UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

JOANA FIGUEIREDO VARTANIAN

**Efeitos da evocação sobre os comportamentos clinicamente relevantes na
Psicoterapia Analítica Funcional**

São Paulo
2017

JOANA FIGUEIREDO VARTANIAN

**Efeitos da evocação sobre os comportamentos clinicamente relevantes na
Psicoterapia Analítica Funcional**

Versão original

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

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof. Dra. Claudia Kami Bastos Oshiro

São Paulo
2017

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

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

Figueiredo Vartanian, Joana
Efeitos da evocação sobre os comportamentos
cl clinicamente relevantes na Psicoterapia Analítica
Funcional / Joana Figueiredo Vartanian; orientadora
Claudia Kami Bastos Oshiro. -- São Paulo, 2017.
111 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia,
Universidade de São Paulo, 2017.

1. Psicoterapia Analítica Funcional. 2. Controle
de Estímulos. 3. Operações Motivadoras. 4.
Delineamento Experimental de Caso Único. 5.
Pesquisas de Processos. I. Kami Bastos Oshiro,
Claudia, orient. II. Título.

Nome: Vartanian, Joana Figueiredo

Título: Efeitos da evocação sobre os comportamentos clinicamente relevantes na Psicoterapia Analítica Funcional

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

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Dedico esse trabalho...

*À minha mãe **Deide**, que me mostrou o poder da empatia e o que é ser verdadeiramente uma fortaleza diante das adversidades. Foi você quem me transmitiu o amor aos livros e, com suas escutas e paciência diante de todos os meus “Por quês”, reforçou a minha curiosidade sobre a vida e as pessoas.*

*Ao meu marido **Ricardo**, em quem vejo em cada gesto um modelo de generosidade e altruísmo e que, fruto de minha mais profunda admiração, torna essa intensa jornada que escolhemos viver juntos muito mais feliz e significativa.*

*Ao meu irmão **Marcelo** que, seja com conversas profundas ou risadas infinitas, sempre buscou me blindar dos obstáculos da vida, ensinando-me continuamente o que é segurança e amor incondicional.*

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora **Claudia Oshiro**. Sua segurança, proximidade e acolhimento ao longo de todo o processo tornou essa trajetória muito mais leve, divertida e enriquecedora. Você assumiu nesses anos a árdua tarefa de acolher meus gritos de socorro, aceitar minhas esquivas e evocar “tudo e mais um pouco” de CCR2s possíveis e impossíveis, sempre de forma muito reforçadora. Obrigada por abraçar essa empreitada e espero que saiba a grande admiração que tenho por você como terapeuta, professora, supervisora e, acima de tudo, como ser humano. Muita emoção nessa jornada!

À minha tia **Thi** por participar de forma ativa da minha formação, seja ela pessoal, profissional, acadêmica, musical, viajante, entre tantas. Você tornou possível a concretização de todas as etapas importantes da minha vida. Ao meu tio **Tuti**, que foi e é um modelo de força e em quem sempre pude encontrar abrigo, amor e doses generosas de bom humor. À minha tia **Sonia**, um exemplo caloroso de proximidade, naturalidade e companheirismo e ao meu tio **Dimu**, sempre com uma palavra amável e gentil para alegrar nosso dia.

À minha cunhada **Elisangela** por sempre disponibilizar sua escuta em todos os momentos em que precisei e à minha sobrinha **Lunna**, por ser esse admirável ser humano, cheio de generosidade, amabilidade e inteligência. Se todos da sua geração conseguirem ser como você, a nossa utopia de futuro será possível!

Enfim, à minha **família** como um todo que sempre representou o que de mais caloroso e amoroso se pode esperar das pessoas que nos formam.

À **Mércia**, que tem sido mais do que uma irmã nessa longa caminhada desde a saudosa UNESP, compartilhando mais fases da minha vida do que eu mesma jamais sonhei que aconteceriam. O momento significativo de decisão de investir na área acadêmica foi representativo de toda essa nossa trajetória.

À queridíssima **Isabel**, sempre um modelo de integridade, resiliência, dedicação à psicologia e aos seus relacionamentos e por toda a disponibilidade que encontrei para partilhar momentos felizes e também de crise.

Às minhas queridas amigas **Ana Laís**, **Fernanda**, **Lídia**, **Núbia** e **Lívia** que, mesmo com a distância do cotidiano, sempre me remetem a momentos maravilhosos e continuam fazendo parte dos meus pensamentos com carinho.

Ao meu grupo de pesquisa e supervisão: **Alan Aranha**, **Gabriela Lima**, **Daniel Assaz**, **Elisangela Ferreira**, **Fernanda Resende**, **Gabriela Santos**, **Laura Malaguti**, **Aline Redressa**, **Renata Pinheiro** e **Amanda Raña**. Vocês foram fator essencial de sobrevivência, originadores de reflexões e sempre ponto de apoio. E também aos que formalmente não estavam nas reuniões, mas, como acadêmicos ou terapeutas (ou ambos), participaram de alguma forma da construção desse processo: **Alessandra Villas-Bôas**, **Natália Fonseca**, **Marcia Kameyama**, **Maria Lídia Yoshida** e **Victor Mangabeira**.

À **Sonia Meyer**, pelo acolhimento inicial na retomada de contato com a área acadêmica. Sua disposição, presença, discussões, orientações e seu constante modelo de tranquilidade e amor à área são fonte da minha maior admiração por você e orgulho por fazer parte dessa descendência!

*À minha primeira supervisora em clínica **Alessandra Bolsoni-Silva**, de quem já nos primeiros contatos com a clínica herdei a paixão pela análise funcional, Behaviorismo Radical e pelas pesquisas de processos.*

*Ao meu eterno supervisor em clínica **Arnaldo Cheixas**, que me forneceu uma acolhida que me parecia impossível à época. Seu incentivo foi mais do que essencial para a minha trajetória e suas supervisões, modelos de elegância terapêutica! Da mesma forma, ao nosso grupo de estudos: **Carol Alves**, **Cintia Reis**, **Marcelo Szajubok** e **Elisangela Ferreira** pelas nossas discussões semanais que sempre me dão um momento especial para lançar luz à minha prática como terapeuta. Agradeço também pela compreensão com as minhas ausências, necessárias para concluir esse trabalho.*

*A todos os meus **professores** que contribuíram para a minha formação.*

*Aos meus **supervisionandos**, que sempre abrem meus horizontes enquanto ser humano. Suas dúvidas, apontamentos e crescimentos são sempre fonte de poderosos reforçadores positivos.*

*A todos os meus **clientes**. O início de um processo terapêutico requer, acima de tudo, coragem. Coragem para enfrentar o que é difícil de enxergar, para olhar para sofrimentos que se reavivam e, acima de tudo, para se expor diante de uma pessoa que não fez parte de toda essa história. Requer coragem para se colocar vulnerável e, por demonstrarem coragem desse tamanho, vocês são minha maior fonte de orgulho e inspiração.*

*Aos meus clientes participantes desse estudo, **Silvia** e **André**. Vocês me inspiraram a cada progresso e a cada dificuldade a investigar mais a fundo melhores formas de fazer parte de um processo de mudança em suas vidas.*

*Aos transcritores **Cris**, **Henrique**, **Raíssa** e **Terumy** pelo competente trabalho, que foi indispensável para a conclusão da pesquisa e às aferidoras de concordância **Natália** e **Raíssa** por se disponibilizarem a essa árdua tarefa e pela paciência que o processo de categorização e de concordância exigem.*

*Aos terapeutas da minha vida, **Silvia** e **André**, a quem busquei homenagear de forma singela nessa pesquisa. É impossível pensar na minha trajetória enquanto psicoterapeuta sem remeter imediatamente a vocês. E, mais recentemente, à **Patrícia**, minha terapeuta atual, sempre acolhedora, sempre presente, sempre disponível.*

Não poderia deixar de reconhecer, valorizar e agradecer toda ajuda que tive para realização desse trabalho. Pessoas próximas (espero que vocês se reconheçam aqui!) que acompanharam cada etapa e supriram as minhas mais diversas necessidades enquanto escrevia, participava de congressos, cursos, dava supervisões, coletava dados ou atendia. Essas pessoas criaram as condições concretas para que eu pudesse dispor desse tempo, seja organizando meus horários, tomando a frente de atividades do dia a dia, compreendendo sem cobranças minha ausência, lidando com certas dificuldades para que eu pudesse ter o foco necessário para concluir essa etapa. Nenhum sentido melhor para o que é verdadeira demonstração de amor, carinho e cuidado do que nessas realizações mais cotidianas que fazem toda a diferença.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão de bolsa de Mestrado e pelo apoio financeiro para a realização dessa pesquisa.

“Dentro de nós há um espesso sistema de corredores e de portas fechadas. Nós próprios não abrimos todas as portas porque suspeitamos que o que há do outro lado não será agradável de ver. Vivemos numa espécie de alarme em relação a nós mesmos”.

José Saramago

RESUMO

Vartanian, J. F. (2017). Efeitos da evocação sobre os comportamentos clinicamente relevantes na Psicoterapia Analítica Funcional (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) aponta a relação terapêutica como meio de promoção de mudanças clínicas. Os comportamentos do cliente em sessão são classificados como CCR1s (comportamentos problema), CCR2s (comportamentos de melhora) e CCR3 (descrições funcionais a respeito do próprio comportamento). É papel do terapeuta atuar sobre esses CCRs com o intuito de aumentar CCR2 e CCR3, bem como diminuir a emissão de CCR1, o que é planejado por meio das regras: estar atento aos CCRs (regra 1), evocar diretamente CCRs (regra 2), consequenciar CCRs (regra 3), observar os efeitos do seu comportamento sobre o comportamento do cliente (regra 4) e fornecer interpretações analítico-funcionais e implementar estratégias de generalização (regra 5). Compreende-se que a similaridade funcional do contexto terapêutico com outros ambientes do cliente possibilita o acesso do terapeuta à classe de comportamentos alvo de intervenção clínica e que, ainda, é papel do terapeuta evocá-los diretamente, componente da FAP expresso pela regra 2. As pesquisas que investigam o mecanismo de mudança da FAP têm enfatizado o papel da consequenciação (regra 3) sobre a mudança comportamental observada nos clientes, entretanto, há indícios de que tal mudança seja também resultado de um processo evocativo ocorrendo em sessão, responsável por produzir o aumento da emissão de CCR2s e diminuição de CCR1s quando a FAP é conduzida. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi o identificar quais os efeitos da evocação direta pelo terapeuta na FAP (variável independente) sobre os CCRs do cliente em sessão (variáveis dependentes), sendo utilizado delineamento experimental de caso único de reversão, com arranjo A-B1-BC1-B2-BC2 para uma cliente, com controle da inserção da evocação (arranjo A-BC1-B1-BC2-B2) para outro cliente. A fase A foi correspondente à linha de base, com realização de análise de contingências externas, as fases B corresponderam à condução de FAP sem evocação direta e as fases BC, à FAP completa. As sessões foram categorizadas com o Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) pela terapeuta e aferidoras de concordância, foi aplicado semanalmente o *Outcome Questionnaire* (OQ-45.2) que possibilitou o acompanhamento da evolução global dos clientes. Após três meses do encerramento do estudo, foi realizada uma sessão de *follow-up* com cada cliente, a qual indicou a manutenção de progressos com os mesmos. Como resultado no FAPRS, registrou-se o abrupto aumento de CCR2s e diminuição de CCR1s quando a evocação direta foi inserida, o aumento de CCR1 e diminuição de CCR2 quando a mesma foi retirada, bem como a replicação dessas duas fases e de seus efeitos sobre os comportamentos dos dois clientes. Nas fases em que a evocação não esteve presente, as porcentagens de CCRs assemelharam-se às observadas na linha de base. Observou-se também a importância da consequenciação com função evocativa, o que sustenta que a evocação e a consequenciação atuam de forma complementar. Tais resultados solidificam a proposta de que a produção de CCR2 nas sessões FAP tenha também por base a existência de processos evocativos atuantes, já que diante da ausência da evocação, registrou-se imediata diminuição de sua ocorrência. Nesse sentido, a evocação direta pode ser destacada como possuindo impacto relevante no mecanismo de mudança dessa psicoterapia.

Palavras-chave: Psicoterapia Analítica Funcional. Controle de Estímulos. Operações Motivadoras. Delineamento Experimental de Caso Único. Pesquisas de Processos.

ABSTRACT

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) points to the therapeutic relationship as a way of promoting clinical changes. The client behaviors in session are classified as CRB1s (problem behaviors), CRB2s (improvement behaviors) and CRB3 (functional descriptions regarding any client's behavior). FAP therapist should act on these CRBs in order to increase CRB2 and CRB3 and to reduce the emission of CRB1, which is planned by using the rules: to be aware of CRBs (rule 1), to evoke CRBs directly (rule 2), to contingently respond to CRBs (rule 3), to observe the effects of therapist's behavior on client's behavior (rule 4) and to provide analytic-functional interpretations and implement generalization strategies (rule 5). It is understood that the functional similarity of the therapeutic context to other client environments allows the therapist to access the class of target behaviors of clinical intervention and that it is also the role of the therapist to directly evoke them, a component of FAP expressed by rule 2. Researches focused on investigate the mechanism of change in FAP have emphasized the role of consequence (rule 3) on behavioral change observed in clients, however, there is evidence that such a change is the result of an evocative process occurring in session, which is responsible for producing increased CRB2s and decreased CRB1s emissions when FAP is conducted. Thus, the goal of this investigation was to identify the effects of direct evocation by the therapist in FAP (independent variable) on client CRBs in session (dependent variables), using an experimental design of a single-case experimental procedure, with design A-B1-BC1-B2-BC2 for one client, with control of the insertion of the independent variable (design A-BC1-B1-BC2-B2) to another client. Phase A corresponded to the baseline, without systematic use of FAP, phases B corresponded to FAP without direct evocation and phases BC, to the use of complete FAP. The sessions were categorized with the instrument Functional Analytical Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) by the therapist and independent coders. The Outcome Questionnaire (OQ-45.2) was applied weekly, allowing the therapist to monitor the overall evolution of clients and after three months of the end of the phases, a follow-up session was conducted with each client, which indicated the maintenance of the observed effects. As a result in FAPRS, it occurred the abrupt increase of CRB2s and decrease of CCR1s when direct evocation was inserted, the increase of CRB1 and decrease of CRB2 when it was withdrawn, as well as the replication of these two phases and their effects on the behaviors of the two clients. In the phases in which evocation was not present, the percentages of CRBs were similar to those observed in baseline. It was also observed the importance of the consequences with evocative function, which maintains that the evocation and the consequences provided by the therapist act in a complementary way. These results solidify the proposal that the increase of CRB2 in FAP is also based on the existence of evocative processes, since in the absence of evocation it is observed its immediate decrease. Therefore, direct evocation can be highlighted as having a relevant impact on the mechanism of change of this psychotherapy.

Keywords: Functional Analytic Psychotherapy. Stimulus control. Motivating operations. Single-case experimental design. Process Research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Delineamento experimental de caso único de reversão utilizado com os clientes Silvia e André	37
Figura 2 – Porcentagem de emissão de CCR1, CCR2 e CCR3 pela cliente Silvia nas sessões das fases experimentais	53
Figura 3 – Porcentagem de emissão de CCR1, CCR2 e CCR3 pelo cliente André nas sessões das fases experimentais	54
Figura 4 – Porcentagem de emissão de categorias da terapeuta de OBS (Observar CCRs), CON (Consequenciar CCRs), EVO (Evocar CCRs), AVA (Avaliar efeitos sobre o cliente) e GEN (Discutir CCR3 e O3 visando generalização) nas sessões das fases experimentais com a cliente Silvia	57
Figura 5 – Porcentagem de emissão de categorias do terapeuta de OBS (Observar CCRs), CON (Consequenciar CCRs), EVO (Evocar CCRs), AVA (Avaliar efeitos sobre o cliente) e GEN (Discutir CCR3 e O3 visando generalização) nas sessões das fases experimentais com o cliente André.....	57
Figura 6 – Porcentagem de emissão de CCR1 e CCR2 da cliente Silvia (barras) e porcentagem de emissão de comportamentos de evocação (EVO) e consequenciação (CON) da terapeuta (linhas) nas sessões das fases experimentais	60
Figura 7 - Porcentagem de emissão de CCR1 e CCR2 do cliente André (barras) e porcentagem de emissão de comportamentos de evocação (EVO) e consequenciação (CON) da terapeuta (linhas) nas sessões das fases experimentais	61
Figura 8 – Porcentagem de emissão de CCR1 e CCR2 da cliente Silvia (barras) e porcentagem de emissão de comportamentos de evocação direta (EVLIV), consequenciação evocativa de CCR1 (CON1+EVO) e consequenciação evocativa de CCR2 (CON2+EVO) da terapeuta (linhas) nas sessões das fases experimentais	71
Figura 9 – Porcentagem de emissão de CCR1 e CCR2 do cliente André (barras) e porcentagem de emissão de comportamentos de evocação direta (EVLIV), consequenciação evocativa de CCR1 (CON1+EVO) e consequenciação evocativa de CCR2 (CON2+EVO) da terapeuta (linhas) nas sessões das fases experimentais.	71
Figura 10 – Porcentagem de emissão de CCRs e de demais comportamentos (NÃO CCRs) da cliente Silvia (linhas) e porcentagem de emissão de comportamentos relacionados a categorias FAP (Observar CCRs, Consequenciar CCRs, Evocar CCRs, Avaliar efeitos sobre o cliente e Discutir CCR3 e O3 visando generalização) e de comportamentos não relacionados a categorias FAP (NÃO FAP) da terapeuta (barras) nas sessões das fases experimentais.	78
Figura 11 – Porcentagem de emissão de CCRs e de demais comportamentos (NÃO CCRs) do cliente André (linhas) e porcentagem de emissão de comportamentos relacionados a categorias FAP (Observar CCRs, Consequenciar CCRs, Evocar CCRs, Avaliar efeitos sobre o cliente e Discutir CCR3 e O3 visando generalização) e de comportamentos não relacionados a categorias FAP (NÃO FAP) da terapeuta (barras) nas sessões das fases experimentais.	79
Figura 12 – Porcentagem de emissão de CCR1 e CCR2 da cliente Silvia (barras) e porcentagem de consequenciação de CCR1 (CON1), consequenciação evocativa de CCR1 (CON1+EVO), consequenciação de CCR2 (CON2) e consequenciação evocativa de CCR2 (CON2+EVO) da terapeuta (linhas) nas sessões das fases experimentais.	81

Figura 13 – Porcentagem de emissão de CCR1 e CCR2 do cliente André (barras) e porcentagem de consequenciação de CCR1 (CON1), consequenciação evocativa de CCR1 (CON1+EVO), consequenciação de CCR2 (CON2) e consequenciação evocativa de CCR2 (CON2+EVO) da terapeuta (linhas) nas sessões das fases experimentais.	82
Figura 14 – Porcentagem de emissão de CCR1, CCR2 e CCR3 pela cliente Silvia nas sessões das fases experimentais e sessão de follow-up.....	89
Figura 15 – Porcentagem de emissão de CCR1, CCR2 e CCR3 pelo cliente André nas sessões das fases experimentais e sessão de follow-up.....	89
Figura 16 – Porcentagem da pontuação total e pontos percentuais acima da pontuação de corte obtidas no instrumento Outcome Questionnaire (OQ-45.2) pela cliente Silvia no Total do instrumento.....	91
Figura 17 – Porcentagem da pontuação total e pontos percentuais acima da pontuação de corte obtidas no instrumento Outcome Questionnaire (OQ-45.2) pela cliente Silvia nos domínios Desconforto Subjetivo, Relacionamentos Interpessoais e Papel Social	91
Figura 20 – Porcentagem da pontuação total e pontos percentuais acima da pontuação de corte obtidas no instrumento Outcome Questionnaire (OQ-45.2) pelo cliente André no Total do instrumento.....	93
Figura 21 – Porcentagem da pontuação total e porcentagem da pontuação de corte obtidas no instrumento Outcome Questionnaire (OQ-45.2) pelo cliente André nos domínios Desconforto Subjetivo, Relacionamentos Interpessoais e Papel Social	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Modelo de pontuações no OQ-45.2 proposto por Lambert et al. (1996) para cálculo da pontuação bruta, mudança clínica relevante e pontuação de corte nos domínios Desconforto Subjetivo, Relacionamento Interpessoal e Papel Social	30
Tabela 2 – Categorias do FAPRS para categorização dos comportamentos do terapeuta (Callaghan et al., 2008), adaptadas	32
Tabela 3 – Categorias do FAPRS para categorização dos comportamentos do cliente (Callaghan et al., 2008), adaptadas	33
Tabela 4 – Categorias utilizadas para categorização dos comportamentos do terapeuta de acordo com sua função, comparativamente à adaptação das categorias do instrumento FAPRS (Callaghan et al., 2008)	33
Tabela 5 – Descrição dos comportamentos de Evocação e Consequenciação da terapeuta, utilizados para condução das sessões ao longo das fases do estudo e para categorização com o instrumento FAPRS (Callaghan et al., 2008)	38
Tabela 6 - Número de falas de terapeuta e clientes analisadas por fase	42
Tabela 7 – Topografias de Comportamentos selecionadas nas classes de respostas “Esquiva de Reprovação Social” e “Transferir Responsabilidade” da cliente Silvia e utilizadas para categorização com FAPRS pela terapeuta-pesquisadora e aferidor de concordância	44
Tabela 8 – Pontuação bruta da cliente Silvia obtida no instrumento FIAT-Q antes e após a intervenção	46
Tabela 9 – Topografias de Comportamentos selecionadas na classe de respostas “Esquiva de Intimidade” do cliente André e utilizadas para categorização com FAPRS pela terapeuta-pesquisadora e aferidor de concordância	48
Tabela 10 – Índices Kappa (Siegel et al., 1988) e de Concordância Percentual obtidos entre categorizações da terapeuta-pesquisadora e aferidoras de concordância por sessão	50
Tabela 11 – Índices Kappa Siegel et al., 1988) e de Concordância Percentual obtidos entre categorizações da terapeuta-pesquisadora e aferidoras de concordância por sessão nas categorias de terapeuta e de cliente.....	51
Tabela 12 – Diferença percentual entre a última sessão de uma fase e a primeira sessão da fase seguinte registrada nas categorias de evocação e consequenciação da terapeuta.....	62

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. Justificativa e Objetivos	26
2. MÉTODO.....	28
2.1. Participantes	28
2.2. Ambiente e equipamentos	28
2.3. Instrumentos	28
2.3.1. Functional Idiographic Assessment Template – FIAT-Q (Callaghan, 2006)	28
2.3.2. Outcome Questionnaire – OQ-45.2 (Lambert et al., 1996).....	29
2.3.3. Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS (Callaghan et al. 2008) adaptado	32
2.4. Procedimento	34
2.4.1. Unidade de medida	34
2.4.2. Operacionalização da evocação e consequenciação	34
2.4.3. Definição dos comportamentos alvo dos clientes.....	35
2.4.4. Coleta de dados.....	36
2.4.5. Condução das sessões	37
2.4.6. Transcrições.....	39
2.4.7. Aferição de concordância.....	39
2.5. Análise dos dados	40
2.6. Aspectos éticos	40
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
3.1. Conceituação dos casos clínicos.....	43
3.1.1. Silvia	43
3.1.2. André.....	47
3.2. Concordância entre observadores	49
3.3. Dados obtidos no FAPRS.....	53
3.4. <i>Follow-up</i> com os clientes.....	88
3.5. Dados obtidos no OQ-45.2.....	90
4. CONCLUSÃO.....	96
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CLIENTES.....	106
APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE.....	110

1. INTRODUÇÃO

Ao longo das décadas, foi-se acumulando conhecimentos em termos de dados científicos acerca do comportamento. No que se refere ao comportamento humano, este pode ser considerado mais complexo por envolver aspectos sociais e de linguagem, que dificultam o isolamento de variáveis para mensuração dos efeitos.

Em 1938, Skinner publicou *“The behavior of organisms”*, em que apresentou conceitos que permanecem relevantes para a Análise do Comportamento até hoje. As mais variadas pesquisas das áreas básica e aplicada ampliaram o campo de conhecimento sobre os mesmos, norteando, muitas vezes, a prática do analista do comportamento para além do laboratório. A seguir, serão introduzidos alguns dos principais conceitos de relevância para compreensão do comportamento humano e dos processos envolvidos na aprendizagem.

O comportamento operante, central na filosofia skinneriana, é compreendido como uma relação entre as respostas do indivíduo e os estímulos do ambiente. O aspecto relacional é primordial para o mesmo, compreendendo-se que existem os estímulos e existem as respostas, mas nem um nem outro têm interesse por si só para a área, apenas na relação que estabelecem entre si (Catania, 1999).

No caso de um operante discriminado, este envolve uma contingência de três termos ou tríplice contingência: o estímulo antecedente (responsável por estabelecer a condição em que o comportamento será reforçado), a resposta (ação do indivíduo) e o estímulo consequente (efeitos dessa ação no ambiente). Diz-se que esses operantes estão sob controle de estímulos no sentido de que estabelecem relação não apenas com as consequências que produzem, como também com os estímulos na presença dos quais ocorrem (Catania, 1999; Sérgio, Andery, Gioia & Micheletto, 2004; Skinner, 1938).

Although the response is free to come out in a very large number of stimulating situations, it will be effective in producing a reinforcement only in a small part of them. The favorable situation is usually marked in some way, and the organism makes a discrimination of a kind now to be taken up. It comes to respond whenever a stimulus is present which has been present upon the occasion of a previous reinforcement and not to respond otherwise (Skinner, 1938, p. 178).

O estabelecimento de tal controle de estímulos ocorre ao longo da história de reforçamento do indivíduo e, como resultado, tem-se que: a) a depender dos estímulos presentes, determinada resposta será emitida e b) a probabilidade de emissão da resposta será alterada diante da apresentação de certos estímulos (Sério et al., 2004). Isto implica também ser

possível prever e controlar que determinado comportamento seja emitido, o que ocorreria por meio da apresentação dos estímulos discriminativos que o controlam.

Ainda de acordo com os autores, existe a questão da duplicidade de função: em alguns casos, quando o estímulo for apresentado como consequência a determinado comportamento, assumirá a função de reforçador condicionado desse comportamento e, simultaneamente, de estímulo discriminativo para outro. Nesse sentido, tal dupla função possibilita o chamado encadeamento de respostas, que se caracteriza por uma sequência de operantes e estímulos discriminativos, sendo que determinada resposta é responsável por produzir o estímulo discriminativo para a resposta seguinte (Catania, 1999).

Outro aspecto importante é que os estímulos possuem diversas propriedades e o indivíduo pode responder a uma delas e a outra não. É também nesse atributo que reside a generalização. O controle estabelecido pelos estímulos antecedentes pode se estender a outros estímulos que pertençam à mesma classe e, quando isso ocorre, diz-se que ocorreu generalização (Skinner, 1953). O organismo passa a se comportar diante de estímulos da mesma classe da mesma maneira que se comporta diante do estímulo inicial.

Além dos estímulos discriminativos, outro tipo de antecedentes figura como relevante para a compreensão do comportamento. As operações motivadoras, inicialmente descritas por Skinner (1938), posteriormente por Keller e Schoenfeld (1950), Millenson (1967) e, finalmente, expandidas por Michael (1982, 1983, 1993, 2000) enquadram os eventos, operações ou condições de estímulos que modificam momentaneamente a efetividade das consequências e alteram a probabilidade de emissão do comportamento. Assim, enquanto os estímulos discriminativos apontam para a disponibilidade de uma forma de reforçamento, as operações motivadoras estão ligadas à efetividade dos eventos ambientais. São duas as subdivisões: 1) operações estabelecedoras, as quais momentaneamente aumentam a efetividade reforçadora ou diminuem a efetividade punidora da consequência e, assim, tornam as respostas da classe operante mais prováveis e 2) operações abolidoras, as quais momentaneamente diminuem a efetividade reforçadora ou aumentam a efetividade punidora da consequência e, assim, tornam as respostas da classe operante menos prováveis (para mais detalhes sobre operações motivadoras, ver Michael, 1982, 1983, 1993, 2000).

Assim, tanto os estímulos discriminativos quanto as operações motivadoras possuem uma função evocativa de comportamentos, sendo diferenciados entre si pela função estabelecidora do reforço, a qual apenas é observada nas operações motivadoras. Ainda, de acordo com da Cunha e Isidro-Marinho (2005), em situações aplicadas, a distinção entre ambas

fica obscurecida devido à complexidade presente e a especificidades da história de vida do indivíduo que as produziram.

Já no que se refere ao termo consequente, esse se configura como a consequência de determinado comportamento, seja essa um estímulo presente ou então sua retirada ou ausência (Catania, 1999). As consequências afetam o comportamento, alterando sua probabilidade futura de emissão. Enquadram-se nas consequências o reforço, responsável por aumentar a probabilidade do responder e a punição, que a diminui.

De acordo com Catania (1999), os tipos de reforço e punição são:

- reforço positivo: apresentação de estímulos reforçadores
- reforço negativo: remoção ou prevenção de estímulos punitivos
- punição positiva: apresentação de estímulos punitivos
- punição negativa: remoção ou prevenção de estímulos reforçadores

Dos quatro tipos, apenas o reforço positivo não se enquadra no controle aversivo. Como aponta Sidman (1989), a estimulação aversiva faz parte do cotidiano e é impossível eliminá-la completamente, todavia, faz-se relevante compreender os efeitos que esse tipo de controle produz sobre o indivíduo, como subprodutos emocionais de medo, ansiedade. No caso da punição, a mesma não atua por meio do enfraquecimento de uma resposta, mas sim por fortalecer respostas incompatíveis (Skinner, 1953).

Compreende-se, então, que no que se refere ao comportamento dos indivíduos, esse é parte de um repertório de respostas, sendo que cada uma possui uma probabilidade diferente de emissão diante de dado ambiente (Catania, 1999). Entretanto, esse repertório não é estático, já que o comportamento é volúvel e se modifica.

A modelagem é uma das formas de produzir essas mudanças, atando na seleção de comportamentos no repertório do indivíduo por meio de transformações tanto quantitativas quanto qualitativas. Isso ocorre por meio do reforçamento diferencial, em que são reforçadas sucessivamente algumas respostas ao invés de outras quando emitidas. Para produção de mudanças de forma intencional, esse parâmetro pode ser alterado de acordo com os objetivos que se pretende atingir: conforme o responder se altera, também são modificados os critérios para liberação do reforço. Assim, a modelagem atende aos objetivos de instalação e de refinamento de repertório (Leonardi & Borges, 2012). Conforme explicita Catania (1999), o princípio que possibilita esse processo é o da variabilidade comportamental: cada aspecto do comportamento pode variar e, assim, duas respostas nunca são exatamente a mesma, uma vez que se modificam algumas dimensões, como topografia, magnitude, força ou outras. Assim,

devido à variabilidade, aquela que for se aproximando mais da resposta alvo final poderá ser reforçada, o que, por sua vez, aumenta a probabilidade futura de essa resposta ser emitida.

Ainda, segundo Skinner (1935) é devido a uma resposta não se igualar a outra que se fala em termos de classes de respostas e não de respostas individuais. O critério para inclusão de um comportamento em uma classe tem base nas propriedades em comum que os comportamentos dessa classe mantêm entre si, podendo ser um desses critérios baseado nas suas consequências sobre o ambiente (Catania, 1999). Pode-se dizer, então, que o critério relevante não é a forma (topografia), mas a função.

Portanto, no que tange os eventos antecedentes e consequentes, como afirma Catania (1999, p. 148), “devemos reconhecer duas classes de estímulos: uma é a classe correlacionada com uma contingência de reforço; a outra é a classe em cuja presença o responder ocorre. Não estamos interessados em qualquer das classes em si, mas sim na correspondência entre elas”. Ao se estudar o reforçamento diferencial quanto a propriedades da resposta, pode-se arranjar as contingências de acordo com as classes, mas o controle se limita a esse procedimento. Porém, ao contrário, ao se trabalhar com controle de estímulos, seria possível manejar a apresentação de antecedentes de forma a modificar variadas classes de operantes discriminados, já que as respostas dentro de uma classe apenas podem ocorrer diante do estímulo que a controla (Catania, 1999).

De modo sucinto, foram descritos alguns conceitos centrais sobre o comportamento, sendo que grande parte dos dados que os embasam são provenientes da área de pesquisa básica. Com base nos preceitos comportamentais, em meados da década de 50 a prática do analista do comportamento passou a se expandir extensivamente, deixando de ser exclusiva do laboratório e atingindo a área aplicada (Morris, Todd, Midgley, Schneider & Johnson, 1990).

No campo da psicoterapia, a Análise do Comportamento foi-se expandindo e também ramificando. Del Prette e Almeida (2012) elencaram alguns tipos de intervenções realizadas por psicoterapeutas analistas do comportamento, como forma de atuação sobre o comportamento operante. Com relação a intervenções focadas no termo antecedente, as autoras mencionam a modificação de regras e autorregas, as quais são definidas como antecedentes verbais que controlam uma resposta, seja a mesma verbal ou não-verbal. Outra intervenção nesse sentido é a utilização do *time-out*, que consiste na suspensão da liberação do reforço (Catania, 1999), o que pode ocorrer por meio de intervenções na própria sessão; o terapeuta pode deixar de emitir determinado comportamento que seja reforçador para o cliente, como forma de interromper a emissão de comportamento inadequado em que ele esteja se engajando.

E, por último, as autoras destacam o *fading* para mudança do controle de estímulos. Catania (1999) aponta o *fading* como o estabelecimento de controle de estímulos que ocorre por meio da mudança gradual dos critérios designados referentes às propriedades dos estímulos. Assim, esse treino inicia-se com estímulos mais fáceis de discriminar e, progressivamente, modifica-se o critério acerca de qual estímulo deve estar presente para que ocorra a liberação do reforço. O *fading-in* caracteriza-se pela inserção de estímulos e o *fading-out*, pela remoção. Como exemplo na clínica, Del Prette et al. (2012) apontam mudanças nas perguntas realizadas pelo clínico que variam de “O que você fez no trabalho?” para chegar em “Como foi sua semana?”, por exemplo. É discutido que a retirada progressiva de perguntas mais diretivas resulta, em algum ponto, que o próprio terapeuta torne-se estímulo discriminativo para emissão de respostas mais complexas do cliente sem a necessidade de realização de uma pergunta mais específica.

Ainda no âmbito da psicoterapia, quanto a intervenções sobre as respostas, as autoras apontam a modelação, que corresponde à relação que se estabelece entre um modelo e uma resposta que o imita, e o *role-play* ou interpretação de papéis em sessão com o objetivo de ensino de comportamentos. Por último, no que se refere a intervenções para modificação das consequências, destacam a modelagem, o reforçamento diferencial, a extinção (suspensão do reforço diante do responder), a punição e a economia de fichas (liberação de reforço arbitrário ao invés do natural).

Nesse âmbito, a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP – Holman, Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2017; Kohlenberg & Tsai, 1991; Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling & Kanter, 1999; Tsai et al., 2009; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman & Loudon, 2012) surgiu como uma proposta de utilização dos princípios comportamentais para modificar os comportamentos dos clientes dentro da sessão e, então, generalizá-los para seu cotidiano. Tal processo ocorre por meio de estratégias que possibilitem o acesso e a intervenção do terapeuta sobre esses comportamentos na sessão. Postula-se esses comportamentos emitidos pelo cliente, chamados comportamentos clinicamente relevantes (CCRs), fazem parte de uma classe de respostas que engloba diversos outros comportamentos emitidos nos demais ambientes. Dessa forma, sua ocorrência na sessão possibilita que o terapeuta os acesse e, assim, impulse mudanças a partir do próprio contexto terapêutico que possam se expandir para outros âmbitos da vida do cliente e de suas interações extrassessão.

Há três tipos de CCRs aos quais o terapeuta deve estar atento: CCR1 refere-se aos comportamentos problema, relacionados à queixa do cliente; CCR2 diz respeito a

comportamentos de melhora; e CCR3 refere-se a descrições funcionais do cliente a respeito do seu próprio comportamento. De acordo com Kohlenberg e Tsai (1991) e Tsai et al. (2009), cinco regras norteiam a utilização da FAP:

- Regra 1: Terapeuta estar atento aos CCRs: Considerando que é esperado que o cliente comporte-se com o terapeuta da mesma maneira que se comporta diante de outras pessoas em situações funcionalmente semelhantes, o terapeuta deve estar atento para identificar tais CCRs quando emitidos, o que pode ocorrer de forma encoberta ou por meio de perguntas do terapeuta ao cliente para confirmar esse paralelo.

- Regra 2: Terapeuta evoca CCRs: Além da evocação produzida pelo próprio ambiente terapêutico e pela relação do cliente com o terapeuta, o terapeuta utiliza-se de estratégias para aumentar a probabilidade de ocorrência de um CCR, de forma direta.

- Regra 3: Terapeuta responde de forma contingente aos CCRs: Essa regra consiste em responder de forma contingente ao comportamento do cliente, apresentando consequências naturais que objetivem diminuir CCR1s (buscando evitar o controle aversivo) e aumentar a probabilidade de ocorrência de CCR2s e CCR3s.

- Regra 4: Terapeuta observa os efeitos do seu comportamento sobre o comportamento do cliente: Após o responder contingente do terapeuta aos CCRs, é importante estar atento aos efeitos dessa consequenciação sobre o cliente, seja pela observação do que ocorre com seu comportamento, seja por meio de perguntas diretas relativas à intervenção.

- Regra 5: Terapeuta fornece interpretações analítico funcionais e implementa estratégias de generalização: Essa regra envolve o estabelecimento de paralelos entre contingências da sessão e do cotidiano do cliente (o chamado “de dentro para fora”). O terapeuta descreve as contingências relacionadas ao comportamento do cliente em sessão que possuem similaridade funcional com situações extrassessão, objetivando a generalização de progressos obtidos na relação terapêutica.

Weeks, Kanter, Bonow, Landes e Busch (2012), ressaltam que as regras devem ser seguidas sequencialmente e na ordem proposta, compondo uma progressão natural. Em última

análise, o objetivo do processo terapêutico é: 1) enfraquecer os CCR1s, 2) evocar e fortalecer os CCR2s e CCR3s e 3) extrapolar estes ganhos clínicos para além da relação terapêutica por meio da programação de sua expansão para os demais ambientes do cliente. Embora as descrições dessas regras especifiquem de maneira geral as condutas que o terapeuta deve seguir em sessão, o caráter idiográfico da FAP torna difícil a operacionalização do comportamento do terapeuta ao aplicar cada uma dessas regras (Weeks et al., 2012). Como a análise do comportamento do cliente deve ser específica ao caso, com identificação de variáveis de controle de forma individualizada, também a forma pela qual o terapeuta intervém sobre esse repertório é particular, o que dificulta a definição de padrões de conduta globais para o terapeuta FAP. Nesse sentido, com vistas a prover descrições mais detalhadas e facilitar avaliações empíricas do mecanismo de mudança, os autores propuseram a chamada “interação lógica da FAP”.

Um dos seus objetivos foi o de descrever topograficamente de forma mais pormenorizada os passos de uma interação orientada pelas cinco Regras da FAP, norteando terapeutas com relação a comportamentos específicos a serem seguidos quando engajados em cada regra. Adicionalmente, também se visou a promoção de um detalhamento que auxiliasse pesquisadores a explicitar aspectos do funcionamento da interação terapeuta-cliente e de que maneira estes impactam na mudança de comportamentos do cliente. Os autores propõem, ainda, que a interação lógica é composta de 12 passos:

1. Terapeuta fornece paralelo de fora para dentro (Regra 1)
2. Cliente confirma a precisão do paralelo
3. Terapeuta evoca CCR (Regra 2)
4. Cliente se engaja em CCR1
5. Terapeuta responde contingentemente ao CCR1 (Regra 3)
6. Cliente se engaja em CCR2
7. Terapeuta responde contingentemente ao CCR2 (Regra 3)
8. Cliente se engaja em mais CCR2
9. Terapeuta pergunta sobre o efeito de sua resposta sobre o cliente (Regra 4)
10. Cliente se engaja em mais CCR2
11. Terapeuta fornece paralelo de dentro para fora e lição de casa baseados na interação
12. Cliente reporta disposição a tentar a lição de casa fora da sessão

Esse processo sequencial nem sempre ocorre de forma linear, sendo comum que ocorram os chamados “*loops*” de CCR1s ou de CCR2s. No de CCR1s, o cliente emite o comportamento (Passo 4), o terapeuta consequencia (Passo 5) e o cliente o emite novamente (Passo 4), até que o terapeuta consiga favorecer a ocorrência de um CCR2 (Passo 6), o qual será reforçado (Passo 7). Com o CCR2 pode ocorrer o mesmo “*loop*”; contudo, enquanto no de CCR1 o objetivo é diminuir sua frequência (com a ressalva de minimizar o uso de controle aversivo) e evocar um comportamento de melhora, no “*loop*” de CCR2 utiliza-se de reforçamento positivo para que o cliente o reemita e, dessa maneira, possa-se fortalecê-lo (Weeks et al., 2012). Assim, quanto mais tempo o cliente permanecer reemitindo CCR2s, mais reforços o terapeuta proverá e, portanto, maior o favorecimento da mudança comportamental. De acordo com Tsai et al. (2009), a fim de se evitar o controle aversivo, é privilegiado o reforço de CCR2s, contudo, diante da ocorrência de um CCR1, o terapeuta pode optar por colocá-lo em extinção ou selecionar para reforçamento um elemento dentro do mesmo que se assemelhe com o comportamento alvo final (CCR2). Assim, além do reforçamento diferencial, também vão se modificando os critérios para reforçamento: um comportamento de melhora que era aceitável no início da terapia pode não ser mais suficiente após algumas semanas ou meses sendo modelado. Desse modo, o processo progride em direção à aquisição de novas respostas e ao aprimoramento de repertório preexistente.

Sobre a interação terapeuta-cliente, também é importante ressaltar que uma resposta do terapeuta não exerce necessariamente apenas uma função. A interação terapêutica é de natureza complexa e de difícil apreensão e, por isso, as 5 Regras da FAP e a interação lógica proposta por Weeks et al. (2012) representam divisões didáticas que podem englobar mais de um processo comportamental por fala. Usualmente, as interações entre dois indivíduos são compostas por longas cadeias de respostas, cada ação funcionando como reforçador para a resposta prévia e também como estímulo discriminativo para próxima resposta (Frankel, 1975). Assim, na interação terapeuta-cliente, a resposta de um membro da díade pode exercer a função de antecedente ou de consequência para o comportamento do outro membro (Del Prette, 2011). Ao se analisar tal interação fala-a-fala, podem existir trechos longos de um membro da díade com uma única função, longos com diversas funções ou curtos com uma única ou mais de uma função. Portanto, uma determinada fala do terapeuta pode exercer tanto função antecedente quanto reforçadora simultaneamente (Kohlenberg et al., 1999). Nesse caso, a mesma

consequencia os comportamentos do cliente e também funciona como estímulo discriminativo para a emissão de outros comportamentos.

Em suma, é devido à mediação do terapeuta orientado pela interação lógica da FAP que se torna possível a ocorrência de transformações comportamentais significativas, as quais se iniciam dentro do próprio contexto terapêutico (Follette & Bonow, 2009). É teorizado que o mecanismo de mudança clínica da FAP consistiria no responder contingente do terapeuta promovido pela regra 3 (Busch et al., 2009; Kohlenberg & Tsai, 1991; Kohlenberg & Tsai, 2011; Tsai et al., 2009; Valero-Aguayo, Ferro-García, Kohlenberg & Tsai, 2011; Weeks et al., 2012;). Embasando-se nos princípios comportamentais do reforçamento (Skinner, 1938), os autores apontam que prover consequências contíguas aos CCRs representa o componente principal para a mudança clínica. Desse modo, os efeitos do responder contingente do terapeuta seriam maximizados devido ao fato de a consequência estar próxima em tempo e espaço ao comportamento do cliente.

Outro aspecto relevante é que a consequência provida pelo terapeuta FAP deve se basear em reforçamento natural, considerando-se que o reforçamento arbitrário é menos efetivo (Kohlenberg & Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 1999; Skinner, 1982). Por exemplo, se o cliente tem dificuldades para confiar em outras pessoas no cotidiano, mas em determinado momento da sessão compartilha um incidente vergonhoso com o terapeuta, esse comportamento pode ser considerado um CCR2. Um reforço arbitrário seria o terapeuta dizer "obrigado por compartilhar isso comigo" e tal resposta dificilmente ocorreria no ambiente natural do cliente. Mais efetivo, porém, seria o terapeuta responder de forma natural, ou seja, ouvir com atenção e responder de maneira que demonstre cuidado e preocupação pelo que o cliente relatou. Essa resposta do terapeuta consistiria em um reforço natural e contingente ao comportamento do cliente e, portanto, teria grandes chances de ser um reforçador para o CCR2 (Valero-Aguayo et al., 2011).

A discussão acerca dos componentes responsáveis por produzir mudanças sobre o cliente é relevante para a FAP e a para a área clínica de forma mais ampla. Assim, com o objetivo de gerar conhecimento acerca das mudanças constatadas nas mais diversas psicoterapias, as pesquisas de processos buscam investigar os mecanismos que são os responsáveis pela promoção de mudanças clínicas, sendo tais mecanismos compreendidos como os eventos e processos que levam ao progresso terapêutico (Kazdin & Nock, 2003; Kazdin, 2008). Assim, por meio desse tipo de pesquisa, objetiva-se não apenas estabelecer uma relação causal entre determinado tratamento e o progresso do cliente, mas, sobretudo,

identificar de que maneira ocorreu a mudança e quais os mecanismos que agiram sobre a mesma (Kazdin & Nock, 2003).

Uma pesquisa de processo pioneira em FAP foi desenvolvida por Kanter et al. (2006) visando à identificação dos mecanismos ativos dessa linha de tratamento. Em delineamento de caso único com arranjo A/A+B, os clientes foram orientados a acompanhar por meio de registros diários individuais a ocorrência extrassessão de comportamentos alvo durante as fases do estudo. A fase A correspondeu a Terapia Cognitiva para depressão e a fase A+B incluiu, além dessa, as cinco regras da FAP. Um dos clientes obteve progressos significativos em suas relações interpessoais a partir da fase A+B e o outro cliente abandonou o processo terapêutico no início dessa mesma fase. Posteriormente, por meio de análise das sessões desse estudo, Busch et al. (2009) evidenciaram alta frequência de responder contingente por parte do terapeuta na fase em que houve aplicação das regras da FAP em contraposição à fase em que somente se utilizou a Terapia Cognitiva. Diante desses dados, os autores apontaram o responder contingente como mecanismo importante para a produção de mudança na FAP.

Uma replicação foi posteriormente realizada por Landes, Kanter, Weeks e Busch (2013), também sendo a fase A composta de terapia realizada sem a utilização de regras da FAP e a fase A+B composta de terapia com sua utilização. Entretanto, diferentemente do estudo de Kanter et al. (2006), na fase A foram seguidos os princípios da FAP para promoção de uma relação terapeuta-cliente genuína, calorosa e próxima, incluindo, portanto, esse componente característico a fim de se observar efeitos diferenciais. Além disso, participaram clientes já em terapia e, portanto, com intenso vínculo com o terapeuta. Como resultado, três dos quatro clientes que participaram do estudo apresentaram melhora significativa nos comportamentos alvo extrassessão a partir da utilização das regras da FAP, na fase A+B. O quarto cliente demonstrou leve melhora no início dessa fase, abandonando o tratamento em seguida.

Aprofundando-se na importância do responder contingente do terapeuta, Busch, Callaghan, Kanter, Baruch e Weeks (2010) registraram e codificaram momento a momento as sessões terapêuticas de uma cliente com Transtorno de Personalidade Borderline. As sessões foram categorizadas com o instrumento *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS – Callaghan & Follette, 2008) e, posteriormente, foi realizada microanálise por meio da análise sequencial de atraso (*Lag sequential analysis* – Lichtenberg & Heck, 1986) a fim de examinar os efeitos que o responder contingente do terapeuta exerceu sobre o cliente. Os dados sustentaram que diante da modelagem realizada pelo terapeuta, os comportamentos do cliente modificaram-se, ocorrendo diminuição de CCR1s e aumento de CCR2s.

É importante salientar, ainda, que devido à questão da duplicidade de funções em uma determinada fala, o FAPRS propõe hierarquias para categorização. Devido aos objetivos e à natureza do instrumento, uma fala pode se enquadrar apenas em uma categoria, mesmo que existam múltiplas funções presentes. Cada categoria está enquadrada em determinada hierarquia em relação às outras e a consequenciação do terapeuta é hierarquicamente superior às demais, o que pode influenciar os resultados obtidos. Quanto à ocorrência de CCRs, os autores apontaram que esses podem surgir mesmo sem a evocação do terapeuta, indicando que diversos fatores podem influenciar na frequência dos mesmos em cada sessão. Características relevantes incluíram eventos externos ocorrendo no cotidiano do cliente, temas em discussão na sessão terapêutica e situações específicas e pontuais da psicoterapia que evocaram CCRs ausentes em outras situações (por exemplo, a iminência do encerramento do processo, a qual levantou questões acerca da proximidade interpessoal entre terapeuta e cliente).

Conforme apontado por Connolly et al. (1996), a concepção de que os padrões de relacionamento que o cliente apresenta em sua vida cotidiana surgem também em sua relação com o terapeuta é antiga e salientada pelas mais diversas abordagens psicoterapêuticas. Para a FAP, a fundamentação desse fenômeno reside na similaridade funcional entre os ambientes, ou seja, o cliente responderá ao terapeuta da mesma maneira que responde em demais contextos com mesma função (Kohlenberg et al. 1999). Se, por exemplo, o cliente apresenta dificuldades em falar sobre seus sentimentos com pessoas de seu convívio, muito provavelmente esse comportamento também aparecerá diante da figura do terapeuta, sendo esse, então, considerado um CCR1 conforme a conceituação do caso (Busch et al., 2010). O contexto da interação terapeuta-cliente trata-se, portanto, de um ambiente social que possui o potencial para evocação de comportamentos problema do cliente (Kohlenberg et al., 1999).

Na relação terapêutica, o terapeuta e seus próprios comportamentos fazem parte do ambiente do cliente, sendo os comportamentos do cliente operantes que compõe um termo na tríplice contingência. Especificamente na FAP, o terapeuta é orientado a ter papel ativo na promoção de um contexto que evoque comportamentos do cliente em sessão. Esse papel é expresso formalmente pela regra 2, que norteia a condução de estratégias com o objetivo de evocar direta e intencionalmente os CCRs, o que envolve a estruturação do processo para que o mesmo seja evocativo e também a condução de ações específicas para favorecer que o cliente emita CCRs (Weeks et al., 2012)

Uma dessas formas é o terapeuta traçar paralelos entre comportamentos intra e extrassessão, como por exemplo: *“Isso que está ocorrendo agora é o que também ocorre com*

outras pessoas?” e “Você está sentindo algo assim agora na sessão?”. Também é uma forma de evocação solicitar diretamente um CCR2, como por exemplo: *“Então você sente que estou te atacando. O que você poderia me dizer para me ajudar a responder de uma forma que seja mais útil para você?”* e *“O que você não está me dizendo que é difícil, mas importante de se dizer?”* (Baruch et al. 2008; Kohlenberg et al., 1999; Weeks et al., 2012).

No que se refere à evocação, a discussão sobre o seu papel sobre o mecanismo de mudança da FAP e possíveis relações estabelecidas com a consequenciação já foi abordada por alguns autores. Em termos de pesquisas experimentais acerca dessas variáveis, Mayo e Graciano (2014) realizaram delineamento de caso único de reversão, manipulando a regra 3 com o objetivo de identificar as mudanças ocorridas nos CCR3s. Segundo os autores, nas fases B foi utilizada a regra 2 em maior frequência do que a regra 3 e nas fases BC ambas foram utilizadas. Como resultados, observou-se que os CCR1s foram emitidos em maior frequência do que os CCR2s em todas as fases experimentais, ocorrendo em algumas sessões das duas últimas fases a ultrapassagem dos CCR2s com relação aos CCR1s para três dos quatro clientes. Foi evidenciada também tendência progressiva ao aumento de CCR2s e à diminuição de CCR1s com o passar do tempo, entretanto, a mesma ocorreu independentemente das mudanças de fases experimentais.

Em 2015, Lizarazo, Muñoz-Martinez, Santos e Kanter conduziram pesquisa com delineamento experimental de caso único A/A+B com três clientes. Na fase A foi utilizada a FAP de forma assistemática apenas para conceituação de caso associada a análise de contingências externas e na fase A+B foi inserida a FAP completa. Para um dos clientes, foi também adicionada mais uma fase experimental após as duas primeiras, na qual foi retirada a regra 2 e mantidas as demais regras da FAP. Como resultado, observou-se tendência estável de aumento de CCR2 e diminuição de CCR1 a partir da introdução da FAP para dois dos clientes, sendo um deles o que passou pela terceira fase experimental. O terceiro cliente não apresentou mudanças entre as fases. Foi observada alta frequência de regra 2 e regra 3 na fase FAP, sendo que quanto à consequenciação, a mesma prioritariamente ocorreu com relação a CCR2s. Os autores discutem que a mudança observada a partir da introdução da FAP para os dois clientes aponta o responder contingente como fator relevante na produção de mudanças clínicas. Quanto ao cliente para o qual foi incluída uma terceira fase com retirada da evocação, os autores ressaltam a necessidade de replicação, mas discutem que a retirada da evocação com manutenção dos efeitos de progressivo aumento de CCR2 e diminuição de CCR1 apontam que esse componente da FAP não seria relevante para o mecanismo de mudança.

É importante ressaltar que os dois estudos citados e os autores apontados anteriormente buscaram estabelecer relações entre os dados obtidos em seus estudos com a evocação. No caso de Lizarazo et al. (2015), houve a retirada da evocação para um dos clientes e, apesar de não discutido pelos autores, pode ser observado nos dados que houve imediata queda na emissão de CCR2 e também de CCR1, o primeiro mantendo-se em maior frequência do que o segundo. Contudo, pela utilização do instrumento FAPRS sem categorias que isolassem a evocação direta da consequenciação (conforme discutido anteriormente), aspectos relativos à duplicidade de função em falas do terapeuta não foram controlados experimentalmente, não sendo possível garantir, portanto, que os efeitos registrados não tenham sido devidos à ausência de controle experimental. Embora de grande relevância para a área, tais relações nos estudos que discutiram a evocação não são diretas, já que os mesmos não manipularam a regra 2 como variável independente de forma controlada, não sendo possível, portanto, estabelecer uma relação precisa entre as mudanças observadas no cliente e a evocação do terapeuta. Contudo, alguns estudos realizados fornecem indicativos acerca de outros processos envolvidos na mudança comportamental dos clientes na FAP, os quais vão além do responder contingente do terapeuta.

Oshiro, Kanter e Meyer (2012) conduziram delineamento de caso único de reversão com dois clientes, sendo uma fase com inserção e outra com retirada da FAP e posterior replicação das fases. As sessões foram categorizadas com o FAPRS (Callaghan et al., 2008) e os dados apontaram aumento de comportamentos de melhora e diminuição de comportamentos problemas dos clientes quando a FAP era inserida e, ao contrário, aumento de CCR1 e diminuição de CCR2 diante da sua retirada. A relevância dos dados reside na imediata inversão que ocorre entre CCR1 e CCR2 diante das mudanças de fases. Nesse sentido, os dados levantados pelo estudo foram de grande relevância para a área, uma vez que lançaram luz sobre: 1) a influência da FAP para produção de mudanças comportamentais em sessão e 2) que as mudanças observadas não se mantinham de forma tão expressiva quando a FAP não estava presente. Essa última informação indicava a existência de um processo além da modelagem atuando na produção de comportamentos de melhora em sessão. De acordo com Sidman (1960), ao se falar em um processo de instalação de comportamentos, o mesmo ocorre de forma gradual, gerando a chamada curva de aquisição. O autor afirma ainda que uma mudança abrupta indica necessariamente o envolvimento de outras variáveis no processo.

Nesse mesmo sentido, Geremias (2014) também realizou delineamento de caso único de reversão com uma cliente e, apesar de o estudo ter se encerrado antes da conclusão das fases experimentais, também pode ser constatado o mesmo efeito da inserção e retirada da FAP sobre

os comportamentos clinicamente relevantes da cliente. Mangabeira (2015) adicionou uma condição no delineamento: alternou fases de análises de contingências externas, FAP com sinalização de intervenções e FAP sem sinalização de intervenções. Apesar de não se registrarem diferenças entre as duas fases em que a FAP foi utilizada, ainda assim também foi observado o efeito de aumento de CCR2 e diminuição de CCR1 nas fases em que essa foi inserida em comparação com as fases sem utilização da FAP, também replicando os dados de Oshiro et al. (2012).

Com o mesmo tipo de delineamento experimental, Villas-Bôas, Meyer e Kanter (2016) buscou identificar o impacto da regra 5 sobre os comportamentos dos clientes. As condições de FAP completa foram alternadas com a FAP sem a utilização da regra 5 e, apesar de não terem sido registradas diferenças significativas entre as fases FAP com e sem regra 5, foram constatadas as mesmas mudanças comportamentais nas clientes quando essa psicoterapia foi inserida.

No caso de pesquisas com FAP com diferentes delineamentos e populações, Aranha (2017) conduziu delineamento A/A+B com indivíduos diagnosticados com Transtorno por Uso de Substâncias e Lima (2017) conduziu delineamento de linha de base múltipla com mulheres diagnosticadas com Transtorno do Estresse Pós-Traumático que sofreram abuso sexual. Em ambos os estudos, os comportamentos de melhora aumentaram e os comportamentos problema decaíram nas fases em que a FAP foi inserida.

1.1. Justificativa e Objetivos

Embora as abordagens teóricas acerca dos diversos processos psicoterapêuticos sejam importantes para embasar a prática, as pesquisas trazem contribuição empírica essencial para a identificação de quais mecanismos em cada tratamento são agentes ativos de mudança clínica e quais têm menor impacto no processo. Conforme apontado por Kazdin (2002, 2008), pesquisas sobre mecanismos de mudança psicoterapêutica são de grande relevância, pois a identificação dos fatores que são de fato cruciais para o tratamento possibilita maior enfoque nos mesmos e, assim, a maximização das mudanças clínicas. Dessa maneira, enquanto os componentes que geram grande impacto nas transformações psicoterapêuticas podem ser refinados e enfatizados, aqueles que estão pouco relacionados às mesmas podem permanecer em segundo plano ou, inclusive, deixar de ser incluídos no processo.

Portanto, esse conhecimento sobre o papel que exerce cada componente, embasado empiricamente nas pesquisas de processos, possibilita o aprimoramento da prática clínica e a

otimização dos resultados a serem obtidos com os clientes em psicoterapia. Também a disseminação dos resultados de estudos dessa natureza pode contribuir para a formação de psicólogos clínicos e para a própria prática clínica enquanto área de atuação.

No que se refere à FAP, quanto ao responder contingente do terapeuta, embora seja enfatizado por diversos autores como central para o mecanismo de mudança dessa psicoterapia, os dados de Oshiro et al. (2012), Geremias (2014), Mangabeira (2015), Villas-Bôas et al. (2016), Aranha (2017) e Lima (2017) sustentam que a inserção da FAP produz uma imediata mudança nos comportamentos dos clientes. Tal mudança abrupta não pode ser explicada unicamente pelo processo de modelagem do terapeuta em sessão como preconizado por diversos autores da FAP por distinguirem das curvas de aquisição observadas como resultantes desse processo. Com base no conhecimento acumulado em Análise do Comportamento acerca dos efeitos evocativos dos estímulos antecedentes sobre o comportamento operante, a maior ocorrência de comportamentos de melhora quando a FAP é inserida parece ser sustentada por intervenções de caráter evocativo programadas pelo terapeuta. Isso aponta para a evocação direta como elemento central no mecanismo de mudança da FAP.

Portanto, o objetivo geral do presente estudo foi identificar quais os efeitos da evocação direta pelo terapeuta na FAP (variável independente) sobre os comportamentos clinicamente relevantes do cliente (variável dependente). A manipulação e isolamento experimental da regra 2 teve por objetivo possibilitar a análise do papel desempenhado pela mesma na interação lógica da FAP e de suas influências nas mudanças e progressos dos clientes, o que será mensurado nos comportamentos em sessão e na melhora do funcionamento global dos clientes.

2. MÉTODO

Nessa seção, serão detalhados os aspectos envolvidos no Método para realização do presente estudo. Primeiramente, serão descritos os participantes, ambiente e equipamentos e instrumentos utilizados. Em seguida, serão detalhados os pormenores referentes a procedimentos, análise de dados e aspectos éticos envolvidos para a condução da pesquisa.

2.1. Participantes

Os participantes foram a terapeuta-pesquisadora e dois clientes. A terapeuta tinha experiência como terapeuta analítico-comportamental e com a FAP, recebendo, ainda, supervisão em grupo para realização dos atendimentos com a Psicoterapia Analítica Funcional. Os clientes foram dois adultos que buscaram atendimento na clínica-escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Foram avaliadas as triagens e selecionados os clientes que atendessem aos seguintes critérios: a) problemas de relacionamento interpessoal em pelo menos uma área da vida (profissional, acadêmica ou pessoal), a fim de que fosse adequado o uso da FAP; b) apresentar comportamentos problema passíveis de evocação pela similaridade funcional com o ambiente terapêutico; c) inexistência de sintomas psiquiátricos que comprometessem a interação terapeuta-cliente (por exemplo, sintomas psicóticos).

2.2. Ambiente e equipamentos

As sessões terapêuticas foram semanais e com duração média de 50 minutos para cada cliente. Elas ocorreram em uma das salas do Laboratório de Terapia Comportamental (LTC-USP) e foi utilizado um gravador de voz para registro das sessões.

2.3. Instrumentos

Os instrumentos foram selecionados com os objetivos de mensurar as variáveis comportamentais de terapeuta e cliente presentes em sessão, bem como de coletar informações sobre comportamentos e funcionamento global dos clientes. A seguir, serão detalhados os instrumentos utilizados.

2.3.1. Functional Idiographic Assessment Template – FIAT-Q (Callaghan, 2006)

O instrumento foi desenvolvido para uso em conjunto com a Psicoterapia Analítica Funcional e objetiva a análise do caso do cliente quanto a cinco classes de comportamentos, relativas a relacionamentos interpessoais: a) Aserção de Necessidades, b) Comunicação Bidirecional, c) Conflitos, d) Revelação e Proximidade Interpessoal, e) Experiência e Expressão

Emocional. A identificação das áreas em que o cliente mais apresenta problemas interpessoais possibilita que a intervenção seja singular e apropriada às demandas do caso.

Existem diversas seções dentro do instrumento, as quais podem ser utilizadas de forma isolada de acordo com os objetivos de sua aplicação. A seção do instrumento utilizada (FIAT-Q) trata-se de um questionário a ser respondido pelo próprio cliente, composto de 117 afirmativas que devem ser assinaladas de acordo com uma escala *likert* com seis nuances, de discordo totalmente a concordo totalmente. As afirmativas estão distribuídas nas classes de comportamentos descritas acima e, após a aplicação, pode ser realizada análise qualitativa e também quantitativa: foi considerado que quanto maior a pontuação, mais dificuldades o cliente apresenta. As pontuações totais variam de acordo com a classe, sendo:

Asserção de necessidades: -63 a 63

Comunicação Bidirecional: -75 a +75

Conflitos: -69 a +69

Revelação e Proximidade Interpessoal: -72 a +72

Experiência e Expressão Emocional: -72 a +72

Total: -351 a +351

Por se tratar de instrumento cuja tradução¹ para o português ainda estava em andamento na época da coleta de dados do presente estudo, o critério para sua aplicação foi de que o cliente fosse fluente no idioma inglês. O instrumento foi aplicado antes do início da coleta de dados e após o seu término.

2.3.2. Outcome Questionnaire – OQ-45.2 (Lambert et al., 1996)

O instrumento é um questionário para avaliação global que é respondido pelo cliente ao longo do processo terapêutico. Sua utilização em pesquisas de processos tem-se mostrado viável por ser um instrumento de fácil aplicação, manuseio e pontuação, além de apresentar indicativos para alguns diagnósticos, possuir baixo custo para aquisição e ser sensível a mudanças dentro de um curto período de tempo (Lambert et al., 1996). É composto de 45 afirmativas a serem respondidas dentro de uma escala *likert* de cinco pontos, que variam entre Nunca (zero ponto), Raramente (Um ponto), Às vezes (dois pontos), Frequentemente (três pontos) e Quase sempre (quatro pontos). A pontuação total obtida pode variar de 0 a 180 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, mais dificuldades apresenta o cliente.

¹ Callaghan, G. M. (2016) The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. The Behavior Analyst Today, 7, no. 3, p. 357-398. Tradução de Oshiro, C. K. B., Assaz, D. A., Aranha, A. S., Vartanian, J. F., Silva, E. F., Lima, G. O.

O instrumento fornece uma pontuação total e três sub-pontuações, referentes aos domínios: Desconforto Subjetivo, Relacionamento Interpessoal e Papel Social. Os autores sugerem três formas de interpretação dos resultados: 1) utilização da pontuação bruta, 2) mudança relevante ocorrida na comparação entre dois pontos de aplicação do questionário e 3) pontuação de corte. Essa última forma representa o atingimento de uma pontuação em que pode ser considerado que o cliente apresenta prejuízos significativos de ordem clínica.

É importante considerar que, por possuírem quantidades diferentes de afirmativas, cada domínio também resulta em amplitude de pontuações brutas diferentes. Da mesma forma, os critérios para considerar que a mudança em determinado domínio foi ou não representativa de relevância clínica, bem como a pontuação de corte também são alteradas de um domínio para outro. A Tabela 1 representa esses valores.

Tabela 1 – Modelo de pontuações no OQ-45.2 proposto por Lambert et al. (1996) para cálculo da pontuação bruta, mudança clínica relevante e pontuação de corte nos domínios Desconforto Subjetivo, Relacionamento Interpessoal e Papel Social

	Máximo de Pontuação Bruta possível	Mudança Clínica Relevante	Pontuação de Corte	Percentual da Pontuação de Corte
Desconforto Subjetivo	100	10 pontos	36 pontos	36%
Relacionamentos Interpessoais	44	8 pontos	15 pontos	34%
Papel Social	36	7 pontos	12 pontos	33%
TOTAL	180	14 pontos	63 pontos	35%

A tradução em português do questionário realizada por Carvalho e Rocha (2009) possibilitou sua aplicação na presente pesquisa, sendo que o mesmo foi respondido semanalmente pelos clientes antes do início da sessão de psicoterapia, objetivando mensurar seu progresso terapêutico. Também foi aplicado o instrumento antes da sessão de follow-up.

Para análise dos dados obtidos, foi considerada a proposta dos autores de utilização da pontuação de corte. A relevância em sua utilização consiste em mensurar os prejuízos que o cliente apresenta que são de ordem clínica significativa. Enquanto a pontuação bruta pode dar um panorama global da evolução do cliente, as pontuações oscilam de semana para semana e há maior dificuldade em relacionar de forma objetiva essas mudanças com as variáveis dependentes de uma pesquisa experimental. Por se tratar de instrumento que é respondido antes da sessão, nem sempre o que o clínico capta na sessão de forma presente evidencia o que o cliente ficou sob controle para responder no questionário. Muitas vezes, o caminho da sessão terapêutica é modificado, podendo ser que o cliente ficasse sob controle de certos eventos ao responder o questionário que vão se tornando menos relevantes com o passar do tempo de

sessão ou que simplesmente não são capturados nas medidas de variáveis dependentes, já que nem sempre são os mesmos temas que serão discutidos em sessão ou nem sempre esses temas envolvem necessariamente a emissão de uma classe de respostas problema ou de melhora.

Nesse sentido, foi uma opção desse estudo mensurar as mudanças de relevância para o clínico em atendimento e foi seguido o proposto pelos autores (Lambert et al., 1996) de utilização da pontuação de corte. A mesma consiste em mensurar os prejuízos que o cliente apresenta que são de ordem clínica significativa. Como no caso da pontuação bruta, a mesma oscila de domínio para domínio devido à quantidade de afirmativas pertinentes a cada um, foi calculada a porcentagem da pontuação total obtida em cada domínio de acordo com a fórmula:

$$\frac{\text{Pontuação Bruta obtida}}{\text{Máximo de Pontuação Bruta Possível}} \times 100$$

Como não é proposta pelos autores uma abordagem objetiva para análise dos dados do instrumento, foi desenvolvida pela pesquisadora uma forma de cálculo baseada na pontuação de corte proposta pelos autores. Considerando-se que a pontuação de corte tem por objetivo indicar a partir de que estágio deve-se considerar o quadro do cliente como de relevância clínica, foi considerado como forma de análise a quantidade de pontos percentuais que o cliente registrou, acima ou abaixo da pontuação de corte. Para tanto, a princípio, foi calculada a porcentagem que a pontuação de corte de cada domínio e do total representa no todo das pontuações possíveis dessa categoria (Tabela 1). Em seguida, após o cálculo da porcentagem de pontuação total obtida pelo cliente, foi subtraída do mesmo a porcentagem da pontuação de corte.

Como pontuado por Kadzin (2008), o uso de medidas sistematicamente tem relevância tanto para a complementação da avaliação do clínico sobre o cliente como para o monitoramento de efeitos do tratamento e, inclusive, para tomada de decisões acerca de alterações ou mesmo descontinuidade das intervenções. Assim, apesar de não estabelecer relação com a pergunta de pesquisa em questão, a utilização desse instrumento foi adotada com o objetivo de levantar mais dados sobre o andamento do processo terapêutico realizado, abarcando uma demanda da área de pesquisas em psicologia clínica como um todo, da qual faz parte o presente estudo.

2.3.3. Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS (Callaghan et al. 2008) adaptado

Desenvolvido para utilização em sessões conduzidas com base na FAP, o instrumento objetiva caracterizar funcionalmente os comportamentos de terapeuta e cliente. Diante da transcrição das sessões, o FAPRS sistematiza falas de terapeuta e de cliente dentro de categorias, possibilitando o registro de ocorrências das mesmas e gerando registro sequencial das respostas de cada membro da díade. Tal sistematização possibilita, assim, identificar os efeitos do comportamento de um indivíduo sobre o outro. As categorias para sistematização são flexíveis, podendo ser incluídas ou suprimidas a depender do objetivo de cada estudo, conforme realizado por Oshiro (2011), Geremias (2014), Mangabeira (2015) e Villas-Bôas (2015).

Conforme observado anteriormente, é importante retomar que é proposta no próprio instrumento uma hierarquia para categorização de episódios, priorizando, assim, determinadas categorias quando ocorrem em conjunto com outras. Isso ocorre em falas em que o terapeuta conseqüencia e também evoca CCR, sendo que, nesses casos, a fala do terapeuta deve ser categorizada como conseqüenciação. Contudo, tendo em vista os objetivos do presente estudo, a fim de que a evocação que também ocorreu não ficasse suprimida devido à hierarquia do instrumento, foi inserida uma nova categoria que contemplasse episódios em que ocorresse conseqüenciação em conjunto com evocação (conforme Tabela 2). Essa nova categoria corresponde à evocação que ocorre se em até três falas anteriores houver algum tipo de CCR.

Tabela 2 – Categorias do FAPRS para categorização dos comportamentos do terapeuta (Callaghan et al., 2008), adaptadas

Categorias	Descrição
Regra 1	Observar CCR
Regra 2	Evocar CCR
TCCR1	Consequenciar CCR1
TCCR1-Regra 2	Consequenciar CCR1 e Evocar
TCCR2	Consequenciar CCR2
TCCR2-Regra 2	Consequenciar CCR2 e Evocar
FCCR	Falha em consequenciar
Regra 4	Avaliar efeitos sobre o cliente
Regra 5	Discutir uma descrição do cliente sobre seu próprio comportamento, visando generalização
TO1	Discutir ou descrever comportamento problema que ocorre fora da sessão
TO2	Discutir ou descrever comportamento de melhora que ocorre fora da sessão
TTR	Falar com foco na relação terapêutica
TPR	Emitir comportamentos efetivos ou facilitadores sem foco em CCRs ou Os

Tabela 3 – Categorias do FAPRS para categorização dos comportamentos do cliente (Callaghan et al., 2008), adaptadas

Categorias	Descrição
CCR1	Emitir comportamento problema
CCR2	Emitir comportamento de melhora
CCR3	Descrever variáveis que controlam seu comportamento
O1	Discutir ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão
O2	Discutir ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão
O3	Descrever relações funcionais relacionadas ao comportamento que ocorre fora da sessão
CRT	Falar com foco na relação terapêutica
CPR	Discutir ou descreve problemas que ocorrem em situações que não a relação terapêutica, ou clarifica ou dá contexto sobre os problemas

As categorias do FAPRS que foram foco desse estudo encontram-se nas Tabelas 2 e 3. Para padronização, também foram utilizadas como referência as categorias propostas por Villas-Bôas (2015). Particularmente com relação às categorias do terapeuta, observa-se que as mesmas são divididas de acordo com o escopo das cinco regras da FAP desenvolvido por Kohlenberg e Tsai (1991). Partindo-se da premissa de que a função dos comportamentos do terapeuta é relevante para a compreensão dos seus efeitos sobre o cliente, a proposta do presente estudo foi a de que a terapeuta conduzisse a sessão atento à função de seu comportamento sem se ater à nomenclatura das regras 1 a 5. Nesse sentido, as categorias do terapeuta contidas no instrumento FAPRS foram nomeadas em termos de sua função dentro da sessão FAP, conforme Tabela 4, e essa nomenclatura será também utilizada para discussão dos resultados². É importante ressaltar que a única alteração realizada foi a da nomenclatura das categorias do instrumento, sendo que as descrições e respectivas regras de categorização foram mantidas.

Tabela 4 – Categorias utilizadas para categorização dos comportamentos do terapeuta de acordo com sua função, comparativamente à adaptação das categorias do instrumento FAPRS (Callaghan et al., 2008)

Categorias FAPRS	Função do comportamento	Categorias utilizadas
Regra 1	Observar CCR	OBS
Regra 2	Evocar CCR	EVLIV
TCCR1	Consequenciar CCR1	CON1
TCCR1-Regra 2	Consequenciar CCR1 e Evocar	CON1+EVO
TCCR2	Consequenciar CCR2	CON2
TCCR2-Regra 2	Consequenciar CCR2 e Evocar	CON2+EVO

² A fim de diferenciar comportamentos do terapeuta que estão relacionados especificamente a intervenções FAP daqueles relativos aos demais tipos de intervenções, deste ponto em diante, os mesmos serão chamados comportamentos FAP. Compreende-se que estes englobam observar CCRs, evocar CCRs, consequenciar CCRs, avaliar efeitos sobre o cliente e promover estratégias de generalização.

Categorias FAPRS	Função do comportamento	Categorias utilizadas
FCCR	Falha em consequenciar	FCCR
Regra 4	Avaliar efeitos sobre o cliente	AVA
Regra 5	Discutir uma descrição do cliente sobre seu próprio comportamento, visando generalização	GEN
TO1	Discutir ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão	TO1
TO2	Discutir ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão	TO2
TTR	Falar com foco na relação terapêutica	TTR
TPR	Emitir comportamentos efetivos ou facilitadores sem foco em CCRs ou Os	TPR

2.4. Procedimento

2.4.1. Unidade de medida

Ao se abordar o comportamento, vários são os possíveis recortes para análise. Como Danna e Matos (1999) discutiram, é possível delimitar unidades mais específicas ou mais amplas dentro de um mesmo cenário, sendo necessário o estabelecimento de um recorte que atenda aos objetivos pretendidos. No presente estudo, a unidade de medida considerada foi uma fala, sendo a mesma baseada na definição de Kanter et al. (2006): verbalizações emitidas pelo falante, as quais estão delimitadas tanto pela fala anterior quanto pela fala subsequente do outro falante.

2.4.2. Operacionalização da evocação e consequenciação

Conforme abordado anteriormente, devido ao caráter idiográfico da FAP não é proposta por essa psicoterapia uma descrição minuciosa e operacionalizada dos comportamentos do terapeuta. O intuito é que as intervenções sejam realizadas observando-se a função dos seus comportamentos, bem como o impacto dos mesmos sobre o cliente. Compreende-se que a função evocativa pode existir de forma livre da intencionalidade do terapeuta, uma vez que o ambiente terapêutico pode ser evocativo de respostas do cliente. Entretanto, de acordo com o objetivo do presente estudo, qual seja, o de identificar os efeitos da evocação direta, foi restringido o tipo de evocação àquela descrita na regra 2 da FAP e, assim, buscou-se operacionalizar tal comportamento.

Considera-se que a evocação do terapeuta tem por objetivo trazer para a sessão comportamentos que possuam similaridade funcional com comportamentos do cotidiano do cliente. Diante desse objetivo terapêutico, delimitou-se como foco de interesse e investigação

toda evocação do terapeuta que ocorre de forma direta que, como forma de intervenção, permite que o terapeuta acesse comportamentos pertinentes à classe funcional de interesse clínico. Para operacionalização desse comportamento do terapeuta, foi tomada como base a definição do FAPRS para a categoria da regra 2: terapeuta traz o foco da sessão para a relação terapêutica ou muda o foco da discussão de uma classe de respostas para outra (Callaghan et al., 2008). Assim, foram consideradas como evocações diretas os pedidos e solicitações de CCRs realizados pela terapeuta, independentemente do comportamento do cliente que se segue.

No caso da consequenciação, manteve-se a definição da FAP dessa como o responder contingente do terapeuta a determinado CCR, de acordo com sua função. A distinção foi a consequenciação evocativa de comportamentos, que englobou falas que se caracterizavam por conter tanto a consequenciação quanto a evocação.

2.4.3. Definição dos comportamentos alvo dos clientes

Para a presente pesquisa, foram selecionados comportamentos dos clientes que fossem simples e de clara identificação. Assim, as conceituações dos casos foram construídas tendo em vista critérios objetivos que possibilitassem a concordância entre observadores, conforme explicitado por Sturmey (1996). Após a realização da análise funcional (Matos, 1999), a conceituação de caso foi construída incluindo-se a especificação dos CCRs.

Segundo Danna et al. (1999), no que se refere a definição de comportamentos, essa pode dar maior ênfase a aspectos funcionais, a aspectos morfológicos ou a ambos. Partindo-se dessa premissa, pelo fato de as aferidoras de concordância terem categorizado as sessões de forma independente à terapeuta-pesquisadora, possuindo acesso apenas às transcrições das sessões e à conceituação de caso, para definição dos comportamentos-alvo foram utilizados tanto critérios funcionais (classes de respostas) como morfológicos (topográficos). O objetivo foi o de facilitar sua identificação ao ocorrer em sessão. Além disso, as conceituações foram especificadas funcionalmente de acordo com o que era esperado do cliente em determinado momento da terapia, já que a classificação dos CCRs se modifica ao longo do processo de modelagem.

Conforme citado, o *Functional Idiographic Assessment Template* foi aplicado nas primeiras sessões de atendimento para coleta de informações para as conceituações dos casos, fornecendo dados complementares à análise funcional realizada pela terapeuta.

2.4.4. Coleta de dados

O delineamento foi experimental de caso único de reversão, em que a fase correspondente à linha de base é alternada com a fase correspondente à condição experimental (Hersen, 1985; Kazdin, 2002; Sidman, 1960). Por meio deste delineamento, busca-se demonstrar os efeitos da introdução e retirada de uma variável independente sobre a variável dependente em cada fase. A análise é realizada intrassujeito, sendo o próprio cliente a base de comparação para seu comportamento em momentos e condições experimentais distintas e, por isso, este delineamento aumenta a validade interna dos dados (Sidman, 1960).

No âmbito da prática baseada em evidências, Kratochwill et al. (2013) propuseram critérios para investigação da validade interna de estudos que pesquisam efeitos de intervenções em psicoterapia. Seguindo a proposta dos autores, cada fase foi composta de cinco sessões de atendimento e, para mudança de fase, também foi utilizado o critério de estabilidade do comportamento, em que deveria haver pouca variação no padrão do comportamento ao longo do tempo (Kazdin, 2002; Kratochwill et al., 2013; Sidman, 1960).

Antes do início da coleta de dados, foram conduzidas sessões com os clientes sem uso sistemático das regras da FAP, apenas com o objetivo de estabelecimento de vínculo com a terapeuta e também de coleta das informações necessárias para a formulação das conceituações dos casos. Já na fase de coleta, o delineamento experimental do presente estudo foi A – B1 – BC1 – B2 – BC2 para a cliente Silvia e A – BC1 – B1 – BC2 – B2 para o cliente André, respeitando o mínimo de três condições experimentais proposto por Kratochwill et al. (2013). As características de cada fase são descritas abaixo:

Fase A: correspondente à linha de base, que consistiu na realização de análise de contingências externas, sem uso sistemático das regras da FAP.

Fases B1 e B2: utilização da FAP sem evocação direta, compreendendo-se como evocação direta os comportamentos descritos na Tabela 5.

Fases BC1 e BC2: utilização das cinco regras da FAP.

No que se refere às fases B, compreende-se que, de forma estrita, não é possível utilizar a nomenclatura FAP para o tipo de psicoterapia conduzida nessa fase, já que a FAP sem um de seus componentes não pode ser considerada como o mesmo tipo de psicoterapia. Entretanto, optou-se pela utilização da mesma nomenclatura como forma de destacar que as demais

intervenções foram mantidas e seguidas pela terapeuta. Os procedimentos seguidos nessas fases serão melhor descritos adiante.

Conforme citado, para cada cliente a ordem das fases experimentais foi invertida. Para a cliente Silvia, a primeira fase após a linha de base foi B, sem a evocação direta, e para o cliente André foi a fase BC, com evocação direta. O objetivo dessa inversão foi o de controlar possíveis efeitos que a ordem da introdução da variável independente produziria sobre os comportamentos dos clientes.

Figura 1 – Delineamento experimental de caso único de reversão utilizado com os clientes Silvia e André

Após o encerramento dessas fases, foi proposta aos clientes a opção de prosseguir ou não com os atendimentos, seja com a própria terapeuta ou com outro. Independentemente da continuidade ou não da terapia, três meses após o término dessa etapa da coleta de dados, foi realizada uma sessão de follow-up para verificar a manutenção dos comportamentos observados ao longo do estudo.

2.4.5. Condução das sessões

Considerando-se que o responder contingente do terapeuta é avaliado como central no mecanismo de mudança da FAP e que, muitas vezes, a evocação direta ocorre na mesma fala que a consequenciação, no presente estudo foram utilizados procedimentos para isolar seus efeitos dos da evocação da terapeuta.

Para tanto, na realização da regra 3 em todas as fases, a terapeuta forneceu apenas uma consequência aos comportamentos dos clientes e que visasse à diminuição de CCR1 ou o aumento de CCR2 e CCR3, conforme as conceituações dos casos. Considerando-se o proposto pela FAP, o responder da terapeuta baseou-se no reforçamento natural (Skinner, 1982), ou seja, forneceu consequências que fossem passíveis de ocorrência no ambiente cotidiano dos clientes, buscando facilitar, assim, o processo de generalização dos ganhos clínicos. Adicionalmente,

pelo fato de o presente estudo objetivar o isolamento da evocação direta do terapeuta FAP (variável independente) de outros comportamentos que emitisse, controlou-se essa variável também na condução da sessão. Assim, a terapeuta apenas solicitou emissão de CCR aos clientes nas fases em que a evocação foi planejada, quais sejam, as fases BC1 e BC2. Além da evocação direta pela regra 2 (EVLIV – Evocação livre) que foi categorizada como tal, a função evocativa também pode ser observada em falas em que a terapeuta consequenciou determinado CCR e, portanto, a consequenciação com função evocativa (CON+EVO) também foi realizada em sessão apenas nas fases BC1 e BC2. A Tabela 5 sintetiza as descrições dos comportamentos da terapeuta com relação à evocação e consequenciação e suas utilizações ao longo das fases desse estudo.

Tabela 5 – Descrição dos comportamentos de Evocação e Consequenciação da terapeuta, utilizados para condução das sessões ao longo das fases do estudo e para categorização com o instrumento FAPRS (Callaghan et al., 2008)

Categorias utilizadas	Função do comportamento	Fases utilizadas	Descrição do comportamento
EVLIV	Evocar CCR	BC1 e BC2	Terapeuta evoca o comportamento do cliente, solicitando CCR de forma direta. Não ocorre durante a consequenciação de um CCR, a menos que o terapeuta claramente mude o foco para uma outra classe de respostas.
CON1	Consequenciar CCR1	Todas as fases	Terapeuta provê consequência ao CCR1 do cliente, descrevendo o CCR, descrevendo o impacto que esse CCR exerce sobre o terapeuta, provendo consequência natural ao mesmo ou reforçando uma instância do CCR1 que se assemelhe ao CCR2 alvo.
CON1+EVO	Consequenciar CCR1 e Evocar	BC1 e BC2	Terapeuta evoca comportamento do cliente, solicitando CCR1 de forma direta durante a consequenciação do CCR1 (até três turnos após a emissão de um CCR1).
CON2	Consequenciar CCR2	Todas as fases	Terapeuta provê consequência ao CCR2 do cliente, descrevendo o CCR, descrevendo o impacto que esse CCR exerce sobre o terapeuta ou provendo consequência natural ao mesmo.
CON2+EVO	Consequenciar CCR2 e Evocar	BC1 e BC2	Terapeuta evoca comportamento do cliente, solicitando CCR2 de forma direta durante a consequenciação do CCR2 (até três turnos após a emissão de um CCR2).

2.4.6. Transcrições

Todas as sessões foram transcritas por quatro alunos de graduação em Psicologia, que tiveram acesso ao áudio das mesmas e assinaram o Termo de Compromisso e Responsabilidade (Apêndice B).

2.4.7. Aferição de concordância

A utilização do aferidor com cálculo de concordância das categorias avaliadas tem por objetivo maximizar a validade interna dos dados (Kratochwill et al., 2013). Os aferidores foram uma terapeuta com experiência em FAP e atuante na área clínica há seis anos e uma estudante do quarto ano de graduação em Psicologia. A primeira foi responsável pela categorização das sessões do André e a segunda, da Silvia. Conforme proposto por Hartmann, Barrios e Wood (2004) quando se trata da utilização de dois categorizadores, para aferição de concordância foram utilizados a concordância percentual e o índice Cohen Kappa (Siegel & Castellan, 1988). Foram considerados índices aceitáveis de 80 a 90% de concordância percentual e 60% do índice Cohen Kappa.

A concordância percentual é calculada por meio da divisão entre o total de concordâncias e o total de categorias existentes, conforme abaixo:

$$\frac{\text{Total de Concordâncias}}{\text{Total de Concordâncias e Discordâncias}} \times 100$$

Por sua vez, o índice Cohen Kappa é calculado por meio da fórmula:

$$\frac{P(A) - P(E)}{1 - P(E)}$$

Na fórmula, P(A) refere-se à concordância registrada entre os categorizadores e P(E) refere-se à concordância esperada. Nesse sentido, P(E) indica a probabilidade de que os categorizadores concordem ao acaso. O resultado enquadra-se em um intervalo de -1 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior a concordância.

Seguindo a proposta de Kratochwill et al. (2013), as aferidoras de concordância categorizaram 20% das sessões em cada fase do estudo, o que correspondeu a uma sessão por fase. Para cada aferidor foi designado um dos clientes participantes e as sessões para aferição

foram sorteadas. Estes foram treinados para utilização do instrumento e participaram com a terapeuta-pesquisadora de discussões sobre o caso em questão. Como treino, foram categorizadas em conjunto com a terapeuta trechos de sessões dos mesmos clientes, sendo que essas não faziam parte das sessões sorteadas para aferição de concordância a fim de não enviesar os dados.

2.5. Análise dos dados

As sessões gravadas e transcritas foram categorizadas com base no FAPRS (Callaghan et al., 2008) pela terapeuta-pesquisadora e pelos aferidores de concordância. Cada fase foi composta de, no mínimo, cinco sessões de atendimento psicoterapêutico, sendo categorizadas pela terapeuta-pesquisadora cinco de cada uma das fases. Dessa maneira, foram atendidos os critérios propostos por Kratochwill et al. (2013) com relação à existência de ao menos cinco pontos de coleta de dados em cada etapa experimental. Com relação às variáveis dependentes, foram mensuradas as frequências de CCR1, CCR2 e CCR3.

Considerando-se a hipótese de que as mudanças observadas em estudos anteriores realizados com a FAP tenham relação com um efeito evocativo que as intervenções dos terapeutas possuam sobre os comportamentos dos clientes, esperava-se que os dados apontassem na direção dos observados nesses estudos. Assim, nas fases B1 e B2, esperava-se que a não utilização de evocação direta de comportamentos pela terapeuta propiciasse menor emissão de CCRs do que nas fases BC. Já nas fases BC, esperava-se que os CCRs ocorressem mais, já que a evocação direta da terapeuta propiciaria mais oportunidades para emissão de comportamentos dos clientes. Além do aumento de CCRs totais, também se esperava que houvesse aumento de CCR2 e CCR3 e a diminuição de CCR1 de forma expressiva nessas fases.

2.6. Aspectos éticos

O estudo foi conduzido com os devidos cuidados éticos, nos termos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP), sob o número de processo 44794815.5.0000.5561.

Os clientes selecionados foram devidamente informados a respeito da pesquisa a ser conduzida e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), autorizando a utilização e divulgação dos dados, os quais foram modificados a fim de impedir

a identificação dos clientes. Foram também informados de sua condição como voluntários, sendo resguardado seu direito de se retirarem do estudo a qualquer momento.

A terapeuta-pesquisadora, o aferidor de concordância e os transcritores assinaram o Termo de Compromisso e Responsabilidade (Apêndice B), por meio do qual se comprometeram a manter o sigilo dos dados. Quaisquer informações que possam identificar os clientes participantes em divulgações realizadas sobre o estudo serão modificadas ou omitidas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No total, foram analisadas 8746 falas da terapeuta e 8740 dos clientes, totalizando 17486 unidades de análise, distribuídas em 52 sessões, sendo metade com cada cliente. A Tabela 5 aponta a quantidade de falas por fase e é possível observar que a Silvia apresentou desde o início um número muito maior do que o André. De acordo com análises levantadas pela terapeuta, a cliente apresentava comportamentos de verborragia, com falas superficiais, o que pode explicar a quantidade elevada de falas dessa cliente. Ao longo do processo terapêutico, esses comportamentos foram alvo de intervenção e, como destacado na Tabela 6, a própria quantidade de falas por sessão foi progressivamente diminuindo, o que, por sua vez, pode ter possibilitado também intervenções mais efetivas da terapeuta. Como será discutido adiante, houve aumento de comportamentos de melhora da cliente com o andamento do processo terapêutico. No caso do André, a verborragia não estava presente e a quantidade de falas por fase foi relativamente estável.

Tabela 6 - Número de falas de terapeuta e clientes analisadas por fase

Fases	Silvia		André	
	Falas terapeuta	Falas cliente	Falas terapeuta	Falas cliente
A	1379	1380	572	571
B1	1136	1134	529	529
BC1	1017	1018	606	609
B2	967	966	750	749
BC2	893	891	622	620
Follow-up	111	111	164	162
TOTAL	5503	5500	3243	3240

A coleta de dados foi iniciada na sessão 17 com a cliente Silvia e na sessão 8 com o André, sendo as sessões anteriores destinadas à construção da conceituação de caso e ao estabelecimento do vínculo terapêutico, esse último essencial à condução de sessões FAP. As sessões foram categorizadas com o instrumento FAPRS pela terapeuta-pesquisadora e aferidoras de concordância e foi aplicado o OQ-45.2 em todas as sessões desde o início dos atendimentos. Apenas não foi possível a aplicação desse instrumento nas sessões 18 da Silvia e nas 23 e 24 do André.

Os resultados serão apresentados a seguir na seguinte ordem: 1) apresentação das conceituações dos casos clínicos e dados obtidos no FIAT-Q; 2) discussão da concordância entre categorizadores do instrumento FAPRS; 3) dados obtidos por meio do FAPRS; 4) discussão acerca das sessões de follow-up e 5) dados obtidos no OQ-45.2.

3.1. Conceituação dos casos clínicos

A seguir, serão apresentados dados de história de vida e comportamentos dos clientes que sejam relevantes para a compreensão dos casos.

3.1.1. Silvia

Silvia (nome fictício), 25 anos de idade, estudante, morava sozinha fora de sua cidade natal e visitava a família e o namorado em outras cidades aos fins de semana. Como queixas iniciais, Silva relatava episódios depressivos, com momentos de falta de ânimo para desempenhar atividades acadêmicas ou sociais, havendo ocorrido períodos em que passava o dia inteiro dormindo ou com crises de choro. Além disso, relatava muita ansiedade, com dificuldades para se concentrar, pensamentos recorrentes sobre seus problemas familiares e sobre a separação recente dos pais.

A família possuía amplo histórico de conflitos e rompimentos de relações entre familiares. Entre o pai e a mãe de Silvia também ocorriam muitas brigas, até que há alguns anos, a mãe decidiu pela separação. Com os irmãos, desde a infância era mantida uma relação de competição mantida pelos pais e familiares. Falar sobre coisas que os irmãos faziam de errado era reforçado pela família, que acolhia Silvia, comparando-a com os irmãos e estimulando sua imagem na família de seguidora de normas que eles valorizavam, como estudar, tirar notas boas, começar a trabalhar cedo, ajudar na arrumação da casa, entre outros comportamentos que os irmãos faziam em menor frequência ou simplesmente não faziam. Tal ênfase dada a comportamentos valorizados socialmente produziam em Silvia o engajamento em comportamentos de fuga/esquiva diante de situações que sinalizavam fracasso ou reprovação e amplo desgaste emocional. Namorado e amigos próximos não eram envolvidos em temas mais relevantes e pessoais de sua vida e Silvia evitava expressar seus sentimentos e preocupações para pessoas de sua convivência.

Desde os primeiros atendimentos, a cliente trazia sempre muitas informações relacionadas à visão de outros sobre as situações relatadas, expressando pouco pensamentos e sentimentos próprios, bem como suas dificuldades suas em lidar com essas situações. Grande

parte do repertório de Silvia tinha função de esquiva de reprovações sociais. Esses comportamentos de esquiva foram selecionados em um ambiente complexo em que o risco de reprovação social era sempre muito presente. Tal reprovação era seguida da perda de reforçadores importantes, como o convívio com os demais membros familiares, e também por punição direta como agressões verbais. Da mesma maneira, assumir a responsabilidade por seus próprios comportamentos e pelas consequências destes era bastante aversivo para a cliente, que colocava em outras pessoas ou fatores as justificativas para o que não funcionava bem em sua vida. Assim, para Silvia outras pessoas sinalizavam uma contingência aversiva e isso resultava em comportamentos de fuga/esquiva para ocultar quaisquer coisas que pudessem vir a ser reprovadas socialmente. Por esse motivo, Silvia estabeleceu poucos relacionamentos íntimos. As contingências mantenedoras envolviam a efetividade do repertório de Silvia de fugir ou se esquivar, bem como reforçadores positivos (pessoas concordavam com ela, faziam o que ela precisava sem que ela precisasse se engajar, valorizavam relatos de conquistas, entre outros).

Diante dos dados coletados em sessão e no FIAT-Q (que será discutido adiante) foram definidos como comportamentos- alvo para a cliente:

Tabela 7 – Topografias de Comportamentos selecionadas nas classes de respostas “Esquiva de Reprovação Social” e “Transferir Responsabilidade” da cliente Silvia e utilizadas para categorização com FAPRS pela terapeuta-pesquisadora e aferidor de concordância

CCR1	CCR2	O1	O2
<p>1) Diante de solicitações de reflexão e de relato da terapeuta sobre um tema, responde resmungando, continuando de onde parou o assunto de que estava falando ou emendando logo em sequência outro assunto diferente (pode ocorrer em falas diferentes)</p> <p>2) Fala de coisas que faz/fez ou que pensa/pensou que são socialmente bem vistas e valorizadas, comparando isso a pessoas que não fazem/pensam da mesma forma (ocorre na mesma fala)</p>	<p>1) Fala de coisas que faz/fez ou que pensa/pensou descrevendo sua importância para si mesma, sem comparação com outras pessoas (pode ocorrer em falas diferentes)</p> <p>2) Relata de forma coerente com a expressão de sentimentos negativos (ocorre na mesma fala)</p> <p>3) Descreve sentimentos negativos (ocorre na mesma fala)</p> <p>4) Expressa sentimentos em relação à terapeuta e ao processo de terapia</p>	<p>1) Fala o que pensa, deseja e sente de forma pouco clara, incompleta, com mandos disfarçados ou de forma contrária/inversa</p> <p>2) Fica quieta ou se esquiva/foge diante de conflitos, situações que geram sentimentos negativos e situações em que espera algum comportamento do outro (por exemplo, afasta-se, muda de assunto, despede-se do outro de forma direta ou indicando que o assunto chegou ao fim)</p>	<p>1) Diante de uma dificuldade de relacionamento com determinada pessoa, pergunta a ela o que ela própria (cliente) pode fazer para melhorar, o que é esperado dela ou o impacto que seus comportamentos geraram no outro</p> <p>2) Identifica impactos que gera nos outros</p> <p>3) Fala de forma clara o que pensa, sente e o que espera do outro</p> <p>4) Emite mandos diretos</p> <p>5) Diante de situações que demandam a</p>

3) Fala sobre algo bom como se fosse ruim e vice-versa ou destaca característica ruim em algo bom e vice-versa: incoerência de conteúdo entre trechos verbais (ocorre na mesma fala)	(pode ocorrer em falas diferentes)	3) Fala coisas que magoam o outro, de forma agressiva	solução de um problema, emite comportamento para resolvê-la
4) Fala com incoerência entre o relato e a expressão de sentimentos (pode ocorrer em falas diferentes)	5) Faz pedidos à terapeuta (pode ocorrer em falas diferentes)	4) Fala que está se sentindo de uma forma quando está se sentindo de outra	6) Diante de situações que demandam a solução de um problema, que dependem exclusivamente de si mesma para resolver, conversar com outros expressando seus sentimentos e pensamentos negativos
5) Interrompe sua fala ou a da terapeuta para falar de acontecimentos físicos no momento da sessão, ocorrendo em seu corpo ou no ambiente da sala (pode ocorrer em falas diferentes)	6) Descreve comportamentos que emitiu/deixou de emitir de forma a “assumir responsabilidade” pelos mesmos, ou seja, sem “justificar/legitimar” com condutas e comportamentos de outros ou com situações e contextos (pode ocorrer em falas diferentes)	5) Em situações que demandam a solução de um problema, conta para terceiros, emite mandos disfarçados ou qualquer comportamento que impeça uma solução efetiva para resolver o problema	
6) Fala dos próprios sentimentos por meio de relatos de sentimentos de outros (ocorre na mesma fala)	7) Descreve planos para solucionar situações, envolvendo comportamentos que pode ou pretende emitir sem esperar comportamentos de outros (ocorre na mesma fala)	6) Supõe/pensa que os outros conhecem suas necessidades, sentimentos e desejos	
7) “Justifica/legítima” (não assume responsabilidade) determinado comportamento que emitiu ou deixou de emitir com condutas e comportamentos de outros ou com situações e contextos (pode ocorrer em falas diferentes)	8) Descreve possibilidades de comportamentos alternativos que poderia emitir/ter emitido em determinada situação (pode ocorrer em falas diferentes)	7) Estabelece relações fictícias/pouco precisas entre eventos	

Devido à fluência em língua inglesa da cliente, o FIAT-Q (Callaghan, 2006) pode ser aplicado na 5ª sessão de atendimento e novamente na 45ª sessão, essa última aplicação sendo duas sessões após o término da coleta de dados. A somatória bruta da pontuação em cada classe consta na Tabela 8, considerando-se que quanto maior a pontuação (acima de zero), maior a dificuldade do cliente naquela classe.

Tabela 8 – Pontuação bruta da cliente Silvia obtida no instrumento FIAT-Q antes e após a intervenção

	Antes da intervenção	Após a intervenção
A: Asserção de Necessidades	-2	6
B: Comunicação Bidirecional	10	-12
C: Conflitos	8	-4
D: Revelação e Proximidade Interpessoal	-25	-4
E: Experiência e Expressão Emocional	18	19
TOTAL	9	5

Assim, antes da intervenção, Silvia apresentou maiores dificuldades no que se refere a Experiência e Expressão Emocional (18 pontos), seguida de Comunicação Bidirecional (10 pontos) e Conflitos (8 pontos). Como classes mais desenvolvidas em seu repertório segundo o relato da cliente, ficaram Asserção de Necessidades (-2 pontos) e Revelação e Proximidade Interpessoal (-25 pontos). Nesse momento da aplicação, o instrumento mostrou-se útil por complementar as análises realizadas pela terapeuta quanto ao caso, além de refinar a visão sobre comportamentos alvo, principalmente extrassessão. Além disso, sua utilização possibilitou a existência de medida pré-intervenção. Enquanto instrumento de autorrelato, entretanto, também apresentou limitações. Com repertório de fuga/esquiva amplo, Silvia apresentava em sessão dificuldades de identificação de sentimentos, bem como de descrição de contingências. Durante seus relatos, descrevia pouco seus próprios comportamentos e variáveis que os controlavam e, por esses motivos, a hipótese levantada foi a de que quando a cliente passasse a descrever melhor seus sentimentos e comportamentos, seu relato no FIAT-Q seria alterado. A maior discrepância registrada ocorreu com relação à classe Revelação e Proximidade Interpessoal, que era considerada pela terapeuta como a mais problemática devido à dificuldade da cliente em formar relações íntimas, mas foi descrita pela mesma como a mais desenvolvida. Isso também levantou dados sobre a visão que a cliente tinha acerca do que seriam comportamentos de exposição na relação com o outro.

Assim, observou-se que nas duas classes que inicialmente a cliente relatou como existir menos dificuldades, quais sejam, Asserção de Necessidades (6 pontos) e Revelação e Proximidade Interpessoal (-4 pontos), houve aumento da pontuação total. Isso apontou para duas hipóteses: 1) o aumento da dificuldade real da cliente ou 2) o aumento do autoconhecimento da cliente acerca de suas dificuldades. Complementarmente ao observado pela terapeuta em sessão, a segunda hipótese parece ter sido a mais acertada. Com o passar das sessões, Silvia passou a se expor mais com a terapeuta, engajar-se em comportamentos de auto-observação e descrever de forma mais clara e completa seus comportamentos e variáveis de controle, o que provavelmente impactou nos resultados do FIAT-Q.

No que se refere às classes Comunicação Bidirecional e Conflitos, foi registrada diminuição das dificuldades de Silvia (para -12 na primeira e -4 na segunda classe), o que está também de acordo com o registrado qualitativamente em termos de progressos terapêuticos. A terapeuta avaliou mudanças na forma como a cliente provia e recebia feedbacks no trabalho, bem como no manejo de conflitos com a família e demais pessoas. No caso da Experiência e Expressão Emocional (19 pontos após a intervenção), essa ainda demonstrou ser um desafio para a cliente, que tanto no instrumento quanto nas observações da terapeuta, registraram dificuldades em nível acentuado. Apesar de diversos progressos na discriminação de sentimentos, o ambiente familiar de Silvia ainda era punitivo para esses comportamentos, minando uma ocorrência mais ampla dos mesmos e refinamento dessa classe. Em alguns contextos, entretanto, houve progressos da parte da cliente, principalmente nesse tipo de expressão para o namorado, em ambiente profissional quando necessário e na própria relação com a terapeuta.

3.1.2. André

André (nome fictício), 26 anos, foi nascido e criado em outra cidade e, havia alguns anos, mudou-se para São Paulo para trabalhar, sendo sua principal atividade na área de vendas. As queixas iniciais estavam vinculadas ao seu relacionamento recém terminado. O cliente relatava grande desconfiança do ex-namorado, apresentando um quadro de ciúmes patológico marcado por brigas, perseguições e monitoramento constante. A situação produzia no cliente um quadro de ansiedade constante até que, após um ano de relacionamento, o ex-namorado acabou por terminar o relacionamento.

Criado pela mãe e avó, desde a infância teve um relacionamento problemático com a mãe. Essa punia demonstrações de carinho de André, invalidava sua expressão de sentimentos, além de dificultar a formação de um vínculo de confiança, já que seu contato com ele envolvia muitas mentiras a respeito de seu pai. Apenas na adolescência o cliente descobriu quem era verdadeiramente o pai, mas seu contato com ele não era frequente na época da terapia. Fora da família, André tinha poucos relacionamentos de amizade, sendo muito introspectivo e sozinho ao longo da vida. Já no que diz respeito aos relacionamentos amorosos, esteve em um relacionamento de três anos com um rapaz que o traía amplamente, até que o cliente decidiu terminar e se mudou para São Paulo, onde conheceu o último namorado.

André trazia muitos relatos sobre as situações vivenciadas, interpretando seus significados, sobre o que outras pessoas viviam ou falavam ou mesmo sobre planejamentos

para solucionar uma situação, os quais eram pouco práticos e factíveis. Seu relato era, muitas vezes, romaneado e poetizado, com poucas expressões de sentimentos e pensamentos reais. Foi constante ao longo da terapia a dependência de André com relação a outras pessoas. Devido à história de invalidação vivenciada com a mãe, o cliente apresentava baixa discriminação de encobertos e das variáveis que controlavam seus comportamentos, além de grande dificuldade para identificar seus valores. Assim, sua referência era externa, dependendo de outras pessoas que ditassem o que ele deveria fazer e do que gostava, o que oscilava a depender da pessoa diante da qual estivesse. Esse repertório tornava seus relacionamentos intensos, com grande dependência da parte do cliente e medo excessivo do abandono. Essas e outras características apontaram na direção de um diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline.

Como o cliente não possuía fluência em inglês, não foi possível a aplicação do FIAT-Q. Os comportamentos-alvo selecionados para intervenção são indicados na Tabela 9:

Tabela 9 – Topografias de Comportamentos selecionadas na classe de respostas “Esquiva de Intimidade” do cliente André e utilizadas para categorização com FAPRS pela terapeuta-pesquisadora e aferidor de concordância

CCR1	CCR2	O1	O2
1) Fala de maneira evasiva, lacônica, continua de onde parou o assunto de que estava falando ou emenda logo em sequência outro assunto diferente	1) Fala de coisas que faz/fez ou que pensa/pensou descrevendo sua importância para si mesmo, sem comparações	1) Fala o que sente, pensa e deseja de forma pouco clara, incompleta, com mandos disfarçados ou de forma contrária/inversa	1) Diante de uma dificuldade de relacionamento com determinada pessoa, pergunta a ela o que ele próprio (cliente) pode fazer para melhorar e o que é esperado dele
2) Conta histórias em forma de narrativa, de maneira longa, detalhada, romantizada e/ou estabelecendo relações imprecisas entre eventos	2) Responde ou comenta sobre análises realizadas pela terapeuta	2) Fica quieto ou se esquiva/foge da situação (por exemplo, afasta-se, muda de assunto, ignora mensagens)	2) Questiona sobre o impacto que seus comportamentos geraram no outro
3) Descreve sentimentos e pensamentos por meio de comparação com personagens de livros, filmes e outros	3) Demonstra/expressa sentimentos negativos	3) Chantageia o outro (diante de determinado comportamento do outro, faz/fará coisas que o magoam)	3) Identifica impactos que seus comportamentos geram nos outros
4) Justifica seus comportamentos ou intenções em suas crenças religiosas	4) Faz pedidos ou discorda da terapeuta	4) Interpreta comportamentos do outro, comportando-se sob controle da interpretação	4) Fala de forma clara o que pensa, sente e o que espera do outro, bem como os impactos que comportamentos do outro tem/tiveram sobre si
	5) Descreve comportamentos que emitiu/deixou de emitir de forma a “assumir responsabilidade” pelos mesmos, ou seja, sem “justificar/legitimar” com condutas e comportamentos de outros, crenças ou com situações e contextos		

5) Emite interpretações improváveis sobre comportamentos, sentimentos e intenções dos outros	6) Descreve planos concretos para solucionar situações, envolvendo comportamentos que pode ou pretende emitir de forma efetiva e factível	5) Faz coisas para agradar o outro (compra roupas que outro gosta, sugere cursos, auxilia chefe, entre outros)	5) Recusa pedido (direto ou demonstração de interesse do outro) que o prejudicaria
6) Fala com incoerência entre o relato e a expressão de sentimentos	7) Expressa sentimentos em relação à terapeuta e ao processo de terapia	6) Fala sobre assuntos pelos quais não se interessa apenas porque o outro gosta (também se enquadra em frequentar lugares, alterar características pessoais)	6) Emite mandos diretos
7) Fala dos próprios sentimentos por meio de relatos de sentimentos de outros	8) Relata de forma coerente com a expressão de sentimentos negativos		
8) Dá um sorriso ou uma risada ao responder			
9) Esquematiza situações, realizando indagações sobre impactos de seus comportamentos sobre outros, planejando maneiras de modificar o que outros pensam ou fazem, superestimando o impacto de suas ações sobre os outros, etc.			

3.2. Concordância entre observadores

As aferidoras de concordância categorizaram de forma independente cinco sessões do cliente designado, sendo uma sessão por fase experimental e um cliente para cada aferidora. As mesmas não tiveram acesso às categorizações realizadas pela terapeuta-pesquisadora e não foram informadas acerca de qual sessão pertencia a qual fase experimental. Além disso, receberam todas as sessões simultaneamente, após a realização completa da coleta de dados, a fim de que não fossem influenciadas pela ordem de recebimento das sessões.

O critério para seleção das aferidoras foi o de que não participassem do mesmo grupo de pesquisa, de forma que não tivessem acesso completo às hipóteses de pesquisa e às supervisões do caso clínico. Apesar disso, é importante discutir que a aferidora do caso André não foi completamente cega, uma vez que teve acesso de modo informal ao tema da pesquisa.

Apesar disso, os detalhes metodológicos e hipóteses específicas permaneceram desconhecidos para a mesma. Já a aferidora da Silvia não teve acesso a quaisquer informações dessa natureza.

Foi discutido o caso do cliente com base na conceituação de caso e análises da terapeuta, além da discussão do instrumento, das categorias FAPRS e dos critérios específicos de categorização propostos no estudo. As aferidoras receberam a descrição, conceituação de caso e as Tabelas 7 e 9, descritas no item 3.1 da seção de resultados. Após uma primeira categorização, foi calculada a concordância percentual e, como os valores obtidos foram baixos, a terapeuta-pesquisadora realizou novo treino com as aferidoras. Para tanto, foi utilizada uma sessão diferente das sorteadas para categorização, discussão e treino. Após essa etapa, as aferidoras realizaram novamente a categorização, mantendo como base aquela que já haviam realizado na primeira etapa. A terapeuta-pesquisadora categorizou todas as sessões.

Em seguida, foram calculados o índice Kappa por meio do programa IBM-SPSS, bem como a concordância percentual das sessões sorteadas. Os valores totais obtidos constam na Tabela 10.

Tabela 10 – Índices Kappa (Siegel et al., 1988) e de Concordância Percentual obtidos entre categorizações da terapeuta-pesquisadora e aferidoras de concordância por sessão

		SESSÃO DAS FASES				
		A	B1	BC1	B2	BC2
SILVIA	Kappa	0,56	0,49	0,57	0,63	0,52
	%	66,6	56	62,2	69,7	58,4
ANDRÉ	Kappa	0,51	0,57	0,49	0,59	0,72
	%	58,6	62,9	55,7	66,7	75,5

Observa-se que os dois índices obtidos que atingiram os critérios do índice Kappa foram a sessão da fase B2 da cliente Silvia (0,63) e a da fase BC2 do André (0,72), sendo que as demais sessões apresentaram menor concordância. No caso da concordância percentual, essa também ficou abaixo do esperado, uma vez que a maior obtida foi a da fase BC2 do André (75,5%).

No que se refere ao índice Kappa, Landis e Koch (1977) propuseram valores de interpretação para concordância entre observadores:

<0	Sem concordância
0-0.20	Concordância baixa
0.21-0.40	Concordância razoável

- 0.41-0.60 Concordância moderada
 0.61-0.80 Concordância substancial
 0.81-1.00 Concordância quase perfeita

Nessa análise, a maior parte dos valores enquadraram-se em concordância moderada entre categorizadores. Posteriormente, a fim de verificar de forma específica possíveis diferenças entre categorizações no que se refere a categorias de terapeuta e cliente, foram realizados os cálculos isolando-se essas categorias.

Tabela 11 – Índices Kappa Siegel et al., 1988) e de Concordância Percentual obtidos entre categorizações da terapeuta-pesquisadora e aferidoras de concordância por sessão nas categorias de terapeuta e de cliente

			FASES				
			A	B1	BC1	B2	BC2
SILVIA	Terapeuta	Kappa	0,33	0,38	0,50	0,48	0,46
		%	67,1	55,8	59,8	67,3	58,6
	Cliente	Kappa	0,39	0,42	0,48	**	0,39
		%	66,1	56,2	64,6	72,1	58,2
	TOTAL	Kappa	0,56	0,49	0,57	0,63	0,52
		%	66,6	56,0	62,2	69,7	58,4
	Terapeuta	Kappa	0,44	0,46	0,49	0,44	0,46
		%	54,4	61,5	55,7	67,6	58,6
	Cliente	Kappa	0,39	0,50	0,33	0,44	0,63
		%	62,6	64,8	52,8	67,6	74,0
ANDRÉ	TOTAL	Kappa	0,51	0,57	0,49	0,59	0,72
		%	58,6	62,9	55,7	66,7	75,5

** Kappa não pode ser calculado por meio do programa utilizado

De forma global, os índices calculados (englobando terapeuta, cliente e total) ficaram abaixo dos critérios propostos. Dos 29 valores obtidos, houve seis que se enquadraram em concordância razoável, 20 em concordância moderada e três em concordância substancial. Na concordância substancial (0,61 a 0,80), além dos valores totais discutidos acima, a mesma foi observada também na categoria de cliente da fase BC2 do André. No caso das razoáveis (de 0,21 a 0,40), metade ocorreu em sessões da linha de base, sendo essas nas categorias de terapeuta e cliente da Silvia e apenas na de cliente do André. Isso pode ser devido à utilização

do instrumento FAPRS em sessões que não utilizam a FAP de forma consistente, tornando mais complexa a categorização e, possivelmente, exacerbando as diferenças de perspectiva entre aferidores independentes e terapeuta-pesquisadora, que será discutido adiante. Em contrapartida, apesar dessa discussão acerca do que foi observado na linha de base, não foram evidenciadas diferenças relevantes na concordância entre categorizadores no que se refere tanto a categorias de terapeuta e cliente quanto a sessões das fases experimentais.

Nesse sentido, pode-se observar que, apesar de os demais índices permanecerem abaixo do proposto para esse estudo, a maior parte dos mesmos inclui-se em concordância moderada (0,41 a 0,60). Outros autores também utilizaram aferidores de concordância para pesquisas em FAP. Oshiro et al. (2012), Mangabeira (2015) e Villas-Bôas et al. (2016) realizaram a categorização pelo terapeuta-pesquisador com aferição de categorizadores independentes. Oshiro et al. (2012) obteve concordância substancial entre categorizadores, entretanto, o aferidor tinha conhecimento sobre o estudo e Mangabeira (2015) obteve também concordância substancial, o que pode ter sido influenciado pela carga de treino provido: segundo o autor, foram realizados encontros semanais de uma hora de duração durante seis meses. Também Busch et al. (2009) realizaram treino de 100 horas com os aferidores, obtendo concordância substancial no índice Kappa. Em contrapartida, Villas-Bôas (2015) realizou o treino de aferidores da mesma maneira que a do presente estudo e também obteve índices razoáveis e moderados de concordância na categorização independente. Adicionalmente, a autora conduziu o processo com acesso dos aferidores a categorizações prévias e, nesses casos, o índice de concordância aumentou significativamente.

Assim, com base nos dados obtidos e nas informações descritas em outros estudos, pode-se discutir que a concordância possa ter relação com a quantidade de treino e/ou de conhecimentos que o aferidor tenha sobre a pesquisa e o caso clínico. No presente estudo, pretendeu-se mensurar a concordância realizada de forma independente, sem acesso a categorizações já realizadas ou às minúcias do caso clínico. Compreende-se que o terapeuta possui uma perspectiva abrangente do caso por estar em contato com o cliente e participar das contingências da sessão (Meyer et al., 2015). O acesso ao áudio, transcrições ou mesmo vídeo das sessões não possibilita acesso tão aprofundado quanto aquele propiciado pelo contato com o cliente, vínculo terapêutico e participação ativa nas contingências em sessão. É possível que, diante de treino intenso realizado pelo terapeuta, os próprios aferidores possam passar a ter uma visão clínica do caso dessa forma mais pormenorizada, ou seja, o treino pode passar a ser não apenas sobre a conceituação do caso, mas também sobre a perspectiva do terapeuta sobre o

caso. Nesse sentido, possivelmente a quantidade de treino dispensada a categorizadores em estudos em psicoterapia possa ser um viés para a concordância obtida. Diante dessa premissa, foi uma escolha metodológica do presente estudo dispensar tal viés e, nessa proposição, foi também buscado operacionalizar de forma clara os comportamentos de terapeuta e cliente, a fim de promover uma perspectiva mais objetiva dos comportamentos emitidos em sessão.

A concordância obtida diante de treino intenso de categorizadores, bem como a baixa concordância quando o mesmo não é realizado aponta, assim, na direção da necessidade de desenvolvimento metodológico para mensuração de aferição de concordância, o que fica como proposta para futuros estudos.

3.3. Dados obtidos no FAPRS

A seguir, serão detalhados os resultados nas categorias do FAPRS. É importante destacar que não foram obtidos valores significativos das seguintes categorias:

- Terapeuta: FCCR, TO1, TO2, TTR e TPR
- Cliente: O1, O2, O3, CTR

Por esse motivo, as mesmas foram excluídas das análises a seguir.

Figura 2 – Porcentagem de emissão de CCR1, CCR2 e CCR3 pela cliente Silvia nas sessões das fases experimentais

Figura 3 – Porcentagem de emissão de CCR1, CCR2 e CCR3 pelo cliente André nas sessões das fases experimentais

Como se pode observar nas Figuras 1 e 2, na linha de base e também nas fases B (sem evocação) os comportamentos problema (CCR1) encontraram-se em porcentagem maior do que os comportamentos de melhora (CCR2). O dado mais relevante e que foi consistente para ambos os clientes foi a inversão imediata que ocorre entre CCR1 e CCR2 nas fases em que a evocação foi inserida, ou seja, o CCR2 passou a ocorrer mais do que o CCR1 nas fases BC1 e BC2. Este dado foi consistente entre os clientes, mesmo com o controle da inserção da variável independente, tendo sido introduzida a evocação depois para a Silvia (arranjo A - B1 - BC1 - B2 - BC2) e antes para o André (arranjo A - BC1 - B1 - BC2 - B2). Tal controle buscou garantir que a ordem de introdução da variável independente não fosse a responsável por mudanças observadas nas variáveis dependentes.

Nesse sentido, os dados do presente estudo replicam os registrados por Oshiro et al. (2012), Geremias (2014), Mangabeira (2015), Villas-Bôas et al. (2016), Aranha (2017) e Lima (2017) no que se refere ao aumento expressivo de CCR2 e diminuição de CCR1 quando a FAP foi inserida. De forma mais específica, no que se refere ao delineamento de reversão, os dados do presente estudo replicam os registrados por Oshiro et al. (2012), Geremias (2014) e Mangabeira (2015), em que, na alternância entre fases FAP e não FAP, foram constatados aumento abrupto de CCR2 e diminuição também abrupta de CCR1 quando a FAP foi inserida, bem como a inversão de predominância entre esses comportamentos diante da sua retirada. Adicionalmente, os dados obtidos por Aranha (2017) e Lima (2017) também indicaram que na inserção da FAP completa foi registrada a mesma mudança, o primeiro em delineamento

A/A+B e o segundo, linha de base múltipla. Nesse sentido, a manipulação da evocação direta produziu dados que podem ser assemelhados aos obtidos em estudos com inserção das cinco regras da FAP, o que aponta na direção de a evocação direta ser um componente que produza impacto representativo no mecanismo de mudança dessa psicoterapia. Nas fases em que a mesma não esteve presente, as características comportamentais de ambos os clientes assemelharam-se às observadas na linha de base (análises de contingências externas).

É importante destacar também que estudos anteriores que manipularam variáveis específicas da FAP não registraram esse tipo de inversão entre CCR1 e CCR2 na comparação entre FAP com determinado componente e FAP sem o mesmo componente. Villas-Bôas et al. (2016), não constatou variações expressivas nos CCR1s e CCR2s entre fases FAP sem a utilização da regra 5 e fases FAP com utilização das cinco regras e, da mesma maneira, Mangabeira (2015) não verificou a inversão entre CCR1 e CCR2 entre fases com utilização de FAP com intervenções sinalizadas e FAP com intervenções não sinalizadas.

Adicionalmente, foi constatada diferença com relação aos dados de Lizarazo et al. (2015), já que esses autores registraram aumento progressivo, e não imediato, de CCR2 e diminuição de CCR1 na fase de FAP completa. Na fase de retirada da evocação para um dos clientes, não foram evidenciadas mudanças expressivas nos comportamentos do mesmo. Isso pode ser discutido em termos da ausência de controle experimental dessa variável: como a evocação direta continuou ocorrendo em conjunto com a consequenciação nessa fase, o instrumento FAPRS a considera na categorização de regra 3, o que impossibilita sua diferenciação em relação à consequenciação em si. Assim, não se pode dizer que houve controle experimental sobre a variável independente na retirada da evocação e os próprios efeitos sobre as variáveis dependentes podem ser questionáveis.

No que se refere aos dados de Mayo et al. 2014, também foram observadas diferenças em relação ao presente estudo. Na comparação entre fases em que se utilizaram mais regra 2 do que de regra 3 e fases em que se utilizaram ambas, não foram registradas diferenças entre CCR1 e CCR2, sendo que os comportamentos problema ocorreram mais que os de melhora. A fim de identificar o que ocorreu no caso desse estudo, seria importante a realização de análises adicionais, já que os dados providos pelos autores sobre a regra 2 realizada são insuficientes para conclusões acerca dessas diferenças.

Além da inversão entre CCR2 e CCR1, foi também observado o progressivo aumento de CCR2 e diminuição de CCR1 que ocorreu com ambos os clientes ao longo das sessões. Assim, embora se observe uma diminuição no percentual de emissão de CCR1 da fase A para

a B1 e depois para a B2, ainda assim este comportamento mantém-se ocorrendo mais do que o CCR2 nessas fases. Da mesma maneira, o CCR2 apresentou uma tendência de aumento da fase A para a BC1 e da BC1 para a BC2 e se manteve em maior percentual que o CCR1 nessas fases. Na fase B2 a amplitude entre CCR1 e CCR2 atingiu seu menor patamar, o que pode ter sido decorrente da queda de CCR1 e aumento de CCR2 que ocorreu ao longo do tempo. Oshiro et al. (2012), Mangabeira (2015), Geremias (2014), Villas-Bôas et al. (2016), Aranha (2017) e Lima (2017) também registraram essa tendência de aumento de CCR2 e diminuição de CCR1 ao longo do processo terapêutico. Esses dados são equivalentes ao que se espera de um processo terapêutico bem-sucedido, representado pelos efeitos da aprendizagem ocorrendo longo do tempo. Além da mudança imediata nos comportamentos dos clientes que foi registrada quando a evocação foi inserida, também se registrou mudança comportamental com o passar das sessões. Dessa maneira, para ambos os clientes a discrepância maior entre CCR1 e CCR2 ocorreu na fase BC2, já com o processo terapêutico avançado, em que o comportamento de melhora atingiu seu maior patamar e o comportamento problema, o menor. Esse resultado pode ser atribuído à evocação e demais intervenções relativas à FAP.

No que tange aos CCR3s, eles permaneceram ocorrendo em menor porcentagem que os demais comportamentos clinicamente relevantes ao longo de todas as sessões de ambos os clientes, o que também está de acordo com os dados registrados em outros estudos. Como discute Villas-Bôas (2015) a respeito do comportamento de análises, possivelmente esse não seja o elemento mais importante em uma psicoterapia que não apresenta como foco a realização de análises por terapeuta e cliente, como é o caso da FAP. Para a Silvia, os CCR3s apresentaram tendência de aumento com o passar do tempo, mas o mesmo não foi observado com o André. Uma hipótese para isso seria a de que essa cliente já possuía um repertório de análises mais desenvolvido, emitindo mais facilmente descrições sobre seu próprio comportamento com o auxílio da terapeuta. Também o tempo de início do processo com essa cliente pode ter sido um fator de influência, já que a coleta de dados com a mesma iniciou-se na 17ª sessão, enquanto com o André, isso ocorreu na 8ª. Em contrapartida, com esse cliente nas fases em que a evocação foi inserida, também aumentaram suas descrições sobre seus próprios comportamentos. Isso pode indicar que a própria evocação tenha impactado na emissão de CCR3, seja por evocar diretamente esses comportamentos, seja por permitir a condução da FAP de forma mais efetiva, uma vez que a parte analítica dessa psicoterapia ocorre após o encerramento da experiencial, como proposto por Villas-Bôas, Meyer, Kanter e Callaghan (2015).

Figura 4 – Porcentagem de emissão de categorias da terapeuta de OBS (Observar CCRs), CON (Consequenciar CCRs), EVO (Evocar CCRs), AVA (Avaliar efeitos sobre o cliente) e GEN (Discutir CCR3 e O3 visando generalização) nas sessões das fases experimentais com a cliente Silvia

Figura 5 – Porcentagem de emissão de categorias do terapeuta de OBS (Observar CCRs), CON (Consequenciar CCRs), EVO (Evocar CCRs), AVA (Avaliar efeitos sobre o cliente) e GEN (Discutir CCR3 e O3 visando generalização) nas sessões das fases experimentais com o cliente André

As Figuras 4 e 5 mostram os comportamentos FAP da terapeuta em todas as sessões, bem como a manipulação da variável independente desse estudo. Estas figuras indicam o seguimento do procedimento proposto, qual seja, a utilização das regras da FAP e a introdução e retirada da evocação direta (variável independente) nas fases delimitadas pelo procedimento

experimental. Assim, pode-se observar que foram seguidos os critérios estipulados e a evocação direta conforme proposta no Método foi realizada de forma consistente apenas nas fases BC.

É importante discutir que houve momentos nas fases B em que a evocação foi utilizada. Isto se deveu ao fato de que apesar de a coleta de dados situar-se em um contexto de pesquisa, ainda se trata de um processo terapêutico real. Nesse sentido, a evocação foi necessária, muitas vezes, como forma de manter o bom andamento da sessão ou, então, diante de uma necessidade do cliente constatada pela terapeuta-pesquisadora. Ainda assim, nas fases B a evocação ocorreu expressivamente menos do que nas demais e, portanto, não se pode dizer que os dados obtidos tenham sido influenciados de forma contundente. Um dado importante de destacar nesse sentido foi a sessão 14 do André, na qual a terapeuta evocou de forma significativamente maior (16,1%) do que em qualquer outra sessão das fases B de ambos os clientes (porcentagem máxima atingida foi 8,9% na sessão 18 da Silvia). A fim de levantar hipóteses acerca do que ocorreu na sessão 14, foi realizada uma análise qualitativa da mesma, o que indicou uma sessão em que o cliente emitia CCR1 envolvendo conteúdo emocional difícil de consequenciar de forma direta. Seu relato sobre um acontecimento da semana aparecia em sessão como CCR1 e, por envolver algo que o mobilizava, a consequenciação poderia ter efeitos aversivos sobre o cliente e, então, a terapeuta optou por uma consequenciação evocativa de CCR1 e CCR2, a qual parece ter efeitos menos aversivos na interação terapeuta-cliente, conforme será discutido adiante. Adicionalmente, também a sessão 18 da Silvia foi uma sessão atípica em que ocorreu mais evocação devido a contingências relativas ao momento profissional da cliente, que demandava intervenções diferentes em sessão. Tal ocorrência demonstra uma das características das pesquisas de processo em psicoterapia, a qual também se configura como uma dificuldade, já que, muitas vezes, o seguimento estrito do procedimento pode não ser a melhor intervenção clínica no momento e, assim, o terapeuta-pesquisador precisa flexibilizar sua intervenção a fim de atender as necessidades do cliente.

Ainda no que se tange aos comportamentos da terapeuta, é possível observar que a evocação e a consequenciação ocorreram em alta porcentagem em todo o processo, o que também está de acordo com dados obtidos em outros estudos (Aranha, 2017; Geremias, 2014; Lima, 2017; Lizarazo et al., 2015; Mangabeira, 2015; Oshiro et al., 2012; Villas-Bôas et al., 2016). Por ocorrerem mais do que outros comportamentos FAP, pode-se inferir que, possivelmente, esses foram os que produziram impacto mais expressivo sobre as mudanças registradas.

Conforme procedimento, na linha de base, os comportamentos FAP foram utilizados de forma assistemática. Nessa fase, observou-se que para o cliente André a evocação foi mais realizada do que as demais regras da FAP e, no caso da Silvia, ocorreu mais a consequenciação, seguida da evocação e da generalização. Isso pode se dever parcialmente à natureza dos comportamentos do André, que exigiam mais da terapeuta para a coleta de informações para a conceituação de caso e também para a fluidez da sessão. Uma segunda hipótese para essa diferença entre os clientes refere-se ao tempo de início do processo terapêutico. Como a coleta de dados com a Silvia iniciou-se na 17ª sessão, a terapeuta e o ambiente terapêutico possivelmente já eram mais evocativos para a cliente do que para o André, cuja coleta foi iniciada na 8ª sessão. O tempo de início do processo também pode justificar a porcentagem maior de GEN (regra 5) para Silvia e, como já abordado, maior emissão de CCR3s pela cliente, já que há dados que apontam para a relação entre esses comportamentos de terapeuta e cliente (Villas-Bôas et al., 2016).

No que se tange às regras 1 (OBS) e 4 (AVA), estas ocorreram em baixo percentual, o que também foi registrado em outros estudos com FAP. Villas-Bôas et al. (2016) e Geremias (2014) registraram as regras 1 e 4 ocorrendo menos, mesmo quando foi observada mudança comportamental nos clientes. Pode-se discutir que devido a essas regras tratarem-se de uma avaliação do terapeuta sobre o que está ocorrendo com o cliente, é possível que as mesmas ocorram de forma encoberta, conforme descrito por Villas-Bôas et al. (2015). A regra 1 pode ocorrer sem que o terapeuta abertamente cheque a ocorrência de um CCR e, quanto à regra 4, embora a mesma seja importante, um terapeuta experiente, com uma boa conceituação de caso e relação de intimidade com o cliente, não necessariamente precisa confirmar se sua intervenção foi reforçadora ou não. O impacto sobre o cliente pode ser avaliado pelo terapeuta por comportamentos verbais ou mesmo não verbais, como um sorriso, mexer a cabeça, continuar falando, etc. Nesses casos, o terapeuta pergunta sobre os efeitos quando houver dúvida ou mesmo quando explicitar de forma verbal tais efeitos possa ser relevante do ponto de vista clínico.

Já quanto à regra 5 (GEN), essa também ocorreu com baixa porcentagem. Baseado no princípio da generalização de estímulos, esse comportamento do terapeuta tem por objetivo expandir as mudanças registradas em sessão para os demais contextos do cliente (Kohlenberg et al., 1991; Kohlenberg et al., 1999). Observou-se que o percentual desse comportamento com a Silvia foi maior do que com André, o que pode ser devido ao estágio do processo terapêutico mais avançado com essa cliente, o que permitiu mais análises funcionais em conjunto com a

terapeuta. Enquanto processo que envolve autoconhecimento, pode-se dizer que as questões conduzidas pela terapeuta ao longo do tempo tendem a levar o cliente em psicoterapia a descrever seus comportamentos, sentimentos, bem como os contextos nos quais ocorrem (Skinner, 1969). Assim, o estabelecimento de conexões verbais descritivas sobre seu próprio comportamento pode ficar favorecido com o passar do tempo de psicoterapia, o que não implica que não ocorram análises desse tipo com clientes em estágio terapêutico mais inicial, já que também foram registradas com André ao longo do estudo. Características pessoais da cliente também podem ter sido fatores de influência, uma vez que a Silvia interpretava (racionalizava) mais sobre os próprios comportamentos do que o André. Ainda, conforme estudo de Villas-Boas et al. (2016), a regra 5 parece não interferir diretamente na emissão de CCR1s e CCR2s, sendo mais importante outros processos ocorrendo em sessão.

Dado que a evocação e a consequenciação foram os comportamentos mais emitidos pela terapeuta com os clientes, faz-se importante observá-los em comparação com os CCRs. As Figuras 6 e 7 mostram esses dados.

Figura 6 – Porcentagem de emissão de CCR1 e CCR2 da cliente Silvia (barras) e porcentagem de emissão de comportamentos de evocação (EVO) e consequenciação (CON) da terapeuta (linhas) nas sessões das fases experimentais

Figura 7 - Porcentagem de emissão de CCR1 e CCR2 do cliente André (barras) e porcentagem de emissão de comportamentos de evocação (EVO) e consequenciação (CON) da terapeuta (linhas) nas sessões das fases experimentais

É possível observar que nas fases em que foi utilizada a FAP completa, a evocação e a consequenciação permaneceram em alta porcentagem, acompanhando as emissões de CCRs. Com a Silvia, o comportamento que a terapeuta mais emitiu foi o de consequenciação, ultrapassado pela evocação, embora de forma pouco significativa, em duas sessões da fase BC1, sendo 35,1% de consequenciação e 35,6% de evocação na sessão 12 e 32,4% de consequenciação e 33,5% de evocação na sessão 15, além de três da fase BC2, sendo 26,1% de consequenciação e 29,6% de evocação na 21, 26,0% de consequenciação e 32,5% de evocação na 22 e 29,8% de consequenciação e 30,3% de evocação na sessão 23.

Ao contrário, com o André, majoritariamente o que mais a terapeuta emitiu nas fases BC foi a evocação, sendo que a consequenciação ocorreu em maior porcentagem do que a evocação apenas na sessão 10 da fase BC1 (31,6% de consequenciação e 30,8% de evocação) e nas 16 (44,6% de consequenciação e 22,3% de evocação), 17 (39,1% de consequenciação e 35,9% de evocação) e 20 (30% de consequenciação e 25,4% de evocação) da BC2. Assim, nas fases em que a FAP foi completa, enquanto com a Silvia observou-se uma predominância de emissão de consequenciações por parte da terapeuta, no caso do André, a evocação ocorreu de forma mais significativa. Essa mesma diferença também foi constatada na linha de base, havendo maior porcentagem de consequenciação para a Silvia e de evocação para o André. Diversos fatores podem ter contribuído para esse dado, apontando para características individuais dos processos terapêuticos, que demandam estratégias diferenciadas por parte do

terapeuta para atingir determinado objetivo. As diferenças observadas ao longo do processo podem ser decorrentes de variáveis como tempo de início do processo, natureza dos comportamentos alvo e contingências específicas presentes na sessão demandam que o terapeuta utilize mais uma estratégia do que outra. No caso do André, por se tratar de um cliente com Transtorno de Personalidade Borderline e classe de comportamentos com função de esquiva de intimidade que tornava mais trabalhosa a condução de intervenções em sessão, isso produziu uma distinção terapêutica importante com relação a Silvia, a qual parece ter impactado também a forma de condução das sessões. Todavia, independentemente de qual a predominância de comportamentos da terapeuta, permaneceu nos dois casos a mudança comportamental mais contundente dos clientes, qual seja, o aumento de CCR2 e diminuição de CCR1. Isto é um indicativo importante de que não apenas a consequenciação, mas também a evocação possa atuar na promoção de mudanças comportamentais.

Adicionalmente, apesar dos bruscos aumento de CCR2 e diminuição de CCR1 diante das mudanças de fases, não se observou diferença significativa de porcentagem de consequenciação total, sendo a mudança mais expressiva a da categoria de evocação. A Tabela 12 indica a diferença em pontos percentuais registrada entre a última sessão de cada fase e a primeira da fase seguinte.

Tabela 12 – Diferença percentual entre a última sessão de uma fase e a primeira sessão da fase seguinte registrada nas categorias de evocação e consequenciação da terapeuta

<i>Categorias da terapeuta</i>	Diferença percentual na mudança de fase					
	Silvia			André		
	B1 para BC1	BC1 para B2	B2 para BC2	BC1 para B1	B1 para BC2	BC2 para B2
Evocação	18,9	-30,2	25,1	-24,3	18,8	-23,2
Consequenciação	8,2	-8,3	4,6	2,8	3,9	-7,7

Conforme apontado, a evocação imediatamente decaiu percentualmente nas fases de retirada e aumentou quando inserida, conforme procedimento do delineamento de reversão. No que se refere à consequenciação, entretanto, não se observou diferença tão expressiva quanto na evocação nas mudanças de fase. Para a cliente Silvia, na fase BC1, houve aumento de 18,9% na evocação e 8,2% na consequenciação em relação à última sessão da fase B1. A diferença foi ainda maior da fase B2 para a BC2, quando a evocação aumentou 25,1% e a consequenciação,

4,6%. No caso da fase de retirada, da BC1 para a B2, a evocação decaiu quase quatro vezes a mais do que a consequenciação. Para o André, a mudança percentual da emissão de consequenciação pela terapeuta foi ainda menor. Essa categoria registrou aumento de 2,8% da fase BC1 para B1 enquanto a evocação decaiu em 24,3%. Da fase B1 para a BC2, a consequenciação aumentou em 3,9% e a evocação, 18,8% e, por último, da BC2 para a B2, houve queda de ambas, sendo a da evocação três vezes maior. Esses dados são relevantes por tornarem possível observar que comportamentos da terapeuta que continham evocação direta representaram a variável que produziu mudanças mais expressivas. Conforme discutido, foi registrada a inversão imediata entre as porcentagens de CCR2 e CCR1 na mudança de fase, sendo que esse último passou a ocorrer mais do que o primeiro nas fases em que a evocação foi inserida e apresentou queda abrupta nas fases de retirada. Tal mudança brusca nos comportamentos dos clientes diante das mudanças de fase parece não poder ser justificada pelo aumento na consequenciação, uma vez que a mesma ocorreu de forma mais sutil. Diante do controle experimental seguido, os dados apontam que a evocação pode ter representado papel significativo nas mudanças registradas nas variáveis dependentes. Esse dado aponta de forma contundente para o peso que a evocação traz nessa psicoterapia e a forma como pode influenciar na mudança registrada.

Embora os autores da FAP apontem para a consequenciação como a responsável pela mudança dos clientes, os dados obtidos apontam para o papel da evocação direta nesse sentido. Conforme abordado, a aquisição de determinado comportamento envolve a chamada curva de aquisição (Sidman, 1960), a qual não foi registrada nos dados desse estudo. Ao contrário, o que ocorreu foi a inversão abrupta entre CCR1s e CCR2s, o que, somado à inserção da evocação, aponta para o impacto que essa produziu nesse processo.

É importante discutir que, quando diante do terapeuta, o cliente pode se comportar de diversas maneiras, as quais estão relacionadas com sua história de vida. Um dos fatores que influenciam a resposta do cliente é seu repertório comportamental, selecionado e mantido por variáveis ambientais específicas, passadas e presentes. Somado à questão do repertório, sua história de interação com outras pessoas desempenha papel fundamental sobre qual comportamento será emitido, e além desses fatores, também sua história específica diante de outros terapeutas, diante de pessoas do sexo masculino ou feminino, entre uma infinidade de componentes, podem influenciar a emissão de uma resposta ou de outra diante do terapeuta atual. E, além disso, o cliente nesse ambiente encontra-se diante de diversos outros estímulos e suas propriedades que podem evocar um comportamento ou outro. É tal complexidade presente

no ambiente do cliente o que influencia a emissão de um CCR e altera diretamente sua probabilidade de ocorrência.

Diante desse ambiente terapêutico complexo, portanto, o terapeuta possui duas opções. Uma delas é esperar que o CCR seja emitido apenas devido à evocação “natural” do ambiente terapêutico, ou seja, que a gama de estímulos acima mencionada seja suficiente para exercer uma função evocativa da resposta alvo. Outra opção é engajar-se em ações que evoquem especificamente esse CCR, ou seja, apresentar diretamente um estímulo antecedente que propicie as condições para que o comportamento alvo seja emitido.

Logo, sendo as contingências da sessão terapêutica o principal instrumento de trabalho do terapeuta FAP, este é orientado a optar pelo segundo caminho e exercer papel ativo na promoção de estímulos antecedentes que evoquem comportamentos do cliente em sessão. Tal papel é expresso formalmente pela regra 2, que norteia a condução de estratégias diretas com esse objetivo. Desse modo, embora os estímulos discriminativos estejam presentes a todo momento, como ocorre nas mais diversas interações sociais, o terapeuta FAP adicionalmente provê de forma direta tais estímulos, aumentando, assim, a probabilidade de que o comportamento do cliente venha a ser emitido. Nesse sentido, o tipo de evocação controlada experimentalmente foi a evocação direta do terapeuta, sendo que os demais tipos de evocação mencionados ocorreram durante todo o processo terapêutico, não podendo dizer que tenham impactado de forma diferenciada as variáveis dependentes de acordo com a fase experimental.

Da perspectiva do comportamento operante, os comportamentos do terapeuta são considerados ambiente do cliente, no sentido de que desempenham uma função e podem mantê-los ou alterá-los. É destacado por autores da FAP que a consequenciação assume o terceiro termo da tríplice contingência, já que o terapeuta é o responsável por responder de forma contingente e contígua ao comportamento do cliente, de modo a reforçar CCR2s e utilizar de intervenções para diminuir CCR1s (Kohlenberg et al., 1999). Isso envolve modelagem por aproximações sucessivas, reforçamento diferencial, entre outros processos, os quais apresentam efeitos na aquisição de comportamentos ao longo do tempo. É também possível observar o progressivo aumento de CCR2s e diminuição de CCR1s com o passar das sessões, entretanto, as consequenciações não parecem ser capazes de produzir tal efeito abrupto, conforme dados da área de pesquisa básica (Sidman, 1960). Nesse sentido, o processo de produção de comportamentos de melhora em sessão não parece ser resultado apenas das consequências, mas também de antecedentes providos para emissão.

Os estímulos discriminativos e as operações estabelecedoras são centrais nesse sentido. Perguntas da terapeuta ou mesmo solicitações diretas de comportamentos aos clientes podem exercer a função de estímulos discriminativos por indicarem a ocasião em que a resposta será reforçada. Assim, estímulos verbais claros providos pela terapeuta podem evocar comportamentos que tinham baixa probabilidade de ocorrer naquele momento. Observa-se que os CCR2s estão sendo emitidos menos do que os CCR1s, o que tem embasamento no fato de que esses últimos encontram-se fortalecidos no repertório dos clientes e são, frequentemente, a causa de seu sofrimento. Cabe ao terapeuta FAP tornar maior a probabilidade de emissão de CCR2s e uma dessas formas é a apresentação de discriminativos que os evoquem.

No caso das operações motivadoras (Michael, 1982, 1983, 1992, 2000), o valor reforçador de determinado estímulo é alterado, bem como a probabilidade de emissão de respostas que produzem tais consequências. Portanto, altera-se momentaneamente a probabilidade de emissão dessas, ao mesmo tempo em que existe uma função alteradora de repertório, cuja mudança é duradoura. A princípio, pode-se dizer que o processo psicoterapêutico na FAP já poderia se compor como operação motivadora, o que tem lógica principalmente quando se observa a forma de condução de uma sessão FAP. Nessa, estão presentes expressões mais genuínas do terapeuta e autorrevelações, com exposição de seus sentimentos e do impacto que o cliente gera sobre o mesmo (Kohlenberg et al., 1991; Tsai et al., 2009). Além disso, também pode ser avaliada com tal função uma determinada intervenção em que o terapeuta explicita empatia e, ao mesmo tempo, expresse a importância de o cliente engajar-se em determinado comportamento. Esse tipo de manejo em conjunto com a apresentação de um estímulo discriminativo pode funcionar aumentando a efetividade desse último, conforme proposto por Michael (1993) quanto ao efeito da operação motivadora sobre a efetividade do estímulo discriminativo.

Seria importante a condução de pesquisas que levantassem qualitativamente os tipos de evocação e realizassem discussões acerca de seu enquadramento quanto a estímulos discriminativos ou operações motivadoras. Tal investigação no estudo presente poderia elucidar tais questões, entretanto, esse objetivo foge do escopo do presente trabalho.

Outra análise relevante ao se observar a Tabela 12 diz respeito à queda na consequenciação registrada diante da retirada da evocação. Isso aponta para a relação existente entre esses dois comportamentos da terapeuta, o que será aprofundado em outras análises adiante.

Com a cliente Silvia, na linha de base observou-se que tanto CCR1 quanto CCR2 estavam em tendência crescente. Na fase B1, com a inserção da FAP o ambos passaram a apresentar tendência de queda, sendo que a sessão 7, em que houve mais consequenciação (32,7%) também foi a que a cliente mais emitiu CCR1 (32,9%). Tal percentual foi o maior atingido pela cliente em todas as fases experimentais e, nas fases BC, embora a consequenciação tenha atingido percentuais tão altos quanto o da sessão 7, o CCR1 não atingiu o mesmo patamar. Em análise qualitativa da sessão, foi levantado que o tema da sessão envolveu conflitos ocorridos entre ela e a família. É possível que, diante da impossibilidade de evocação direta, tenha surgido em sessão o repertório mais bem estabelecido da cliente, que é o de comportamentos problema. Como será discutido adiante, a consequenciação da terapeuta ocorreu tanto para CCR1 quanto para CCR2.

Na fase B1 dessa cliente, a porcentagem de CCR1 decaiu com o passar das sessões e a de CCR2 manteve-se estável. Na fase B2, as sessões em que ocorreram maior aumento de CCR1 e CCR2 também foram as que a terapeuta mais evocou e consequenciou (sessões 18 e 19). Inclusive, nessas duas sessões foram atingidas as maiores porcentagens de evocação total das fases B com essa cliente (8,8% na sessão 18 e 8,1% na 19). Tal como o cliente André, o aumento da evocação nessas sessões da fase B também teve relação com o momento terapêutico da cliente, que emitia CCR1s relativos a um momento de vida profissional aversivo que precisavam ser trabalhados e houve dificuldade de manejo desses comportamentos problema por meio de consequenciação de forma direta. A consequenciação também apresentou aumento nessas sessões, partindo de 17,8% na sessão 17 para 28% na 18 e 30% na 19. Com a Silvia, a FAP completa pareceu ter o efeito de aumento de CCRs total, seja CCR1s ou CCR2s, e tal efeito pode ser observado nessas duas sessões em que ocorreu mais evocação com a cliente, já que sua porcentagem aumentou significativamente. Na sessão 20, tanto a evocação como a consequenciação diminuíram de porcentagem e o mesmo ocorreu com os CCRs. O aumento de CCR2, consequenciação e evocação nessas duas sessões seguido da diminuição dessas categorias na sessão seguinte aponta para a atuação da evocação e da consequenciação no que se refere à produção de mudanças. Adiante, serão discutidos os tipos de evocação mais utilizados pela terapeuta nessas sessões.

Já com o cliente André, o CCR1 estava em tendência de aumento na fase A e o CCR2 iniciou em tendência de aumento e depois decaiu. Com a inserção da evocação, o CCR1 imediatamente passou a ocorrer menos, partindo de 58,3% na sessão 5 para 26,6% na sessão 6, e o CCR2 passou a ocorrer mais, de 15,7% para 41%. Na sessão 7, quando a evocação decaiu

de 41,5% para 34%, com a consequenciação estável, observou-se aumento de CCR1 (34%) e aumento sutil de CCR2 (43%), sendo que o CCR1 atingiu o maior patamar da fase. Na sessão 8, com a queda da CON (26%) e aumento da EVO (43,3%), registrou-se aumento de CCR2 (49,5%) e queda de CCR1 (20%). A seguir, na sessão 9, houve aumento da CON (37%) e também aumentaram os CCR1 (27,7%), que decaíram na sessão 10 (18,8%), juntamente com a consequenciação (31,6%) e a evocação (30,8%) totais. Já na fase B1, com a retirada da evocação direta, o CCR1 aumentou sua ocorrência de forma expressiva, ultrapassando a porcentagem de CCR2 e atingindo na sessão 13 a maior porcentagem de todas as fases B e BC (55,6%). O CCR2 mantinha-se em tendência de queda nas três primeiras sessões (26,2% na sessão 11, 22,8% na 12 e 17,3% na 13) até que aumentou de forma significativa na sessão 14, a mesma em que a terapeuta mais evocou, conforme discutido anteriormente. Tal tendência de queda em três sessões seguidas pode ter influenciado a decisão da terapeuta de evocar mais, já que pelos temas que vinham sendo trabalhados e pela dificuldade de a consequenciação produzir mudanças, a evocação pode ter surgido como uma forma de proteger o cliente. Nessa sessão, o CCR2 atingiu a maior porcentagem de todas as fases B e da fase A, qual seja, 30,4%, e o CCR1 caiu de 55,6% para 44,6%. Mesmo na sessão seguinte, o CCR2 manteve-se em alta, marcando 29,2%.

Na sessão 17 da fase BC2, registrou-se aumento da evocação total, de 22,3% para 35,9% e queda na consequenciação, de 44,6% para 39,1%, com aumento de CCR2 de 54,1% para 55,1%. Já na sessão seguinte, com a queda da consequenciação para 26,9% e aumento da evocação para 38,5%, o CCR2 apresentou queda (48,8%) juntamente com o CCR1 (de 22,1% para 14,7%). Assim, enquanto as sessões 7, 14 e 17 apontam para a evocação influenciando o aumento de CCR2 para esse cliente, a sessão 18 indica também o papel da consequenciação nesse sentido. Para a Silvia, as sessões 18, 19 e 20 apontam para o impacto da consequenciação em conjunto com a evocação para o favorecimento de CCR2s. Tais dados de ambos os clientes apontam para esses dois comportamentos da terapeuta parecerem atuar em conjunto e seus efeitos foram registrados nos comportamentos do cliente.

Já na sessão 20 dessa fase com o André, o CCR2 apresentou aumento sutil em relação à sessão anterior, permanecendo estável a consequenciação e decaindo a evocação de 36,1% na sessão 19 para 25,4% na 20. O mesmo tipo de dado foi constatado na última sessão da fase BC1 do André, em que houve expressiva queda na evocação (de 42% para 30,8%), queda pequena na consequenciação (de 37% para 31,6%) e o CCR2 manteve-se estável (51,8% na sessão 9 e 51,9% na 10) e também nas últimas sessões da fase BC1 e da fase BC2 da cliente Silvia. Na sessão 15, a evocação partiu de 32,7% (sessão 14) para 33,5%, a consequenciação, de 35,8%

para 32,4% e o CCR2s, de 39,4% para 44,9% e na sessão 25, em que a evocação partiu de 28,1% (sessão 24) para 29%, a consequenciação decaiu de 33,3% para 29,6% e os CCR2s aumentaram 45,8% para 48,8%. Assim, sumariamente, nas últimas sessões das fases BC, os clientes passaram a emitir comportamentos de melhora sem comportamentos da terapeuta que justificassem os mesmos. Uma discussão que corrobora esses dados foi abordada por Villas-Bôas et al. (2016), que destacou a importância da evocação em momentos iniciais do processo de terapia, como também a forma pela qual sua importância e utilização pode ser diminuída ao longo do processo. Isso ocorre conforme o cliente consolida em novos comportamentos seu repertório e o próprio ambiente terapêutico passa a ser evocativo dessas mudanças de forma natural, minimizando a necessidade da evocação direta do terapeuta para tanto. Assim, apesar de a evocação ainda ser necessária para fazer com que CCR2s ocorram mais do que CCR1s, sua diminuição gradativa parece não interferir de forma tão contundente como nas fases iniciais de coleta. Tal dado parece ter relação com o processo de aprendizagem ocorrido com o cliente, indicando ter sido realizada de forma progressiva a instalação e/ou o fortalecimento do repertório de CCR2s por meio das estratégias utilizadas pela terapeuta.

No caso da diminuição gradativa de evocações diretas com o passar das sessões, essa remete ao *fading*, mais especificamente o *fading-out* (Catania, 1999), o qual, como discutido por Del Prette (2011), em psicoterapia é uma estratégia utilizada como forma de intervenção. Assim, é possível discutir que enquanto no início do processo terapêutico na FAP seria necessária a utilização frequente de estratégias evocativas pelo terapeuta, as mesmas tenderiam a ser minimizadas com o passar do tempo, fazendo com que o cliente passasse a se engajar em comportamentos alvo com a interferência da terapeuta ocorrendo progressivamente menos. Enquanto o *fading* configura-se como uma estratégia para mudança das propriedades de estímulo que definem uma classe, a própria evocação intensa, enquanto antecedente, pode funcionar como elemento para instalação do repertório, com modificação de critérios e atuando em conjunto com as consequências. Como o *fading* implica que exista algum comportamento sob controle discriminativo para que sejam mudados os critérios e, assim, colocá-lo sob controle de outra propriedade do estímulo (Catania, 1999), no caso das últimas sessões das fases BC, é possível que o repertório já estivesse instalado, sendo necessária a evocação para trazê-lo à tona, entretanto, não necessariamente de forma tão frequente como no início do processo. Isso implica que, progressivamente, o terapeuta possa ir removendo a especificidade ou o detalhamento da evocação até que suas evocações possam ocorrer menos ou de forma menos específica e direta, mas, ainda assim, evocarem o comportamento de melhora.

Considerando-se as mudanças abruptas observadas nas mudanças de fase, pode-se discutir que a apresentação de estímulos que evocam comportamentos seja realizada na sessão terapêutica e a mesma seja a responsável por aumentar de forma brusca a porcentagem de comportamentos de melhora ocorrendo em sessão. Pode-se dizer que o terapeuta FAP atue com a evocação no sentido de trazer para a sessão respostas do cliente que tenham baixa probabilidade de ocorrer, o que é realizado por meio da apresentação de estímulos antecedentes. Conforme discutido, no caso do discriminativo (Catania, 1999; Sérgio et al., 2004; Skinner, 1938), esses indicam a disponibilidade do reforço e no caso das operações motivadoras, as mesmas alteram a efetividade das consequências e também atuam diretamente na alteração do repertório do cliente (Michael, 1982, 1983, 1993, 2000).

É importante destacar, entretanto, que para o cliente André que ainda sofreu uma retirada da evocação após a segunda fase BC, registrou-se a diminuição imediata de CCR2 em relação ao CCR1 quando a terapeuta não mais evocava diretamente. Assim, na fase B2, a primeira sessão registrou a mais baixa porcentagem de CCR2 (14,7%), ficando abaixo, inclusive, do menor valor registrado na linha de base (15,2% na sessão 4). É possível levantar algumas hipóteses acerca desse efeito sobre o cliente. Uma delas diz respeito à mudança de intervenção por parte da terapeuta ter exercido função de operação abolidora para o André. Para explicação dessa hipótese, é importante discutir que a retirada da evocação direta produz uma mudança brusca na forma de condução da sessão terapêutica. O fato de a terapeuta não solicitar emissão de comportamentos ao cliente torna o manejo terapêutico diferente do que é praticado quando há evocação, sendo que a própria terapeuta-pesquisadora percebeu modificações significativas na condução da sessão dessa maneira. Aparentemente, tal mudança tornava a sessão menos fluida e, pelas análises dos comportamentos dos clientes em sessão, mais aversiva para cliente e também para a terapeuta. Inclusive, em determinado momento da coleta de dados, a cliente Silvia comentou com a terapeuta a diferença que percebia de algumas sessões para outras, mesmo que não conseguisse descrever de forma clara e completa do que se tratava tal alteração.

No caso do André, esse era sensível a qualquer mudança no comportamento da terapeuta, o que, inclusive, tem embasamento no seu diagnóstico: por sua referência ser externa, indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline possuem repertório discriminativo refinado na relação com o outro. Principalmente devido ao período de cinco sessões com evocação realizada de forma intensa, o impacto da retirada da evocação pode ter funcionado para diminuir a efetividade reforçadora de consequências providas pela terapeuta aos CCR2s

emitidos na primeira sessão da fase B2. É possível que a mudança na forma de condução da sessão tenha sinalizado para o cliente que a relação com a terapeuta não seria segura e, assim, mesmos as consequências providas aos CCR2s não terem tido a função reforçadora esperada. Portanto, os CRR1s com função de esquivas de intimidade aumentaram sua ocorrência.

Uma segunda hipótese diz respeito à retirada da evocação ter exercido atuado como *time-out* (Catania, 1999). Pelo fato de a evocação ser, em sua grande parte, emitida em conjunto com a consequenciação, sua retirada pode ter exercido função de suspensão do reforço, o que apresenta caráter punitivo e, portanto, diminuiria a emissão de CCR2s e aumentaria a ocorrência do repertório mais fortalecido do cliente, CCR1s. Para pesquisas futuras, seria importante a realização de análise qualitativa a respeito das mudanças na evocação com o passar do tempo, o que pode elucidar as hipóteses levantadas.

Assim, considera-se que seja possível que o aumento de CCR2 esteja ligado tanto aos efeitos da aprendizagem em sessões anteriores quanto às intervenções presentes da terapeuta. O controle social do cliente André era central em sua conceituação de caso e, muito provavelmente, quaisquer mudanças no comportamento da terapeuta produziam efeitos imediatos sobre o cliente. A retirada brusca da evocação em momento tão adiantado da terapia pode ter tido efeito também brusco sobre a emissão de CCR2, já que, apesar dessa primeira sessão, os CCR2 passaram a aumentar nas sessões seguintes. Na 22, mesmo com a queda da consequenciação (de 22,3% para 12,9%), também decaíram os CCR1 (de 30,8% para 23,5%) e aumentaram os CCR2 (de 14,7% para 20%). Possivelmente, esse efeito pode ser hipotetizado como decorrente do repertório de comportamentos de melhora já instalado, já que não houveram comportamentos da terapeuta que o embasassem. Ao contrário, a 23 foi a sessão em que mais ocorreu CCR1 (37%) e CCR2 (27,8%) e também a que a terapeuta mais consequenciou (37%). Conforme discutido anteriormente, isso também foi observado na sessão 7 da Silvia, em que a maior consequenciação da fase também acompanhou a maior emissão de CCR1.

Figura 8 – Porcentagem de emissão de CCR1 e CCR2 da cliente Silvia (barras) e porcentagem de emissão de comportamentos de evocação direta (EVLIV), consequenciação evocativa de CCR1 (CON1+EVO) e consequenciação evocativa de CCR2 (CON2+EVO) da terapeuta (linhas) nas sessões das fases experimentais

Figura 9 – Porcentagem de emissão de CCR1 e CCR2 do cliente André (barras) e porcentagem de emissão de comportamentos de evocação direta (EVLIV), consequenciação evocativa de CCR1 (CON1+EVO) e consequenciação evocativa de CCR2 (CON2+EVO) da terapeuta (linhas) nas sessões das fases experimentais.

As figuras 8 e 9 apontam as porcentagens de comportamentos de evocação, a variável independente desse estudo, a qual foi subdividida em categorias de evocação direta (EVLIV) e

consequenciação evocativa de CCR1 (CON1+EVO) e de CCR2 (CON2+EVO), a fim de mapear a emissão dos diferentes tipos de evocação, bem como seus efeitos diferenciais sobre os comportamentos dos clientes.

Observa-se que o tipo de evocação que mais ocorre com os dois clientes foi a consequenciação com função evocativa, sendo que a EVLIV (correspondente à regra 2 da FAP no FAPRS) ocorreu em menor porcentagem. É importante retomar que de acordo com a proposta do FAPRS, a EVLIV não poderia ocorrer se em três falas anteriores houvesse qualquer tipo de CCR. Compreende-se que a consequenciação evocativa engloba falas em que a terapeuta consequenciou e também evocou, bem como falas em que foi emitida apenas evocação. Assim, em todas as consequenciações evocativas ocorreu necessariamente a evocação. Isso implica ser possível que tivesse sido emitida uma evocação sem qualquer emissão de consequência, mas essa não seria categorizada como EVLIV e sim como CON1+EVO ou CON2+EVO, de acordo com o tipo de CCR que a precedeu. Esse dado é relevante para a compreensão dos tipos de evocação e também de como a evocação e a consequenciação trabalham em conjunto para promover mudanças na FAP.

Em outros estudos que utilizaram o instrumento FAPRS (Aranha, 2017; Busch et al., 2009; Busch et al., 2010; Geremias, 2014; Lima, 2017; Lizarazo et al., 2015; Mangabeira, 2015; Mayo et al., 2014; Oshiro et al., 2012; Villas-Bôas et al., 2016), a função evocativa de determinadas falas do terapeuta poderia acabar suprimida devido à hierarquia do instrumento priorizar a categorização da consequenciação em detrimento da evocação, conforme discutido por Villas-Bôas (2015). No presente estudo, ao se distinguir a regra 2 e a regra 3 em conjunto com a regra 2, levanta-se dados que apontam para a hipótese de que a consequenciação em conjunto com evocação pode ser mais utilizada pelo terapeuta FAP do que somente a evocação simples. Entretanto, por ser categorizada como consequenciação apenas, sua influência não poderia ser mensurada e isto justifica que a consequenciação tenha sido mais destacada ao se falar em mecanismos de mudança da FAP.

Outro dado relevante é que nas fases BC a consequenciação de CCR2 com função evocativa ocorreu mais do que a de CCR1 praticamente em todas as sessões de ambos os clientes. Isso apenas não foi observado nas sessões 6 e 7 do André, em que a CON1+EVO ocorreu mais (22,9% na sessão 6 e 19% na 7) do que a CON2+EVO (15,4% na sessão 6 e 11% na 7) e na sessão 9, em que ambas se igualam em 21%. É importante discutir que nessas sessões também se registrou a maior porcentagem de CCR1 das fases BC desse cliente. Um fator que pode ter sido importante trata-se do tempo de início do processo com o André. A sexta sessão

desse cliente foi a primeira com utilização da FAP e, ainda, correspondeu à 12ª sessão desde o início da psicoterapia. Isso significa que os comportamentos problema ainda ocorriam em alta porcentagem, o que pode ter impactado o foco da terapeuta nos CCR1 ao invés dos CCR2. Adicionalmente, de modo geral, o tipo de consequenciação com função evocativa parece acompanhar a emissão de CCR1 ou CCR2: nas sessões em que ocorreu mais CCR1, a terapeuta também emitiu mais consequenciação de CCR1 com função evocativa, ocorrendo o mesmo paralelo com CCR2 e consequenciação evocativa de CCR2. Tal dado demonstra existir uma correspondência entre esses comportamentos de terapeuta e cliente. Do ponto de vista da terapeuta, esta pareceu atuar de forma ativa na resposta ao tipo de comportamento emitido e, no caso dos clientes, estes demonstraram os impactos dessas intervenções terapêuticas.

Do ponto de vista do encadeamento comportamental, pode-se discutir que uma resposta produzirá uma consequência que, pela questão da duplicidade de função, pode funcionar também como estímulo discriminativo para outra resposta. Assim, se, por exemplo, a emissão de consequenciação evocativa de CCR1 pode funcionar como consequenciação e também como antecedente, o cliente pode emitir CCR2 ou novo CCR1. Caso seja CCR1 e o mesmo seja seguido por consequenciação, essa, mesmo que sem o objetivo terapêutico de evocar, pode ter função de antecedente para novo CCR1 e, como descrito por Weeks et al. (2012), esse *loop* pode continuar por alguns turnos de terapeuta e cliente até que o cliente emita CCR2. Nesse ponto, o terapeuta poderá emitir consequenciação, liberando reforço positivo natural para esse comportamento com o intuito de fortalecê-lo. Caso o cliente emita em seguida novo CCR2, o terapeuta pode manter-se reforçando e evocando novamente CCR2, já que o intuito é que o cliente engaje-se mais em comportamentos de melhora a fim de fortalece-los (Weeks et al., 2012). Nesse sentido, é possível que a própria consequenciação estabeleça-se, em algum momento, como evocativa e a evocação, como consequência provida. Assim, como a própria evocação direta pode exercer a função de consequenciação de forma simultânea, isso também proveria uma explicação a mais sobre seu impacto no mecanismo de mudança, além de sua função antecedente.

No presente estudo, essa possibilidade foi existente ao longo de todo o processo e, dessa maneira, por ser uma variável constante, provavelmente não tenha impactado de forma significativa nos dados obtidos. É importante discutir, entretanto, que o encadeamento pode explicar o porquê da correspondência entre comportamentos de terapeuta e cliente: quando o cliente engaja-se em CCR1, aumenta a emissão de consequenciação de CCR1 e consequenciação evocativa de CCR1: o terapeuta emite consequenciações de acordo com o

comportamento do cliente. Caso o cliente deixe de emitir CCR1 e passe a emitir CCR2, provavelmente a consequenciação e a consequenciação evocativa de CCR2 também aumente. Essa é uma hipótese levantada e que tem embasamento na forma de categorização do FAPRS, entretanto, seria importante a análise sequencial de atraso (Lichtenberg et al., 1986) a fim de identificar de que forma esse processo ocorreu.

Já ao contrário das fases BC, na linha de base observou-se que a consequenciação de CCR1 com função evocativa estava ocorrendo mais do que a de CCR2 para ambos os clientes, excetuando-se apenas a sessão 3 do André, em que essas se igualaram em 11%. Nas fases B, nos casos em que a evocação foi realizada, na grande maioria das sessões esta foi representada pela consequenciação de CCR1 com função evocativa, o que pode apontar para duas hipóteses. A primeira diz respeito à relação entre o tipo de comportamento dos clientes e o da terapeuta: pelo fato de os clientes estarem se engajando mais em CCR1s, também os comportamentos da terapeuta mais emitidos seriam os relacionados ao CCR1 (CON1 e CON1+EVO), como discutido acima acerca do encadeamento e *loop* de respostas.

Outra hipótese refere-se à evocação como auxiliar na minimização de efeitos aversivos da consequenciação. Ao se falar em consequenciação de comportamentos problema, o objetivo da mesma seria prover uma consequência visando sua diminuição. Diante de tal função, pode-se considerar que a consequência pode envolver: reforçamento diferencial por meio da seleção de uma dimensão do comportamento problema que se assemelhe ao comportamento de melhora, apresentação de estímulo punitivo ou reevocação de comportamento. Considerando-se que o comportamento, assim como os estímulos, possui diversas dimensões, o terapeuta pode selecionar uma dimensão do CCR1 emitido que tenha relação com o comportamento alvo final, a fim de realizar a modelagem, o que ocorre por meio de aproximações sucessivas. Assim, os critérios para reforçamento são alterados conforme o cliente engaja-se em comportamentos mais próximos do comportamento alvo final. Esse tipo de consequenciação pode ser usado de forma irrestrita, já que se baseia em reforçamento positivo. Em contrapartida, um dos limites da modelagem pode ser o tempo necessário na escala de aproximações sucessivas até a emissão da resposta alvo final, o que pode implicar, inclusive, riscos ao indivíduo (Leonardi & Borges, 2012), principalmente ao se tratar de comportamentos de risco. Além disso, se no CCR1 emitido não houver uma dimensão que possa ser reforçada positivamente dessa maneira, a emissão de consequenciação necessariamente envolveria o uso de controle aversivo por meio da punição desse comportamento, o que, entretanto, é recomendado que seja realizado com parcimônia pelo terapeuta FAP (Tsai et al., 2009). Por conseguinte, quando a consequenciação ocorre

diante de CCR1, apresentar a consequência e, em seguida, reevocar comportamento pode ser uma maneira de aliviar a aversividade da intervenção, já que a própria evocação pode funcionar como estímulo antecedente para uma resposta diferente do cliente.

O cliente em terapia possui um repertório que se mantém em seu cotidiano, mas é fonte de consequências prejudiciais ou inefetivas para obtenção de reforçadores positivos. Ao iniciar o processo psicoterapêutico, diversos dos comportamentos pertencentes a essa classe de respostas problema têm potencial para ocorrer na interação com o terapeuta. Muitas vezes, prover a consequência punitiva pode não ser suficiente para modificação do repertório do cliente, já que como afirmou Skinner (1953), a punição não é geradora de repertório. A seleção de uma instância do comportamento problema para ser reforçada positivamente é uma estratégia que pode apresentar resultados sem os contrapontos da punição, contudo, não são todos os CCR1s que o cliente emite que são passíveis de ser reforçados dessa forma ou mesmo a escala de modelagem até que esse se assemelhe ao CCR2 final pode ser extensa demais e tornar o processo improdutivo. Nesse sentido, a evocação pode entrar como uma aliada da consequenciação. Por se tratar de uma maneira de prover antecedentes para o cliente, possibilita o acesso do terapeuta a uma classe de respostas que não tem alta probabilidade de ocorrer naquela situação ou mesmo então que foi instalada mas ainda não é forte o suficiente para ocorrer, sendo que tal instalação pode ter ocorrido ao longo de sua história de vida ou ao longo da própria psicoterapia.

Conforme mencionado anteriormente, uma diferença constatada entre os clientes refere-se à linha de base, tendo sido a evocação mais realizada com o André do que com a Silvia, o que pode se dever tanto à diferença de natureza dos comportamentos dos clientes quanto ao tempo de início do processo. Em contrapartida, a similaridade entre os clientes residiu na emissão maior de consequenciação de CCR1 com função evocativa do que qualquer outro comportamento de evocação da terapeuta na linha de base, apenas excetuando-se a sessão 2 da Silvia em que ocorreu 4,5% de EVLIV e 3,7% de CON1+EVO e a sessão 3 do André que registrou 11% tanto para CON1+EVO quanto para CON2+EVO.

No que tange a consequenciação evocativa de CCR2 no caso da fase BC1 do André, esta ultrapassou a consequenciação evocativa de CCR1 na sessão 8, mesma sessão em que o CCR2 aumentou significativamente, de 43% para 49,5%. Nas duas sessões seguintes da mesma fase, apesar da diminuição da consequenciação evocativa de CCR2, os comportamentos de melhora mantiveram-se altos. No caso da sessão 9, em que houve aumento da consequenciação (26% para 37%) e aumento de CCR1 (de 20% para 27,8%), é importante destacar, que apesar

de a evocação total permanecer estável, a consequenciação evocativa de CCR1 aumentou de 13,5% para 21% e na sessão 10 e tanto o CCR1 diminuiu (18,8%) quanto a CON1+EVO (9,8%) e a consequenciação total (31,6%). Isso aponta para uma relação entre esses comportamentos da terapeuta (consequenciação e consequenciação evocativa) e do cliente (CCRs), remetendo ao *loop* descrito por Weeks et al. (2012). Como o foco fica sobre o que o cliente está emitindo, o comportamento do terapeuta que surge é o correspondente: quando é um CCR1, terapeuta pode consequenciar e evocar CCR2. Quando emite o CCR2, o terapeuta pode se manter respondendo ao mesmo e reevocando mais CCR2 de forma a fortalecer o máximo possível esse comportamento no repertório do cliente. Embora a consequenciação evocativa seja, a rigor, também um tipo de consequenciação, uma vez que ocorre após a emissão de um CCR, a função evocativa não pode ser negligenciada. Na sessão 17, registrou-se um aumento expressivo na CON2+EVO (de 10,7% para 25%) e queda na consequenciação total (de 44,6% para 39,1%), sendo que o CCR2 se manteve estável. Mais adiante, discutiremos que houve queda na consequenciação de CCR2 nessa sessão e como isso aponta para o trabalho em conjunto da consequenciação com a evocação: é possível que ambas sirvam ao propósito de intervir e fortalecer o mesmo comportamento, revezando-se na função como uma forma de variabilidade comportamental do terapeuta. Assim, parece que a consequenciação e a consequenciação evocativa de determinado CCR podem se revezar nessa função, já que em determinado momento o terapeuta pode optar por uma ou por outra intervenção. Uma análise sequencial de atraso poderia elucidar de forma específica como ocorreu esse processo, o que fica como proposta para futuros estudos.

Também se registrou com André uma queda expressiva na CON1+EVO na última sessão da fase BC1 (de 21% para 9,8%) e da BC2 (de 13,1% para 5,4%), sendo que o CCR1 diminuiu de porcentagem na sessão 10 (de 27,7% para 18,8%) e não alterou significativamente na sessão 20 (de 17,1% para 16,2%). Não houve alteração significativa na porcentagem de CCR2 nessas sessões (apenas um sutil aumento na sessão 20), apesar de a CON2+EVO estar em queda em ambas (de 21% na 9 para 18,8% na sessão 10 e de 18,9% na 19 para 16,9% na sessão 20). Conforme discutido anteriormente, possivelmente os efeitos observados no comportamento desse cliente nessas sessões possam ser relacionados mais à aprendizagem ao longo do tempo do que a intervenções realizadas especificamente em sessão pela terapeuta. Assim, enquanto a evocação trabalha na produção de mudanças imediatas, como registrado na inversão entre comportamentos problema e de melhora entre as fases, esse comportamento da terapeuta também tende a diminuir ao longo do tempo. Assim, o que se mantém no repertório

do cliente passa a não ser apenas efeito evocativo provido pelo fornecimento de antecedentes em sessão, mas sim efeito da instalação e fortalecimento de repertório, que ocorre no longo prazo e é resultado de diversos processos atuando em conjunto.

Nas sessões 18 e 19 da fase BC2 do André, a evocação ocorreu mais do que a consequenciação e observou-se que a CON1+EVO aumentou em conjunto com a EVLIV, sendo que houve queda na CON2+EVO nessas sessões. Também o CCR2 apresentou queda sutil na sessão 18, mas foi mais significativa a do CCR1. Conforme discutido anteriormente, a consequenciação nessas sessões decaiu expressivamente e, embora a evocação total não tivesse aumentado significativamente, percebe-se pela Figura 9 que na verdade houve mudança no tipo de evocação realizada. Essa passou de um foco no CCR2 na sessão 17 para um aumento na evocação direta (EVLIV) e na consequenciação evocativa de CCR1, com queda na consequenciação evocativa de CCR2. Nessas sessões o tema trabalhado foi comportamentos de risco do cliente, que precisaram ser abordados de forma mais direta. A terapeuta priorizou, então, intervenções de importância clínica que envolviam direcionar o foco para CCR1 que estavam sendo emitidos.

No caso da sessão 10 da Silvia, o CCR2 aumentou após uma tendência de queda que ocorria nas sessões anteriores. Algo similar ocorreu na sessão 18, em que se constatou um aumento expressivo dos comportamentos de melhora. Conforme discutido anteriormente, nas sessões 10 e 18 também foi registrado aumento da consequenciação e a maior porcentagem de evocação da fase, representada pela consequenciação evocativa de CCR2. Diante disso, parece ter ocorrido influência da evocação na emissão de CCR2 e a consequenciação de CCR1 parece ter relação com o aumento de CCR1 na sessão 18. Já na sessão 12, foi registrado aumento expressivo de CCR1 (de 18,5% na sessão 11 para 25,6% na 12) e CCR2 (de 30,4% para 35,9%), acompanhado por aumento na evocação total (de 22,6% para 35,6%) e consequenciação total (de 28,4% para 35,1%). No que tange à evocação, os três tipos aumentaram percentualmente: a CON1+EVO passou de 6,9% na sessão 11 para 13,9% na sessão 12, a CON2+EVO de 11,5% para 14,4% e a EVLIV de 4,2% para 7,2%. Uma hipótese para esse aumento de CCR1 diz respeito ao efeito de intervenções ao longo do tempo. Possivelmente o aumento no CCR1 na sessão 12 teve relação com o maior foco dado a esse comportamento. Na sessão 15, o aumento expressivo de CCR2 (44,9%), atingindo o maior da fase, foi acompanhado por aumento na CON2+EVO (17,8%), sendo que a consequenciação total decaiu. Na última sessão da BC2, houve aumento de CCR2 (de 45,9% para 48,8%), também com aumento da CON2+EVO (de 17,5% para 21,6%) e aumento sutil da EVLIV (de 2,3% para 4,3%), com queda na

consequenciação total (de 33,3% para 29,6%), o que parece demonstrar o efeito da consequenciação evocativa e da EVLIV na produção de CCR2.

É importante destacar que para os dois clientes, a amplitude entre CON1+EVO e CON2+EVO na fase BC2 foi aumentada e acompanhou a amplitude entre CCR1 e CCR2 nessa fase.

Nos dados levantados, percebe-se, então, o acompanhamento do tipo de comportamentos FAP da terapeuta, especificamente a evocação e a consequenciação, com o aumento de CCR2 ou diminuição de CCR1 dos clientes. As Figuras 10 e 11 apontam a forma como os comportamentos FAP da terapeuta³ e, mais especificamente a evocação, podem ter impactado na emissão de CCRs dos clientes.

Figura 10 – Porcentagem de emissão de CCRs e de demais comportamentos (NÃO CCRs) da cliente Silvia (linhas) e porcentagem de emissão de comportamentos relacionados a categorias FAP (Observar CCRs, Consequenciar CCRs, Evocar CCRs, Avaliar efeitos sobre o cliente e Discutir CCR3 e O3 visando generalização) e de comportamentos não relacionados a categorias FAP (NÃO FAP) da terapeuta (barras) nas sessões das fases experimentais.

³ Para detalhamento dos comportamentos FAP e demais comportamentos da terapeuta, vide Categorias FAPRS descritas na seção de Método

Figura 11 – Porcentagem de emissão de CCRs e de demais comportamentos (NÃO CCRs) do cliente André (linhas) e porcentagem de emissão de comportamentos relacionados a categorias FAP (Observar CCRs, Consequenciar CCRs, Evocar CCRs, Avaliar efeitos sobre o cliente e Discutir CCR3 e O3 visando generalização) e de comportamentos não relacionados a categorias FAP (NÃO FAP) da terapeuta (barras) nas sessões das fases experimentais.

No caso do André, a emissão de CCRs total foi relativamente constante ao longo das fases, variando apenas a distribuição entre CCR1 e CCR2, enquanto para a cliente Silvia na linha de base e fases B observou-se uma porcentagem baixa de emissão de CCRs, que aumentava diante da FAP completa. Para essa cliente, a emissão de CCRs aumentou nas fases BC, em conjunto com comportamentos FAP da terapeuta que ocorreram mais do que outros. Nas demais fases, a cliente engajou-se prioritariamente em comportamentos que não eram alvo de intervenção FAP. Pode-se entender que pelo fato de a terapeuta ter passado a evocar nas fases BC, aumentou também a emissão de CCRs, diminuindo a de demais comportamentos da cliente. A evocação cumpriu, então, o papel descrito por autores da FAP, de trazer à tona comportamentos alvo em sessão (Kohlenberg et al., 1991; Tsai et al., 2009; Lizarazo et al., 2015).

Já para o André, a emissão de CCR já foi bastante alta desde a linha de base e, de modo geral, manteve-se em patamar mais alto do que demais comportamentos até o final da fase B2. No caso desse cliente, os comportamentos que não eram alvo da FAP superaram os CCRs apenas nas sessões 21 (46% de CCRs e 54% de Não-CCRs), 22 (45,2% de CCRs e 54,8% de Não-CCRs) e 24 (39,6% de CCRs e 60,4% de Não-CCRs), todas na fase B2. No caso da terapeuta, esta emitiu mais comportamentos FAP do que outros em todas as sessões das fases BC, o que está de acordo com o esperado na condução de um processo FAP. Nas fases B, foram

mais emitidos outros comportamentos, excetuando-se na sessão 14 na fase B1, na qual, conforme discutido, foi realizada mais evocação devido a contingências presentes na sessão. Nessa sessão, o percentual de comportamentos FAP atingiu 57,1% contra 42,9% de Não-FAP, o maior percentual atingido dentre todas as sessões das fases B.

Dessa forma, para a Silvia, a emissão de CCR pareceu acompanhar prioritariamente os comportamentos FAP da terapeuta, entretanto, o mesmo não ocorreu com o André de forma tão contundente. Conforme abordado por Busch et al. (2009), existem inúmeros fatores que podem influenciar a emissão de CCRs sem a evocação do terapeuta, incluindo características individuais do caso do cliente, além do seu momento de vida, contingências da sessão, entre outros. O dado obtido indica que existem diferenças entre os mais diversos tipos de clientes e de momentos terapêuticos. A mesma intervenção pode afetá-los de formas diferentes e, além disso, existe relevância nas discussões acerca de que forma as características pessoais dos clientes podem influenciar a maneira como a psicoterapia é conduzida. Para a Silvia, quando não ocorriam intervenções evocativas, a cliente tendia a falar sobre assuntos diversos, os quais não necessariamente se enquadravam em comportamentos problema ou de melhora e, portanto, não foram categorizados como tal. Já o André, diante da ausência de evocação direta, emitia mais CCR1, mantendo a porcentagem de CCRs total alta. Para esse cliente, o contexto terapêutico parecia ser mais naturalmente evocativo de CCRs, principalmente do tipo 1, desde o início do processo do que no caso da Silvia.

Adicionalmente, é relevante retomar que a evocação da terapeuta ocorreu mais com esse cliente nas fases A e B do que com a Silvia. Isso aponta uma outra característica da evocação, que não é discutida pelos autores da FAP. Esses apontam que evocar é apenas trazer CCR para o contexto terapêutico, mas não abordam que a evocação pode ter a função de trazer CCR2. A porcentagem de emissão de CCR1 para esse cliente já era alta mesmo sem a evocação e, assim, a terapeuta engajar-se em comportamentos evocativos parece não ter tido relação com os CCRs totais em si, mas com o tipo de CCRs que se pretendia fazer com que o cliente emitisse, qual seja, os comportamentos de melhora.

Conforme apontado por Oshiro (2011), clientes difíceis como é o caso de clientes com Transtorno de Personalidade Borderline, apresentam diversas topografias de comportamentos em sessão, sendo que muitas apresentam função de esquiva de intimidade, além de certa relutância ou mesmo impossibilidade de efetuar mudanças na forma como se relacionam com outras pessoas. Nesse sentido, a condução de um processo psicoterapêutico com esses clientes requer ajustes nos mais diversos aspectos, desde duração do tratamento até a seleção de técnicas

e estratégias disponíveis (Beck & Freeman, 1993). A utilização da evocação pela terapeuta com o André pode ter tido função nesse sentido. Pelo fato de os comportamentos do cliente enquadrarem-se em uma ampla classe de esquiva de intimidade, a relação terapêutica pode ser considerada como extremamente evocativa de CCR1. O repertório do cliente era extremamente refinado nesse sentido e, por envolverem esquivas elaboradas, a consequenciação frequentemente envolveria a punição desses comportamentos. Assim, a evocação com esse cliente pareceu ter o efeito de minimizar a aversividade dessas consequenciações, por “orientar” o cliente na emissão de comportamentos de melhora.

Essa diferença de intervenções observada entre os dois clientes levanta uma discussão relevante acerca do papel da evocação. Trazer comportamentos clinicamente relevantes pode ser, em primeira análise, o impacto que a evocação produz em sessão, mas não é o único. Sua utilização parece permear outros processos comportamentais que precisam ser considerados na descrição desse elemento da FAP.

Figura 12 – Porcentagem de emissão de CCR1 e CCR2 da cliente Silvia (barras) e porcentagem de consequenciação de CCR1 (CON1), consequenciação evocativa de CCR1 (CON1+EVO), consequenciação de CCR2 (CON2) e consequenciação evocativa de CCR2 (CON2+EVO) da terapeuta (linhas) nas sessões das fases experimentais.

Figura 13 – Porcentagem de emissão de CCR1 e CCR2 do cliente André (barras) e porcentagem de consequenciação de CCR1 (CON1), consequenciação evocativa de CCR1 (CON1+EVO), consequenciação de CCR2 (CON2) e consequenciação evocativa de CCR2 (CON2+EVO) da terapeuta (linhas) nas sessões das fases experimentais.

De modo geral, o aumento ou diminuição de CCR1 ou CCR2 foi acompanhado pelo respectivo aumento ou diminuição da consequenciação correspondente (CON1 ou CON2) em todas as fases, o que também se observou com a consequenciação evocativa nas fases BC. Faz-se relevante compreender qual o foco dado pela terapeuta durante a sessão com a cliente. Por exemplo, na sessão 10 da fase B1 com a Silvia, percebe-se na porcentagem total que a consequenciação não apresentou mudança expressiva com relação à sessão anterior, partindo de 18,3% para 20,2%. Contudo, ao se observar a Figura 12, pode-se identificar que o alvo maior da sessão foi a consequenciação de CCR2, com 15,1%, enquanto a consequenciação de CCR1 atingiu apenas 5,1%, o que indica o foco dado pela terapeuta aos comportamentos de melhora.

É importante observar que, em primeiro lugar, para os dois clientes, nas fases em que a evocação foi inserida, a consequenciação evocativa de CCR1 (CON1+EVO) ocorreu em percentual maior do que a consequenciação de CCR1 (CON1) praticamente em todas as sessões. As únicas exceções foram: para a Silvia, a sessão 21 (5,9% de CON1 e 3,6% de

CON1+EVO) e a 25 (3,7% de CON1 e 3,1% de CON1+EVO) e para o André a sessão 16 (9,8% de CON1 e 8% de CON1+EVO), 17 (9,4% para ambas) e 20 (5,4% para ambas). No caso dessas exceções, as mesmas ocorreram para ambos os clientes apenas em sessões da segunda fase BC, quando o processo terapêutico já estava mais adiantado. Diante do vínculo terapêutico mais consolidado, possivelmente uma consequenciação de CCR1 sem evocação poderia apresentar um caráter menos aversivo. Também nesse momento terapêutico, os clientes provavelmente já possuíam instalados comportamentos de melhora em seus repertórios, os quais poderiam ser emitidos com menor dificuldade diante de consequenciações, mesmo que essas focassem no CCR1. É possível que uma parte do processo de *fading-out* seja também responsável por esse efeito, já que a própria consequenciação pode ter adquirido efeito evocativo após muitas intervenções de consequenciação seguida de evocação. Pode-se hipotetizar que as consequenciações possam adquirir também função de estímulos antecedentes ao longo do processo de psicoterapia.

Em segundo lugar, no caso da consequenciação evocativa de CCR2 em relação com a consequenciação de CCR2 isso não ocorreu. A CON2 ocorreu mais do que a CON2+EVO em praticamente todas as sessões, sendo a primeira superada pela segunda apenas na sessão 21 da Silvia (20,2% de CON2 e 22,7% de CON2+EVO) e na sessão 8 do André (21,2% de CON2 e 26% de CON2+EVO). Pode-se discutir novamente que a consequenciação de CCR1 pode apresentar um caráter aversivo para o cliente. Ao se apresentar uma consequência natural de um comportamento problema, a função da mesma será a diminuição da probabilidade de emissão desse comportamento pelo cliente no futuro. Prover as consequências apenas dessa maneira implicaria que o terapeuta eventualmente seria pareado com os efeitos aversivos dessa consequência ou então que o próprio processo terapêutico poderia se tornar aversivo a ponto de o cliente passar a emitir comportamentos de fuga-esquiva, o que poderia se tornar improdutivo para o processo ou resultar no abandono da psicoterapia pelo cliente (Oshiro, 2011; Mangabeira, 2015). Ao se consequenciar um CCR1 e, em seguida, apresentar um estímulo que possibilite a emissão de uma nova resposta pelo cliente, o efeito aversivo pode ser minimizado, além de tornar mais provável a emissão de uma resposta que possa ser modelada pelo terapeuta. Isso explicaria o maior uso de consequenciações evocativas diante de CCR1, já que o intuito do processo é conduzir o cliente na emissão de respostas progressivamente mais próximas do CCR2 a ser instalado. Dessa maneira, as respostas intermediárias na escala de aproximações sucessivas também recebem consequências e um estímulo evocativo pode ser apresentado de

forma a direcionar o cliente para a resposta alvo desejada por meio da apresentação de um estímulo antecedente.

A maior porcentagem de CON2 e menor de CON2+EVO evidenciadas também explicaria o maior uso de consequências para CCR2, já que uma consequência natural para um comportamento de melhora necessariamente envolve reforçamento positivo e pode ser usado sem os efeitos colaterais decorrentes do controle aversivo. Nesse caso, a CON2 pode ser usada de forma mais ampla e parece, então, que a consequenciação evocativa de CCR2 atuaria no *loop* de reforçamento proposto por Weeks et al. (2012), ou seja, o terapeuta provê reforçamento positivo ao CCR2 e, então, demanda uma nova emissão de CCR2, de forma que essa também possa ser reforçada. Assim, na mesma fala do terapeuta, tem-se as funções reforçadora e evocativa. Quanto mais tempo nesse *loop*, mais eficaz o efeito do reforçamento no fortalecimento do comportamento alvo. Além disso, por se tratar de um processo de modelagem, nem sempre as primeiras tentativas de resposta dos clientes são as mais refinadas e também é papel da modelagem o refinamento do repertório dos clientes (Leonardi et al., 2012) e também a consequenciação e a consequenciação evocativa de CCR2 podem entrar nesse processo, no sentido de aumentar o refinamento do repertório.

Para a Silvia, quando nas sessões 7, 18 e 19 houve aumento de CCR1 e CCR2 em conjunto com a consequenciação que também apresentou aumento brusco como abordado anteriormente, pode-se perceber na Figura 12 que esse aumento foi tanto de CON1 quanto de CON2 nas três sessões, o que embasa o aumento dos dois comportamentos da cliente. Conforme discutido, a sessão 7 ocorreu durante um período de conflitos da cliente com sua família e nas sessões 18 e 19 a cliente passava por outro período crítico, dessa vez de decisão profissional que continha elementos extremamente aversivos, os quais produziam comportamentos de fuga/esquiva, inclusive na relação com a terapeuta. Na sessão 7, a consequenciação de CCR1 (16,3%) acompanhou a alta porcentagem de CCR1 (32,9%), mas também a consequenciação de CCR2 (16,3%) foi emitida, o que pode ter relação com a porcentagem de CCR2 atingir a maior da fase (17,1%). Já nas sessões 18 e 19, em que houve também aumento da evocação, é possível observar que esse aumento se deveu a CON2+EVO (4,2% na sessão 18 e 2,4% na 19). Assim, nessas sessões, o aumento da consequenciação somada ao da consequenciação evocativa possivelmente tiveram influência sobre o aumento de CCR2 dessa cliente.

Na sessão 12, houve aumento da consequenciação e da evocação totais. Na análise individualizada, pode-se perceber que os mais expressivos aumentos foram de CON1+EVO (de 6,9% para 13,9%) e CON2+EVO (de 11,5% para 14,4%). Como o foco de intervenção

encontrava-se no CCR1 e no CCR2, também se registrou aumento desses dois comportamentos. Ao contrário, na sessão 15 (fase BC1), a consequenciação total mostrou-se em queda, registrou-se a mais baixa CON1 da fase (0,5%) e a mais baixa de todas as fases experimentais, sendo igualada apenas pela sessão 23. Nessa sessão, apesar de o CCR1 não estar tão baixo (23,8%), houve aumento em relação à sessão anterior e, adicionalmente, foi registrada maior porcentagem de CCR2 da fase (44,9%) e maior CON2 (31,9%) e CON2+EVO (17,8%). Dessa maneira, na porcentagem geral a consequenciação decaiu um pouco, mas individualmente observou-se aumento na consequenciação de CCR2, justificando o aumento desse comportamento relacionado. Possivelmente, o maior foco dado pela terapeuta aos CCR2 possa ter impactado o aumento desses comportamentos. No caso do CCR1, não houve comportamentos da terapeuta que parecessem justificar esse aumento, já que aqueles relacionados ao CCR1 ocorreram menos. É possível discutir que as intervenções sobre os CCR2s podem ter produzido também CCR1s, o que está descrito por Weeks et al. (2012). Embora o objetivo do processo seja atingir CCR2 e prover reforçamento, nem sempre de forma imediata o reforçamento e a evocação necessariamente produzirão comportamentos de melhora, mesmo que focados em CCR2, o que é uma dificuldade principalmente diante de repertório instalado e fortalecido como é o caso da cliente.

Da mesma maneira, como já abordado anteriormente, no caso da condução de uma sessão FAP focada nos CCRs presentes em sessão, conforme aumentam os CCR2 também os comportamentos relacionados da terapeuta tendem a aumentar, principalmente relativos a consequenciação e consequenciação evocativa. Em uma psicoterapia não focada em intervenções sobre as contingências presentes em sessão, provavelmente a porcentagem de consequenciação, evocação e consequenciação evocativa seria muito inferior às observadas em uma sessão FAP. Pode-se dizer que nessa última, o terapeuta fica sob controle de propriedades diferentes do ambiente e responde às mesmas também de forma diferente. Objetivamente, o comportamento do cliente que ocorre antes da intervenção é o mesmo, contudo, em uma terapia que não a FAP, o terapeuta responde a certas propriedades de estímulos daquele contexto, enquanto na FAP ele responderá a outros.

Nas sessões 21 e 22, poucas da Silvia das fases BC em que a evocação superou a consequenciação, a CON2+EVO ficou mais alta na 21 (22,7%), decaindo na 22 (19,5%), ao mesmo tempo em que a CON1+EVO aumentou de uma sessão para outra, de 3,6% para 10,7%. Também da sessão 21 para a 22, houve queda de CCR2 (de 44,1% para 41,2%) e aumento de CCR1 (de 7,9% para 15,9%), sendo na sessão 22 a maior porcentagem de CCR1 da fase. Nesse

sentido, a menor ênfase da terapeuta nos CCR2 pode ter sido acompanhada pela maior emissão de CCR1 e menor de CCR2. Já na sessão 23, o foco mudou drasticamente para os CCR2, com aumento de CON2 (de 21,3% para 29,3%) e de CON2+EVO (de 19,5% para 25%), acompanhados pelo correspondente aumento de CCR2 (de 41,2% para 51,9%), esse último atingindo o maior patamar de todas as fases experimentais dessa cliente. Na sessão 25, o registro observado de queda na consequenciação e estabilidade na evocação, especificamente se refere a queda na CON1 (3,7%), CON1+EVO (3,1%) e CON2 (25,9%) e ao aumento de CON2+EVO (21,6%), o que acompanhou o aumento de CCR2 (48,8%) e queda de CCR1 (8%). Nessa sessão, a diminuição da consequenciação de CCR2 não interferiu no aumento de CCR2 e parece que a consequenciação evocativa desse comportamento pode ter impactado em seu aumento, o que remete ao revezamento entre a consequenciação e a consequenciação evocativa. Esses dados são representativos do papel da evocação direta no mecanismo de mudança, principalmente quando ocorre em conjunto com a consequenciação.

No mesmo sentido, na sessão 9 do André, a CON1+EVO (21%) e a CON1 (12,4%) acompanharam a emissão de CCR1 (27,7%), que estava alta. Nas sessões 6 e 7, a consequenciação evocativa de CCR2 ocorreu menos que a consequenciação de CCR2 e apenas houve aumento de CCR2 na sessão 8, em que a consequenciação evocativa de CCR2 (26%) ultrapassou pela primeira vez a consequenciação desse comportamento (21,2%). Também nessa sessão, houve menor foco no CCR1, da mesma maneira que ocorreu em algumas sessões com a Silvia. Também para o cliente André, na sessão 14 (fase B1), em que houve aumento brusco da evocação, analisa-se pela Figura 13 que houve aumento tanto na CON1+EVO (8,9%) quanto na CON2+EVO (6,3%). Além disso, apesar de a consequenciação total apresentar pouca queda, registrou-se queda expressiva da consequenciação de CCR1 (de 26,3% na sessão 13 para 17% na 14) e aumento também expressivo da consequenciação de CCR2 (de 8,8% na sessão 13 para 19,6% na 14). Apesar de o aumento de CCR2 não ter sido suficiente para ultrapassar a porcentagem de CCR1, foi observada queda na emissão de CCR1, de 55,6% para 44,6%, e a maior porcentagem de CCR2 (30,4%) das fases B desse cliente.

As análises dessas sessões podem ser importantes por trazerem à tona hipóteses sobre o impacto que a ênfase dada pelo terapeuta pode ter sobre o cliente. Parece haver relação entre comportamentos da terapeuta que são focados no CCR1 e no CCR2 e a ocorrência de maior emissão de CCR1 e CCR2, respectivamente. Quando a terapeuta minimizou intervenções focadas no CCR1 e aumentou aquelas focadas no CCR2, houve correspondentes aumento de CCR2 e queda de CCR1. A realização de análise sequencial de atraso poderia explicitar melhor

de que forma ocorreram essas influências, porém, os presentes dados acerca dessas sessões trazem indicativos de que haja relação entre esses comportamentos. Quando a terapeuta emitiu mais consequenciação e evocação de CCR2, esse comportamento da cliente também apresentou aumento, além de o CCR1 diminuir. Da mesma maneira, em sessões em que a terapeuta emitiu comportamentos relacionados com o CCR1 e o CCR2, ambos também ocorreram mais e quando a terapeuta deu maior ênfase no CCR1, esse aumentou de porcentagem e o CCR2 diminuiu. Embora não seja possível dentro do escopo do presente trabalho determinar as causas disso, pode-se relacionar tais dados com conceitos de Análise do Comportamento que podem trazer à luz algumas questões. No que se refere a modelagem e reforçamento diferencial, quando a ênfase sobre determinado comportamento é maior, os demais comportamentos deixam de ser reforçados e, portanto, sua probabilidade de emissão diminui. Nesse sentido, a própria consequenciação de CCR1 seria menos importante para a mudança do que o foco no CCR2.

Outro dado relevante refere-se à análise das sessões 10 e 20 com o André, as quais indicaram aumento de CCR2 e diminuição de CCR1 sem evidências de comportamentos da terapeuta que justificassem os mesmos: CON1, CON1+EVO e CON2+EVO decaíram e CON2 manteve-se sem alteração. Na sessão 22 também se observou o aumento de CCR2 (de 14,7% para 20%) sem comportamentos da terapeuta que embasasse a mudança, já que os mencionados estavam em queda. Como discutido, de forma comparativa, também foi observado o mesmo efeito sobre a cliente Silvia nas últimas sessões das fases BC. Isso embasa a hipótese de esses comportamentos de melhora possam ser decorrentes de um processo de fortalecimento de repertório dos comportamentos de melhora, mais do que devidos a características individuais dos mesmos ou a alguma intervenção direta que estivesse trazendo à tona novos comportamentos em sessão.

No caso da sessão 16, a consequenciação evocativa de CCR2 aumentou (de 0,9% para 10,7%), bem como a consequenciação de CCR2 (de 22,1% para 34,8%), essa de forma mais expressiva, sendo que os CCR2 apresentaram aumento brusco nessa sessão (de 29,2% para 54,1%). Na seguinte, a CON2 decaiu (29,7%), mas a CON2+EVO aumentou (25%) e os efeitos sobre o CCR2 foram preservados (55,1%). Apenas na sessão 18, em que ambas decaíram (22,3% de consequenciação de CCR2 e 21,5% de consequenciação evocativa de CCR2) foi também se observou queda no CCR2 (48,9%). Isso indica que tanto a consequenciação quanto a consequenciação evocativa parecem se revezar na função de produzir comportamentos de melhora em sessão.

Ao se analisar a Figura 7 que indica os comportamentos de evocação e consequenciação totais, pode-se perceber que houve pouca diferença da fase BC1 para a BC2 no que se refere à emissão de consequenciações e evocações pela terapeuta. Inclusive, no panorama geral, os totais de evocação e de consequenciação diminuíram de uma fase para outra e, no entanto, ocorreu aumento de CCR2 e diminuição de CCR1 significativos. Isso aponta para outro processo que não o comportamento da terapeuta atuando diretamente nessa mudança comportamental. Ao se analisar que ao longo do processo de terapia o terapeuta precisa emitir progressivamente menos comportamentos de evocação e consequenciação para que o cliente emita comportamentos de melhora, isso significa dizer que o cliente passou por um processo de aprendizagem que apresentou dois resultados: 1) o repertório do cliente foi modificado e/ou ampliado e 2) o terapeuta e o próprio ambiente terapêutico passaram a ser antecedentes para emissão desses comportamentos.

Assim, a evocação parece atuar de forma direta no sentido de trazer à tona comportamentos de melhora como se observa pelo aumento brusco dos mesmos logo que a evocação é inserida. Entretanto, na fase BC2 de ambos os clientes, com a evocação e a consequenciação ocorrendo menos parece ficar demonstrado que os comportamentos emitidos pelos clientes não se devem unicamente a intervenções da terapeuta, mas a um processo de aprendizagem que foi sendo consolidado.

3.4. *Follow-up* com os clientes

Com o intuito de verificar a manutenção dos efeitos das intervenções sobre os clientes, após três meses da última sessão coletada, foi realizada uma nova sessão. A mesma foi gravada, transcrita e categorizada com o FAPRS. Durante o período pós coleta de dados e também nas sessões de *follow-up* com cada cliente, foi realizado o mesmo procedimento da linha de base, em que não foram conduzidas sessões baseadas em FAP de forma sistemática, sendo as sessões voltadas para análises de contingências externas.

Figura 14 – Porcentagem de emissão de CCR1, CCR2 e CCR3 pela cliente Silvia nas sessões das fases experimentais e sessão de follow-up

Figura 15 – Porcentagem de emissão de CCR1, CCR2 e CCR3 pelo cliente André nas sessões das fases experimentais e sessão de follow-up

Na sessão de *follow-up*, os resultados apontaram a manutenção de maior ocorrência de CCR2 (21,2%) do que de CCR1 (9,9%) para a Silvia, que na última sessão de coleta de dados registrou 48,8% de CCR2 e 8% de CCR1. Também se observou a diminuição de emissões de CCRs totais, o que foi consistente com o que a cliente demonstrou ao longo do estudo, ou seja,

nas fases sem evocação a emissão de CCRs diminuía. Apesar de a porcentagem de CCR2 ter sido mais baixa do que a registrada na última sessão antes do *follow-up*, ainda assim ficou mais alta do que na linha de base. Também o CCR1 não retornou na porcentagem mais baixa observada, contudo, não atingiu a alta porcentagem registrada na linha de base. Houve também aumento na emissão de CCR3s (2,7%) nessa sessão. Esta sessão demonstrou a manutenção dos efeitos da psicoterapia realizada, já que entre o término da coleta de dados e a sessão de *follow-up*, não foi realizada FAP sistematicamente.

Com o André, na sessão de *follow-up* a ocorrência de CCR1 (24,7%) diminuiu em relação à última sessão da fase B2 (25,9%), entretanto, também houve diminuição de CCR2 (17,3% na sessão de *follow-up* e 23,8% na última sessão coletada). Observou-se também menor emissão de CCRs totais, o que foi pouco verificado ao longo das fases experimentais. A diminuição de CCR1s pode ser considerada um avanço importante para esse cliente, já que ele demonstrou durante o tempo de intervenção que na ausência de evocação, aumentava expressivamente a emissão de CCR1. Esse progresso é bastante significativo e, apesar de os CCR2s diminuírem de frequência, isso pode ser devido à complexidade do caso do André. Seu diagnóstico pode dificultar o fortalecimento de mudanças conquistadas e, possivelmente, seria necessário um tempo maior do que os três meses para a consolidação de tais mudanças.

3.5. Dados obtidos no OQ-45.2

O instrumento possibilita análise qualitativa do terapeuta a respeito dos domínios Desconforto Subjetivo (relacionado a sintomas), Relacionamentos Interpessoais e Papel Social, bem como os valores totais obtidos pelo cliente. Foram realizadas as análises da porcentagem da pontuação total (porcentagem da pontuação registrada dividido pelo total possível de pontuação) e de pontos percentuais registrados acima da pontuação de corte (conforme descrito na seção de Método). Quanto menor o valor obtido, menos dificuldades o cliente apresentou e, no caso da segunda, era possível a obtenção de valores negativos. Isso ocorreu quando a pontuação do cliente ficou abaixo do nível de relevância clínica, o que é representativo de melhora significativa do ponto de vista clínico.

Figura 16 – Porcentagem da pontuação total e pontos percentuais acima da pontuação de corte obtidas no instrumento Outcome Questionnaire (OQ-45.2) pela cliente Silvia no Total do instrumento

Figura 17 – Porcentagem da pontuação total e pontos percentuais acima da pontuação de corte obtidas no instrumento Outcome Questionnaire (OQ-45.2) pela cliente Silvia nos domínios Desconforto Subjetivo, Relacionamentos Interpessoais e Papel Social

A Figura 16 aponta pouca variação nas pontuações relativas totais obtidas pela Silvia durante a coleta de dados, com aumento progressivo a partir da fase B2. Não parecem ter sido registradas mudanças imediatas com relação às fases experimentais. Observa-se tendência de queda na linha de base e que, de forma mais expressiva a partir da fase BC2, passou a ocorrer aumento da pontuação relativa total, impactando também nos pontos percentuais acima da pontuação de corte.

Contudo, na Figura 17, no que tange ao Papel Social, observa-se que houve aumento crescente da insatisfação da cliente nesse domínio. É importante discutir que Silvia passou por diversas mudanças no quesito profissional desde o início dos atendimentos. Enquanto no início da psicoterapia ela possuía diversas dificuldades de manejo de problemas no cotidiano profissional, conforme foi estabelecendo formas diferentes de se comportar, esses problemas tenderam a diminuir. No início da coleta de dados, já havia ocorrido melhora substancial nesse domínio, como se observa no OQ-45.2 nas fases A, B1 e BC1. Na sessão 5, o Papel Social registrou zero pontos percentuais acima da pontuação de corte, o que ocorreu novamente nas sessões 8 e 12, sendo que na sessão 15, os valores atingidos saíram do nível considerado de relevância clínica em 3 pontos percentuais. Após esse período, Silvia entrou em um processo de decisão de carreira que implicava mudanças radicais nos mais diversos aspectos de sua vida, impactando mudança de localidade, distância da família e decisões de futuro com o namorado. Nessa mesma época, o Desconforto Subjetivo, que vinha em tendência de queda, passou a aumentar. Enquanto na sessão 9 esse domínio havia atingido apenas 5 pontos percentuais acima da pontuação de corte, esse atingiu 23 pontos percentuais na sessão 26 da fase BC2. Ao mesmo tempo, o domínio Relacionamentos Interpessoais apresentou melhoras ao longo da fase BC2. Essa categoria atingiu 2 pontos percentuais acima da pontuação de corte nas sessões 6, 15, 16 e 24. Mesmo na sessão de *follow-up*, a pontuação em todos os domínios diminuiu.

Figura 18 – Porcentagem da pontuação total e pontos percentuais acima da pontuação de corte obtidas no instrumento Outcome Questionnaire (OQ-45.2) pelo cliente André no Total do instrumento

Figura 19 – Porcentagem da pontuação total e porcentagem da pontuação de corte obtidas no instrumento Outcome Questionnaire (OQ-45.2) pelo cliente André nos domínios Desconforto Subjetivo, Relacionamentos Interpessoais e Papel Social

No caso do André, verificou-se oscilações ao longo do processo terapêutico. Na pontuação total, houve queda expressiva nas sessões da fase BC1, atingindo zero pontos percentuais acima da pontuação de corte já na primeira sessão, decaindo para -1 e -2 (já passando a se enquadrar fora do nível de relevância clínica) nas sessões seguintes e aumentando para 2 e 3 pontos percentuais posteriormente. Essa mudança foi embasada por diminuição das pontuações em todos os domínios. O mais expressivo foi o Desconforto Subjetivo, que permaneceu abaixo do nível de relevância clínica em quatro das cinco sessões da fase, chegando a atingir -6 pontos percentuais na sessão 8. Também no que se refere ao Relacionamentos Interpessoais, o cliente pontuou acima desse nível apenas nas sessões 6 e 10 (2 pontos) dessa fase.

O domínio Papel Social oscilou ao longo da coleta de dados, representado pelas variações ocorridas em seu momento profissional. De modo geral, os problemas foram-se intensificando da fase BC1 para a B1, atingindo o ápice na época das sessões finais dessa fase. Posteriormente, o próprio problema resolveu-se, o que impactou na diminuição dos valores observados a partir da fase BC2. O momento mais crítico ocorreu na sessão 14, na qual, conforme discutido anteriormente, o cliente passava por um momento de dificuldades. Na própria sessão, foi necessária uma maior evocação da terapeuta para manejo do tipo de comportamentos problema ocorrendo em sessão em decorrência do momento vivido pelo cliente. Além disso, a partir da sessão 12 já vinham aumentando os problemas relatados pelo cliente em termos de Relacionamentos Interpessoais, sendo que na sessão 13 houve importante aumento que permaneceu até a última sessão da fase BC2. Na mesma, o Desconforto Subjetivo aumentou significativamente de 15 para 24 pontos percentuais acima da pontuação de corte e o Papel Social aumentou de 8 para 28.

Já no início da fase B2, a pontuação nos três domínios entrou em declínio, atingindo os valores mais baixos na sessão 25: Desconforto Subjetivo ficou 2 pontos percentuais acima da pontuação de corte, Relacionamentos Interpessoais, 7 pontos e Papel Social 6 pontos abaixo da pontuação de corte.

Assim, enquanto com a Silvia, as mudanças foram mais progressivas, com o André registraram-se mudanças mais expressivas de acordo com o que o cliente vivia. Nos dois casos, foi difícil relacionar de forma direta os dados obtidos no OQ-45.2 com o procedimento utilizado pela terapeuta. Possivelmente, por se tratar de instrumento para avaliação global, pareceu captar as mudanças ocorridas de forma abrangente no cotidiano do cliente, o que é impactado pelo processo psicoterapêutico, mas não é exclusivo ao mesmo. As mudanças registradas são

sensíveis e pelo fato de o questionário ter sido respondido no início da sessão, foram livres de interferência sobre o que foi conversado na mesma, registrando o estado de chegada do cliente antes da intervenção. Dessa forma, os resultados no instrumento por sessão também não podem ser relacionados aos dados do FAPRS da mesma sessão.

Apesar disso, foi um instrumento que complementou as análises da terapeuta e possibilitou acompanhamento quantitativo da evolução clínica dos participantes.

Para ambos os clientes, foi registrada melhora nos totais da sessão de *follow-up*.

4. CONCLUSÃO

O presente estudo teve por objetivo identificar os efeitos da evocação direta da terapeuta sobre os comportamentos clinicamente relevantes dos clientes na Psicoterapia Analítica Funcional (FAP).

Nos dados obtidos por Aranha (2017), Geremias (2014), Lima (2017), Mangabeira (2015), Oshiro et al. (2012), Villas-Bôas et al. (2016), observou-se inversão abrupta entre CCR1 e CCR2 quando da inserção da FAP, o último tornando-se mais frequente que o primeiro. De acordo com Sidman (1960), a existência de curva de aquisição é representativa do processo de instalação de comportamentos, havendo indícios da existência de outros processos atuantes quando a mesma não está presente. Os dados desses estudos indicaram, portanto, a existência de processos evocativos, os quais também pareceram atuar na produção de mudanças comportamentais nos clientes em sessão e, portanto, isso implica que tal mudança não seria decorrente de forma exclusiva ao responder contingente do terapeuta.

Nesse sentido, para investigação da evocação direta na FAP, foi utilizado delineamento de caso único de reversão com controle da inserção da variável independente entre os clientes, sendo A-B1-BC1-B2-BC2 para a primeira cliente e A-BC1-B1-BC2-B2 para o segundo cliente. A fase A correspondeu à condução de análises de contingências externas em conjunto com o cliente, sem uso sistemático da FAP. As fases B consistiram na utilização da FAP sem evocação direta e as fases BC, em FAP completa. Após três meses do encerramento da fase de coleta de dados, foi realizada uma sessão de *follow-up*.

Foram analisadas 52 sessões de psicoterapia, sendo 26 de cada cliente, em que se observou que, enquanto na linha de base e nas fases B ocorreram mais CCR1s do que CCR2s, nas fases BC quando a evocação foi inserida, registrou-se inversão imediata entre esses comportamentos, sendo que os CCR2 aumentaram sua ocorrência de forma expressiva. Também, ao longo do processo, observou-se aumento progressivo de CCR2 e diminuição também progressiva de CCR1, o que é consistente ao esperado de um processo FAP bem sucedido. Além dos CCR1s e CCR2s, a evocação parece ter impactado as emissões de CCR3s, aumentando sua frequência, já que foi registrado aumento desses comportamentos com um dos clientes quando a evocação foi inserida.

Nesse sentido, os dados do presente estudo replicaram os obtidos por Oshiro et al. (2012) e Geremias (2014) no que se refere à inversão abrupta que ocorre entre os tipos de CCRs no delineamento de reversão. Como o presente estudo manipulou de forma isolada uma das variáveis da FAP e não a FAP completa como nos estudos citados e, ainda assim, replicou os

dados registrados nos mesmos, pode-se dizer que a evocação direta tem papel no mecanismo de mudança dessa psicoterapia, exercendo impacto nas mudanças comportamentais registradas nos clientes.

É possível discutir que a evocação direta parece funcionar como antecedente para emissão de comportamentos, exercendo papel de estímulos discriminativos e operações motivadoras que produzem comportamentos de melhora em sessão. É importante levantar também que foi consistente com ambos os clientes a diminuição de emissões de evocação na última sessão de cada fase experimental BC e que, apesar disso, os comportamentos de melhora continuaram ocorrendo em alta porcentagem. Isso aponta que não apenas existe o efeito evocativo atuando para trazer comportamentos clinicamente relevantes para sessão, mas também a existência de um processo de aprendizagem que os mantém ocorrendo. Com a diminuição de eventos da terapeuta que evocassem tais comportamentos, sua emissão em alta porcentagem parece ter por base o fortalecimento dos mesmos no repertório dos clientes.

Adicionalmente, para um dos clientes nas fases BC, de modo geral, a evocação em conjunto com a consequenciação ocorreu mais do que apenas a evocação ou apenas a consequenciação. Para a outra cliente, a consequenciação ocorreu mais, entretanto, a evocação em conjunto com a consequenciação chegou em valores próximos da mesma. Dessa maneira, os dados obtidos apontaram também para a complementação existente entre a evocação e a consequenciação que, muitas vezes, são utilizadas em conjunto na produção dessas mudanças imediatas e também duradouras. Não é possível, entretanto, distinguir os efeitos da consequenciação daqueles da consequenciação evocativa. Pelo fato de a segunda configurar-se tanto como consequenciação quanto como evocação em uma mesma fala, não foi possível precisar sob controle de qual das funções o cliente respondeu.

Para ambos os clientes, nas fases BC a consequenciação evocativa de CCR1 foi mais utilizada do que a consequenciação de CCR1, o que não foi verificado com relação ao CCR2. Nesse caso, a consequenciação foi significativamente mais utilizada do que a consequenciação evocativa de CCR2. É possível que a evocação com relação aos CCR1s possa funcionar para minimização dos estímulos aversivos da apresentação de uma consequência ao comportamento problema, o que não é necessário com relação ao comportamento de melhora, que é consequenciado por meio de reforçamento positivo.

Adicionalmente, não se tem conhecimento de outros estudos que objetivaram a análise do papel da regra 2 por meio do isolamento dessa variável de forma experimental, tendo sido registradas apenas pesquisas que não dispunham de tal controle, como de Lizarazo et al. (2015)

e Mayo et al. (2014). Nesse sentido, o principal ponto forte do presente estudo refere-se ao delineamento experimental proposto, inclusive no que se tange ao controle do início das fases experimentais entre os clientes, e nos resultados obtidos. Considerando-se a hipótese fundamentada de que a apresentação de estímulos antecedentes em sessão (evocação) era a responsável pelas mudanças bruscas verificadas nos comportamentos dos clientes, o delineamento de reversão deveria possibilitar que o efeito evocativo ocorresse, que quando fosse retirado, ocorreria o retorno das variáveis dependentes às medidas anteriores e que essas duas condições fossem replicadas intrassujeito, o que de fato ocorreu. O próprio delineamento de reversão foi um ponto forte na condução da pesquisa por possibilitar a obtenção de medidas com e sem a variável independente, além da replicação das mesmas. Isso solidifica a proposta de que a produção de CCR2 nas sessões FAP tenha também por base a existência de processos evocativos atuantes, já que diante da ausência da evocação os mesmos imediatamente diminuíram sua ocorrência. Assim, as mudanças nos comportamentos dos clientes destacaram a evocação como relevante para o mecanismo de mudança da FAP e, principalmente, quando atuante de forma conjunta com a consequenciação.

A definição da variável independente foi um desafio, entretanto, também foi bem sucedida por estar embasada em uma operacionalização clara dos comportamentos da terapeuta. Sua limitação reside na própria natureza desses comportamentos, já que na consequenciação evocativa não foi possível separar completamente os efeitos pertinentes à evocação daqueles da consequenciação. Compreende-se, entretanto, que a própria distinção entre a evocação, a consequenciação e a consequenciação evocativa já se configurou um avanço, uma vez que demonstrou que em grande parte das intervenções classificadas como de responder contingente também estão embutidos processos de evocação que impactam a produção de comportamentos de melhora. Como proposta para futuros estudos fica a realização dessas investigações.

A quantidade de sessões conduzidas por fase experimental foi um ponto forte desse estudo, que respeitou os critérios propostos por Kratochwill et al. (2013). Essa possibilitou medidas acerca das mudanças nas variáveis dependentes quando da manipulação na variável independente e, por existirem cinco pontos de coletas de dados por fase experimental, foi possível a verificação da estabilidade nas variáveis e da demonstração dos efeitos registrados de forma mais ampla. O OQ-45.2 proporcionou medidas extrassessão e a condução de sessões de *follow-up* foram importantes para verificação da manutenção dos efeitos observados.

O fato de a pesquisadora ser também a terapeuta foi outro ponto forte importante, já que possibilitou o seguimento do procedimento proposto em sessão, qual seja, a manipulação da

variável independente e o seguimento das fases. Essa decisão metodológica foi tomada de forma fundamentada e visando atender os critérios de pesquisa baseada em evidências (Kratochwill et al., 2013), sendo que seria imprescindível o conhecimento aprofundado acerca das hipóteses e da utilização da variável independente pela terapeuta que conduziria as sessões. Pode-se discutir que o fato de a terapeuta estar ciente acerca das hipóteses do estudo seja um viés, o qual não é possível de eliminar em pesquisas dessa natureza.

No que se refere à terapeuta-pesquisadora enquanto categorizadora das sessões, esse foi um ponto forte devido ao acesso diferenciado que o terapeuta possui na análise das contingências presentes em sessão e dos comportamentos de cliente e terapeuta. Considerando-se que o ambiente terapêutico é complexo, suas nuances dificilmente podem ser apreendidas por meio de observação externa. Nesse sentido, o impasse foi a concordância de categorização entre a terapeuta e as aferidoras de concordância. É importante discutir que aferidoras e terapeuta ficaram sob controle de aspectos diferentes do comportamento a ser categorizado, o que, na comparação, pode ter impactado diretamente na concordância. Assim, a utilização da terapeuta como categorizadora foi também uma escolha metodológica que pode parecer um ponto fraco por dificultar a aferição de concordância com um categorizador independente, entretanto, foi um ponto forte pela inexistência do treino excessivo que tem sido dispensado a categorizadores em estudos da área, o qual configura-se como um viés nesse tipo de pesquisas. Simultaneamente, foi outro ponto forte o fato de a terapeuta ter acesso a propriedades de comportamentos que tenham ocorrido e que apenas terapeuta e cliente conseguiriam acessar de forma aprofundada por estarem inseridos nas contingências da sessão.

O seguimento do procedimento, o qual implicou em fragmentar a FAP em componentes de acordo com a fase experimental pode ter sido um aspecto que tenha artificializado o processo terapêutico em certo nível. A FAP enquanto psicoterapia é composta por cada um de seus componentes e foi necessária a separação dos mesmos para verificação de seus efeitos sobre os clientes. Apesar disso, é importante levantar o contraponto de que o processo terapêutico em si não foi afetado e a naturalidade do contexto de coleta de dados foi mantida. Não houveram prejuízos à relação terapêutica e, apesar da mudança na forma de condução da sessão que o procedimento implicava, foi priorizado o bem estar dos clientes e a manutenção do processo psicoterapêutico da forma mais fluida possível.

A análise da qualidade das evocações ou mesmo microanálises poderiam possibilitar uma investigação mais aprofundada sobre outros aspectos do comportamento de evocação direta do terapeuta FAP. Da mesma maneira, como se observou a amplitude entre CCR1 e

CCR2 diminuindo com o passar das sessões da fase B2 para ambos os clientes, seria interessante a proposta de um estudo que prolongasse o número fases de replicação a fim de verificar se em algum ponto, mesmo com a evocação direta ausente, os comportamentos de melhora ultrapassariam os comportamentos problema. Espera-se que pesquisas futuras investiguem outros aspectos relacionados à evocação, já que seu impacto no mecanismo de mudança dessa psicoterapia demonstrou ser relevante e ainda precisa ser aprofundado.

REFERÊNCIAS⁴

- Aranha, A. S. (2017). Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional aplicada ao Transtorno por Uso de Substâncias. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Baruch, D. E., Kanter, J. W., Busch, A. M., Plummer, M. D., Tsai, M., Rusch, L. C., Landes, S. J. & Holman, G. I. (2008). Lines of evidence in support of FAP. In: M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callaghan (Eds.), *A guide to FAP: Using awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer.
- Beck, A., Freeman, A. (1993). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E. & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40, 280-290.
- Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J. W., Baruch, D. E. & Weeks, C. (2010). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: a replication and extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 11-19.
- Callaghan, G. M. (2006). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today*, 7, no. 3, p. 357-398.
- Callaghan, G. M. & Follette, W. C. (2008). FAPRS Manual: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 57-97.
- Carvalho, L. F., Rocha, G. M. A. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45.2) para o Brasil. *Psico-USF*, 14, n.3, p. 309-316.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed.
- Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Demorest, A., Azarian, K., Muenz, L. & Chittams, J. (1996). Varieties of transference patterns in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1213-1221.
- Danna, M. F., Matos, M. A. (1999). *Ensinando observação: uma introdução*. São Paulo: Edicon.
- Da Cunha, R. N. & Isidro-Marinho, G. (2005). Operações estabelecedoras: um conceito de motivação. In: Abreu-Rodrigues, J. & Ribeiro, M. R. (Orgs.), *Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação*. Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, G. (2011). Treino didático de análise de contingências e previsão de intervenções sobre as consequências do responder. *Revista Perspectivas*, 2(1), pp. 53-71.

⁴ De acordo com o estilo APA

- Del Prette, G. & Almeida, T. A. C. (2012). O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental. In Borges, N. B., Cassas, F. A. (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp. 166-170). Porto Alegre: Artmed.
- Follette, W. C. & Bonow, J. T. (2009). The challenge of understanding process in clinical behavior analysis: the case of Functional Analytic Psychotherapy. *The Behavior Analyst*, 32(1), 135-148.
- Frankel, A. J. (1975). Beyond the simple functional analysis – The chain: a conceptual framework for assessment with a case study example. *Behavior Therapy*, 6, 254-260.
- Geremias, M. C. G. (2014). *Manejo de esquivas emocionais na Psicoterapia Analítica Funcional: delineamento experimental de caso único*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hartmann, D. P., Barrios, B. A., & Wood, D. D. (2004). Principles of behavioral observation. In S. N. Haynes and E. M. Hieby (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment* (Vol. 3, Behavioral assessment) (pp. 108-127). New York: John Wiley & Sons.
- Hersen, M. (1985). Single-case experimental designs. In: Bellack, A. S., Hersen, M., Kazdin, A. E. (1985). *International handbook of behavior modification and therapy*. New York and London: Plenum Press.
- Holman, G., Kanter, J. W., Tsai, M. & Kohlenberg, R. J. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy made simple: a clinician's guide to using the Awareness-Courage-Love (ACL) model in session*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Kazdin, A. (2002). *Research design in clinical psychology*. Ed. Barnes and Nobles.
- Kazdin, A. & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), pp. 1116-1129.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, no. 3, 146-159.
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., & Baruch, D. E. (2006). The effect of contingent reinforcement on target behavior in outpatient psychotherapy for depression: an investigation of Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39, 463-467.
- Keller, F. S. & Schoenfeld, W. N. (1950). *Principles of Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: a guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. NY: Plenum.

- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. Y. & Kanter, J. W. (1999). Focusing on the client-therapist interaction, Functional Analytic Psychotherapy: a behavioral approach. *European Psychotherapy*, 1, 15-25.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M. & Shadish, W. R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education*, 34(1), p. 26-38.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C. & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249-258.
- Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E. & Busch, A. M. (2013). The impact of the active components of Functional Analytic Psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 49-57.
- Landis, J. R., Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. Mar; 33(1):159-74.
- Leonardi, J. L., Borges, N. B. (2012). A modelagem como ferramenta de intervenção. In Borges, N. B., Cassas, F. A. (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp. 166-170). Porto Alegre: Artmed.
- Lichtenberg, J. W. & Heck, E. J. (1986). Analysis of sequence and pattern in process research. *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 170-181.
- Lima, G. de O. (2017). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional em casos de abuso sexual*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Lizarazo, N. E., Muñoz-Martinez, A. M., Santos, M. M. & Kanter, J. K. (2015). A within-subjects evaluation of the effects of Functional Analytic Psychotherapy on in-session and out-of-session client behavior. *Psychological Record*, 65, p. 463-474.
- Mangabeira, V. S. (2014). *Efeitos da sinalização de intervenções na Psicoterapia Analítica Funcional*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Rev. Estudos de Psicologia*, v. 16, n. 3, p. 8-18.
- Mayo, A. & Graciano, A. E. (2014). *Cambios en las conductas clinicamente relevantes 3, tras el uso diferencial de reglas terapêuticas 2 y 3 dirigidas a la modificación de las conductas clinicamente relevantes 1 y 2 em la Psicoterapia Analítico Funcional*. Dissertação de Mestrado. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia.
- Meyer, S. B., Villas-Bôas, A., Franceschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyama, M., Rossi, P. R., Mangabeira, V. S. (2015). *Terapia analítico-comportamental: relatos de casos e análises*. São Paulo: Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

- Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 37, 149-155.
- Michael, J. (1983). Evocative and repertoire-altering effects of an environmental event. *The analysis of Verbal Behavior*, 2, 19-21.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, no.2, p. 191-206.
- Michael, J. (2000). Implications and refinements of the establishing operation concept. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, no.4, p. 401-410.
- Millenson, J. R. (1967). *Principles of behavioral analysis*. New York: Mac Millan.
- Morris, E. K., Todd, J. T., Midgley, B. D., Schneider, S. M., Johnson, L. M. (1990). The history of behavior analysis: some historiography and a bibliography. *The Behavior Analyst*, 13, no. 2, 131-158.
- Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Oshiro, C. K. B., Kanter, J. W. & Meyer, S. B. (2012). A single-case experimental demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, no 2-3, 111-116.
- Saramago, J. (1995). *Ensaio sobre a cegueira*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Sério, T. M. de A. P., Andery, M. A., Gioia, P. S. & Micheletto, N. (2004). *Controle de estímulos e comportamento operante*. São Paulo: EDUC.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research: evaluating experimental data in psychology*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. Campinas: Editorial Psy.
- Siegel, S. & Castellan, N. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. McGraw Hill, Boston.
- Skinner, B. F. (1935). The Generic Nature of the Concepts of Stimulus and Response. *The Journal of General Psychology*, v. 12, 1.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, 1953. *Science and human behavior*. NY: MacMillan Company.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: a theoretical analysis*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1982). Contrived reinforcement. *The Behavior Analyst*, 5, 3-8.

- Sturmey, P. (1996). *Functional Analysis in Clinical Psychology*. NY: Wiley.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Spring.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I. & Loudon, M. P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy: Distinctive Features*. Cornwall: TJ International Ltd.
- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., Kohlenberg, R. J., Tsai, M. (2011). Therapeutic change processes in Functional Analytic Psychotherapy. *Clinica y Salud*, 22(3), p. 209-221.
- Villas-Bôas, A. (2015). Efeitos de análises de contingências sobre comportamentos clinicamente relevantes e sobre mudanças extrassessão. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., Kanter, J. W. & Callaghan, G. M. (2015). The use of analytic interventions in Functional Analytic Psychotherapy. *Behavior Analysis: Research and Practice*, Vol 15(1), Feb 2015, 1-19.
- Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., & Kanter, J. W. (2016). The Effects of Analyses of Contingencies on Clinically Relevant Behaviors and Out-of-session Changes in Functional Analytic Psychotherapy. *The Psychological Record*, 66(4), 599-609. DOI: 10.1007/s40732-016-0195-y.
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J. & Busch, A. M. (2012). Translating the theoretical into practical: a logical framework of Functional Analytic Psychotherapy interactions for research, training and clinical purposes. *Behavior Modification*, 36(1), p. 87-119.

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CLIENTES**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CLIENTE

Prezado cliente,

Somos professora e estudante de pós-graduação do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e estamos estudando o processo de mudança do cliente na psicoterapia.

É por esta razão que o convidamos a participar de um projeto de pesquisa de mestrado, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP (CEPH-IPUSP), que fica localizado na Av. Professor Mello Moraes, nº. 1.721 - Bloco G, Sala 27 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. O telefone para contato do CEPH-IPUSP é (11) 3091-4182 e o e-mail é ceph.ip@usp.br.

Para que você possa decidir se pode colaborar conosco, procuramos esclarecer resumidamente a seguir o que será feito. Se depois de ler, você tiver dúvidas e quiser esclarecimentos, estaremos à sua disposição.

Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa:

Nossa pesquisa consiste na condução de um atendimento psicoterapêutico, com sessões semanais de 50 minutos. As sessões psicoterapêuticas serão conduzidas de acordo com os preceitos da Psicoterapia Comportamental e, a partir de determinado momento, será introduzido o trabalho com a própria relação terapêutica (relacionamento existente entre terapeuta e cliente), assim como prevê a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP).

Assim, haverá um período inicial no qual a terapia será conduzida sem haver um foco direto na relação terapêutica; será então introduzida a FAP, visando à melhora dessa relação. Tais momentos de trabalho, com ou sem foco na relação terapêutica, serão alternados.

Ao longo da pesquisa, uma de suas tarefas, além de comparecer às sessões, será preencher semanalmente um questionário, o qual requer aproximadamente 10 minutos para ser respondido. Além disso, também lhe será solicitado que preencha uma folha de registro de seus comportamentos, o que demandará até cinco minutos por dia. Esse preenchimento é de suma importância, pois permitirá a identificação de suas melhoras em sua vida diária. Somado a isso, as sessões serão filmadas e gravadas por uma câmera de vídeo e a interrupção da gravação poderá ser solicitada e avaliada a qualquer momento. Vale ressaltar que não haverá custo algum decorrente de sua participação no procedimento.

Rubricas:

Participante da pesquisa: _____

Pesquisador responsável: _____

Desconfortos e riscos possíveis e benefícios esperados:

Nenhum risco específico decorrente do procedimento está sendo previsto na presente pesquisa já que se trata de um processo terapêutico a fim de trazer melhoras em seus relacionamentos interpessoais. Portanto, os riscos existentes são semelhantes aos de processos psicoterapêuticos de forma geral. Está garantido a você qualquer tipo de ajuda que venha a ser identificada, mesmo que esta seja contrária aos objetivos da pesquisa. Durante todo o procedimento, terapeuta-pesquisadora e orientadora estarão atentas a possíveis necessidades suas a fim de lhe dar a assistência necessária, mesmo que para isso seja preciso interromper a presente pesquisa. Sua participação também poderá ser interrompida a qualquer momento que o desejar, caso sinta qualquer desconforto decorrente da pesquisa e mesmo que tal decisão não tenha sido proveniente da terapeuta-pesquisadora e/ou da orientadora.

Métodos alternativos existentes:

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

Acompanhamento, assistência, garantia de esclarecimento e seus responsáveis:

Durante toda a pesquisa, a terapeuta-pesquisadora estará atenta e discutirá com a orientadora as suas reações frente aos procedimentos psicoterapêuticos propostos. Caso seja observado qualquer prejuízo para você, o procedimento será imediatamente revisto e será suspenso. Eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas integralmente. A terapeuta-pesquisadora e a orientadora de mestrado estarão à disposição durante toda a pesquisa para esclarecimentos adicionais.

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

Mesmo que você concorde em participar, caso sinta qualquer desconforto proveniente da pesquisa, você poderá suspendê-la a qualquer momento. Será importante que você comunique sua terapeuta sobre a desistência. Você poderá discutir conosco qualquer questão ou dúvida e retirar seu consentimento, caso considere necessário. Caso seja essa sua vontade, tanto a coleta de dados como a análise dos mesmos poderão ser interrompidas e, nesse caso, todo o material coletado será destruído.

Rubricas:

Participante da pesquisa: _____

Pesquisador responsável: _____

Garantia do sigilo que assegura a privacidade do cliente:

As informações prestadas por você durante os atendimentos, as gravações de sessões e os questionários respondidos serão utilizados para fins didáticos e de pesquisa, incluindo publicações científicas. Essas informações serão tratadas de forma confidencial e os seus dados de identificação não serão divulgados em hipótese alguma. Somente a terapeuta-pesquisadora, a orientadora e um aferidor de concordância do grupo de pesquisa terão acesso às filmagens, sendo que todos assumirão o compromisso formal de absoluto sigilo sobre qualquer informação pertencente às sessões.

Tal Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido de acordo com o item IV da Resolução 466/2012, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos e será assinado em duas vias, sendo que uma delas ficará sob sua posse e a outra com a pesquisadora. Qualquer informação adicional poderá ser obtida junto à orientadora por meio do e-mail claudiaoshiro@usp.br ou junto à pesquisadora por meio do e-mail joana.vartanian@usp.br.

Cordialmente,

Joana Figueiredo Vartanian
Pesquisadora responsável

Eu,.....,

R.G.:....., participei do projeto de pesquisa descrito acima e
declaro que estou ciente e concordo com as condições apresentadas.

São Paulo,.....de.....de.....

Assinatura do cliente_____

APÊNDICE B**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE**

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Prezados transcritores e aferidores de concordância,

O presente trabalho intitulado “Efeitos da evocação sobre os comportamentos clinicamente relevantes na Psicoterapia Analítica Funcional” é uma pesquisa de mestrado da psicóloga Joana Figueiredo Vartanian e está sob a orientação da Profa. Dra. Claudia Kami Bastos Oshiro, da Universidade de São Paulo. Você será responsável por categorizar sessões de psicoterapia conduzidas pela terapeuta-pesquisadora responsável e, portanto, é importante que algumas condições sejam respeitadas para garantir a proteção do cliente e do material utilizado:

1. Apenas eu poderei ter acesso ao conteúdo das sessões e dos registros;
2. Deverei guardá-los e manuseá-los em local seguro e protegido da observação de terceiros;
3. Mantereí sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação presente nos registros aos quais tive acesso, como por exemplo, identidade da terapeuta e do cliente, dados pessoais de ambos, entre outras informações pessoais íntimas relevantes.
4. Comprometo-me a devolver todo o material utilizado sem efetuar cópias ou duplicações e sem qualquer tipo de violação do material original.

Cordialmente,

Joana Figueiredo Vartanian
Pesquisadora responsável

Eu,.....

....., portador do R.G.:....., realizando a

atividade de..... para a pesquisa descrita acima comprometo-

me a respeitar as condições definidas nesse termo.

São Paulo,.....de.....de.....

Assinatura