto-avaliação, percebe-se uma semelhança maior entre as curvas de desempenho da avaliadora com as curvas de desempenho dos terapeutas da Dupla A. Também parece haver uma certa semelhança nas curvas de itens parcialmente adequados e inadequados dos outros quatro terapeutas e a avaliação da pesquisadora. No entanto o mesmo não pode ser dito com relação aos itens adequados, pois estes apresentam diferenças tanto com relação a tendência como ao número de itens assim avaliados. Os terapeutas da Dupla C consideraram que estavam se comportando de maneira mais correta do que foi considerado pela avaliadora. Essa boa percepção do próprio desempenho pode explicar o fato de que não parece haver efeito do uso do instrumento. Se um terapeuta aprendiz avalia que está emitindo desempenhos adequados na sessão, não há porque mudar.

Figura 8: Média de avaliação do desempenho geral (itens adequadamente executados, parcialmente adequados e inadequados) dos terapeutas do Grupo 2 ao longo das 13 sessões. A lacuna na curva dos gráficos representa a mudança da fase de Linha-de-base para fase de introdução da VI. Os gráficos à direita representam a avaliação feita pela pesquisadora e os gráficos à esquerda a avaliação feita pelo próprio terapeuta.

Grupo 3: no desempenho dos dois terapeutas da Dupla A novamente não fica claro o efeito da VI, pois eles apresentam uma melhora somente a partir da 12ª sessão, sendo que passaram a utilizar a Lista de Verificação na 10ª sessão. No entanto, a curva de itens avaliados como adequados apresentava uma queda na 10ª sessão, que foi revertida a partir da introdução da VI, mesmo que com certo atraso. A mesma reversão de tendência ocorreu na frequência de itens avaliados como parcialmente adequados e inadequados. Já os terapeutas da Dupla B apresentam uma piora de desempenho após a introdução da lista. O número de itens avaliados como adequados aumenta na 11ª sessão, caindo abruptamente em seguida. Em contrapartida a curva de parcialmente adequados aumenta e de itens inadequados fica estável (para o Terapeuta 2 desta dupla apresenta uma pequena diminuição). A diminuição do número de itens adequados se correlaciona com a diminuição de itens apresentados, ou seja, houve menor número de oportunidades de apresentar comportamentos adequados.

Na Figura 9, comparando os gráficos que contém a avaliação da pesquisadora com os gráficos da auto-avaliação observa-se certa semelhança nas curvas de desempenho da Dupla A, mas os terapeutas se consideraram como melhores do que foi avaliado pela pesquisadora. Com relação à Dupla B não existem semelhanças claras entre as curvas de desempenho e o Terapeuta 2 também teve uma percepção melhor do seu próprio desempenho.

Figura 9: Média de avaliação do desempenho geral (itens adequadamente executados, parcialmente adequados e inadequados) dos terapeutas do Grupo 3 ao longo das 13 sessões. A lacuna na curva dos gráficos representa a mudança da fase de Linha-de-base para fase de introdução da VI. Os gráficos à direita representam a avaliação feita pela pesquisadora e os gráficos à esquerda a avaliação feita pelo próprio terapeuta.

Grupo 4: os terapeutas deste grupo não fizeram a auto-observação e tampouco utilizaram a Lista de Verificação. Assim, a Figura 10 apresenta apenas os gráficos referentes ao desempenho deles segundo a avaliadora. Pode-se verificar que o desempenho dos terapeutas das duas Duplas (A e B) apresenta uma oscilação ao longo das 13 sessões nas três medidas. A Dupla A apresenta um pequeno aumento em itens adequados nas duas últimas sessões, assim como queda em inadequados e parcialmente adequados, sugerindo uma discreta melhora de desempenho. Também os gráficos dos dois terapeutas da Dupla B mostram uma ascendência em adequados, com diminuição em parcialmente adequados e inadequados por volta da quinta e nona sessões. Como estes dois terapeutas não foram submetidos a VI pode-se pensar que outras variáveis como a supervisão, oferecida pelo curso, por exemplo, seriam os responsáveis pela melhora.

Figura 10: Média de avaliação do desempenho geral (itens adequadamente executados, parcialmente adequados e inadequados) dos terapeutas do Grupo 4 ao longo das 13 sessões. Os gráficos representam a avaliação feita pela pesquisadora.

7.2 Grau de Concordância

Como exposto ao longo dos resultados, os dados referem-se à avaliação feita por um único avaliador (que foi a própria pesquisadora). Além disso, este instrumento não passou por um trabalho para validação formal. A pesquisadora fez um teste de concordância com sua orientadora, mas de maneira informal. As duas assistiram a uma sessão de um dos terapeutas participantes desta pesquisa e avaliaram o desempenho separadamente. O grau de concordância obtido foi em torno de 80%. Ao analisar as discordâncias verificou-se que os critérios utilizados pareciam ser os mesmos, mas por alguma interpretação diferente ou falta de informação sobre o item estes foram avaliados diferentemente. Por exemplo, no item “Formular questões sobre o estado de saúde geral do cliente” a pesquisadora incluiu desempenhos relacionados à investigação sobre uso de medicamentos. Como este critério não estava explicitado no instrumento, houve diferença na avaliação atribuída, a pergunta sobre medicação não foi considerada pela orientadora como investigação do estado de saúde do cliente.

Considerando-se o fato do instrumento não ter passado por teste de validação e fidedignidade, somado às diferenças observadas ao se comparar os gráficos de desempenho formulado a partir dos dados da avaliadora e dos próprios terapeutas hipotetizou-se que haveria uma baixa concordância entre a percepção da avaliadora e dos terapeutas. Era necessário, então, calcular este grau de concordância e verificar se problemas no uso do instrumento poderiam ter afetado os resultados.

Para obter informação sobre o grau de concordância que o instrumento permite, foi feita uma análise da concordância entre a avaliação feita pela pesquisadora e a avaliação feita pelos próprios terapeutas (esta obtida a partir do instrumento preenchido por eles a cada sessão de acordo com o momento em que passavam a utilizá-lo). Ou seja, a pesquisadora verificou a porcentagem de itens que foram avaliados igualmente por ela e pela dupla de

terapeutas naquelas sessões nas quais o instrumento foi preenchido. O grau de concordância se refere às sete duplas que utilizaram o instrumento, pois não havia como fazer concordância com as duas duplas do Grupo 4.

No gráfico abaixo (Figura 11) estão expostas a média de concordância entre Avaliador e todos os Terapeutas. Os valores do Eixo Y se referem à porcentagem de concordância alcançada. Observa-se que a maior concordância obtida foi com relação aos itens do bloco Postura Profissional (78%), seguido de Aliança Terapêutica (62%), Coleta de Dados (52%) e Estratégias de Intervenção (33%). A média de concordância com relação ao desempenho geral foi de 49%.

Figura 11: Grau de Concordância médio (em porcentagem) entre Avaliador e Terapeutas.

7.3 Dados sobre os Terapeutas

Como descrito na Tabela 1 na seção Métodos houve uma grande variação e, conseqüentemente, diferenças a princípio marcantes, na experiência clínica prévia dos terapeutas participantes. A média de experiência clínica total (estágio + profissão) dos terapeutas era de 15 meses (desvio padrão = 13, variação de 0 a 36 meses) e a média do total

de casos atendidos (estágio + profissão) era de oito casos (desvio padrão = 10, variação de 0 a 30 casos). Assim, levantou-se a hipótese de que também o repertório de entrada destes não fosse tão homogêneo como se esperava, o que poderia afetar a comparação de resultados com relação ao efeito do instrumento. Na Tabela 2 estão o número de itens que foram avaliados como adequadamente executados em todas as sessões observadas pelo avaliador e na qual se faziam aplicáveis (ou seja, inclui também os itens que receberam a avaliação adequadamente executados em algumas sessões e “NA” em outras). Os números marcados na cor amarela se referem aos terapeutas que tiveram em torno de 50% dos desempenhos listados no instrumento avaliados como adequadamente executados. Assim, dos 18 terapeutas participantes, oito foram bem avaliados desde o início e já possuíam um bom repertório de entrada. Dos outros 10 terapeutas, seis tiveram em torno de 35% dos seus desempenhos avaliados como adequadamente executados e, quatro tiveram menos que 30% dos seus desempenhos avaliados como adequados. Portanto, nestes dados pode-se verificar a existência de diferenças no repertório de habilidades terapêuticas dos participantes desta pesquisa antes mesmo da intervenção ocorrer.

Tabela 2: Número de itens que receberam avaliação adequadamente executado em todas as sessões observadas

Grupo	Terapeuta	Total do instrumento (61 itens)	Estabelecimento da Aliança Terapêutica (14 itens)	Postura Profissional (8 itens)	Coleta de Dados (12 itens)	Intervenção do Terapeuta (27 itens)
Grupo 1	T1a	30	7	7	8	8
	T2a	30	6	8	9	7
	T1b	18	6	5	4	3
	T2b	20	6	6	4	4
Grupo 2	T1a	33	8	8	10	7
	T2a	30	8	8	10	4
	T1b	33	9	6	6	12
	T2b	22	5	7	5	5
	T1c	21	4	5	4	8
	T2c	16	4	5	4	3
Grupo 3	T1a	24	8	7	6	3
	T2a	21	5	6	6	4
	T1b	29	8	7	6	8
	T2b	24	4	7	6	7
Grupo 4	T1a	19	8	5	5	1
	T2a	13	2	4	5	2
	T1b	32	7	7	8	10
	T2b	31	6	7	6	12

* Grupo 1: utilização do instrumento a partir da 4ª sessão de atendimento (duplas a e b); Grupo 2: a partir da 7ª sessão (duplas a, b e c) e Grupo 3: a partir da 10ª sessão (duplas a e b). Grupo 4: não utilizou o instrumento (duplas a e b).

Separando pelos quatro blocos de desempenhos, pode-se observar que os participantes desta pesquisa pareciam ter bem estabelecidas em seu repertório as habilidades relacionadas à Postura Profissional (13 terapeutas tiveram em torno de 75% dos desempenhos relacionados neste bloco avaliados como adequadamente executados). Já com relação às habilidades contidas no bloco Estabelecimento da Aliança Terapêutica e Coleta de Dados, o repertório de entrada parecia ser pior. Cinco terapeutas tiveram em torno de 75% dos itens avaliados como adequadamente executados, no bloco Coleta de Dados e, apenas um terapeuta obteve o

mesmo percentual no bloco Estabelecimento da Aliança Terapêutica. As habilidades referentes às Estratégias de Intervenção do Terapeuta parecem ser aquelas nas quais os participantes desta pesquisa tiveram maiores dificuldades para desempenhar de maneira adequada, segundo o avaliador. O máximo que um terapeuta alcançou foi 45% de itens avaliados como adequadamente executados em todas as sessões, com oito terapeutas tendo alcançado menos que 15% de itens avaliados como adequados.

Procurou-se, então, verificar se essas diferenças existentes antes da introdução da VI poderiam ter influenciado os efeitos que o uso da Lista de Verificação teve sobre os desempenhos. Para investigar tal hipótese calculou-se o índice de correlação entre o número de itens avaliados como adequadamente executados em todas as sessões e o número de itens avaliados como adequados na 13ª sessão para cada terapeuta.

Na Figura 12 pode-se observar que essa hipótese parece ser verdadeira. No Eixo X estão todos os 18 terapeutas e no Eixo Y o número de itens contidos no Bloco Coleta de Dados. Foram nos desempenhos listados neste bloco que se observou os efeitos mais claros da VI. No gráfico verifica-se que quanto mais itens foram considerados como adequados em todas as sessões mais itens foram avaliados como adequados na 13ª sessão. Ou seja, foram os terapeutas que tinham em seu repertório mais habilidades de coleta de dados instaladas e as executavam de maneira correta, que obtiveram um melhor desempenho nas últimas sessões. Também através do índice de correlação de Spearman verificou-se que existe correlação significativa entre habilidade de coletar dados adequadamente executados em todas as sessões e número de itens de coleta de dados adequadamente executados na 13ª sessão (0,565*), ou seja, quanto menor a habilidade pré-existente no repertório, pior os resultados no final do processo. Os que já tinham melhor repertório foram os que obtiveram melhores resultados nesse bloco. O mesmo ocorreu com os desempenhos relacionados a Postura Profissional (0,627**).

Figura 12: Itens de Coleta de Dados avaliados como adequados em todas as sessões e número de itens avaliados como adequados na 13ª sessão para cada terapeuta.

Ainda com relação ao repertório de entrada dos terapeutas verificaram-se correlações significativas entre número de itens adequadamente executados em todas as sessões observadas nos blocos Coleta de Dados e Aliança Terapêutica (0,516*) e entre Coleta de Dados e Postura (0,848*). Ou seja, no repertório inicial dos terapeutas existia uma correlação positiva entre habilidade de coletar dados e postura profissional assim como entre habilidade de coletar dados e aliança terapêutica.

Após 13 sessões de atendimento com supervisão e com o uso da lista aumentou o número de correlações positivas. Verificou-se correlação entre coleta de dados e aliança (0,495*), Coleta de Dados e Postura (0,714**), Coleta de Dados e Intervenção (0,652*) e Intervenção e Aliança (0,767**). Portanto, os terapeutas que mostraram maior número de itens adequadamente executados em coleta de dados e em aliança terapêutica também foram os que tiveram os melhores resultados em Intervenções.

Tabela 3: Coeficientes de correlação de Spearman entre número de itens adequados em todas as sessões e na 13ª para cada bloco de desempenhos.

	Aliança AE todas sessões	Aliança 13ª sessão	Postura AE todas sessões	Postura 13ª sessão	Coleta AE todas sessões	Coleta 13ª sessão	Intervenção AE todas sessões	Intervenção 13ª sessão
Aliança AE	1	0,266	0,434	0,331	0,516*	0,334	0,219	0,197
Aliança 13ª	0,266	1	0,276	0,221	0,307	0,495*	0,276	0,767**
Postura AE	0,434	0,276	1	0,627**	0,848**	0,467	0,428	0,159
Postura 13ª	0,331	0,221	0,627**	1	0,66**	0,714**	0,34	0,273
Coleta AE	0,516*	0,307	0,848**	0,66**	1	0,565*	0,41	0,262
Coleta 13ª	0,334	0,495	0,467	0,714**	0,565*	1	0,046	0,652**
Intervenção AE	0,219	0,276	0,428	0,34	0,41	0,046	1	0,183
Intervenção 13ª	0,197	0,767**	0,159	0,273	0,262	0,652**	0,183	1

* Correlação é significativa no nível de .05 (bi-caudal).

** Correlação é significativa no nível de .01 (bi-caudal).

7.4 Questionários de Avaliação Pós-Sessão

Os questionários para avaliação da terapia foram aplicados tanto nos clientes como nos terapeutas com o objetivo de investigar se haveria alguma modificação da percepção de melhora dos problemas do cliente e da relação terapêutica com a introdução da VI. Ou seja, procurou-se verificar se uma possível melhora no desempenho dos terapeutas devido à VI afetaria também a percepção dos clientes e do terapeuta sobre o próprio processo de terapia.

No entanto, os dados não confirmaram essa hipótese. Nas Figuras 12, 13, 14 e 15 estão os gráficos contendo a pontuação alcançada pelos clientes e terapeutas tanto na fase de linha-de-base como após a introdução da VI. Para isso utilizou-se a soma das respostas dadas por eles tanto nas perguntas relacionadas a grau de melhora como a relação terapêutica e se calculou a média geral dos participantes. O questionário foi entregue nas 4ª, 7ª, 10ª e 13ª sessão, ou seja, nas sessões onde os terapeutas de um dos grupos eram submetidos a VI segundo o delineamento utilizado neste estudo. Assim, para verificar se houve mudança na percepção dos clientes e terapeutas como resultado de uma possível melhora de desempenho conseqüente da introdução da VI, calculou-se a média de pontos obtidos pelos terapeutas nas sessões de linha-de-base e nas sessões que ocorreram após a introdução da VI.

Com relação aos clientes foi considerada como uma boa percepção de melhora quando essa soma alcançou 18 pontos, ou seja, nas seis perguntas sobre esse tema ele deu uma pontuação de pelo menos três (que significa muito). Uma boa percepção da relação terapêutica foi considerada quando a soma alcançou 24 pontos, ou seja, o cliente marcou a opção três (muito) para as oito respostas deste tema.

Na Figura 13 observa-se que já na linha-de-base os clientes consideravam que estavam tendo ganhos ao fazer a terapia, sendo que a pontuação se manteve praticamente a mesma nas sessões nas quais seus terapeutas estavam utilizando o instrumento para se auto-avaliar. O mesmo pode ser dito a partir da Figura 14 sobre a percepção da relação terapêutica. Na visão do cliente sua relação com os terapeutas já estava boa na fase de linha-de-base, se mantendo nas sessões posteriores.

Figura 13: Percepção do cliente sobre melhoras obtidas na terapia.

Figura 14: Percepção do cliente sobre a relação terapêutica.

Nos questionários respondidos pelos terapeutas foi considerada boa a pontuação 21 (sete perguntas com pontuação três) para percepção de melhora do cliente e 24 (oito respostas com pontuação três) para relação terapêutica. Na Figura 15 observa-se que para os terapeutas houve um aumento maior do que na visão dos clientes sobre a percepção de melhora. Ou seja, os terapeutas acharam que seus clientes estavam melhores nas sessões em que estavam utilizando a Lista de Verificação do que quando estavam na linha-de-base. Também na percepção da relação que estabeleciam com seus clientes, na Figura 16 observa-se o mesmo: houve um aumento na pontuação da sessão de linha-de-base para as sessões da fase de intervenção.

Figura 15: Percepção do terapeuta sobre melhoras obtidas na terapia.

Figura 16: Percepção do terapeuta sobre a relação terapêutica.

8. CONCLUSÕES

Os dados expostos aqui confirmam, em parte, a hipótese de que utilizar a Lista de Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental como instrumento para auto-observar e avaliar seus comportamentos em sessões de atendimento pode potencializar

os efeitos da supervisão tradicional sobre o desempenho do terapeuta iniciante.

No entanto, este efeito foi mais visível na redução do número de itens avaliados como parcialmente adequados e inadequados do que no aumento de itens avaliados como adequados.

A média de desempenhos adequados dos terapeutas do Grupo 1, 2 e 3 sugere um efeito do instrumento, sendo este efeito mais claro no primeiro grupo. Já a redução de desempenhos parcialmente adequados e inadequados é bem clara tanto no repertório dos terapeutas do Grupo 1 como no do 2. O fato dos terapeutas do Grupo 3 apresentarem uma piora nas duas últimas sessões filmadas pode ser atribuída aos casos que estes terapeutas estavam atendendo. A seleção dos clientes para cada dupla de terapeutas foi feita de maneira aleatória. No entanto, parece que as duas duplas do Grupo 3 ficaram com casos considerados de difícil manejo. Assim, pode-se pensar que o uso da Lista de Verificação não surtiu efeito positivo no desempenho dos terapeutas do terceiro grupo por se tratar de clientes com problemas mais complexos, sendo nestes casos necessário mais do que uma auto-observação e avaliação e uma lista com instruções para atendimento.

A análise dos desempenhos dos terapeutas desta amostra, separando pelos quatro blocos de desempenhos do instrumento mostra que houve um efeito do procedimento nos desempenhos relacionados à Coleta de Dados em primeiro lugar e de maneira menos clara em Aliança Terapêutica. Com relação aos desempenhos relacionados a Estratégias de Intervenção não se observou efeito do uso do instrumento. Os dados sugerem, ainda, que as habilidades relacionadas a Postura Profissional já estavam bem instaladas no repertório destes terapeutas e que as habilidades relacionadas a Coleta de Dados sejam passíveis de auto-avaliação. Já as habilidades relacionadas ao Estabelecimento da Relação Terapêutica e Estratégias de Intervenção parecem requerer um treino técnico e teórico em supervisão para haver melhora de desempenho. Este dado corrobora em parte os resultados encontrados por Novaki (2003).

A autora verificou que terapeutas mais experientes identificaram mais intervenções na transcrição de cinco sessões de atendimento assim como souberam relacioná-las aos princípios da Análise do Comportamento do que participantes inexperientes. No mesmo estudo foi verificado ainda que quando os participantes inexperientes recebiam modelos fornecidos pelos terapeutas mais experientes, houve melhora na identificação de intervenções e elaboração de justificativas do porque usá-las. Também um estudo para treinamento de habilidades de entrevista conduzido por Bailey, Deardoff e Nay (1977) mostrou que o método de auto-observação em vídeo de sessões de entrevista conduzidas pelos próprios terapeutas produziu resultados inconsistentes quando comparados com o método de modelação. Estes autores afirmam que a auto-observação em vídeo não tem muitos efeitos quando utilizada sozinha, devendo ser utilizada juntamente com outros procedimentos, como instruções de quais aspectos o participante deve observar e comentários positivos, destacando os desempenhos adequados. Também Miltenberger e Veltum (1988) concluíram, ao conduzir um estudo para treinamento de habilidades de entrevista em estudantes de psicologia, que somente fornecer instruções não são suficientes para a instalação destas habilidades, sendo necessário ainda um procedimento de modelação e o fornecimento de avaliação do desempenho após cada sessão.

Com relação aos terapeutas do Grupo 4 estes não apresentaram melhora significativa de desempenho geral nem por blocos. Podem-se verificar oscilações na frequência de itens adequados, mas ao fim das 13 sessões estes terapeutas não alcançaram os valores obtidos pelos terapeutas dos Grupos 1 e 2. Pode-se hipotetizar que, se eles também tivessem passado pelo procedimento, alcançariam maior número de itens avaliados como adequados. No entanto, há uma outra hipótese possível para explicar a diferença no desempenho dos terapeutas deste grupo em relação aos outros participantes. Houve uma condição que se manteve igual para todos os outros, além da exposição a VI, e não para estes quatro

participantes. Como descrito no método, foi solicitado que os terapeutas assistissem às suas próprias sessões, junto com sua dupla de atendimento, sempre após a realização da sessão. Na fase de intervenção os terapeutas deveriam passar a utilizar a Lista de Verificação para realizar esta observação. No entanto, os terapeutas da Dupla A do Grupo 4 só observaram suas duas primeiras sessões, alegando, posteriormente, não terem mais tempo. Os terapeutas da Dupla B assistiram somente a terceira sessão. A pesquisadora, então, decidiu continuar as filmagens e utilizar os dados destes participantes como controle, o que foi aceito por eles. Seria necessário verificar se mesmo realizando as observações das suas sessões, os terapeutas do Grupo 4 continuariam a apresentar um pior desempenho, sugerindo o efeito positivo da utilização do instrumento. Como uma possível confirmação desta hipótese pode-se utilizar os dados dos terapeutas do Grupo 3. Como discutido anteriormente, também estes terapeutas não alcançaram o número de itens adequados obtidos pelos terapeutas dos outros dois grupos (1 e 2) nas últimas sessões e, suas curvas de desempenho apresentam tendências semelhantes às dos terapeutas do Grupo 4. Os primeiros alcançam uma média de 40 itens avaliados como adequados, enquanto os terapeutas dos Grupos 3 e 4 ficam em torno de 30. Como os terapeutas do Grupo 3 realizaram a auto-observação e somente utilizaram a Lista de Verificação nas últimas 4 sessões, pode-se pensar que não houve tempo para que o uso do instrumento surtisse efeito ou que já no final da coleta de dados o impacto do instrumento é menor. Assim, talvez se tivessem sido filmadas mais sessões ou se eles tivessem sido submetidos a VI antes, haveria uma melhora de desempenho.

Portanto, os resultados do presente estudo, somado aos resultados encontrados pelos autores citados sugerem que instruções (como as fornecidas pela lista) mais auto-observação (por terapeutas ainda não treinados) não são métodos suficientes para ensinar alunos de psicologia habilidades terapêuticas a serem emitidas sessões que realizam com seus clientes.

Os dados apresentados sugerem que o instrumento teve algum efeito positivo sobre o desempenho dos terapeutas, mas os resultados foram inconsistentes. Além disso, outras variáveis podem ter afetado os resultados.

Algumas condições não foram as mesmas para todos os terapeutas: 1) experiência clínica; 2) diferentes grupos de supervisão e supervisores; 3) realização ou não da auto-observação; 4) tipo de casos atendidos. Por exemplo, quanto à influência dos supervisores os relatórios mostraram que algumas questões discutidas em supervisão podem ter coincido com alguma mudança nos comportamentos dos terapeutas (por exemplo, a indicação do supervisor dos terapeutas do Grupo 2 para utilizarem mais perguntas que levassem o cliente a discriminar os controles de seu próprio comportamento a partir da 8ª sessão; uma discussão do supervisor dos terapeutas do Grupo 3 com relação às dificuldades que estes estavam enfrentando e ao diagnóstico do caso atendido por volta da 11ª sessão). Assim mesmo o delineamento experimental de linha-de-base múltipla permite afirmar que o instrumento exerceu seu efeito, mesmo considerando que existiram outras variáveis que influenciaram os resultados.

Outra consideração a ser feita é que os dados apresentados são referentes à avaliação feita por uma única pessoa, que era a própria pesquisadora. Como o grau de concordância destes dados com os dados da auto-avaliação foi baixo, os resultados deste estudo podem sofrer mudanças caso as sessões sejam avaliadas por outros juizes. Estudos futuros terão que testar a utilização do instrumento por outro juiz que tenha o mesmo nível de experiência que a pesquisadora, por um que tenha menor experiência e, por um com maior experiência (um professor e/ou supervisor, por exemplo). Perguntas como “É correta a avaliação dos colegas?”, “Há diferenças entre as avaliações feitas pelos colegas e pelo supervisor?”, “Há diferenças entre as avaliações feitas por diferentes supervisores?”, deverão ser respondidas.

Com relação ao próprio instrumento, a Lista de Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental, este também precisa ainda ser testado (confiabilidade, validade). Houve um teste indireto quando a pesquisadora assistiu às suas próprias sessões e discutiu o instrumento com a orientadora. No entanto, uma investigação sobre o grau de fidedignidade e sua validade ainda deve ser feita. Além disso, um estudo de Heaton, Hill e Edwards (1995) que comparou os resultados obtidos através de métodos molares e moleculares para avaliar técnicas terapêuticas aponta que, de acordo com o método utilizado na avaliação, diferentes dados podem ser apresentados. Estes autores afirmam que os métodos molares parecem ser mais passíveis de vieses, já que ao requerem que os observadores sejam capazes de avaliar de maneira geral os comportamentos de terapeutas, acaba por possibilitar inferências. Ao contrário, os métodos moleculares seriam mais objetivos no sentido de que o observador conta a frequência com que os comportamentos do terapeuta ocorrem. Estes dados levam ao questionamento sobre o possível enviesamento dos observadores ao avaliarem seu próprio desempenho.

Outra observação a ser feita é que neste estudo houve uma mudança do procedimento original utilizado por Starling (2002). No programa deste autor a observação era feita por um colega, através do espelho unidirecional, que fornecia a avaliação feita, discutindo-a com o estagiário, logo após a sessão. Nesta pesquisa era o próprio terapeuta que se observava, juntamente com um colega, sendo o desempenho e a avaliação discutida entre eles. Fica uma pergunta sobre se haveriam diferenças de resultados caso a observação/avaliação fosse feita de outra maneira. Como observado nos gráficos de auto-avaliação, alguns terapeutas consideraram que estavam tendo um desempenho muito melhor do que foi considerado pela avaliadora. De acordo com Novaki (2003) terapeutas inexperientes têm dificuldades para identificar intervenções feitas em sessão e relacioná-las com a teoria. Parece que terapeutas iniciantes têm dificuldades para identificar déficits e problemas no seu próprio desempenho

em sessões de atendimentos. Do ponto de vista dos próprios terapeutas-aprendizes, um estudo com objetivo, dentre outros, de verificar como 24 terapeutas avaliavam sua competência ao longo do treinamento em terapia cognitiva e a que fatores eles atribuíam as mudanças, mostra que eles consideraram a auto-avaliação e maior conscientização das habilidades requeridas de um terapeuta cognitivo como responsáveis pelo seu melhor desempenho como terapeutas. Segundo os autores, essa auto-avaliação era propiciada pelo contexto de supervisão, onde se discutia com o supervisor a condução da sessão através de gravações em vídeo. Portanto, pode-se pensar que pedir que terapeutas iniciantes se auto-avaliem através de observações de seu desempenho não seja eficiente já que eles não percebem quais aspectos devem melhorar. Já, se esta auto-observação ocorre no contexto onde há pessoas mais experientes que podem apontar déficits e pontos positivos, uma aprendizagem parece ocorrer. Esses dados sugerem que a Lista de Verificação pode não ser um instrumento para auto-avaliação e, ao ser aplicado na forma de auto-observação este instrumento pode ter sido subutilizado nesta pesquisa.

Outro fato que pode ter prejudicado os efeitos positivos do instrumento, é que os participantes não discutiam as avaliações com seus supervisores e apenas nas primeiras sessões fizeram algumas perguntas sobre o instrumento para a pesquisadora. Pode ter ocorrido confusão ao preencher o instrumento assim como ao avaliar seu próprio desempenho. Mesmo sendo esta avaliação discutida com a dupla, o fato deles conduzirem a sessão juntos pode interferir na observação e avaliação.

Há duas hipóteses para o baixo grau de concordância entre o avaliador e os participantes: 1) Problemas do instrumento – a Lista de Verificação não foi testada formalmente e os critérios para avaliação de desempenhos relatados no método só foram sistematizados posteriormente ao início da pesquisa (não foram passados por escrito para participantes, nem foram discutidos exhaustivamente). Talvez se os critérios de avaliação e cada um dos 61 itens fossem discutidos logo após o preenchimento do instrumento houvesse

um aumento de concordância. Esta falta dos critérios para avaliação explicitados de forma precisa nas instruções pode ter dificultado a auto-avaliação dos terapeutas, gerando confusões e o instrumento pode ter sido subutilizado. Parece que faltou um manual contendo a definição e exemplos de cada um dos 61 itens listados, podendo ter propiciado interpretações errôneas dos desempenhos listados. 2) Problemas na auto-avaliação – como discutido anteriormente parece que terapeutas iniciantes possuem dificuldades para se avaliarem em sessões de atendimento. Se eles não percebiam os desempenhos emitidos de maneira inadequada não haveria o que melhorar.

Uma estratégia possível para que os terapeutas pudessem utilizar de maneira mais adequada a Lista de Verificação seria a confecção de um manual, descrevendo melhor os itens e os critérios, sendo que antes do início das sessões os alunos deveriam ser treinados no uso do instrumento, talvez assistindo sessões de outros terapeutas até que alcançassem um bom grau de concordância com avaliações feitas pelo seu próprio supervisor. Além disso, parece ser importante que estes terapeutas aprendizes recebam um feedback dos pontos positivos e negativos de seu desempenho a cada sessão. Isto poderia ser feito a partir de discussões com o supervisor a partir do instrumento por ele preenchido e também da construção de gráficos contendo estes dados. Assim, foi elaborada uma nova Lista para Verificação de Desempenho de Terapeutas Analítico-Comportamentais (Anexo 6). Esta “nova” lista é resultante de uma reformulação do instrumento utilizado nesta pesquisa, confeccionada a partir de sugestões dadas pelos terapeutas participantes e por outros voluntários que testaram o instrumento, assim como de percepções da própria pesquisadora e sua orientadora. Esta lista contém um manual onde há uma explicação sobre o instrumento, sobre os blocos de desempenhos e os critérios de avaliação. Há também sugestões de como um supervisor pode utilizá-lo, as instruções para o observador/terapeuta e o instrumento propriamente dito. Para que os terapeutas possam acompanhar sua evolução ao longo das sessões e receberem o feedback a

lista é acompanhada de um CD contendo uma planilha para preencher com os dados de cada sessão e gráficos que permitem visualizar tanto o desempenho geral do terapeuta como por blocos. A planilha pode ser preenchida tanto manual como eletronicamente.

Ficam, então, algumas perguntas a serem respondidas por novos estudos: 1) haverá efeitos potencializadores no desempenho de um terapeuta aprendiz se este for avaliado por uma outra pessoa a partir deste instrumento? Quais seriam as diferenças se essa pessoa fosse um colega com o mesmo nível de experiência ou se fosse uma pessoa com nível mais avançado? 2) se os itens forem mais claramente descritos, assim como os critérios de avaliação, haverá uma maior concordância? Havendo maior concordância o instrumento surtirá mais efeitos? 3) obtendo uma avaliação sessão por sessão o instrumento poderia ter o efeito de melhorar o desempenho dos terapeutas?

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, L. C. (2001) Definições de regras. Em: H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.) Sobre Comportamento e Cognição – expondo a variabilidade. pp. 132-140. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Alvarez, L. F. & Silveira, J. M. (2002). Condições que promovem o aprimoramento profissional e comportamentos relacionados à mudança clínica: atribuições de terapeutas comportamentais experientes e não experientes. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 19, n. 1, pp. 49-59.
- Bailey, K. G., Dearthoff, B. & Nay, W. R. (1977). Students Play Therapist: relative effects of role playing, videotape feedback, and modeling in a simulated interview. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 45(2), 257-266.
- Banaco, R. A. (1993). O Impacto do Atendimento sobre a Pessoa do Terapeuta. Temas em Psicologia, nº 2.
- Banaco, R. A. (1996). O desenvolvimento pessoal do terapeuta: análises informais de um formador em psicoterapia comportamental. Revista Torre de Babel: Reflexões e Pesquisa em Psicologia, Londrina, v. 3, p. 27-41.
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas Cognitivo-Comportamentais e Análise Funcional. Em: R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (orgs.) Sobre Comportamento e Cognição – psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação. pp. 75-82. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Banaco, R. A. (2001). O Impacto do Atendimento sobre a Pessoa do Terapeuta 2: experiência de vida. Em: M. Delitti (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental. Edição revisada, pp. 169-176. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Baptistussi, M. C. (2001). Bases teóricas para o bom atendimento em clínica comportamental. Em: R. C. Wielenska (orgs.) Sobre Comportamento e Cognição - questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos. pp. 150-156. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). Terapia Cognitiva da Depressão. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beckert, Marcelo. (2002). Relação supervisor-supervisionando e a formação do terapeuta: contribuições da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP). Em: H. J. Guilhardi (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – contribuições para a construção da teoria do comportamento. pp. 245-256. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Bennett-Levy, J & Beedie, A. (2007). The Ups and Downs of Cognitive Therapy Training: What Happens to Trainees' Perception of their Competence During a Cognitive Therapy Training Course? Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35, 61–75
- Bergan, J. R., Kratochwill, T. R. & Luiten, J. (1980) Competency-based training in behavioral

- consultation. Journal of School Psychology. 18(2), 91-97.
- Bernard, J. M. (2005). Tracing the Development of Clinical Supervision. Supervision in Counseling: interdisciplinary issues and research. 24(01), 03-21.
- Botomé, S. P. (1981). Objetivos comportamentais no ensino: a contribuição da Análise Experimental do Comportamento. São Paulo. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Bootzin, R. R. & Ruggil, J. S. (1998). Training issues in Behavior Therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 56 (5), pp. 703-709.
- Campos, L. F. L. (1989). Supervisão Clínica: um instrumento de avaliação do desempenho clínico. Dissertação de Mestrado, PUC-Campinas.
- Campos, L. F. L. (1995). Supervisão em terapia cognitivo-comportamental. Em: B. Rangé (Org.) Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas. pp. 357-364. Campinas, SP: Psy
- Castanheira, S. S. (2002). O primeiro cliente a gente nunca esquece. Em: H. J. Guilhardi (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – contribuições para a construção da teoria do comportamento. pp. 357-366. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Catania, A. C. (1999). Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição (D. G. Souza et al.; trans.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Chequer, M. A. A. & Martinelli, J. C. M (2004). O contexto de prestar serviços na clínica comportamental e responsabilidade social. Em: A. C. Cruvinel (Org). Ciência do Comportamento – conhecer e avançar. pp. 89-95. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, V. 4.
- Costa, A. E. B. (2004). Formação do Analista do Comportamento e Responsabilidade Social. Em: A. C. Cruvinel (Org). Ciência do Comportamento – conhecer e avançar. pp. 159-164. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, V. 4.
- Collins, F. L., Foster, S. L. & Berler, E. S. (1986). Clinical Training Issues for Behavioral Psychology. Professional Psychology: research and practice. 17(4), 301-307.
- Cozby, P. C. (2003) Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento (P. I. Gomide; E. Otta trans.). São Paulo. SP:Atlas
- Craighead, L. W., Craighead, W. E., Kazdin, A. E. & Mahoney, M. J. (1994) Cognitive and Behavioral Interventions. Boston: Allyn and Bacon.
- Feltham, C. & Horton, I. (2000). Handbook of Counselling and Psychotherapy. London: SAGE Publications.
- Ferreira, L. H. S. (2003). Supervisão Clínica: um enfoque no comportamento do terapeuta. Em: M. Z. S. Brandão (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – a história e os avanços, a seleção por consequências em ação. 1ª edição, pp. 483-496. Santo André, SP: ESETec

Editores Associados.

- Follette, W. C. & Callaghan, G. M. (1995) Do as I do not as say: a behavior-analytic approach supervision. Professional Psychology: research and practice. 26, pp. 413-421.
- Follette, W. C., Naugle, A. E. & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. Behavior Therapy, 27, 623-641.
- Garfield, S. L. (1995). Psychotherapy - an eclectic-integrative approach. New York, USA: A Wiley-Interscience Publication. 2ª edição.
- Gavino, A. (1996). As variáveis do processo terapêutico. Em V. E. Caballo (Org.) Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. Pp. 131-143. São Paulo: Editora Santos.
- Gongora, M. A. (1995). A Entrevista Clínica Inicial: análise de um programa de ensino. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Gongora, M. A. (1999). Aprendendo Entrevista Clínica Inicial: contribuições para a formação do terapeuta. Em: R. A. Banaco (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista. 2ª edição, pp. 516-524. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Goodyear, R. K; Bunch, K. & Claiborn, C. D. (2005). Current Supervision Scholarship in Psychology: a five year review. Supervision in Counseling: interdisciplinary issues and research. 24(1), 137-147.
- Guilhardi, H. J. (1988) A Formação do Terapeuta Comportamental. Que formação? Em: H. W. Lettner, B. P. Range (orgs). Manual de Psicoterapia Comportamental. São Paulo: Manole, pp. 313-320.
- Guilhardi, H. J. & Oliveira, W. (1999). Linha-de-base Múltipla: possibilidades e limites deste modelo de controle de variáveis em situação clínica. Em: R. A. Banaco (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista. 2ª edição, pp. 348-384. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Guilhardi, H. J. & Queiroz, P. B. P. S. (2001). A análise funcional no contexto terapêutico – o comportamento do terapeuta como foco de análise. Em: M. Delitti (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental. Edição revisada, pp. 43-93. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Heaton, K. J., Hill, C. E. & Edwards, L. A. (1995). Comparing molecular and molar methods of judging therapist techniques. Psychotherapy Research, 5(2), 141-153.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. (1994). The Working alliance: Theory, Research, and Practice. Nova York, EUA: John Wiley & Sons, Inc.

- Hubscher, R. S. (2005) Inventário de Seguimento de Logro de Objetivos (ILOP). [Online]. Disponível: www.centrodeterapiasbreves.com Recuperado em março de 2006.
- Isaacs, C. D.; Embry, L. & Baer, D. M. (1982). Training Family Therapists: an experimental analysis. Journal of Applied Behavior Analysis. Lawrence, 15(4), pp. 505-520.
- Iwata, B. A., Wong, S. E., Riordan, M. M., Dorsey, M. F. & Lau, M. M. (1982). Assessment and training of clinical interviewing skills: analogue analysis and field replication. Journal of Applied Behavior Analysis. Arlington, 15(2), pp. 191-203.
- Kaufman, M. & Korner, S. (1997). Psychotherapists' perceptions of their trainers and training emphases. The Clinical Supervisor. 16(1), pp. 97-115.
- Kerbaux, R. R. (1981). Mudaram a técnicas ou os terapeutas? Ciência e Cultura. 33(8), pp. 1077-1088.
- Kerbaux, R. R. (2001). O Repertório do Terapeuta sob a ótica do Supervisor e da Prática Clínica. Em: H. J. Guilhardi (Org.) Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade. 1ª edição, pp. 443-452. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). Psicoterapia analítica funcional. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Lettner, H. W. (1995). Avaliação Comportamental, Em B. Rangé, (Org.), Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos. pp. 27-32. Campinas: Editorial Psy.
- Martinelli, J. C. M & Chequer, M. A. A. (2004). Análise do Comportamento, 'Responsabilidade Social' e Formação Profissional. Em: A. C. Cruvinel (Org). Ciência do Comportamento – conhecer e avançar. pp. 57-71. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, V. 4.
- Mccready, J. R. & Waring, M. D. (1986). Interviewing skills in relation to psychiatric residence. Canadian Journal of Psychiatry. Ottawa, V. 31, pp 317
- McHugh, S. & Vallis, T. M. (1986). Illness behavior: a multidisciplinary model. New York: Plenum Press.
- Meyer, S. B. & Vermes, J. S. (2001). Relação Terapêutica. Em B. Range (Org.) Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. pp. 101-110. Porto Alegre, Artmed.
- Meyer, S. B. (2005). Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Org.). Análise do Comportamento: Pesquisa, Teoria e Aplicação, p. 211-227. Porto Alegre: ARTMED.
- Ministério da Educação (2004) Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia.
- Milne, D. L., Baker, C., Blackburn, Ivy-Marie, James, I. E & Reichelt, K. (1999)

- Effectiveness of cognitive therapy training. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 30, pp. 81-92.
- Miltenberger, Raymond G & Veltum, Lois G. (1988). Evaluation of an instructions and modeling procedure for training behavioral assessment interviewing. Journal of Behavioral & Experimental Psychiatry. 19(1), pp.31-41.
- Moreira, S. B. S. (2003) Descrição de algumas variáveis em um procedimento de supervisão de terapia analítica do comportamento. Psicologia: Reflexão e Crítica. 16(1), pp 157-170.
- Novaki, P. C. (2003). Influência da experiência e de modelo na descrição de intervenções terapêuticas. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, USP. São Paulo – SP.
- Rangé, B., Guilhardi, H. J., Kerbauy, R. R., Falcone, E. M. O. & Ingberman, Y. K. (1995). Ensino, treinamento e formação em Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Em: B. Rangé (Org.) Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas. pp. 331-355. Campinas, SP: Psy
- Rega, J. A. G. (2001). Habilidade desenvolvida em alunos de Psicologia no atendimento a crianças com problemas de escolaridade e suas famílias. Em: M. Delitti (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental. Edição revisada, pp. 304-314. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Rosenberg, J. I. (2006). Real-Time Training: transfer of knowledge through computer-mediated, real time feedback. Professional Psychology: research and practice. 37 (5), 539-546.
- Silvares, E. F. M. (1999). Dificuldades, na graduação e pós-graduação, com a prática clínica comportamental. Em: R. A. Banaco (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista. 2ª edição, pp. 503-509. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Silvares, E. F. M & Silveira, J. M. (2003) Condução de atividades lúdicas no contexto terapêutico: um programa de treino de terapeutas comportamentais infantis. Em: M. Z. S. Brandão (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – a história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação. 1ª edição, pp. 272-281. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Skinner, B. F. (1985). Ciência e Comportamento Humano. 6ª edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1974). Sobre o Behaviorismo. São Paulo: Editora Cultrix.
- Starling, R. R. (2002). Formação de Terapeutas Analítico-Comportamentais: colocando o modelo sob as contingências do modelado. Em: A. M. S. Teixeira (Org.) Ciência do Comportamento – conhecer e avançar. 1ª edição, pp. 01-37. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Bergan, J & Romano, P. (1998). Assessing the field

effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy: an example of the manipulated training research method. Behavior Therapy, 29, 35-64.

Sturme, P. S. (1996). Functional Analysis in Clinical Psychology. England, John Wiley & Sons.

Teixeira, A. M. S. (2002). Capacitação de Analistas do Comportamento: habilidades básicas. Em: A. M. S. Teixeira (Org.) Ciência do Comportamento – conhecer e avançar. 1ª edição, pp. 01-04. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Thurber, S. L. (2005). The effects of direct supervision on therapist behavior: an initial functional analysis. Tese de Doutorado. Brigham Young University

Ulian, A. L. A. O. (2002). Reflexões sobre uma experiência relativa à formação de dois terapeutas comportamentais. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 4(2), pp 91-104

Vandenberghe, L. (1999). Uma abordagem contextual da supervisão clínica. Em: R. A. Banaco (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista. 2ª edição, pp. 510-514. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Villani, M. C. S. (2002). Considerações sobre o Desempenho do Terapeuta Comportamental. Em: A. M. S. Teixeira (Org.) Ciência do Comportamento – conhecer e avançar. 1ª edição, pp. 27-33. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Wright, J., Mathieu, M. & McDonough, C. (1981) An evaluation of three approaches to the teaching of behavioral therapy. Journal of Clinical Psychology. 37(2), 326-335.

Zamignani, D. R. (2000). O Caso Clínico e a Pessoa do Terapeuta. Em: R. R. Kerbauy. (Org.). Sobre Comportamento e Cognição - Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. pp. 234-243. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Anexo 1 – Termo de Compromisso do Terapeuta

Eu, _____, aluno do curso de Especialização em “Terapia Comportamental e Cognitiva – teoria e aplicação” do Departamento de Psicologia Experimental, da Universidade de São Paulo, pelo presente documento aceito participar da pesquisa conduzida por Esther de Matos Ireno, psicóloga, aluna de Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, orientanda da Prof.^a Dr.^a Sonia Beatriz Meyer, que inclui os seguintes **compromissos**:

- 1) filmar as 13 primeiras sessões de atendimento por mim conduzidas;
- 2) assistir, semanalmente, com a minha dupla, as sessões de meus atendimentos e preencher o instrumento de avaliação. Fica claro que serão no máximo nove sessões de atendimentos a serem observadas;
- 3) entregar, no prazo de uma semana após a sessão, este instrumento de avaliação para a pesquisadora, juntamente com um relatório do que ocorreu na sessão;
- 4) comprometer-me a não passar o instrumento de avaliação para outros terapeutas/alunos. Para fins do delineamento utilizado na pesquisa e confiabilidade dos dados, somente a dupla de terapeutas e a pesquisadora devem ter acesso a este instrumento e aos dados nele registrados.
- 5) disponibilizar, ao fim dos atendimentos, as fitas com as sessões gravadas;
- 6) ainda autorizo o uso dos dados referentes às sessões de terapia que conduzi, ficando entendido que estes dados serão utilizados somente para uso acadêmico e científico e que o meu nome e quaisquer outros dados que possam permitir a minha identificação e do meu cliente em apresentações ou publicações serão totalmente omitidos.

São compromissos da pesquisadora:

- 1) Fornecer o material necessário pra a execução do procedimento (fitas, filmadoras, instrumento de avaliação);
- 2) Fornecer ao fim do procedimento, um *comentário* sobre o desempenho aos terapeutas participantes, podendo estes ter acesso à sua própria evolução ao longo das 12 sessões.
- 3) Não utilizar estes dados como forma de avaliação do desempenho do aluno no curso de especialização.
- 4) Manter os dados coletados sob sigilo e somente utilizá-los para fins acadêmicos e científicos. Fica entendido que esta permissão está regida e subordina-se integralmente aos direitos legais de cidadão brasileiro e ao código de ética do Conselho Federal de Psicologia.

São Paulo, _____ de _____ de 2006.

Assinatura

Anexo 2 – Questionário para Terapeuta**Ficha de Identificação do Terapeuta****1) Dados pessoais:**

Nome: _____ Idade: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefone: _____ Celular: _____

Email: _____

2) Dados sobre a formação:

Instituição onde fez a graduação em Psicologia: _____

Ano de término: _____

Fez estágio de atendimento clínico? () Sim () Não

Se sim, indicar a abordagem na qual fez a supervisão: () Analítico-Comportamental

() Cognitivo-Comportamental

() Outra, qual ? _____

Quanto tempo durou o estágio? _____ meses

Quantos casos atendidos durante o estágio? _____

Número de horas de atendimento durante o estágio (fazer uma estimativa do número de horas total de contato com o(s) cliente(s)): _____ horas

3) Experiência Profissional:

Tempo de trabalho na área Clínica (descontar o tempo de estágio já citado): _____ meses

Número de casos atendidos (descontar os casos atendidos em estágio): _____

Número de horas de atendimento (fazer uma estimativa do número de horas total de contato com o(s) cliente (s)): _____ horas

Durante a atuação na área clínica fazia supervisão regularmente? () Sim () Não

Se sim, em qual abordagem? () Analítico-Comportamental

() Cognitivo-Comportamental

() Outra, qual ? _____

5) **Quem será sua dupla de atendimento?** _____

Anexo 3 – Termo de Consentimento do Cliente

Eu, _____, declaro consentir na utilização de recursos áudio visuais durante a terapia. Autorizo também que os dados obtidos nas sessões sejam utilizados para fins de treinamento, estudo e pesquisa desde de que sejam retirados todos os fatores que possam me identificar.

Declaro ter conhecimento que a terapia terminará em novembro de 2006, com o encerramento do curso de Especialização em Terapia Comportamental e Cognitiva

São Paulo, de _____ de 2006.

Nome
RG

Anexo 4 - Questionários de Avaliação do Tratamento (Versão Terapeuta e Cliente)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO Versão Cliente

Instruções:

Esse questionário é para uma pesquisa sobre terapeutas. Pedimos que você o responda após a sessão e entregue na próxima semana ao seu terapeuta. Não há necessidade de se preocupar, porque faz parte apenas de uma pesquisa para avaliar a formação de psicólogos e nada do que você responder será avaliado pelo seu terapeuta.

Por favor, preencha o cabeçalho abaixo e após responda às perguntas.

Nome: _____ Idade: _____
 Telefone: _____
 Nome dos Terapeutas: _____
 Data da sessão: _____

Perguntas:

Para responder às perguntas circule o número que corresponde à opção que mais se aproxima do que você está pensando e sentindo sobre o tratamento.

1. Você considera que tem tido ganhos em fazer terapia?
 0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO
2. Seu mal estar diminuiu após o início da terapia?
 0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO
3. A terapia tem feito você ver seus problemas de nova forma?
 0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO
4. Você tem tentado novas soluções para resolver seus problemas a partir deste tratamento que está recebendo?
 0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO
5. Você acredita que a terapia está sendo eficaz?
 0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO
6. Você está confiante que alcançará seus objetivos com esta terapia?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

7. Você sente-se confortável com os seus terapeutas?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

8. Você acha que os seus terapeutas gostam de você?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

9. Você acha que aquilo que está sendo discutido na terapia está realmente relacionado com os seus problemas?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

10. Você tem confiança na capacidade dos seus terapeutas para te ajudarem?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

11. Você acha que os seus terapeutas realmente se preocupam com você?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

12. Você sente que seus terapeutas compreendem seus problemas e dificuldades?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

13. Você percebe que os seus objetivos são os mesmos que os objetivos dos seus terapeutas para o seu tratamento?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

Versão Terapeuta

Instruções:

Esse questionário é para uma pesquisa sobre terapeutas. Pedimos que você o responda após a sessão e entregue na próxima semana à pesquisadora. Não há necessidade de se preocupar, porque faz parte apenas de uma pesquisa para avaliar a formação de psicólogos e nada do que você responder avaliado pelo supervisor.

Por favor, preencha o cabeçalho abaixo e após responda às perguntas.

Nome do Terapeuta: _____

Nome do Co-Terapeuta: _____

Número da sessão: _____

Nome do Cliente: _____ Idade: _____

Perguntas:

Para responder às perguntas circule o número que corresponde à opção que mais se aproxima do que você está pensando e sentindo sobre o tratamento.

1. Você considera que seu cliente tem tido ganhos em fazer terapia?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

2. Você considera que o mal estar do seu cliente diminuiu após o início da terapia?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

3. Você considera que a terapia tem feito seu cliente ver seus problemas de nova forma?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

4. Você percebe que seu cliente tem tentado novas soluções para resolver seus problemas a partir deste tratamento que está recebendo?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

5. Você acredita que a terapia está sendo eficaz?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

6. Você acha que as suas intervenções são a melhor opção para o caso?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

7. Você está confiante que pode ajudar seu cliente a alcançar seus objetivos com esta terapia?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

8. Você sente-se confortável com o seu cliente?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

9. Você sente-se tenso durante a sessão?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

10. Você acha que seu cliente gosta de você?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

11. Você acha que aquilo que está sendo discutido na terapia está realmente relacionado com os problemas do cliente?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

12. Você percebe que seu cliente tem confiança na sua capacidade para ajudá-lo?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

13. Você sente que compreende seu cliente?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

14. Você percebe que os seus objetivos são os mesmos que os objetivos do cliente para o tratamento?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

15. Você tem dúvidas sobre os objetivos da terapia?

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4
 Nada Pouco Médio Muito MUITÍSSIMO

Anexo 5 – Habilidades referidas na literatura como necessárias ao terapeuta comportamental

HABILIDADE	REFERÊNCIA
Habilidades relacionadas à Relação Terapêutica	Meyer e Vermes (2001), Villani (2002), Novaki (2003), Banaco (1993), Gavino (1996), Range et al (1995), Guilhardi (1988), Baptistussi (2001), Zamignani (2000), Follette, Naugle e Callaghan (1996), Alvarez e Silveira (2002), Kohlenberg e Tsai (2001)
Lembrar de fatos relevantes para o cliente	Kerbaux (2001)
Fazer resumos dos fatos relatados pelo cliente (sumarização)	Gongora (1995), Lettner (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Miltenberger e Veltum (1988), Starling (2002)
Calor Humano	Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Follette, Naugle e Callaghan (1996), Starling (2002)
Atitude Cordial	Villani (2002)
Encorajar	Kaufman e Korner (1997)
Aceitação incondicional	Villani (2002), Kerbaux (2001), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Alvarez e Silveira (2002), Lettner (1995)
Interesse e Preocupação	Villani (2002), Novaki (2003), Gongora (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002), Follette, Naugle e Callaghan (1996)
Sinceridade/ Autenticidade/Honestidade	Gongora (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002)
Compreensão	Villani (2002), Kerbaux (2001), Novaki (2003), Gongora (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979)
Apoio	Villani (2002), Follette, Naugle e Callaghan (1996), Kaufman e Korner (1997), Range et al (1995)
Afeto	Villani (2002), Kerbaux (2001), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Kohlenberg e Tsai (2001)
Não demonstrar sentimentos negativos	Gongora (1995)
Assertividade	Villani (2002), Lettner (1995)
Controle/ Equilíbrio Emocional	Villani (2002), Gongora (1995), Range et al (1995)

Audiência Não-Punitiva	Kerbaux (2001), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Zamignani (2000), Follette, Naugle e Callaghan (1996), Starling (2002), Kohlenberg e Tsai (2001)
Empatia	Kerbaux (2001), Gongora (1995), Lettner (1995), Baptistussi (2001), Follette, Naugle e Callaghan (1996), Alvarez e Silveira (2002)
Postura (relaxada e dirigida ao cliente)	Gongora (1995), Lettner (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002)
Voz (modulada, suave, com velocidade moderada e firme)	Gongora (1995)
Animação da expressão facial (receptiva, sorrisos ocasionais)	Gongora (1995)
Gestos (mãos e balanços ocasionais da cabeça)	Gongora (1995), Lettner (1995)
Ouvir sem interromper	Gongora (1995), Banaco (1993), Lettner (1995), Kaufman e Korner (1997)
Demonstrar sentimentos positivos	Novaki (2003), Kohlenberg e Tsai (2001)
Manutenção do contato visual	Banaco (1993), Gongora (1995), Lettner (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002)
Comportamentos gestuais e faciais congruentes com os comportamentos verbais	Gongora (1995), Lettner (1995)
Uso ocasional de expressões que sugiram interesse como <i>hum-hum...</i>	Gongora (1995), Lettner (1995)
Não parecer frio, distante ou defensivo.	Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002)
Reforçamento positivo incondicional (contingente geral)	Follette, Naugle e Callaghan (1996)
Resumir o progresso obtido pelo cliente até o momento	Beck, Rush, Shaw e Emery (1979)
Ser flexível e respeitar o ritmo do cliente	Starling (2002)
Demonstrar bom humor	Gongora (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979)

Fornecer informações e explicações sobre os problemas apresentados	Lettner (1995), Alvarez e Silveira (2002), Kohlenberg e Tsai (2001)
Buscar, junto com o cliente, alternativas para mudança de comportamentos e contexto.	Kerbaux (2001), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Alvarez e Silveira (2002)
Verificar sua compreensão dos eventos expostos pelo cliente	Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Alvarez e Silveira (2002), Starling (2002)
Refletir sentimentos	Gongora (1995), Isaacs, Embry e Baer (1982), Lettner (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Kaufman e Korner (1997)
Não ficar sob controle exclusivo da teoria, mas também do comportamento do cliente	Guilhardi e Queiroz (2001)
Postura Profissional	
Explicar o que é terapia e fazer o contrato	Kerbaux (2001), Gongora (1995), Lettner (1995)
Não deixar que valores pessoais interfiram no processo	Kerbaux (2001), Gongora (1995)
Esclarecimento dos objetivos e plano de tratamento	Lettner (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002)
Vestir-se adequadamente	Kerbaux (2001), Starling (2002)
Falar com clareza	Kerbaux (2001)
Cumprimentos iniciais e Apresentação	Gongora (1995), Miltenberger e Veltum (1988)
Controle do tempo e estrutura da sessão	Gongora (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002)
Linguagem acessível	Gongora (1995), Alvarez e Silveira (2002)
Comportamento ético	Villani (2002), Starling (2002)
Pontualidade	Lettner (1995)
Manter-se dentro dos objetivos da sessão e não somente discutindo tópicos vagos	Gongora (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979)

Encerramento e despedida	Gongora (1995)
Habilidades relacionadas à Coleta de Dados	
Fornecer estímulos discriminativos para relatos que mostrem a história de aprendizagem do comportamento	Kerbaux (2001), Gongora (1995)
Formular questões sobre o comportamento, sobre o ambiente e sobre suas relações	Teixeira (2002), Gongora (1995), Lettner (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Zamignani (2000), Sturmey (1996), Banaco (1996), Miltenberger e Veltum (1988), Starling (2002), Kohlenberg e Tsai (2001)
Uso adequado de questões fechadas (evitar perguntas indutoras e interrogatório)	Gongora (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002)
Investigar condições gerais de saúde do cliente	Gongora (1995)
Formular questões sobre os dados familiares e pessoais do cliente	Gongora (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979),
Fornecer estímulos reforçadores para relatos de eventos encobertos	Kerbaux (2001), Kaufman e Korner (1997), Kohlenberg e Tsai (2001), Miltenberger e Veltum (1988)
Investigar dimensões do problema (frequência, duração, intensidade...)	Gongora (1995), Miltenberger e Veltum (1988)
Perguntas pertinentes ao problema e/ou objetivos da sessão	Gongora (1995), Lettner (1995), Sturmey (1996)
Fazer perguntas únicas, breves, de maneira clara e precisa, sem parecer decoradas	Gongora (1995)
Focalizar em um ou dois problemas em vez de ficar saltando de um problema para outro	Beck, Rush, Shaw e Emery (1979)
Perguntar sobre estímulos reforçadores para o cliente	Miltenberger e Veltum (1988)
Desempenhos Relacionados às Estratégias de Intervenção do Terapeuta:	

Habilidades relacionadas à Análise Funcional	Teixeira (2002), Villani (2002), Guilhardi e Queiroz (2001), Campos (1995), Rangé et al (1995), Guilhardi (1988), Banaco (1999), Chequer e Martinelli (2004), Follette, Naugle e Callaghan (1996), Zamignani (2000), Sturmey (1996), Follette e Callaghan (1995), Alvarez e Silveira (2002), Silvares (1999)
Identificação dos comportamentos problema/queixa	Teixeira (2002), Guilhardi e Queiroz (2001), Isaacs, Embry e Baer (1982), Chequer e Martinelli (2004), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Sturmey (1996), Follette, Naugle e Callaghan (1996), Starling (2002), Gongora (1995), Baptistussi (2001)
Identificar eventos ambientais (antecedentes, conseqüentes, operações estabelecedoras)	Teixeira (2002), Guilhardi e Queiroz (2001), Gongora (1995), Silvares (1999), Sturmey (1996), Miltenberger e Veltum (1988)
Relacionar eventos ambientais e comportamentais (interpretação)	Teixeira (2002), Guilhardi e Queiroz (2001), Baptistussi (2001), Kohlenberg e Tsai (2001)
Identificar e resolver problemas relacionados a esses tipos de relações	Teixeira (2002), Baptistussi (2001), Zamignani (2000), Kohlenberg e Tsai (2001)
Identificar sinais verbais e não verbais de estados emocionais no cliente	Lettner (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Kohlenberg e Tsai (2001)
Identificar e fazer avaliação funcional também dos encobertos (sentimentos e pensamentos) do cliente	Sturmey (1996), Kohlenberg e Tsai (2001)
Comportamento Verbal (identificar variáveis de controle...tato, mando etc)	Kohlenberg e Tsai (2001)
Fazer previsão do comportamento do cliente	Kerbaui (2001), Guilhardi e Queiroz (2001), Lettner (1995)
Operacionalizar o comportamento- problema	Gongora (1995), Baptistussi (2001), Sturmey (1996)
Identificar déficits e excessos comportamentais	Chequer e Martinelli (2004)
Ensinar ao cliente Análise Funcional	Guilhardi e Queiroz (2001), Baptistussi (2001), Alvarez e Silveira (2002), Kohlenberg e Tsai (2001)
Reforçar descrições verbais do cliente de seus comportamentos e seus	Kohlenberg e Tsai (2001)

controles	
Ajudar o cliente a entrar em contato com seus sentimentos e variáveis de controle	Kohlenberg e Tsai (2001)
Mostrar para o cliente similaridades entre situação terapêutica e vida cotidiana	Kohlenberg e Tsai (2001)
Habilidades relacionadas à Modelagem do Comportamento do Cliente na Sessão	Isaacs, Embry e Baer (1982), Zamignani (2000), Follette, Naugle e Callaghan (1996), Alvarez e Silveira (2002), Kohlenberg e Tsai (2001)
Identificar comportamentos problema e comportamentos adequados do cliente ocorridos na sessão	Starling (2002), Kohlenberg e Tsai (2001)
Fornecer estímulos discriminativos para comportamentos adequados	Villani (2002), Kohlenberg e Tsai (2001)
Fornecer estímulos reforçadores para comportamentos adequados (reforçamento contingente específico)	Villani (2002), Isaacs, Embry e Baer (1982), Follette, Naugle e Callaghan (1996), Starling (2002), Kohlenberg e Tsai (2001)
Não reforçar o comportamento-problema do cliente	Alvarez e Silveira (2002)
Observar o cliente (comportamentos não vocais e não verbais, assim como o efeito das intervenções do terapeuta sobre seu comportamento)	Kerbaux (2001), Starling (2002), Kohlenberg e Tsai (2001)
Dar tarefas que se encaixem na rotina do cliente e que estejam de acordo com seu repertório	Kerbaux (2001), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002)
Escolha adequada das técnicas (levando em consideração uma Análise Funcional do caso)	Novaki (2003), Range et al (1995), Campos (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Baptistussi (2001), Zamignani (2000), Sturmey (1996), Follette e Callaghan (1995), Kaufman e Korner (1997), Starling (2002)
Fornecer informações sobre a	Isaacs, Embry e Baer (1982), Lettner (1995), Beck, Rush, Shaw e

técnica	Emery (1979), Starling (2002)
Domínio dos procedimentos, técnicas aplicadas	Rangé et al (1995), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002)
Resumir os resultados obtidos na execução da técnica	Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002)
Antecipar os efeitos de uma intervenção	Kaufman e Korner (1997)
Declaração de Desaprovação/Confrontação e Crítica	Isaacs, Embry e Baer (1982), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Alvarez e Silveira (2002), Starling (2002)
Capacidade para analisar e resolver as resistências do cliente/bloquear esquiva	Kaufman e Korner (1997), Alvarez e Silveira (2002), Kohlenberg e Tsai (2001)
Desempenhar papel educativo	Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002)
Fornecer/Solicitar feedback	Isaacs, Embry e Baer (1982), Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), Starling (2002)

Anexo 6 -**LISTA PARA VERIFICAÇÃO DE DESEMPENHO DO TERAPEUTA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

Este instrumento consiste de uma lista de comportamentos do terapeuta analítico-comportamental, já identificados pela literatura como habilidades críticas para o alcance de resultados satisfatórios durante o processo terapêutico (bibliografia consultada em anexo). É um dispositivo para ser utilizado em programas de estágios clínico, na abordagem Analítico-Comportamental.

Seu principal objetivo é tornar a observação do desempenho de terapeutas aprendizes mais pontual, facilitando a identificação de quais habilidades terapêuticas estão bem instaladas em seu repertório e quais precisam ser ensinadas pelo supervisor. Seu uso facilita, assim, a demonstração da evolução do terapeuta aprendiz ao longo das sessões.

O INSTRUMENTO

A “Lista para Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental” contém uma folha de instruções para utilização e 55 itens, referentes aos comportamentos que um terapeuta analítico-comportamental deveria ter em seu repertório e emitir durante a sessão junto ao seu cliente. Estes itens estão divididos em quatro grandes blocos de desempenhos, como descrito a seguir:

1) Desempenhos relacionados ao estabelecimento da aliança terapêutica. Neste bloco estão incluídos 13 itens que descrevem comportamentos relacionados a postura, entonação de voz, contato visual, expressão facial e gestos, assim como verbalizações que demonstrem interesse, atenção, compreensão, aceitação, apoio, entendimento e flexibilidade.

2) Desempenhos relacionados à postura profissional. Engloba sete itens relacionados ao comportamento ético e profissional do terapeuta, como cumprimentos iniciais e de despedida, vestimenta, educação, estruturação da terapia (horário, objetivos, regras etc) assim como a capacidade do terapeuta em focar os problemas chave do cliente.

3) Desempenhos relacionados à coleta de dados. Este bloco contém 14 itens que descrevem desempenhos relacionados às habilidades do terapeuta em fazer perguntas pertinentes ao problema apresentado, evitando perguntas fechadas e indutoras, fazendo-as de maneira clara e precisa, a fim de obter dados sobre problemas, situação de vida, experiências passadas e atuais, assim como das contingências atuantes sobre ele.

4) Estratégias de intervenção do terapeuta. O último bloco de desempenhos do instrumento contém 22 itens referentes às habilidades de intervenção, como dar informações e fazer interpretações sobre o comportamento do cliente (assim como ensiná-lo a analisar os controles de seus próprios comportamentos). Inclui também itens referentes a consequenciar comportamentos do cliente que ocorrem na sessão, confrontá-lo, dar orientações e aplicação de técnicas específicas.

COMO AVALIAR O DESEMPENHO DO TERAPEUTA

A proposta deste instrumento é avaliar, de maneira global, como o terapeuta se comportou durante a sessão. Assim, o observador deve fazer uma avaliação geral da sessão e não momento a momento como num sistema de categorias que procura verificar a frequência de comportamentos do terapeuta em um atendimento. Portanto, a pessoa que está observando e avaliando o terapeuta-aprendiz avalia se, no geral da sessão, cada um dos desempenhos listados no instrumento foi executado de maneira adequada ou não.

Antes de observar e avaliar o desempenho do terapeuta, o observador deve ter conhecimento tanto do caso atendido como das orientações fornecidas pelo supervisor. Não é possível uma pessoa avaliar a adequabilidade de um comportamento do terapeuta numa sessão, sem ter conhecimentos das sessões já realizadas, das análises feitas sobre o caso tanto pelo terapeuta como pelo supervisor, dos objetivos do tratamento entre outras informações imprescindíveis para entender o caso e julgar o desempenho terapeuta na sessão.

Para preencher o instrumento o observador/ avaliador deve assistir à sessão de atendimento e avaliar o desempenho do terapeuta em cada um destes 55 itens. Essa avaliação deve ser registrada no campo determinado para tal no próprio instrumento, de acordo com a seguinte legenda:

NA - Não Aplicável: um desempenho é avaliado como NA quando não houve momento na sessão avaliada para o terapeuta emitir determinado desempenho. Este instrumento possui esta possibilidade já que há comportamentos que um terapeuta pode ou não emitir na sessão, dependendo do caso, da sessão em si e do objetivo do tratamento.

Por exemplo, dentro do bloco Desempenhos relacionados à postura profissional o quinto item “Estruturação da Terapia” diz respeito à habilidade para fazer descrição e discutir sobre o funcionamento da terapia – objetivos, contrato, regras e acerto de horários. Este desempenho é requerido principalmente nas primeiras sessões e em outras nas quais surja a necessidade de discutir este tópico (por exemplo, véspera de férias, troca de horários, atrasos e/ou faltas do

cliente). No entanto, há sessões em que não há necessidade do terapeuta ter este tipo de desempenho. Nestes casos, o observador colocaria “NA” neste item ao preencher o instrumento.

Um outro exemplo está relacionado ao bloco Estratégias de intervenção do terapeuta. Neste bloco estão relacionadas as habilidades de intervenção do terapeuta, mas nem todas são passíveis de serem utilizadas em todas as sessões. A utilização de uma intervenção dependerá do caso, do objetivo da sessão e do tratamento como um todo, das orientações do supervisor entre outras variáveis. Para julgar se um item é aplicável ou não é imprescindível que o observador/avaliador tenha conhecimento do caso.

O – Omitido: avaliação feita quando o terapeuta deveria ter emitido determinado desempenho e não o fez.

No bloco Desempenhos relacionados à coleta de dados, o item de número sete “Formular questões sobre o estado de saúde geral do cliente”. Ao investigar a queixa depressão de um cliente às vezes se faz necessário saber dados sobre seu estado de saúde geral para levantar hipóteses sobre a etiologia do estado depressivo. Outro caso seria quando o cliente relata a utilização de medicamentos. É necessário o terapeuta investigar o tipo de medicamento, dose tomada, há quanto tempo faz uso etc para ver possíveis efeitos do medicamento sobre comportamentos do cliente. Quando o terapeuta não conduz este tipo de investigação, quando deveria fazê-lo, o observador deve avaliar o item como “O”.

OP – Opcionalmente Omitido: para considerar um item como opcionalmente omitido, o observador deve ter discutido o item, que a princípio seria considerado omitido, com o terapeuta e este dizer porque deixou de ter determinado comportamento durante a sessão.

Podemos retomar o exemplo acima (“Formular questões sobre o estado de saúde geral do cliente”). Pode ser que o observador considerou a necessidade de fazer tal investigação, mas naquele momento o terapeuta priorizou outra questão, deixando essa investigação para uma próxima sessão. Neste caso, o observador trocaria a avaliação para “OP”.

NJ – Não Sei Julgar: quando o terapeuta não sabe avaliar o desempenho. Neste caso o observador deve fazer uma observação por escrito sobre o desempenho do terapeuta, sobre qual avaliação ele faria e quais as dúvidas para esclarecimentos com o supervisor do caso.

Se o observador não estiver certo que o terapeuta “ignorou comportamentos problema do cliente emitidos durante a sessão” de maneira adequada (14º item do bloco “Estratégias de

intervenção do terapeuta”) ele deve fazer marcar como “NJ” e registrar as dúvidas por escrito.

IE – Inadequadamente Executado: esta avaliação deve ser feita para aqueles desempenhos que o terapeuta emitiu de maneira errada, faltando-lhe habilidade para desempenhar um comportamento necessário naquela sessão ou então, quando o comportamento foi emitido, mas no momento inadequado.

Um exemplo pode ser retirado do bloco Estratégias de intervenção do terapeuta, com relação ao 16º item (Sugerir ou solicitar ao cliente que emita uma ou um conjunto de respostas ou cursos de ação”). O uso da orientação (regras) é uma das possíveis maneiras do terapeuta intervir e modificar o comportamento do seu cliente. No entanto, o uso de regras (inclusive o conteúdo da orientação fornecida) deve ser baseado numa análise das contingências atuantes sobre o comportamento problema e a partir de uma avaliação do repertório atual do cliente (ou seja, da sua capacidade para conseguir emitir o comportamento sugerido pelo terapeuta), assim como numa avaliação sobre a necessidade de fornecer essas regras ao invés de esperar que o cliente se auto-oriente ou o comportamento ser modelado pelas contingências. Assim, um terapeuta poderia ter este item avaliado como “IE” caso orientasse sua cliente a tentar agir diferente com sua filha com quem tem problemas, mas sem antes investigar que contingências estão envolvidas nas brigas, ou mesmo antes de verificar se a cliente tem repertório para agir da forma indicada.

PA – Parcialmente Adequado: esta avaliação deve ser feita para os itens que foram desempenhados de maneira adequada, mas que podem e devem melhorar em algum ponto (com relação ao momento em que foi emitido, a algum aspecto do desempenho ou a ter sido emitido de maneira correta no momento certo da sessão, mas omitido em outro. Ainda pode ser utilizada quando o item descreve mais de um desempenho – gestos das mãos e cabeça, por exemplo, e algum ficou a desejar).

Tomando este item como exemplo. Ele é o quarto item do bloco Desempenhos relacionados ao estabelecimento da aliança terapêutica, e avalia “Gestos (mãos e balanços ocasionais da cabeça)” que podem transmitir interesse, atenção, empatia do terapeuta e, também, o quanto este está à vontade na sessão. Pode ser que o terapeuta tenha movimentos de assentimento com a cabeça, demonstrando interesse pelo que o cliente está relatando, mas suas mãos estejam presas, entrelaçadas ou se esfregando, demonstrando nervosismo ou tensão. Neste caso, o observador colocaria “PA” neste item e apontaria a inadequação dos gestos das mãos. Outro exemplo deste mesmo bloco se refere a “Postura (relaxada e dirigida ao cliente)”. O

terapeuta pode estar com postura dirigida ao cliente, mas seus ombros parecem tensos e suas pernas estão “sacolejando”, respostas que podem indicar que ele não está à vontade. Também seria avaliado como “PA”.

Com relação ao quarto item do bloco Estratégias de Intervenção do Terapeuta, este descreve as habilidades do terapeuta para "Fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente". O terapeuta pode fazê-lo de maneira adequada, mas no momento errado. Ou então, fazê-lo no momento adequado, mas com pouca clareza, sem verificar se o cliente entendeu sua interpretação ou ainda atribuindo os controles do comportamento do cliente a variáveis mentalistas (e neste caso o oitavo item seria avaliado como “IE”). Ou, ainda, o terapeuta pode fornecer uma interpretação de maneira correta, mas em outro momento da sessão deixar passar uma interpretação relevante para aquele momento. Em todos estes exemplos o item receberia a avaliação “PA” do observador.

AE – Adequadamente Executado: avaliação feita para aqueles itens que descrevem desempenhos realizados com maestria pelo terapeuta.

Um exemplo seria o sétimo item do bloco Estratégias de Intervenção do Terapeuta. Este avalia a habilidade do para “Empregar perguntas e fazer descrições que ajudem o cliente a entrar em contato com as variáveis de controle do seu comportamento”. Se o terapeuta o fizer no momento adequado, de maneira clara e levando o cliente a analisar seu próprio comportamento, o observador o consideraria como “AE”. O 20º item deste mesmo bloco avalia o desempenho do terapeuta referente a “Aplicação adequada das técnicas (domínio dos procedimentos)”. Se o terapeuta ao aplicar uma técnica na sessão ou mesmo ensinar uma para que o cliente realize em casa (por exemplo, relaxamento, exposição e prevenção de resposta) e o fizer de maneira precisa, demonstrando ter domínio de cada passo da técnica, sem deixar dúvidas, o observador marcaria “AE” neste item ao avaliar o desempenho do terapeuta.

SUGESTÕES PARA O SUPERVISOR

1) Para que o observador tenha conhecimento global do caso é aconselhável que seja uma mesma pessoa ao longo das sessões. O terapeuta aprendiz deve entregar ao observador antes de cada sessão, um relatório do atendimento anterior, contendo as análises feitas, as sugestões do supervisor e o objetivo/procedimentos para a sessão atual.

2) O instrumento pode ser entregue de maneira gradual pelo supervisor. Assim, nas primeiras sessões seriam observados/avaliados os itens contidos nos Blocos 1, 2 e 3. Após quatro sessões o supervisor verifica quais desempenhos estão sendo adequadamente executados pelo terapeuta aprendiz e estes seriam retirados. A partir deste momento o observador continua a observar/avaliar os itens que restaram (pertencentes aos Blocos 1, 2 e 3), ou seja, respostas que ainda não estão sendo emitidas consistentemente de maneira adequada pelo terapeuta-aprendiz. E, também, passa a avaliar os desempenhos listados no Bloco 4 “Estratégias de Intervenção”.

Este procedimento permite uma familiarização progressiva do observador com a “Lista para Verificação de Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental”, assim como diminui o custo da resposta de utilizá-lo (ao remover itens já bem instalados no repertório do terapeuta aprendiz).

3) Uma maneira de avaliar a evolução do desempenho do terapeuta aprendiz é a confecção de gráficos contendo o número de itens avaliados como adequados, inadequados (IE + O) e parcialmente adequados. Para a confecção destes gráficos este material é acompanhado de um CD contendo duas planilhas de Excel. Uma para ser preenchida manualmente e outra eletrônica. Todas as duas possibilitam a confecção de gráficos por sessão, tanto do desempenho geral como por blocos de desempenho.

Na versão eletrônica basta o terapeuta aprendiz colocar seus dados de cada sessão e os gráficos serão gerados automaticamente. Já na versão manual o aluno deve preencher a planilha, contar o número de itens adequados, inadequados (calculando IE + O) e parcialmente adequados e marcar os valores nos gráficos. Os gráficos contem no eixo X a sessão correspondente e no eixo Y o número de itens. Tanto na eletrônica, como na versão manual, aluno e supervisor podem acompanhar a evolução ao longo das sessões, permitindo o acompanhamento do processo de aprendizagem.

4) Este é um instrumento que está em fase de testagem e quaisquer sugestões, resultados de utilização, esclarecimentos e dúvidas devem ser enviados para Esther Ireno (estherireno@yahoo.com.br) ou Sonia Meyer (sbmeyer@usp.br).

LISTA PARA VERIFICAÇÃO DE DESEMPENHO DO TERAPEUTA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

INSTRUÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

10) A observação dos atendimentos será feita por meio das sessões gravadas em vídeo ou através do espelho unidirecional, tendo como guia esta lista de verificação de desempenho de terapeutas.

11) Para avaliar os desempenhos do terapeuta o observador deve ter, necessariamente, conhecimento do caso. Deverá ser entregue pelo terapeuta aprendiz um relatório de cada sessão, contendo também as análises feitas, as sugestões do supervisor e os objetivos/procedimentos da próxima sessão. Este resumo deverá ser anexado à lista, devidamente preenchida, da sessão correspondente.

12) Durante o atendimento o observador deverá registrar a ocorrência ou não das classes de respostas listadas. O repertório de um terapeuta comportamental é composto tanto de respostas consideradas necessárias como respostas optativas, ou seja, que podem ser emitidas dependendo da situação. Assim, o registro de ocorrência dos comportamentos dos terapeutas durante a sessão deverá seguir a legenda abaixo:

AE – adequadamente executado (serão considerados aqueles comportamentos que foram emitidos durante a sessão de maneira adequada)

OP – opcionalmente omitido (serão considerados opcionalmente omitidos aqueles comportamentos que estavam planejados para ocorrerem na sessão, ou que deveriam ocorrer, mas que foram omitidos porque foram considerados inapropriados para o momento).

IE – inadequadamente executado (aqueles comportamentos que foram executados de maneira inadequada).

O – omitido (aqueles desempenhos que deveriam ter sido emitidos, mas não o foram).

PA - parcialmente adequado – deverá ser indicado qual aspecto não foi adequadamente executado.

NA – não aplicável (aqueles comportamentos que não havia momento e nem necessidade de serem emitidos durante aquela sessão).

NJ - “Não sei julgar” (para o observador marcar quando ele não souber responder).

13) Após a sessão, observador e terapeuta devem discutir as avaliações feitas, sendo ressaltados pontos positivos e problemas ocorridos na sessão.

Este material é acompanhado de um CD contendo uma planilha de Excel que pode ser preenchida manual ou eletronicamente. Esta planilha permite que terapeuta e supervisor possam acompanhar a evolução de desempenho a partir da frequência de itens adequados, parcialmente adequados e inadequados (O + IE). Ao fim de cada sessão o terapeuta deve preencher os dados da planilha. Se utilizar a versão manual deverá contar o número de itens avaliados em cada chave da legenda e colocar a frequência no gráfico de acordo com a sessão avaliada. Os gráficos contem no eixo X a sessão correspondente e no eixo Y o número de itens. Se for utilizar a versão eletrônica basta colocar os dados na planilha, seguindo a sessão correspondente e os gráficos serão gerados automaticamente.

14) Em caso de discordância entre a avaliação feita pelo observador e a avaliação feita pelo próprio terapeuta aprendiz, esta deverá ser registrada no próprio instrumento e levada para discussão com o supervisor. O mesmo procedimento deve ser adotado quando ficarem

dúvidas sobre a adequação de algum procedimento realizado (ou que deixou de ser realizado) pelo terapeuta.

15) Somente o grupo de supervisão e supervisor devem ter acesso aos dados registrados neste instrumento.

16) Eventuais dúvidas sobre o preenchimento, sobre os desempenhos ou termos listados neste instrumento deverão ser encaminhados para a pesquisadora Esther de Matos Ireno (matosesther@hotmail.com) ou sua orientadora Sonia Beatriz Meyer (sbmeyer@usp.br).

Lista para Verificação do Desempenho do Terapeuta Analítico-Comportamental

Supervisor: _____

Data ____/____/____ Atendimento nº _____

Terapeuta: _____

Cliente: _____

Legenda: **AE** – adequadamente executado **IE** – inadequadamente executado
PA - Parcialmente adequado **NA** – não aplicável
(indicar o aspecto inadequado)
O - omitido **NJ** – não sei julgar
OP – opcionalmente omitido

5. Desempenhos Relacionados ao Estabelecimento da Aliança Terapêutica

Os itens abaixo procuram avaliar as habilidades gerais do terapeuta em demonstrar empatia, compreensão e interesse pelos problemas do cliente; transmitir afeto e apoio, assim como parecer sincero. São também avaliadas as habilidades do terapeuta em demonstrar aceitação incondicional e encorajar o cliente a mudar.

T	Desempenho
	Postura (relaxada e dirigida ao cliente).
	Voz (modulada, suave, com velocidade moderada e firme).
	Animação da expressão facial (receptiva, sorrisos ocasionais, movimentos de sobrancelhas).
	Gestos (mãos e balanços ocasionais da cabeça demonstrando entendimento e atenção).
	Manutenção do contato visual.
	Alternar entre ouvir e conduzir.
	Verbalizações de aprovação de ações ou de características não voltadas para progressos terapêuticos (reforçamento geral).
	Verbalizações que transmitam atenção (“certo”, “sim”, “isso”, ou “hum hum”), interesse e preocupação.
	Verbalizações que demonstrem compreensão e aceitação dos problemas/sentimentos apresentados pelo cliente.
	Verbalizações que indicam entendimento do relato do cliente (paráfrase, sumarização).
	Verbalizações que produzem humor ou extraem o lado cômico ou engraçado de determinada situação.
	Quando um cliente não aceita (verbalmente ou não) uma intervenção, mostrar flexibilidade, respeitando o ritmo do cliente e não impondo suas interpretações, recomendações e técnicas.

Ser flexível com o tempo para incluir temas importantes que surgiram durante o atendimento, mas que não constavam nos objetivos daquela sessão.

6. Desempenhos Relacionados à Postura Profissional

Os itens abaixo procuram avaliar o desempenho do terapeuta relacionado ao seu comportamento profissional e ético.

T	Desempenho
	Apresentar-se adequadamente vestido e bem apresentado para a ocasião
	Cumprimentos iniciais e apresentação
	Encerramento e despedida
	Observações claras, sem hesitações ou reformulações freqüentes e linguagem acessível.
	Estruturação (descrição sobre o funcionamento da terapia – objetivos, contrato, regras, acerto de horários).
	Cumprir a estruturação do tempo de atendimento (50 minutos).
	Os problemas trabalhados na sessão devem constituir os problemas-chave para o manejo dos comportamentos-problema do cliente; o problema principal não deve ser ignorado.

7. Desempenhos Relacionados à Coleta de Dados

Os itens abaixo procuram avaliar as habilidades gerais do terapeuta em coletar os dados referentes às queixas apresentadas pelo cliente. Estes desempenhos estão relacionados à habilidade em combinar perguntas para obter informações acerca dos problemas, situação de vida, experiências passadas e atuais, pensamentos e sentimentos do cliente, ou seja, para obter uma narração adequada das contingências atuantes.

T	Desempenho
	Uso mínimo de questões fechadas (perguntas indutoras ou que possam ser respondidas com sim/ não), evitando o interrogatório de “fogo cruzado”.
	Perguntas pertinentes ao problema e/ou objetivo da sessão.
	Perguntas únicas, feitas de maneira breve, clara e precisa; não devem parecer decoradas.
	Entremear as perguntas com observações de reflexão, exemplos ilustrativos ou resumos breves.
	Investigar qual a queixa do cliente
	Solicitar informações sobre dados pessoais e familiares do cliente.
	Formular questões sobre o estado de saúde geral do cliente, incluindo uso de medicação.
	Perguntas sobre tratamentos anteriores
	Identificar e operacionalizar, com o cliente, o(s) comportamento(s) problema(s) (por exemplo, identificar com o cliente quais são os excessos e déficits comportamentais).

	Solicitar informações sobre as dimensões do comportamento problema (frequência, duração, intensidade).
	Solicitar informações sobre as contingências relacionadas ao comportamento sob análise (estímulos antecedentes, conseqüentes e operações estabelecedoras).
	Formular perguntas sobre os comportamentos adequados do cliente
	Fazer levantamento dos estímulos reforçadores para o cliente
	Perguntas sobre histórico de instalação do problema

8. Estratégias de Intervenção do Terapeuta:

Os itens abaixo procuram avaliar as habilidades gerais do terapeuta em intervir junto ao cliente. Serão avaliadas as habilidades em fazer interpretações sobre os comportamentos do cliente e em ensiná-lo a fazer essas interpretações (analisar os controles de seus próprios comportamentos). Inclui a avaliação de habilidades como conseqüenciar comportamentos do cliente que ocorrem na sessão, confrontá-lo e dar orientações. Ainda é avaliado seu desempenho na aplicação de técnicas específicas.

Fornecer Informações	
	Fornecer informações sobre os problemas apresentados pelo cliente.
	Fornecer informações relacionadas a determinado assunto em discussão (papel educativo).
Realizar Interpretações (análise de contingências)	
	Interligar os problemas identificados com o restante do trabalho terapêutico.
	Fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente, compatíveis com a filosofia do Behaviorismo Radical (externalismo X mentalismo).
	Perguntas para demonstrar as incongruências ou a incoerência do discurso do cliente ou apontar discrepâncias ou contradições no discurso do cliente cuidando para não eliciar reações emocionais aversivas
	Identificar com o cliente classes de respostas sob controle de um único estímulo/conseqüência, fazendo com que o cliente identifique similaridades entre situações (da vida cotidiana ou da terapia com vida cotidiana)
	Relacionar respostas encobertas a comportamentos abertos simultâneos e identificar controles comuns a ambos
	Empregar perguntas e fazer descrições que ajudem o cliente a entrar em contato com as variáveis de controle do seu comportamento, facilitando ao cliente a identificação das variáveis antecedentes e conseqüentes às suas respostas na própria sessão ou não.
	Reforçar descrições verbais do cliente de seus comportamentos e seus controles
Conseqüenciar Comportamentos do Cliente na Sessão	
1) Fortalecimento de comportamentos	
	Verbalizações nas quais expressa julgamento favorável a ações do cliente (sejam estas relatadas pelo cliente ou observadas pelo terapeuta – reforçamento específico).

	Verbalizações que resumam o progresso obtido até o presente atendimento, descrevendo os melhoras e sucessos do cliente.
2) Enfraquecimento de comportamentos	
	Verbalizações nas quais discorda ou expressa julgamento desfavorável sobre ações, avaliações, afirmações, propostas ou características do cliente, ou verbalizações nas quais descreve falhas do cliente ou critica suas ações, características ou aparência.
	Ignorar comportamentos problema do cliente emitidos durante a sessão (extinção)
	Verbalizações nas quais insiste na continuidade de algum assunto ao qual o cliente claramente está tentando evitar, por meio de mudanças do assunto ou de silêncio (bloquear esQUIVA).
Uso de Orientação	
	Sugerir ou solicitar ao cliente que emita uma ou um conjunto de respostas ou cursos de ação, sejam estes de caráter aberto (respostas passíveis de serem observadas por um observador que não o próprio cliente) ou encoberto (respostas passíveis de serem observadas apenas pelo próprio cliente). As orientações podem sugerir ações abertas, estratégias, tarefas, reflexões, pensamentos ou mudanças em sentimentos.
	Sugerir equivalentes funcionais (outras formas de ter acesso aos reforçadores e que não produzam punições, ou sejam mais adequadas) para os comportamentos problemas do cliente.
Técnicas específicas (referem-se a desempenhos relacionados à aplicação de técnicas dentro da sessão ou à condução de tarefas para o cliente realizar em ambiente extra consultório (tarefas de casa – TPC).	
	Explicar a lógica de técnicas a serem utilizadas ao manejar os problemas (informações, descrições de cada etapa ou regras sobre o funcionamento de determinadas técnicas, estratégias, exercícios ou programas terapêuticos; inclui justificativas de porque usar uma técnica e porque isso tende a ser efetivo)
	Aplicar técnicas ou sugerir tarefas que se encaixem na rotina do cliente e que estejam de acordo com seu repertório
	Aplicação adequada das técnicas (domínio dos procedimentos)
	Trabalhar eventuais dificuldades, previstas pelo cliente, na execução da técnica ou da TPC
	Resumir as conclusões ou resultados obtidos na execução da técnica ou tarefa de casa e explorar desdobramentos
Relação dos instrumentos/ materiais empregados:	
Relação das técnicas e procedimentos utilizados como intervenções pelo terapeuta, com comentários/justificativas:	

Comentários esclarecendo o desempenho inadequado ou incorreto de procedimentos de intervenção:
Outras Observações:

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Alvarez, L. F. & Silveira, J. M. (2002). Condições que promovem o aprimoramento profissional e comportamentos relacionados à mudança clínica: atribuições de terapeutas comportamentais experientes e não experientes. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 19, n. 1, pp. 49-59.
- Banaco, R. A. (1993). O Impacto do Atendimento sobre a Pessoa do Terapeuta. Temas em Psicologia, nº 2.
- Banaco, R. A. (1996). O desenvolvimento pessoal do terapeuta: análises informais de um formador em psicoterapia comportamental. Revista Torre de Babel: Reflexões e Pesquisa em Psicologia, Londrina, v. 3, p. 27-41.
- Baptistussi, M. C. (2001). Bases teóricas para o bom atendimento em clínica comportamental. Em: R. C. Wielenska (orgs.) Sobre Comportamento e Cognição - questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos. pp. 150-156. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). Terapia Cognitiva da Depressão. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Campos, L. F. L. (1995). Supervisão em terapia cognitivo-comportamental. Em: B. Rangé (Org.) Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas. pp. 357-364. Campinas, SP: Psy
- Chequer, M. A. A. & Martinelli, J. C. M (2004). O contexto de prestar serviços na clínica comportamental e responsabilidade social. Em: A. C. Cruvinel (Org). Ciência do Comportamento – conhecer e avançar. pp. 89-95. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, V. 4.
- Follette, W. C., Naugle, A. E. & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. Behavior Therapy, 27, 623-641.
- Garfield, S. L. (1995). Psychotherapy - an eclectic-integrative approach. New York, USA: A Wiley-Interscience Publication. 2ª edição.
- Gavino, A. (1996). As variáveis do processo terapêutico. Em V. E. Caballo (Org.) Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. Pp. 131-143. São Paulo: Editora Santos.
- Gongora, M. A. (1995). A Entrevista Clínica Inicial: análise de um programa de ensino. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Gongora, M. A. (1999). Aprendendo Entrevista Clínica Inicial: contribuições para a formação do terapeuta. Em: R. A. Banaco (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista. 2ª edição, pp. 516-524. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

- Guilhardi, H. J. (1988) A Formação do Terapeuta Comportamental. Que formação? Em: H. W. Lettner, B. P. Range (orgs). Manual de Psicoterapia Comportamental. São Paulo: Manole, pp. 313-320.
- Guilhardi, H. J. & Queiroz, P. B. P. S. (2001). A análise funcional no contexto terapêutico – o comportamento do terapeuta como foco de análise. Em: M. Delitti (Org.) Sobre Comportamento e Cognição – a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental. Edição revisada, pp. 43-93. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. (1994). The Working alliance: Theory, Research, and Practice. Nova York, EUA: John Wiley & Sons, Inc.
- Isaacs, C. D.; Embry, L. & Baer, D. M. (1982). Training Family Therapists: an experimental analysis. Journal of Applied Behavior Analysis. Lawrence, 15(4), pp. 505-520.
- Kaufman, M. & Korner, S. (1997). Psychotherapists' perceptions of their trainers and training emphases. The Clinical Supervisor. 16(1), pp. 97-115.
- Kerbaux, R. R. (2001). O Repertório do Terapeuta sob a ótica do Supervisor e da Prática Clínica. Em: H. J. Guilhardi (Org.) Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade. 1ª edição, pp. 443-452. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). Psicoterapia analítica funcional. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Lettner, H. W. (1995). Avaliação Comportamental, Em B. Rangé, (Org.), Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos. pp. 27-32. Campinas: Editorial Psy.
- Martinelli, J. C. M & Chequer, M. A. A. (2004). Análise do Comportamento, 'Responsabilidade Social' e Formação Profissional. Em: A. C. Cruvinel (Org.) Ciência do Comportamento – conhecer e avançar. pp. 57-71. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, V. 4.
- Meyer, S. B. & Vermes, J. S. (2001). Relação Terapêutica. Em B. Range (Org.) Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. pp. 101-110. Porto Alegre, Artmed.
- Miltenberger, Raymond G & Veltum, Lois G. (1988). Evaluation of an instructions and modeling procedure for training behavioral assessment interviewing. Journal of Behavioral & Experimental Psychiatry. 19(1), pp.31-41.
- Novaki, P. C. (2003). Influência da experiência e de modelo na descrição de intervenções terapêuticas. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, USP. São Paulo – SP.
- Rangé, B., Guilhardi, H. J., Kerbaux, R. R., Falcone, E. M. O. & Ingberman, Y. K. (1995). Ensino, treinamento e formação em Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Em: B. Rangé (Org.) Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas. pp. 331-355. Campinas, SP: Psy

Gráfico de Desempenho Geral (Versão Manual):