

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

GIOVANA DEL PRETTE

**Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a
criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis**

São Paulo, SP

2011

GIOVANA DEL PRETTE

**Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a
criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Doutora em Psicologia. Área de
concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer

São Paulo, SP

2011

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

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Del Prette, Giovana.

Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis / Giovana Del Prette; orientadora Sonia Beatriz Meyer. -- São Paulo, 2011.

178 p.

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

1. Terapia comportamental 2. Análise do comportamento 3. Psicoterapia da criança 4. Processos psicoterapêuticos 5. Classificação (processos cognitivos) I. Título.

RC489.B4

FOLHA DE APROVAÇÃO

Giovana Del Prette

Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica.

Aprovada em: ___/___/_____.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

APOIO FINANCEIRO

CONSELHO NACIONAL DE
DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq)

E

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA
DO ESTADO DE SÃO PAULO (FAPESP)

Processo no. 07/56239-0

Às crianças.

AGRADECIMENTOS

À minha querida **orientadora Sonia**, que me recebeu em sua equipe de pesquisa, em 2003, quando ainda estava na Graduação e viajava todas as semanas a São Paulo para assistir às suas aulas e às da profa. Viví. Foi em sua disciplina de Relação Terapêutica que me encantei e me encontrei nesse campo de pesquisa, decidindo o curso da minha vida profissional. Você é parte essencial da minha jornada há oito anos! Obrigada por ter me ensinado a fazer pesquisa em clínica e a atender em terapia analítico-comportamental, e depois a orientar e supervisionar para passar adiante o que aprendi. Sonia será sempre meu modelo de olhar clínico, atitude ética, respeito, aceitação e compromisso. Obrigada pela preocupação com minha saúde e meu bem-estar, pelas caronas no meio da chuva e pelos conselhos na hora certa, que me deram forças para seguir adiante.

À minha família, **Zilda e Almir, Lucas e Sara**. Em especial aos meus **país**, pelo amor de toda a vida, por me incentivarem a crescer e a confiar em mim mesma, na superação de tantos obstáculos que encontrei. Por serem meu modelo de curiosidade, olhar analítico sobre o mundo e o comportamento e, especialmente, carinho e generosidade com o próximo. Obrigada me ensinarem a ser tão reforçador trabalhar na eterna busca de soluções por um mundo melhor.

Ao meu **namorado Leandro**, pelo amor e companheirismo, por ficar ao meu lado, por existir em minha vida. Obrigada pela paciência infinita nos períodos de trabalho mais intenso, por me ajudar a sentar e escrever quando eu não conseguia, ou a sair do computador e esfriar a cabeça quando eu devia, especialmente na loucura dos meses finais. Obrigada também por fazer e me ensinar toda a parte estatística e gráfica da tese.

A todas as gerações do **grupo de supervisão** da profa. Sonia, no Instituto de Psicologia, pela troca de experiências em atendimento clínico semanalmente durante sete anos, que teve papel fundamental na minha formação como terapeuta.

À equipe do **Núcleo Paradigma**, em especial **Roberto, Denis, Roberta, Joana, Yara, Felipe, Max, Marina, Sueli, Alda, Fernando, Nicos, Tati, Jan, Dante, Bia**: pelos trabalhos em equipe, reuniões, parcerias, conselhos, troca de experiência e bate-papo no QG, fazendo desse time uma equipe incrível.

Aos meus **alunos, orientandos e supervisionandos**, por me ensinarem a ensinar e me instigarem com sua vontade de aprender.

Aos meus **clientes**, pela experiência e inspiração no cotidiano de minhas carreiras clínica e acadêmica.

A tanta gente querida que me apoiou e ficou na torcida, especialmente **Victor**, **Patrícia**, **Carol**, **Herika**, **Rejane**, **Diego**, **Neto**, **Desirée**, **Regina**, **Roosevelt**, **Pérola** e **Luíza**, **Fabrcício**, **Lívia**, **Marina** e **Gabi**.

À **Tauane**, pelas transcrições, categorizações, dedicação, questionamentos clínicos, dúvidas existenciais, perguntas, respostas, intercâmbio de livros, diversão e amizade. Descobrir você foi um presente.

À **Claudia**, amiga de todas as horas, companheira de trajeto na pós e modelo de trabalho honesto, dedicado e ético. Longe ou perto, obrigada por todo apoio e pelos momentos de desestresse.

À **Giovana**, que participou do começo de tudo, desde 2003, quando atravessávamos o estado e a cidade toda, de ônibus, metrô e ponte Orca toda 4ª-feira para chegar às aulas. Obrigada pela amizade linda que só se fortalece.

Ao **Denís**, pessoa querida que me incentivou e me ajudou com dicas e sugestões mesmo nos horários apertados do nosso dia a dia.

À **Joana**, quem me ensinou tanto sobre o trabalho com crianças. Obrigada pelas parcerias, oportunidades, papos sérios, risadas e coisas fofas.

Ao **Dante**, pelo trabalho impecável como revisor de texto e de normas da APA. Você foi a pessoa certa na hora exata.

À **Yuna** e à **Sofia**, felinas silenciosas, ronronentas e encrenqueiras. Companhias perfeitas para se escrever uma tese.

À **FAPESP** e ao **CNPq**, pelo apoio financeiro ao longo deste trabalho.

E, especialmente, às terapeutas "**Alice**" e "**Bertha**", por doarem seu tempo curto e sua energia ao aceitaram participar desta empreitada. Por permitirem a exposição de seus trabalhos, na disposição de contribuir para o campo da pesquisa clínica. Pela intervenção linda com as crianças "**Alex**" e "**Bia**" e suas famílias, que foi uma demonstração de trabalho com amor, respeito e expertise. A dedicação, delicadeza e modelo de seus trabalhos me fizeram a cada dia repensar minhas ideias, mudar minhas práticas e trabalhar com afinco na análise dos dados que iam se revelando mais e mais preciosos.

*Un enfant, il m'inspire deux sentiments:
celui de la tendresse dans le présent,
celui du respect pour ce qu'il peut être un jour.*

(Luis Pasteur, Correspondance, 1840-1895)

Del Prette, G. (2011). *Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

Pesquisas de processo em psicoterapia utilizam categorização de sessões como uma maneira de compreender as relações terapeuta-cliente no contexto clínico, sistematizando a descrição da prática terapêutica e identificando variáveis críticas do processo e o impacto sobre sua efetividade. A presente pesquisa buscou relacionar resultados de categorização (molar) de objetivos analítico-comportamentais, estratégias (molares) para atendimento da criança e comportamentos de terapeuta e cliente (molecular), para análise da interação em sessões de atendimento analítico-comportamental. Participaram duas renomadas terapeutas infantis. Foram realizadas filmagens de oito sessões da díade Alice-Alex, seis da díade Bertha-Bia e de entrevistas com as terapeutas – doutoras em análise do comportamento com mais de 30 anos de experiência clínica infantil. As sessões foram categorizadas segundo quatro sistemas, os dois primeiros elaborados na presente pesquisa: (1) Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos (SICOT), (2) Sistema de Estratégias de Conversas e Atividade Terapêuticas (SECAT), (3) *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS) e (4) Categorias do terapeuta e do cliente (SMCCIT), além da categorização do foco da fala (dentro ou fora da sessão). Foram obtidos índices Kappa satisfatórios de concordância entre observadores ($K > 0,630$ em três sistemas, $p < 0,05$ em todos) e realizadas análises de associação entre categorias nominais (chi-quadrado), intra e entre sistemas, e análise qualitativa sobre os dados, relacionando-os com os relatos das terapeutas nas entrevistas. Os resultados indicaram que as terapeutas enfatizaram estratégias diferentes, mas coerentes com o perfil das crianças e seus objetivos: no atendimento de Alex, buscou-se ensiná-lo a relatar, engajar-se em tarefas e seguir instruções como alternativa a opor-se e distrair-se; no caso de Bia, visou-se ensiná-la a se expressar de modo assertivo e aprimorar análises. As estratégias de Alice se basearam principalmente em: (1) fazer tarefas terapêuticas, manejando o comportamento de Alex na sessão, para ensino de leitura e escrita e (2) derivar conversas a partir de brincadeiras e fantasias, manejando o controle verbal para ensiná-lo a relatar. As estratégias de Bertha foram: (1) utilizar fantasia, manejando o comportamento de Bia na sessão, para ensino de outras formas de se relacionar com a família e (2) conversar derivado ou paralelo ao brincar e fantasiar, manejando o controle verbal para que as análises suplementassem as contingências fora da sessão. Os dois atendimentos tiveram maior porcentagem de interações com foco dentro da sessão, com ênfase em diferentes atividades para favorecer a adesão, manejar os comportamentos diretamente e conversar com as crianças. Discute-se que: (a) o uso dos diferentes sistemas, molares e moleculares, foi essencial para realizar diferentes níveis de análise e combiná-las entre si; (b) o uso de atividades não é terapêutico em si, mas auxiliar de intervenções com uma população cujo desenvolvimento verbal – e seu controle por regras – ainda é incipiente, em que as atividades auxiliam o manejo dos comportamentos em sessão e das conversas para a promoção do controle verbal. São apontadas algumas questões de pesquisa decorrentes deste estudo e, considerando a experiência das terapeutas, as implicações e questões práticas para a formação profissional em terapia analítico-comportamental infantil.

Palavras-chave: terapia analítico-comportamental infantil, processo terapêutico, interação terapeuta-cliente.

Del Prette, G. (2011). Behavior-analytic objectives and intervention strategies on interactions with child in sessions of two renowned child therapists (Doctoral Thesis). Psychological Institute, University of São Paulo, São Paulo, SP.

ABSTRACT

Research process in psychotherapy use categorization of sessions as a way of understanding the therapist-client relationship in the clinical setting, systematizing description of the therapeutic practice and identifying critical process variables and the impact on their effectiveness. This research related the results of a molar categorization of behavior-analytic objectives, a molar system of strategies for treating the child, and therapist and client behaviors (molecular) for analysis of interaction in behavior analytic sessions. Filming was done in eight sessions of Dyad Alice-Alex and six of Dyad Bertha-Bia and of interviews with therapists, doctors in behavior analysis with more than 30 years of clinical experience with children. The sessions were categorized according to four systems, the first two developed in this research: (1) Categorization System for Therapeutic Objectives (SICOT) (2) System of Strategies of Conversations and Activities (SECAT), (3) Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) and (4) Categories of Therapist and Client Behavior (SMCCIT), besides the categorization of the focus of conversation (in or out of session). Satisfactory Kappa rates of agreement were obtained between observers ($K > 0,630$ in three of those, with $p < 0,05$ in every system)) and correlation analysis was carried out among nominal categories (Chi-square), within and between systems, as well as qualitative analysis on the data, relating them to reports of therapists during the interviews. Results indicated that therapists have emphasized different strategies, but consistent with the profile of children and their therapeutic goals. In Alex' case the therapist attempted to teach him to report, engage and follow instructions as an alternative to opposing and distracting himself. In case Bia's case the therapist aimed to teach her to express herself assertively and improve analysis. Alice's strategies were based primarily on: (1) assigning therapeutic tasks, managing behavior in the session for teaching to read and write, and (2) deriving conversations from fantasy and games, managing verbal control to teach him to report. The strategies with Bertha were: (1) using fantasy, managing the behavior of Bia in the session for teaching other forms of relationships with family and (2) talking derived from or parallel to playing and make believe, managing verbal control so that the analysis of B would supplement the contingencies out of the session. The two treatments had the highest percentage of interactions with focus on the session, an emphasis on different activities to promote adherence, to manage behavior directly and converse with children. Conclusions: (a) the use of different systems, molecular and molar, was essential to achieve different levels of analysis and combine them together, (b) the use of activities is not therapeutic in itself, but helps interventions with a population whose verbal development - and its control by rules - is still incipient. The activities are important for the management of behaviors in session and conversation for enhancing verbal control. Some research questions are raised considering the experience of participating therapists, and practical implications for professional training in child behavior analytic therapy are discussed.

Keywords: child behavioral-analytic-therapy, therapeutic process, therapist-client interaction.

SUMÁRIO

RESUMO.....	x
ABSTRACT	xi
LISTA DE FIGURAS.....	i
LISTA DE TABELAS.....	ii
LISTA DE SIGLAS.....	iii
LISTA DE ANEXOS.....	iv
PREFÁCIO	1
INTRODUÇÃO.....	6
Pressupostos Filosóficos e Conceituais da Análise do Comportamento.....	7
O behaviorismo radical.....	7
Base conceitual da análise do comportamento.....	10
Breve Histórico da Terapia Analítico-Comportamental	14
Pesquisa Básica, Pesquisa Aplicada e Prestação de Serviços.....	21
Terapia Infantil: A Pesquisa e a Prática do Terapeuta	27
Justificativa e Objetivos.....	35
MÉTODO	39
Participantes.....	39
Material e Instrumentos.....	40
Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SMCCIT, de Zamignani & Meyer, 2007).....	41
Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS, de Callaghan & Follette, 2008).....	42
Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas (SECAT).....	42
Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos (SICOT)	43
Roteiro de Entrevista (RE)	44
Equipamentos para filmagem da sessão e análise dos dados	44
Local de Coleta	45
Aspectos Éticos.....	45
Procedimento de Seleção e Elaboração dos Instrumentos de Categorização.....	45

Análise molecular da interação terapeuta-cliente.....	46
Análise molecular de comportamentos clinicamente relevantes do cliente	47
Análise molar das estratégias para conversas e atividades terapêuticas, na interação terapeuta- criança	48
Análise molar dos comportamentos do terapeuta, agrupados segundo os objetivos da intervenção	55
Procedimento de Coleta de Dados.....	68
Tratamento de Dados.....	68
RESULTADOS.....	72
I – Dados das entrevistas com as terapeutas	72
Entrevista com Alice	72
Entrevista com Bertha	82
II – Análise dos atendimentos a partir da categorização de sessões	87
Análise das interações terapeuta-cliente (SMCCIT)	89
Análise dos comportamentos clinicamente relevantes dos clientes (FAPRS)	98
Análise das estratégias para conversas e atividades terapêuticas (SECAT).....	100
Análise dos objetivos terapêuticos e sua relação com estratégias, comportamentos clinicamente relevantes e interações terapeuta-cliente	106
III – Análise de mudanças observadas no período de atendimento	127
DISCUSSÃO.....	135
O processo terapêutico da díade Alice-Alex	135
O processo terapêutico da díade Bertha-Bia	142
Considerações sobre os sistemas de categorização.....	146
Considerações finais	161
REFERÊNCIAS	165

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Diagrama da relação entre diferentes níveis de análise em pesquisa de processo por meio de categorização de sessão	36
Figura 2.	Estrutura do Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos (SICOT)	61
Figura 3.	Frequência relativa (barras) e média de palavras das terapeutas (linhas), segundo o T-SMCCIT, para as terapeutas Alice e Bertha	89
Figura 4.	Frequência relativa (barras) e média de palavras dos terapeutas e clientes (linhas) com foco dentro e fora da sessão, para a Díade A e a Díade B	92
Figura 5.	Frequência relativa (barras) e média de palavras dos clientes (linhas), de acordo com o C-SMCCIT, para as crianças Alex e Bia	93
Figura 6.	Frequência relativa das categorias do cliente que sucederam categorias do terapeuta (T-C), no SMCCIT, para a Díade A e a Díade B	96
Figura 7.	Frequência relativa das categorias do terapeuta que sucederam categorias do cliente (C-T), no SMCCIT, para a Díade A e a Díade B	96
Figura 8.	Frequência relativa (barras) e média de palavras dos clientes por categoria (linhas), de acordo com a FAPRS, para as crianças Alex e Bia	98
Figura 9.	Frequência relativa (barras) e média de palavras dos clientes por categoria (linhas), de acordo com o SECAT, para a Díade A e a Díade B	101
Figura 10.	Frequência relativa (barras) e média de palavras dos clientes por categoria (linhas) de acordo com o SICOT, para a Díade A e a Díade B	106
Figura 11.	Frequência relativa de categorias da FAPRS para cada sessão de atendimento da Díade A	128
Figura 12.	Frequência relativa de categorias da FAPRS para cada sessão de atendimento da Díade B	128

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização da Díade A, Alice-Alex, e da Díade B, Bertha-Bia	39
Tabela 2.	Eixos de Categorização dos Comportamentos Verbal Vocal do Terapeuta e do Cliente (SMCCIT)	40
Tabela 3.	Frequência Absoluta e Relativa de Concordância entre Observadora 1 e Observadora 2 e índice Kapa, na Categorização Segundo T-SMCCIT, C-SMCCIT, FAPRS, SECAT e SICOT	70
Tabela 4.	Número de Unidades de Análise e de Palavras por Sessão para a Díade A e a Díade B	88
Tabela 5.	Associações entre o SECAT e a FAPRS para as crianças Alex e Bia	104
Tabela 6.	FAVORECER A ADESÃO (FVA): Frequência Absoluta e Relativa de Categorias para SECAT, FAPRS T-SMCCIT, C-SMCCIT e Foco Dentro ou Fora da Sessão, para a Díade A e a Díade B	108
Tabela 7.	COLETAR DADOS (CDD): Frequência Absoluta e Relativa de Categorias para SECAT, FAPRS, T-SMCCIT, C-SMCCIT e Foco Dentro ou Fora da Sessão, para a Díade A e a Díade B	113
Tabela 8.	MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS): Frequência Absoluta e Relativa de Categorias para SECAT, FAPRS, T-SMCCIT, C-SMCCIT e Foco Dentro ou Fora da Sessão, para a Díade A e a Díade B	117
Tabela 9.	MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Frequência Absoluta e Relativa de Categorias para SECAT, FAPRS, T-SMCCIT, C-SMCCIT e Foco Dentro ou Fora da Sessão, para a Díade A e a Díade B	122
Tabela G1.	Modelo do Banco de Dados Elaborado Para a Presente Pesquisa	G1
Tabela H1.	Frequência Absoluta (N) e Relativa (%) das Categorias de T-SMCCIT, Para as Terapeutas Alice e Bertha	H1
Tabela H2.	Frequência Absoluta (N) e Relativa (%) das Categorias de C-SMCCIT, Para as Crianças Alex e Bia	H1
Tabela H3.	Frequência Absoluta (N) e Relativa (%) das Categorias da FAPRS, Para as Crianças Alex e Bia	H2
Tabela H4.	Frequência Absoluta (N) e Relativa (%) das Categorias do SECAT, Para a Díade A e a Díade B	H2
Tabela H5.	Frequência Absoluta (N) e Relativa (%) de Categorias do SICOT, Para as Terapeutas Alice e Bertha	H2

LISTA DE SIGLAS

SMCCIT - Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica (Zamignani & Meyer, 2007)

T-SMCCIT	Categorias do Terapeuta	C-SMCCIT	Categorias do Cliente
SRE	SOLICITAÇÃO DE RELATO	SOL	SOLICITAÇÃO
FAC	FACILITAÇÃO	REL	RELATO
EMP	EMPATIA	MEL	MELHORA
INF	INFORMAÇÃO	MET	META
SRF	SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO	CER	CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES
REC	RECOMENDAÇÃO	CON	CONCORDÂNCIA
INT	INTERPRETAÇÃO	OPO	OPOSIÇÃO
APR	APROVAÇÃO	COU	CLIENTE OUTROS
DSC	DISCORDÂNCIA		
TOU	Terapeuta OUTROS		

FAPRS - Functional Analytic Psychotherapy Rating System (Callaghan & Follette, 2008)

CRB1	COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1
CRB2	COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2
CRB3	COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 3
CTR	CLIENTE FOCA NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA
O1	COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1 FORA DA SESSÃO
O2	COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2 FORA DA SESSÃO
CPR	PROGRESSO POSITIVO DO CLIENTE
OUT	OUTROS

SECAT - Sistema de Estratégias de Conversas e Atividades Terapêuticas

BRN	BRINCAR
FNT	FANTASIAR
FTT	FAZER TAREFA TERAPÊUTICA
CDA	CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE
CPA	CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE
CSA	CONVERSAR SEM ATIVIDADE

SICOT - Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos

CDD	COLETAR DADOS
FVA	FAVORECER A ADESÃO
MCS	MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO
MCV	MANEJAR CONTROLE VERBAL

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. SMCCIT

Anexo A1. Categorias do terapeuta e adaptações

Anexo A2. Categorias do cliente e adaptações

Anexo B. FAPRS

Anexo C. SECAT

Anexo D. SICOT

Anexo E. Roteiro de Entrevista (RE)

Anexo F. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Anexo G. Banco de Dados

Anexo H. Tabelas de Resultados

Anexo I. Exemplos Ilustrativos de Resultados

Anexo I1. Exemplos para T-SMCCIT

Anexo I2. Exemplos para C-SMCCIT

Anexo I3. Exemplos para FAPRS

Anexo I4. Exemplos para SECAT

Anexo I5. Exemplos para SICOT

PREFÁCIO

Pesquisas aplicadas a respeito de terapia analítico-comportamental vêm sendo conduzidas por diferentes equipes de pesquisadores do país. Entre estas pesquisas, podem-se encontrar diferentes focos de análise, com seus respectivos métodos e instrumentos, desde aqueles baseados em aplicação de questionários e escalas, que atingem uma ampla amostra de participantes em estudos de grupo, até análises descritivas em estudos de caso de sujeito único, ou ainda experimentais, com manipulação de variáveis, alguns deles visando inclusive ao aprimoramento da metodologia de investigação.

Nesta área, destacam-se as pesquisas de processo conduzidas pela equipe orientada pela Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer, no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. As pesquisas de processo em terapia analítico-comportamental, conduzidas por esse grupo, exploram diferentes tipos de metodologias de análise, como o uso de protocolos de registro de ocorrência de comportamentos-alvo por parte do terapeuta, do cliente e/ou de terceiros (Ireno, 2007; Starling, 2010); a elaboração de categorias pós-definidas (Rocha, 2008); a utilização de categorias pré-definidas (Zamignani, 2007) ou a combinação de ambas (Del Prette, 2006a; Oshiro, 2010). Esses métodos têm sido utilizados especialmente na investigação de terapias com clientes adultos (e.g., Brandão, 2003; Donadone, 2004, 2009; Oshiro, 2010; Sadi, 2011; Santos, 2010; Starling, 2010; Taccola, 2007) e, menos frequentemente, com adolescentes (Rocha, 2008) e crianças (Del Prette, 2006a).

Estas pesquisas, de algum modo, têm em comum o objetivo de contribuir para o acúmulo de conhecimento a respeito do processo terapêutico. Por isso, elas também são denominadas *pesquisas de processo* (Greenberg & Pinsof, 1986; Russel & Trull, 1986), com resultados que contribuem para melhorar a prática clínica (Kazdin & Nock, 2003). Pesquisas de processo são coerentes com os pressupostos da abordagem analítico-comportamental (Zamignani & Meyer, 2007). As pesquisas supracitadas, e outras, têm sido realizadas a partir de dados oriundos de sessões de terapeutas analítico-comportamentais e a discussão de seus resultados é realizada à luz de suas bases

teóricas. Segundo Ulian e Silves (2003), os delineamentos de sujeito único (também denominados de *pesquisas de orientação idiográfica*) contribuem para a redução do hiato entre a teoria e a prática clínica. Enquanto uma das modalidades de pesquisa aplicada, eles geram conhecimento que, conforme Lattal (2005), relaciona a teoria produzida a partir da pesquisa básica com a prática, entendida como tecnologia ou prestação de serviços.

Uma questão que se coloca em estudos idiográficos é a limitação inerente a pesquisas com sujeito único em termos de sua validade externa (Kazdin, 1982): o que se poderá dizer a respeito da generalização dos resultados obtidos para outras terapias, com outros terapeutas e clientes? A presente pesquisa, classificada como Estudo de Caso Tipo III (conforme critérios de Kazdin, 1982), possui características importantes para a redução de vieses sobre sua validade interna: dados objetivos, medidas repetidas, descrição da estabilidade do problema antes da intervenção e múltiplos casos. Ainda assim, não pode solucionar a questão do *quanto* os dados se assemelhariam àqueles que seriam obtidos com outros terapeutas e clientes.

Em parte por esse motivo, os critérios de escolha dos participantes desta pesquisa foram elaborados de modo a produzir resultados que, com maior probabilidade, representem uma prática efetiva, advinda da experiência e solidamente embasada nos conceitos da Análise do Comportamento. Portanto, em alguma medida, ela é prescritiva em terapia analítico-comportamental infantil. Foram convidadas para esta pesquisa (e gentilmente aceitaram) duas terapeutas infantis com, respectivamente, trinta e quarenta anos de experiência em atendimento clínico, formação analítico-comportamental desde a graduação ao doutorado e currículo que demonstra envolvimento com a produção e a divulgação de conhecimento na área. Este perfil é importante, primeiramente, por diferir daquele encontrado em muitas outras pesquisas (que mais facilmente conseguem a adesão de terapeutas-estagiários ou recém-formados) e por buscar modelos que contribuem diretamente para a formação de novos terapeutas e representam intervenções coerentes com a teoria. Trata-se, portanto, de uma pesquisa aplicada com as suas limitações, mas também com seus (importantes) méritos, em termos de possibilitar uma análise aprofundada de cada caso.

Desde o início da história do comportamentalismo, as pesquisas básicas foram compondo um corpo conceitual condizente com as bases filosóficas, ou mesmo contribuindo para a construção dessas bases. As pesquisas aplicadas elaboram, descrevem e avaliam procedimentos de intervenção ou investigam padrões existentes em certos problemas de comportamento e, quando possível, relacionam variáveis da intervenção com as dos participantes e os resultados. As pesquisas aplicadas de *processo clínico* buscam sistematizar regularidades sobre o comportamento do terapeuta, descrevendo seus comportamentos, classificando-os e estabelecendo relações entre certos padrões comportamentais emitidos pelo terapeuta e pelo cliente. Para isso, em geral recorrem a análises minuciosas sobre as interações terapeuta-cliente, muitas vezes por meio de análises moleculares, descritivas, que buscam responder à seguinte pergunta: *O que fazem os terapeutas analítico-comportamentais?* Estudos descritivos (i.e., sem manipulação experimental de variáveis) geralmente focam seus resultados sobre essa pergunta e, a partir dos resultados, interpretam e discutem possíveis respostas para uma segunda e importante questão: *Com qual finalidade os terapeutas comportamentais fazem o que fazem?* Uma alternativa para responder a essa questão de maneira empírica é a adotada nesta pesquisa, ou seja, por meio de uma sistematização molar, baseada na identificação da função de episódios, caracterizados por conjuntos mais amplos de interações.

Assim, buscando contribuir para o conhecimento que vem sendo construído por meio de pesquisas de processo, o presente estudo realiza dois movimentos metodológicos. De um lado, procura se apropriar dos métodos já existentes de sistematização molecular das relações terapeuta-cliente; de outro, procura ampliar as possibilidades de análise e síntese, ao propor sua integração com uma sistematização molar de estratégias terapêuticas e outra de objetivos analítico-comportamentais, ambos supostamente comuns a todas as intervenções orientadas por esta base conceitual. A combinação desses diferentes sistemas constitui, portanto, uma proposta para que as duas perguntas mencionadas possam ser respondidas por meio de resultados empíricos, reduzindo a necessidade de inferência sobre os dados.

Mesmo reconhecendo semelhanças entre a terapia de adultos e a de crianças, convém destacar alguns pontos a respeito da escolha pela análise da terapia infantil. Em

pesquisa anterior (Del Prette, 2006a), a pesquisadora enfocou particularidades da interação com crianças em terapia analítico-comportamental, elaborou categorias de análise do brincar e adicionou subcategorias ao sistema de Zamignani (2007), de modo a contemplar um conjunto de comportamentos da terapeuta infantil participante. O presente estudo também poderia ser conduzido com terapeutas de adultos, mas focalizou a terapia infantil com base em algumas justificativas: (1) necessidade de produzir mais conhecimento sobre terapia analítico-comportamental para a clientela infantil; (2) possibilidade de aprimorar e dar continuidade a alguns resultados obtidos em Del Prette (2006a); (3) possibilidade de analisar não apenas as interações verbais vocais (mais características da terapia com adultos), como também outras mais diferenciadas e adaptadas à criança (nem sempre baseadas no relato verbal); (4) suposta facilidade para demonstrar a modelagem de comportamentos emitidos pelo cliente na própria sessão, o que seria um indicador da efetividade da intervenção (enquanto com clientes adultos é necessário, mais frequentemente, manejar as implicações do viés do relato verbal). Este último item deveria constituir um incentivo para o investimento em pesquisas em terapia infantil, mesmo quando o foco não é sobre suas particularidades.

Devido à proposta de elaboração e aplicação de sistemas de análise de estratégias terapêuticas e de objetivos analítico-comportamentais, a seção de Introdução deste trabalho inclui em seus tópicos iniciais: (1) as principais bases da análise do comportamento e do behaviorismo radical e (2) o histórico da terapia comportamental, desde a *modificação do comportamento* (1ª onda) à terapia comportamental (2ª onda) e às novas propostas do Contextualismo Funcional (3ª onda). A seguir, apresentam-se (3) o papel da pesquisa para a terapia baseada em evidência e as relações entre pesquisa básica, aplicada e prestação de serviços, finalizando com (4) considerações sobre a terapia analítico-comportamental infantil e pesquisas sobre terapia analítico-comportamental infantil.

Na seção de Método, o perfil dos participantes é apresentado, destacando-se a referida experiência das terapeutas e também a escolha de crianças cujas queixas são encaminhamentos frequentes à terapia. Apresentam-se os instrumentos utilizados (detalhados nos anexos) e a racional que norteou a construção daqueles que foram elaborados para esta pesquisa. Também são descritos aspectos de tratamento de dados,

como a construção do banco de dados, as análises utilizadas, o método estatístico e o índice de concordância entre observadores para cada sistema de categorização.

Na seção de Resultados, são apresentadas análises quantitativas e qualitativas obtidas com a categorização de oito sessões da Díade A e seis da Díade B e uma síntese das entrevistas realizadas com cada terapeuta. Além da descrição da frequência absoluta e relativa de cada categoria, resultados importantes foram obtidos por meio da contagem de palavras emitidas, da associação entre diferentes sistemas, do uso da estatística e da inclusão das informações fornecidas pelas terapeutas nas entrevistas.

Na Discussão, sintetizam-se as relações entre objetivos, estratégias e comportamentos de cada díade terapeuta-cliente, relacionando-se os resultados com as bases teóricas descritas na Introdução, outras pesquisas da literatura da área e publicações de estudos de caso naturalísticos por parte de clínicos. Também são discutidas as contribuições do uso de cada sistema (e de sua inter-relação) para o campo das pesquisas de processo clínico e para a prática do terapeuta analítico-comportamental.

Por princípio, terapias comportamentais são empíricas, contextuais (com foco no ambiente e contexto), funcionais (interesse na consequência de um comportamento), probabilísticas (visão do comportamento como estatisticamente previsível), monistas (rejeição ao dualismo mente-corpo e tratando a pessoa como uma unidade) e relacionais (análises bidirecionais das interações) (Sundberg, 2001). Ainda assim, definir o que é a *terapia comportamental* é objeto de controvérsia (Guilhardi, 2004). Em 1978, Hayes afirmou não existir uma definição única, mas quatro níveis de análise que, em conjunto, formam um paradigma tecnológico, metodológico, conceitual e filosófico. Segundo Meyer (2003),

nenhum nível de análise, isoladamente, caracteriza a abordagem. Não basta aplicar procedimentos operantes para ser considerado terapeuta comportamental, e não basta acreditar, por exemplo, que sentimentos não são causas de comportamentos observáveis, ou então que o ambiente afeta o comportamento. . . . São essenciais, no nível metodológico, a análise de contingências; no nível conceitual, o conhecimento e a aplicação, mesmo que assistemática, de princípios de comportamento; e no nível filosófico, pelo menos a rejeição ao mentalismo. Caso contrário, teremos uma abordagem sem consistência e que provavelmente não sobreviverá. (para. 20)

Nesta seção introdutória, são abordadas algumas questões que perpassam cada um desses níveis, como as bases teóricas, as pesquisas aplicadas em terapia comportamental e a prática do terapeuta. A apresentação desses temas foi considerada relevante uma vez que o foco deste trabalho é a demonstração empírica de relações entre teoria e prática em terapia analítico-comportamental infantil. Assim, inicia-se a seguir com a apresentação dos principais pressupostos filosóficos e conceituais da análise do comportamento e um breve histórico da terapia analítico-comportamental para, em seguida, discorrer sobre relações entre pesquisa básica, pesquisa aplicada e prestação de serviços. Na sequência, são apontados alguns aspectos sobre terapia baseada em evidência e sua importância na relação entre pesquisa básica, pesquisa aplicada e prestação de serviços - uma necessidade atual para a sobrevivência dessa prática cultural e uma forma de respeito ao consumidor de serviços psicológicos. Por fim, são levantados alguns pontos a respeito da terapia analítico-comportamental, especificamente no

atendimento à população infantil, direcionados para questões de pesquisa em terapia infantil.

Pressupostos Filosóficos e Conceituais da Análise do Comportamento

Qualquer prática psicológica orientada pelo referencial da análise do comportamento remete a seus pressupostos filosóficos e conceitos, abordados a seguir, ainda que não exaustivamente. Também neste estudo alguns desses principais conceitos serão considerados, tanto em sua relação com a pesquisa quanto com a prática desta em psicologia clínica.

O behaviorismo radical

A análise do comportamento é uma abordagem psicológica baseada nos pressupostos filosóficos do behaviorismo radical, de B. F. Skinner (1904-1990).

Behaviorismo, com ênfase no *ismo*, não é o estudo científico do comportamento, mas uma filosofia da ciência preocupada com o objeto e os métodos da psicologia. Se a psicologia é uma ciência da vida mental – da mente, da experiência consciente – então ela deve desenvolver e defender uma metodologia especial, o que ainda não foi feito com sucesso. Se, por outro lado, ela é uma ciência do comportamento dos organismos, humanos ou outros, então ela é parte da biologia, uma ciência natural para a qual métodos testados e muito bem sucedidos estão disponíveis. A questão básica não é sobre a natureza do material do qual o mundo é feito ou se ele é feito de um ou de dois materiais, mas sim as dimensões das coisas estudadas pela psicologia e os métodos pertinentes a elas. (Skinner, 1963/1969, p. 221)

Assim, Skinner coloca o comportamento como objeto de estudo da psicologia, e esta como parte da biologia, isto é, uma ciência que estuda os organismos vivos, contrapondo-se ao mentalismo, que afirmaria o objeto de estudo da psicologia (a mente) como de outra natureza e a insuficiência dos métodos tradicionais para estudá-la. Com relação aos organismos humanos, a principal especificidade consiste no acréscimo do estudo de tudo aquilo que se encontra “sob a pele” do indivíduo, tradicionalmente conhecido com termos como *pensamentos, sentimentos, sensações, autoconhecimento* e assim por diante, isto é, o mundo privado. “O problema de como alguém conhece o mundo subjetivo de outro deve ser enfrentado. Ao lado da questão do que significa

‘conhecer’, o problema é o da acessibilidade” (Skinner, 1963/1969, p. 225-226). Em suma, Skinner assume que o behaviorismo deve lidar com a questão da privacidade, mas que esse fenômeno seria de mesma natureza (física e material) dos demais fenômenos que constituem a natureza humana, porém com diferenças quanto ao acesso.

Na clínica analítico-comportamental, esses pressupostos se traduzem em um modo de compreensão do comportamento do cliente que leva o terapeuta a contrariar a noção corrente de que a mente (ou o cérebro) causa as ações do homem: “Há séculos se diz que nos comportamos de uma dada maneira por causa de nossos sentimentos” (Skinner, 1991, p. 15). Este *zeitgeist* se traduz, inclusive, na linguagem coloquial dos indivíduos, incluindo aí os clientes que procuram terapia e o modo como explicam seus problemas. O terapeuta analítico-comportamental pode até utilizar linguagem cotidiana para falar com seus clientes e, certamente, confrontá-los a respeito de causas internas ou dualismo seria, pelo menos nas fases iniciais, um preciosismo ou exagero contraproducente. Referências a sentimentos podem ser importantes indicadores de contingências correlatas a eles (Banaco, 1999). No entanto, mesmo sem necessidade de tecnicismo, ensinar os clientes a descrever contingências, incluindo eventos ambientais públicos e sentimentos associados, é parte importante dos objetivos terapêuticos de qualquer atendimento analítico-comportamental.

Outra diferença entre o behaviorismo radical e as demais propostas psicológicas é de caráter metodológico. Skinner rejeitou o operacionismo de seu tempo - estratégia utilizada para superar os problemas das concepções mentalistas -, sustentando que este não trouxe novas contribuições aos cientistas de sua época. Sua proposta para lidar com as questões de acessibilidade aos eventos dentro da pele e manter a rejeição ao dualismo mente-corpo está na análise daquilo que ele denominou *comportamento verbal*, sob uma abordagem alternativa aos fenômenos tradicionalmente denominados *linguagem* (Skinner, 1957/1992).

O significado do comportamento verbal, segundo Skinner, deve ser encontrado na sua relação com eventos ambientais, configurando-se diferentes classes a depender das relações possíveis (Bandini & de Rose, 2006). As condições nas quais uma determinada resposta verbal é emitida e as conseqüências produzidas pela mesma são as condições necessárias à existência do comportamento verbal. As práticas de ensino do

comportamento verbal pela comunidade fazem com que as pessoas falem, inclusive, sobre o seu mundo privado.

Segue-se, muito naturalmente, a hipótese adicional de que ser consciente, como uma forma de reagir a seu próprio comportamento, é um produto social. . . . A hipótese é equivalente a dizer que é apenas porque o comportamento do indivíduo é importante para a sociedade que a sociedade, por sua vez, torna o comportamento importante para o indivíduo. O indivíduo torna-se consciente do que ele está fazendo apenas depois que a sociedade tiver reforçado respostas verbais com relação a seu comportamento como fonte de estímulos discriminativos. (Skinner, 1945/1999, p. 425)

O papel do comportamento verbal é essencial na explicação de interações entre terapeuta e cliente, uma vez que estas interações são, sobretudo, verbais. No caso da terapia de adultos, uma das principais atividades do cliente em sessão é a de relatar eventos ao terapeuta, analisados por ambos. Já na terapia infantil, muitas vezes a criança não relata eventos do cotidiano. Entretanto, ela se comporta verbalmente em diversas outras atividades, como brincadeiras, fantasias e jogos. O comportamento verbal, que inclui o relato do próprio comportamento (público ou privado), é sujeito às mesmas leis que qualquer outro.

Por que as pessoas se comportam como elas se comportam? Esta foi, provavelmente, primeiro, uma questão prática: como uma pessoa poderia antecipar e, então, preparar-se para o que outra pessoa faria? Mais tarde a questão tornou-se prática em outro sentido: Como outra pessoa poderia ser induzida a comportar-se de uma dada maneira? Finalmente, a questão tornou-se um problema de entender e explicar o comportamento. Ela poderia sempre ser reduzida a uma questão sobre causas. (Skinner, 1974, p. 9)

Na busca pelas causas dos comportamentos, Skinner segue afirmando que o behaviorismo rejeita a noção mecanicista do tipo *post hoc, ergo propter hoc* (i.e., *se depois disso, logo por causa disso*), que acaba por fortalecer o mentalismo, porquanto muitas vezes sentimentos antecedem comportamentos, levando à falsa conclusão de que aqueles seriam causa destes. Para o behaviorismo radical, as causas dos comportamentos devem ser encontradas na história genética e ambiental de cada pessoa: as causas são a interação organismo-ambiente atual e as interações passadas (Skinner, 1974). Os eventos não observáveis externamente podem ser observados, sim, por introspecção, mas a natureza destes não é diferente e não lhe é atribuído um status causal.

O behaviorismo radical é a filosofia da ciência da análise do comportamento. Enquanto a filosofia fundamenta a prática científica, esta também contribui para a fundamentação da proposta behaviorista, a partir dos resultados experimentais que busca investigar:

O behaviorismo . . . beneficiando-se de avanços recentes na análise experimental do comportamento, olhou mais de perto para as condições nas quais as pessoas respondem ao mundo dentro da pele e pode agora analisar, um a um, os termos-chave do arsenal mentalista. (Skinner, 1974, p. 32)

Os pressupostos filosóficos, expostos brevemente até o momento, são as bases essenciais para a compreensão da ciência da análise do comportamento, a partir da qual as relações entre as bases teóricas e a prática clínica do terapeuta analítico-comportamental infantil deveriam ser discutidas. Para tanto, é fundamental compreender os principais conceitos desta ciência, derivados da pesquisa empírica e norteados por seus pressupostos filosóficos.

Base conceitual da análise do comportamento

Alguns dos principais conceitos da análise do comportamento são enfocados neste capítulo: comportamento operante e respondente, comportamento verbal, comportamento governado por regras, análise de contingências, filogênese, ontogênese, cultura e agências controladoras. Entende-se que a compreensão desses conceitos é relevante para o entendimento e a discussão da maioria das interações comportamentais, incluindo-se aqui a interação terapeuta-cliente.

O comportamento é definido pela relação entre organismo e ambiente. Diz-se que ambiente e organismo interagem de três maneiras distintas, mas entrelaçadas: pela filogênese, pela ontogênese e pela cultura (Catania, 1999; Glenn, 2004; Skinner, 1953/1970). Nos três casos, pode-se afirmar que os princípios de variação e seleção (conforme definidos por Darwin) atuam sobre essa interação.

A filogênese corresponde à seleção e à variação genéticas. A partir da variedade de organismos de uma espécie, aqueles mais adaptados ao ambiente têm mais chance de sobrevivência e reprodução e seus descendentes são selecionados, perpetuando seus genes. A seleção filogenética tem seu papel para a análise do comportamento na medida

em que é responsável pela variedade de organismos e de algumas capacidades que permitiram a construção da cultura e dos requisitos das práticas culturais (Glenn, 2004). Algumas capacidades, filogeneticamente desenvolvidas e mais diretamente relacionadas aos comportamentos sociais, incluem: (a) uma história evolutiva que selecionou nossa *capacidade* de reagir a estímulos ambientais (condicionamento respondente) e de sermos afetados pelas consequências de nosso comportamento (condicionamento operante); (b) a existência de diferentes estruturas físicas; (c) a variação na sensibilidade a estímulos ambientais; (d) o aperfeiçoamento da musculatura vocal, que permitiu o surgimento do comportamento verbal, base do comportamento social e das práticas culturais; (e) a flexibilidade da musculatura facial, facilitando a discriminação de estímulos sociais e emocionais derivados do comportamento do outro; (f) a sensibilidade aos estímulos sociais e a tendência à proximidade com outros da própria espécie (gregarismo).

A ontogênese refere-se à seleção e variação de comportamentos ao longo da vida de cada indivíduo, por meio de condicionamento respondente e operante. Comportamento respondente é todo aquele que é eliciado por um estímulo antecedente (e.g., taquicardia eliciada por um súbito estrondo de um rojão). A seleção filogenética levou à nossa capacidade de reagir incondicionalmente a alguns estímulos e, também, de respondentes semelhantes serem condicionados a novos estímulos (por emparelhamento pavloviano). Porém, somente a seleção ontogenética, particular à história de cada organismo, é que determina quais estímulos são emparelhados, como, por exemplo, quando a simples visão de determinado alimento elicia sensações de enjoo em uma pessoa que já ingeriu o mesmo alimento (estragado) no passado, mas não em outra pessoa.

Já o comportamento operante não é eliciado por um antecedente (no sentido de que, dado o antecedente, a probabilidade da resposta seria de 100%) e sim ocasionado por ele, pois o determinante crítico da probabilidade de sua ocorrência é a *consequência* produzida. Todo comportamento operante está sujeito a certas leis comportamentais testadas e comprovadas empiricamente em estudos experimentais da análise do comportamento. O esquema a seguir demonstra a interação resposta-ambiente em um comportamento operante típico (Follette, Naugle & Linnerooth, 2000):

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{OE} \\ S_D \cdot R \rightarrow S_R. \end{array} \right.$$

O esquema representa o paradigma do comportamento operante, em que OE significa *operação estabelecadora* (antecedente que altera o valor reforçador de uma consequência e a probabilidade de ocorrência do responder que a produza); Sd é *estímulo discriminativo*; o símbolo • representa uma função probabilística (probabilidade de uma resposta R ser emitida a partir de determinadas circunstâncias); e Sr é o *reforço* (estímulo produzido pela resposta, que retroage sobre o organismo, alterando a probabilidade futura de respostas da mesma classe virem a ser emitidas).

Aqui se observa a interação filogênese-ontogênese: somos filogeneticamente preparados para sermos afetados por certas consequências de nossas respostas (i.e., reforços primários, como alimento, água, sexo e temperatura homeostática). Entretanto, as ocasiões, respostas e propriedades de reforços variam de acordo com a história de vida de cada um. Além disso, alguns estímulos potencialmente reforçadores (e.g., afeto, atenção e cuidado), sistematicamente obtidos junto a outras consequências, tornam-se aquilo que denominamos *reforço generalizado*. Devido à especificidade ontogenética, não é possível definir uma consequência como reforçadora a priori. Reforço é todo estímulo produzido por uma resposta que aumenta ou mantém a probabilidade de ela ocorrer novamente no futuro (Skinner, 1953/1970). Para um cliente, por exemplo, elogios podem ser estímulos reforçadores, ao passo que para outros podem ser aversivos. Este paradigma se traduz, portanto, na proposta de um tratamento idiográfico, ou seja, personalizado às especificidades da história ontogenética de cada cliente.

Ao longo da vida dos indivíduos, o condicionamento operante leva a uma crescente complexidade e variação nas respostas emitidas que produzem consequências reforçadoras, em um processo denominado *modelagem*. Um bebê inicialmente chora e obtém cuidados. Aos poucos, é ensinado a apontar para sua mãe, que o atende prontamente. Mais adiante, aprende a balbuciar sílabas e palavras (e.g., *dá* e *quer*) até, por fim, a conversar (e.g., “Mãe, vem aqui por favor?”). Assim, o comportamento verbal torna-se o principal elo entre os três níveis de seleção.

O terceiro nível de seleção é o cultural, cujo conceito e importância são destacados por Skinner (1988/1989):

Uma cultura . . . pode ser definida como as contingências de reforçamento mantidas por um grupo. As contingências modelam o comportamento dos membros do grupo e são transmitidas quando membros que recentemente passaram pelo processo de modelagem unem-se na modelagem de outros. . . . A sobrevivência de uma cultura é mais do que um produto de contingências de reforçamento. Ela ocorre quando práticas contribuem para a sobrevivência do grupo praticante e sobrevivem com o grupo. (p. 52)

Neste nível cultural, outro processo de aprendizagem é a *modelação*. Organismos humanos e infra-humanos são filogeneticamente preparados para imitar o comportamento do outro e obter as mesmas consequências reforçadoras deste, provavelmente porque a tendência a imitar trouxe uma importante contribuição à sobrevivência (Skinner, 1988/1989). Porém, Skinner acrescenta que, no nível cultural, o grupo adota práticas específicas para ensinar seus membros, trazendo consequências reforçadoras tanto para o imitado como para o imitador. O comportamento verbal é um elo significativo, pois o aprendiz pode comportar-se sob controle de regras (i.e., antecedentes verbais que descrevem contingências) e/ou obter, como consequência, estimulação verbal (e.g., elogios) – o que é especialmente válido quando as consequências naturais reforçadoras são atrasadas. Uma mãe pode ensinar seu filho a se vestir, demonstrando como colocar uma roupa. Ao imitá-la, a mãe diz a ele algo como “isso mesmo, você fez direitinho” e, simultaneamente, emite *mandos* como “vista primeiro a gola na cabeça, agora o bracinho, assim...”. Em outro momento, a mãe pode lhe perguntar: “O que você está fazendo?”. O filho, então, emite um *tato* (e.g., “Estou me vestindo”), agora não mais dependendo da mãe para a execução dessa tarefa.

Na manutenção da sobrevivência do grupo, é possível dirigir o olhar tanto para práticas de ensino, como a citada no exemplo anterior, quanto para as agências controladoras (i.e., governo e lei, religião, psicoterapia, economia e educação). As agências controladoras, segundo Skinner (1971/2000), geralmente são melhor organizadas do que o grupo como um todo, operando com maior sucesso no controle de cada membro. Tais agências exercem “um controle ético sobre cada um de seus membros através, principalmente, de seu poder de reforçar ou punir” (Skinner, 1971/2000, p. 189). No controle ético, o autocontrole é um tipo especial de comportamento de escolha,

devido à sua relação com a sobrevivência da espécie e do meio ambiente (Hanna & Todorov, 2002). Parte de sua importância parece resultar do fato de que, agora, o próprio indivíduo emite as respostas controladoras (em vez dos outros indivíduos e/ou das agências), modificando elementos das contingências que determinam os comportamentos subsequentes, ou seja, a resposta controlada (Hanna & Ribeiro, 2005).

É porque existe sofrimento que existe a psicoterapia. A psicoterapia é uma das agências controladoras, conforme Skinner (1971/2000), mas utiliza métodos diferentes daqueles adotados pelas demais agências de controle, baseados sobretudo no uso da coerção. A coerção torna-se uma prática cultural e um modelo de relacionamento que produz uma série de efeitos colaterais indesejados (Sidman, 2001). Quando um indivíduo em sofrimento necessita do auxílio da psicoterapia, pode-se dizer que: (a) não teve oportunidade para aprender certos repertórios para lidar com as demandas do seu cotidiano; (b) aprendeu repertórios que, embora funcionem, produzem punição concomitante e/ou a longo prazo (e.g., uma criança que é imediatamente atendida quando se comporta de modo agressivo, mas a longo prazo produz afastamento dos colegas); (c) aprendeu o repertório-alvo, mas outras respostas acabam sendo reforçadas em maior magnitude e/ou de forma mais contingente (e.g., uma criança que nem sempre é atendida ao pedir algo com educação, mas sim quando grita e ordena); ou (d) aprendeu o repertório adequado que, por algum motivo, deixa de ser reforçado em uma nova situação (e.g., uma criança transferida de escola ou que responde de maneira já muito infantil para sua idade). A terapia analítico-comportamental é uma modalidade de atendimento clínico que intervém sobre quaisquer das situações citadas e se baseia na análise do comportamento e nos pressupostos filosóficos do behaviorismo radical.

Breve Histórico da Terapia Analítico-Comportamental

É provável que o primeiro registro a respeito de uma intervenção denominada de *terapia comportamental* date de 1953, vindo de um projeto de investigação de Skinner, Lindsley e Salomon, no qual foram aplicados princípios do condicionamento operante para a modificação do comportamento de pacientes psiquiátricos adultos (Lindsley, Skinner & Salomon, 1953). Embora os historiadores afirmem que a terapia comportamental também teve outros dois pontos de origem (e.g., Perez-Alvarez, 1996) –

a África do Sul, com os estudos a respeito de inibição recíproca, de Wolpe (1958) e o Reino Unido, com o grupo de Eysenck (1960) –, o foco no condicionamento operante é atribuído, desde suas origens, aos grupos de pesquisa de Skinner, mais do que aos outros dois.

Segundo Skinner, Solomon, Lindsley e Richards (1954), os resultados de suas pesquisas de intervenção com humanos foram publicados com o título “Estudos em Terapia Comportamental” por sugestão de Lindsley, que procurava uma denominação mais *socialmente aceita* (em contraposição à sugestão inicial de Skinner, de que os trabalhos fossem denominados “A Análise Experimental do Comportamento de Pacientes Psicóticos”). Entretanto, o termo terapia comportamental não foi difundido para outros grupos nesta época (cf. Kazdin, 1977), e a prática era conhecida como *modificação do comportamento*, a primeira geração da terapia comportamental.

Conforme relatou o próprio Skinner em carta a Keller, “o que eu estou fazendo é aplicar os conceitos [sobre] os quais tenho trabalhado experimentalmente a esta área não experimental (mas empírica)” (B. F. Skinner, comunicação pessoal, 2 de Julho, 1934). A modificação do comportamento também era conduzida com crianças, em uma tentativa de aplicação dos princípios do laboratório a problemas humanos. Alguns exemplos incluem o treino de repertórios de uma criança autista (Wolf, Risley & Mess, 1965), tratamento de fobia escolar (Patterson, 1965) e intervenção sobre a resposta de chupar o dedo (Baer, 1962). A partir de diversos estudos com crianças e adultos, foram elaborados modelos de intervenção, como a economia de fichas, utilizada na modificação de comportamentos de pacientes psiquiátricos internados e de prisioneiros (cf. Vandenberghe, 2002), e a instrução programada (por Skinner e Keller), posteriormente utilizada para treinamento de pais de crianças com problemas de comportamento (Patterson, 1982).

Os modificadores do comportamento intervinham sobre uma resposta ou classe de respostas da criança, com uma técnica ou procedimento. Conte e Regra (1999) ressaltam que os modificadores não tinham contato direto com a criança, mas basicamente: (a) realizavam observações em ambiente natural; (b) entrevistavam os pais e (c) orientavam os cuidadores para que eles alterassem seu próprio comportamento na relação com a criança, levando-a a emitir outras respostas.

Uma vez que, sabia-se, as queixas infantis eram determinadas ambientalmente e os pais eram as pessoas mais influentes no ambiente infantil, parecia não haver razão para a intervenção direta na criança. . . . Raramente, eventos privados da criança faziam parte do processo de análise da queixa. (Conte & Regra, 1999, p. 81)

Enquanto muitos terapeutas comportamentais continuaram firmemente comprometidos com o paradigma operante, na segunda metade do século 20, alguns deles começaram a associá-la com a terapia cognitiva e passaram a intitular sua prática de *terapia cognitivo-comportamental* (Perez-Alvarez, 1996). Uma questão da prática dos modificadores do comportamento era que, ao dispor de uma tecnologia poderosa (e artificial¹), capaz de mudar comportamentos, aplicavam-na sem necessariamente realizar uma análise a respeito de por que as pessoas tratadas emitiam tais comportamentos “problemáticos” (Vandenberghe, 2002). Isso levou não somente a muitas críticas à prática comportamental, como também a novos estudos que passaram a realizar análises funcionais dos comportamentos alvo de intervenção. Segundo Vandenberghe (2002), o trabalho de Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman e Richman (1982) “revigorou a análise funcional no campo aplicado” (p. 39). Iwata et al. (1982) descreveram o uso de uma metodologia operante para acessar as relações funcionais entre o comportamento autolesivo e eventos ambientais específicos.

Para investigar a função dos comportamentos “problemáticos”, o clínico pode testar os efeitos da manipulação de variáveis ambientais sobre os comportamentos do cliente e, com base nisso, elaborar uma intervenção diretamente orientada para alterar esta função. Aos poucos, a vertente comportamental passou a utilizar a análise funcional como método central para a derivação de seus tratamentos e a prática passou a ser denominada, propriamente, *terapia comportamental*, em detrimento de modificação do comportamento.

Não obstante um razoável consenso em torno dos seus pressupostos, a aplicação da análise do comportamento ao contexto terapêutico apresentava (e ainda apresenta)

¹ Modificadores do comportamento criavam contingências tão fortes que se sobreporiam às contingências naturais, mas talvez não se generalizando por serem pouco prováveis de existir no ambiente natural.

muitos desafios. Um desses desafios refere-se à própria caracterização da prática clínica. A terapia comportamental tem tido, historicamente, dificuldade em definir o que faz o terapeuta comportamental - algo que pode ser relacionado à diversidade de nomes para tal prática:

Desde as que procuram listar uma série de técnicas até aquelas que encaram a psicoterapia enquanto processo, das mais estruturalistas às funcionalistas, das mecanicistas às contextualistas, das dualistas às monistas, toda uma gama de psicoterapias "comportamentais" pode ser encontrada na literatura. Foram identificados nada menos do que 28 termos para se referir à terapia comportamental na literatura produzida no Brasil entre 1970 e 2001. (Banaco, 2003, p. 264).

Em outro estudo, realizado por Ulian (2007), investigou-se a literatura sobre o que faz o terapeuta comportamental. O resultado coloca em evidência a dificuldade de definição de termos, citada por Banaco (2003), pois a única variável consistente encontrada entre os estudos foi a de que ele *faz análise funcional*. Entretanto, esta expressão é pouco operacionalizável, pois inclui diferentes ações do terapeuta, cada qual produzindo diferentes consequências (e.g., coleta de dados, teste de hipóteses, escolha de intervenção e avaliação de intervenção). Segundo Fontaine e Ylieff (1981), a análise funcional implica um ir e vir contínuo entre o diagnóstico e o tratamento – o que corresponde à realidade clínica sempre instável e em movimento contínuo.

Assim, na geração dos modificadores do comportamento – denominada por Hayes (2004) e O'Donohue (1998) de *primeira onda* da terapia comportamental –, o clínico se comportava excessivamente sob controle de regras (as técnicas de modificação do comportamento). Ao abandonar o rigor de tais técnicas, predomina o rastreamento das contingências no teste de hipóteses e de intervenções, em uma fase denominada pelos autores de *segunda onda*, iniciada nas décadas de 1960 e 1970. Embora tenha representado um avanço (sobretudo por ampliar o leque de intervenções possíveis), este novo modelo preserva a dificuldade de operacionalizar a análise funcional, além de não ser capaz de prever a duração do tratamento (usualmente mais longa). A análise funcional, enquanto modelo idiosincrático, dificulta a demonstração de quais intervenções são realizadas – o que aproxima a terapia comportamental das pesquisas de processo com sujeito único, mas a afasta do padrão predominante das pesquisas sobre terapia baseada em evidência, como se discute adiante.

Outra questão, levantada até mesmo por analistas do comportamento (e.g., Guedes, 1993), diz respeito ao fato de que, quando o terapeuta comportamental aproximou sua prática à de terapeutas de outras abordagens, automaticamente ele teria se afastado da coerência com alguns de seus pressupostos teóricos, uma vez que a terapia tradicional, de gabinete, baseia-se sobretudo no relato verbal do cliente. Em outras palavras, o cliente, na presença do terapeuta, relata eventos passados ou atuais. O conteúdo deste relato é discutido até identificarem alternativas de ação supostamente testadas pelo cliente. Os testes, por sua vez, são relatados em outras sessões, e o ciclo recomeça. Nesse sentido, a intervenção seria baseada no comportamento verbal do cliente, o que não garantiria a mudança em seu comportamento não verbal correlato, sob pena de reforçar a falta de correspondência.

Para Meyer et al. (2008), a análise do comportamento verbal seria a base de um modelo explicativo para se compreender episódios comportamentais mais complexos, o que poderia levar ao aprimoramento da prática em terapia analítico-comportamental. Para lidar com o comportamento verbal enquanto objeto da análise funcional, novos avanços vêm sendo realizados sobre a teoria e a prática clínica, o que tem sido denominado *terceira onda* da terapia comportamental (Kohlenberg, Bolling, Kanter & Parker, 2002). Esta seria condizente com os princípios básicos do comportamento operante e respondente, também conciliando-os com o modelo – culturalmente difundido – de atendimento de gabinete.

O que une as propostas da terceira onda é a ênfase nas influências contextuais sobre o comportamento verbal humano, bem como uma abordagem funcional sobre a cognição e a emoção, em que a relação da pessoa com sentimentos e pensamentos (ou mudanças de *segunda ordem*) é o alvo em adição às mudanças de *primeira ordem*. No entanto, é importante destacar que a terceira onda da terapia comportamental representa um movimento de distanciamento do cognitivismo e de retorno ao behaviorismo radical, particularmente para a análise funcional e para a proposta de modelos de intervenção baseados em questões sobre o comportamento verbal. Para Meyer, Oshiro, Donadone, Mayer e Starling (2008), a análise do comportamento verbal seria a base de um modelo explicativo para se compreender episódios comportamentais

mais complexos, o que poderia levar ao aprimoramento da prática em terapia analítico-comportamental.

Na terceira onda, são propostas algumas intervenções descritas detalhadamente e, portanto, mais operacionalizáveis, permitindo testar sua eficácia por meio de pesquisas de evidência. Os principais modelos desenvolvidos pela terceira geração são: a Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991; Tsai et al., 2009), a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosaki & Wilson, 1999), a Ativação Comportamental para depressão (Martell, Addis & Jacobson, 2001), a Terapia Comportamental Dialética para borderline (Linehan & Dimeff, 2001), a Terapia Comportamental Integrativa para casais (Jacobson & Christensen, 1996).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é provavelmente a mais pesquisada de todos os modelos de terceira geração da terapia comportamental, baseada na Teoria dos Quadros Relacionais (Hayes, 2008). A Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 2001) é baseada em uma análise funcional da relação terapêutica, que coloca maior ênfase no contexto terapêutico e no uso de reforçamento diferencial de comportamentos clinicamente relevantes que ocorrem em sessão (Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2010). Segundo Cautilli, Riley-Tillman, Axelrod e Himeline (2005), há um acúmulo de décadas de pesquisas apoiando a ideia de que o reforçamento de comportamentos que ocorrem na sessão pode levar à mudança de comportamento.

A Ativação Comportamental (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001) surgiu de uma análise dos componentes da terapia comportamental cognitiva para a depressão e demonstrou que os componentes cognitivos não contribuíam com nenhum efeito adicional para a melhora do cliente, além daqueles efeitos obtidos pelos componentes comportamentais da intervenção. Algumas pesquisas (e.g., Cullen, Spates, Pagoto & Doran, 2006; Spates, Pagoto & Kalata, 2006) confirmam que o uso de Ativação Comportamental é clinicamente importante para o tratamento de depressão. A Terapia Comportamental Integrativa para casais foi desenvolvida a partir da insatisfação com a tradicional terapia comportamental aplicada ao tratamento de casais. Ela enfoca as diferenças entre comportamento governado por regras ou modelado pelas contingências, na relação dos casais, alcançando interpretações sobre diversos comportamentos mais

complexos, como o de perdoar o cônjuge (Cordova, Cautilli, Simon & Axelrod-Sabtg, 2006).

Pesquisadores da terceira onda têm proposto o termo *Contextualismo Funcional*, em substituição a *behaviorismo radical* (que seria socialmente menos aceito), para se referir à base conceitual utilizada em suas pesquisas. Conforme Drossel, Waltz e Hayes (2007), a terceira onda não nega os pressupostos já consolidados pelo behaviorismo, mas propõe uma nova compreensão sobre os processos verbais. Segundo os autores, no campo verbal, Skinner teria falhado em capturar as relações arbitrárias, sociais e culturalmente determinadas entre eventos do mundo, símbolos, imagens, gestos e sons. A Teoria dos Quadros Relacionais (RFT), base para a ACT e as outras propostas aplicadas, é resultado das pesquisas que vêm sendo conduzidas com a proposta de responder à seguinte questão: “Se pensamentos podem influenciar comportamentos, que processos comportamentais precisam ocorrer para isso acontecer?” (Woods, Kanter & Lands, 2007, p. 14).

A RFT se propõe a descrever o processo pelo qual os humanos aprendem a relacionar verbalmente estímulos arbitrários de múltiplas formas e em múltiplos contextos. Ela descreve as condições sob as quais a linguagem pode desenvolver controle excessivo sobre o comportamento, excluindo consequências imediatas sobre os mesmos. Embora diversas na forma e na tecnologia, as propostas de intervenção baseadas na RFT compartilham o foco nos eventos privados em transtornos psiquiátricos (Drossel, Waltz & Hayes, 2007).

Hayes et al. (2007) afirmam que os diagnósticos da maioria dos problemas comportamentais, descritos no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed. rev.; *DSM-IV-TR*, 2000/2002; C. Dornelles, Trad.), envolvem componentes verbais. O problema não estaria na ocorrência dos pensamentos e sentimentos, mas na forma como as pessoas respondem a esses eventos (e.g., avaliando-os, identificando-se com eles, tentando eliminá-los) e é sobre isso que a ACT intervém. Segundo Hayes et al., o excessivo e inadequado controle por regras é inversamente proporcional à capacidade de o indivíduo rastrear as contingências, o que levaria a uma *rigidez psicológica*, considerada pelos autores uma das grandes causas do sofrimento psicológico. A rigidez psicológica seria composta por seis pontos principais, sobre os quais a ACT estabelece sua proposta

de intervenção: (1) a *esquiva experiencial*, ou tendência de modificar forma, frequência ou sensibilidade a eventos privados, ainda que isso cause mais danos; (2) a *fusão cognitiva*, quando estímulos verbais se relacionam excessiva e arbitrariamente; (3) uma experiência de *self* conceitualizada em vez de contextualizada; (4) a descrição do passado de forma conceitualizada e a do futuro como algo a ser temido, associadas a um fraco autoconhecimento; (5) uma falta de clareza de valores, com predominância de seguimento de regras e de rastreamento de contingências de esquivas e (6) a persistência de inatividade, impulsividade e esquivas.

Existem muitas organizações para terapeutas comportamentais espalhadas pelo mundo. Nos Estados Unidos, a divisão de análise do comportamento é a *American Psychological Association's 25. A Association for Contextual Behavior Therapy* é outra organização profissional, voltada para o interesse específico em terapia comportamental da terceira geração. Internacionalmente, a maioria dos terapeutas comportamentais pode se vincular por meio da Associação Internacional de Análise do Comportamento (ABAI). No Brasil, a Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC), fundada em 1991 por Bernard Rangé (Kerbaui, 2001), é uma organização para terapeutas comportamentais e cognitivos – responsável, entre outras coisas, pela divulgação do conhecimento por meio de um congresso anual e de um periódico semestral, a *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, além de uma coleção de livros, a *Sobre Comportamento e Cognição*.

Nessas organizações e nos meios impressos e eletrônicos de divulgação de artigos, pode-se identificar grupos de trabalhos em pesquisa básica, em pesquisa aplicada e em prestação de serviços. A articulação entre essas três modalidades de atuação tem sido defendida como indispensável para produção progressiva de conhecimento na área. O aperfeiçoamento na prestação de serviços, em particular o atendimento clínico, é um dos objetivos sociais da pesquisa nessa área – uma vez que visa, em última análise, à melhora na qualidade de vida das pessoas.

Pesquisa Básica, Pesquisa Aplicada e Prestação de Serviços

Como sistema psicológico, a análise do comportamento constitui um campo do saber que articula conteúdos filosóficos, empíricos e aplicados (Tourinho, 2003). Tais

conteúdos podem ser representados pela figura de um triângulo epistêmico (Tourinho, 1999; Tourinho, Carvalho Neto & Neno, 2004), no qual o trabalho do analista se encontraria em algum ponto da área do triângulo a depender do seu foco de atuação. Segundo Lattal (2005), este foco de atuação pode ser constituído por pesquisa básica, pesquisa aplicada e tecnologia ou prestação de serviços, três modalidades de atuação do psicólogo analista do comportamento.

As duas classificações valorizam a produção de conhecimento e sua relação com a aplicação, amparadas por uma base filosófica coerente. Em cada uma dessas modalidades de pesquisa, muda-se a forma e o objetivo, mas o objeto de estudo continua o mesmo: o comportamento. Segundo Lattal (2005), um dos objetivos da análise do comportamento, enquanto ciência, é “desenvolver princípios comportamentais gerais que podem ser aplicados igualmente a humanos e a não humanos” (p. 16).

Isso significa que, em cada modalidade, o profissional se comporta sob controle de contingências sociais diferentes (Luna, 1997). Na pesquisa básica, os comportamentos do pesquisador estão sob controle da produção final de novos conhecimentos e do desenvolvimento de métodos e técnicas para análise, previsão e controle do comportamento. Na pesquisa aplicada, o pesquisador também se comporta sob controle da produção de conhecimento, mas com um foco mais direto em questões práticas, ou seja, em busca de resultados que possam validar ou não a aplicação dos conhecimentos já disponíveis e gerar outros conhecimentos para isso. Já na prestação de serviços, o psicólogo se comporta de modo a produzir impacto direto em problemas práticos da vida cotidiana (Lattal, 2005). De todo modo, o objetivo final da prestação de serviços, conforme Baer, Wolf e Risley (1968), deve ser a produção de bem-estar social, o que remete à participação da psicoterapia como agência controladora do terceiro nível de seleção. Segundo Hayes (1978), as três modalidades de atuação não deveriam ser consideradas como hierárquicas, mas interdependentes (modelo interativo), já que o avanço de cada uma delas pode contribuir para o avanço das demais. No entanto, conforme destaca Lattal (2005), tem sido mais comum a interação intra ciência básica e intra ciência aplicada do que a articulação entre essas duas modalidades.

No caso da ciência aplicada, Baer et al. (1968) elencaram, há cerca de 50 anos, alguns critérios de relevância social para as pesquisas nesta área, que parecem ainda

pertinentes na atualidade. Segundo eles, a pesquisa em análise aplicada do comportamento deveria ser: *aplicada, comportamental, analítica, tecnológica, conceitualmente sistemática, efetiva* e mostrar alguma *generalização*. Por aplicada, os autores referiam-se ao objeto de estudo ser uma questão, de alguma maneira, de interesse social. Por comportamental, aludiam ao fato de que a pesquisa deveria visar, em última instância, a comportamentos mais efetivos, em um sentido pragmático, com medidas objetivas do comportamento e de suas mudanças. A pesquisa deveria ser analítica porque implica decomposição de variáveis e demonstração de relações entre elas. Tecnológica por implicar a identificação e descrição minuciosa das técnicas utilizadas e conceitualmente sistemática no sentido de situar essa descrição em termos dos princípios teóricos subjacentes.

Quando pesquisas aplicadas se aproximam dos critérios definidos por Baer et al. (1968), é provável que aumente a chance de os resultados contribuírem, em certa medida, para *prescrever* uma prática, um modo de proceder do prestador de serviços. É nesse contexto que se pode destacar a importância da pesquisa de processo. Em outras palavras, pesquisas de processo em terapia analítico-comportamental podem não apenas descrever o que faz o terapeuta, mas também estabelecer diretrizes para o que ele deve fazer.

Uma das maneiras da prestação de serviços se apropriar do conhecimento produzido pela pesquisa aplicada é o que tem sido denominado *terapia baseada em evidência*. A terapia baseada em evidências, designada mais recentemente como prática psicológica baseada em evidências (EBPP, *Evidence Based Psychological Practice*) é “a integração da melhor pesquisa disponível com a perícia clínica, no contexto das características, cultura, valores e preferências do paciente” (American Psychological Association, 2006, p. 1).

Ao atuar no campo da psicoterapia, o psicólogo segue alguns princípios de conduta, a partir da base teórica que orienta sua prática. Um psicoterapeuta que se denomina *humanista*, isto é, que segue a abordagem centrada na pessoa, de Carl Rogers, procurará se comportar de acordo com os princípios desta teoria, a não diretividade, a aceitação positiva incondicional e a compreensão empática. Um psicoterapeuta de abordagem psicanalítica laciana pode comportar-se de modo a não atender às

demandas do cliente e, assim, ser coerente com o pressuposto de não atualizar os seus sintomas. Por sua vez, um terapeuta orientado pela abordagem comportamental certamente irá consequenciar diferencialmente, em sessão, comportamentos relevantes do cliente em direção à superação de seus problemas, desde a descrição mais do que a classificação de comportamentos até a discriminação de contingências atuais e o enfrentamento de situações relacionadas.

Tais diferenças indicam que o comportamento dos terapeutas pode variar, entre outras coisas, em função da abordagem teórica seguida. Entretanto, algumas pesquisas iniciais no campo da psicoterapia (cf. Garfield, 1995) levaram a duas importantes conclusões. A primeira delas é que fazer psicoterapia produz mais resultados positivos do que não fazê-la, ou seja, ela funciona. A segunda é que, não importa a abordagem teórica, todas as psicoterapias produzem resultados. Esta conclusão foi denominada *o paradoxo do pássaro Dodô*, em uma alusão ao trecho do livro *Alice no País das Maravilhas*, de Lewis Carroll, no qual este pássaro organiza uma corrida sem regras: os bichos precisavam somente correr aleatoriamente para serem todos vencedores. Na base desta conclusão, estaria a importância dada a *fatores comuns* a todas as psicoterapias (Messer & Wampold, 2002), como a aliança terapêutica, a empatia do terapeuta, o acordo de terapeuta e cliente em torno dos objetivos da terapia, etc.

Entretanto, estas conclusões têm sido questionadas (Beutler, 2002) quanto aos critérios para considerar que de fato foram produzidos resultados e quanto às maneiras de avaliá-los. Em outros termos, em nova alusão à metáfora, qual o significado de “ganhar a corrida”: se os animais venceriam (ou a terapia funcionaria) não importando aonde tivessem chegado, ainda resta responder aonde eles de fato chegaram e qual a relação custo-benefício dessa trajetória.

Sobre esta questão, novas pesquisas foram conduzidas, demonstrando resultados diferentes daquele do paradoxo de Dodô. Assim, já foram demonstradas algumas variáveis produtoras de resultados diferenciados em termos de melhora terapêutica, entre elas as abordagens teóricas mais recomendadas para alguns tipos de problemas dos clientes. Por exemplo, pode-se destacar aqui os estudos empíricos a respeito da eficácia da terapia cognitivo-comportamental para transtornos de humor, ansiedade, alimentares, abuso de substâncias e psicóticos (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Cooper, 2008).

Dessa maneira, em vez de perguntar se psicoterapia funciona (até porque, na verdade, existem inúmeras psicoterapias), seria mais apropriado perguntar: “*Qual tratamento, oferecido por quem, é mais efetivo para esse indivíduo com esse problema específico, em que circunstâncias?*” (Paul, 1967, p. 111).

Quando se destaca, nesta pergunta, *qual tratamento* seria mais efetivo, subentende-se aqui a diversidade de psicoterapias. As abordagens teóricas foram elaboradas de diversas formas, em épocas, países e contextos diferentes, mas com um amplo objetivo comum. A psicoterapia é uma interação especial entre dois ou mais indivíduos: um deles (o paciente) procura ajuda para um problema e o outro (o terapeuta) provê condições para aliviar seu sofrimento e melhorar seu funcionamento cotidiano (Garfield, 1980). Além disso, embora haja variações no método e na interpretação dos fenômenos psicológicos, os objetivos da psicoterapia, em geral, são alcançados primariamente por meio de contato interpessoal, via interação verbal terapeuta-cliente (Kazdin, 1988). Dentre os comportamentos do psicoterapeuta, na relação com seu cliente em um processo terapêutico sustentado por uma abordagem teórica, quais deles produzem quais tipos de impactos sobre o cliente?

As intervenções que compõem o conjunto das EBPP são testadas sob diferentes tipos de investigação empírica quanto à sua efetividade e utilidade clínica. Esses resultados podem, portanto, estar associados a práticas orientadas por qualquer abordagem psicológica, ou seja, elas não privilegiam uma ou outra abordagem, mas aquelas que apresentam evidências de efetividade. Se as conclusões de uma investigação em clínica eventualmente prescrevem intervenções para o “melhor resultado” da psicoterapia *em geral*, o estudo pode ser questionado em duas direções: (1) ele está partindo de uma abordagem teórica que define indicadores específicos de resultado e generalizando para outras, que podem privilegiar indicadores diferentes, a partir de seus pressupostos conceituais e metodológicos; (2) ele está partindo da efetividade da intervenção, para somente depois contextualizar esses resultados à luz de características do cliente, do terapeuta, da cultura e de uma abordagem teórica. Esses aspectos são bastante cruciais no conceito de EBPP (APA, 2006).

As intervenções incluídas entre as EBPP possuem informações sistematizadas sobre quais variáveis são importantes para o processo de mudança do cliente, sobre as

características da interação psicoterapêutica e dos clientes ou contextos em que são efetivas. Daí se conclui que todo terapeuta pode – e deveria, até como uma suposição ética – utilizar os resultados de pesquisa para aprimorar a sua prática. Grosso modo, existem duas vias principais para esta utilização, não excludentes entre si. A primeira é quando os resultados de pesquisa levam ao aprimoramento da abordagem teórica, refutando antigos preceitos, não condizentes com as novas evidências, ou reformulando-os. Assim, a própria teoria se atualiza e isso passa a ser ensinado para as novas gerações de psicólogos. A segunda via é quando o psicoterapeuta, por sua própria conta, é um consumidor de pesquisas e passa a utilizar os resultados para tomar decisões sobre a escolha de intervenções e para alterar/aperfeiçoar seu modo de trabalhar com os clientes. De um jeito ou de outro, os profissionais devem utilizar os resultados de pesquisa clínica para auxiliá-los a tomar decisões e adotar intervenções sobre cada caso. Por exemplo, um resultado de pesquisa considerado bastante consolidado afirma que “clientes com transtorno de personalidade borderline têm notadamente mais dificuldade para se engajarem ativamente em uma relação terapêutica colaborativa” (Linehan, 1989, p. 92). Este conhecimento auxilia o psicoterapeuta a lidar melhor com suas próprias expectativas e frustrações sobre a interação com seu cliente e a responder sob controle de variáveis que podem ser importantes para a manutenção da relação terapêutica e para o aumento do engajamento.

Além da influência das agências de seguro de atenção à saúde (Neno, 2005), o movimento das EBPP está também bastante relacionado ao reconhecimento dos direitos do consumidor (talvez até por conta das implicações legais dessa influência). Isso pode ser constatado já em sua definição, a qual enfatiza a questão dos valores e preferências do cliente. No caso do atendimento à criança, pode-se supor que a avaliação do consumidor é uma questão mais delicada - uma vez que a própria criança, em geral, tem menos condições de julgar o atendimento recebido e seus pais ou cuidadores têm acesso apenas indireto ao que é realizado na relação terapeuta-criança, quando conseguem observar a mudança de comportamento da criança (melhora) ou pelo relato da mesma sobre o conteúdo da sessão. No entanto, a especificidade da terapia infantil vai muito além dessa questão e inclui outras de caráter conceitual, metodológico e prático, que também possuem implicações para a sua pesquisa e desenvolvimento enquanto EBPP. A

seguir, são discutidas algumas dessas questões, pertinentes à terapia analítico-comportamental infantil.

Terapia Infantil: A Pesquisa e a Prática do Terapeuta

Este capítulo apresenta algumas características da terapia infantil que a diferenciam ou assemelham à terapia de adultos e que são importantes para a pesquisa e a prática nesta área. São apresentadas peculiaridades da avaliação e intervenção com crianças, assim como estudos de revisão bibliográfica e meta-análises, que convergem para a necessidade de mais pesquisas aplicadas que deem suporte à prática do terapeuta, em particular a pesquisa de processo.

Kazdin e Weisz (2003), pesquisadores comprometidos com a questão da terapia baseada em evidência, apresentam definições de terapia infantil e de adultos que permitem identificar algumas características convergentes e divergentes sobre esses dois processos. A psicoterapia de adultos é definida em termos de uma *interação especial* entre dois (ou mais) indivíduos em que o paciente, ou cliente, procura ajuda para um problema particular e o terapeuta provê condições para aliviar seu problema e melhorar seu funcionamento no dia a dia (Garfield, 1980; Walrond-Skinner, 1986). A terapia infantil (e também de adolescente) “é qualquer intervenção designada para aliviar o sofrimento, reduzir comportamento mal adaptativo ou promover funcionamento adaptativo e que *use recursos que incluem consulta e intervenções estruturadas ou planejadas* [ênfase adicionada]” (Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton, 1995, p. 9).

Ainda que essas definições possam se assemelhar bastante, cada uma delas contém características do processo terapêutico típicas das respectivas populações. A primeira delas claramente se refere a *como* se procura ajuda. Na terapia de adultos, conforme Kazdin e Weisz (2003), o cliente busca ajuda e, ao fazer isso, descreve suas dificuldades (portanto, tem algum grau de consciência sobre elas), as circunstâncias de sua vida e as razões para procurar auxílio profissional. No caso da criança, normalmente não é ela quem decide procurar auxílio, e sim seu cuidador. Essa condição traz consigo algumas implicações: (1) nem sempre a criança é capaz de descrever seus problemas e às

vezes seu comportamento é um problema mais para os outros do que para ela, como no caso de comportamentos externalizantes²; (2) em função disso, muitas vezes o terapeuta precisa recorrer a outras opções, além do relato verbal do cliente, para realizar a avaliação diagnóstica, como a entrevista com os pais e professores, o uso de testes e a observação da criança em interação (Del Prette, Silveira & Meyer, 2005); (3) a motivação da criança para permanecer em tratamento pode ser menor ou diferente da motivação dos seus cuidadores ao encaminhá-la (Yeh & Weisz, 2001). Nesse sentido, Kazdin (1996) alerta que cerca de 40% a 60% das crianças que iniciam tratamento acabam abandonando-o prematuramente – o que pode incluir o abandono feito pelos pais e cuidadores, mesmo quando a criança adere ao tratamento.

Outra distinção entre as definições anteriores consiste nas possibilidades de interação. A terapia de adultos, ao se definir como uma *interação especial* entre terapeuta e cliente, remete ao caráter predominantemente verbal dessa interação, o que restringe o alcance do contato do terapeuta com os comportamentos do cliente. Em contrapartida, a terapia da criança, definida como *qualquer intervenção*, amplia o leque de opções do terapeuta. Culturalmente, aceita-se e até espera-se sua inserção em escolas (para avaliação ou intervenção), a participação da família em sessões de orientação ou juntamente com a criança e o uso de diferentes estratégias além da conversa, baseando-se no contato interpessoal com a criança, mas sem se restringir a ele. Tais estratégias podem incluir a conversa, o brincar e outras propostas de atividades, com o auxílio de brinquedos, jogos, histórias ou outros objetos.

Em virtude da diversidade de estratégias, assim como das peculiaridades da relação com a criança, o clínico deve ter habilidades distintas para lidar com essa população. No processo de formação do psicólogo, o repertório de entrada do aluno, antes de iniciar seu treino em estágios clínicos, pode ser um dos fatores que o levem a escolher pelo atendimento de crianças ou de adultos. Um estudo de Del Prette, Del Prette e Meyer (2007) apontou diferenças estatisticamente significativas entre as autoavaliações

² Problemas externalizantes, mais frequentes nos encaminhamentos à psicoterapia, são voltados ao ambiente e aos outros, como comportamento opositor, hiperativo, agressivo e antissocial. Problemas internalizantes são direcionados à própria experiência, como ansiedade e depressão (Kazdin & Weisz, 2003).

de repertórios de habilidades sociais de alunos do sexto semestre de cursos de psicologia, segundo o Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001). Os alunos cuja preferência era por atendimento adulto apresentaram escores maiores na subescala Conversação e Desenvoltura Social e escores abaixo da média na subescala Expressão de Sentimento Positivo. Nesta última, os escores foram mais elevados para o grupo que relatou preferência pelo atendimento de crianças. O estudo apontou também que o julgamento dos alunos sobre as suas habilidades com uma e outra clientela foi mais decisivo para sua escolha do que as características dessas faixas etárias.

Conforme Silveira e Silvares (2003), uma das habilidades importantes do terapeuta infantil é o manejo de interações lúdicas. De modo geral, a brincadeira é uma atividade altamente reforçadora para as crianças, o que pode ser produtivamente explorado pelo terapeuta. O terapeuta de crianças deve ter repertório de brincar. Do contrário, pode comprometer o sucesso das primeiras sessões com a criança, decisivas para a formação de aliança terapêutica e, portanto, para a diminuição do risco de abandono da terapia citado anteriormente. Conforme Kanfer, Eyberg e Krahn (1992), a brincadeira é “um meio efetivo de construir o *rapport*³ e reduzir demandas verbais feitas para a criança e . . . um meio para amostragem do conteúdo das cognições da criança” (p. 50).

Skinner (1991) distingue o *jogo*, definido como uma atividade que envolve contingências de reforçamento planejadas (i.e., regras pré-estabelecidas), do *brincar livre* – o qual, por não ter regras estabelecidas na cultura, pode ser considerado menos controlado pelo ambiente social imediato. A importância dos jogos vem sendo enfatizada por pesquisadores e teóricos como uma maneira pela qual a criança pode aprender repertórios de relacionamento, de controle sobre o ambiente e de desenvolvimento global (Goldstein & Goldstein, 1992). Possivelmente por suas diferentes funções e importância, o brincar passou a fazer parte das práticas de terapia infantil. Em terapia, brincar é o conjunto de procedimentos que utilizam jogos ou brinquedos como mediadores da interação terapeuta-cliente (Del Prette, 2006a).

³ *Rapport*, do francês, significa *harmonia, confiança, segurança, compreensão*. Construir o *rapport*, portanto, significa que o clínico deve comportar-se de modo que sua relação com o cliente, desde o início do processo de terapia, alcance essas características.

A fantasia é outra estratégia de avaliação e intervenção com crianças que pode ser utilizada como via de acesso do profissional aos comportamentos encobertos e manifestos (Penteado, 2001; Regra, 1997, 2001). A inclusão de estratégias de brincadeira e de fantasia na avaliação, assim como na intervenção direta com a criança, propicia a ampliação das relações, que passam a se dar não apenas entre a criança e o terapeuta, mas também entre eles e os personagens das brincadeiras (Conte & Regra, 2002).

Na fantasia, a criança atribui funções e características a objetos e personagens, para além daquelas que poderiam ser observadas na realidade. Por exemplo, um pino de madeira se torna o “irmãozinho”; um boneco de massinha pode “falar e andar”; o desenho de um patinho e algum incentivo do terapeuta evocam uma longa história sobre esse personagem. Nesse sentido, a fantasia equivale à noção de formação de imagens, de Skinner. Segundo Skinner (1991, 1994), *formar imagens* (i.e., ver na ausência da coisa vista) é uma visão condicionada que explica a tendência a ver o mundo de acordo com a história prévia.

Algumas características da criança também possibilitam o uso de intervenções propostas pela terceira onda da terapia comportamental, como a FAP (Conte, 2001; Conte & Brandão, 1999) e a ACT (Greco & Hayes, 2008), ainda que sejam necessárias adaptações para isso. No caso da FAP, o uso da fantasia amplia as possibilidades de relacionamento em sessão. Com a criação de personagens, a criança pode emitir outros comportamentos clinicamente relevantes e o terapeuta, intervir diretamente sobre eles.

Algumas propostas de intervenção bastante enfocadas pela terceira onda, comuns às diversas sistematizações de terapia (e.g., ACT, FAP e DBT), poderiam até mesmo ser favorecidas pelo nível de desenvolvimento da criança, como no autoconhecimento. No caso da ACT, inicialmente pensou-se ser intelectualmente muito complexa à compreensão da criança. Com o avanço dos estudos sobre sua aplicação para essa população, ela passou a ser vista como uma proposta de certo modo contraintuitiva para adultos, mas perfeitamente aplicável às crianças (O’Brian & Murrell, 2008). Por exemplo, o uso de linguagem metafórica poderia ser mais fácil para crianças, que teriam mais facilidade para pensar em termos menos literais. Conforme Greco, Blackledge, Coyne e Ehrenreich (2005), a vantagem da criança sobre o adulto é que, por estar em fase de

desenvolvimento, a criança ainda não viveu o suficiente para apresentar repertórios comportamentais rígidos e psicopatologias associadas. Assim, considerando a proposta da terceira onda quanto à importância de relações funcionais e contextuais verbais, a menor experiência de vida da criança, associada ao repertório verbal limitado, seria vantagem (e não limitação) para esta em termos de possibilidades de intervenção e mudança.

Não obstante o interesse pela relação terapêutica no caso da terapia infantil, Shirk e Saiz (1992) constataram, em revisão de publicações internacionais sem restrição de abordagem, que o estudo do processo terapêutico com crianças tem sido negligenciado por pesquisadores clínicos. Em 2006, Murrell e Scherbarth descreveram o estado da arte da ACT para crianças, adolescentes e pais. Os autores concluíram que, embora esta proposta esteja se consolidando como tratamento efetivo para vários problemas psicológicos de adultos, pouca pesquisa tem sido conduzida sobre o uso da ACT para crianças e pais e nenhuma publicação foi encontrada sobre a ACT para distúrbios mais comuns da infância, como ansiedade, depressão, TDAH e comportamento opositor desafiante. A maioria dos estudos encontrados foram estudos de caso naturalísticos ou de grupo não controlado.

Quanto à Psicoterapia Analítica Funcional, Santos (2011) realizou revisão sobre FAP, em periódicos nacionais e internacionais nas duas últimas décadas, e encontrou 48 artigos sobre intervenções FAP. Desses, somente três estudos envolviam crianças (García, Montero & Velasco, 2009; Gosch & Vandenberghe, 2004; Moura & Conte, 1997), os dois últimos nacionais. A pequena proporção de estudos, em contraste com descrições promissoras em algumas publicações de estudos de caso naturalísticos em FAP com crianças (e.g., Conte, 2001; Moura & Conte, 1997), aponta a necessidade de mais pesquisas que deem suporte a esta prática, auxiliando na investigação das relações entre diferentes componentes da intervenção e seus resultados sobre o comportamento da criança em sessão.

No caso de livros e periódicos nacionais, Del Prette (2006b) analisou 18 livros da coleção *Sobre Comportamento e Cognição* e encontrou 75 capítulos sobre terapia infantil (comportamental ou cognitivo-comportamental), publicados por 63 autores ou coautores

diferentes. A maioria deles aborda aspectos de transtornos da infância, como problemas de aprendizagem, problemas médicos, autismo, agressividade e TDAH. A autora constatou, também, que a grande maioria das publicações se refere a estudos de casos naturalísticos (i.e., relatos anedóticos de experiência clínica). Esse dado vai ao encontro da constatação de Shirk e Saiz (1992) sobre os esforços do clínico em divulgar seus conhecimentos práticos (em congressos e/ou produção escrita), em contraste com a pouca ênfase do pesquisador no estudo da terapia comportamental infantil.

Entre os estudos de caso, Kazdin (1982) propõe uma classificação segundo a presença ou ausência de características que reduzem as ameaças à sua validade interna. O autor classifica os estudos naturalísticos em Tipo I (apresenta dados objetivos), Tipo II (apresenta dados objetivos, medidas repetidas e efeitos acentuados da intervenção) e Tipo III (apresenta dados objetivos, medidas repetidas, estabilidade do problema antes da intervenção e múltiplos casos). A validade interna significa a segurança de que os resultados da intervenção podem ser atribuídos à manipulação da variável independente e não a outras variáveis (Cozby, 2003). Algumas ameaças a ela incluem os efeitos da história, maturação, teste, instrumentação, etc (Campbell & Stanley, 1979). Del Prette, Silveiras e Meyer (2005) analisaram 20 publicações nacionais de estudos de caso e classificaram-nas segundo os critérios de Kazdin (1982), concluindo que “dos 20 estudos, oito foram classificados como naturalísticos, sete como do Tipo I, quatro como Tipo II e apenas um como Tipo III” (p. 97). Esses resultados convergem para aqueles encontrados por Del Prette (2006b) e Shirk e Saiz (1992). Em suma, os estudos de revisão indicam a necessidade de mais pesquisas na área da terapia voltada à população infantil.

Com o objetivo de complementar as revisões de Del Prette, Silveiras e Meyer (2005), para a presente seção foram analisados também os artigos da *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* (RBTCC), abrangendo os 20 volumes publicados no período de 1999 a 2008, selecionando-se aqueles que tratavam de terapia infantil. Foram encontrados somente oito artigos sobre terapia infantil, dos quais cinco eram (ou incluíam) estudos de caso, mas somente um (Rocha, Braga & Silveiras, 2006) seria classificado como Tipo III, segundo os critérios de Kazdin (1982). Contudo, as sessões observadas não eram propriamente de terapia e sim de um *grupo de espera recreativo*, utilizado em uma clínica-escola para favorecer a adesão das famílias e iniciar uma

avaliação diagnóstica das crianças, observando-as em interações. Em outro estudo encontrado (Gosh & Vandenberghe, 2004) que poderia ser classificado em Tipo II, os autores analisavam a interação terapeuta-cliente com uma criança com *padrão desafiador-agressivo*, utilizando medidas repetidas e objetivas sobre a estabilidade do problema antes da intervenção e a mudança após a mesma, com descrição dos procedimentos realizados. Os outros três estudos de caso eram relatos assistemáticos (Branco & Ferreira, 2006, Guerrelhas, Bueno & Silvares, 2000; Regra, 2000). Os demais artigos incluíam: (a) uma resenha (Vermes, 2002); (b) uma proposta de organização das etapas da terapia infantil (Moura & Venturelli, 2004) baseada na análise assistemática da literatura e na experiência das autoras; (c) uma pesquisa em que terapeutas infantis foram entrevistadas sobre o tema *fantasia* (Haber & Carmo, 2006); (d) o estudo de Del Prette (2005) referido anteriormente, de análise da validade interna de estudos de caso.

Em suma, a análise das publicações em terapia infantil indicou: (1) um número ainda escasso de publicações na área; (2) uma parcela reduzida de estudos baseados em medidas objetivas do comportamento, requisito mínimo para ser considerado no mínimo Tipo I, em vez de naturalístico; (3) maior parcela de estudos de caso naturalísticos, de divulgação dos próprios trabalhos por parte dos terapeutas infantis; (4) ausência de estudos que utilizam algum sistema de categorização de sessões e (5) ausência de publicações que propõem algum tipo de metodologia para o avanço das pesquisas de processo terapêutico voltado a essa população.

Retomando-se a proposta de interdependência entre pesquisa básica, aplicada e tecnologia ou prestação de serviços (Lattal, 2005), os estudos de caso naturalísticos estariam no terceiro grupo. Quanto maior a sua validade interna, mais se aproximariam do grupo da pesquisa aplicada, onde se localizam pesquisas de processo clínico. O maior número de publicações de estudos de caso narrativos indica um desequilíbrio no fluxo de produção de conhecimento, em que a tecnologia ou a prestação de serviços fica restrita a um público constituído pelos próprios prestadores ou por estudantes, cujo foco de sua ocupação é mais a prática do que a produção de conhecimento em metodologias mais rigorosas. Incorre-se, assim, no risco de não se avaliar esse conhecimento divulgado (papel da pesquisa aplicada, necessariamente com maior rigor metodológico), reificando-se práticas por sua tradição de uso mais do que por sua comprovada efetividade. Essas

considerações seguem na mesma direção do alerta de Neno (2005), de que mais pesquisas são necessárias em toda a área da terapia analítico-comportamental:

Constitui um desafio para a terapia analítico-comportamental edificar-se como interlocutora no debate sobre as psicoterapias, desenvolvendo pesquisas que de uma perspectiva crítica, porém afirmativa, abordem os problemas da eficácia, da efetividade e da padronização dos tratamentos. (p. 177)

A análise dessa literatura mostra a importância do desenvolvimento de pesquisas de processo aplicadas, no campo da terapia analítico-comportamental, especialmente para a população infantil.

As pesquisas de processo em psicoterapia utilizam geralmente a categorização de sessões como uma maneira de sistematizar a descrição da prática terapêutica, bem como de identificar as variáveis críticas do processo e o impacto destas sobre sua efetividade (e.g., Callaghan & Follette, 2008; Hill, 1986; Oshiro, 2010; Zamignani, 2007). A categorização de comportamentos, usualmente, é realizada sobre unidades de análise moleculares, como a fala do terapeuta e a fala subsequente do cliente e visa a responder à seguinte pergunta: O que fazem os terapeutas analítico-comportamentais?. Embora a análise molecular de interações seja importante para descrever o processo terapêutico de modo sistemático e obter relações entre comportamentos do terapeuta e do cliente, ela não gera (nem pretende gerar) sínteses que permitam identificar características mais gerais do processo terapêutico como um todo. Assim, esse nível de categorização possibilita sistematizar a prática clínica por meio da análise (i.e., decomposição e sistematização), mas é insuficiente para se obter sínteses (i.e., agrupamentos molares) ao longo do processo terapêutico, que indicariam a função de episódios maiores de interações.

Uma análise molar da interação terapêutica em geral busca responder a uma outra importante pergunta: Para que os terapeutas comportamentais fazem o que fazem no processo de atendimento? Baseadas geralmente em episódios ou sequências mais longas de interação terapeuta-cliente, as análises molares podem focalizar a identificação de estratégias e procedimentos terapêuticos razoavelmente sistematizados e recorrentes, que podem ser cruciais para a efetividade dos resultados obtidos. Essa questão tem a ver

com o *como*, porém de uma forma que permite estabelecer relações empíricas com a base conceitual.

No estudo de Del Prette (2006a), verificou-se o papel das interações terapeuta-cliente em torno de jogos, brinquedos e brincadeiras, por meio de categorização de sessões de terapia analítico-comportamental infantil. Foram realizadas duas categorizações moleculares: uma com o sistema de Zamignani (2006), sobre comportamentos da terapeuta e das crianças, outra com foco sobre o brincar, por meio de categorias pós definidas elaboradas para a pesquisa. Procedimentos e estratégias foram inferidos a partir das associações intra e inter sistemas. O estudo permitiu propor intervenções terapêuticas por meio do manejo dos jogos, com o uso da fantasia ou fazendo associações entre o conteúdo das brincadeiras e o cotidiano da criança. Nesse sentido, destaca-se que a metodologia de utilização de dois sistemas levou à possibilidade de articulá-los para responder à questão: O que se faz na interação com o cliente, em terapia analítico-comportamental infantil?, com foco sobre o brincar e suas possibilidades.

Permanecem contudo, outras perguntas: Quais estratégias podem ser identificados em sua atuação? Como elas se articulam a objetivos analítico-comportamentais? Com qual efeito sobre comportamentos clinicamente relevantes do cliente? Essas questões estão na base do presente estudo, entendendo-se que elas não devem ser objeto apenas de uma análise qualitativa, mas que esta análise pode ser derivada de uma sistematização para produzir dados quantitativos consistentes sobre as relações entre os níveis de análise, entre sistemas do mesmo nível e entre as categorias de cada sistema.

Justificativa e Objetivos

O presente estudo se orienta pela questão mais geral da necessidade de conhecimentos sobre terapia analítico-comportamental infantil, buscando contribuir para a identificação das condições de efetividade a partir da análise de processo. Entende-se também que essa análise não pode ser descolada da identificação de objetivos terapêuticos e de sua necessária relação com os resultados, o que significa que diferentes níveis de análise devem ser articulados em sínteses em algum momento.

No caso do processo terapêutico, considerando os diferentes níveis de análise (e.g., objetivos, estratégias, comportamentos e resultados) e a possibilidade e importância de identificar articulações entre eles, a racional do presente estudo pode ser esquematizada no diagrama a seguir:

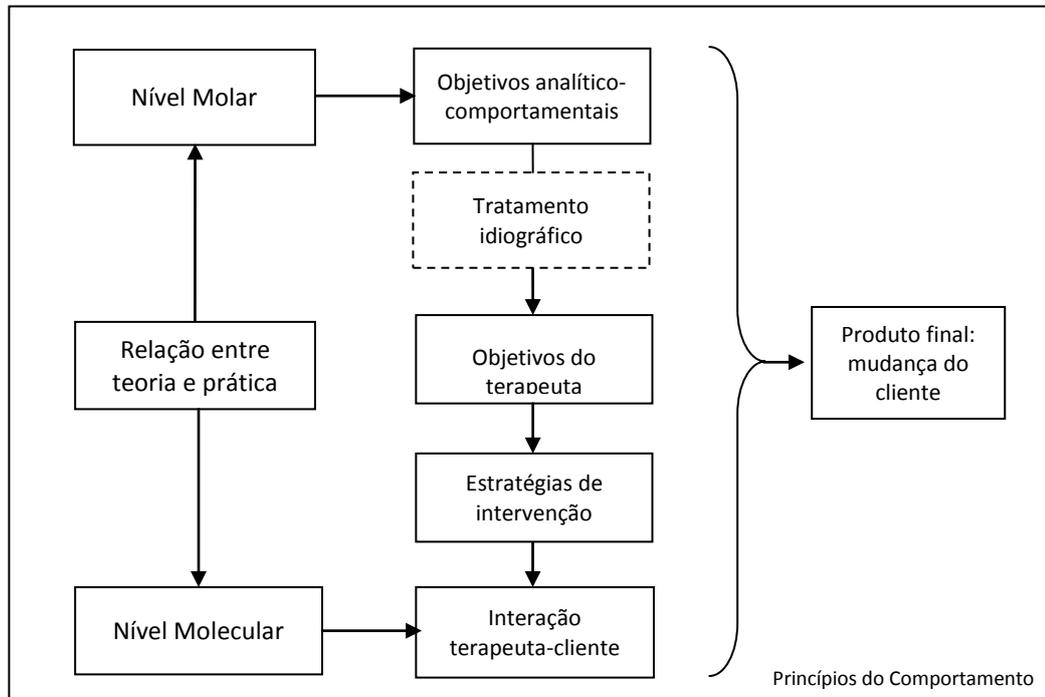


Figura 1. Relação entre diferentes níveis de análise em pesquisa de processo por meio de categorização de sessão

Em um nível molar, têm-se os objetivos analítico-comportamentais, alcançados por meio dos procedimentos e estratégias terapêuticas. Essas estratégias podem ser identificadas em episódios de interação terapeuta-cliente que, por sua vez, podem também ser decompostos até um nível ainda mais molecular (i.e., fala a fala). Partindo da análise molecular, entende-se que é importante realizar o caminho inverso, de identificação de episódios característicos de procedimentos ou estratégias, e de identificação dos objetivos a que estes servem ao longo do processo, no tratamento idiográfico. Considerando a terapia analítico-comportamental, pressupõe-se que a articulação entre todos os níveis de análise seja coerente com as bases da análise do comportamento e a filosofia do behaviorismo radical, evidenciando as relações entre teoria e prática, especialmente no caso de terapeutas experientes e com sólida formação nessa área.

Portanto, partindo-se de um nível de análise molecular – os comportamentos do terapeuta e do cliente –, defende-se que é possível (e necessário) identificar a função dessas interações sobre o processo terapêutico. Ainda que os objetivos prováveis, ou provavelmente pretendidos pelo terapeuta, possam ser inferidos da análise de suas interações, afirmações mais seguras sobre esses aspectos podem depender de dados adicionais sobre seu processo de tomada de decisão a respeito de objetivos para as sessões e dos modos de alcançá-los. Uma classe de informação particularmente importante para isso, na perspectiva analítico-comportamental, é o conjunto de descrições e as análises funcionais que o terapeuta faz sobre o caso em atendimento.

Uma hipótese subjacente às questões deste trabalho é a da possível especificidade da terapia analítico-comportamental infantil em relação à terapia analítico-comportamental e de que estudos de processo podem contribuir para a operacionalização de ambas. Nesse sentido, entende-se que a compreensão de procedimentos e estratégias implicaria analisar o uso e a função das atividades em sessão (supostamente diferenciadoras da terapia infantil) em relação a estratégias baseadas em conversa (característica da terapia com jovens e adultos).

Buscando responder a essas questões e verificar essas hipóteses, o objetivo geral deste estudo é o de relacionar resultados de categorização de objetivos analítico-comportamentais (molar), de estratégias para atendimento da criança (molar) e de comportamentos de terapeuta e cliente em interação (molecular) ao longo das sessões de atendimento. Especificamente, busca-se relacionar diferentes níveis de análise (objetivos, estratégias e comportamentos) em processos terapêuticos analítico-comportamentais com crianças, conduzidos por duas terapeutas com vasta experiência e produção de conhecimento na área. Como cada nível de análise implica diferentes eixos de categorização, em termos mais específicos, esta pesquisa visa a:

1. Descrever o processo terapêutico a partir da categorização de ações e falas do terapeuta e da criança com o uso de sistemas de registro pré-definidos;
2. Elaborar e adequar sistemas de categorização pós-definidos para análise de objetivos terapêuticos da terapia analítico-comportamental e de atividades e conversas como estratégias de intervenção na terapia analítico-comportamental infantil;

3. Estabelecer relações empíricas entre comportamentos do terapeuta e do cliente, a partir da análise quantitativa e qualitativa das categorias de cada eixo de análise e entre eixos de análise, bem como das informações dadas pelo terapeuta por meio de entrevistas.

MÉTODOS

Participantes

Participaram deste estudo, como clientes, duas díades criança-terapeuta, selecionadas com base em critérios previamente estabelecidos. No caso dos terapeutas, foram utilizados critérios que os definiriam como: (1) muito experientes em atendimento clínico analítico-comportamental de crianças; (2) pesquisadores clínicos, isto é, também produtores de conhecimento na área; (3) divulgadores desse conhecimento, na forma de artigos, aulas e palestras. Os critérios de seleção dos clientes foram: (1) idade entre seis e nove anos; (2) presença de problemas de comportamento avaliados como *clínicos*⁴, segundo a padronização do teste *Child Behavior Checklist* (CBCL, Achenbach, 2001); (3) presença de problemas de comportamento com alguma probabilidade de ocorrerem em sessão, na relação com a terapeuta (por exemplo, enurese noturna nunca ocorreria em sessão, mas comportamento agressivo talvez). As características das duas terapeutas participantes preencheram todos os critérios de seleção. As terapeutas são referidas na presente pesquisa como *renomadas* por serem amplamente reconhecidas pelo seu grupo de pares (i.e., analistas do comportamento, especialmente da área clínica). As crianças foram selecionadas a partir de descrições de triagens de listas de espera para atendimento em um núcleo de pós-graduação em análise do comportamento e em uma universidade pública. As terapeutas ofereceram atendimento gratuito, condição análoga à que seria oferecida pelas instituições.

As crianças, com idades de seis e oito anos no início do atendimento, apresentavam queixas variadas. A Tabela 1, a seguir, apresenta a caracterização geral das terapeutas (obtida por meio de Currículo Lattes, consultado em julho de 2009) e algumas informações gerais sobre as crianças. Informações adicionais, obtidas por meio de

⁴ O Child Behavior Checklist (CBCL) classifica os escores do questionário em *clínico*, *não clínico* ou *limítrofe* (intermediário). O escore clínico indica que os comportamentos atribuídos à criança se assemelham ao perfil de crianças que precisariam de uma intervenção clínica.

entrevistas gravadas com as terapeutas, fazem parte dos resultados deste estudo e são apresentadas no início da seção de Resultados.

Tabela 1

*Caracterização da Díade A, Alice-Alex, e da Díade B, Bertha-Bia*⁵

DÍADE A	
Terapeuta Alice	Cliente Alex
Graduou-se em 1968.	Seis anos
É Mestre e Doutora em Análise do Comportamento.	Gênero masculino
Tem dois artigos completos e sete capítulos de livros publicados.	1ª série
Divulga regularmente trabalhos sobre sua prática em eventos científicos sobre terapia analítico-comportamental.	Queixas de agressividade, oposição e recusa em ir à escola.
Ministra aulas sobre terapia analítico-comportamental infantil.	Outras queixas detectadas pela terapeuta: repertório verbal pobre.
DÍADE B	
Terapeuta Bertha	Cliente Bia
Graduou-se em 1979.	Oito anos
É Mestre e Doutora em Análise do Comportamento.	Gênero feminino
Tem três artigos completos e dezesseis capítulos de livros publicados.	2ª série
Divulga trabalhos sobre sua prática em eventos científicos sobre terapia analítico-comportamental.	Oposição, agressividade e “ciúme do irmão”.
Ministra aulas sobre terapia analítico-comportamental infantil.	Outras queixas detectadas pela terapeuta: falta de assertividade.

Material e Instrumentos

Dos instrumentos utilizados neste estudo para a categorização das sessões coletadas, dois são considerados pré-definidos, ou seja, já disponíveis na literatura: (1) *Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica* (SMCCIT), de Zamignani e Meyer (2007), que exigiu algumas adaptações elaboradas durante a presente pesquisa para o uso em sessões com crianças, e (2) *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS), de Callaghan e Follette (2008). Dois outros instrumentos são pós-definidos, isto é, elaborados pela pesquisadora a partir da própria sistematização dos dados: o *Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas* (SECAT) e o *Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos* (SICOT).

⁵ Nomes fictícios.

Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SMCCIT, de Zamignani & Meyer, 2007)

Trata-se de um sistema para categorização e análise de comportamentos do terapeuta e do cliente, observados em sessão. Na presente pesquisa, foi utilizado somente o eixo *verbal vocal* (dez categorias do terapeuta e oito do cliente), acrescentando-se comportamentos verbais não vocais. Uma vez que estes ocorriam muito frequentemente, eles foram agrupados aos comportamentos vocais, sendo alocados na mesma categoria que melhor descrevesse sua função. Dessa maneira, foi priorizada a função da resposta verbal sobre a topografia (Skinner, 1957/1992), especialmente devido à maior probabilidade de topografias singulares em atendimento infantil. A Tabela 2 lista as categorias do cliente e do terapeuta do SMCCIT:

Tabela 2

Eixos de Categorização dos Comportamentos Verbal Vocal do Terapeuta e do Cliente (SMCCIT)

Categorias do Terapeuta	Categorias do Cliente
1. SOLICITAÇÃO DE RELATO (SRE)	1. SOLICITAÇÃO (SOL)
2. FACILITAÇÃO (FAC)	2. RELATO (REL)
3. EMPATIA (EMP)	3. MELHORA (MEL)
4. INFORMAÇÃO (INF)	4. META (MET)
5. SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO (SRF)	5. CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES (CER)
6. RECOMENDAÇÃO (REC)	6. CONCORDÂNCIA (CON)
7. INTERPRETAÇÃO (INT)	7. OPOSIÇÃO (OPO)
8. APROVAÇÃO (APR)	8. OUTRAS - VOCAL CLIENTE (COU)
9. REPROVAÇÃO (REP)	
10. OUTRAS VERBALIZAÇÕES TERAPEUTA (TOU)	

As definições e as adaptações necessárias para o uso do SMCCIT em terapia infantil estão no Anexo A1 (categorias do terapeuta) e no Anexo A2 (categorias do cliente).

Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS, de Callaghan & Follette, 2008)

Trata-se de uma escala de avaliação apresentada em forma de manual composto de categorias do terapeuta e do cliente, elaboradas a partir dos pressupostos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, de Kohlenberg & Tsai, 2001). A definição de cada uma delas contempla exemplos centrais e marginais, contra-exemplos e a racional que orienta a hierarquia das categorias. Nesta pesquisa, foram utilizadas somente as categorias do cliente, cujas definições centrais são apresentadas no Anexo B. Segue-se a lista das categorias deste sistema:

1. COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1 (CRB1)
2. COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2 (CRB2)
3. COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 3 (CRB3)
4. FOCO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA (CTR)
5. COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1 FORA DA SESSÃO (O1)
6. COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2 FORA DA SESSÃO (O2)
7. PROGRESSO POSITIVO EM SESSÃO (CPR)
8. OUTROS-FAPRS

Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas (SECAT)

O Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas (SECAT) é um recurso de análise construído na presente pesquisa para a categorização das interações terapeuta-criança em processo terapêutico infantil de base analítico-comportamental. As categorias do sistema descrevem as diferentes modalidades de interações terapeuta-criança, tomando como eixo o *fazer* (atividades como brincadeiras, jogos, tarefas, etc., geralmente associadas a comportamentos motores reais ou imaginários) e o *falar sobre* (conversa a respeito de temas variados).

As relações entre o fazer e o falar sobre podem ser compreendidas em um contínuo que tem em um extremo o fazer, com falas estritamente referentes a este fazer e, no outro extremo, o falar sobre, ou conversar, sem qualquer fazer associado. O SECAT traz implícita a compreensão de que a terapia com adultos verbais é essencialmente baseada na conversa e que, no processo terapêutico infantil, as trocas verbais estão

parcialmente associadas a atividades, caracterizando aí uma importante diferença da terapia infantil.

As categorias são mutuamente excludentes e por isso há critérios de inclusão, de exclusão e relação hierárquica entre elas. Uma sequência de interação terapeuta-criança, caracterizada por uma mesma categoria em todas as suas unidades de análise, é considerada como um *episódio* de interações que permite caracterizar uma atividade. O sistema se compõe de seis categorias que descrevem a relação entre o conteúdo da fala do terapeuta ou da criança e o fazer atividades em sessão, definidas no Anexo C, com exemplos de cada uma, critérios de inclusão e exclusão e relação hierárquica entre elas. As categorias do SECAT são:

- (1) BRINCAR (BRN)
- (2) FANTASIAR (FNT)
- (3) FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT)
- (4) CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE (CDA)
- (5) CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE (CPA)
- (6) CONVERSAR SEM ATIVIDADE (CSA)

Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos (SICOT)

O Sistema de Categorização de Intervenções Terapêuticas é um recurso de análise elaborado para a presente pesquisa visando identificar agrupamentos de ações do terapeuta e/ou do cliente (episódios) em torno de objetivos terapêuticos. A identificação do objetivo do terapeuta é sempre uma inferência do analista sobre os produtos prováveis ou provavelmente pretendidos pelo terapeuta, porém, certamente, uma inferência mais provável quando baseada em uma sequência de interações que incluem as respostas alvo do cliente. Por isso, buscando-se uma categorização mais acurada, propõe-se que o uso do SICOT seja suplementado por entrevistas com o terapeuta para coletar dados sobre seus objetivos, estratégias e análise de contingências do caso (geral e se possível para cada sessão).

A elaboração das categorias de objetivos terapêuticos tomou como referência aqueles amplamente reconhecidos na literatura da área. Particularmente, foram

consideradas relevantes duas classificações – de Follette, Naugle e Linnerooth (2000) e de Meyer (2004) – e os princípios da Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg e Tsai (2001) e da Teoria dos Quadros Relacionais de Hayes (2004). Como resultado, o sistema (apresentado no Anexo D), compõe-se das seguintes categorias:

- (1) FAVORECER A ADESÃO (FVA)
- (2) COLETAR DADOS (CDA)
- (3) MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS)
- (4) PROMOVER MUDANÇAS VERBAIS (PMV)

As unidades de análise do SICOT compõem episódios (grupos de sequências de falas do terapeuta e do cliente), delimitados pela inferência de um objetivo comum que se desenrola sobre cada um deles. Cada episódio é, pois, formado por um número variável de unidades de análise, que podem ser estruturadas pelos critérios de sistemas moleculares associados, como no presente estudo.

Roteiro de Entrevista (RE)

O Roteiro de Entrevista elaborado para esta pesquisa é constituído de perguntas a serem respondidas pelo terapeuta após cada sessão. As perguntas têm como objetivo obter mais informações a respeito de variáveis que não podem ser apreendidas pela filmagem das sessões (e.g., histórico da criança, objetivos do terapeuta, análise de contingências dos comportamentos-queixa, processo de tomada de decisão sobre as estratégias utilizadas, etc.). As terapeutas respondiam às perguntas oralmente, diante de câmeras, em algumas vezes com a presença da pesquisadora quando possível. O modelo do Roteiro de Entrevista elaborado encontra-se no Anexo E.

Equipamentos para filmagem da sessão e análise dos dados

Para a filmagem das sessões, foram utilizados: (a) duas filmadoras digitais da marca Sony e (b) DVD's da marca Sony para *backup* das sessões gravadas. Para a análise das sessões foram utilizados os softwares Microsoft Word e Microsoft Excel do Pacote Office 2010 e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 17.0), em um laptop Toshiba Satellite U-305-S7477.

Local de Coleta

As sessões foram realizadas nos respectivos consultórios particulares de cada terapeuta, devidamente equipados com filmadoras para a coleta. As salas de atendimento das duas terapeutas eram semelhantes, compostas de dois ambientes conjugados, totalizando aproximadamente 4 m². No primeiro ambiente, encontravam-se um sofá, duas poltronas e uma mesinha na qual a câmera filmadora era posicionada. No segundo ambiente, havia uma mesa com duas cadeiras e um armário com brinquedos. Os brinquedos ficavam nos armários, não disponíveis para a criança, exceto aqueles que as terapeutas selecionavam previamente ou durante a sessão.

Aspectos Éticos

Antes do início da coleta de dados, o projeto foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Antes da gravação das sessões, os terapeutas e os pais das crianças leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Anexo F), contendo as informações detalhadas sobre os objetivos e procedimentos deste projeto. No TCLE, também assinado por esta pesquisadora, os participantes foram informados sobre a manutenção de sigilo quanto às suas respectivas identidades e de que somente os pesquisadores do grupo teriam acesso ao material produzido na coleta de dados por meio de videogravação. A pesquisadora se comprometeu, ainda, a divulgar os resultados da pesquisa na forma de tese de doutorado e de divulgações científicas.

Procedimento de Seleção e Elaboração dos Instrumentos de Categorização

O primeiro passo para a organização da coleta de dados consistiu na definição de critérios a respeito dos eixos de análise – etapa importante para selecionar os sistemas de categorias pré-definidas e a possível necessidade de sistemas pós-definidos. Parte dessas decisões embasou-se na continuidade da pesquisa já realizada no estudo de Del Prette (2006a), embora, agora, com objetivos diferentes. Outras se basearam nos objetivos específicos deste estudo e nos sistemas de análise disponíveis na literatura sobre terapia analítico-comportamental.

Na presente pesquisa, foram escolhidos ou criados sistemas de categorias de maneira a contemplar: (a) análise molecular da interação terapeuta-cliente; (b) análise molecular de comportamentos clinicamente relevantes do cliente, considerados indicativos de mudança (prováveis efeitos das intervenções do terapeuta) ou de engajamento no tratamento; (c) análise molar das conversas e atividades na interação terapeuta-cliente no atendimento à criança e (d) análise molar dos comportamentos do terapeuta, agrupados segundo estratégias de intervenção, tendo como referência as práticas típicas da intervenção clínica analítico-comportamental. Além disso, entendeu-se que as análises dos dados obtidos com as categorias intra e intersistemas levariam, ao final, à descrição de como estes diferentes níveis interagem no processo analítico-comportamental. Adicionalmente, decidiu-se pela obtenção de informações sobre a avaliação de contingências por parte do terapeuta, bem como o levantamento de prováveis variáveis de controle que orientaram sua intervenção como informações complementares para a categorização das sessões e interpretação dos resultados. Os processos de tomada de decisão sobre qual instrumento utilizar e sobre como elaborar os novos sistemas encontram-se melhor detalhados a seguir.

Análise molecular da interação terapeuta-cliente

Com este eixo de análise, teve-se por objetivo a utilização de um instrumento capaz de descrever, quantificar e correlacionar, de modo sistemático, as ações e/ou verbalizações do terapeuta e do cliente. Uma vez que esses objetivos tinham sido satisfatoriamente atingidos por Del Prette (2006a), ao utilizar o sistema de categorização de Zamignani (2006) para análise de terapia analítico-comportamental infantil, optou-se por manter a escolha desse sistema. O sistema apresentou índices de concordância entre observadores satisfatórios (apresentados na Tabela 3, mais adiante). Além disso, apresentou outras vantagens adicionais: (1) descrição operacionalizada de cada categoria; (2) especificação de prováveis topografias e funções dos comportamentos incluídos em cada categoria e (3) elaboração a partir de uma compreensão do fenômeno humano pautada na Análise do Comportamento. Para a análise da confiabilidade da concordância entre observadores foi extraído um índice Kappa.

Dentre os eixos do sistema de Zamignani (2007), foi utilizado somente o *verbal vocal* do terapeuta e do cliente, mas foram adicionadas quaisquer ocorrências de respostas verbais não vocais cujas funções fossem semelhantes às aquelas definidas pelas categorias. Por exemplo, o acenar de cabeça sinalizando concordância, embora não vocal, também foi categorizado como CONCORDÂNCIA (CON) do cliente. Isso porque o processo de categorização demonstrou que muitas das respostas do terapeuta e do cliente poderiam ser verbais não vocais, mas com função análoga à das respostas verbais vocais.

Análise molecular de comportamentos clinicamente relevantes do cliente

A princípio, o segundo eixo de análise molecular seria análogo ao utilizado por Del Prette (2006a), cuja pesquisa categorizou os comportamentos do cliente como QUEIXA e MELHORA, fossem essas ocorridas na sessão ou relatadas pela criança. Este eixo permitiria análises sobre quais comportamentos do terapeuta poderiam se relacionar à emissão de comportamentos alvo da intervenção. Estas categorias baseavam-se, parcialmente, nos princípios da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP, de Kohlenberg & Tsai, 2001).

Mais recentemente, sobretudo a partir do ano de 2008 (Santos, 2011), houve um aumento no número de publicações internacionais sobre a FAP, incluindo aí um sistema de categorização de comportamentos do terapeuta e do cliente, denominado Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS), proposto por Callaghan e Follette (2008). Subjacente às categorias que compõem o eixo do cliente, parece haver uma proposta de destacar aqueles comportamentos que, de acordo com as próprias bases da FAP, implicam o engajamento deste no processo e/ou na emissão de comportamentos clinicamente relevantes. Desse modo, o sistema FAPRS foi escolhido como instrumento de medida desses comportamentos do cliente.

No manual (Callaghan & Follette, 2008) sobre as categorias do terapeuta e do clientes, os autores afirmam a necessidade do categorizador: (1) ter familiaridade com os pressupostos da FAP para a utilização desse instrumento; (2) basear-se na sessão vista ou transcrita, e nunca em sua opinião sobre uma sessão não registrada e (3) não utilizar suas opiniões pessoais ou sentimentos sobre o terapeuta e/ou o cliente como critério para categorização. Os autores também elaboraram critérios baseados em uma hierarquia das categorias. As categorias da FAPRS são funcionalmente definidas. Portanto, o

categorizador deve observar o impacto da resposta de um membro da díade sobre o outro, o que o auxilia no processo de escolha entre as categorias. A definição de cada uma delas contempla exemplos, exemplos marginais, contra-exemplos e a racional que orienta a hierarquia das categorias. Nesta pesquisa, foram utilizadas somente as categorias do cliente, cujas definições centrais são apresentadas no Anexo B.

Análise molar das estratégias para conversas e atividades terapêuticas, na interação terapeuta-criança

O Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas (SECAT) é um recurso de análise construído na presente pesquisa para a categorização das interações terapeuta-criança em processo terapêutico infantil de base analítico-comportamental. As categorias do sistema descrevem as diferentes modalidades de interações terapeuta-criança, tomando como eixo o *fazer* (atividades como brincadeiras, jogos, tarefas, etc., geralmente associadas a comportamentos motores reais ou imaginários) e o *falar sobre* (conversa a respeito de temas variados). As relações entre o *fazer* e o *falar sobre* podem ser compreendidas em um contínuo, tendo em um extremo o fazer – com falas estritamente referentes a este fazer – e, no outro extremo, o falar sobre, tipicamente conversas sem qualquer fazer associado. Variações ao longo deste contínuo correspondem a diferentes categorias de interação terapeuta-cliente. Em outras palavras, as categorias do sistema descrevem atividades e conversas em diferentes proporções ao longo do contínuo mencionado.

O SECAT traz implícita a compreensão de que, diferentemente da terapia com adultos verbais (essencialmente baseada na conversa), no processo terapêutico infantil, as trocas verbais estão parcialmente associadas a atividades. A transição da interação por meio da atividade para a interação pelo conversar é importante, entendendo-se que, na terapia infantil, precisa ser realizada de modo gradual. Essa transição possibilita à criança participar de modo mais frequente e eficiente de interações sociais verbais mais baseadas no diálogo e compostas de múltiplos operantes verbais (especialmente *tatos*, *mandos* e *intraverbais*). A “eficiência”, aqui postulada, significa que suas respostas terão maior probabilidade de produzir reforçamento positivo e manutenção da interação, sobretudo com adultos (pais, professores). Na transição para a vida adulta, as interações sociais cada

vez mais têm essa base e o brincar, fantasiar e fazer atividades deixam de ter papel central.

Outra questão relacionada ao ensino de interações sociais baseadas no diálogo é a da correspondência dizer-fazer (cf. Ribeiro, 2005) entre respostas da criança, uma vez que descrever eventos mais acuradamente é parte do repertório dos comportamentos governados verbalmente. Essa correspondência pode ser pré-requisito para outras intervenções verbais mais complexas, como a análise de contingências e o treino de fazer-dizer. Além disso, esse repertório, quando bem desenvolvido, é essencial para o controle verbal sobre o comportamento não verbal (Catania, 2004).

Uma primeira versão desse instrumento foi elaborada com base na análise de sessões filmadas e transcritas de terapia analítico-comportamental infantil (Del Prette, 2006a). Contudo, essa versão focava diferentes maneiras de se brincar com a criança em sessão. Na presente pesquisa, a primeira versão foi reelaborada a partir da análise de sessões filmadas e transcritas de duas terapeutas muito experientes em sua prática. Nesse processo, constatou-se que algumas verbalizações das terapeutas e das crianças não atendiam aos critérios de nenhuma das categorias de Del Prette (2006a). Ainda mais importante, um segundo motivo para a reelaboração do instrumento inicial foi a mudança em relação ao papel atribuído ao brincar em terapia infantil analítico-comportamental. Em Del Prette (2006a), o brincar (e suas peculiaridades em sessão) foi tomado como central por proporcionar oportunidade de mudança de comportamento da criança na própria sessão. No presente estudo, o brincar passa a ser compreendido como uma ferramenta importante, porém não a única, e a mudança de comportamento da criança na sessão passa a ser vista como um dos objetivos terapêuticos, ao lado de outros igualmente relevantes, especialmente em termos de aquisição do repertório verbal. Nesse sentido, o brincar também seria uma das alternativas do terapeuta para ensinar esse repertório verbal, ao lado de outras alternativas, destacadas nas categorias do sistema. Segue-se a racional que orientou a elaboração de cada uma das categorias do SICAT.

1. BRINCAR (BRN)

Interações lúdicas são, em geral, compostas de jogos ou de brincadeiras (Skinner, 1991). Conforme Skinner (1991), jogar envolve contingências de reforçamento planejadas, isto é, com regras pré-estabelecidas pela cultura. Assim, os jogos são mais estruturados, com regras claras, normalmente compostos de tabuleiro, dados, cartas e/ou peões. Brincadeiras são menos estruturadas (i.e., sem regras ou com regras flexíveis), uma vez que o brincar não necessariamente precisa seguir um padrão.

Nessas interações, podem ou não ocorrer comportamentos clinicamente relevantes (CRB's) da criança. Quando estes ocorrem, o terapeuta pode manipular antecedentes e consequentes, sem sair de seu papel na brincadeira. Os exemplos que ilustram esta categoria, tanto para critérios de inclusão como para critérios de exclusão, apresentam interações lúdicas com jogos estruturados ou com brincadeiras não estruturadas, com destaque para o uso terapêutico dessas interações quando pertinente.

2. FANTASIAR (FNT)

Fantasiar é uma terminologia, em certa medida, sinônima ao *imaginar*. Imaginar, segundo Skinner (1974), é ver na ausência da coisa vista. Na literatura clínica, fantasiar é mais utilizado com referência a procedimentos da terapia infantil (e.g., Regra, 1997). Alguns sinônimos para a palavra fantasiar incluem *representar papéis*, *simular*, *fazer de conta*, dentre outros. Fantasiar pode ser parte de uma atividade (e.g., brincadeiras ou tarefas terapêuticas) ou de uma conversa. Usualmente, fantasiar ocorre como um componente de uma interação lúdica, ou seja, é uma das possíveis maneiras de se brincar. Contudo, a criança também pode fantasiar como parte de uma atividade dirigida, solicitada pelo terapeuta e mais estruturada – por exemplo, quando o terapeuta solicita que a criança imagine uma história a partir de um tema dado. Por último, fantasiar pode ter o formato de uma conversa, em que aquilo que é relatado pela criança transcende os limites da realidade.

Nas interações de fantasiar, podem ou não ocorrer comportamentos clinicamente relevantes da criança. Esses comportamentos podem ser clinicamente relevantes devido à sua própria capacidade de fantasiar (por exemplo, se consegue ou não usar a imaginação e se o faz em um contexto apropriado). Também podem ser clinicamente

relevantes à medida que a criança imagina e, desse modo, atribui comportamentos-problema ou de melhora aos personagens inventados. Nesse sentido, fantasiar pode permitir ao terapeuta o acesso a temas aversivos que a criança teria mais dificuldade de relatar. A fantasia seria uma maneira de se obter um distanciamento em relação ao tema, isto é, a criança não está falando de si, e sim de um personagem. Ao manejar as contingências para as respostas emitidas no papel de um personagem, o terapeuta também está fazendo modelagem de comportamentos-alvo.

3. FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT)

Na interação terapeuta-criança, também é possível a realização de tarefas com objetivos terapêuticos. Enquanto brincar é usualmente descrito em termos de “espontaneidade” e “prazer” da atividade (de Rose & Gil, 2003), fazer tarefas terapêuticas é associado a procedimentos estruturados em torno de objetivos específicos. As tarefas são comumente monitoradas pelo terapeuta por meio de operantes verbais, do tipo *mando* (Skinner, 1957/1992), que descrevem total ou parcialmente a contingência para a resposta requerida da criança. Os mandos do terapeuta são regras que dirigem a tarefa na sessão, com a vantagem de instalação mais rápida de um repertório.

Por ter o papel de conduzir a tarefa, muitas vezes o terapeuta responde de maneira mais didática e professoral. Em outras palavras, ele conduz a tarefa e a criança faz o que é solicitado, ao passo que nas brincadeiras há menos distinção entre os papéis do terapeuta e da criança (ambos brincam *juntos*). A própria criança pode diferenciar a tarefa do brincar, por exemplo, quando pergunta “depois que terminarmos aqui, podemos ir jogar?”.

As tarefas terapêuticas podem ser criadas pelo clínico, embora ele não precise prender-se às instruções escritas que normalmente acompanham estes materiais, podendo adaptá-las ao seu objetivo com cada criança. Algumas tarefas não requerem equipamento especializado (apenas lápis, material para colorir e papel) como, por exemplo, treino de caligrafia, leitura e escrita de palavras, desenhar de acordo com um tema proposto pelo terapeuta, fazer as tarefas da escola em sessão, completar frases.

Há uma variedade de atividades disponíveis para acesso em diversas fontes, como: (a) literatura em terapia comportamental e outras abordagens, onde se pode encontrar

descrição de tarefas e técnicas; (b) material pedagógico em forma de livros, apostilas, incluindo os da própria criança; (c) testes psicológicos; (d) “jogos educativos” à venda. As tarefas terapêuticas podem ser bastante importantes para organizar o tempo, garantindo um período no qual o terapeuta conduz a sessão de modo mais diretivo, visando alcançar um objetivo específico. Também podem servir para coletar dados, para que a criança relate assuntos relacionados ao problema ou para evocar comportamentos clinicamente relevantes.

Uma vez que as tarefas terapêuticas são baseadas em procedimentos estruturados e objetivos específicos, podem evocar comportamentos clinicamente relevantes da criança pela maneira como reage à proposta da tarefa e aos mandos do terapeuta e também pelo modo como soluciona as tarefas propostas. Nesse contexto, o terapeuta pode modelar um repertório alternativo, ao dispor consequências diferenciais para os progressos da criança.

4. CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADES (CDA)

A transição da interação por meio da atividade para a interação pelo conversar pode ser importante para o ensino da correspondência entre verbal e não verbal, do comportamento governado verbalmente e do repertório de conversar em si. Na infância, essa transição precisa ser realizada de modo gradual. Uma maneira de ensinar isso é derivar a conversa da atividade, ou seja, extrair da atividade algum tema passível de conversação. Quando a conversa se deriva de uma atividade, o terapeuta tem mais controle sobre variáveis antecedentes da fala da criança, uma vez que parte destas está ou esteve presente na sessão.

O conversar derivado pode adquirir as propriedades reforçadoras da atividade, tornando mais provável o engajamento da criança na conversa com o terapeuta. Em outras palavras, assuntos “difíceis” podem ser mais conversáveis depois da criança representá-los na atividade. Além disso, o terapeuta pode extrapolar a ação da criança na atividade, ao considerar tal ação como pertencente a uma classe mais ampla de respostas, da qual ele deriva a conversa. Assim, se a criança representa um boneco chutando outro, o terapeuta pode considerar *chutar* como parte da classe *agredir* e conversar sobre relações agressivas mais gerais. Dessa forma, o conversar facilita a

consecução de objetivos que podem incluir: (a) coletar mais informações sobre o cotidiano da criança ou sobre a queixa; (b) verificar possíveis relações entre o que a criança refere na atividade e o que relata a respeito do seu dia a dia; (c) ampliar repertório verbal da criança; (d) ensinar a criança a fazer relações, análises de contingências e resolução de problemas.

Enquanto as atividades propiciam o surgimento de comportamentos clinicamente relevantes (CRB1 e CRB2), conversar derivado estabelece condição para a promoção de CRB3. Ainda assim, também pode evocar CRB1 e CRB2, nos casos em que a criança se esquiva ou não consegue se engajar em conversas, ou quando a dificuldade para conversar é o próprio problema e desenvolver este repertório é sua melhora.

5. CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE (CPA)

A relação entre conversa e atividade pode se dar também de forma simultânea, porém independente, ou seja, o tema da conversa não tem relação com o tema da atividade, mas ambas ocorrem paralelamente. Conversar paralelamente a atividades torna o contexto da sessão diferente daquele em que, usualmente, a criança é solicitada a conversar com adultos, especialmente sobre problemas. Ao tornar-se diferente, a atividade paralela pode evocar e eliciar respostas também diferentes, além de funcionar como consequência reforçadora dessa conversa, tornando a conversa mais efetiva. Supõe-se que as atividades realizadas eliciem respondentes incompatíveis com aqueles que participam de contingências mais aversivas (e.g., falar sobre problemas com adultos), caracterizando um processo assistemático de dessensibilização em relação ao tema da conversa ou ao conversar em si. Este tipo de interação pode ser útil ao terapeuta na coleta de informações, sobretudo aversivas, mas também na intervenção sobre as mesmas.

Diferentemente da categoria CDA, aqui o tema da atividade não funciona como antecedente para a resposta de conversar ou, caso funcione, é de maneira sutil, dificilmente identificável. Ao contrário, esta categoria (CPA) destaca os efeitos, sobre a criança, do responder sob controle de dois estímulos diferentes e simultâneos (i.e., atividade e conversa). Como o responder da criança na conversa também está sob controle do engajamento na atividade, a possível aversividade da primeira é

“neutralizada” pelas propriedades reforçadoras da segunda, mantendo a criança engajada em ambas. Eis o primeiro efeito, de natureza mais geral. Por outro lado, a criança pode utilizar a atividade para se esquivar parcialmente da conversa, porém o engajamento na atividade impede que ela se esquive completamente. Nesse caso, o segundo efeito é que o terapeuta simultaneamente permite e controla a possibilidade e o grau de esquiva da criança.

O CPA é uma interação propícia para o terapeuta coletar informações sobre o cotidiano da criança e modelar comportamentos clinicamente relevantes relacionados ao conversar. Assim, se manter diálogo é uma das dificuldades (seja por inabilidade ou por esquiva), ele pode ser facilitado com atividades paralelas, levando a ocorrência de CRB2. Se parte do diálogo inclui fazer análises e relações entre eventos, também facilita a ocorrência de CRB3.

6. CONVERSAR SEM ATIVIDADE (CSA)

Conversar, sem o auxílio de atividades, é um tipo de interação que pode ser mais difícil de ser conduzida com crianças, a depender do seu desenvolvimento verbal e de sua história prévia com o contexto de conversa. A CONVERSA SEM ATIVIDADES pode recair sobre assuntos de dentro ou fora da sessão. Nos dois casos, a criança pode falar sobre seu próprio comportamento (incluindo seus comportamentos privados) e sobre o de terceiros, fazendo descrições das respostas e dos contextos e sinalizando relações de contingência.

Quando o tema da conversa é a própria terapia, pode se referir, por exemplo, a explicações sobre o funcionamento do atendimento, autorrevelações do terapeuta, descrição e análise da relação terapêutica ou do comportamento da criança na sessão, exceto sua atitude em atividades (o que é categorizada como CDA). Podem ocorrer intervenções do tipo FAP mais semelhantes às aquelas descritas em terapias com adultos (Kohlenberg & Tsai, 2001). O modo da criança conversar pode ser, em si, um comportamento clinicamente relevante sobre o qual o adulto intervém. Nesse caso, destaca-se a relação dela com o terapeuta durante a conversa, mais do que o conteúdo do diálogo.

Quando o tema da conversa são eventos fora da terapia, a resposta principal requerida da criança é a de tatear eventos externos. O terapeuta pode combinar as informações relatadas com aquilo que observa em sessão, a fim de coletar dados para formular as hipóteses que orientam sua intervenção, fortalecer a aliança terapêutica, modelar diversos aspectos do repertório social de “conversar” e da resposta de relatar eventos. Além disso, pode promover mudanças verbais como o aprimoramento da correspondência entre o fazer e o dizer sobre o que se faz (auto-observação) ou o dizer o que se fará (autocontrole).

Análise molar dos comportamentos do terapeuta, agrupados segundo os objetivos da intervenção

As primeiras análises do processo terapêutico foram realizadas por meio dos sistemas SMCCIT, FAPRS e SECAT. Com os primeiros resultados obtidos, foi possível verificar que essas categorias eram bastante apropriadas à análise (decomposição e sistematização), mas insuficientes para se obter uma síntese (agrupamentos molares) do processo terapêutico como um todo. Foi possível verificar também que, por serem moleculares, os sistemas de categorias utilizados não permitiam a compreensão da função mais geral da articulação entre categorias do terapeuta e do cliente. Por exemplo, para modelar um determinado repertório, pode-se supor que APROVAÇÃO (categoria de Zamignani, 2007) é um dos comportamentos do terapeuta. Entretanto, o processo de modelagem dificilmente será composto somente de uma sequência de aprovações. Há outros comportamentos do terapeuta (e.g., SOLICITAÇÃO DE RELATO, SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, EMPATIA, REPROVAÇÃO e outros) e somente o conjunto deles permitiria caracterizar o processo de modelagem. O mesmo raciocínio se aplica aos comportamentos do cliente. No mesmo exemplo da modelagem, não bastaria registrar a ocorrência de um comportamento categorizado como CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES; ele provavelmente seria o produto final de uma sequência de interações com o terapeuta, na qual vários outros comportamentos foram emitidos (e.g., SOLICITAÇÃO, RELATO, META, etc.).

As categorizações moleculares da SMCCIT e a FAPRS descrevem, ponto a ponto, as ações do terapeuta e sua relação com o cliente, mas não captam as funções mais amplas das combinações de diferentes ações, o que não é, de fato, o objeto desse tipo de análise. Já o Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas (SECAT) e o Sistema

de Categorização de Objetivos Terapêuticos abrangem objetivos mais amplos das intervenções. Entretanto, isolados, perdem a capacidade descritiva e correlacional dos componentes de cada estratégia. Portanto, a combinação de análises moleculares e molares permite mapear que ações (descritas em termos de sistemas moleculares) compõem cada objetivo do terapeuta.

Essas constatações levaram à elaboração de um sistema molar, cujas categorias pudessem ser definidas em termos de objetivos terapêuticos relevantes e supostamente comuns a diferentes atendimentos. A identificação do objetivo do terapeuta é sempre uma inferência do categorizador sobre os produtos prováveis ou provavelmente pretendidos por ele – ainda assim, vale notar, uma inferência altamente provável quando se trata de categorias molares, baseada em uma sequência de interações que incluem as respostas do cliente. Ao mesmo tempo, para uma utilização mais acurada deste sistema, recomenda-se que o observador tenha acesso aos objetivos do terapeuta, o que pode ser obtido por meio de entrevistas e/ou questionários periódicos, medida adotada nesta pesquisa.

O sistema foi definido em torno dos seguintes objetivos terapêuticos: (1) FAVORECER A ADESÃO (FVA); (2) COLETAR DADOS (CDD); (3) MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS) e (4) MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV). No processo de elaboração do sistema, algumas classificações de objetivos terapêuticos, já descritas na literatura, também foram levadas em conta. Particularmente, foram consideradas relevantes as classificações de Follette, Naugle e Linnerooth (2000), de Meyer (2004), os princípios da Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg e Tsai (2001) e a Teoria dos Quadros Relacionais de Hayes (2004).

No diagrama de Follette et al. (2000), os autores estabelecem um fluxo de etapas (passos) de avaliação e intervenção, comuns a todo processo terapêutico comportamental: (1) Identificar características do cliente via avaliação; (2) Organizar essas características de acordo com o problema do cliente em termos de princípios comportamentais; (3) Planejar uma intervenção baseada na avaliação; (4) Implementar a Intervenção; (5) Tomar decisões em função da avaliação de resultados - (5.1) Avaliação e Intervenção completas para resultado esperado ou (5.2) Reformulação da conceituação funcional do caso para resultados não alcançados.

Dentre esses passos, nem todos parecem observáveis em sessão (e.g., 2, 3 e 5) por incluírem uma avaliação que provavelmente é realizada encobertamente pelo terapeuta, ou mesmo fora da sessão. O Passo 1 é passível de observação e, segundo os autores, inclui identificar e hierarquizar os problemas do cliente, seus recursos e habilidades, tais como vida social, atributos pessoais, recursos financeiros, diversidade de atratividade nas fontes da vida social e estado físico e de saúde. Inclui também identificar fatores prejudiciais, como vida social limitada, inabilidades, problemas financeiros e legais. Quando o terapeuta se comporta em sessão com o objetivo de obter o tipo de informação descrito no Passo 1, está coletando dados para a formulação de sua intervenção. Desse modo, este passo deu subsídio à definição da segunda categoria do sistema, COLETAR DADOS (CDD). A análise estatística dessa categoria mostrou resultados bastante expressivos em relação às demais, sugerindo ser composta de um conjunto de intervenções características e diferenciadas das demais categorias.

Outro passo do terapeuta, observável em sessão e descrito por Follette et al. (2000), é o Passo 4 (Implementar a Intervenção), que se refere aos procedimentos de intervenção propriamente ditos. Contudo, o diagrama dos autores não sistematiza as intervenções possíveis que comporiam esse passo. O Passo 4, juntamente com as demais fontes da literatura e os dados empíricos da análise com a versão preliminar do sistema, serviu de base para a elaboração e definição das categorias MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS) e MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV).

Dentre as outras fontes de literatura, Meyer (2004) propôs uma classificação dos procedimentos básicos empregados pelos terapeutas para promover a mudança na clínica com base nos processos comportamentais estudados por Skinner e seus seguidores: (1) Terapeuta fornece regras; (2) Terapeuta favorece autorregras; (3) Terapeuta fornece estimulação suplementar e (4) Terapeuta modela repertórios. As três primeiras classes se relacionariam à emissão de comportamento verbal (do terapeuta ou do cliente) como capaz de levar à mudança no comportamento não verbal do cliente, por meio da especificação de alternativas de ação ou da descrição de contingências (primeira e segunda classes). Em alguns casos, esses procedimentos levariam à mudança no controle discriminativo das ações do cliente (terceira classe). Uma vez que as três classes envolvem mudanças verbais e supõem um responder do cliente sob controle de regras ou

autorregras, elas pareceram configurar um objetivo mais geral do terapeuta, de MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV), Categoria 4.

A última classe de Meyer (2004), Terapeuta Modela Repertórios, é definida pela autora como modelagem de repertórios por meio de consequências diretas às respostas do cliente na interação com o terapeuta. Entendendo-se que a modelagem é um dos meios de intervir diretamente sobre os comportamentos do cliente em sessão, mas não o único, a classe de Meyer - juntamente com as análises empíricas das sessões e as demais fontes de literatura – inspirou a elaboração da Categoria 3, MANEJAR COMPORTAMENTO EM SESSÃO (MCS), concebida no presente sistema como mais abrangente, de modo a incluir não apenas a modelagem, mas também todas as intervenções diretas sobre comportamentos de queixa e melhora em sessão.

Considerando o sistema como um todo, suas categorias foram construídas em coerência com os princípios da Análise do Comportamento e buscando-se contemplar aspectos enfatizados pela terceira onda da terapia comportamental. Assim, as categorias 1 (FAVORECER A ADESÃO, FVA) e 3 (MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO, MCS) contemplam objetivos importantes da proposta da Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg e Tsai (2001) e a Categoria 4 (MANEJAR CONTROLE VERBAL, MCV), um aspecto crucial para a Teoria dos Quadros Relacionais de Hayes (2004). Essas bases teóricas são brevemente explicitadas a seguir.

De acordo com a Psicoterapia Analítica Funcional, a relação que o cliente estabelece com seu terapeuta é um importante instrumento de mudança. Essa proposição é baseada primeiramente no pressuposto de que os problemas que levam os clientes à terapia são essencialmente de relacionamento e que as interações terapêuticas constituem um tipo particular de relacionamento, entre o cliente e seu terapeuta. A teoria propõe que o cliente reproduz, na relação com o terapeuta, seus padrões comportamentais emitidos fora da sessão e parte desses padrões corresponderiam à sua própria queixa (Comportamentos Clinicamente Relevantes 1, ou CRB1). A partir da intervenção do terapeuta, o cliente também pode emitir Comportamentos Clinicamente Relevantes de Melhora (CRB2) e Comportamentos Clinicamente Relevantes de Análise (CRB3). Em decorrência, a Psicoterapia Analítica Funcional sistematiza cinco regras de manejo terapêutico (Kohlenberg & Tsai, 2001): (1) Prestar atenção aos CRB's; (2) Evocar

CRB's; (3) Reforçar CRB's; (4) Observar os efeitos potencialmente reforçadores dos comportamentos do terapeuta sobre os CRB's e (5) Fornecer interpretações de variáveis que afetam o comportamento do cliente. As quatro primeiras regras – especialmente a segunda e a terceira (que correspondem a ações observáveis do terapeuta) – fazem parte das intervenções da Categoria 3, MANEJAR COMPORTAMENTO EM SESSÃO (MCS).

A Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg e Tsai (2001) também enfatiza o papel da qualidade da relação terapêutica. Na medida do possível, as interações em sessão devem estabelecer o terapeuta como uma *audiência não punitiva*, conforme proposto também por Skinner (1974) e corroborado pelos autores das demais teorias referidas nesta seção. Quando o terapeuta reage ao relato e às ações do cliente com o mínimo de críticas e julgamentos, favorece o surgimento de assuntos “difíceis” que provavelmente já foram punidos em seu ambiente. Essa característica pode estar presente em qualquer uma das categorias do sistema, em associação ao objetivo específico de cada uma delas, contribuindo para que o terapeuta se torne um evento reforçador condicionado. Por exemplo, ser uma audiência não punitiva significa demonstrar interesse em uma conversa trivial (Categoria 1, descrita no Apêndice 3), ouvir atentamente os relatos do cliente sobre sua queixa (Categoria 2), reagir empaticamente à expressão de sentimentos na sessão (Categoria 3) ou ainda validar sentimentos referidos na análise feita pelo cliente (Categoria 4).

A Teoria dos Quadros Relacionais, proposta por Hayes e sua equipe de pesquisadores, descreve o processo pelo qual os humanos aprendem a relacionar estímulos arbitrários, de múltiplas formas, em múltiplos contextos, incluindo estímulos de linguagem (Woods, Kanter & Lander, 2007). Nesse sentido, explica problemas de excessivo governo por regras e esquiva experiencial, a partir de processos relacionais de linguagem. De acordo com os autores, a unidade de análise do comportamento – tríplice relação de contingência – é expandida de modo a incluir histórias de discriminação condicional que se relacionam sinergicamente a repertórios complexos, afetando a função de outros eventos. Em outras palavras, a Teoria dos Quadros Relacionais demonstra que o papel da história de equivalência (e outras relações) entre estímulos verbais ao longo da vida é decisivo no modo como o indivíduo se comporta sob controle de regras. No campo do controle verbal, essa teoria defende que o comportamento

verbal humano é pervasivo, ou seja, as pessoas podem seguir regras mesmo quando elas contrariam as contingências atuais e isso pode ser uma das maiores causas de sofrimento clínico (Drossel, Waltz & Hayes, 2007).

A partir dos pressupostos da Teoria dos Quadros Relacionais, o terapeuta tem papel fundamental na alteração das relações verbais, funcionais e contextuais, que participam de contingências associadas ao sofrimento clínico. Essa intervenção tem o objetivo de transformar a rigidez psicológica do excessivo controle por regras em relações verbais mais flexíveis (Hayes et al., 2007). Esse objetivo é também importante na terapia com crianças, quando o terapeuta pode auxiliar a reduzir inflexibilidade psicológica, bem como favorecer a elaboração de descrições de contingências flexíveis, combinando o seguimento de regras com o rastreamento de contingências. Com crianças, esse objetivo pode ser facilitado pelo fato de elas se encontrarem no início do processo de desenvolvimento verbal, com uma história de quadros relacionais de linguagem menos consolidada, possivelmente contribuindo para prevenir futuros problemas no controle por regras. Como o objetivo de intervir sobre o controle por regras passa pelo ensino de descrições verbais, justifica-se ainda mais a importância da Categoria 4 do presente sistema, MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV).

Por último as primeiras tentativas de categorização levaram a uma quantidade considerável de interações que não podiam ser classificadas como COLETAR DADOS (CDD), MANEJAR COMPORTAMENTO EM SESSÃO (MCS) OU MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV). Esse conjunto de interações precedia, sucedia ou permeava cada um dos outros objetivos do terapeuta. Muitas vezes, tratava-se de interações que transitavam entre os demais objetivos e entre os episódios de um mesmo objetivo. Aparentemente, essas interações poderiam ser classificadas como “residuais”, mas a análise preliminar das sessões mostrou serem indispensáveis para a manutenção e o fluxo do processo terapêutico, especialmente com crianças. No presente sistema, elas foram agrupadas na Categoria 1, FAVORECER A ADESÃO (FVA), cuja função principal seria a de manter o engajamento do cliente na terapia, em interações terapêuticas não diretamente relacionadas às intervenções com foco no problema. Isso inclui conversa casual, preparatória para uma atividade, interações durante atividade sem foco no problema, demonstração de

interesse por assuntos trazidos pelo cliente e demonstração de cuidado e carinho com o cliente, dentre outros, todos não relacionados à queixa.

A estrutura do Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos é esquematizada conforme a Figura 2 , a seguir:

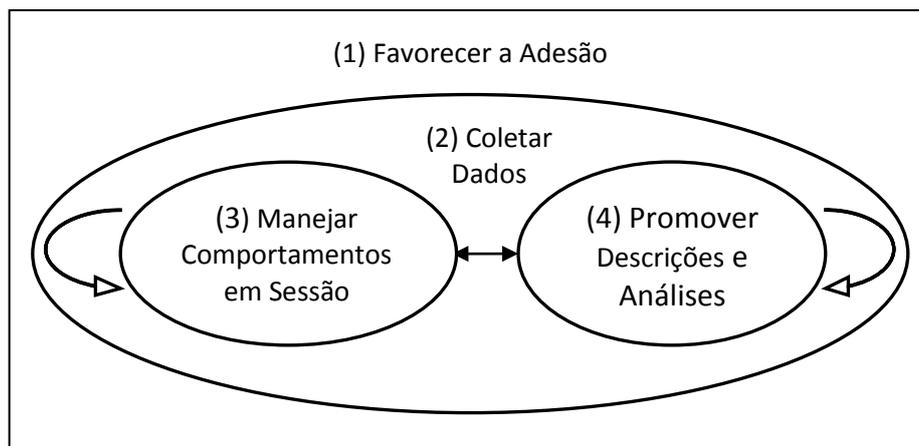


Figura 2. Estrutura do Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos (SICOT)

A Figura 2 representa esquematicamente uma estrutura de relação entre os quatro objetivos terapêuticos. A Categoria 1, FAVORECER A ADESÃO, permeia todo o processo, desde o COLETAR DADOS (Categoria 2) que dá subsídio para MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (Categoria 3) e para MANEJAR CONTROLE VERBAL (Categoria 4). Além disso, destaca-se a multidirecionalidade das possíveis relações entre as categorias, ou seja, o papel de cada categoria na consecução dos objetivos das demais.

A racional de cada categoria é apresentada a seguir. No Apêndice 2 estão as definições de cada categoria, critérios de inclusão e exclusão e exemplos.

1. FAVORECER A ADESÃO (FVA)

O cuidado com a relação terapêutica é essencial para favorecer a adesão do cliente ao tratamento e vem sendo enfatizado por diversos autores na literatura nacional e internacional da Análise do Comportamento (e.g., Meyer et al., 2010; Norcross, 2002;

Tsai et al., 2009) como um componente importante da efetividade da terapia. Segundo Norcross (2002), baseado em evidências de pesquisa, a relação terapêutica é tão relevante quanto as técnicas, tornando essas duas frentes complementares e relacionais: “A relação não existe à parte do que o terapeuta faz em termos de técnica e não podemos imaginar nenhuma técnica que não teria algum impacto relacional” (p. 4).

O sentido literal da palavra *adesão* significa “a junção de uma coisa a outra” (cf. dicionário Michaelis, disponível em www.michaelis.uol.com.br). Na literatura da área de saúde, usualmente o termo adesão (ou aderência, do Inglês *adherence*) é definido pelo seu resultado: a melhora do cliente pelo seguimento das recomendações do terapeuta (e.g., Moraes, Rolim & Costa, 2009). Luciano e Herruso (citados em Wielenska, 2002) afirmam que o conceito de adesão na área da psicologia pode se assemelhar ao da área médica e, segundo esta definição, a autora conclui que fazer aquilo que lhe foi prescrito é o mesmo que definir adesão como comportamento sob controle de regras terapêuticas. Contudo, Wielenska (2002) destaca outra corrente, a qual define adesão a partir da qualidade da relação terapêutica, definição esta adotada no presente estudo. A adesão está sendo definida, portanto, a partir da relação terapeuta-cliente, tratando-se da junção do cliente à terapia, o que significa primeiramente o comparecimento dele às sessões e seu relacionamento com o terapeuta. Já a sua melhora envolveria outras variáveis, por vezes alheias ao controle do terapeuta e do cliente. Mas, ao menos em parte, ela resultaria do fato de o cliente ficar sob controle de regras terapêuticas e isto, por sua vez, seria decorrente da adesão. Adota-se esta definição, em parte, pela constatação empírica a partir do uso do SICOT, de que o terapeuta infantil pode despender uma boa parte das interações com seu cliente sem o objetivo de alterar seu comportamento, mas apenas com a finalidade de tornar a sessão e a si próprio um reforçador condicionado para a criança.

FAVORECER A ADESÃO (FVA) é a primeira categoria do sistema porque, de certo modo, as ações e verbalizações do terapeuta que favorecem a adesão devem permear todo o processo (cf. Figura 2) inclusive quando o terapeuta tem outros objetivos além deste, desde a coleta de dados para formular suas hipóteses até as intervenções sobre os comportamentos-alvo. Contudo, o cuidado com a relação terapêutica é tão essencial que parte das interações do terapeuta não objetiva nem a coleta de dados, nem a intervenção

sobre a queixa, mas somente o favorecimento da adesão: são essas interações que se incluem nesta categoria.

Conforme Meyer e Vermes (2001), o cuidado com a relação terapêutica pode ser ainda mais essencial quando a iniciativa pela busca de atendimento não parte do cliente. Essa condição é bastante comum em terapia infantil e, desse modo, o empenho do terapeuta no fortalecimento da adesão da criança deve ser ainda mais importante. Somado a isso, tem-se que a compreensão da criança sobre o processo terapêutico também pode ser mais limitada, especialmente com crianças mais novas ou com repertório verbal mais restrito. Assim, o terapeuta infantil pode despender parte do tempo das sessões em interações cujo principal objetivo é o fortalecimento da adesão, como brincadeiras sem foco na queixa, conversas triviais sobre temas de interesse da criança, dentre outros, o que demonstra cuidado e interesse pelo universo da criança. A racional desta categoria é que essas interações aparentemente “menos importantes” são, na verdade, essenciais para dar sustentação a episódios de intervenções que podem ser mais aversivas ou, no mínimo, cansativas para a criança. Elas contribuem para que o terapeuta e o ambiente da sessão tornem-se reforçadores condicionados, aumentando a probabilidade de a criança permanecer e retornar às sessões e engajar-se no processo. Além disso, elas de algum modo “preenchem” o lapso temporal entre episódios interativos voltados para as demais categorias.

2. COLETAR DADOS (CDD)

COLETAR DADOS (CDD) é, assim como FAVORECER A ADESÃO (FVA), uma categoria que pode ser considerada pré-requisito para as intervenções do terapeuta sobre os comportamentos-alvo do cliente que ocorrem diretamente na sessão ou por meio de descrições verbais. A coleta de dados faz parte do processo de avaliação do caso, no qual o terapeuta reúne as informações necessárias para elaborar as hipóteses funcionais que norteiam sua intervenção. Além disso, embora a coleta seja mais intensa no início do tratamento, ela é um objetivo contínuo, que dá subsídio às intervenções. O terapeuta está, a todo o momento, obtendo mais informações do cliente, incluindo-se aí os efeitos de sua intervenção, que corroboram ou não suas hipóteses (Follette, Naugle & Linnerooth, 2000).

De acordo com Conte e Regra (2000), a coleta de dados deveria, sempre que possível, abranger informações sobre: queixa principal, histórico da queixa, variáveis organísmicas, ambiente e contexto atual, recursos e comportamentos do cliente, fontes de gratificação e expectativas sobre a terapia. No caso da terapia infantil, o levantamento dessas informações costuma se dar de múltiplas maneiras: entrevista com a criança, com os pais ou com outros significantes, observação direta em sessão ou no ambiente natural, uso de testes e até mesmo avaliação médica (Del Prette, Silvaes & Meyer, 2005). No presente sistema, a coleta de dados inclui os comportamentos do terapeuta somente com essa finalidade, que podem ser observados na interação com a criança e registrados pelo observador sobre a sessão.

Além da coleta via observação, espera-se, na medida do possível, que as informações fornecidas pelo cliente constituam operantes verbais do tipo *tato* (conforme definido por Skinner, 1957/1992), usualmente na forma de relatos sobre comportamentos (um acesso indireto a esses comportamentos em si) e, por isso, o grau de correspondência entre o relato e o evento deve ser analisado com cautela. É possível que as informações coletadas sejam *tatos* impuros, distorcidos ou com função de mando (Skinner, 1957/1992). As falas e/ou ações do terapeuta durante um episódio de coleta de dados funcionam como antecedentes e consequentes para a resposta do cliente de fornecer informações. Enquanto antecedentes, podem incluir perguntas abertas ou fechadas (cf. Hill, 1999), ou mesmo hipóteses, afirmativas e autorrevelações, dentre outros. Como consequências, podem incluir novas perguntas, sinais de que se está atento ao relato, aprovação, reprovação, empatia, dentre outros.

Uma vez que o terapeuta está, a todo momento, observando seu cliente e/ou obtendo mais informações por meio de seu relato, é possível que todas as suas intervenções também funcionem, de certo modo, como coleta de dados. Se o objetivo principal do terapeuta em um episódio for outro que não a coleta de dados, a interação é alocada em outra categoria apropriada (conforme as regras de inclusão e exclusão e a hierarquia entre categorias, apresentada ao final do sistema).

3. MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS)

Uma das possibilidades de intervenção sobre os comportamentos-alvo é manejá-los diretamente na sessão, o que significa estabelecer antecedentes e consequências para alterar a frequência de sua ocorrência na presença do terapeuta e alterar suas relações de contingência. Assim, o terapeuta pode instalar um comportamento novo, fazer com que um comportamento anteriormente punido volte a ser emitido, colocar em extinção um comportamento-queixa, reforçar positivamente um comportamento de melhora, manejar antecedentes para mudar o controle de estímulos de uma resposta, utilizar controle arbitrário ou controle natural, etc.

Ao manejar comportamentos em sessão, o terapeuta estabelece antecedentes e consequências de diversas maneiras, como as sistematizadas em técnicas descritas na literatura (e.g., Abreu & Guilhardi, 2004), podendo combinar diferentes técnicas em uma mesma intervenção. Ele pode, por exemplo, fazer reforçamento diferencial de outros comportamentos, de comportamentos incompatíveis ou alternativos, modelagem, modelação, bloqueio de esquiva, extinção, punição, *time-out* e esvanecimento, dentre outros. Conforme Del Prette e Almeida (no prelo), cada uma das técnicas pode dar maior ou menor ênfase a determinado termo da contingência.

Se os comportamentos em sessão pertencem às classes queixa e melhora, então se caracterizam como COMPORTAMENTOS CLINICAMENTE RELEVANTES (1 e 2, respectivamente) e a intervenção pode se assemelhar à proposta da Psicoterapia Analítica Funcional, de Kohlenberg e Tsai (2001). Por meio da análise de classes mais amplas de resposta, é possível que os comportamentos a serem modelados não guardem semelhança topográfica com aqueles descritos como queixa. Conforme os autores, o objetivo final do terapeuta seria o aumento da frequência de classes de comportamentos de melhora em sessão e a diminuição de classes de comportamentos queixa, com generalização da aprendizagem para fora do ambiente terapêutico.

A definição do comportamento-alvo é feita pelo terapeuta a partir da análise de contingências realizada com base nas informações que ele coleta. Ela pode abranger mais do que o que foi relatado na queixa inicial, ou pode até mesmo ser dissonante desta. O comportamento-alvo pode se modificar ao longo da terapia, à medida que o cliente

atinge alguns progressos e torna-se mais capacitado para alcançar outros ainda mais complexos, ou quando a análise do terapeuta se altera em função de novas informações. De um modo ou de outro, recomenda-se que o categorizador tenha acesso às análises do terapeuta que orientam suas intervenções, o que pode ser obtido por meio de entrevista, como no caso desta pesquisa.

Além da intervenção sobre os comportamentos-alvo, o terapeuta também pode manejar contingências para ensinar repertório geral, não diretamente relacionado ao problema que levou a criança à terapia. O repertório geral é mais amplo e inclui, por exemplo, ensinar o significado de uma palavra que o cliente desconhece, o percurso até o consultório, como amarrar o sapato ou fazer um desenho. Em geral, esse ensino faz parte da preocupação do terapeuta com o desenvolvimento da criança e, muitas vezes, parte da premissa de que ampliar o repertório pode auxiliar na sua adaptação social e talvez até mesmo, indiretamente, na melhora dos comportamentos alvo de intervenção e na qualidade da relação terapêutica.

Ainda no caso de terapia infantil, os objetivos dos pais podem ser diferentes dos da criança e a análise de contingências auxilia na compreensão das razões para essas diferenças e na tomada de decisão sobre o curso de ação terapêutica. Na relação com criança, o terapeuta pode evocar os comportamentos na própria relação com ela durante conversas, mas também com o auxílio de atividades (i.e., brincadeiras, fantasias e tarefas). Utilizando bonecos que representam uma família, por exemplo, o terapeuta pode levar a criança a reproduzir sua relação com pais e irmãos e ensinar novas respostas em sessão, apoiado na atividade com os bonecos.

4. MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV)

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV) é uma intervenção terapêutica cujo objetivo é levar o cliente a rastrear as contingências sobre seu comportamento e de terceiros, combinado com um adequado controle por regras. Descrever o comportamento é ter consciência sobre ele (no sentido skinneriano), o que aumenta o poder de previsão e controle. É também o primeiro passo para a elaboração de análises que estabelecem relações de contingência entre comportamento e ambiente. Pelas descrições e análises dos comportamentos, o cliente pode vir a se comportar sob controle de regras e

autorregras e também modificar o controle de estímulos por meio de estimulação suplementar fornecida pelo terapeuta (Meyer, 2004).

A maneira como o cliente se descreve e descreve seu ambiente é essencial também do ponto de vista da formação de quadros relacionais, em que descrições precisas e maleáveis colaboram na formação da flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2007). A descrição e controle dos eventos privados também têm papel crucial no desenvolvimento da criança para a formação de um *self* estável (Kohlenberg & Tsai, 2001). No caso da terapia com crianças, este objetivo é ainda mais importante por ela encontrar-se no início de seu desenvolvimento, no qual muito de seu repertório verbal ainda não foi instalado e seu *self* ainda está em formação.

O terapeuta pode manejar antecedentes e consequências para as respostas do cliente de descrever e analisar. Muitas vezes, esse pode ser o principal objetivo do terapeuta, a partir da hipótese de que os problemas do cliente se relacionam a um controle verbal inadequado (i.e., excessivamente rígido e distorcido, ou pobre e fraco). Inicialmente, pode ser necessário que o terapeuta se comporte como modelo oferecendo, ele próprio, descrições e análises para o cliente e, aos poucos, solicitando que o cliente faça descrições mais complexas e estabeleça relações entre os eventos. Além disso, o terapeuta estabelece consequências para essas verbalizações do cliente, com o objetivo de reforçar sua ocorrência. Espera-se que as descrições e análises passem a suplementar as contingências do comportamento do cliente, evocando novas respostas que sejam reforçadas em seu ambiente natural.

As descrições e análises podem se referir a contingências que ocorrem dentro ou fora da sessão, passadas, atuais, futuras, hipotéticas, abstratas e/ou conceituais. Para este tipo de ensino, o terapeuta pode lançar mão de diversos procedimentos, também combinando o MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS) com o MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV). Assim, ele pode, por exemplo, evocar a expressão de sentimentos na sessão (MCP) e, em seguida, solicitar que o cliente descreva o que sentiu e as variáveis envolvidas (MCV). Pode ainda fazer interpretações sobre os comportamentos ou relatos, que também funcionariam como modelo para o cliente imitar, ou seja, ele próprio estabelecer esse tipo de reflexões. Também pode prover consequências para as descrições e análises do cliente, como aprovação, reprovação, empatia e informações.

Procedimento de Coleta de Dados

Escolhidos os clientes, foi agendada a entrevista inicial com os pais, quando também foi aplicado o Child Behavior Checklist (CBCL), cujos resultados confirmaram a necessidade de atendimento. Na entrevista realizada pela terapeuta Alice, a pesquisadora pôde comparecer para se apresentar, apresentar a pesquisa, convidar o cliente à participação e ler o TCLE. Uma vez de acordo, todos assinaram o termo e a filmagem se iniciou, continuando até o encerramento da terapia, ou até que a terapeuta reconhecesse mudanças suficientes e estáveis nos padrões de comportamento da criança, especialmente aqueles relacionados à queixa que a levou à terapia.

Após cada sessão filmada, as terapeutas prestavam um breve depoimento, filmado, baseado no Roteiro de Entrevista (Anexo E). Ao final do período de gravação utilizado nesta pesquisa, as terapeutas prestaram novos depoimentos, mais extensos, nos quais relataram o percurso dos atendimentos, a formulação de hipóteses funcionais, as tomadas de decisões sobre as intervenções escolhidas, os resultados obtidos e suas próximas metas (pois continuaram seus atendimentos com as crianças).

Tratamento de Dados

Todas as sessões foram gravadas em mídia DVD, transcritas e computadas em duas colunas (T=Terapeuta e C=Cliente) de modo a compor um banco de dados nos programas SPSS e Microsoft Excel. Uma descrição do banco de dados é apresentada no Anexo G.

As ações e falas transcritas foram segmentadas em unidades de análise, segundo os critérios definidos pelo sistema SMCCIT. Assim, as sessões foram categorizadas considerando-se como unidade o par de falas que se constitui em uma sequência de interação terapeuta-cliente (T-C), contendo uma verbalização do terapeuta e uma do cliente e iniciando-se sempre pelo comportamento do terapeuta.

A unidade de análise foi constituída somente por comportamento do terapeuta ou somente do cliente e de acordo com os seguintes critérios: (1) O comportamento do terapeuta ou do cliente incluía uma sequência de duas ou mais categorias; (2) A interação era iniciada pelo cliente; (3) O comportamento do terapeuta não era seguido pelo do

cliente; (4) O comportamento do cliente, mesmo contíguo ao do terapeuta, estava evidentemente sob controle de outros estímulos que não o comportamento do terapeuta.

A análise das sessões filmadas focalizou exclusivamente falas da terapeuta e da criança, excluindo-se, portanto, as interações da terapeuta com a mãe, o pai ou outros participantes da terapia. Nessa análise, foram utilizados os quatro sistemas de categorias: SMCCIT, FAPRS, SECAT e SICOT.

A categorização das sessões foi realizada por dois observadores. A Observadora 1 era uma aluna do oitavo semestre de graduação em psicologia, estagiária em clínica analítico-comportamental e categorizou as sessões utilizando o SMCCIT. A Observadora 2 foi a própria pesquisadora que categorizou as sessões utilizando o FAPRS, o SECAT e o SICOT.

O primeiro passo foi submeter a Observadora 1 ao treino multimídia de categorização do SMCCIT e, em seguida, à categorização de duas das sessões selecionadas para a pesquisa, para complementar o treino e solucionar possíveis dúvidas, uma vez que este era voltado para a categorização de sessões com população adulta. Foram feitas reuniões com a pesquisadora para solucionar as dúvidas e aprimorar os critérios de categorização específicos à população infantil.

As sessões categorizadas foram submetidas às seguintes análises:

- (1) Descrição de frequência absoluta e relativa das unidades de análise para as categorias de cada sistema, para cada terapeuta, criança ou díade, considerando as sessões como um todo e também sessão a sessão;
- (2) Média do número de palavras emitidas por unidade de análise para as categorias de cada sistema, para cada terapeuta, criança ou díade, considerando as sessões como um todo e também sessão a sessão;
- (3) Associações entre categorias de diferentes sistemas, obtendo-se a frequência absoluta e relativa das categorias de um sistema que também era computada em cada categoria de outro sistema, para cada terapeuta, criança ou díade;

- (4) Análise da composição das categorias do SICOT, em termos da proporção de ocorrências das categorias de todos os demais sistemas, para cada terapeuta, criança ou díade;
- (5) Teste do chi-quadrado de Pearson (I), para obtenção de um indicador de relação entre variáveis nominais. Quanto maior o chi-quadrado, mais significativa é a associação entre a variável dependente e a variável independente (comparando-se amostras do mesmo tamanho). Para se obter a significância desse valor, perante uma distribuição esperada (ou seja, o quanto relevante é esse resultado, se comparado a uma dispersão aleatória), é calculado o p , um índice decrescente da confiabilidade de um resultado. Para uma distribuição normal, foram considerados significativos valores de χ^2 com $p < 0,05$;
- (6) Análise de variância multivariada (MANOVA) para médias de palavras e número de interações com foco dentro e fora da sessão, através do General Linear Model (GLM), sistema de mensuração multivariado que incorpora modelos estatísticos usados para análises do efeito de variáveis independentes em variáveis dependentes e de interações dentre as mesmas. O resultado da MANOVA é expresso em um valor F que expressa o efeito da interação, deste resultado também é obtido um índice p de significância.
- (7) Teste de concordância entre observadores, por meio da estatística Kappa, cujo índice (K) avalia o quanto a concordância é legítima ou fruto do acaso, além da avaliação dessa concordância nas categorias de cada sistema. Para indicar a significância, perante uma distribuição normal, do valor obtido nesse índice também é calculado o p .

As Observadoras 1 e 2 categorizaram uma sessão extra (sexta sessão da Díade B) para obtenção da concordância entre observadores. A concordância situou-se entre 72% e 89% em todos os eixos de análise, exceto no eixo da FAPRS. Do mesmo modo, o índice Kappa em todas as análises superou o valor de 0,610 em todas as análises exceto para a FAPRS, e a significância de todas as análises permaneceu em $p = .000$.

Tabela 3

Frequência Absoluta e Relativa de Concordância entre Observadora 1 e Observadora 2 e Índice Kapa, na Categorização Segundo T-SMCCIT, C-SMCCIT, FAPRS, SECAT e SICOT

	T-SMCCIT	C-SMCCIT	FAPRS	SECAT	SICOT	Total
Concordância	177	170	121	229	195	892
Discordância	70	48	97	28	62	305
% Concordância	72	78	56	89	76	75
K	0,670	0,636	0,425	0,860	0,643	

De acordo com a Tabela 3, a maior concordância entre observadores foi para o SECAT (89%, com $K=0,860$) e, em seguida, para as categorias do cliente no SMCCIT (78%, com $K=0,636$), as categorias do SICOT (75%, com $K=0,643$), as categorias do terapeuta no SMCCIT (72%, com $K=0,670$) e as da FAPRS (56%, com $K=0,425$). É provável que a menor concordância para as categorias da FAPRS deva-se à ausência de critérios ou dicas topográficas pré-definidas que definam cada categoria. As categorias da FAPRS são baseadas na função dos comportamentos do cliente e na inferência de que estes representam queixas (CRB1) ou relatos de queixas (O1), melhoras (CRB2) ou relatos de melhoras (O2), análises (CRB3), engajamento na relação terapêutica (CTR) ou progresso do cliente (CPR), mas essa função é especialmente definida a cada caso observado.

RESULTADOS

Esta seção foi organizada de modo a contemplar três conjuntos de dados e, em cada um deles, os resultados obtidos com cada díade terapeuta-cliente. Inicialmente são apresentados os resultados da análise de conteúdo das entrevistas. Depois são apresentados os resultados de cada sistema de categorização e, finalmente, os resultados da análise das relações entre sistemas.

I – Dados das entrevistas com as terapeutas

As informações apresentadas a seguir foram extraídas das entrevistas gravadas em vídeo, realizadas pela pesquisadora com cada terapeuta ao longo do processo de atendimento. Para cada díade, o conjunto dos relatos foi organizado em torno dos seguintes temas: (1) Descrição do cliente; (2) Formulação de hipóteses a partir da coleta de dados; (3) Dificuldades encontradas ao longo do tratamento; (4) Intervenções realizadas com a criança; (5) Orientação de pais; (6) Melhoras alcançadas.

Entrevista com Alice

As entrevistas com Alice ocorreram em seu consultório e duraram entre cinco e vinte minutos após cada sessão, a depender da quantidade de informações novas que a terapeuta tinha sobre a criança, suas intervenções e suas hipóteses. Ao final da pesquisa, Alice concedeu uma entrevista geral sobre todo o processo, ainda com base no Roteiro de Entrevista. A pesquisadora esteve presente em parte das filmagens, podendo formular perguntas adicionais para detalhamento das informações.

1. Descrição do cliente

A descrição do cliente foi organizada em torno dos seguintes tópicos: (a) Dados gerais de identificação; (b) Entrevista inicial com os pais de Alex; (c) Entrevista e observação de Alex em sessão; (d) Aplicação de testes com Alex; (e) Avaliação médica de Alex.

(a) Dados gerais de identificação de Alex

No início do atendimento, Alex tinha seis anos de idade. Ele acabara de ingressar na primeira série de uma escola pública próxima à sua casa, onde estudava no período vespertino. Morava em uma habitação de COHAB na periferia da cidade de São Paulo com o pai, a mãe e o irmão três anos mais velho. A família frequentemente passava por dificuldades financeiras, era protestante e os pais possuíam ensino fundamental incompleto. Seu pai era comerciante informal e sua mãe era funcionária de um hotel. Alguns meses depois de iniciada a terapia, ela pediu afastamento para cuidar do filho mais velho, que havia sofrido um acidente de carro e passou meses sem ir à escola, com a perna engessada. Nessa mesma época, a família precisou entregar a habitação onde moravam e todos passaram a morar em um quarto nos fundos da casa da avó materna de Alex. Algum tempo depois, o pai relatou que queria mudar-se, sozinho, para o interior. Foi a época em que trocavam mais acusações entre si, evidenciando desentendimentos conjugais e risco de separação, o que já era relatado pela criança desde o início, durante atividades de fantasia.

No dia-a-dia, Alex e sua família costumavam acordar tarde, próximo à hora da criança ir para a escola, onde recebia almoço. Antes de ir à escola, assistia televisão. Depois de retornar, também assistia televisão, jogava videogame ou brincava no pátio de seu prédio. Na segunda metade da terapia, a família ganhou um computador e jogar jogos no aparelho passou a ser outra atividade da criança. De noite, a família toda ficava acordada até depois das três da madrugada, assistindo televisão ou jogando videogame, o que dificultava a criança acordar e se manter desperta na escola. Além disso, às vezes o pai viajava por algumas semanas, para buscar mercadorias para revenda, o que aumentava o número de faltas (já bastante alto) de Alex à escola, uma vez que sua mãe não conseguia levá-lo devido a dificuldades para andar resultantes de obesidade mórbida e outros problemas de saúde.

(b) Entrevista inicial com os pais de Alex

O primeiro contato da terapeuta foi com os pais da criança, com o objetivo de coletar dados sobre o caso. Nessa sessão, os pais relataram que Alex havia iniciado, há poucas semanas, o ano letivo na primeira série e estava tendo dificuldades na escola

nova, frequentemente chorando na escola e pedindo para voltar para casa, ou chorando em casa e pedindo para não ir à escola. Algumas vezes, os pais cediam e deixavam o filho permanecer em casa. Também relataram que Alex era um menino nervoso, agitado e desobediente e, diante disso, frequentemente a mãe “resolvia” o conflito com gritos e agressão física, enquanto o pai costumava deixá-lo fazendo o que quisesse por mais tempo, mas eventualmente também batia. Alex tinha um irmão três anos mais velho, com quem brigava constantemente, por exemplo, ao disputar a posse do controle remoto da televisão. Os pais admitiram que, ao lidar com as brigas dos filhos, o pai usualmente protegia o caçula (Alex), enquanto a mãe protegia o mais velho.

Segundo os pais, seus problemas de comportamento ocorriam tanto em casa quanto na escola. Em casa, Alex costumava se opor às regras do dia a dia, como a hora de acordar, escovar os dentes, trocar de roupa, pentear o cabelo, tomar banho, comer e ir dormir. Os pais oscilavam entre ceder às birras e oposições ou resolver com gritos e tapas. Na escola, a criança não realizava as tarefas escolares e se “entretia” provocando os colegas, correndo ou engatinhando pela sala entre as carteiras. A professora oscilava entre deixá-lo sem fazer os deveres, brigar ou levá-lo para a diretoria.

Na primeira sessão, a terapeuta deu algumas orientações para que os pais evitassem bater na criança, mas essencialmente focou a entrevista na coleta de informações. Também observou que os pais divergiam em opiniões sobre os problemas do filho e brigavam entre si, fazendo acusações mútuas sobre o modo como educavam os filhos. O pai relatava que a solução seria a mãe parar de trabalhar, enquanto esta explicava a situação a partir de causas religiosas.

(c) Entrevista e observação de Alex em sessão

Nas entrevistas para a pesquisa, a terapeuta relatou que, a partir do relato dos pais, havia imaginado uma criança muito mais desobediente do que Alex demonstrou em sessão. Ainda assim, os comportamentos da criança e seus relatos corroboravam as informações vindas de outras fontes sobre suas dificuldades. Os relatos de Alex também eram bastante incompletos. Por outro lado, a criança também mostrou algumas habilidades não relatadas pela família nem pela escola, como a habilidade para fazer contas e a criatividade.

(d) Aplicação de testes com Alex

A terapeuta utilizou alguns testes para auxiliar na avaliação da criança. Inicialmente, aplicou o Child Behavior Checklist (CBCL), respondido pelos pais, cujos índices indicaram problemas de comportamento nos campos de agressividade, hiperatividade e oposição. Aplicou também um questionário denominado SNAP-IV, construído com base nos critérios diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade do DSM-IV, respondido pela professora, cujo resultado enquadraria Alex nos dois perfis - hiperativo e desatento.

Alguns meses depois, aplicou um teste para avaliação de vários aspectos de seu desenvolvimento, a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III). Nos subtestes do grupo Verbal (i.e., Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Dígitos). O escore de Alex situou-se pelo menos na média, mas às vezes muito acima da média. Nos subtestes do grupo Execução, ele pontuou abaixo da média no subteste Código, o que segundo a terapeuta costuma acontecer com crianças com déficit de atenção. O subteste de Arranjo de Figuras foi pontuado um pouco abaixo da média, mas em todos os outros subtestes foi obtida pontuação média ou elevada.

(e) Avaliação médica de Alex

Com o auxílio de uma psiquiatra infantil, a terapeuta encaminhou a criança para realizar exames psiconeurológicos gratuitos em um hospital público. A aplicação do WISC-III também fez parte da avaliação psiquiátrica e, em conclusão, foi receitada medicação para déficit de atenção e hiperatividade. No período filmado para esta pesquisa, ele não tomava nenhum tipo de medicação.

(f) Entrevista com professora e diretora e visita à escola de Alex

Na escola, a professora e a diretora referiam os mesmos comportamentos de distração, oposição e agressividade, já relatados pelos pais. Contaram também que Alex ia muito pouco à escola e não sabiam por que faltava. Com um repertório verbal limitado, ele também não conseguia contar à terapeuta *quando* e *por que* não ia à escola. Aos poucos, a terapeuta levantou algumas razões (elencadas no item 1.a).

2. Formulação de hipóteses a partir da coleta de dados

As descrições fornecidas pelos pais sobre os comportamentos de Alex pareciam se enquadrar em Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), confirmado também pela aplicação do SNAP-IV, respondido pela professora. A partir das informações fornecidas, a primeira hipótese da terapeuta foi de que dificuldades de aprendizagem da leitura poderiam ter papel central nos problemas de comportamento de Alex na escola. Alice questionou se seria a incapacidade da criança ler e escrever na escola que a levaria a se engajar em comportamentos dispersivos e hiperativos, ou o oposto. Em ambas as hipóteses, concluiu que o ensino da leitura e da escrita o beneficiaria, pois caso ele aprendesse a ler, teria maior probabilidade de se concentrar em sala de aula e ter esse comportamento reforçado naturalmente, em detrimento dos comportamentos-queixa. Nas entrevistas concedidas, Alice relatou que, segundo sua análise, Alex precisava aprender o mais rápido possível o repertório de leitura e escrita para ganhar atenção da professora por fazer a lição (em vez de bagunçar e brigar com os colegas). Ao fazer isso, ele poderia ter uma relação menos aversiva com a escola e o processo de ensino, o que seria inclusive uma forma de prevenir problemas futuros de ajustamento social.

A partir da avaliação clínica em sessão, a terapeuta observou que a criança tinha boa habilidade em matemática, corroborada pela aplicação do teste WISC-III. Por outro lado, o resultado abaixo da média para o subteste Código do WISC-III a levou a analisar que este subteste guardava semelhança com as habilidades exigidas de uma criança em processo de alfabetização, ao copiar da lousa o que a professora escreve. Segundo o relato da própria criança, ele não conseguia terminar de copiar, copiava só um pouco e a professora já apagava. A terapeuta analisou que esse repertório ainda era incipiente na criança e que, quando a professora apagava as anotações da lousa, ele ficava sem ter o que fazer e então começava a andar pela sala, cutucar os colegas, chutar as mochilas dos outros, atirar borrachas, etc. (comportamentos descritos pela professora e pela criança) sendo reforçado por essas atitudes.

Alex também contou que tinha uma “namoradinha” na sala, mas seu colega, enciumado, dava tapas em sua cabeça quando ele tentava se aproximar da menina. Segundo a criança, a professora “via, mas não fazia nada”. A terapeuta concluiu que todas essas situações, associadas ao repertório ainda incipiente de leitura e escrita,

colaboravam para tornar mais prováveis os comportamentos de dispersão e agressão do que os comportamentos acadêmicos mais apropriados (e.g., prestar atenção, copiar a matéria e participar da aula).

Com base nesses dados, a terapeuta relatou que passou a incluir como objetivos outros comportamentos, manejados paralela e/ou simultaneamente ao de leitura e escrita: seguir as regras da terapeuta, autocontrole (e.g., ficar sentado, esperar, fazer uma coisa de cada vez), repertório verbal (e.g., descrever eventos, aumentar vocabulário e relacionar eventos), demonstrações de afeto e repertórios gerais de autocuidado.

3. Dificuldades encontradas ao longo do tratamento e como foram solucionadas

A terapeuta relatou algumas dificuldades para a efetividade do tratamento que, em geral, giraram em torno de problemas socioeconômicos da família. Uma dessas dificuldades, responsável pelo foco das sessões iniciais, foi “a impossibilidade de a família contratar um acompanhante terapêutico para ensiná-lo a ler e escrever”, primeiro comportamento alvo definido pela terapeuta a partir de sua análise. Com isso, a terapeuta Alice decidiu fazer essas atividades na própria sessão.

Outras dificuldades socioeconômicas interferiram diretamente sobre a frequência de Alex no atendimento. Dadas as dificuldades para abastecer o carro com gasolina, somadas às viagens constantes do pai, a criança faltava às sessões. A mãe tentava levá-lo de ônibus, mas tinha problemas de locomoção devido à obesidade mórbida e não tinha com quem deixar o irmão acidentado enquanto estivessem fora. Às vezes não avisavam que iriam faltar e faltavam, mas relatavam que tentaram entrar em contato ou atribuíam a responsabilidade um ao outro.

Idealmente, eles deveriam comparecer à terapia duas vezes por semana, uma para a sessão da criança e outra para a orientação dos pais. Como isso era improvável, Alex comparecia em média a cada 15 dias e, não raro, chegava atrasado, já que ninguém conseguia acordar cedo e a sessão era de manhã, antes da criança ir para a escola. Para lidar com essa situação, Alice costumava estender a sessão de modo a sobrar algum tempo para orientar os pais, dividindo o tempo entre o atendimento à criança e a eles.

Além disso, em parte das idas da criança à terapia, os pais pediam um atestado à terapeuta documentando que chegariam atrasados na escola. No entanto, Alice descobriu que, nessas situações, eles não o levavam à escola. A terapeuta tentou marcar as sessões para um horário mais cedo para não atrapalhar a escola, mas eles não conseguiam chegar a tempo. Então optou por não entregar mais o atestado, que parecia estar sendo utilizado para justificar a ausência de Alex na escola.

Alice procurou um psicólogo acompanhante terapêutico (AT) que se disponibilizasse a ir à casa da criança sem receber remuneração, mas recebendo orientações e treinamento. Após alguns meses, quando Alice conseguiu encontrar um AT, os pais se recusaram a recebê-lo, o que coincidiu com a mudança para o quarto dos fundos da casa da avó. A hipótese da terapeuta foi de que os pais estavam constrangidos em receber o profissional em sua nova moradia improvisada, onde Alex não tinha sequer uma mesa para colocar o caderno e fazer a lição. Os pais reformaram o quatinho onde estavam morando e, depois de algum tempo, quando a escola pressionou a família em função das faltas e dos comportamentos agressivos e dispersivos de Alex e ameaçou acionar o Conselho Tutelar, eles aceitaram o trabalho em casa. Um novo profissional AT foi contatado e realizou algumas sessões com a criança. O AT teve novas dificuldades para realizar seu trabalho, pois os pais não conseguiam acordar Alex com antecedência para sua chegada. Nessa época, Alex havia iniciado o tratamento com a medicação dada pela psiquiatra, mas os pais esqueciam os horários e administravam as doses atrasadas, aumentando o sono da criança pela manhã, quando o AT deveria intervir.

4. Intervenções com Alex

A partir da análise de contingências realizada com os dados obtidos, Alice optou por fazer diversas intervenções com foco no ensino da leitura e da escrita na sessão. Para isso, inicialmente ensinou Alex a escrever o próprio nome, utilizando folhas de papel com linhas de caligrafia. Nas primeiras vezes, ele devia copiar seu nome completo e repetir, com a terapeuta, as sílabas correspondentes. Na execução, Alice sentava a criança entre ela, a parede, a mesa e o armário, reduzindo a possibilidade de ela se levantar e se distrair. A terapeuta relatou nas entrevistas que descrevia constantemente o comportamento motor da criança com o lápis e as formas das letras para que essa

descrição também auxiliasse a aprendizagem. Outra estratégia adotada era marcar pontos para cada letra correta, somar os pontos com a criança (ensino de matemática) e trocá-los por brindes ao fim da sessão. Os brindes eram trocados sempre que a criança fazia exercícios escolares em sessão ou trazia bolinhas de adesivo coladas pelos pais em uma tabela, indicando quantas vezes obedeceu durante a semana.

Depois do treino de escrita a partir do nome, Alice observou que Alex estava decorando as palavras em vez de compreender as sílabas. Por esse motivo, adotou outra estratégia, fazendo algumas sessões em que mostrava sílabas em cartões para ele falar a palavra formada e depois trocava a ordem das sílabas para ele descobrir palavras novas, aprendendo também seu significado. Em seguida, Alex devia escrever as palavras aprendidas no papel, sempre marcando pontos que eram trocados por brindes. A terapeuta relatou que também falava para Alex sobre a importância de se aprender a ler e escrever e solicitava que ela fizesse a mesma coisa em sala de aula, descrevendo para ele a provável contingência em que a professora poderia elogiá-lo. Em cerca de três a quatro meses – o equivalente a seis sessões –, Alex aprendeu a ler e passou a ler palavras novas na sessão, cada vez com menos auxílio da terapeuta. Conseguiu ler, com alguma ajuda, trechos de livros infantis e enunciados mais complexos de tarefas de casa solicitadas pela escola e trazidas para a sessão. Paralelamente, Alice utilizava conversas e atividades de fantasia para continuar coletando informações sobre os relacionamentos da criança fora da sessão e para fazer algumas recomendações a partir de descrições de contingências (e.g., “Se você põe apelido no amigo, ele fica triste”; “Não é bom colocar a moeda na boca porque é cheia de micróbios”; “O que acontece se você bate no colega?”, etc.).

Segundo Alice, a criança reproduzia na sessão vários comportamentos que provavelmente emitia fora desta, como quando se recusou a entrar na sala por duas vezes. Na primeira vez em que isso aconteceu, Alex estava muito bravo, pois o pai o agrediu fisicamente no caminho para a clínica por não ter escovado os dentes e parou em uma farmácia, comprou uma escova de dente e fê-lo escovar no meio da rua. Alex chegou à sessão cobrindo o rosto com o capuz de seu moletom, de forma semelhante à que havia feito na escola dias atrás, segundo relato da diretora. Quando isso ocorreu na escola, ele entrou na sala de aula com o capuz no rosto, a professora tentou forçá-lo a tirar o capuz,

ele a empurrou e foi para a diretoria, onde confessou que havia apanhado em casa e a diretora chamou o pai e duas viaturas de polícia. A partir de então, a diretora começou a dizer para a família que acionariam o Conselho Tutelar. Já na sessão, a terapeuta optou por não tentar retirar o capuz e nem forçá-lo a falar. Ele passou a sessão inteira em silêncio e sentado, mas não tentou ir embora. Durante o tempo da sessão, Alex começou a dar tapinhas no sofá e a terapeuta respondia com tapinhas em sua poltrona, no mesmo ritmo. Na segunda ocorrência, ele afirmou que não queria entrar na sala e a terapeuta permitiu, sem dar broncas ou fazer comentários. No final do tempo da sessão, Alice se despediu dele normalmente e, depois disso, não houve mais ocorrência de evento semelhante.

A terapeuta relatou nas entrevistas que gostaria de gastar mais tempo das sessões aprimorando o repertório verbal de Alex. Mas, entre tantos objetivos a serem realizados, o primeiro ainda era ensiná-lo a ler e escrever. Mesmo assim, sempre que possível, Alice tentava fazer a criança emitir relatos mais completos. Quando ele aprendeu a ler e escrever e o AT começou a trabalhar, a terapeuta dedicou mais sessões para intervir sobre o desenvolvimento do repertório verbal e sobre os relacionamentos da família. Fez sessões com o irmão e com os pais, manejando a relação entre eles e Alex na própria sessão.

5. Orientação aos pais de Alex

Apesar das limitadas condições de tempo e frequência de sessão, Alice orientava os pais em uma parte do horário da criança. A terapeuta construiu uma tabela em papel para os pais colarem bolinhas adesivas prateadas e douradas sempre que Alex emitisse comportamentos de obediência. Ao explicar para os pais e a criança como utilizar o quadro, descreveu que iriam trabalhar com direitos e deveres. Por exemplo, voltar do pátio para casa no horário em que é chamado conquistaria o direito de assistir televisão; não voltar não conquistaria tal direito. A criança levava a tabela preenchida para a sessão e às vezes a terapeuta chamava todos à sala para conversarem sobre os episódios pontuados e fazerem novos acordos. Aparentemente, os pais passaram a bater menos em Alex e quase sempre utilizavam a tabela adequadamente, entregando-a para a criança para mostrar para Alice em todas as sessões. Quando os problemas de relacionamento do

casal pareciam se agravar, eles deixavam de utilizar a tabela, não entregavam para a criança e responsabilizavam um ao outro pelo fracasso.

6. Melhoras alcançadas com Alex

Conforme a descrição e a análise de Alice, as intervenções encontraram muitos obstáculos e parte destes decorrentes dos próprios problemas da criança, como as brigas entre os pais, a dificuldade de colocarem limites consistentes e os problemas financeiros. Em suma, o *ambiente* da criança teve algumas melhoras, mas muitos agravamentos, como a mudança para os fundos da casa da avó, o acidente de carro do irmão, o afastamento da mãe do trabalho, o aumento de faltas à escola e a ameaça de intervenção do Conselho Tutelar. Algumas melhoras alcançadas não necessariamente eram decorrência direta da intervenção terapêutica: depois de alguns meses de terapia, por exemplo, o pai relatou diminuição na quantidade de brigas entre os irmãos após a compra de um computador para a casa. Alex se interessou pelo computador e o irmão mais velho continuou interessado na televisão. Desse modo não havia mais conflitos entre eles.

Ainda assim, muitas melhoras foram alcançadas, especialmente quando se analisa a mudança do comportamento da criança na sessão. Em primeiro lugar, o principal objetivo foi alcançado, isto é, Alex aprendeu a ler e escrever em pouco tempo. A criança atribuiu essa aprendizagem ao treino com a terapeuta (e.g., “Eu sei porque você me ensinou, ué!”). Além disso, no relato final sobre o período total de atendimento, Alice afirmou que Alex engajou-se em tentativas de ter maior autocontrole (e.g., colocar a mão na boca para não acusar os outros de mentirosos, ouvir a opinião dos outros e depois falar a sua) e desenvolveu habilidades para interações mais amistosas em brincadeiras e conversas. O repertório verbal da criança se desenvolveu e provavelmente algum controle por regras foi adquirido, como quando ele se lembrava e seguia as regras de Alice sem que ela precisasse emití-las a cada vez. Também diminuíram as ocorrências de avaliações depreciativas de si (e.g., “Eu não consigo”, “Eu não sei”) e dos outros (e.g., xingamentos). Ao mesmo tempo, os pais reduziram a frequência do bater na criança e estabeleceram algumas regras em casa, descrevendo-as e administrando as consequências previstas, em vez de gritarem e depois baterem.

Entrevista com Bertha

As entrevistas com Bertha foram concedidas por meio de filmagem, na qual a pesquisadora não estava presente. Bertha relatava informações sobre Bia e sua família, sobre o atendimento, incluindo hipóteses, objetivos e planejamento de sessão. Foram realizados dois encontros com a pesquisadora durante o processo e uma entrevista geral ao final da pesquisa.

1. Descrição do cliente

A descrição de Bia foi organizada em torno dos seguintes tópicos: (a) Dados gerais de identificação; (b) Entrevista inicial com os pais de Bia; (c) Entrevista e observação de Bia em sessão; (d) Aplicação de testes com Bia.

(a) Dados gerais de identificação de Bia

No início do atendimento, Bia tinha oito anos de idade, cursava a segunda série em uma escola pública de sua cidade e morava com a mãe, o pai e um irmão caçula diagnosticado portador de autismo. Seus pais tinham ensino fundamental completo. O pai de Bia era comerciante e a mãe, dona de casa.

No dia a dia, a criança estudava pela manhã e, quando não estava na escola, era solicitada a colaborar com as atividades domésticas e a cuidar do irmão, ajudando sua mãe. Sua relação com a família era bastante conturbada e Bia não tinha amigos nem primos que morassem próximo à sua casa. Assim, passava grande parte do tempo sem alternativas de interação senão a mãe exigente e o irmão autista.

Os comportamentos do pai na família eram bastante autocentrados e de isolamento. Ao chegar em casa do trabalho, ele não estabelecia contato com a filha e queria apenas assistir televisão ou ter relações sexuais com a mulher. Em outro exemplo, o pai comprou um carro sem ter rendimentos suficientes para pagar pelo automóvel e não deixava a família utilizá-lo. Além disso, ele não realizava atividades de lazer com as crianças e tampouco permitia que a mãe desfrutasse desse lazer sem a presença dele. Também reagia à filha de modo agressivo. Depois de alguns meses de terapia, Bertha obteve informações da mãe de que ele constantemente xingava Bia e a expulsava da própria casa.

No início do atendimento, a mãe relatou que também era muito agressiva com a criança, verbalizando frases como “Você é um traste”, “Se eu pudesse, eu te matava” e “Eu não queria ter tido você”.

(b) Entrevista inicial com os pais de Bia

Na entrevista inicial, os pais relataram problemas de relacionamento na família devido ao excessivo ciúme de Bia em relação ao irmão mais novo, portador de autismo. Relataram também que ela estava cada vez mais se comportando como uma criança “grudenta”. Segundo os pais, a menina era consumista e os fazia gastar dinheiro; era “uma criança que quer tudo, toda hora quer comprar coisas”. Diante da negativa dos pais aos seus pedidos de carinho ou de coisas para comprar, ela reagia de maneira agressiva e opositora.

(c) Entrevista e observação de Bia em sessão

Segundo a avaliação da terapeuta, a criança tinha um ótimo repertório para fantasiar e, nessas atividades, reproduzia alguns padrões de relacionamento provavelmente vigentes em sua casa. Pelos relatos da criança, o irmão seria “aquele que recebe todo o carinho”. A mãe de Bia confirmou essa avaliação. Na avaliação direta da criança, Bertha relatou que a criança “parece ter muita consciência sobre as coisas”, evidenciada pela sua capacidade de descrever e analisar as contingências e pelo seu repertório verbal bem desenvolvido.

(d) Aplicação de testes com Bia

Foi aplicado o Child Behavior Checklist (CBCL) no início do atendimento, respondido pelos pais. Os resultados foram congruentes com o relato deles, registrando índice clínico para comportamentos no grupo da agressividade.

2. Formulação de hipóteses a partir da coleta de dados

Frente às informações advindas dos pais e da avaliação dos comportamentos da criança em sessão, a terapeuta levantou a hipótese de que as relações familiares se transformaram substancialmente com o nascimento do irmão de Bia, tornando-se muito aversivas para ela. Quando Bia nasceu, foi bem “paparicada” e cuidada pela mãe, tia e avó. Quando seu irmão nasceu e, tempos depois, recebeu o diagnóstico de autismo, o

contexto se modificou de modo abrupto. A família (sobretudo a mãe) passou a fazer mais exigências à Bia, tentando torná-la uma aliada na lida com as complexidades da vida (e.g., pai/marido difícil e filho autista). Essas exigências geralmente eram realizadas na forma de punição de outros comportamentos que não o de colaborar na casa e nos cuidados com o irmão.

Na avaliação de Bertha, as exigências da mãe em relação à Bia ultrapassavam o nível apropriado para a idade da menina (como em atividades domésticas e responsabilidade com o irmão), o que foi aumentando ainda mais à medida que ela crescia. Essas exigências eram combinadas a limitações para brincar, isolamento emocional, falta de contato físico e de *reforçamento positivo*.

A hipótese da terapeuta foi de que, nesse processo, o comportamento mais grudento pode ter sido aos poucos modelado acidentalmente pelas próprias tentativas da criança de produzir a reaproximação dos pais. Porém, quanto mais ela procurava aproximação, mais produzia afastamento, a longo prazo. A figura da mãe se tornou aversiva para a filha e vice-versa. Paralelamente, Bia pode ter generalizado esses comportamentos para a relação com seu grupo de pares, especialmente as amigas da escola.

Conforme a avaliação de Bertha, a mãe da criança ocasionalmente comprava-lhe coisas mesmo sem ter dinheiro, atitude contingente somente às insistências, reclamações e choramingos da filha. Na cadeia de comportamentos dessa contingência, a mãe inicialmente criticava o pedido da filha, negava, brigava, mas terminava comprando. Assim, a própria mãe chegou a concluir que “dá tudo para a criança”, além do que deveria.

As consequências reforçadoras positivas para as insistências da filha eram em parte os objetos obtidos com os pedidos de compras e em outra parte a atenção obtida no processo (atenção esta que não era oferecida em outras situações). Com isso, a criança acabava criando expectativas e valores em descompasso com a realidade socioeconômica da família. Ela pedia coisas anunciadas em comerciais em vez de se divertir com aquilo que estivesse disponível. Sem outras crianças para se relacionar fora

da escola, Bia não aprendeu a brincar com seus pares, tornando sua vida ainda mais pobre de possibilidades para produzir reforço positivo.

3. Dificuldades encontradas ao longo do tratamento e como foram solucionadas

Os três núcleos de dificuldades encontradas pela terapeuta se referiam a: (1) não participação do pai no processo, limitando o alcance das intervenções da terapeuta; (2) limitações econômicas da família, em parte pela inabilidade do pai (provedor) em administrar o dinheiro; e (3) outros problemas da família (e.g., depressão da mãe, autismo do irmão, transferência de escola do irmão).

Durante o processo, a mãe de Bia desenvolveu um quadro de depressão, mas se inscreveu no atendimento gratuito de uma universidade da cidade e iniciou terapia, em outra abordagem. Quando o filho foi transferido de escola, eles perderam o direito ao passe de ônibus que utilizavam e a terapeuta passou a pagar as passagens para a sessão. Para não criar constrangimentos sobre esse e outros gastos que teve com a família, Bertha alegava que o dinheiro vinha do “caixa” da pesquisa.

A terapeuta também relatou contratempos pessoais com o tempo de férias, que teve de ser mais longo, e contratempos da família com faltas, por motivo de pequenas doenças e da troca de escola do irmão.

4. Intervenções com Bia

O principal objetivo de Bertha foi melhorar o relacionamento familiar, especialmente entre mãe e criança, até porque o pai e o irmão não compareciam às sessões. Uma das tentativas de intervenção da terapeuta foi colocar mãe e filha juntas na sessão, de modo a manejar a interação entre as duas. Contudo, essa opção levou a mais respostas coercitivas da mãe, que usava a sessão para brigar, fazer exigências e denunciar as *falhas* da filha. Por isso, a terapeuta abandonou essa estratégia e lidou com elas separadamente até que houvesse melhoras suficientes para utilizar outras opções.

A terapeuta utilizou atividades de fantasia para ensinar a criança a descrever melhor as contingências familiares e ter outros modos de interagir com a família. Paralelamente, com a mãe, buscou orientá-la no sentido de fazê-la se comportar de modo mais afetivo. Com Bia, as intervenções visavam a reduzir a frequência dos

comportamentos de brigas e confrontos, que levavam a respostas coercitivas da mãe. Grande parte dessas intervenções foi baseada em interações de fantasia com bonecos, representando família e amigas.

Quando a relação mãe-filha começou a melhorar, Bertha passou a direcionar suas intervenções para que a criança aceitasse melhor o irmão. Nesse sentido, também fez sessões fraternas para que eles brincassem juntos e emprestou brinquedos para ela levar para casa e brincar com o caçula. A terapeuta também conseguiu encaminhá-lo a um tratamento especializado para seu quadro de autismo.

Na sessão, Bertha investiu em ensinar Bia a brincar, emprestando também seus brinquedos para que ela levasse para casa, como estratégia de generalização do repertório aprendido. Ao lado disso, nas orientações à mãe, solicitava que esta brincasse um pouco com a filha. A filha relatou várias vezes que brincou com a mãe, o que pode ter contribuído para gradualmente reverter a aversividade das interações.

Ainda na tentativa de promover interações familiares amistosas, a terapeuta presenteou a criança com um “vale-pizzaria” para toda a família, no dia das crianças. A família demorou algumas semanas até utilizar o vale, mas relatou que aparentemente surtiu efeito.

5. Orientação aos pais de Bia

Na orientação à mãe, a terapeuta tentou fazer alguns contratos (i.e., regras mais explícitas), primeiramente em sessões conjuntas, mas também em sessões apenas com a mãe. Na avaliação de Bertha, essa estratégia não produziu resultados satisfatórios. Dessa forma, optou por deixar as sessões mais “livres” e instruir a mãe por meio de conversas, de modo menos estruturado.

6. Melhoras alcançadas com Bia

De acordo com os relatos da mãe e da filha, a primeira diminuiu as exigências sobre Bia em casa e passou a se preocupar com o lazer desta, o que resultou inclusive na matrícula de Bia em um coral de crianças. Os xingamentos, antes relatados tanto pelo pai quanto pela mãe, aparentemente cessaram da parte da mãe. Conforme os depoimentos finais de Bertha, a mãe passou a descrever os xingamentos como *absurdos*, embora o pai

ainda se comportasse dessa maneira. A terapeuta hipotetizou que os xingamentos da mãe ocorriam, em parte, para que ela se equiparasse ao pai, evitando que a filha a confrontasse.

Com a melhora no repertório de brincar, Bia conseguiu fazer amizade com uma criança da vizinhança, reduzindo seu isolamento e aumentando suas possibilidades de interação com pares. No trabalho de aceitação do irmão, a criança passou a descrevê-lo como alguém que “não tem culpa” do problema que tem.

II – Análise dos atendimentos a partir da categorização de sessões

A seguir, são apresentados os dados obtidos a partir da análise de oito sessões da Díade A (Alice e Alex) e seis sessões da Díade B (Bertha e Bia). As sessões estão numeradas segundo a ordem de ocorrência, mas nem todas são consecutivas.

Entre a terceira e a quarta sessão da Díade A, ocorreram quatro sessões cujas filmagens foram perdidas por problemas no equipamento. No período das sessões também ocorreram cinco faltas do cliente e dois feriados. Assim, entre a primeira e a oitava sessões analisadas, transcorreram quase cinco meses.

No caso da Díade B, entre a primeira e a sexta sessões, três sessões foram realizadas mas perdidas também por problemas com o equipamento, houve duas faltas da criança por motivo de doença, um mês de férias, um feriado e um cancelamento em semana de congresso de psicologia, transcorrendo ao todo 17 semanas.

Na análise das sessões filmadas e transcritas, foram excluídas as interações em que outras pessoas estavam presentes na sala de atendimento (e.g., pai, mãe ou irmão). Essas interações ocorreram, no caso da Díade A, ao final das Sessões 1, 3, 4, 5, 6 e 7 e, no caso da Díade B, somente no início da Sessão 5. As variações do número de unidades de análise por sessão decorrem, principalmente, do *quanto* da sessão foi dedicado às interações com outros membros da família. Também decorrem de atrasos dos clientes, reduzindo o tempo de permanência em sessão.

Tabela 4

Número de Unidades de Análise e de Palavras por Sessão para a Díade A e a Díade B

Sessões	Unidades de análise		No. de palavras/sessão	
	Terapeuta	Cliente	Terapeuta	Cliente
DÍADE A (Alice-Alex)				
1	385	250	2576	887
2	275	200	2541	862
3	344	208	3208	870
4	485	307	3365	903
5	489	349	2684	1059
6	514	314	2573	881
7	331	242	2040	1031
8	182	138	1017	486
Total	3005	2008	20004	6979
Média	375,6	251	2500,5	872,4
DÍADE B (Bertha-Bia)				
1	257	183	1604	1291
2	219	125	1750	1096
3	229	230	1507	2332
4	138	114	1133	641
5	50	42	497	199
6	244	208	1527	1567
Total	1137	902	8018	7126
Média	190	152,2	1336,3	1187,6
TOTAL A+B	4142	2910	28022	14105

Conforme a Tabela 4, foram analisadas 3005 unidades de análise contendo verbalizações da terapeuta Alice e 2008 de seu cliente, Alex. Os dados indicam que o número de unidades de análise foi maior para as terapeutas do que para os clientes. É possível que as falas das terapeutas contenham, mais frequentemente do que as dos clientes, duas ou mais funções - o que resulta em mais unidades de análise. O número médio de palavras da terapeuta Alice (2500,5) revelou-se significativamente maior do que o de seu cliente $F(1, 1800)=374.224$, $p=.000$, Alex (872,4), ao passo que a terapeuta Bertha (1336,3) e sua cliente, Bia (1187,6) obtiveram médias de números de palavras muito semelhantes mas, mesmo assim, com diferenças significantes $F(1, 861)=7.753$, $p=.005$.

Análise das interações terapeuta-cliente (SMCCIT)

A Figura 3, a seguir, apresenta a distribuição de frequência relativa de cada categoria de comportamento apresentada pelas terapeutas Alice e Bertha e a quantidade média de palavras em cada categoria do terapeuta. A Tabela H1 (Anexo H) mostra a frequência absoluta e relativa (porcentagem) de ocorrência dessas categorias.

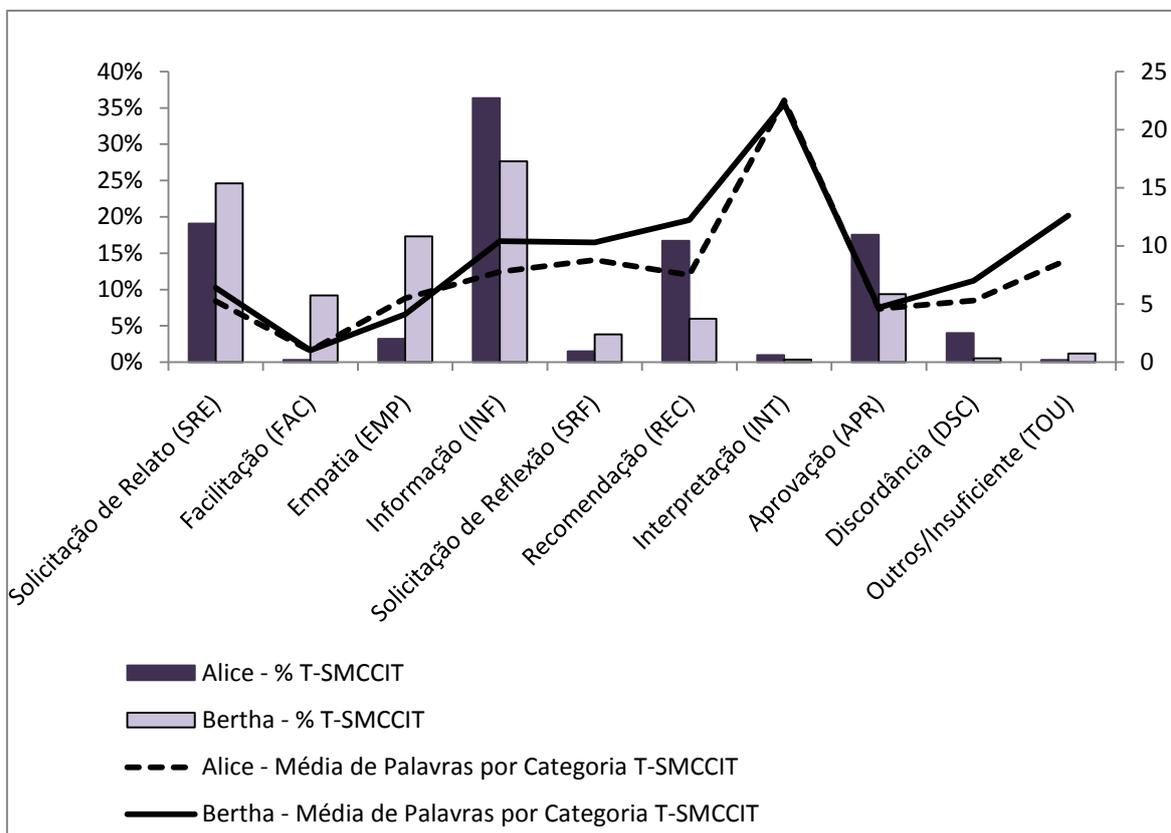


Figura 3. Frequência relativa (barras) e média de palavras das terapeutas (linhas), segundo o T-SMCCIT, para as terapeutas Alice e Bertha

Na Figura 3, verifica-se que as duas terapeutas apresentaram um padrão de média de palavras bastante similar ao longo das categorias e que diferiram na frequência relativa das categorias utilizadas ao longo do atendimento. Alice apresentou proporcionalmente maior frequência de Informação, seguida por proporções menores e praticamente equivalentes de Solicitação de Relato, Recomendação e Aprovação; Bertha apresentou, em maior proporção, Solicitação de Relato, Empatia e Informação. A diferença entre as terapeutas na distribuição das categorias é estatisticamente significativa perante o teste chi-quadrado ($\chi^2(9)=688.960$, $p=.000$). Uma análise mais detalhada dos padrões de Alice e Bertha, juntamente com hipóteses sobre a forma como combinaram diferentes categorias de interação, é apresentada ao longo dos resultados.

A semelhança do número médio de palavras das terapeutas por categoria (linhas) parece sugerir um padrão dado pela própria definição de cada categoria. Por exemplo, a definição de FACILITAÇÃO é dada, em parte, por um aspecto topográfico, segundo o qual esta categoria só engloba verbalizações mínimas, normalmente compostas de uma ou duas palavras. SOLICITAÇÃO DE RELATO (média de 10 palavras por unidade para as duas terapeutas) é composta, muitas vezes, por perguntas para a obtenção de relato do cliente e, desse modo, dificilmente engloba frases muito extensas, especialmente com crianças. Já em INTERPRETAÇÃO, terapeutas provavelmente precisariam falar mais para comunicar ao cliente suas hipóteses sobre os comportamentos interpretados e, nessa categoria, as terapeutas obtiveram média de mais de 20 palavras por unidade de análise. Houve também outras categorias cuja média de palavras foi semelhante entre terapeutas, mas a porcentagem foi bastante diferente (e.g., EMPATIA e APROVAÇÃO).

A comparação entre os dados obtidos por meio da porcentagem de unidades de categorias do terapeuta e os obtidos por meio da média de palavras por categoria indica que algumas categorias ocorrem em porcentagem bastante baixa, mas contemplam uma média de palavras maior (e.g., INTERPRETAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO). Isso demonstra a importância de combinar as duas unidades de medida (porcentagem e média de palavras) para melhor estimar o papel de cada categoria. Em suma, é possível que a média de palavras obedeça a um padrão definido pelas características da categoria, e a porcentagem indique melhor *quanto* cada terapeuta utilizou uma ou outra estratégia em suas intervenções.

Os dados mostram que as duas terapeutas apresentaram maior proporção de comportamentos categorizados como INFORMAÇÃO (Alice=36,4%; Bertha= 27,7%), bem como para a categoria SOLICITAÇÃO DE RELATO (Alice = 19,1% e Bertha = 24,5%), sendo a segunda categoria mais frequente para ambas as terapeutas.

Além de solicitar relatos e informar, Alice também fazia RECOMENDAÇÃO (REC=16,7%) a Alex, apresentava APROVAÇÃO (APR=17,5) de seu comportamento em sessão ou de seu relato de comportamento ou mostrava DISCORDÂNCIA do mesmo (DSC=4%). Essas cinco categorias foram bastante frequentes, diferindo significativamente do padrão identificado para a terapeuta Bertha. Em conjunto, elas se combinam

formando sequências que parecem indicar a modelagem de comportamentos ou de relatos, sendo esta uma estratégia de intervenção utilizada em diferentes momentos pela terapeuta Alice. Um exemplo pode ser encontrado no Anexo I1 (item 8). Embora em menor frequência, outras categorias também tiveram papel importante no manejo de comportamentos, como a SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO (SRF=1,5%), combinada às demais categorias mais frequentes (Anexo I1 , item 9).

Com relação aos resultados encontrados com as categorias do terapeuta para o atendimento de Bia, as maiores frequências relativas foram em INFORMAÇÃO (INF=27,7%), SOLICITAÇÃO DE RELATO (SRE=27,5%) e EMPATIA (EMP=17,4%). A combinação dessas categorias foi utilizada em diversas estratégias (conforme adiante analisadas), levando Bia a relatar eventos gerais e, especificamente, eventos aversivos relacionados à sua queixa de problemas de relacionamentos na família. Parte desses relatos ocorreu na forma de atividades de fantasia, em que a categoria INFORMAÇÃO correspondeu às falas de Bertha ao interpretar um personagem. Alguns exemplos combinando estas categorias e outras menos frequentes podem ser encontrados no Anexo I1, itens 10 e 11.

Nos exemplos em anexo, foram descritas interações que focalizavam comportamentos dentro da sessão e outras com foco em comportamentos fora da sessão, ou seja, mais baseadas no relato de comportamentos. Em virtude dessa variação no foco, as unidades de análise foram classificadas de acordo com sua frequência no foco dentro ou fora da sessão e o resultado encontrado é apresentado, na Figura 4, a seguir.

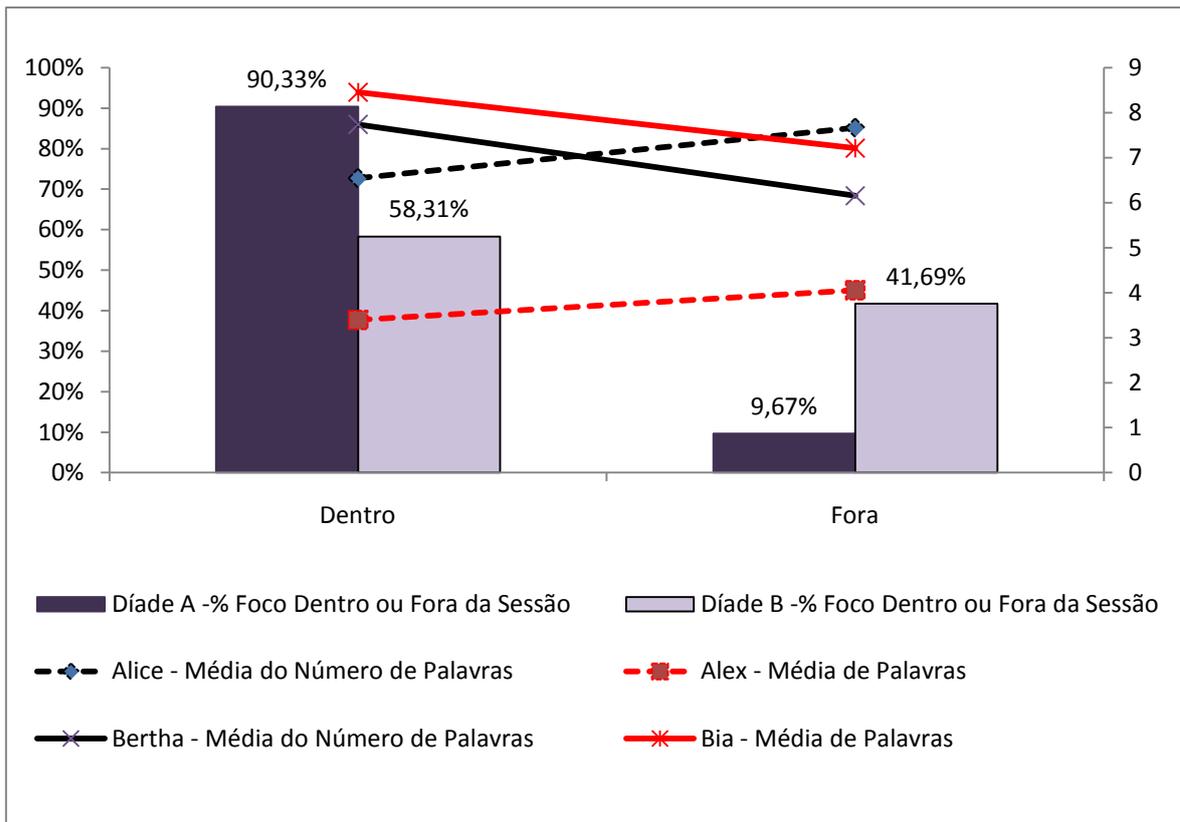


Figura 4. Frequência relativa (barras) e média de palavras dos terapeutas e clientes (linhas) com foco dentro e fora da sessão, para a Díade A e a Díade B

De acordo com a Figura 4, o foco dentro da sessão foi maior na interação da Díade A (90%) do que na da Díade B (57%), valores significativamente diferentes com Wilks' Λ $F(2, 2659)=1488.268$ $p=.000$. É interessante notar que, em ambos os casos, a proporção de interações com foco fora da sessão é menor do que as interações com foco dentro. É possível que essa seja uma característica predominante em terapia infantil e, assim, esse dado pode ser uma das principais diferenças entre a terapia infantil e a terapia com adultos. É possível também que, quanto mais nova e/ou com menor repertório verbal for a criança, mais o terapeuta maneje os comportamentos da criança na própria sessão (i.e., dentro), em detrimento do relato sobre os mesmos (i.e., fora). Em testes univariados dentro da MANOVA, não foi detectado efeito da variável Dentro ou Fora da sessão sobre a média de palavras das terapeutas $F(1, 2660)=.003$, $p=.955$, ao contrário do que aconteceu para média de palavras do cliente $F(1, 2660)=25.994$, $p=.955$.

A Figura 5, a seguir, apresenta as frequências relativas (porcentagens) e a quantidade média de palavras das Categorias do Cliente, para as crianças Alex e Bia.

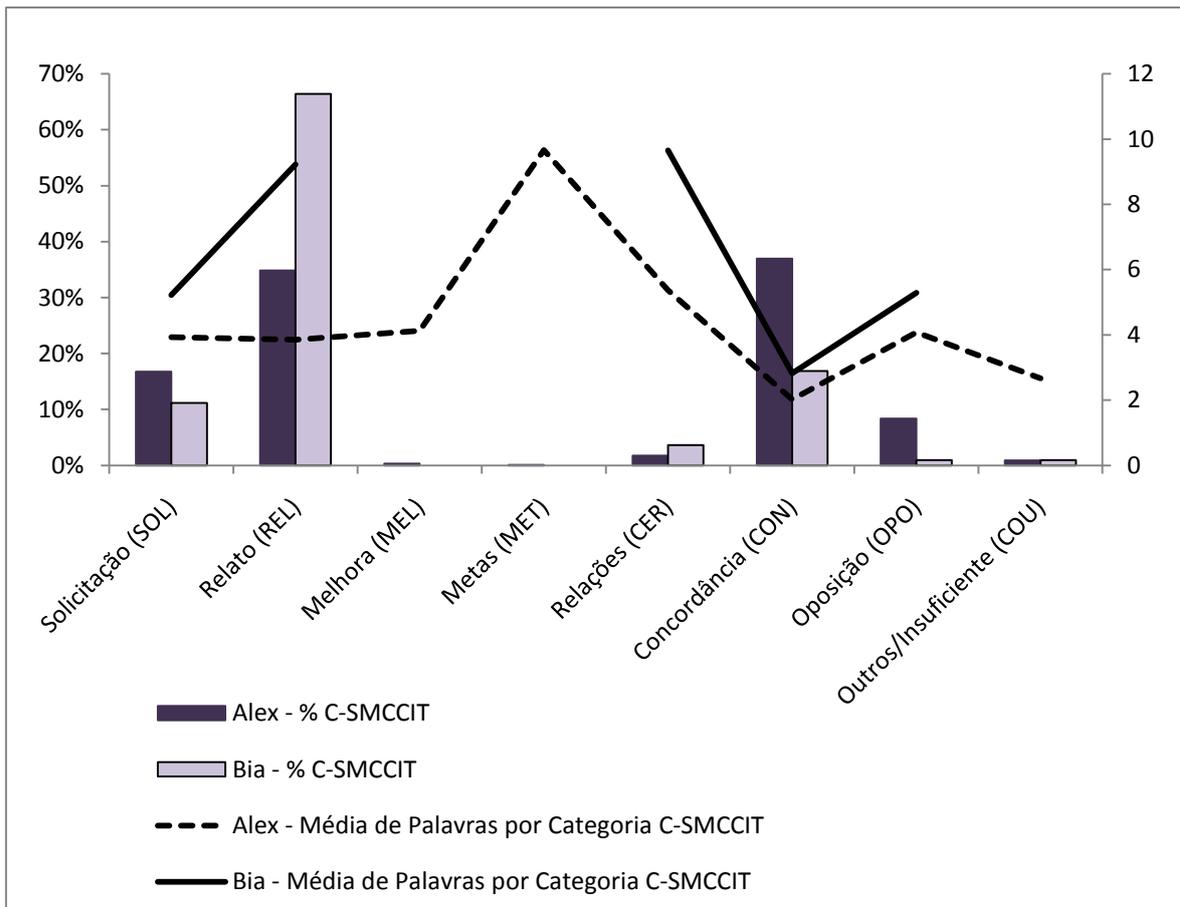


Figura 5. Frequência relativa (barras) e média de palavras dos clientes (linhas), de acordo com o C-SMCCIT, para as crianças Alex e Bia

Com relação à média do número de palavras por unidade de análise, a maior diferença entre as crianças foi sobre a categoria RELATO, com média de quatro palavras para Alex e de nove palavras para Bia. A diferença entre as médias pode ser atribuída a duas variáveis, não excludentes entre si. A primeira é que as diferenças no repertório verbal de cada criança se refletiram especialmente sobre o número de palavras em relatos. Conforme a avaliação das terapeutas, obtida pelas entrevistas filmadas, Alex tinha grandes dificuldades para relatar eventos e ensinar esse repertório era um dos objetivos de Alice, enquanto a terapeuta Bertha relatou que Bia possuía excelente repertório verbal. Em parte, essas diferenças de repertórios também podem ser atribuídas às idades das crianças, pois Bia era dois anos mais velha que Alex. A outra variável responsável pela diferença entre as médias pode ser o tipo de atividade escolhido pela terapeuta para utilização em sessão. Alice estruturou a maioria das sessões para que Alex treinasse leitura e escrita em uma grande parte do tempo. Nesses períodos, os relatos de Alex eram curtos, relacionados à leitura de sílabas e palavras.

Uma categoria com média de palavras bastante reduzida foi a CONCORDÂNCIA (2 para Alex; 2,8 para Bia), o que pode indicar uma peculiaridade de um tipo de concordância muito comum na terapia infantil, relativa à criança seguir, na sessão, a recomendação do terapeuta. As categorias com maior média de palavras foram METAS (9,67 para Alex) e CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES (9,66 para Bia). Dados quantitativos mais detalhados de frequência absoluta e relativa dessas categorias podem ser encontrados na Tabela H2 do Anexo H.

Os dados da Figura 5 (e da Tabela H2 do Anexo H) são indicativos de diferenças entre os padrões de comportamentos dos clientes Alex e Bia. Essas diferenças mantiveram-se significantes perante testes estatísticos, $\chi^2(7)=339.774$, $p=.000$ (há a ressalva, porém, que a categoria Metas apresenta uma frequência abaixo do limite de confiança desse teste). As informações sobre os motivos de encaminhamento das crianças, com queixas de comportamento opositor, TDAH e dificuldades de aprendizagem sugerem que Alex pode ter demandado interações mais baseadas nas atividades realizadas na própria sessão, em que a terapeuta Alice poderia modelar os comportamentos de CONCORDÂNCIA e OPOSIÇÃO (mais frequentes do que para Bia). Já no caso de Bia, com queixa inicial de ciúme do irmão, pode ter demandado interações em que a terapeuta Bertha solicitava relatos sobre interações familiares, seja em conversas ou em interações de fantasia. Por fim, outra hipótese consistiria em diferenças nos padrões das terapeutas, contribuindo para as diferenças entre os clientes.

A categoria CONCORDÂNCIA foi a mais frequente para Alex (37%), seguida de RELATO (34,8%), SOLICITAÇÃO (16,7%) e OPOSIÇÃO (8,4%). A soma dessas categorias corresponde a 96,9% de todas as unidades de análise do cliente, indicando que essas categorias representam quase a totalidade das falas e ações da criança e que as demais categorias foram pouco representativas de seus comportamentos.

A análise do conteúdo dessas interações mostra que essa é uma distribuição que parece caracterizar os padrões de respostas da criança quando submetida a intervenções diretas sobre seu comportamento. Os dados apresentados na Figura 4 indicando que 90% das falas e ações tinham foco dentro da sessão, somados às informações relatadas pela terapeuta Alice nas entrevistas, corroboram esta conclusão. Além disso, no atendimento a Alex, a OPOSIÇÃO era um dos comportamentos-queixa, coincidindo em grande parte com

a própria categoria. Ao mesmo tempo concordar com a terapeuta seria em parte o comportamento que se pretendia aumentar em frequência. Alguns trechos de sessão, contendo as categorias do cliente mais frequentes para Alex, podem ser vistos no Anexo I2, itens 1 e 2.

No caso do atendimento de Bia, a categoria RELATO correspondeu a mais da metade (66,5%) de todas as categorias do sistema, havendo também CONCORDÂNCIA (16,9%) e SOLICITAÇÃO (11,2%). As três categorias totalizaram 94,6% de todas as falas e ações da criança. Uma parte das intervenções de Bertha ocorreu quando ela manejava o relato de Bia para obter informações sobre seu cotidiano (foco fora da sessão). Em outros momentos, com foco na sessão, os relatos eram emitidos durante interações de fantasia, quando a terapeuta não apenas coletava mais informações, mas também levava a criança a estabelecer relações (3,5%) e a alterar suas descrições sobre seus relacionamentos. Por fim, uma parte dos relatos de Bia eram descrições pertinentes às brincadeiras em curso. Alguns exemplos são elencados no Anexo I2, itens 3, 4 e 5.

Outros estudos com diferentes populações de clientes poderão indicar se as categorias do cliente, do sistema de Zamignani e Meyer (2007), poderiam ser aperfeiçoadas de modo a tornar algumas categorias menos abrangentes e outras mais representativas. Existe também a hipótese de que essa distribuição seja mais peculiar à categorização em terapia infantil e, portanto, indicando que as categorias do cliente precisariam ser aprimoradas para melhor se classificar as ações das crianças. Outra opção, de modo a não alterar o SMCCIT, é a de elaborar outro(s) sistema(s) mais específico(s) à interação com crianças, como o Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas (SECAT), cujos resultados serão apresentados mais adiante.

Até aqui, foram apresentadas as distribuições de porcentagens de categorias e média de palavras por categorias, para terapeuta e cliente, separadamente, bem como as distribuições de foco dentro ou fora de sessão. As figuras a seguir apresentam as principais porcentagens de sequências terapeuta-cliente. No primeiro caso, se analisa os comportamentos das terapeutas funcionavam como estímulos antecedentes; no segundo, de que maneira eles (os comportamentos) funcionavam como conseqüências.

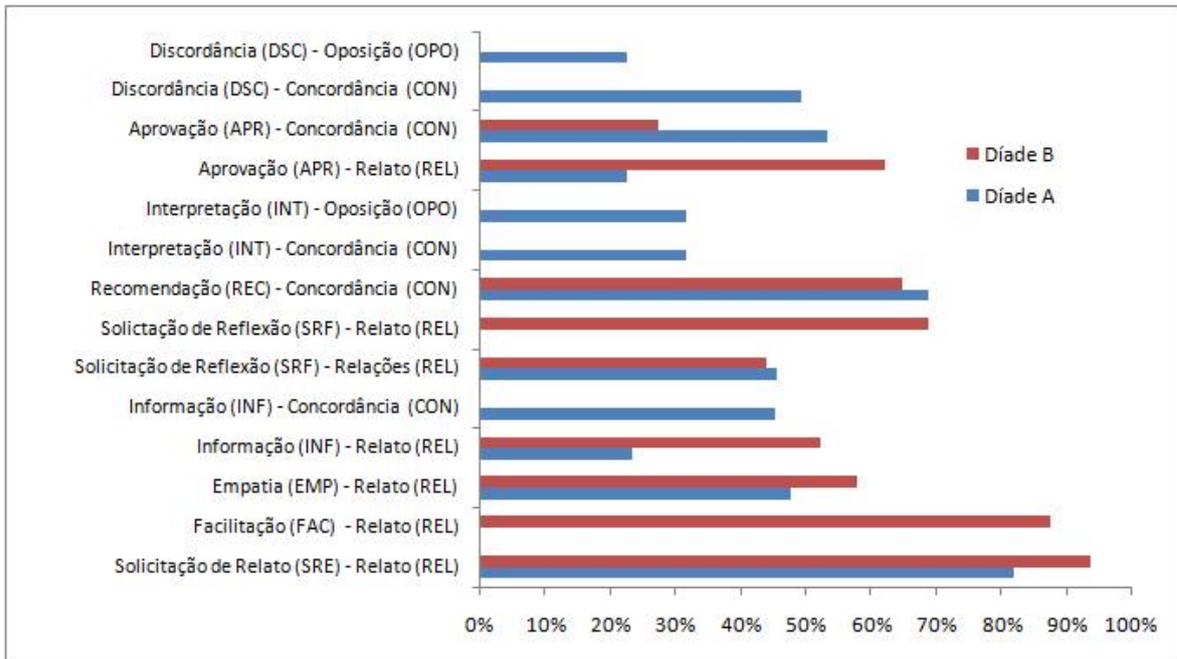


Figura 6. Frequência relativa das categorias do cliente que sucederam categorias do terapeuta (T-C), no SMCCIT, para a Díade A e a Díade B

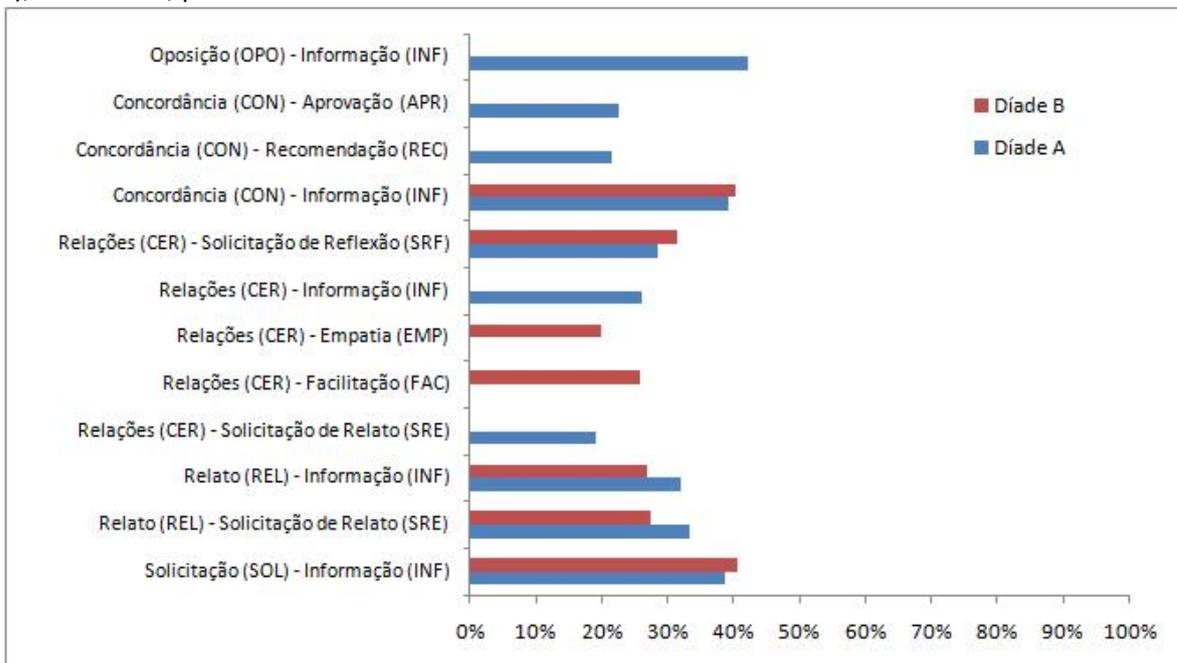


Figura 7. Frequência relativa das categorias do terapeuta que sucederam categorias do cliente (C-T), no SMCCIT, para a Díade A e a Díade B

A principal diferença entre as figuras é que as sequências terapeuta-cliente são muito mais consistentes quando os comportamentos das terapeutas funcionam como antecedentes do que como consequentes. As associações C-T tiveram índices abaixo de 50%, ao passo que as associações T-C tiveram vários índices ultrapassando os 50% e chegando até mais de 80%.

Algumas categorias do terapeuta possuíam, por sua definição, maior probabilidade de funcionarem como *estímulos discriminativos* para respostas específicas do cliente, ao passo que outras categorias teriam maior papel como consequências para respostas do cliente. Em outras palavras, a partir da funcionalidade das estratégias, deduz-se que, para algumas categorias, seria mais importante uma análise T-C; para outras, uma análise C-T. As categorias SOLICITAÇÃO DE RELATO, SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO e RECOMENDAÇÃO têm, em sua definição, a proposta de produzirem uma resposta específica do cliente, funcionando como estímulo discriminativo. Essas três categorias apresentaram-se mais consistentemente seguidas pelas de RELATO, CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES e CONCORDÂNCIA, respectivamente. No caso C-T, a única que se definiu como antecedente é SOLICITAÇÃO, seguida consistentemente por INFORMAÇÃO fornecida pelo terapeuta, associação C-T significativa.

Na descrição das categorias do sistema, as principais categorias do terapeuta que seriam definidas como consequências para respostas do cliente seriam APROVAÇÃO e DISCORDÂNCIA, mas a única associação C-T consistente foi entre CONCORDÂNCIA de C e APROVAÇÃO de T, e isso ocorreu somente para a Díade A. É provável que a alta proporção de respostas das crianças categorizadas como RELATO, aliada a categorias com porcentagem zero ou próximo a zero, tenha dificultado a obtenção de resultados mais consistentes.

Ainda assim, nota-se uma diferença entre as díades que merece ser destacada. As categorias relacionadas a ações do cliente tiveram maior número de ocorrências para a Díade A, enquanto as categorias relacionadas a falas do cliente tiveram maior número de ocorrências para a Díade B. Assim, parte das associações estabelecidas entre Alice e Alex ocorria em termos de obedecer e desobedecer, ao passo que as relações de Bertha e Bia eram mais compostas por conversar e refletir.

Análise dos comportamentos clinicamente relevantes dos clientes (FAPRS)

Dentre as verbalizações das crianças, foram realizadas ainda categorizações de acordo com a FAPRS. Em ambos os atendimentos, mais da metade das ações e verbalizações das crianças foram classificadas como OUTROS no sistema da FAPRS, ou seja, comportamentos não classificáveis no sistema porque não se caracterizavam como clinicamente relevantes segundo os critérios definidos pelos autores.

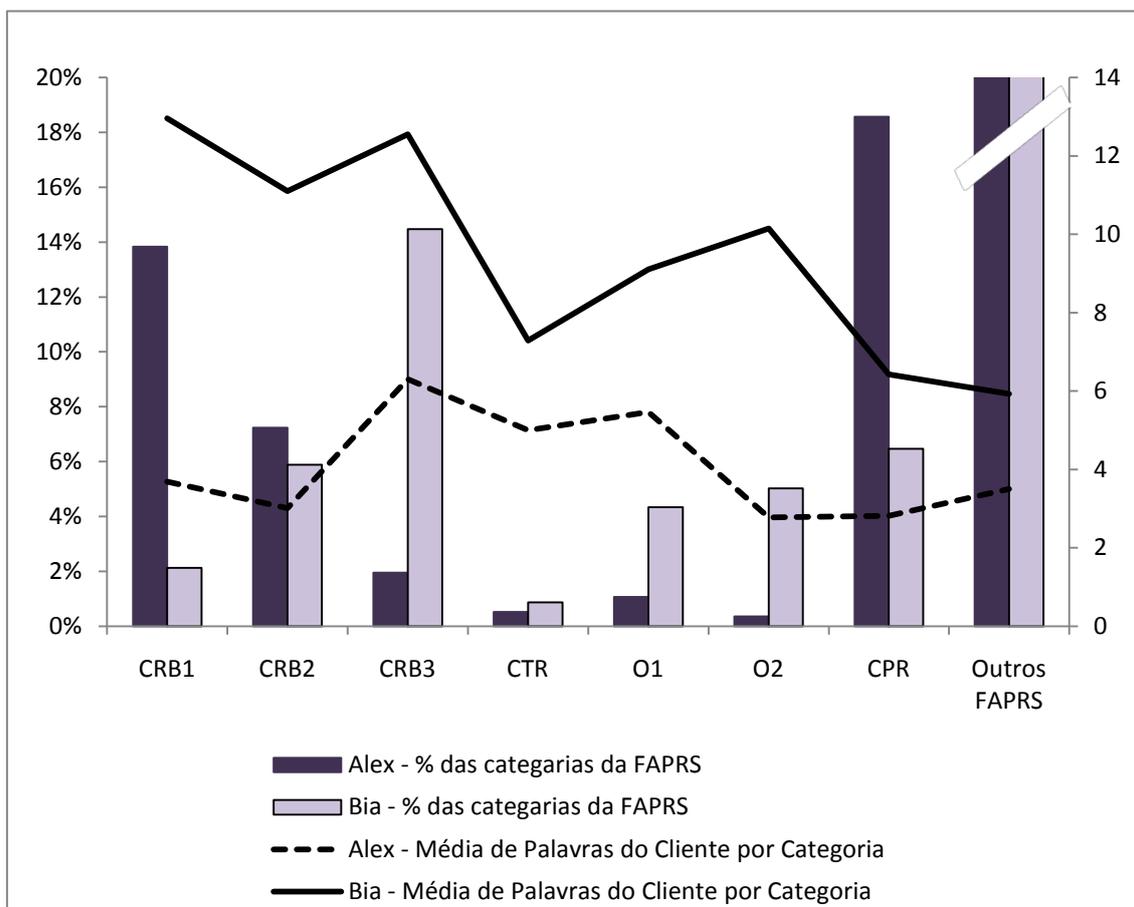


Figura 8. Frequência relativa (barras) e média de palavras (linha) em cada categoria da FAPRS, de acordo com a FAPRS, para as crianças Alex e Bia

De acordo com o a Figura 8, os dados contemplaram todas as categorias da FAPRS, um indicador de que ela é válida na categorização dos comportamentos em terapia analítico-comportamental com crianças. Nota-se também uma grande diferença entre os padrões das crianças, tanto em termos de porcentagem quanto de média de palavras. Essa diferença é mais acentuada até mesmo na análise da média de palavras, talvez demonstrando o quanto as categorias desse sistema são baseadas em uma função do comportamento do cliente que precisa ser definida caso a caso.

O número médio de palavras emitidas por Alex variou entre três e sete. Foram maiores para CRB3, CTR e O1 e menores para CRB1 e CRB2, em grande parte relacionados a desobedecer e distrair-se *versus* obedecer e aprender a ler e escrever, o que demandava pouca verbalização. No Anexo H, Tabela H3, apresenta-se em maior detalhe a frequência absoluta e relativa de cada categoria da FAPRS para as crianças Alex e Bia. Nela se vê que a porcentagem de unidades de análise, categorizadas em algumas das sete categorias da FAPRS, foi bastante semelhante, em torno de metade da quantidade total de unidades de cada criança (47,54% para Alex e 39,19% para Bia). As categorias CRB1, CRB2 e CPR foram as mais frequentes para Alex e a categoria CRB3 foi a mais frequente para Bia, seguida de CRB2, O1 e O2. Em uma distribuição com diferenças significativas, onde $\chi^2(7)=510.983$, $p=.000$, as categorias COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1 (CRB1), COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2 (CRB2), CLIENTE FOCO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA (CTR) e PROGRESSO POSITIVO DO CLIENTE (CPR), somadas, totalizaram 35,15% de todas as unidades de análise – o que confirma o papel das interações da Díade A com foco na sessão na produção de comportamentos relevantes.

A análise desses dados, somada às informações obtidas com as entrevistas dadas por Alice, leva à compreensão de algumas variáveis do processo terapêutico. Primeiramente, Alex emitia muitos CRB1 na própria interação com a terapeuta, que aproveitava tais ocorrências para manejá-los em sessão. Além disso, a criança tinha mais dificuldades para manter interações em que deveria relatar eventos sobre seu dia a dia, levando a terapeuta a adotar outras estratégias de intervenção e esclarecendo a baixa frequência relativa das categorias O1 e O2, se comparada às frequências no caso de Bia. No caso de Alex, somente 1,31% das unidades de análise corresponderam a verbalizações sobre problemas (O1) e 0,45% sobre melhoras (O2) fora da sessão.

A ocorrência de CRB2 de Alex foi de 8,24%, cerca de metade da porcentagem de CRB1. Contudo, muitos comportamentos de engajamento do cliente no processo (categorizados como CPR, com 15,67%) já faziam parte de um processo de melhora, pelo fato de ele ter se engajado em tarefas (sobretudo leitura e escrita, mas também desenho) em vez de opor-se ou distrair-se. Exemplos ilustrativos de ocorrências de CRB1, CRB2, CRB3, CTR, O1, O2 e CPR (destacados em *itálico*) de Alex são apresentados no Anexo I3 (itens 1 a 4).

Quanto às sessões de Bia, as médias de número de palavras para seus CRB1 e CRB2 foram de 13,2 e 12, respectivamente e, juntamente com os CRB3, se constituíram nas médias mais elevadas dentre todas as categorias. A criança emitiu mais palavras quando suas falas consistiam em CRB's e tais diferenças podem estar associadas ao maior repertório verbal de Bia, comparada a Alex, fazendo com que suas médias fossem superiores em todas as categorias.

A queixa de Alex (i.e., comportamento opositor, TDAH e agressividade) ocorria em diversos ambientes (e.g., família e escola), o que pode ter favorecido a generalização para a sessão. Já a queixa de Bia (i.e., ciúmes e brigas com o irmão) estava mais circunscrita à família e, portanto, menos provável de ocorrer na relação com a terapeuta. Entretanto, a terapeuta Bertha pôde levar a criança a emitir CRB1 e CRB2 principalmente nas interações de fantasia, quando manejava bonecos que representavam sua família. Nota-se, também, maior ocorrência de O1 (7,42%) e CRB3 (6,11%), em que a criança relatava os problemas do cotidiano e fazia análises/interpretações sobre os mesmos, respectivamente. Isso se dava quando a terapeuta solicitava explicitamente que a criança falasse sobre esses temas após apresentá-los na interação de fantasia com os bonecos. Exemplos ilustrativos de ocorrências de CRB1, CRB2, CRB3, CTR, O1, O2 ou CPR de Bia são apresentados no Anexo I3 (itens 5 a 10).

Análise das estratégias para conversas e atividades terapêuticas (SECAT)

As ocorrências de comportamentos clinicamente relevantes (segundo a FAPRS) variaram também em função das conversas e atividades realizadas em sessão. A Figura 9 a seguir, apresenta a distribuição de frequência relativa das categorias e média de palavras segundo o Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas (SECAT), para a Díade A e a Díade B.

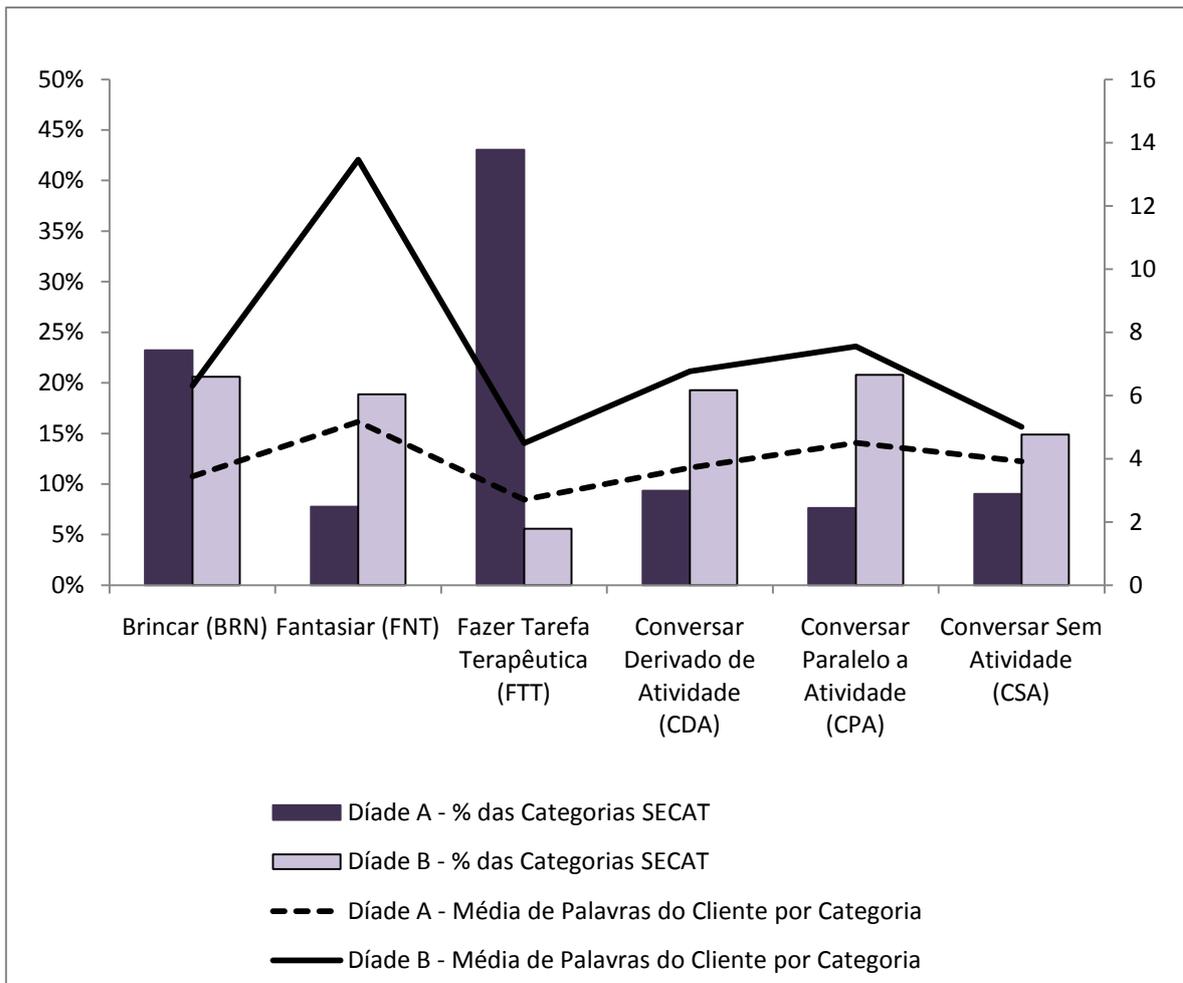


Figura 9. Frequência relativa (barras) e média de palavras dos clientes por categoria (linhas), de acordo com o SECAT, para a Díade A e a Díade B

A Figura 9 indica diferenças acentuadas na distribuição das falas e ações da Díade A e da Díade B entre as categorias do SECAT e na média de palavras por categoria. As diferenças são significativas ($\chi^2(5)=713.218$ $p=.000$). A comparação entre as médias de palavras das crianças demonstra, novamente, a superioridade das médias de Bia em relação a Alex, mas também sugere uma distribuição sintônica das médias ao longo das categorias, talvez indicando um padrão esperado para cada categoria. FANTASIAR, por exemplo, obteve maior média para as duas crianças (5,5 para Alex; 13,8 para Bia), sendo uma atividade que demandaria muitas verbalizações. A categoria FAZER TAREFA TERAPÊUTICA, ao contrário, obteve menor média (2,8 para Alex; 4,7 para Bia), sendo uma atividade que muitas vezes envolve somente a execução de ações, sem falas ou com falas mais curtas. No Anexo H, Tabela H4, são apresentados dados mais detalhados de frequências absoluta e relativa de cada categoria de conversas e atividades.

Pode-se observar que BRINCAR (BRN) e FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT) foram as estratégias mais utilizadas pela terapeuta Alice para realizar atividades em sessão com Alex (23,21% e 43,03%, respectivamente). As interações baseadas em atividades (BRN, FNT e FTT) compuseram 74% das unidades de análise totais da Díade A. A estratégia de FAZER TAREFA TERAPÊUTICA com Alex ocupou grande parte das interações, quando Alice fazia recomendações para que a criança fizesse atividades de leitura e escrita em sessão e, simultaneamente, descrevia as ações de Alex ao formar sílabas e palavras. Um padrão semelhante sobre a média de palavras também ocorreu para as verbalizações de Alex categorizadas como BRINCAR (BRN, média 4), pois os jogos escolhidos pela criança envolviam uma interação rápida, muitas vezes sem falas, como no jogo Sessenta Segundos. Mesmo ao CONVERSAR SEM ATIVIDADE (CSA), a criança respondia ou perguntava com frases curtas, demonstrando sua dificuldade em emitir um comportamento verbal mais elaborado (i.e., formar frases mais compridas, relatar por mais tempo).

Esse padrão diferiu significativamente das estratégias da terapeuta Bertha, que utilizou sobretudo o BRINCAR (20,62%) e o FANTASIAR (18,87%) como atividades, mas usualmente conversava com Bia a partir dos temas das atividades (CDA=19,29%) ou paralelamente a elas (CPA=28,78%). Ao contrário da Díade A, as interações baseadas em conversas (CDA, CPA e CSA) compuseram 54,95% do total, indicando que as estratégias de Bertha se distribuíram de maneira a equilibrar a proporção entre atividades e conversas. A única estratégia pouco utilizada por Bertha foi FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (5,57%), presente somente em uma atividade de imaginação dirigida. O uso de estratégias de fantasia por Bertha pode estar relacionado a um bom repertório da criança para o fantasiar (i.e., a criança se engajava e falava bastante, reforçando o comportamento da terapeuta de seguir utilizando esta estratégia, ao produzir bons resultados). Bia também se engajou mais em conversas derivadas ou paralelas às atividades em cursos. Na análise qualitativa desses episódios, observou-se que usualmente ocorriam *conversas derivadas de fantasias* e *conversas paralelas a brincadeiras*, o que indica as complementaridades dessas intervenções.

Apesar das diferenças entre as estratégias das duas terapeutas, é importante destacar que a realização de atividades em sessão ocupou grande parte das sessões de ambas, servindo também de auxílio para que elas conversassem com as crianças sobre os

assuntos mais diversos, muitos deles relacionados às suas queixas. Assim, as interações baseadas em conversas sem atividades, que tipicamente se assemelhavam àquelas em terapias com adultos, corresponderam à minoria nos dois atendimentos (9,03 para a Díade A; 14,88 para a Díade B). Isso indica também a importância do tipo de análise gerada a partir da categorização de conversas e atividades com o uso do SECAT, para a compreensão do processo terapêutico com crianças. Um conjunto de episódios apresentados no Anexo I4 ilustram as diferentes estratégias do SECAT utilizadas pelas díades Alice-Alex e Bertha-Bia (itens 1 a 10). Foram escolhidos trechos de sessão de modo a demonstrar os diferentes usos que Alice pôde fazer de cada estratégia de conversa ou de atividade, relacionados à queixa de Alex e exemplos de estratégias de Bertha que favoreciam o manejo de comportamentos de Bia.

As variações entre as categorias do SECAT demonstram quais foram as estratégias mais utilizadas pelas terapeutas, como elas combinavam entre si e quais os efeitos sobre os comportamentos das crianças em sessão. A Tabela 5, a seguir, apresenta as associações entre as categorias de conversas e atividades do SECAT e as categorias da FAPRS, indicando como as estratégias e a produção de comportamentos clinicamente relevantes interagem entre si.

Tabela 5

Associações entre o SECAT e a FAPRS para as crianças Alex e Bia

Conversas e Atividades		FAPRS							Total	
		CRB1	CRB2	CRB3	CTR	O1	O2	CPR		Outros
RESULTADOS DE DÍADE ALICE-ALEX										
BRINCAR (BRN)	N	43	10	5	2	0	0	9	529	598
	%	7,2	1,7	0,8	0,3	0,00	0	1,5	88,5	100
FANTASIAR (FNT)	N	16	5	12	0	1	0	63	104	201
	%	7,9	2,49	5,9	0	0,5	0	31,3	51,7	100
FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT)	N	175	143	6	0	1	2	347	381	1055
	%	16,6	13,5	0,6	0	0,1	0,2	32,9	36,1	100
CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE (CDA)	N	31	13	13	1	14	1	41	124	238
	%	13	5,5	5,5	0,4	5,9	0,42	17,2	52,1	100
CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE (CPA)	N	53	1	9	3	8	0	5	118	197
	%	26,9	0,5	4,6	1,5	4,1	0	2,5	59,9	100
CONVERSAR SEM ATIVIDADE (CSA)	N	29	10	4	7	3	6	2	163	224
	%	12,9	4,5	1,8	3,1	1,3	2,7	0,9	72,8	100
Total	N	347	182	49	13	27	9	467	1419	2513
	%	13,8	7,2	1,9	0,5	1,1	0,4	18,6	56,5	100
RESULTADOS DE DÍADE BERTHA-BIA										
BRINCAR (BRN)	N	2	9	3		6	6	0	190	216
	%	0,93	4,17	1,39	0,00	2,78	2,78	0,00	87,96	100
FANTASIAR (FNT)	N	5	22	28	1	5	12	17	118	208
	%	2,40	10,58	13,46	0,48	2,40	5,77	8,17	56,73	100
FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT)	N		9		1		2	5	38	55
	%	0	16,36	0,00	1,82	0,00	3,64	9,09	69,09	100
CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE (CDA)	N	3	7	48	3	3	3	41	86	194
	%	1,55	3,61	24,74	1,55	1,55	1,55	21,13	44,33	100
CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE (CPA)	N	3	2	67	3	24	28	3	92	222
	%	1,35	0,90	30,18	1,35	10,81	12,61	1,35	41,44	100
CONVERSAR SEM ATIVIDADE (CSA)	N	9	12	4	1	7	1	1	106	141
	%	6,38	8,51	2,84	0,71	4,96	0,71	0,71	75,18	100
Total	N	22	61	150	9	45	52	67	630	1036
	%	2,12	5,89	14,48	0,87	4,34	5,02	6,47	60,81	100

NOTA. CRB1 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1; CRB2 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2; CRB3 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 3; CTR = CLIENTE FOCA NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA; O1 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1 FORA DA SESSÃO; O2 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2 FORA DA SESSÃO; CPR = PROGRESSO POSITIVO DO CLIENTE.

Conforme a Tabela 5, FAZER TAREFA TERAPÊUTICA foi a estratégia mais frequente (1055 ocorrências) e que mais produziu comportamentos clinicamente relevantes de Alex (63,89% no total). Esta estratégia correspondeu basicamente às interações para ensino de leitura e escrita. CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADES foi uma estratégia em grande parte iniciada pela própria criança, quando desviava o foco da atividade para outros assuntos,

em parte com função de esquiva, o que explica o alto índice de CRB1 para esta estratégia (26,9%).

No caso da Díade B, as estratégias que mais produziram comportamentos clinicamente relevantes foram em CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE OU CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE, com 55,67% e 58,56%, respectivamente. Estas estratégias foram as que mais produziram análises (CRB3) de Bia. Porém, as estratégias mais frequentes foram o BRINCAR (190 ocorrências) e o FANTASIAR (118 ocorrências), atividades que Bertha utilizava como base para as conversas. Nota-se também que o Brincar foi uma estratégia muito utilizada pelas duas terapeutas, mas, foi a que menos produziu comportamentos clinicamente relevantes, uma vez que mais de 85% das unidades foram categorizadas como OUTROS, uma categoria residual.

A associação entre SECAT e FARPS revelou-se significativa em $\chi^2(35)=1332.472$, $p=.000$. As associações de cada categoria do SECAT com a FARPS, para cada díade, também foram analisadas do Qui-quadrado de Pearson e todas obtiveram o índice de significância de $p<0,05$.

É possível compreender que parte das escolhas das estratégias das terapeutas pode ter sido modelada pelas próprias reações das crianças a cada uma delas. As crianças, por sua vez, interagiam de maneiras diferentes em função de algumas variáveis pessoais, como o repertório de cada uma para brincar, fantasiar ou relatar bem como o que era mais reforçador para cada uma.

Acima de tudo, as associações significantes da Tabela 5 demonstram que as escolhas das estratégias de intervenção parecem coerentes com os objetivos das terapeutas para cada cliente, de acordo com os motivos de encaminhamento de cada uma das crianças e a análise funcional das terapeutas sobre esses motivos. Dessa forma, até mesmo atividades e conversas que podiam ter componentes aversivos para as crianças eram estruturadas pelas terapeutas para que ocorressem em maior frequência, se faziam parte dos seus objetivos (e.g., ler e escrever para Alex; falar sobre problemas familiares para Bia).

Análise dos objetivos terapêuticos e sua relação com estratégias, comportamentos clinicamente relevantes e interações terapeuta-cliente

Até o momento, foram apresentados os resultados obtidos de análises moleculares, a partir de dois sistemas de categorização (SMCCIT e FAPRS) e de análises molares e a partir de um sistema de estratégias baseadas em conversas e atividades terapêuticas (SECAT). Todos os resultados apresentados indicaram que o padrão de distribuição das unidades de análise em cada sistema, somado às associações entre sistemas, é coerente com os objetivos das terapeutas em cada atendimento. A partir de agora, serão apresentados os resultados obtidos com o Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos (SICOT) e sua associação com os outros eixos de análise já descritos. A Figura 10, a seguir, apresenta a frequência relativa das categorias do SICOT para a Díade A e a Díade B e a média de palavras de Alex e Bia para cada categoria.

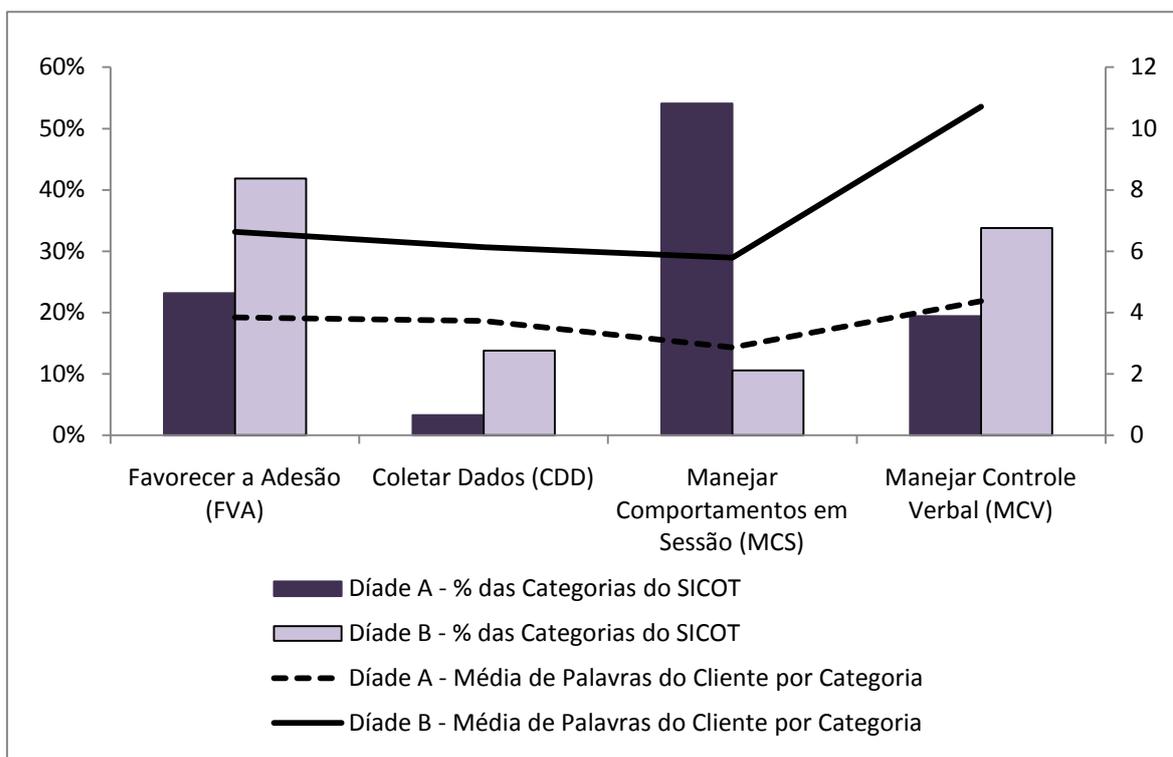


Figura 10. Frequência relativa (barras) e média de palavras dos clientes por categoria (linhas) de acordo com o SICOT, para a Díade A e a Díade B

Conforme a Figura 10, as frequências relativas indicam que os objetivos das terapeutas diferiram bastante entre si, mas a média de palavras das crianças variou de maneira sintônica (com média constantemente maior para Bia). Ao intervir com o objetivo de MANEJAR CONTROLE VERBAL, as terapeutas evocavam verbalizações com maior

número de palavras para Alex e especialmente para Bia. No Anexo H, a Tabela H5 apresenta dados detalhados a frequência absoluta e relativa de cada categoria do SICOT para as terapeutas Alice e Bertha.

Os dados, sob significância onde $p=.000$ ($\chi^2(3)=738.041$), mostram que a principal diferença entre os objetivos de cada terapeuta foi quanto a duas categorias de intervenções: Alice pretendia principalmente MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (54,11%), ao passo que Bertha pretendia MANEJAR CONTROLE VERBAL (33,80%). As duas terapeutas também tiveram frequências relativas elevadas para a categoria FAVORECER A ADESÃO (FVA, 23,18% para Alice; 41,86% para Bertha). As altas porcentagens para esta categoria, que engloba somente falas e ações das terapeutas que produzem respostas da criança não relacionadas às queixas, sugerem a importância desse objetivo no atendimento a crianças. A seguir, será apresentada uma caracterização de cada categoria de objetivos, relacionada a todos os eixos de análise moleculares já discutidos. Para cada categoria, será apresentado um exemplo de interações da Díade A e/ou da Díade B, representativo dos principais resultados encontrados. Outros exemplos podem ser encontrados no Anexo I5.

1. FAVORECER A ADESÃO (FVA) (Alice=23,18%; Bertha=41,86%)

A Tabela 6, a seguir, apresenta a distribuição da frequência absoluta (N) e relativa (%) das categorias dos demais sistemas utilizados, para os episódios da Díade A e da Díade B categorizadas como FAVORECER A ADESÃO (FVA) do SICOT.

Tabela 6

FAVORECER A ADESAO (FVA): Frequência Absoluta e Relativa de Categorias para SECAT, FAPRS T-SMCCIT, C-SMCCIT e Foco Dentro ou Fora da Sessão, para a Díade A e a Díade B

Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas (SECAT)								
Díade		BRN	FNT	FTT	CDA	CPA	CSA	Total
A	N	378	19	104	42	96	111	750
	%	50,40	2,53	13,87	5,60	12,80	14,80	100
B	N	179	117	32	34	23	118	503
	%	35,59	23,26	6,36	6,76	4,57	23,46	100

Nota. BRN = BRINCAR; FNT = FANTASIAR; FTT = FAZER TAREFA TERAPÊUTICA; CDA = CONVERSAR DECORRENTE DE ATIVIDADE; CPA = CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE; CSA = CONVERSAR SEM ATIVIDADE.

Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS)										
Díade		CRB1	CRB2	CRB3	CTR	O1	O2	CPR	Outros	Total
A	N	65	5		4	1		4	533	612
	%	10,62	0,82	0,00	0,65	0,16	0,00	0,65	87,09	100
B	N	6	17	16	5	13	11	1	363	432
	%	1,39	3,94	3,70	1,16	3,01	2,55	0,23	84,03	100

Nota. CRB1 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1; CRB2 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE2; CRB3 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE3; CTR = FOCO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA; O1 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1 FORA DA SESSÃO; O2 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2 FORA DA SESSÃO; CPR = PROGRESSO POSITIVO EM SESSÃO.

Categorias do terapeuta - Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (T-SMCCIT)

T		SRE	FAC	EMP	INF	SRF	REC	INT	APR	DSC	TOU	Total
Alice	N	127	1	44	317	1	75	1	109	16	6	697
	%	18,22	0,14	6,31	45,48	0,14	10,76	0,14%	15,64	2,30	0,86	100
Bertha	N	66	24	52	206		33		72	1	9	463
	%	14,25	5,18	11,23	44,49	0,00	7,13	0,00	15,55	0,22	1,94	100

Nota. SRE = SOLICITAÇÃO DE RELATO; FAC = FACILITAÇÃO; EMP = EMPATIA; INF = INFORMAÇÃO; SRF = SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO; REC = RECOMENDAÇÃO; INT = INTERPRETAÇÃO; APR = APROVAÇÃO; DSC = DISCORDÂNCIA; TOU = OUTROS/INSUFICIENTE TERAPEUTA.

Categorias do cliente - Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (C-SMCCIT)

C		SOL	REL	MEL	MET	CER	CON	OPO	COU	Total
Alex	N	153	211				179	62	7	612
	%	25,00	34,48	0,00	0,00	0,00	29,25	10,13	1,14	100
Bia	N	72	237				79	5	7	400
	%	18,00	59,25	0,00	0,00	0,00	19,75	1,25	1,75	100

Nota. SOL = SOLICITAÇÃO; REL = RELATO; MEL = MELHORA; MET = META; CER = RELAÇÕES; CON = CONCORDÂNCIA; OPO = OPOSIÇÃO; COU = OUTRAS/INSUFICIENTE CLIENTE.

Foco dentro ou fora da sessão

Díade		Dentro	Fora	Total
A	N	702	47	749
	%	93,7	6,3%	100
B	N	450	54	504
	%	89,3	10,8	100

Conforme se pode observar na Tabela 6, ao buscar atingir o objetivo de FAVORECER A ADESÃO, as terapeutas Alice e Bertha utilizaram estratégias semelhantes e as proporções de seus comportamentos predominantes e dos comportamentos de seus clientes também foram bastante parecidas, ainda que Bertha tenha investido quase o dobro das interações neste objetivo (FVA), se comparada a Alice (Alice = 23,18%; Bertha = 41,86%). A estratégia de BRINCAR com as crianças foi a mais utilizada para favorecer a adesão (BRN: Alice = 50,40%; Bertha = 35,59%), embora Bertha também tenha recorrido a FANTASIAR (23,26%) e CONVERSAR SEM ATIVIDADE (23,46%), demonstrando o papel dessas estratégias para o objetivo de favorecer a adesão das crianças à terapia.

A categorização com o sistema da FAPRS revelou que a maioria dos comportamentos das crianças não se enquadrava em nenhuma das categorias, sendo alocados em OUTROS, uma categoria residual (Alice = 87,09%; Bertha = 84,03%). Ainda assim, houve 10,62% de ocorrências de CRB1 de Alex, especialmente os comportamentos de distração e dispersão, um problema bastante generalizado. A proporção de falas e ações das crianças categorizadas como OUTROS, durante interações para fortalecer a adesão, mostra que uma parcela significativa das sessões foi utilizada pelas terapeutas sem que os problemas da criança fossem manejados. Ainda assim, este objetivo parece importante ao dar suporte para que todos os outros sejam alcançados, tornando a interação mais natural e talvez menos aversiva. A combinação dos resultados do SECAT e FAPRS mostra que uma das principais funções da brincadeira (com ou sem fantasia) é a de promover a adesão da criança à terapia. Nesses momentos, o terapeuta procura manejar interações mais “neutras” em termos de comportamentos clinicamente relevantes relacionados à queixa ou à melhora e efetua intervenção sobre eles.

Ao favorecer a adesão, o principal comportamento das terapeutas foi a INFORMAÇÃO (Alice = 45,48%; Bertha = 44,49%), seguido de APROVAÇÃO (Alice = 15,64%; Bertha = 15,55%) e SOLICITAÇÃO DE RELATO (Alice = 18,22%; Bertha = 14,25%). Os comportamentos mais frequentes dos clientes foram o RELATO (Alex = 34,48%; Bia = 59,25%), seguido de CONCORDÂNCIA (Alex = 29,25%; Bia = 19,75%) e SOLICITAÇÃO (Alex = 25%; Bia = 18%). Assim, as terapeutas favorecem a adesão não apenas quando estão aprovando as ações e falas das crianças. A aprovação faz parte de uma sequência de interações e a promoção de adesão não se limita a este comportamento, como será

exemplificado mais adiante. A grande maioria desses comportamentos foi emitida com foco dentro da sessão (Alice=93,7%; Bertha=89,3%), indicando não apenas que as atividades tinham foco na sessão (o que já era esperado), mas também que grande parte das conversas tinha como objetivo favorecer a adesão. Alguns tipos de interações para FAVORECER A ADESÃO encontrados foram:

(1) Terapeuta e criança descrevem ou perguntam sobre o que estão fazendo enquanto brincam. Algumas sequências pertencentes a estes episódios incluem: INFORMAÇÃO ou APROVAÇÃO → CONCORDÂNCIA; SOLICITAÇÃO DE RELATO → CONCORDÂNCIA ou RELATO; SOLICITAÇÃO → CONCORDÂNCIA.

(2) Terapeuta e/ou criança fazerem papel de narrador ou de personagem em brincadeiras de fantasia interagindo, principalmente por meio de bonecos e desenhos. Algumas sequências de interação encontradas são: INFORMAÇÃO → RELATO, SOLICITAÇÃO DE RELATO → SOLICITAÇÃO.

(3) Terapeutas aprovam ações, falas ou características das crianças (em atividades ou conversas), não relacionadas à sua melhora ou ao seu progresso – o que pode ser um dado importante relacionado ao conceito de aceitação. Na maioria das vezes, a aprovação não é um evento isolado, mas faz parte de uma sequência de interações. Em grande parte das aprovações, as crianças concordam com a avaliação positiva da terapeuta (sequências incluindo APROVAÇÃO → CONCORDÂNCIA).

(4) Terapeutas conversam com as crianças (sem brincar ou durante brincadeiras), demonstrando interesse por seus assuntos, não necessariamente relacionados aos seus problemas e ao seu desempenho para solucioná-los. Estas interações são formadas em grande parte por sequências incluindo SOLICITAÇÃO DE RELATO ou INFORMAÇÃO → RELATO; APROVAÇÃO → CONCORDÂNCIA.

(5) Terapeutas respondem a perguntas e dúvidas das crianças, não relacionadas à queixa, muitas vezes fazendo autorrevelações. As sequências incluem SOLICITAÇÃO → INFORMAÇÃO.

(6) Permitir a esquiva do cliente geralmente inicia-se com OPOSIÇÃO do cliente e, a depender de sua topografia, seguem-se determinados comportamentos das terapeutas.

Por exemplo, OPOSIÇÃO com topografia de pergunta antecede Informação; OPOSIÇÃO com topografia de relato antecede Solicitação de Relato.

Os exemplos a seguir (referentes aos itens 4 e 6, respectivamente), ilustram a categorização de todos os sistemas em dois episódios de FAVORECER A ADESÃO. Outros exemplos para os demais itens encontram-se no Anexo I5.

- ✓ Exemplo Díade B. Bertha se interessa pela data de aniversário de Bia e sugere comemorarem juntas.

FAVORECER A ADESÃO (FVA): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Você tem quantos anos?	FVA	CSA		SRE	
C. Bem, vou fazer nove esse ano.			Outros		REL
T. É, então, você vai fazer nove no meu mês. Setembro?	FVA	CSA		EMP	
C. Não.			Outros		REL
T. Não? Quando?	FVA	CSA		SRE	
C. Deixa eu ver. É setembro mesmo.			Outros		REL
T. Setembro! É, eu também vou fazer.	FVA	CSA		INF	
C. Dia seis.			Outros		REL
T. Hum... E o meu é dia dez. A gente pode comemorar aqui. Tá bom?	FVA	CSA		INF	
T. Você canta parabéns pra mim e eu canto pra você.	FVA	CSA		EMP	

- ✓ Exemplo Díade A. Enquanto terminavam uma tarefa de leitura e escrita, Alice discutia com Alex sobre os direitos de cada um de decidir ou não emprestar suas próprias coisas. A criança aparentemente se esquivava do assunto fazendo perguntas sobre brinquedos. Alice permite a esquivas e inicia-se um episódio de brincadeira, categorizado como FVA.

FAVORECER A ADESÃO (FVA): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Se [a coleguinha] não quiser emprestar a gente tem que respeitar. Não adianta brigar, não é?	MCV			REC	
C. É.		CPA	Outros		CON
C. Que que isso daqui faz?	FVA	BRN	CRB1		SOL
T. Isso é uma nave. Você pode por bonequinhos aí dentro, abrindo a porta, abrindo a portinha.	FVA			INF	

C. Ai. Como é que fecha?		BRN	SOL	SOL
T. Descubre como é que fecha. Vamos ver se você descobre.	FVA	BRN		REC

1. COLETAR DADOS (CDD) (Alice = 21,83%; Bertha = 44,55%)

A Tabela 7, a seguir, apresenta a distribuição da frequência absoluta (N) e relativa (%) das categorias dos demais sistemas utilizados, para os episódios de Alice e Bertha categorizadas como Coletar Dados do SICOT.

Tabela 7

COLETAR DADOS (CDD): Frequência Absoluta e Relativa de Categorias para SECAT, FAPRS, T-SMCCIT, C-SMCCIT e Foco Dentro ou Fora da Sessão, para a Díade A e a Díade B

Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas (SECAT)								
Díade		BRN	FNT	FTT	CDA	CPA	CSA	Total
A	N	2	0	6	41	11	46	106
	%	1,89	0,00	5,66	38,68	10,38	43,4	100
B	N	0	8	6	51	68	33	166
	%	0,00	4,82	3,61	30,7	41	19,9	100

Nota. BRN = BRINCAR; FNT = FANTASIAR; FTT = FAZER TAREFA TERAPÊUTICA; CDA = CONVERSAR DECORRENTE DE ATIVIDADE; CPA = CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE; CSA = CONVERSAR SEM ATIVIDADE.

Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS)										
C		CRB1	CRB2	CRB3	CTR	O1	O2	CPR	Outros	Total
Alex	N	5	0	1	0	14	6	2	60	88
	%	5,68	0,00	1,14	0,00	15,91	6,82	2,27	68,18	100
Bia	N	0	8	17	0	13	19	8	77	142
	%	0,00	5,63	11,97	0,00	9,15	13,38	5,63	54,23	100

Nota. CRB1 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1; CRB2 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE2; CRB3 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE3; CTR = FOCO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA; O1 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1 FORA DA SESSÃO; O2 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2 FORA DA SESSÃO; CPR = PROGRESSO POSITIVO EM SESSÃO.

Categorias do terapeuta - Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SMCCIT)

T		SRE	FAC	EMP	INF	SRF	REC	INT	APR	DSC	OUT	Total
Alice	N	70	1	7	12	2	5	0	8	0	0	105
	%	66,6	0,95	6,67	11,4	1,90	4,76	0,00	7,62	0,00	0,00	100
Bertha	N	73	21	52	5	7	1	0	4	0	0	163
	%	44,8	12,9	31,9	3,07	4,29	0,61	0,00	2,45	0,00	0,00	100

Nota. SRE = SOLICITAÇÃO DE RELATO; FAC = FACILITAÇÃO; EMP = EMPATIA; INF = INFORMAÇÃO; SRF = SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO; REC = RECOMENDAÇÃO; INT = INTERPRETAÇÃO; APR = APROVAÇÃO; DSC = DISCORDÂNCIA; TOU = OUTROS/INSUFICIENTE TERAPEUTA.

Categorias do cliente - Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SMCCIT)

C		SOL	REL	MEL	MET	CER	CON	OPO	COU	Total
Alex	N	4	74	0	0	4	5	2	0	89
	%	4,49	83,15	0,00	0,00	4,49	5,62	2,25	0,00	100
Bia	N	5	127	0	0	1	7	0	0	140
	%	3,57	90,71	0,00	0,00	0,71	5,00	0,00	0,00	100

Nota. SOL = SOLICITAÇÃO; REL = RELATO; MEL = MELHORA; MET = META; CER = RELAÇÕES; CON = CONCORDÂNCIA; OPO = OPOSIÇÃO; COU = OUTRAS/INSUFICIENTE CLIENTE.

Foco dentro ou fora da sessão

Díade		Dentro	Fora	Total
A	N	30	76	106
	%	28,3	71,7	100
B	N	16	150	166
	%	9,6	90,4	100

De acordo com a Tabela 7, as categorias definidas pelo uso da conversa como estratégia de intervenção (SECOT) foram as mais utilizadas para o objetivo de coletar dados, com diferenças e semelhanças entre as terapeutas. Alice utilizou principalmente a estratégia de CONVERSAR SEM ATIVIDADE (43,4%) e Bertha a de CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE (41%), mas a segunda estratégia mais adotada por ambas foi a de CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE (Alice = 38,68%; Bertha = 30,7%). A soma das porcentagens das três categorias (CDA, CPA e CSA) mostra que, ao coletar dados, Alice utilizou conversas em 92,6% das unidades de análise e Bertha em 91,6%.

Esses episódios de interação produziram verbalizações sobre problemas (O1: Alex = 15,91%; Bia = 9,15%) e melhoras (O2: Alex = 6,62% ; Bia = 13,38%) das crianças, além de análises no caso de Bia (CRB3 = 11,97%). Ainda assim, a categoria OUTROS, residual, obteve porcentagens maiores que 50% do total (Alex = 68,18%; Bia = 54,23%). As porcentagens das demais categorias da FAPRS foram baixas, entre 0% e 7%. A interação entre os sistemas SECAT e FAPRS indica que o objetivo de coletar dados foi realizado sobretudo por meio de conversas, com ou sem auxílio de atividades, em que as terapeutas obtinham informações sobre os problemas e melhoras das crianças.

Quanto às terapeutas, a SOLICITAÇÃO DE RELATO (SRE) foi o comportamento mais frequente em episódios de coleta de dados (Alice = 66,67%; Bertha = 44,79%), mas Bertha emitiu significativamente mais verbalizações de EMPATIA (Alice = 6,67%; Bertha = 31,90%), em reação aos relatos da criança. É possível que Bertha estivesse se relacionando com a criança de forma mais empática ao coletar dados devido ao teor de sofrimento no conteúdo relatado. Por exemplo, ao Bia contar que seu pai não gosta que cheguem perto dele, ou que sua mãe briga com ela caso ela não faça tarefas domésticas, ou ainda que não tem os brinquedos que gostaria e que seu irmão recebe mais carinho do que ela. Os comportamentos das crianças foram categorizados como RELATO (Alex = 83,15%; Bia = 90,4%) e o foco das interações foi, na grande maioria das vezes, fora da sessão (Alex = 71,7%; Bia = 90,4%) - o que é oposto à distribuição entre foco dentro e fora do total das unidades de análise. Esses resultados são consistentes com a definição da categoria COLETAR DADOS, mas é interessante notar que uma proporção considerável das conversas se apoiou em atividades em sessão (CDA e CPA). Alguns tipos de interações para COLETAR

DADOS são descritos abaixo. Em seguida, é apresentado um exemplo com categorização completa de todos os sistemas.

(1) Nas sessões iniciais, as terapeutas solicitam às crianças que descrevam aspectos do seu dia a dia e relacionamentos, bem como esclareçam aquilo que gostariam que fosse diferente.

(2) Terapeuta pergunta sobre acontecimentos do dia a dia da criança desde a última sessão, o que faz com que ela obtenha dados do cotidiano ao longo do atendimento. Com isso ela pode, por exemplo, verificar se suas intervenções estão produzindo algum tipo de resultado fora do ambiente terapêutico.

(3) Criança fala, espontaneamente (i.e., sem que a terapeuta pergunte), sobre informações do seu dia-a-dia.

O exemplo a seguir (referentes ao item 2), ilustra a categorização simultânea de todos os sistemas em um episódio de FAVORECER A ADESÃO. Outros exemplos para os demais itens encontram-se no Anexo I5.

- ✓ Exemplo Díade A. Alice consegue ensinar Alex a escrever seu nome e, durante a tarefa, verifica se ele emite esse comportamento no contexto escolar.

COLETAR DADOS (CDD): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Você já ta escrevendo o teu nome na escola?	CDD	CDA		SRE	
C. Inteiro?			Outros		REL
T. É.	CDD	CDA		SRE	
C. Não.			O1		REL
T. E só o primeiro você escreve?	CDD	CDA		SRE	
C. Escrevo [a primeira sílaba].			O1		REL
T. Mas você já sabe, não sabe?	CDD	CDA		SRE	
C. Não. Não decorei ainda.			O1		REL

3. MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS) (Alice=54,1%; Bertha=10,55%)

A Tabela 8, a seguir, apresenta a distribuição da frequência absoluta (N) e relativa (%) das categorias dos demais sistemas utilizados, para os episódios da Díade A e da Díade B categorizadas como MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO do SICOT.

Tabela 8

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS): Frequência Absoluta e Relativa de Categorias para SECAT, FAPRS, T-SMCCIT, C-SMCCIT e Foco Dentro ou Fora da Sessão, para a Díade A e a Díade B

Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas (SECAT)								
Díade		BRN	FNT	FTT	CDA	CPA	CSA	Total
A	N	314	16	1179	94	51	97	1751
	%	17,9	0,91	67,3	5,37	2,91	5,54	100
B	N	63	24	16		3	21	127
	%	49,6	18,9	12,6	0,00	2,36	16,5	100

Nota. BRN = BRINCAR; FNT = FANTASIA; FTT = FAZER TAREFA TERAPÊUTICA; CDA = CONVERSAR DECORRENTE DE ATIVIDADE; CPA = CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE; CSA = CONVERSAR SEM ATIVIDADE.

Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS)										
C		CRB1	CRB2	CRB3	CTR	O1	O2	CPR	Outros	Total
Alex	N	200	159	0	8	1	0	386	556	1310
	%	15,2	12,1	0,00	0,61	0,08	0,00	29,47	42,44	100
Bia	N	7	19	0	0	0	0	3	73	102
	%	6,9	18,6	0,00	0,00	0,00	0,00	2,94	71,57	100

Nota. CRB1 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1; CRB2 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE2; CRB3 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE3; CTR = FOCO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA; O1 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1 FORA DA SESSÃO; O2 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2 FORA DA SESSÃO; CPR = PROGRESSO POSITIVO EM SESSÃO.

Categorias do terapeuta - Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SMCCIT)

T		SRE	FAC	EMP	INF	SRF	REC	INT	APR	DSC	TOU	Total
Alice	N	203	1	27	608	6	383	3	357	92	2	1682
	%	12,07	0,06	1,61	36,15	0,36	22,77	0,18	21,22	5,47	0,12	100
Bertha	N	25	2	13	39		24		18	1	2	124
	%	20,16	1,61	10,48	31,45	0,00	19,35	0,00	14,52	0,81	1,61	100

Nota. SRE = SOLICITAÇÃO DE RELATO; FAC = FACILITAÇÃO; EMP = EMPATIA; INF = INFORMAÇÃO; SRF = SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO; REC = RECOMENDAÇÃO; INT = INTERPRETAÇÃO; APR = APROVAÇÃO; DSC = DISCORDÂNCIA; TOU = OUTROS/INSUFICIENTE TERAPEUTA.

Categorias do cliente - Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SMCCIT)

C		SOL	REL	MEL	MET	CER	CON	OPO	Outras	COU
Alex	N	205	315	5	1	4	678	103	8	1319
	%	15,54	23,9	0,38	0,08	0,30	51,4	7,81	0,61	100
Bia	N	15	58	0	0	0	22	1	0	96
	%	15,63	60,4	0,00	0,00	0,00	22,92	1,04	0,00	100

Nota. SOL = SOLICITAÇÃO; REL = RELATO; MEL = MELHORA; MET = META; CER = RELAÇÕES; CON = CONCORDÂNCIA; OPO = OPOSIÇÃO; COU = OUTRAS/INSUFICIENTE CLIENTE.

Foco dentro ou fora da sessão

Díade		Dentro	Fora	Total
A	N	1734	17	1751
	%	99,03	0,97	100
B	N	124	3	127
	%	97,64	2,36	100

É interessante notar a grande diferença entre as terapeutas quanto à frequência absoluta e relativa de unidades categorizadas como MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS). Enquanto MCS foi composta de 1734 unidades (54,1%) para a Díade Alice-Alex, este número caiu para 124 (10,55%) no caso da Díade Bertha-Bia. Em outras palavras, a análise da composição desta categoria deve levar em consideração que este foi o objetivo de intervenção mais frequente de Alice e o menos frequente de Bertha. Essa diferença vai ao encontro das queixas de cada criança - as quais, por sua vez, determinaram (em grande parte) objetivos distintos de cada terapeuta.

Ainda assim, houve muitas semelhanças entre as terapeutas quanto às estratégias adotadas e os comportamentos das díades. Conforme a Tabela 8, as terapeutas buscaram alcançar o objetivo de manejar comportamentos das crianças em sessão principalmente por meio do BRINCAR (Alice = 17,9%; Bertha = 49,6%) e de FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (Alice = 67,3%; Bertha = 12,6%), sendo que FTT foi mais utilizada por Alice e BRN, mais por Bertha. Quase todas as falas e ações tinham foco dentro da sessão (Alice = 99,03%; Bertha = 97,64%) - o que é coerente com a definição da categoria MCS. Desse modo, mesmo quando as estratégias se baseavam em conversas e não em atividades, o tema estava relacionado ao que estava acontecendo na sessão, na interação com as terapeutas. As proporções de CRB1 e CRB2 durante o manejo de comportamentos em sessão foram maiores do que todas as outras categorias de objetivos terapêuticos. Esses padrões coincidem com as análises de contingências relatadas pelas terapeutas nas entrevistas, a respeito dos problemas de cada criança e de como elas poderiam intervir sobre eles.

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO foi o único objetivo, no caso de Bertha, que mais produziu comportamentos clinicamente relevante (categorias da FAPRS), totalizando mais da metade das ocorrências (57,56%), principalmente CRB1 (15,2%), CRB2 (12,1%) e CPR (29,47%), relacionados ao manejo da distração de Alex e ao treino de ler e escrever, principalmente em tarefas terapêuticas (FTT). Durante as entrevistas, Alice relatou que este era seu principal objetivo com Alex no período filmado. A categoria FTT, definida em parte por ser uma atividade estruturada e diretiva, parece uma maneira efetiva de manejar contingências em sessão para o ensino de comportamentos com baixa probabilidade de ocorrência, como ler e escrever no caso de uma criança com déficit de atenção e história de punição na escola. No caso dos comportamentos de distração, foi

detectado que nem sempre Alice tentava impedi-los, o que talvez justifique a baixa porcentagem de DISCORDÂNCIA (5,47%). A análise qualitativa indica que Alice não reforçava a oposição/distração e transformava a função da resposta em outra, de comportamento exploratório e seguimento de recomendações subsequentes.

Já o manejo de comportamentos em sessão por meio do BRINCAR (BRN), no caso de Bertha, ocorreu somente 63 vezes, relacionado a criar situações em que Bia precisaria dar opiniões e fazer pedidos assertivos durante a brincadeira, então classificados como CRB2 (18,6%). Este não era o objetivo central da terapeuta, que fez sessões mais baseadas em manejo de controle verbal, como será apresentado adiante.

O manejo de comportamentos em sessão foi composto por categorias de comportamentos em proporções semelhantes entre as terapeutas e diferentes entre os clientes. A principal categoria foi a INFORMAÇÃO (Alice = 36,15%; Bertha = 31,45%), quando as terapeutas descreviam comportamentos em sessão. Alice descrevia suas anotações e os movimentos de Alex ao escrever as letras, enquanto ele se mantinha engajado (CON: 51,4%). Bertha descrevia o manuseio dos objetos da brincadeira de casinha, e Bia também (REL = 60,4%). Outros comportamentos incluíram SOLICITAR RELATO (Alice = 12,07%; Bertha = 20,16%), RECOMENDAÇÃO (Alice = 22,77%; Bertha = 19,35%) e APROVAÇÃO (Alice = 21,22%; Bertha = 14,52%). Algumas interações encontradas para MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO foram:

- (1) Terapeuta aproveita situações da brincadeira para ensinar novos repertórios para a criança;
- (2) Terapeuta maneja antecedentes e consequências para aumentar a probabilidade de um comportamento alvo da criança em sessão;
- (3) Terapeuta impede ou interrompe um comportamento da criança, ou rejeita uma solicitação que poderia modificar o planejamento para aquela sessão;
- (4) Terapeuta maneja um comportamento queixa da criança mudando a função desse comportamento.

O exemplo a seguir (referente ao item 4), ilustra a categorização simultânea de todos os sistemas em um episódio de MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO. Outros exemplos, referentes aos demais itens, encontram-se no Anexo I5.

- ✓ Exemplo Díade A. Alex começa a se distrair (ou se opor à tarefa) ao brincar com uma folha de papel, passando-a sob a tampa de vidro da mesa. As ações iniciais, categorizadas como OPOSIÇÃO e como CRB1, passaram a ser categorizadas como CONCORDÂNCIA, quando ele passou a seguir o desafio proposto pela terapeuta (i.e., ser capaz de tirar a folha).

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
C. Só que não pode soltar [a folha], né?	MCS	FTT	CRB1		SOL
T. É, se não a gente tem que tirar com a régua. Ai a gente... se soltar a gente pode tirar com a régua, né? Que ia dar.	MCS	FTT		INF	
C. Soltei [a folha embaixo do tampo de vidro]!					OPO
T. É. [Sorri.]	MCS	FTT	CRB1	APR	
T. Mas aí você soltou e ficou com uma pontinha, não ficou?	MCS	BRN		INF	
C. [Empurra a pontinha.]			CRB1		OPO
T. E agora, não tem pontinha! Vamos ver se o Alex descobre como...	MCS	BRN		APR	
C. [Tira a folha com as mãos.]			CRB2		CON
T. Olha! Daí ele conseguiu uma pontinha do outro lado! Esse Alex é muito esperto! Esse Alex é muito... [Risos.] Você é muito esperto, Alex!	MCS	BRN		APR	
C. [Enfia na mesa de novo.] Agora soltei.			CRB1		OPO
T. Agora não tem pontinha! Como será que você vai fazer, hein?	MCS	BRN		REC	
C. [Cutucou, puxou, olhou para Alice com olhos arregalados e sem expressão na boca.]			CRB2		CON
T. Hã! Como você conseguiu? Me conte isso aí.	MCS	BRN		SRE	
C. [Enfia na mesa de novo.]			CRB1		OPO
T. Hã!	MCS	BRN		APR	
T: Agora eu quero ver como que você vai conseguir tirar...	MCS	BRN		REC	
C. [Sorri, pega a régua.] Conseguir tirar?			CRB2		CON
T. Ah, você vai usar a régua!	MCS	BRN		APR	
C. [Empurra com a régua.]			CRB2		CON
T. Olha só que esperto. [Pega a régua.] Gostei. Você é muito sabido.	MCS	BRN		APR	

4. MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV) (Alice = 19,44%; Bertha = 33,80%)

A Tabela 9, a seguir, apresenta a distribuição da frequência absoluta (N) e relativa (%) das categorias dos demais sistemas utilizados, para os episódios da Díade A e da Díade B categorizadas como MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV), do SICOT.

Tabela 9

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Frequência Absoluta e Relativa de Categorias para SECAT, FAPRS, T-SMCCIT, C-SMCCIT e Foco Dentro ou Fora da Sessão, para a Díade A e a Díade B

		Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas (SECAT)						
		BRN	FNT	FTT	CDA	CPA	CSA	Total
Díade A	N	57	216	101	125	89	38	626
	%	9,11	34,5	16,1	20	14,22	6,07	100
Díade B	N	6	78	13	147	156	7	407
	%	1,47	19,2	3,19	36,1	38,33	1,72	100

Nota. BRN = BRINCAR; FNT = FANTASIA; FTT = FAZER TAREFA TERAPÊUTICA; CDA = CONVERSAR DECORRENTE DE ATIVIDADE; CPA = CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE; CSA = CONVERSAR SEM ATIVIDADE.

		Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS)								
		CRB1	CRB2	CRB3	CTR	O1	O2	CPR	Outros	Total
Alex	N	78	18	48	1	11	3	74	270	503
	%	15,51	3,58	9,54	0,20	2,19	0,60	14,7	53,68	100
Bia	N	9	17	117	4	19	22	55	117	360
	%	2,50	4,72	32,5	1,11	5,28	6,11	15,3	32,5	100

Nota. CRB1 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1; CRB2 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE2; CRB3 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE3; CTR = FOCO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA; O1 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1 FORA DA SESSÃO; O2 = COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2 FORA DA SESSÃO; CPR = PROGRESSO POSITIVO EM SESSÃO.

Categorias do terapeuta - Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SMCCIT)

		SRE	FAC	EMP	INF	SRF	REC	INT	APR	DSC	OUT	Total
Alice	N	191	7	21	188	38	54	26	15	70	2	612
	%	31,2	1,14	3,43	30,7	6,21	8,82	4,25	2,45	11,4	0,33	100
Bertha	N	120	59	83	69	37	11	4	4	14	3	404
	%	29,7	14,6	20,5	17,1	9,16	2,72	0,99	0,99	3,47	0,74	100

Nota. SRE = SOLICITAÇÃO DE RELATO; FAC = FACILITAÇÃO; EMP = EMPATIA; INF = INFORMAÇÃO; SRF = SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO; REC = RECOMENDAÇÃO; INT = INTERPRETAÇÃO; APR = APROVAÇÃO; DSC = DISCORDÂNCIA; TOU = OUTROS/INSUFICIENTE TERAPEUTA.

Categorias do cliente - Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SMCCIT)

		SOL	REL	MEL	MET	CER	CON	OPO	COU	Total
Alice	N	61	279	3	2	36	71	44	8	504
	%	12,10	55,36	0,60	0,40	7,14	14,09	8,73	1,59	100
Bia	N	16	219	0	0	34	55	3	2	329
	%	4,86	66,57	0,00	0,00	10,33	16,72	0,91	0,61	100

Nota. SOL = SOLICITAÇÃO; REL = RELATO; MEL = MELHORA; MET = META; CER = RELAÇÕES; CON = CONCORDÂNCIA; OPO = OPOSIÇÃO; COU = OUTRAS/INSUFICIENTE CLIENTE.

Foco dentro ou fora da sessão

		Dentro	Fora	Total
Díade A	N	456	173	629
	%	72,5	27,5	100
Díade B	N	112	295	407
	%	27,52	72,48	100

A análise da Tabela 9 mostra diferenças acentuadas entre as terapeutas na distribuição das estratégias utilizadas, nos comportamentos predominantes e até mesmo no foco dentro ou fora da sessão - quase três quartos das interações tiveram foco dentro da sessão para Alice-Alex e fora da sessão para Bertha-Bia. As diferenças encontradas são marcantes e consistentes com uma das principais diferenças entre as duas crianças: o nível de desenvolvimento de repertório verbal, cerne desta categoria. Além da menor idade de Alex, seu repertório era muito deficitário; a criança apresentava dificuldades até mesmo para formar frases simples. Isso reduzia significativamente as possibilidades de tentar mudar controle verbal como um meio de alterar seu comportamento fora da sessão. Assim, o objetivo da terapeuta nesta categoria era muito mais primário: ensiná-lo a “falar”, de modo que em vários episódios das sessões nota-se que o falar era tratado como uma classe de respostas a ser instalada, sendo necessário o foco dentro da sessão para o manejo mais direto das contingências. No caso do atendimento de Bia, este repertório básico já era bastante desenvolvido, segundo a análise das sessões e a avaliação de Bertha durante as entrevistas. Bia relatava todo tipo de evento, estabelecia relações entre eles e era capaz de fazer um julgamento crítico, dentro do limite de sua faixa etária. A existência de um bom repertório verbal é pré-requisito para que ele possa exercer algum controle sobre outros comportamentos do indivíduo e, uma vez que este era o caso de Bia, Bertha pôde apostar nesse objetivo para, em última instância, tentar mudar suas relações familiares fora da sessão.

No atendimento de Bia, as estratégias de conversa a partir de atividade (CDA e CPA) compuseram 74,46% do total para o manejo de controle verbal. A atividade base para elas foi sobretudo o FANTASIAR (19,2%). Um terço de todas as falas de Bia foram classificadas como análises (CRB3: 32,5%), proporção significativamente maior do que em todas as outras categorias de objetivos terapêuticos. Bertha pôde se comportar de diferentes maneiras que, em conjunto, formaram episódios de interação bastante concatenados para intervenção sobre comportamento verbal: SOLICITAÇÃO DE RELATO (29,7%), FACILITAÇÃO (14,6%), EMPATIA (20,5%), INFORMAÇÃO (17,1%) e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO (9,16%). As categorias de comportamentos mais frequentes de Bia foram RELATO (66,57%), CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES (10,33%, significativamente maior do que na composição das outras categorias de SICOT) e CONCORDÂNCIA (16,72%). Interessante notar que Bertha

utilizou mais SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO do que INTERPRETAÇÃO (0,99%), talvez preferindo auxiliar Bia a desenvolver autorregras, mais do que fornecer regras prontas.

No caso de Alex, metade das estratégias utilizadas foi baseada em atividades (FANTASIAR = 34,5%; FAZER TAREFA TERAPÊUTICA = 16,1%), eventualmente utilizadas para estabelecer conversas derivadas (CDA=20%) ou paralelas (CPA=14,22%). Durante as atividades de fantasia (FNT), estratégia mais frequente, Alice ensinava Alex a descrever eventos por meio da composição de histórias a partir de desenhos realizados pela criança (i.e., desenho livre, história em quadrinhos ou a partir de um tema dado pela terapeuta). Depois, ao derivar conversas, solicitava que a criança comparasse os comportamentos dos personagens com os de si mesma ou de sua família. Durante as atividades de tarefas terapêuticas, a terapeuta descrevia detalhadamente as relações de contingências indicadas na tabela de reforço arbitrário (i.e., bolinhas de adesivos equivalentes a pontos), o que talvez auxilie para que a descrição – além dos pontos – suplemente a contingência fora da sessão. Alex emitiu 15,51% de CRB1, em parte categorizados quando era evidenciada sua própria dificuldade para falar, mas também conseguiu fazer análises (CRB3 = 9,54%) e ter um *progresso positivo* relacionado ao objetivo dessa categoria (14,7%). Os comportamentos de Alice mais frequentes foram a SOLICITAÇÃO DE RELATO (31,2%) e a INFORMAÇÃO (30,7%), mas também houve uma proporção maior de DISCORDÂNCIA (11,4%), quando Alice reprovava falas incompletas ou desistências (e.g., “Não sei”). RELATO foi o comportamento mais frequente de Alex (55,36%), seguido de SOLICITAÇÃO (12,1%) e CONCORDÂNCIA (14,09%). Algumas interações encontradas para MANEJAR CONTROLE VERBAL foram:

- (1) Terapeuta maneja contingências em sessão para ensinar à criança o repertório de descrever e relacionar eventos, que inclui comportamentos abertos ou encobertos, da criança ou de terceiros, podendo também ser personagens imaginados.
- (2) Terapeuta analisa, junto à criança, seus comportamentos em situações relacionadas à queixa - o que leva à descrição de relações de contingências aversivas que em parte podem ser produzidas pela própria criança. Assim, tais descrições podem permitir que a criança assuma a responsabilidade pela mudança de sua condição. Terapeuta também propõe modos alternativos para lidar com essas situações.

- (3) Terapeuta leva a criança a descrever seus sentimentos e as contingências relacionadas, o que ensina a criança a relatar seus problemas e também pode ser importante para fazer com que um sentimento (ou sua expressão) suprimido por efeito de punição volte a ocorrer.
- (4) Terapeuta procura alterar descrições verbais que indicam regras da criança sobre si mesma.
- (5) Terapeuta tenta alterar regras ou autorregras da criança sobre outros assuntos, ainda que não relacionados à queixa, quando estas são rígidas e pouco relacionadas às contingências.
- (6) Terapeuta avalia – ou solicita que a criança avalie – seu comportamento de melhora em sessão, fazendo descrições das contingências (supostamente reforçadoras) que poderão ocorrer caso o mesmo comportamento seja emitido no dia a dia. Além da criança já ter emitido a resposta-alvo (durante episódios de Manejar Comportamentos em Sessão), a avaliação da terapeuta sobre a criança pode suplementar contingências fora da sessão, contribuindo para a generalização da aprendizagem.
- (7) Terapeuta maneja controle verbal para alterar relatos e análises da criança ainda na sessão, quando pode liberar consequências diferenciais.
- (8) Terapeuta estabelece consequências diferenciais na sessão para os relatos ou análises da criança sobre eventos ocorridos fora dela que se relacionam aos objetivos da terapia.
- (9) Terapeuta recomenda como a criança deve se comportar fora da sessão, de modo geral ou sobre algum evento específico, relacionado ou não à queixa. Usualmente, as recomendações não ocorrem isoladas de descrições sobre as mudanças de contingências.

Os exemplos a seguir (referentes ao itens 1 e 3, respectivamente), ilustram a categorização simultânea de todos os sistemas em episódios de MANEJAR CONTROLE VERBAL. Outros exemplos para os demais itens encontram-se no Anexo I5.

- ✓ Exemplo Díade A. Depois de Alex fazer um desenho do tipo história em quadrinhos, Alice solicita que ele conte uma história e maneja antecedentes e consequências diferenciais em função da qualidade de suas descrições.

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. O que... O que que tá acontecendo aqui, Alex? C. Eles tão caindo na lava.	MCV	FNT	CPR	SRE	REL
T. Na onde? Eles estão caindo na? C. [Aponta para o desenho.]	MCV	FNT	Outros	SRE	REL
T. Não, a palavra que você usou. C. Lava. Fogo.	MCV	FNT	CPR	DSC	REL
T. ...caindo na lava. C. Uhum.	MCV	FNT	Outros	INF	CON
T. Agora o que tá acontecendo no [quadrinho] quatro, Alex? C. [Mostra.]	MCV	FNT	Outros	SRE	REL
C. Sabe o que que é isso?	MCV	FNT			SOL
T. Fale. C. Avião de resgate.	MCV	FNT	CPR	SRE	REL
T. Me fale a frase toda. C. Avião de resgate.	MCV	FNT	CPR	SRE	REL
T. Mas o que tá acontecendo aqui? C. O avião tá subindo pra resgatar eles, pra eles não cair aqui, no fogo.	MCV	FNT	CRB2	SRE	REL
T. O avião de resgate está subindo. [Escreve.]	MCV	FNT		INF	
T. Olha que frase bonita!	MCV	FNT		APR	

- ✓ Exemplo Díade B. Bertha solicita que Bia fale sobre seus sentimentos relacionados às situações em que o irmão a perturba e a mãe não a defende.

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCI T	C SMCCI T
T. "Mas, filha, por quê que você parou de morar na nossa casa?" C. "Ai, mãe, é que* naquele dia o irmão me encheu o saco e você nem me ligava. É que agora, que eu cresci, eu não quero ficar lá por causa que eu tenho medo de brigar com o irmão e fazer alguma coisa de ruim de raiva".	MCV	FNT	CRB3	SRF	CER
T. "Você fica com raiva, filha?" C. "Ah, eu fico às vezes. Então, eu fico com muito medo de fazer isso com vocês, além de fazer isso só com o irmão. Aí um dia* lembra daquele dia que eu dei um grito em você?"	MCV	FNT	CRB3	SRF	CER
T. "Hum... Lembro" C. "Que eu gritei com você e você ficou com uma cara de assustada? Então, aquele dia eu fiquei muuuuito deprimida. Deprimida até demais pra mim."	MCV	FNT	CRB3	EMP	CER
T. "É, filha?"	MCV	FNT		EMP	

C. "Eu fiquei deprimida"			CRB3		CER
T. "Porque você gritou comigo?"	MCV	FNT		EMP	
C. "Aí agora eu fi... eu to morrendo de medo de voltar e brigar com você de novo"			CRB3		CER

III – Análise de mudanças observadas no período de atendimento

Foram realizadas diversas análises que pudessem indicar as mudanças alcançadas no período do atendimento, semelhantes ou não àquelas observadas pelas terapeutas e relatadas nas entrevistas. As mudanças descritas nas entrevistas finais se referem ao período total de atendimento (i.e., cerca de um ano), maior do que o período de sessões categorizadas (i.e., cinco meses para Alex e quatro meses para Bia). Portanto, o período categorizado foi menor e mais difícil de se constatar mudanças por meio de análise *quantitativa*. Ainda assim, foram realizadas comparações entre as sessões de atendimento para cada uma das díades e o sistema FAPRS foi o único sensível às mudanças do cliente – o que parece condizente com sua proposta de categorização de comportamentos e relatos de queixa e de melhora. As frequências absolutas de cada categoria da FAPRS para cada sessão filmada são apresentadas nas Figuras 11 e 12 correspondentes à Díade A e à Díade B, a seguir.

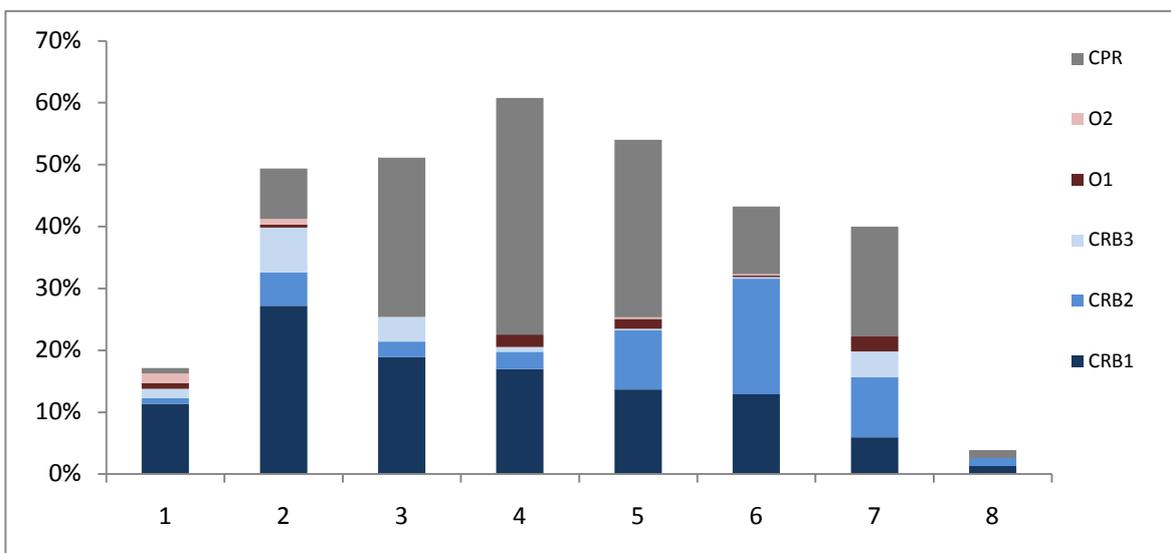


Figura 11. Frequência relativa de categorias da FAPRS para cada sessão de atendimento da Díade A

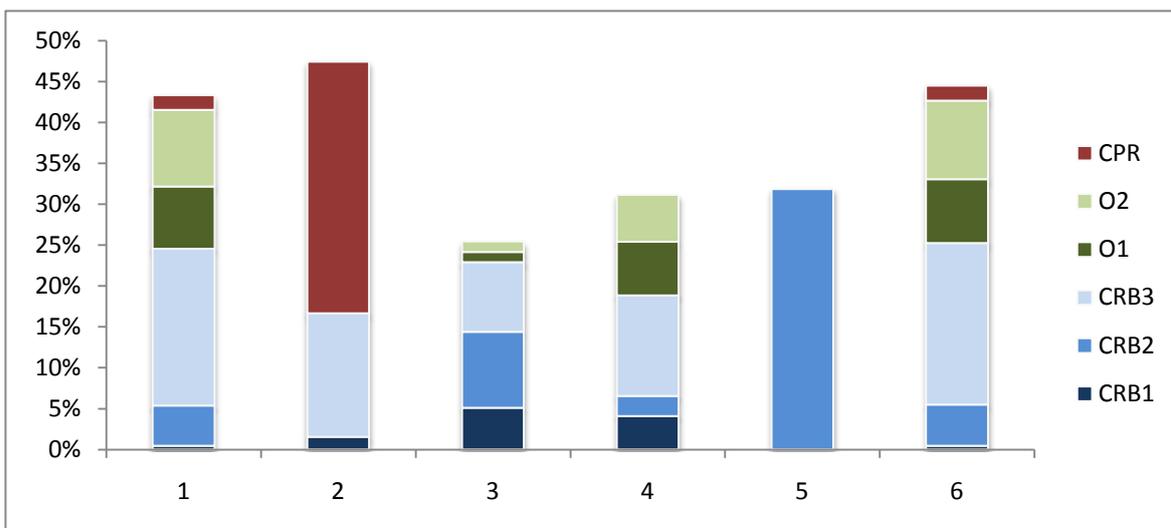


Figura 12. Frequência relativa de categorias da FAPRS para cada sessão de atendimento da Díade B

A Figura 11 mostra variações no transcorrer das sessões da Díade A, especialmente quanto à redução da frequência relativa de CRB1 e aumento de CRB2, entre a segunda e a oitava sessão. A primeira sessão parece ter uma distribuição de categorias diferenciada para as duas díades, talvez por ser uma sessão em que as terapeutas precisam definir um contrato com a criança, apresentar-se, solicitar que elas descrevam seu dia a dia, etc.

A Figura 12 mostra uma distribuição de categorias em que ainda não é possível identificar tendências de mudanças. Talvez a quantidade menor de sessões seja um dos fatores que dificultaram a análise da evolução do atendimento da Díade B. Contudo, outra hipótese se relaciona às estratégias e objetivos diferenciados entre as terapeutas. O fato de Alice focar suas intervenções na mudança de comportamento na sessão facilita a observação da mudança, enquanto Bertha utilizou principalmente estratégias de manejo verbal. A categoria CRB3 seria um bom parâmetro da evolução das análises de Bia, mas tudo que se pode dizer a respeito da Figura 12 é que CRB3 foi uma categoria presente em quase todas as sessões (exceto a quinta).

O fato do CRB3 ser definido pela emissão de análises, a despeito de sua qualidade, pode ter dificultado que uma análise quantitativa identificasse mudanças. É possível que a quantidade de análises das crianças seja constante e, ainda assim, seu conteúdo se modifique.

Uma análise qualitativa dos comportamentos e relatos das crianças é brevemente apresentada a seguir, comparando-se as sessões iniciais com as finais, quanto a um dos comportamentos alvo de cada criança: aprender a ler e escrever (Alex) e melhorar as relações familiares (Bia).

(1) Díade Alice-Alex: Comportamento alvo: Leitura e escrita.

Na primeira sessão, Alex ainda não era capaz de escrever seu nome:

T. *Di?* Não, tá escrito [nome completo da criança], não tem o *de*. Então vamos fazer o [sobrenome] aqui, ó. Cê sabe fazer o *s*?

C. *S?* Eu não sei fazer não.

T. Hã. Aqui... Então olha como eu subi. Subi, fiz uma barriga, coleí aqui embaixo, virei. Agora eu vou subir, hein. Subi. Agora, quando chegar nessa bolinha, eu vou breçar [barulho de breque]. Brequei. Desci, coleí na ponte.

C. O *a*. A.

T. *Soooo*, *So* é com?

C. *O*.

T. *Oooo*. Perfeito.

T. Ó, agora eu saí daqui, coleí no céu, descí, coleí na ponte.

C. *U*. [Erra.]

Na quinta sessão, Alex estava lendo palavras (entre a quinta e a oitava sessões, houve quatro sessões de atendimento cujas filmagens foram perdidas por problemas de áudio):

T. Que tá escrito aqui?
 C. Peraí. Pi-po-ca.
 T. Aaaahn! Maravilha! [Risos.] E aqui?
 C. bo... ba... ba-ta-ta.
 T. Isso!
 C. do-que...
 T. ce
 C. ce... batata do...ce
 T. Batata doce. Cê comeu batata doce?
 C. [Faz que sim com a cabeça.]
 T. Ai, que legal, Alex. [Aponta.]
 C. Cachorro quen-te.
 T. Chu... [Aponta.]
 C. -rrasco
 T. Perfeito! Nossa, que maravilha!

Na oitava sessão, Alex lia frases, incluindo as instruções dos exercícios da escola, trazidos para a sessão.

T. Caçando palavras. Mais um, dois, três, quatro, cinco, seis [pontos].
 C. Encontre novo.
 T. no...
 C. Encontre novo dia.
 T. novo não, no...
 C. no.
 T. Isso.
 C. Diana...ana.
 T. grama...
 C. grama o diminutivo e a das...
 T. das...
 C. palavras... as pa... não, a-ba-i-xo.
 T. Perfeito! Como que você sabe ler tudo isso? Nossa, Alex! Eu não sabia que você tava lendo assim.

A relação com a professora, inicialmente, era bastante aversiva, como evidenciado na reação de Alex à proposta de Alice na quarta sessão:

T. Aí você... A [professora] vai olhar e falar “Nossa! O Alex escreveu o nome dele sozinho, com essa letra bonita!”. Daí ela vai começar a te elogiar. E vai passar a raiva que você ta, que você ta magoado com ela, não ta?
 C. Hum-hum [som de não], uhum [som de sim], hum-hum, uhum.
 T. Por que você ta magoado com ela?
 C. Ela tem mó cara de loro e eu não...
 T. Não, mas você vai me contar...
 C. Não sei.
 T. ...uma coisa que ela te fez que te deixou magoado. Quê que ela fez pra você que você ficou magoado com ela?
 C. É porque eu não consigo fazer lição direito...
 T. Ahn.
 C. ... que o Felipe sempre me atrapalha, né?
 T. Ahn.

C. Aí ela sempre briga comigo.

A avaliação de Alex sobre o comportamento de ler e escrever e sobre as relações na escola parece ter se alterado ao longo das sessões. Na sexta sessão, a criança avalia que está conseguindo ler e que foi Alice quem o ensinou.

T. Isso! Aumentativo e diminutivo! Olha! Essa foi difícil, eu vou dar sete pontos cada uma, Alex. Muito* Onde você aprendeu a ler assim, hein?

C. Você que me ensinou.

T. (risos) Eu te ensinei só umas palavrinhas pequeninhas, você tá lendo um monte.

Na quinta sessão filmada (cinco sessões depois da anterior), já é possível observar mudanças quando Alex leva para a sessão seu caderno com elogios da professora, além da mudança na reação da criança aos conteúdos escolares, demonstrando interesse:

T. Olha, ela escreveu "muito bem". Tá demais isso! Olha quanto que cê tá fazendo de lição. Olha os números! Fez um calendário!

C. Aqui é segunda, aqui é terça, aq... quarta, quinta, sexta... (apontando para calendário)

T. Sábado... ? (aponta)

C. Domingo.

E, na sétima sessão, Alex se dispõe a ler com mais facilidade, não se opondo como antes.

T. Perfeito! Perfeito! Sua leitura tá muito boa.

C. Eu vou ler tudo isso?

T. Vamos ver. Começa.

T. mi-nha mã me...

C. mãe, minha mãe

T. me deu um... um por...

C. uma

T. um-a

C. uma

T. im-por-ta-de

C. importan...?

T. te. Perfeito!

C. importante tarefa a fazer

T. Isso!

C. cuidar do meu irmão que vai nascer

T. Muito bom!

C. nascer!

(2) Díade Bertha-Bia: Comportamento-alvo: Relações familiares.

Na primeira sessão, Bia representa com bonecos uma situação em que resolve morar sem a família.

- T. "Entendi. E por que você acha melhor morar sozinha, Bia, nessa casa, só pra você?"
- C. "Porque não tem ninguém pra me encher o saco, consigo ficar cozinhando, fica melhor morando sozinha."
- T. "Uhum. Ah! Puxa vida! Então, na outra casa tinha alguém que enchia seu saco. Quem que enchia seu saco?"
- C. "Ah, normalmente eram os meus irmãos. Ficavam cochichando de mim. Eu ficava braba. E, agora que eu cresci, falei pra minha mãe que eu ia ficar sozinha e ela deixou, falou sim."
- T. "Huum, que que a mamãe achou, Bia?"
- C. "Ela chorou, amiga, e depois ela se sentiu muito mal por causa que ela ficava... por causa que ela ficava me batendo e me enchendo o saco."
- T. "Ah! Ela se sentiu muito mal por isso."
- C. "É."

E descreve suas relações familiares da seguinte maneira:

- T. Que que ele [irmão] faz que te deixa nervosa?
- C. Ah, às vezes ele fica me provocando, daí eu fico brava e bato nele.
- T. Uhum.
- C. Daí a mamãe bate em mim... Ah, por que [eu tenho ciúme] eu não sei exatamente. Por causa que muito... o pai e a mãe vivem muito agarrado no meu irmão. E às vezes não agarra em mim.

Na quarta sessão, Bia faz nova avaliação da situação familiar, aprimorando sua análise:

- T. Então eu vou perguntar por que fazer alguma coisa do [irmão] dá ciúmes na Bia? Por que será?
- C. Porque ela [mãe] não faz [carinho] em mim.
- T. Hum. Entendi. Porque ela não faz em você.
- C. É. Também pra mim parece que eles gostam mais do [irmão] que de mim. Pra mim, né?
- T. Uhum. Você sente isso, Bia? É... É chato sentir isso, né?
- C. É.
- T. E, além da cosquinha, tudo, tem alguma coisa que eles façam que faz você pensar isso que eles gostam mais?
- C. Não.
- T. Não?
- C. Hum-hum.
- T. Cê já falou isso pra mãe?
- C. Não, nunca falei e nunca quero falar.
- T. É mesmo?
- C. Porque vai deixar ela meio desanimada.

Na sexta sessão (três meses depois da quinta), Bia altera sua avaliação sobre seu irmão, ao compreender sobre seu quadro de autismo (a sessão em que isso foi conversado foi uma das filmagens danificadas).

- T Não?
- C. Ninguém queria que ele nascesse assim, queria que ele nascesse uma pessoa normal.
- T. Uhum. Ninguém queria, né? Verdade. Nem ele tá fazendo de propósito, não é verdade?
- C. É, ele não tem culpa de ter nascido assim.

- T. Uhum. Ele não tem culpa, né? Bom saber que você pensa assim, que ele não tem culpa.
C. Mas é verdade, né?
T. Uhum. Verdade, mas tem meninas e meninos que não conseguem entender, né?
C. É, eu consigo entender.

Nesta sessão, Bia concorda em levar massinha de modelar para casa por ser a brincadeira preferida do irmão:

- T. Qual que é a língua [ininteligível] que ele... [risos] faz? Será que se você levar massinha de modelar ele vai saber brincar?
C. Ah, ele sabe brincar de massinha. O que ele mais gosta é massinha.
T. E você gosta?
C. Gosto um pouquinho.
T. Uhum. Então, eu vou deixar você pegar... você pode levar uma massinha, pra você tentar brincar com o [irmão] de massinha. Topa?
C. Uhum. Aí sim ele vai gostar.

Bia também relata mudanças na interação familiar, como os exemplos a seguir:

- T. Então, o que que a mamãe fez essa semana que você achou legal?
C. Ser muito legal... Ah, e o papai tem mais uma coisa.
T. Ahn.
C. É que eu pedi pra ele instalar um joguinho lá pra mim...
T. Uhum.
C. E também ele sofreu pra instalar, que ele tentava e não conseguia, tentava e não conseguia. Aí até uma hora ele conseguiu.
T. Uhum.
C. Mas ele não queria instalar. Como eu pedi com educação, aí resolveu instalar pra mim.
T. Ah, legal!
C. Aí ele foi legal nesse dia de instalar pra mim.
(...)
T. Você lembrou duas coisas do papai. Foi novidade.
C. Uhum. Agora, a mamãe ela foi muito legal, ela brincou com a gente também igual o papai, não tava estressada.
T. Que bacana!
C. Carinhos a gente. Nossa, fez tanta coisa que eu nem lembro direito.
(...)
T. Que mais, Bia, que você fez? Eu quero saber o que que você fez em casa. Que que cê mudou? Em casa...
C. De comportamento? Às vezes, às vezes eu conseguia brincar com o [irmão] na escolinha. No primeiro dia que ele ficou muito ansioso, mas a maioria das vezes que ele não queria ir brincar.
T. Uhum. Pra mamãe você fez alguma coisa legal?
C. Fiz.
T. Que que cê fez?
C. Obedeci ela. Aí quando eu obedeci ela, fiz o que ela pediu, aí eu já podia jogar meu joguinho, né?
T. Uhum.
C. Mas, de noite, quando ele tava percebendo que aquele joguinho era legal, por causa que tinha cachorro, aí começou a briga.
T. Sei.
C. Porque ele queria jogar, eu queria jogar, aí a mamãe ficou estressada.

T. Uhum.
C. O papai quase bateu em mim e nele.
T. Uhum. E daí, como que aconteceu?
C. Aí eu tive que brincar um pouco e ele também.
T. Ah, legal!

A análise dos resultados da intervenção sobre os comportamentos-alvo de cada criança dá alguns indícios sobre a efetividade das intervenções das terapeutas e mostra coerência com o relato das mesmas nas entrevistas.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo ilustram a análise de dois processos bastante diferenciados: crianças com queixas completamente diferentes, terapeutas com objetivos distintos entre si e estratégias diversas para alcançar tais objetivos. Não obstante as diferenças, a análise efetuada permitiu identificar a articulação entre queixa, objetivos e estratégias de cada uma das terapeutas e sua coerência com os princípios da Análise do Comportamento aplicados à terapia infantil. Essa articulação e coerência emergiram de uma análise de processo sistemática, quantitativa e qualitativa, por meio da combinação das categorias moleculares (pré-definidas) com as categorias molares (pós-definidas, ou criadas a partir dos dados), defensável em estudos desse tipo.

A discussão que se segue focaliza, inicialmente, o processo terapêutico de cada díade, em sua relação com os princípios da Análise do Comportamento aplicados à terapia infantil. Na seção seguinte, são discutidas algumas questões conceituais e metodológicas relativas ao uso dos sistemas de análise e categorização adotados e à importância da integração entre níveis molares e moleculares como instrumento de compreensão do processo. Ao longo do texto, são pontuadas algumas hipóteses explicativas, questões para futuras pesquisas e implicações dos resultados obtidos para a prática clínica e para a formação de terapeutas analítico-comportamentais infantis.

O processo terapêutico da díade Alice-Alex

Os problemas de comportamento de Alex relacionados a oposição, agressividade e distração eram bastante generalizados, isto é, com alta probabilidade de ocorrer em diversos contextos, inclusive na terapia. Comportamentos opostos e de distração (talvez em parte com função de esquiva de demandas) foram observados na análise da interação com Alice durante vários tipos de estratégias adotadas (desde brincar até conversar). Por outro lado, comportamentos agressivos não ocorreram, sugerindo que a relação com Alice não se assemelhava tanto às interações de Alex em seu ambiente, responsáveis por evocar respostas dessa classe.

A possibilidade de generalização entre contextos pode ter levado Alice a realizar intervenções diretas sobre alguns comportamentos (e.g., oposição e distração), evocando-os e estabelecendo consequências diferenciais – o que correspondeu à categoria de objetivo terapêutico MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO, principal estratégia de intervenção da terapeuta. Esta estratégia implica o procedimento de modelagem, mas não se limita a este, incluindo duas alternativas opostas que foram observadas. A primeira é o *bloqueio de esquiva*, quando Alice mantinha a demanda até que a resposta de Alex fosse de respondê-la ao invés de se esquivar. A segunda é a *mudança da função da resposta*: inicialmente permitindo a esquiva, mas na sequência transformando esquiva e oposição em comportamento exploratório e de seguimento de novas instruções da terapeuta. Esses procedimentos só puderam ser detectados com a combinação de uma análise molecular – a qual indicou sequências como, por exemplo, RECOMENDAÇÃO → OPOSIÇÃO → RECOMENDAÇÃO → CONCORDÂNCIA – com uma análise molar, que agrupou todo o episódio e o classificou como uma única intervenção, composta de várias unidades de análise. De todo modo, essas intervenções vão ao encontro da proposta da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), de intervir sobre o comportamento em sessão.

Diferentemente dos comportamentos de oposição e distração, generalizados para os mais diversos contextos, os comportamentos de leitura e escrita eram pouco prováveis de ocorrer a menos que houvesse demanda específica para tal. Ainda assim, na hierarquia de objetivos de Alice, esta aprendizagem foi considerada prioridade. Isso demonstra a necessidade de planejamento e estruturação das sessões – muitas vezes tornando-as mais diretivas – no atendimento da criança. Em outras palavras, a terapeuta não interveio sobre os comportamentos somente *conforme eles fossem acontecendo*, mas tentou controlar a probabilidade de ocorrência ao estabelecer condições para que os principais comportamentos-alvo pudessem acontecer na sessão - o que no caso do ler e escrever correspondeu à categoria FAZER TAREFA TERAPÊUTICA. A escolha de Alice correspondeu a um dos critérios sugeridos por Sturmey (1996) para definição do comportamento-alvo. Entre as alternativas propostas pelo autor, estão os seguintes exemplos: o comportamento-queixa que, caso solucionado, pode promover maior adesão do cliente; o comportamento aparentemente mais fácil de ser alterado e o comportamento com maior impacto social. O critério de impacto social, utilizado por Alice, pareceu coerente com a avaliação de

variáveis ambientais do cotidiano da criança que elevariam o risco de problemas mais graves no futuro.

A esse respeito, D'Abreu e Marturano (2010) analisaram 18 estudos prospectivos e longitudinais de 1990 a 2006 abordando a associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar no ensino fundamental. As autoras encontraram co-ocorrência entre baixo desempenho escolar e problemas externalizantes e variáveis sociais correlacionadas (e.g., condições adversas na família e baixo nível socioeconômico). Este quadro, na infância, é indicativo de mau prognóstico, como comorbidades com transtornos psiquiátricos, posteriores problemas acadêmicos e comportamento antissocial. Dessa maneira, intervir sobre o desempenho escolar do cliente seria uma maneira de promover o ajustamento social e prevenir delinquência futura. Kazdin e Weisz (2003) definem *delinquência* como a designação legal que inclui comportamentos que violam a lei, tais como roubo, abuso de drogas, vandalismo e homicídio. Entre a população de indivíduos que praticam delinquência, a proporção daqueles com desordens psiquiátricas seria mais elevada, especialmente para transtornos de conduta, déficit de atenção e abuso de substância (Kazdin, 2000). Segundo o relato de Alice durante as entrevistas, o ensino de leitura e escrita permitiria que Alex fosse elogiado por esses comportamentos, em vez de obter atenção quando se distrai ou briga em sala de aula. Portanto, a terapeuta privilegiou um critério de importante impacto social, no sentido de prevenir problemas futuros .

A respeito do impacto social da leitura e escrita, Marinotti (2004) descreve que essas habilidades são básicas “não apenas para a aprendizagem escolar, mas, principalmente, para a vida fora da escola” (p. 205), pois a ausência desse repertório compromete os direitos do indivíduo como cidadão. Marinotti enfatiza a importância da leitura e escrita em grupos sociais de baixa renda, como era o caso de Alex e sua família. Sobre isso, a autora afirma que

A aprendizagem da leitura e da escrita representa, principalmente para a população mais carente, o primeiro contato formal com o saber constituído e socialmente valorizado. Fracassos, neste momento, tendem a redundar em desinteresse, baixo desempenho e, com frequência, evasão escolar. (Marinotti, 2004, p. 206)

A autora também ressalta que esta camada da população, não raro, chega à escola sem o repertório de entrada necessário para se inserir adequadamente nos programas e estratégias pedagógicas das instituições de ensino, que “supõem” esse repertório, mas não o avaliam. Conforme Regra (2004), o repertório de entrada inclui lidar com limites e frustrações, seguir regras e ter responsabilidades, atitudes que favorecem hábitos de estudo adequados, incluindo fazer lição (antes do lazer), resolver exercícios com concentração, ler um texto e responder a perguntas sobre ele.

Durante as entrevistas, a terapeuta Alice relatou um objetivo adicional, não solicitado pelos pais nem pela criança, mas detectado por ela em suas análises: o de aprimorar o comportamento verbal de Alex (em grande parte correspondente à categoria MANEJAR CONTROLE VERBAL), iniciando-se pelo treino do repertório de relatar e descrever eventos. Em outras palavras, na classificação dos operantes verbais de Skinner (1957/1992), o repertório de Alex para tatos era empobrecido e com vocabulário restrito, predominando a ocorrência de mandos de todo tipo (desde pedidos a ordens, com topografia opositora e agressiva). Por beneficiar o falante, quando utilizado em excesso, o mando tem maior probabilidade de estar associado a relações coercitivas, compostas de um falante que ordena e um ouvinte que obedece. Outros operantes, como o tato e o intraverbal, poderiam compor interações mais amistosas. Dessa maneira, o objetivo de Alice sobre o repertório verbal de Alex também auxiliaria, indiretamente, a modificar outros comportamentos-alvo.

A relação inversa entre RELATO e OPOSIÇÃO/CONCORDÂNCIA foi encontrada em estudo de Del Prette (no prelo). Analisando a distribuição de categorias do terapeuta e do cliente do SMCCIT, a autora comparou os resultados da terceira sessão de atendimento de uma criança opositora com os resultados da “enésima” sessão, um ano e meio após o encerramento da terapia. Os resultados apontam uma bem sucedida inversão na proporção de CRB1 (OPOSIÇÃO) e CRB2 (CONCORDÂNCIA ou proposição de regras justas). Enquanto na terceira sessão eles eram de 27% e 10%, respectivamente, um ano e meio depois eram de 3% e 37%. Além desses resultados, a frequência relativa de RELATO aumentou de 33% para 50%. A análise qualitativa das sessões mostrou que os relatos passaram a se caracterizar por um vocabulário mais rico, maior número de palavras e ocorrência independente de solicitação da terapeuta (i.e., “relato espontâneo”). A

pesquisa sugere a importância do desenvolvimento desse repertório como estratégia para redução de interações baseadas em OPOSIÇÃO e CONCORDÂNCIA.

Além do desenvolvimento do repertório verbal de relatar eventos (tatear) como auxiliar na redução do comportamento opositor, deve-se levar em conta, acima de tudo, a importância deste objetivo *per se*, para o estabelecimento e manutenção de relacionamentos socialmente aprovados pela comunidade verbal. Nas palavras de Sampaio e Andery (2010),

Ora, o mundo dos seres humanos é formado em grande parte por outros seres humanos e mesmo o ambiente “físico” no qual vivem é, em boa medida, construído por sua própria espécie. Se a compreensão do comportamento humano, como o de outras espécies, depende da análise das interações entre sujeito e ambiente, e se o ambiente humano é em grande parte composto pelas ações de outras pessoas, logo, grande parte do comportamento humano é determinado por outros homens e mulheres. Podemos afirmar, portanto, que o interesse especial da Análise do Comportamento pelo comportamento humano a obriga a tratar de *fenômenos sociais*. (p. 183)

Fenômenos sociais, por sua vez, são compostos em grande parte por interações verbais, essenciais para a disseminação das práticas culturais (terceiro nível de seleção) e para a sobrevivência de cada ser humano (segundo nível de seleção), especialmente durante o período da infância. Conforme Glenn (1991),

Crianças humanas são dependentes de outros de sua espécie por um tempo muito mais longo do que outro mamífero. Enquanto outros animais assumem seus papéis de adulto relativamente cedo em suas vidas, entre 20 a 25% do período de vida humana é gasto na preparação de um nível similar de independência. A maior parte da preparação envolve aquisição de repertórios comportamentais específicos necessários à sobrevivência, contribui para as práticas sociais da comunidade e integra o comportamento do jovem naquelas práticas. Isto praticamente assegura que o ambiente social (comportamento de outros humanos) será proeminente entre aqueles aspectos do ambiente que entram em contingências comportamentais. (p. 56-57)

Segue-se, então, que o ensino da comunicação verbal é essencial para a adaptação e a integração da criança em seu ambiente social. Essa integração pode ser considerada bem sucedida quando promove reforçamento positivo para seus membros, com maior probabilidade de manter a relação e a inclusão a longo prazo, com benefícios (ou no mínimo sem prejuízos) para o grupo expandido. Por exemplo, os comportamentos

opositores de Alex acabam configurando interações coercitivas e, a longo prazo, diminuem as possibilidades de inclusão em seu grupo de pares, de aceitação pelos educadores, de aprendizagem escolar e nos demais contextos sociais. Em última instância, eles estabelecem condições para a marginalização e o engajamento em comportamento delinquente, com prejuízo para o grupo social expandido. Em contrapartida, se Alex aprende outras maneiras de interagir (e.g., conversar, pedir ajuda e adquirir hábitos de estudo - que também são, ao menos em parte, comportamento verbal), pode desenvolver interações amistosas com colegas/educadores e usufruir seus diversos benefícios, ao mesmo tempo em que tem possibilidade de oferecer contribuições ao grupo expandido (cidadania).

Até o momento, esta análise enfoca o papel da aprendizagem de repertório verbal na promoção de interações reforçadoras positivas e na prevenção de desajuste social. Esta não é uma relação direta; ela depende do terapeuta, dos pais e dos demais educadores ensinarem à criança a utilizar esse repertório em interações sociais habilidosas. Além desses fatores, também é necessário abordar outros papéis da aprendizagem verbal: o desenvolvimento de autocontrole, autoconceito e autoconhecimento (relacionados ao controle do próprio comportamento), bem como a previsão e o controle sobre o ambiente (relacionados ao controle sobre o comportamento do outro).

No caso do controle do próprio comportamento, tem-se que a criança é falante e ouvinte de seu próprio comportamento verbal, relação pesquisada empiricamente em estudos sobre correspondência (Matthews, Shimoff & Catania, 1987; Ribeiro, 2005), nos quais se investiga o controle verbal sobre o comportamento não verbal, ou seja, o autocontrole. No treino dizer-fazer, reforça-se a correspondência quando se faz aquilo que se diz, enquanto no treino fazer-dizer, o reforço ocorre pela correspondência ao falar daquilo que se fez (Beckert, 2005). O fazer-dizer é necessário ao autocontrole e o dizer-fazer, ao autoconhecimento e ao autoconceito. No caso do ensino de leitura e escrita, os hábitos de estudo necessários implicam o comportamento de seguir regras, uma vez que estudar é menos provável do que outras atividades que distraem a criança. Regra (2004) salienta que, além de seguir regras, a criança deve ser ensinada a desenvolver autorregras – visto que estas favorecem sua autonomia para estudar e, a longo prazo, tornar-se

independente das instruções de outrem. Quando a criança não segue regras e não adquire o autocontrole necessário para manter hábitos de estudo, é maior a probabilidade de se engajar em outros comportamentos para os quais recebe uma atenção de qualidade ruim (e.g., broncas, rótulos), desenvolvendo aos poucos um “autoconceito negativo” (Regra, 2004, p. 228).

Em termos comportamentais, o autoconceito negativo implica uma descrição de si mesmo sob controle seletivo de algumas variáveis, e não de outras - o que pode ser inferido pelos constantes comentários de Alex (e.g., “Não consigo”, “Não sei”). Em uma sessão, as contingências relacionadas a esse autoconceito foram descritas por Alice para a criança em termos de: “Tudo a gente consegue se treinar. Tem coisas que eu não consigo e, se eu pensar assim ‘eu não consigo, eu não consigo’ e não treino, eu nunca vou conseguir. Se eu pensar ‘hoje eu não consigo, mas se eu treinar, eu vou conseguir’, aí eu consigo”. A criança se descrevia sob controle de propriedades de seu comportamento relacionadas a fracasso e não descrevia outras contingências em que podia ter se esforçado e, algumas vezes, até mesmo obtido sucesso.

Conforme Skinner (1974), a consciência de si próprio tem origem social, isto é, a comunidade verbal ensina a criança a se descrever dessa maneira.

Ser consciente, como uma forma de reagir a seu próprio comportamento, é um produto social. . . . É apenas porque o comportamento do indivíduo é importante para a sociedade que a sociedade, por sua vez, torna o comportamento importante para o indivíduo. O indivíduo torna-se consciente do que ele está fazendo apenas depois que a sociedade tiver reforçado respostas verbais com relação a seu comportamento como fonte de estímulos discriminativos. (Skinner, 1957/1992, p. 425)

Quando Alice ensina Alex a ler e escrever e, além disso, ensina-o a se descrever como alguém que aprendeu e conseguiu, ela está colocando seu comportamento verbal sob controle de novos comportamentos não verbais. Portanto, são duas as mudanças: no fazer e no fazer-dizer (autoconceito). Mais do que isso, espera-se que esse novo dizer altere a probabilidade do fazer futuro, ou seja, que descrições sobre sua capacidade de ler, escrever e se concentrar participem (como autorregras) das contingências que tornem mais provável o engajamento de Alex novamente.

O processo terapêutico da díade Bertha-Bia

Os comportamentos-alvo de Bia, de ciúme do irmão, ser “grudenta” e manter interações familiares aversivas, eram as principais queixas no contexto da família e, portanto, com menor generalização para outros ambientes. Ainda assim, a compreensão do comportamento em termos de classes de respostas possibilitou a Bertha intervir sobre os comportamentos de Bia na relação terapêutica, sob a hipótese de pertencerem à mesma classe de comportamentos-alvo que ocorria fora da sessão. Conforme Kanter et al. (2009),

Felizmente, terapeutas podem observar diretamente como clientes interagem na sessão. Na FAP, assume-se que o mesmo processo funcional que ocorre na vida diária do cliente frequentemente irá ocorrer na sala com o terapeuta, ainda que possivelmente em uma forma topograficamente diferente. . . . O processo de acesso funcional deveria resultar no reconhecimento de padrões de classes funcionais que podem ser utilizadas para organizar os CRB's do cliente e levar à formação da conceituação do caso. (p. 40-41)

Conforme as informações obtidas por Bertha, nas interações familiares, Bia era ora punida, ora reforçada por expressar suas vontades, como aquelas relacionadas ao “consumismo”. Ou, ainda pior, muitas vezes era punida e depois sua insistência era reforçada – o que podia implicar uma cadeia de comportamentos na qual punição sinalizava reforço, tornando-se reforçador condicionado. Processo análogo pode ter ocorrido para as demonstrações de afeto, que Bertha analisou como decorrentes de um processo de modelagem: “o comportamento mais ‘grudento’ pode ter sido aos poucos acidentalmente modelado pelas próprias tentativas da criança de produzir a reaproximação dos pais. Porém, quanto mais ela procurava aproximação, mais produzia afastamento, a longo prazo. A figura da mãe foi ficando aversiva para a filha e vice-versa. Paralelamente, Bia pode ter generalizado esses comportamentos para a relação com seu grupo de pares, especialmente as amigas da escola”. Assim, tais interações familiares teriam levado a: (1) um padrão generalizado de respostas pouco assertivas de Bia, observadas em sessão, especialmente na dificuldade de fazer pedidos à terapeuta e (2) tentativas pouco adequadas de aproximação e de estabelecimento de intimidade, observadas em sessão sobretudo nas relações de fantasia. O conceito de *intimidade*, na perspectiva analítico-comportamental, implica relacionamentos de confiança e afeto

suficientes para que cada membro se comporte de modo a revelar-se ao outro e ser validado, em vez de punido (Vandenberghe & Pereira, 2005).

Além de favorecer a observação de classes funcionais de respostas, o uso da fantasia, com bonecos representando uma família, garantiu a estimulação necessária para Bia se comportar, na relação com Bertha, de forma semelhante às interações que mantinha fora da sessão. A partir daí, Bertha passou a manejar seus comportamentos por meio dos personagens inventados. A estruturação da sessão e dos episódios de fantasia, com este objetivo, está relacionada à segunda regra da FAP: “evoque CRB’s”, ou seja, o terapeuta deve estruturar a terapia para que ela seja evocativa (Tsai, Kohlenberg, Kanter & Waltz, 2009).

Usualmente, os trabalhos sobre intimidade focam a questão da *esquiva*, partindo da premissa de que o cliente com problemas nesta área chega à terapia depois de um processo em que foi punido em relações íntimas/afetivas, fortalecendo autorregras de evitar relacionamentos mais profundos e expor sentimentos (cf. o caso narrado por Vandenberghe & Pereira, 2005). A partir disso, seria papel do terapeuta estruturar a terapia para evocar comportamentos de intimidade e afeto e reforçá-los naturalmente na relação. Contudo, histórias de punição em relacionamentos podem ser suficientemente complexas para produzirem os mais diversos efeitos. No caso de Bia, a queixa de ser grudenta pode ser traduzida em termos de oferecer autorrevelação e afeto sem uma leitura adequada do ambiente e do interlocutor – o que ora produzia aproximação, ora afastamento do outro. Em consequência, a criança também oscilava entre novas tentativas de aproximação e o afastamento ou confronto, ambos com topografias extremas.

Durante as sessões, esses padrões de relacionamento foram evidenciados nas fantasias. Bia criou situações com bonecas em que a terapeuta era “a melhor amiga do mundo” e foram “morar juntas” (CRB1 de aproximação desmedida) e, simultaneamente, foi morar sem os pais porque eles viviam brigando e ela “tinha medo de brigar de volta e fazer mal à mãe” (CRB1 de afastamento exagerado). Assim, o uso da fantasia foi uma estratégia que possibilitou o surgimento desses padrões, a partir dos quais Bertha ensinava novas maneiras de se relacionar.

Tsai et al. (2009) propõem que o instrumento de mudança do cliente deve ser o próprio terapeuta, ao estabelecer uma aliança terapêutica mais favorável. Isso pode ser alcançado, por exemplo, quando o terapeuta aproveita suas qualidades para benefício do cliente, utiliza suas maneiras mais “autênticas” de demonstrar cuidado, conhece e aceita os riscos de envolver-se em um relacionamento profundo. No caso de Bertha, isso era evidenciado na quantidade elevada de respostas empáticas e na disposição em emprestar material para Bia utilizar em casa (estratégia voltada à generalização da aprendizagem para fora da sessão, mas também à demonstração de afeto e confiança) e presentear a criança com um vale-pizzaria para toda a família (sexta sessão), uma medida de promoção de contexto favorável para interações amistosas.

As questões discutidas no caso de Alex, a respeito de comportamento verbal e formação de autoconceito, também se aplicam ao caso de Bia. A família é considerada como o primeiro contexto em que a criança desenvolve relações afetivas. Dificuldades de relacionamento familiar na infância podem levar a dois problemas, interdependentes. Um deles é a dificuldade de estabelecer contatos sociais e comunicar sentimentos. O outro é a formação de um *self* instável que, por sua vez, pode fazer parte de transtornos psicológicos mais graves, como os transtornos de personalidade (Kohlenberg & Tsai, 2001), cujos critérios diagnósticos se aplicam à fase adulta.

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), por exemplo, tem como um de seus critérios a instabilidade afetiva (DSM-IV). Segundo a Terapia Comportamental Dialética de Linehan (1987), empiricamente validada para tratamento do TPB, a origem principal do desenvolvimento deste transtorno estaria em uma história de invalidação na infância, especialmente no relacionamento com os pais. A autora operacionaliza invalidação como a falta ou inconsistência no reforçamento positivo contingente a respostas sob controle privado. Os pais invalidam relatos de sentimentos (sobretudo negativos), minimizam as dificuldades da criança em controlar emoções, pensar e agir e criticam/punem sua expressão de preferências, valores e crenças não correspondentes às deles. Na análise da formação do *self* instável ou até “ausente”, no caso da TPB, Kohlenberg e Tsai (2001) descrevem que a história de invalidação, além de não ensinar a discriminação de eventos privados, é uma contingência de imprevisibilidade sobre as consequências para a expressão de emoções: o reforço não se dá pela correspondência

com os eventos privados, mas por eventos externos alheios ao controle da criança. Reações extremadas (e.g., “relacionamentos interpessoais instáveis e intensos”, outro critério diagnóstico do TPB, segundo o DSM-IV) poderiam ser interpretadas, na perspectiva comportamental, como uma tentativa de aumentar a probabilidade de produzir controle e previsão sobre o comportamento do outro. Estes padrões de relacionamento, semelhantes aos descritos nas interações familiares de Bia, sugerem que sua inassertividade também poderia estar relacionada a uma dificuldade para responder sob controle de estados internos - fruto de uma história de invalidação de eventos privados principalmente por parte de sua família.

Não há uma relação determinística entre relacionamentos parentais instáveis na infância e desenvolvimento de transtornos de personalidade. Independentemente do diagnóstico psiquiátrico, o importante aqui é salientar que esse padrão de interação, relatado por Bertha a respeito de Bia e sua família, é prejudicial na infância e também preditivo de dificuldades de relacionamento na idade adulta (Kohlenberg & Tsai, 2001). Na sessão, correlatos desse padrão foram observados em interações em que Bia emitia mandos disfarçados de fatos e relatos impregnados de autoclíticos, fazendo escolhas sob controle da aprovação da terapeuta (e.g., “Vou escolher o que você escolher”). As intervenções de Bertha, tanto sobre o comportamento não verbal como sobre o verbal, foram coerentes com as recomendações das terapias da terceira onda - especialmente a FAP, a DBT e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que partem dos pressupostos da Análise do Comportamento, mas enfatizam as intervenções sobre o comportamento verbal, o que (grosso modo) seria equivalente às intervenções sobre a *aceitação*, sem descartar a necessidade de modificação de comportamento, equivalente ao *compromisso*.

No campo do comportamento não verbal, Bertha estruturou situações para que Bia pudesse ser valorizada por suas habilidades (e.g., desenho, pintura, capacidade imaginativa e habilidades manuais) e características (e.g., aparência física), mas aceita também independentemente de seus atributos (e.g., relação de carinho e empatia constantes). As consequências dadas por Bertha incluíram o elogio, mas principalmente descrições sobre o comportamento de Bia, as quais estabeleciam uma relação afetiva e estável (e.g., “Quando faço x, minha terapeuta me elogia”) e podiam alterar o modo

como a criança se descrevia (e.g., “*Eu sou habilidosa*”, “*Eu sou aceita*”), uma correspondência entre verbal e não verbal do tipo “*Eu x*”, essencial ao desenvolvimento do self estável.

No que diz respeito ao ensino da análise de contingências (correspondente principalmente à categoria MANEJAR CONTROLE VERBAL), esta descrição verbal é importante para suplementar as contingências fora da sessão, favorecendo o desenvolvimento de autocontrole (treino dizer-fazer). Assim, se Bia passasse a descrever o irmão autista como alguém que “*não tem culpa de ter nascido assim*” e que “*só queria brincar com a irmã*”, em vez de descrevê-lo como “*um chato*”, isso poderia suplementar as contingências, evocando outras respostas de Bia (e.g., tentar brincar e ser tolerante). Estas, por sua vez, poderiam ser reforçadas pela mãe, orientada por Bertha.

Assim como no caso de Alex, essa intervenção sobre o comportamento verbal também poderia levar Bia a se expressar de outras formas, conforme as mudanças descritas na seção de Resultados, ao se comparar os primeiros atendimentos ao último. Essas mudanças estão de acordo com os pressupostos da ACT e da Terapia Contextual (Hayes et al., 2007), como os eixos de intervenção sobre a inflexibilidade psicológica: autoconhecimento, aceitação dos sentimentos, difusão cognitiva, self como contexto, ação de compromisso e construção de valores.

Considerações sobre os sistemas de categorização

A proposta do presente estudo, de buscar a articulação entre os sistemas de categorização, assegurou contribuições relevantes para a compreensão do processo em terapia infantil (possivelmente extensíveis a outras populações), bem como questões para novas pesquisas. Alguns dos principais resultados dos sistemas ou da relação entre eles são discutidos a seguir.

O uso das categorias do terapeuta e do cliente do SMCCIT mostrou a possibilidade de sua aplicação para a categorização de processos terapêuticos com crianças, o que pode ser importante para comparações entre resultados de diferentes pesquisas, inclusive entre padrões de distribuição das categorias para crianças e adultos.

Na comparação entre os resultados do SMCCIT na presente pesquisa e os resultados de Zamignani (2007) – obtidos na categorização do atendimento de uma cliente adulta, conduzido por um terapeuta experiente –, já se notam grandes diferenças entre os padrões das díades. Na segunda sessão categorizada por Zamignani, a cliente, de 32 anos, falava continuamente sem necessidade de auxílio do terapeuta. As categorias do terapeuta mais frequentes foram GESTO DE CONCORDÂNCIA (67,8%) e FACILITAÇÃO (17%), provavelmente com a mesma função de manter a cliente falando. Na categorização das sessões iniciais das terapeutas Alice e Bertha, as categorias mais frequentes foram INFORMAÇÃO (Alice = 36%; Bertha = 27%) e SOLICITAÇÃO DE RELATO (Alice = 19%; Bertha = 24%), que apresentaram frequência quase nula no atendimento analisado por Zamignani. Essa comparação indica diferenças substanciais entre uma terapia predominantemente verbal com cliente adulta e dois atendimentos de crianças cujo repertório verbal ainda se encontra em desenvolvimento. Também indica que o foco na sessão (essencialmente a categoria INFORMAÇÃO) sobressai no atendimento das crianças, com outras estratégias sendo utilizadas, além de CONVERSAR SEM ATIVIDADE.

No caso das categorias do cliente, as maiores porcentagens da cliente adulta ocorreram em CONCORDÂNCIA (35%), RELATO (25%, mas com 70% de duração) e CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES (20%). No atendimento de Alex e Bia, as frequências relativas foram, respectivamente: 34,8% e 66,5% para RELATO; 16,7% e 11,2% para SOLICITAÇÃO; 37% e 16,9% para CONCORDÂNCIA e 8,4% e 0,9% para OPOSIÇÃO. As maiores diferenças estão na proporção de CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES (maior para a cliente adulta) e de SOLICITAÇÃO (maior para as crianças). Contudo, o sistema não detectou que, mesmo quando houve similaridade na frequência, a maioria das verbalizações das crianças tinha *foco na sessão*, enquanto a paciente adulta falava sobre problemas no relacionamento conjugal (i.e., *foco fora da sessão*). Nas duas pesquisas, as categorias MELHORAS e METAS tiveram ocorrências próximas ou iguais a zero (mesmo na décima sétima sessão categorizada por Zamignani, 2007).

Talvez os dois eixos do sistema SMCCIT (terapeuta e cliente) possam ser aprimorados com a inclusão do foco dentro ou fora da sessão, capaz de indicar *quanto* o conteúdo da interação se refere à própria relação terapêutica. Esse dado é importante não apenas no estabelecimento de peculiaridades da terapia infantil, mas também para

realizar outros tipos de comparação, tais como: (1) entre estilos de intervenção dos terapeutas e seus resultados; (2) entre modalidades terapêuticas (e.g., FAP versus outras terapias); (3) entre características dos clientes e das terapias empiricamente validadas para cada problema (e.g., TPB, cuja recomendação da Terapia Comportamental Dialética é de que a intervenção ocorra na relação terapeuta-cliente).

De todo modo, os resultados da utilização do SICOT, aliado aos outros sistemas, demonstraram empiricamente que os processos comportamentais envolvidos em uma sequência (e.g., RECOMENDAÇÃO → CONCORDÂNCIA → APROVAÇÃO) são muito diferentes quando a *recomendação* é para dentro da sessão (neste caso, a concordância significa sua execução e a aprovação maneja o comportamento na sessão imediatamente) ou para fora (a concordância é uma “promessa” verbal de execução futura e a aprovação tentaria reforçar a promessa, manejando o controle verbal).

Ainda sobre o foco, os resultados sugerem que, quando o nível de desenvolvimento verbal da criança é incipiente, o foco na sessão torna-se mais provável, diminuindo a proporção de COLETAR DADOS e de MANEJAR CONTROLE VERBAL - que, quando ocorria, muitas vezes utilizava estímulos presentes na sessão para o ensino da resposta de emitir tatos. Novas pesquisas de processo com crianças, adotando categorização do foco, poderão indicar se há validade externa para esse resultado. De qualquer forma, os achados são consistentes com a ênfase da FAP e da DBT sobre o foco na relação terapêutica com clientes com Transtorno de Personalidade Borderline (Sousa, 2004), bem como com os resultados de Oshiro (2010) sobre manipulação da FAP em delineamento experimental ABAB, para clientes adultos considerados “difíceis”. Ambos os estudos (o primeiro de revisão e o segundo empírico) mostram que os clientes teriam maior comprometimento verbal - o que, para Kohlenberg e Tsai (2001), se origina em uma história de formação de self instável, responsável por graves problemas de relacionamento interpessoal. O self instável de um adulto foi comparado pelos autores ao da criança em desenvolvimento:

A criança tem uma experiência relativamente pequena do *self* como (1) contínuo, (2) originador de ações e (3) uma consciência permanente que vê tudo. Para que esses estados ocorram, os pais devem reforçar consistentemente as respostas [verbais] “eu X” para que o lócus ganhe controle. . . . Como a criança em

desenvolvimento é mais propensa a mudanças na experimentação do *self*, a norma é o *self* flutuante. (Kohlenberg & Tsai, 2001, p. 169)

O foco na relação permite ao terapeuta modelar naturalmente as respostas do cliente em sua relação consigo próprio (Oshiro, 2010; Souza, 2004). No caso do ensino e validação do tato de eventos privados para o desenvolvimento do *self*, o foco na sessão possibilita ao terapeuta não apenas ter mais controle sobre a correspondência entre relatos e eventos (incluindo os correlatos de eventos privados), mas também reforçar as respostas imediatamente. Na DBT com crianças, alguns passos são propostos nessa mesma direção, como o treino de tato de eventos públicos, imaginação (resposta encoberta) de eventos concretos e registro de comportamentos fora da sessão (Callahan, 2008), todos observados nas sessões gravadas das díades A e B.

Quanto aos comportamentos clinicamente relevantes das crianças (FAPRS), as mensurações de CRB1 e CRB2 foram as únicas que sugeriram efeitos da intervenção ao longo do atendimento, quando houve predomínio de foco na sessão (díade Alice-Alex). Esses achados confirmam os resultados das pesquisas anteriormente citadas, de Del Prette (no prelo) e Oshiro (2010).

Não foram encontradas tendências na distribuição da frequência de CRB3 ao longo das sessões dos dois atendimentos, mas a análise qualitativa indicou mudanças nos comportamentos verbais das crianças. Em pesquisas de processo com foco no comportamento verbal, é provável que outros sistemas de categorização possam se mostrar mais úteis do que o da FAPRS, como o *Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists* (FASIT, de Callaghan, 2006), que define cinco classes de resposta verbais do cliente: (a) afirmação das necessidades; (b) comunicação bidirecional; (c) resolução de conflito; (d) habilidades de autorrevelação para promover proximidade interpessoal e (e) dificuldades em expressar emoções. Aparentemente, há um movimento cada vez maior de diversos núcleos de pesquisa em direção à investigação empírica de processos terapêuticos utilizando a FAP (Santos, 2011) - o que inclui a elaboração e o uso de instrumentos de medida. De todo modo, o FAPRS levou a alguns resultados importantes. Curiosamente, um deles foi a constatação da alta frequência de unidades de análise categorizadas como OUTROS, especialmente como componentes de FAVORECER A

ADESÃO do SICOT. As falas e ações incluídas em OUTROS também eram partes de episódios verbais que se iniciavam com interações possivelmente pré-requisitos para que outras mais “decisivas” a sucedessem, quando realmente se observa algum tipo de mudança ou a emissão de um comportamento clinicamente relevante. O fato de a FAPRS ser um sistema molecular pode ter dificultado a identificação do desenrolar de interações pertencentes a um mesmo episódio, que procuram levar a um comportamento clinicamente relevante do cliente. Nesse sentido, o uso do SECAT e do SICOT foi essencial para a delimitação e sistematização desses episódios.

O SECAT e o SICOT se mostraram eficazes para a sistematização das estratégias de conversas e atividades utilizadas em terapia analítico-comportamental infantil. Seu uso para a análise das sessões das duas terapeutas experientes indicou que, nos dois atendimentos, todas as categorias foram contempladas e puderam ser articuladas com os outros sistemas. A proposta de integração de diferentes sistemas (molares e moleculares) mostrou ser uma opção válida para a sistematização de dados em pesquisa de processo, para crianças ou terapias que utilizem atividades em sessão (SECAT) e até mesmo para qualquer faixa etária (SICOT).

Estudos sobre o brincar em terapia, independentemente da abordagem teórica, afirmam que seu uso garante à criança os meios mais apropriados ao seu nível de desenvolvimento para a comunicação e amadurecimento (Landreth, 2002). Entre as atividades realizadas em sessão, o uso do brincar tem sido referido na literatura nacional sobre terapia comportamental como um instrumento facilitador de intervenção (e.g., Torres & Meyer, 2003), como atividade à qual o clínico precisa recorrer (Silveira & Silveiras, 2003). O brincar é referido também como um processo de aprendizagem que promove o treino de habilidades (Guerrelhas, Bueno & Silveiras, 2000), uma atividade que favorece a aquisição de comportamentos sociais (Gadelha & Menezes, 2004) e um exercício fundamental ao desenvolvimento da criança (de Rose & Gil, 2003). No entanto, pouco tem sido escrito sobre as maneiras pelas quais o brincar poderia produzir mudança de comportamento – o que pode dar a (falsa) impressão de que o brincar em si é o agente de mudanças. Dificilmente um clínico experiente – como as terapeutas participantes deste estudo, que não restringiram suas intervenções ao brincar – concordaria com tal afirmativa. Ainda assim, a ausência de uma proposta de

sistematização das estratégias de intervenção dificulta o trabalho de identificar o que *de fato* o terapeuta faz quando brinca, como ele utiliza a brincadeira para estabelecer outras conversas com a criança e como ele evoca e estabelece consequências diferenciais para os comportamentos clinicamente relevantes da criança durante a brincadeira - aí sim ensinando repertórios que não se desenvolvem só pelo brincar e pela presença do brinquedo.

Na verdade, os resultados aqui apresentados com o uso do SECAT e do SICOT, somados a análises moleculares, qualitativas e quantitativas, indicaram que nos episódios categorizados como BRINCAR ocorreram menos comportamentos clinicamente relevantes. BRINCAR foi uma estratégia muito importante para favorecer a adesão da criança, medida coerente com as afirmativas da literatura (de Rose & Gil, 2003) que ressaltam aspectos de *espontaneidade* e *prazer* dessa atividade. No entanto, para alcançar outros objetivos analítico-comportamentais, categorias distintas do SECAT foram mais efetivas. A sistematização das atividades e conversas indicou que a utilidade das falas é diferente a depender de sua relação com as atividades, e vice-versa. Por exemplo, brincar, com falas próprias da brincadeira, não produziu o falar sobre os problemas da criança e nem realização de análises.

Ao brincar para favorecer a adesão ao tratamento, as terapeutas emitiram cerca de 15% de APROVAÇÃO, descreveram seus comportamentos e os da criança (INFORMAÇÃO) – uma demonstração de interesse “neutra” em termos de julgamento favorável ou desfavorável –, mantiveram o foco na relação e, sobretudo, não falaram nem perguntaram sobre problemas. Em suma, este conjunto de atitudes caracterizou a estratégia do brincar como favorável à adesão da criança em terapia. Sem o devido treino e uma meta a alcançar, alguém pode brincar com a criança e instigar competição e rivalidade, demonstrar desinteresse, fazer julgamentos, invalidar sentimentos e produzir afastamento. Somente por meio das habilidades terapêuticas necessárias, voltadas a um objetivo bem estabelecido, que o brincar favorece a adesão da criança.

Os resultados também indicam que interações envolvendo brincadeiras podem ser propícias à ocorrência de comportamentos clinicamente relevantes da criança (CRB1 e CRB2), embora *em menor grau* que as outras estratégias. Assim, o brincar foi utilizado para manejar comportamentos das crianças com foco quase exclusivamente na sessão. O

uso dessa estratégia para tal finalidade é coerente com os resultados da pesquisa de Del Prette (2006a), que encontrou sequências de interação características de procedimento de reforçamento diferencial dos comportamentos (APROVAÇÃO de CRB2 e DISCORDÂNCIA de CRB1). Na verdade, usar a brincadeira (aliada às outras estratégias) para manejar o comportamento das crianças em sessão pode ser uma vantagem da terapia infantil sobre a terapia com adultos. Esta última é mais dependente do relato do cliente, em parte pela cultura da terapia de gabinete, importada de outras abordagens teóricas - o que se torna um desafio para a Análise do Comportamento e objeto de discussão sobre o que de fato o terapeuta de adultos faz (e.g., Guedes, 1993; Meyer, 2000).

Estudos sobre ludoterapia em diversas abordagens teóricas consideram que o brincar é um veículo de comunicação entre a criança e o terapeuta, partindo da premissa de que a criança utiliza os materiais da brincadeira para direta ou simbolicamente expressar sentimentos, pensamentos e experiências que ainda não é capaz de manifestar por palavras, como na ludoterapia Adleriana (Kotman, 2001), ecossistêmica (O'Connor, 2001) e prescritiva (Schaefer, 2001). Bratton, Ray, Rhine e Jones (2005) realizaram uma meta-análise de 93 estudos controlados com resultados publicados entre 1953 e 2000, sobre terapias que incluem o brincar - às vezes denominadas *ludoterapia*⁶ (em diversas abordagens teóricas e mesmo na comportamental). Os autores afirmam que esta modalidade de atendimento psicológico à criança existe desde o início do século XX, com trabalhos de Ana Freud e Melanie Klein, mas foi mais difundida a partir da criação da *Association for Play Therapy* (APT), em 1982, que teria estabelecido a ludoterapia como tratamento especializado no campo da saúde mental. Segundo o site da APT, visitado em 2003 pelos autores, havia mais de 4.500 profissionais, de diversas abordagens, registrados como *ludoterapeutas* e cerca de 2.200 publicações divulgando seu uso. Bratton et al. (2005) destacam que, apesar do crescimento e da popularidade, a ludoterapia ainda não é aceita pela comunidade científica, em virtude da escassez de evidências empíricas que deem suporte ao seu uso. Os resultados obtidos com o SECAT indicam que a estratégia de brincar em sessão não deveria ser indistintamente apontada

⁶ Este trabalho não utiliza o termo ludoterapia para evitar a conotação de que brincar é a única estratégia do terapeuta e que a brincadeira é a responsável pela mudança do cliente.

como *efetiva*, pois tal afirmativa subestima outras variáveis tão ou mais importantes do que o brinquedo ou a brincadeira utilizada. Acima de tudo, a análise do brincar precisaria responder: (1) Qual o objetivo de inserir esta estratégia na sessão? (2) Quais os comportamentos da criança podem ser evocados e conseqüenciados?; (3) Quais as outras ações e estratégias precisam ser combinadas ao brincar para a efetividade do tratamento como um todo (i.e., generalização dos resultados obtidos)?

Duas alternativas ao BRINCAR, da classe *fazer atividade* com a criança, produziram resultados bastante interessantes, diferentes daqueles encontrados durante as brincadeiras: FANTASIAR e FAZER TAREFA TERAPÊUTICA. Embora sejam estratégias distintas, elas têm em comum o fato de terem permitido uma atuação mais diretiva das terapeutas (ao passo que a brincadeira era composta de interações mais livres) para o manejo de vários tipos de comportamentos clinicamente relevantes. Grosso modo, a tarefa terapêutica foi priorizada como estratégia de intervenção na instalação de comportamentos de execução ou ação (e.g., ler, escrever, concentrar-se), enquanto a fantasia foi utilizada por ambas as terapeutas para tratar de dificuldades de relacionamento interpessoal, déficits de repertório interpessoal e controle verbal.

A tarefa terapêutica produziu mudanças relativamente rápidas sobre o comportamento-alvo de leitura e escrita de Alex, conforme demonstrado na terceira parte da seção de Resultados. A análise das diferenças entre a *modificação do comportamento infantil* e a *terapia analítico-comportamental infantil*, realizada por Conte e Regra (2000), indica que muitas tarefas terapêuticas possivelmente guardem mais semelhanças com o perfil da modificação do comportamento (talvez pela diretividade), especialmente devido ao foco em uma única resposta ou classe de respostas e em eventos ambientais públicos e imediatamente antecedentes e conseqüentes à resposta.

Ainda que não se tenha feito uma revisão de literatura exaustiva sobre o tema, aparentemente as estratégias de fantasia e de brincadeiras têm sido mais referidas em publicações da área do que fazer tarefas terapêuticas em sessão. Mesmo que a terapeuta Alice tenha relatado preferência pela alternativa de delegar o treino de leitura e escrita a um acompanhante terapêutico, o fato de dedicar grande parte da sessão a esse treino foi positivo e evidenciado tanto na análise quantitativa (e.g., redução da frequência de CRB1 e aumento da frequência de CRB2) como na qualitativa (e.g., aprendizagem da criança em

leitura e escrita). Assim, sugere-se aqui a necessidade de mais investigações sobre esta estratégia de intervenção e a ampliação das possibilidades de seu uso por parte dos clínicos, especialmente nos casos como o de Alex, em que o terapeuta não conta com alternativas para estender sua intervenção ao ambiente extraconsultório.

De todo modo, não é demais salientar que, além da criança ter alcançado o repertório-alvo de leitura e escrita, outro efeito foi a modificação de sua relação com este objeto, inicialmente aversivo e, aos poucos, mais reforçador. Historicamente, as origens experimentais e as estratégias herdadas do período da modificação do comportamento guardam uma série de estigmas na cultura da psicologia em geral. Defende-se aqui que incluir uma estratégia aparentemente daquela “época” (sem se restringir a ela) pode favorecer a superação desse estigma e a apropriação mais ampla, pela clínica, do conhecimento que a Análise do Comportamento tem a oferecer.

Quanto ao uso do FANTASIAR, esta estratégia foi mais frequente para a díade Bertha-Bia, o que é consistente com o fato de as dificuldades da criança serem predominantemente no campo dos relacionamentos afetivos interpessoais, e não das aprendizagens escolares. Em combinação com o BRINCAR, Bertha utilizou as duas atividades para manejar os comportamentos de Bia em sessão. Em outras palavras, ao fantasiar na terapia, pôde incluir na sessão estimulação pertinente sobre comportamentos clinicamente relevantes da criança. Regra (2001) destaca que esta estratégia é compatível com os pressupostos do behaviorismo radical, uma vez que *sentir, perceber, sonhar e imaginar* são comportamentos como quaisquer outros e, portanto, objetos de estudo científico do behaviorista. A autora também destaca que fantasiar seria um recurso metafórico utilizado tanto para a coleta de dados como para a intervenção. Metáfora aqui – no sentido do tato com extensão metafórica, definido por Skinner (1957/1992) – significa que a fantasia contém propriedades de estímulos com os quais a criança já entrou em contato no passado e, devido à semelhança entre as propriedades, pode responder da mesma maneira. Sobre a fantasia como estratégia de coleta, Regra (1999) afirma que

a criança dificilmente relata os comportamentos a serem mudados em terapia. Provavelmente, porque é difícil identificá-los e, quando os identifica, parece não pretender mudá-los; outras vezes, embora pretenda mudá-los, não deseja relatar o que acha que faz de errado por medo de crítica e desaprovação. (p. 105)

Assim, Regra (1999) aponta três justificativas diferentes para o uso da fantasia na coleta de dados, como estratégia alternativa à conversa sem atividade. A primeira delas, a dificuldade de a criança identificar os comportamentos a serem mudados, pode estar relacionada à mera dificuldade em relatar eventos, em parte pelo seu nível de desenvolvimento. Uma contingência completa de relato de eventos passados (i.e., tatear estímulos ausentes) inclui também o comportamento encoberto de *lembrar* ou *recordar* que, conforme Catania (1999), é mais provável quando o ambiente presente contém estímulos com propriedades comuns àquelas que se pretende recordar. Os estímulos, no caso, podem ser oferecidos pelos brinquedos auxiliares da fantasia ou podem ser, eles mesmos, produzidos pela criança, como no desenho ou em um exercício de imaginação dirigida. Quando a criança desenha (e.g., sessões de Alice-Alex), ela reproduz estímulos ou combina, de maneira organizada ou não, propriedades de estímulos com os quais já entrou em contato. Quando é solicitada a elaborar uma história sobre o desenho, imagina interações novamente, baseadas em semelhança de propriedades - no caso, entre sua vida e os estímulos que ela mesma produziu no papel. Ainda que essa seja uma estratégia de coleta de dados, também pode ser o próprio objetivo da intervenção terapêutica, como no caso de Alice, que buscava ensinar Alex a tatear eventos - comportamento mais provável se parte da estimulação estivesse presente na forma dos desenhos realizados. A imaginação dirigida é ainda mais complexa: o estímulo para a resposta de imaginar é verbal, representado pelo comando do terapeuta, como quando Bertha dizia: “Imagine que você é uma flor...”.

De fato, pode ser tênue a diferença entre a coleta de dados e a intervenção, especialmente em processos verbais. As outras duas justificativas de Regra (1999) para o uso da fantasia como coleta também poderiam ser compreendidas como o próprio objeto da intervenção. A criança “não querer mudar” seus comportamentos seria o foco do terapeuta quando identifica o papel de regras e autorregras na manutenção dos problemas e a necessidade de quebrá-las, alterando classes de estímulos (Regra, 2001) – algo a ser discutido mais adiante na avaliação da categoria MANEJAR CONTROLE VERBAL. Já a esquiva do relato, por medo de desaprovação, está provavelmente relacionada a uma história de punição para esse relato ou para o comportamento em si. Conforme Skinner

(1953/1970), um dos papéis do terapeuta é atuar como audiência não punitiva para que tais comportamentos possam voltar a ser emitidos.

Semelhanças e diferenças entre propriedades dos estímulos da fantasia em sessão e a realidade da criança podem contribuir para este e outros objetivos. Quando Bertha apresenta a Bia uma bonequinha que lhe pergunta “você tem raiva de mim, filha?”, ocorre que: (1) semelhanças entre esta situação e outras vivenciadas por Bia eliciam e evocam respostas análogas às aquelas emitidas diante de sua mãe; (2) diferenças entre esta situação e outras vivenciadas por Bia (e.g., se em vez de perguntar, a mãe gritar e bater) evocam respostas diferentes das emitidas por Bia diante da mãe; (3) diferenças entre as situações de fantasia (em um ambiente terapêutico de aceitação) e de realidade podem tornar mais prováveis respostas (e relatos emocionais) punidas no passado e (4) Bertha pode estabelecer consequências para uma e outra resposta da criança (e.g., ao empatizar com a expressão de sentimentos de raiva ou aprovar o modo mais assertivo de expressá-las, fazendo isso no papel de terapeuta ou ainda no papel de boneca).

A similaridade entre a fantasia e a realidade também auxilia a generalização das mudanças em sessão, uma vantagem em relação à tarefa terapêutica, que dispõe de contingências programadas e às vezes até utiliza reforço arbitrário. Essa similaridade é enfatizada em intervenções baseadas nos pressupostos da Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 2001) que, segundo Conte (2001), foi proposta para intervenção com adultos, mas tem se mostrado útil no atendimento infantil em diversos aspectos, tais como: permitir acesso indireto à história de reforçamento do cliente; evocar e aceitar respostas emocionais do cliente na sessão, ampliando repertório de expressividade emocional e habilidades interpessoais e favorecer generalização dos resultados pelo uso do reforçamento natural de classes de comportamentos clinicamente relevantes emitidos em sessão.

A similaridade entre fantasia e realidade pode ser mais acentuada entre crianças e utilizar a fantasia com elas também pode ser uma intervenção rica devido a características do nível de seu desenvolvimento do self. Kohlenberg e Tsai (2001) afirmam que, em crianças cujo self é mais maleável, a possibilidade de “ser outra pessoa” significa que os personagens são estímulos públicos a modelarem o modo como a criança age,

sente e vê. Os autores consideram que essa experiência é mais real, ou seja, as crianças podem realmente experienciar a sensação e a imagem visual imaginadas.

Assim como discutido sobre a categoria do BRINCAR, a fantasia em si não é terapêutica, mas pode ser a depender dos comportamentos específicos do terapeuta quando recorre a essa estratégia. As porcentagens de FANTASIAR em cada objetivo terapêutico indicaram que, enquanto Alice a utilizou principalmente para ensinar Alex a descrever eventos, Bertha levou Bia a fantasiar para manejar comportamentos (análogos às interações familiares) em sessão. Ainda assim, Bertha também solicitou que Bia descrevesse as contingências fantasiadas, mas, em vários episódios, ela interrompia a fantasia para alcançar este objetivo e, então, a estratégia era categorizada como CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE (CDA).

Sobre essa categoria, é preciso esclarecer que nem sempre que uma atividade é realizada terapeutas precisam conversar sobre ela com a criança. Do contrário, para cada episódio de atividade, os resultados apontariam um episódio de CDA - o que não ocorreu. Na base dessa afirmativa está a importância de CDA para manejar controle verbal, tornando as relações de contingência mais conscientes para a criança. Mas também é necessário reconhecer o fato de que não é preciso ter consciência sobre um comportamento ou sua mudança para que esta ocorra, algo já bem demonstrado em estudos experimentais sobre a relação entre comportamento verbal e não verbal. Isso porque mudança de comportamento significa, em outras palavras, mudança nas contingências ambientais que evocam e/ou reforçam uma resposta. Nesse sentido, regras e autorregras (controle verbal) *podem* fazer parte de tais contingências, mas não necessariamente. Comportamentos verbal e não verbal devem ser compreendidos como classes de respostas distintas, cujo desenvolvimento pode ou não ser independente, e as causas de ambas estão nas contingências de reforçamento (Lloyd, 2002).

Considerando o que foi exposto, os resultados obtidos com os dois atendimentos indicaram que CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE foi uma das principais estratégias das terapeutas para COLETAR DADOS (evocando o falar sobre problemas [O1] e sobre melhoras [O2]) e MANEJAR CONTROLE VERBAL (evocando realização de análises [CRB3] ou ensinando a descrever eventos), mas não para FAVORECER A ADESÃO. Esses resultados mostram que a utilidade das atividades em sessão não se restringe à sua execução e que as conversas

derivadas podem ser uma estratégia terapêutica para intervir sobre comportamento verbal. Assim, mesmo depois das atividades serem realizadas, elas ainda são importantes como estimulação presente na sessão, participando da contingência de falar sobre seu conteúdo para aprimorar repertório verbal e traçar semelhanças e diferenças entre os comportamentos na atividade e no dia a dia. A sistematização dessa estratégia por meio do sistema SECAT indica que ela pode ser uma maneira de contornar as dificuldades da criança no relato verbal e de ensinar a ela esse repertório. É provável também que as propriedades reforçadoras da atividade se estendam à conversa, tornando-a menos aversiva para a criança. Estudos futuros utilizando o SECAT poderão investigar esta hipótese, por exemplo, em delineamento de linha de base múltipla manipulando cada uma das estratégias como variável independente.

Outra estratégia que combina atividade e conversa é o CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE, também utilizado para COLETAR DADOS (especialmente por Bertha) e MANEJAR CONTROLE VERBAL, mas que estabelece uma relação diferente entre a atividade e a conversa, enquanto comportamentos aparentemente independentes um do outro. Como estratégia para manejar controle verbal, ambas as terapeutas utilizaram o CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE mais do que o CONVERSAR SEM ATIVIDADE. Este resultado sugere que, nos momentos de conversa paralela, a função da atividade parece importante para o alcance dos objetivos das terapeutas. A hipótese descrita na definição da categoria CPA é de que a presença da atividade (e.g., brinquedos e objetos) auxilia o terapeuta e também a criança a intercalar conversas (mais aversivas, mais complexas) com atividades (mais reforçadoras), alternando entre uma e outra e dosando as possibilidades de esquiva, por tornar as conversas menos aversivas ou mesmo mais reforçadoras pelo pareamento com a atividade.

Os resultados obtidos com as categorias CDA e CPA sugerem que as atividades são auxiliares no desenvolvimento de conversas com a criança e que a combinação dessas estratégias tem um efeito desejável sobre os comportamentos dela, especialmente no âmbito verbal. No entanto, a ocorrência de apenas cerca de 10% de interações de cada diade na estratégia CONVERSAR SEM ATIVIDADE indica que, ao menos em termos de frequência, ela foi preterida pelas terapeutas em relação a outras que talvez aumentem

as possibilidades de favorecer a adesão, obter informações, modelar repertório, desenvolver comportamento verbal, alterar função de classes de estímulos, etc.

As diferenças entre os dois atendimentos na proporção de atividades e de conversas (74% de atividades para Díade A; 45% para a Díade B) parecem indicar que, uma vez que a criança tenha o mínimo de repertório verbal de entrada, como Bia, é possível equilibrar intervenções sobre o comportamento em sessão e sobre o controle do comportamento verbal, aproveitando as vantagens que cada estratégia oferece. A categoria MCV implica mudanças no controle verbal do cliente (dentro e/ou fora da sessão) ou no comportamento não verbal futuro (fora da sessão). Nos dois casos, isso se daria a partir da interação verbal com o terapeuta, que passaria a exercer ou modificar controles verbais do cliente. O primeiro caso foi denominado por Donadone (2009) de *orientação* ou *auto-orientação para reflexão*; o segundo, de *orientação* ou *auto-orientação para ação*. Ainda assim, a intervenção mais direta - orientação do terapeuta para a ação do cliente - supõe que a fala do primeiro controle o comportamento do segundo, participando da contingência fora da sessão como estimulação suplementar na forma de uma nova regra. Mas os resultados encontrados por Donadone apontam que recomendações diretas não são a primeira opção de terapeutas experientes, motivo pelo não foram destacadas no SICOT como outra categoria:

As intervenções dos terapeutas que antecederiam a emissão da orientação/auto-orientação eram predominantemente solicitação de reflexão e interpretação. Tais dados sugerem que uma forma de atuação experiente é a de esperar que clientes estabeleçam relações modelando então a resposta de emissão de auto-orientação. (Donadone, 2009, p. 210)

O SICOT, como um sistema também prescritivo da prática do terapeuta analítico-comportamental, agrupa qualquer tipo de controle verbal, respaldado pela suposição de que *dar conselhos* não é, de fato, a tarefa central do terapeuta. Os resultados de sua aplicação com as terapeutas experientes confirmam essa afirmativa. Segundo Skinner (1991), “todo problema pode ser resolvido mediante a aplicação de uma regra, e os terapeutas precisam ir um passo à frente e ensinar seus clientes a construir suas próprias regras. Isso significa ensinar-lhes algo sobre análise do comportamento” (p. 112). Estudos futuros, com foco sobre as intervenções agrupadas em MCV, poderão aperfeiçoar o SICOT

em termos de subcategorias, se necessário, a partir de classificações baseadas nas diferenças entre cada processo comportamental, como fez Donadone (2009). Essas diferenças são consoantes à classificação de Meyer (2000) sobre o terapeuta fornecer regras, auxiliar a elaboração de autorregras e fornecer estimulação suplementar.

Skinner (1991) coloca a psicoterapia como um espaço para aumentar a auto-observação e “trazer à consciência” (i.e., aprender a descrever contingências) uma parcela maior daquilo que é feito e dos motivos pelos quais se faz. MANEJAR CONTROLE VERBAL corresponderia, em grande medida, a essa tarefa do terapeuta, o que é enfatizado por Hayes et al. (2007), ao destacar o papel da rigidez do controle verbal no sofrimento psicológico. Em contrapartida, MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO parece incluir, entre outras coisas, parte das intervenções propostas pela FAP, ao modelar naturalmente na sessão outras formas de o cliente se relacionar.

Entre as intervenções sobre comportamento verbal – foco da terceira onda da terapia comportamental, sobretudo do Contextualismo Funcional –, estudos em terapia analítico-comportamental infantil têm destacado a importância da mudança em classes de respostas verbais das crianças (Regra, 2010). Essa mudança envolve processos de equivalência de estímulos ou, no campo do comportamento complexo, diversos processos que formam quadros relacionais, como coordenação, hierarquia, oposição, comparação, etc.

Contudo, Regra (2010) alerta que “não encontrando respaldo na pesquisa clínica com procedimentos testados para alterá-lo, o terapeuta comportamental deve encontrar uma forma de lidar com o fenômeno. Uma das maneiras seria começar por uma busca na literatura em pesquisa básica” (p. 94). A afirmativa novamente indica uma lacuna em pesquisas aplicadas, obrigando o terapeuta prestador de serviços a fazer uma transposição direta de conceitos formados a partir da pesquisa básica para sua aplicabilidade no consultório. Estudos de caso naturalísticos, publicados por terapeutas analítico-comportamentais infantis (e.g., Regra, 1999, 2001, 2010), descrevem episódios de interação terapeuta-cliente (sobretudo utilizando fantasia) a partir dos quais fazem um exercício de interpretação sobre as mudanças nas classes de respostas da criança e de como o terapeuta constrói as hipóteses que orientam o modo de reagir às falas dela. O desenvolvimento de mais pesquisas de processo parece, portanto, ser uma condição

necessária para lidar com esta lacuna entre a teoria proposta a partir de conceitos básicos e a prática realizada pelo terapeuta.

Considerações finais

Os resultados deste estudo mostraram que a terapia analítico-comportamental infantil não é uma terapia somente do brincar. É provável que a terapia comportamental infantil tenha utilizado o brincar em parte importando-o da ludoterapia – e em parte pela coerência com o nível de desenvolvimento da criança e as possibilidades de manejo de comportamento –, até como forma de se inserir nesta cultura de atendimento à criança, assim como a terapia analítico-comportamental para adultos usa o relato e interpretação de comportamentos, modelo da terapia de gabinete para essa população. Contudo, a presente pesquisa mostrou que o uso do brincar por parte de terapeutas analítico-comportamentais infantis experientes, que exercem uma prática coerente com a abordagem teórica que adotam, não é a única possibilidade de atividade em sessão. Mais do que isso, indicou que fazer atividades em sessão não é a única estratégia de intervenção. As terapeutas utilizaram brincadeiras, fantasias, exercícios e conversas para alcançar seus objetivos com as crianças e, nas entrevistas concedidas, esclareceram que não consideravam as atividades o instrumento de mudança, mas sim a articulação de estratégias de modo planejado (i.e., apoiadas em hipóteses funcionais) para modificar comportamentos.

Quanto aos objetivos terapêuticos, destaca-se o papel de interações terapeuta-cliente que visam a favorecer a adesão da criança, tornando terapia e terapeuta mais reforçadores para as respostas da criança de permanecer em tratamento, engajar-se no processo e em outras intervenções que podem ser mais aversivas. Destacam-se também as possibilidades de o terapeuta manejar comportamento em sessão, minimizando os vieses e limitações do relato verbal, como a edição do cliente e a impossibilidade de estabelecer consequências imediatas à emissão das respostas-alvo. As atividades em sessão, além de contribuir para contornar o problema do nível do desenvolvimento verbal do cliente, tornam-se extremamente vantajosas para a intervenção. Por fim, vale salientar a importância de manejar controles verbais para a finalidade básica e essencial à criança, de ensinar o próprio repertório de relatar eventos. Ainda, este objetivo também

é fundamental para encaminhar o uso de regras e autorregras como suplemento de contingências fora da sessão (aumentando a probabilidade de generalização dos comportamentos aprendidos). Adicionalmente, permite alterar classes de respostas verbais, no campo do controle de estímulos, como enfatizado nas propostas da terceira onda de terapia comportamental, também denominada do Contextualismo Funcional ou Terapia Contextual.

Em termos metodológicos, destaca-se a elaboração de um sistema de estratégias voltado à população infantil e um sistema de objetivos terapêuticos voltado a qualquer processo clínico analítico-comportamental. A aplicabilidade dos sistemas em diferentes atendimentos poderá auxiliar na avaliação de sua validade de constructo, a partir de sua utilização em mais pesquisas clínicas.

Ainda sobre a metodologia, destaca-se a proposta de utilização de informações advindas do relato verbal das terapeutas sobre sua prática. A compilação dessas informações torna-se, juntamente com as sessões registradas em vídeo e transcritas e com a lista de categorias devidamente estudadas, parte dos antecedentes da contingência sob a qual o categorizador deve emitir a resposta de escolher uma categoria de seu rol de opções, a cada unidade de análise. Na base dessa proposta está a rejeição à suposta “neutralidade científica” do categorizador em pesquisa clínica, assumindo-se que, uma vez que é impossível eliminar o viés do olhar sujeito sobre seu objeto de análise, pode ser útil tentar colocar suas respostas sob os mesmos controles encobertos do terapeuta na condução do caso. Assim, considerando que, em maior ou menor grau, as definições das categorias têm componentes funcionais, o categorizador deve fazer sua escolha com o auxílio da interpretação do terapeuta sobre a função do seu próprio comportamento e de seu cliente.

Além das vantagens do uso de sistemas molares e moleculares, demonstradas em diferentes momentos desta discussão, outro importante ponto sobre a metodologia de análise é a inclusão de estudos estatísticos. A percepção de cada caso e de cada tratamento como idiográficos fez com que muitos pesquisadores e clínicos analítico-comportamentais rejeitassem o uso da estatística, sob a alegação de que ela levaria a um “sujeito médio” e à normalização de um tratamento que deve ser personalizado. Em contraposição, pacotes de intervenção (que não deveriam ser encarados como um

tratamento estanque, mas sim como uma proposta a ser adaptada a cada caso) ganham espaço como tratamentos empiricamente validados ao permitir estudos de grupo sobre sua eficácia (Neno, 2005). Nesse sentido, a preferência do analista do comportamento por estudos de caso pode ter levado à rejeição das vantagens do estudo de grupo e também da análise estatística, em qualquer tipo de estudo. Defende-se, aqui, que essas ferramentas, ao alcance do pesquisador, devem ser incluídas em estudos de caso, em que o objeto da análise estatística deixa de ser o número de sujeitos (cujo *N* seria limitado) e passa a ser as unidades de análise, ou seja, as falas de terapeuta e cliente, levando a amostra estudada para centenas ou milhares por sessão. A distribuição dos resultados em gráficos e tabelas precisa ser avaliada para além das tendências visuais, com o uso das ferramentas que essa outra esfera da ciência disponibiliza para inferências mais seguras e válidas (abrangendo tanto significância estatística das diferenças quanto da distribuição total das categorias) na interpretação dos resultados de estudos de caso (Goldbold, Gresham, Noell & Dart, submetido). Essa proposta é coerente com a abertura metodológica que se pode identificar no relatório da força tarefa presidencial (APA, 2006) para o encaminhamento de práticas psicológicas baseadas em evidência.

Finalmente, é importante destacar o reconhecimento de limitações do presente estudo. Em parte, são limitações inerentes à opção metodológica por estudo de caso, mesmo quando caracterizado por Estudo do Tipo III (Kazdin, 1982), especialmente em termos da validade externa dos resultados obtidos. Pesquisas futuras poderão contribuir para o acúmulo de conhecimento na área e, desta forma, para a validade externa dos resultados encontrados (uma limitação do estudo de caso). Ainda assim, a categorização de sessões de duas terapeutas renomadas, embora não leve a resultados generalizáveis sobre a prática de todo terapeuta analítico-comportamental infantil, é generalizável enquanto proposta de análise. Será importante comparar os resultados desta pesquisa a outros utilizando: (1) diferentes populações, como crianças com outras queixas, outras idades e outras condições socioeconômicas e culturais, além de adolescentes e adultos; (2) terapeutas analítico-comportamentais com diferentes níveis de experiência e (3) diferentes estratégias de atendimento; (4) estudos experimentais (como em delineamento de base múltipla e A-B-A-B) para maior controle da relação entre variáveis independentes e dependentes.

Os resultados de futuras pesquisas de processo podem, assim, ampliar o conhecimento sobre os ingredientes comuns e específicos de intervenções efetivas e, mais ainda, sobre quais desses componentes são responsáveis por quais tipos de mudanças do cliente ou, ao contrário, quais características do cliente conduzem o terapeuta à escolha de diferentes intervenções. Espera-se que a metodologia e os resultados do presente estudo instiguem novas pesquisas aplicadas sobre o processo em terapia infantil e que também contribuam para a qualidade da prestação de serviços. Nesse caso, com base na atuação de terapeutas experientes, entende-se que os resultados podem derivar prescrições importantes para uma prática clínica solidamente ancorada nas bases teóricas da Análise do Comportamento.

REFERÊNCIAS⁷

- Abreu, C. N. & H. J. Guilhardi. (Orgs.) (2004). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas*. São Paulo, SP: Rocca.
- Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 2001 profile. Child behavior checklist*. Burlington: University of Vermont.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a ed. rev.; DSM-IV-TR; C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed. (Trabalho original publicado em 2000)
- Baer, D.M., 1962. A technique of social reinforcement for the study of child behavior: Behavior avoiding reinforcement withdrawal. *Child Development*, 33, 847-858.
- Baer, D. M., Wolf, M. M. & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(4), 91-97.
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva: Da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (Vol. 4, pp. 75-82). Santo André, SP: ESETec.
- Banaco, R. A. (2003). Psicoterapias cognitiva e construtivista: Novas fronteiras da prática clínica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 264.
- Bandini, C. S. M. & de Rose, J. C. C. (2006). *A abordagem behaviorista do comportamento novo*. Santo André, SP: ESETec.
- Beckert, M. E. (2005). Correspondência verbal/não-verbal: Pesquisa básica e aplicações na clínica. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 229-244). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Beutler, L. E. (2002). The Dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 30-34.

⁷ De acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA, 2010).

- Branco, C. M. & Ferreira, E. A. P. (2006). Descrição do atendimento de uma criança com déficit em habilidades sociais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(1), 25-37.
- Brandão, F. S. (2003). O manejo das emoções por terapeutas comportamentais (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (4), 376–390.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31.
- Callaghan, G. M. (2006). The functional assessment of skills for interpersonal therapists: The FASIT system. *The Behavior Analyst Today*, 7, 399-433.
- Callahan, C. (2008). *Dialectical behavior therapy: Children & adolescents*. Eau Claire: PESI.
- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). Coding Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS). *The Behavior Analyst Today*, 9, 57-97.
- Campbell, D. T. & Stanley, J.C. (1979) *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. São Paulo: EPU/EDUSP.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Catania, A. C. (2004). Antecedents and consequences of words. *European Journal of Behavior Analysis*, 5(1), 55-64.
- Cautilli, J. T., Riley-Tillman, C., Axelrod, S. & Hineline, P. (2005). The role of verbal conditioning in third generation behavior therapy. *The Behavior Analyst Today*, 6(2), 138- 157.
- Conte, F. C. S. (2001). A Psicoterapia Analítica Funcional e um sonho de criança. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (Vol. 7, pp. 351-360). Santo André, SP: Esetec.
- Conte, F. C. S. & Brandão, M. Z. S. (1999). Psicoterapia Analítica Funcional: A relação terapêutica e a análise comportamental clínica. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva: Da reflexão teórica à diversidade da aplicação* (Vol. 4, pp. 134-148). Santo André, SP: ESETec.

- Conte, F. C. S. & Regra, J. A. G. (2000). A psicoterapia comportamental infantil: novos aspectos. In: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (vol. 1, pp.79-136). São Paulo: Papyrus.
- Conte, F. C. S. & Regra, J. A. G. (2002). A psicoterapia comportamental infantil: Novos aspectos. Em E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (Vol. 1, pp. 79-136). São Paulo, SP: Papyrus.
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy: The facts are friendly*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Cordova, J., Cautilli, J.D., Simon, C. & Axelrod-Sabtig, R. (2006). Análise do comportamento do Forgiveness na terapia dos pares. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(2), 192-208.
- Cozby, P. C. (2001/2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento* (P. I. Gomide & E. Otta, Trans.). São Paulo: Atlas.
- Cullen, J. M., Spates, C. R., Pagoto, S. & Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment/activation treatment for major depressive disorder: A pilot investigation. *The Behavior Analyst Today*, 7(1), 151-164.
- D'Abreu, L. S. F. & Marturano, E. (2010). Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: Uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. *Estudos de Psicologia*, 15(1), 43-51.
- De Rose, J. C. C. & Gil, M. S. C. A. (2003). Para uma análise do brincar e de sua função educacional. Em M. Z. S. Brandão et al. (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: A história e os avanços, a seleção por consequências em ação* (Vol. 11, pp. 373-382). Santo André, SP: ESETec.
- Del Prette, G. (no prelo). Análise de contingências e categorização de sessões inicial e final em terapia analítico-comportamental infantil.
- Del Prette, G. (2006a). *Terapia analítico-comportamental infantil: Relações entre o brincar e comportamentos da terapeuta e da criança* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Del Prette, G. (2006b). *Terapia Analítico-Comportamental Infantil: Uma revisão de publicações em Sobre Comportamento e Cognição*. (Monografia de Especialização). Núcleo Paradigma, São Paulo.
- Del Prette, G. & Almeida, T. A. C.. (no prelo). O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Del Prette, Del Prette & Meyer. (2007). Psicoterapia com crianças ou adultos: expectativas e habilidades sociais de graduandos de psicologia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(3), 305-314.
- Del Prette, G., Silveiras, E. F. M. & Meyer, S. B. (2005). Validade interna em 20 estudos de caso comportamentais brasileiros sobre terapia infantil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 93-106.
- Donadone, J. C. (2004). *O uso de orientação em intervenções clínicas por terapeutas comportamentais experientes e pouco experientes* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Donadone, J. C. (2009). *Análise de contingências do uso de orientação e auto-orientação em intervenções clínicas comportamentais* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Drossel, C., Waltz, T. J. & Hayes, S. C. (2007). An introduction to principles of behavior. Em D. W. Woods & J. W. Kanter (Orgs.), *Understanding behavior disorders: A contemporary behavioral perspective* (pp. 21-46). Reno: Context Press.
- Eysenck, H. J. (1960). *Behaviour therapy and the neuroses*. New York, USA: Pergamon.
- Follette, W. C., Naugle, A. E. & Linnerooth, P. J. N. (2000). Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. Em M. J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp. 99-125). Reno, USA: Context Press.
- Fontaine, O. & Ylieff, M. (1981). Analyse fonctionnelle et raisonnement experimental. *Journal de Thérapie Comportementale*, 3, 119-130.
- Gadelha & Menezes. (2004). Estratégias lúdicas na relação terapêutica com crianças na terapia comportamental. *Univ. Ci. Saúde, Brasília*, 2(1), p. 1-151.
- García, R. F., Montero, C. V. & Velasco, L. A. (2009). Novedades en el Tratamiento Conductual de Niños y Adolescentes, *Clínica y Salud* 20(2), 119-130
- Garfield, S. L. (1980). *Psychotherapy: An eclectic approach*. New York: Wiley.
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach*. New York: Wiley & Sons.
- Glenn, S. S. (1991). Contingencies e metacontingencies: Relations among behavioral, cultural and biological evolution. Em P. A. Lamal (Ed.), *Behavioral analysis of societies and cultural practices* (pp. 39-73). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Glenn, S. S. (2004). Individual change, culture, and social change. *Behavior Analyst*, 27, 133-151.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1992). Hiperatividade: Como desenvolver a capacidade de atenção da criança (2a ed.; M. C. Marcondes, Trad.). São Paulo, SP: Papyrus.

- Gosch & Vandenberghe. (2004). Análise do Comportamento e a Relação Terapeuta-Criança no Tratamento de um Padrão Desafiador-Agressivo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 173-181.
- Greco, L. A., Blackledge, J. T., Coyne, L. W. & Ehrenreich, J. (2005). Interacting acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders: Acceptance and commitment therapy as an example. In: Em S. M. Orsillo e L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 301-322). New York: Springer Science.
- Greco, L. A. & Hayes, S. C. (2008). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide*. Oakland: New Harbinger & Context Press.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986). Integration emotion in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 249-265.
- Guedes, M. L. (1993). Equívocos em terapia comportamental. *Temas em Psicologia*, 2, 81-85.
- Guerrelhas, F., Bueno, M. & Silveiras, E. F. M. (2000). Grupo de ludoterapia comportamental x grupo de espera recreativo infantil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2(2), 157-169.
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por Contingências de Reforçamento. Em C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Org.), *Manual Prático de Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental* (pp. 1-40). São Paulo: Ed. Roca.
- Haber & Carmo. (2007). O fantasiar como recurso na clínica comportamental infantil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 45-61.
- Hanna, E. S. & Ribeiro, M. R. (2005). Autocontrole: Um caso especial de comportamento de escolha. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 175-188). São Paulo, SP: Artmed.
- Hanna, E. S. & Todorov, J. C. (2002). Modelos de autocontrole na análise experimental do comportamento: Utilidade e crítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18, 337-343.
- Hayes, S. C. (1978). Theory and technology in behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 1, 25-33.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Pistorello, J. & Biglan, A. (2008). Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 81-104.
- Hayes, S. C., Strosaki, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

- Hayes, S. C., Masuda, A., Shenk, C., Yadavaia, J. E., Boulanger, J., Vilardaga, R., . . . Hildebrant, M. J.J. (2007). Applied extensions to behavior principles: Applied behavioral concepts and behavior theories. Em Woods & J. W. Kanter (Orgs.), *Understanding behavior disorders: A contemporary behavioral perspective* (pp. 11-19). Reno: Context Press.
- Hill, C. E. (1986). An overview of the hill counselor and client verbal response mode category systems. In:Em L. S. Greenberg e& W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic Processprocess: A research handbook*. (pp. pp. 131-160). New York: The Guilford Press.
- Hill, C. E. (1999). Open questions and probes. Em C. E. Hill & K. M. O'Brien (Orgs.), *Helping Skills: Facilitating, exploration, insight and action* (pp. 117-128). Washington: APA.
- Ireno, E. M. (2007). *Formação de terapeutas analítico-comportamentais: Efeitos de um instrumento para avaliação de desempenho* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E. & Richman, G. S. (1982). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27(2), 197-209.
- Jacobson, N. S. & Christensen, A. (Eds.). (1996). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Kanfer, R., Eyberg, S., & Krahn, G. (1992). Interviewing strategies in child assessment. Em M. C. Roberts & C. E. Walker (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2a ed.; pp. 49-62). New York: John Wiley & Sons.
- Kanter, J. W., Tsai, M. & Kohlenberg, R. J. (Eds.). (2010). *The practice of functional analytic psychotherapy*. New York: Springer.
- Kanter, J. W., Weeks, C. E., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callaghan, G. M. & Follette, W. C. (2009). Assessment and case conceptualization. Em M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callaghan (Orgs.), *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 37-60). New York: Springer.
- Kazdin, A. E. (1977). *The token economy*. New York: Plenum Press.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Method for clinical and applied settings*. Cambridge, Inglaterra: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (1988). *Child psychotherapy: Developing and identifying effective treatments*. New York: Pergamon Press.

- Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child therapy: Issues for research *and* implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 133-156.
- Kazdin, A. E. (2000). Adolescent development, mental disorders, and decision making of delinquent youths. Em T. Grisso & R. Schwarts (Eds.), *Youth on trial: A developmental perspective on juvenile justice* (pp. 33-84). Chicago: University of Chicago Press.
- Kazdin, A. E. & Nock (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Psychological and Psychiatric*, 44(8), 1116-1129.
- Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (2003). Introduction: Context and background of evidence-based psychotherapies for children and adolescents. Em A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Orgs.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 3-20). London: The Guilford Press.
- Kerbauy, R. R. (2001). ABPMC: Dez anos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3(2), 67-69.
- Kohlenberg, R. J., Bolling, M. Y., Kanter, J. W. & Parker, C. R. (2002). Clinical behavior analysis: Where it went wrong, how it was made good again, and why its future is so bright. *The Behavior Analyst Today*, 3, 248–253.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André, SP: ESETec.
- Kotman, T. (2001). Adlerian play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 1-12.
- Landreth, G. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2a ed.). New York: Brunner-Routledge.
- Lattal, K. A. (2005). Ciência, tecnologia e análise do comportamento. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 15-26). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Lindsley, O., Skinner, B. F. & Solomon, H. C. (1953). *Studies in behavior therapy. Status report II*. Waltham, MA: Metropolitan State Hospital.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261-276.
- Linehan, M. M. (1989). Cognitive and behavior therapy for borderline personality disorder. Em A. Tasman, R. E. Hales & A. J. Frances (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol. 8, pp. 84-102). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Linehan, M. M. & Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.

- Lloyd, K. E. (2002). A review of correspondence training: Suggestions for a revival. *The Behavior Analyst*, 25(1), 5-73.
- Luna, S. V. (1997). O terapeuta é um cientista? Em Banaco, R. A. (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (Vol. 1, pp. 305-313). Santo André, SP: Arbytes.
- Marinotti, M. (2004). Processos comportamentais envolvidos na aprendizagem da leitura e da escrita. Em M. M. C. Hübner & M. Marinotti (Orgs.), *Análise do comportamento para a educação: Contribuições recentes* (Vol. 1, pp. 205-224). São Paulo, SP: ESETec.
- Martell, C. R., Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W.W. Norton.
- Matthews, B. A., Shimoff, E. & Catania, A. C. (1987). Saying and doing: A contingency-space analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 69-74.
- Messer, S. B. & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 18-22.
- Meyer, S. B. (1998). A análise funcional como prerrogativa do clínico comportamental. *Integração (São Paulo)*, 12, 26-28.
- Meyer, S. B. (2000). Mudamos, em terapia verbal, o controle de estímulos? *Acta Comportamental*, 8(2), 215-225.
- Meyer, S. B. (2003, Fevereiro). *Quais os requisitos para que uma terapia seja considerada comportamental?* Texto apresentado no IV Encontro Paranaense de Psicologia, Londrina, PR. Documento recuperado de http://www.inpaonline.com.br/artigos/profissionais/terapia_comportamental_imp.htm
- Meyer, S. B. (2004). Processos comportamentais na psicoterapia. Em A. C. Cruvinel, A. L. F. Dias & E. N. de Cillo (Orgs.), *Ciência do comportamento: Conhecer e avançar* (Vol. 4, pp. 151-157). Santo André, SP: ESETec.
- Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S. & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. In: Em E. Z. Tourinho e S. V. Luna (Orgs.), *Análise do Comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 153-174). São Paulo, SP: Roca.
- Meyer, S. B., Oshiro, C., Donadone, J. C., Mayer, R. C. F. & Starling, R. R. (2008). Subsídios da obra *Comportamento Verbal* de B. F. Skinner para a terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10, 105-118.

- Meyer & Vermes. (2001). Relação terapêutica. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 101-110). Porto Alegre: Artmed.
- Moraes, Rolim & Costa, (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(2), 329-345.
- Moura, C. B. e Conte, F. C. S. (1997). A psicoterapia analítico funcional aplicada à terapia comportamental infantil: A participação da criança. *Torre de Babel*, 4 (1), 131-144.
- Moura, S. B. & Venturelli, M. B. (2004). Direcionamentos para a condução do processo terapêutico comportamental com crianças. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(1), 17-30.
- Murrell, A. R., & Scherbarth, A. J. (2006). State of the research & literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2, 531-543.
- Neno, S. (2005). *Tratamento padronizado: Condicionantes históricos, status contemporâneo e (in)compatibilidade com a terapia analítico-comportamental* (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- O'Brian, K. M. & Murrell, A. R. (2008). Third-wave behavior therapies for children and adolescents: Progress, challenges and future directions. Em L. A. Greco & S. C. Hayes (Orgs.), *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide* (pp. 15-36). Oakland: New Harbinger & Context Press.
- O'Connor, K. (2001). Ecosystemic play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 33-44.
- O'Donohue, W. (1998). *Learning and behavior therapy*. Boston: Allyn & Bacon.
- Oshiro, C. K. B. (2010). *Efeitos de intervenções baseadas em análises de contingências extrassessão e na Psicoterapia Analítica Funcional* (Qualificação de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Patterson, G. R. (1965). A learning theory approach to the treatment of the school phobic child. Em L. P. Ullman & L. Krasner (Eds.), *Case studies in behavior modification* (279-285). New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Patterson, J. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castilia.

- Paul, G. L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Penteado, L. C. P. (2001). Fantasia e imagens da infância como instrumentos de diagnóstico e tratamento de um caso de fobia social. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (Vol. 6, pp. 257-264). Santo André, SP: ESETec.
- Pérez-Álvarez, M. P. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid, ESP: Editorial Biblioteca Nueva.
- Regra, J. A. G. (1997). Fantasia: Instrumento de diagnóstico e tratamento. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (Vol. 2, pp. 107-115). Santo André, SP: ESETec.
- Regra, J. A. G. (1999) A fantasia e o desenho. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (Vol. 4, pp. 105-115). Santo André, SP: ARBytes
- Regra, J. A. G. (2000). Formas de trabalho na psicoterapia infantil: Mudanças ocorridas e novas direções. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2(1), 79-101.
- Regra, J. A. G. (2001). A fantasia infantil na prática clínica para diagnóstico e mudança comportamental. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (Vol. 6, pp. 179-186). Santo André, SP: ESETec.
- Regra, J. A. G. (2004). Aprender a estudar. Em M. M. C. Hübner & M. Marinotti (Orgs.), *Análise do comportamento para a educação: Contribuições recentes* (Vol. 1, pp. 225-242). São Paulo: ESETec.
- Regra, J. A. G. (2010). Formação de classes de respostas, resistência à mudança e terapia comportamental infantil. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 93-103.
- Ribeiro, A. F. (2005). Correspondência no auto-relato da criança: Aspectos de tatos e de mandos. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 1(1), 275-285.
- Rocha, G. V. M. (2008). *Psicoterapia analítico-comportamental com adolescentes infratores de alto-risco: Modificação de padrões anti-sociais e diminuição da reincidência criminal* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- M. M. Rocha, P. Braga & E. F. D. M. Silveiras (2006). Grupo de espera recreativo como instrumento de avaliação diagnóstica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(2), 115-125.

- Russel, R. L. & Trull, T. J. (1986). Sequential analysis of language variables in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 16-21.
- Sadi, H. M. (2011). Análise descritiva dos comportamentos de terapeuta e cliente envolvidos na resistência a mudanças a partir de categorização e análise de sessões de terapia analítico-comportamental. Tese de Doutorado em elaboração.
- Sampaio, A. A. S. & Andery, M. A. P. A. (2010). Comportamento social, produção agregada e prática cultural: Uma análise comportamental de fenômenos sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, (26)1, 183-192.
- Santos, V. M. C. (2010). Efeitos da sinalização de intervenções em Psicoterapia Analítica Funcional. Dissertação de Mestrado em elaboração.
- Santos, V. M. C. (2011). Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): Uma revisão bibliográfica das publicações entre 1990 e 2010 (Monografia de Conclusão de Curso). Núcleo Paradigma, São Paulo.
- Schaefer, C. (2001). Prescriptive play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10(2), 57-73.
- Shirk, S. R. & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4, 713-728.
- Sidman, M. (2001). Coerção e suas implicações. Campinas: Editorial Psy.
- Silveira, J. M. & Silves, E. F. M. (2003). Condução de atividades lúdicas no contexto terapêutico: um programa de treino de terapeutas comportamentais infantis. Em M. Z. S. Brandão et al. (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: a história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação* (Vol.11, pp. 272-281). Santo André, SP: ESETec.
- Skinner, B. F. (1969). Behaviorism at fifty. Em B. F. Skinner. *Contingencies of reinforcement: a theoretical analysis* (pp. 221-268). New York: Appleton-Century-Crofts. (Trabalho original publicado em 1963)
- Skinner, B. F. (1970). *Ciência e comportamento humano*. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília. (Trabalho original publicado em 1953)
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf.
- Skinner, B. F. (1989). *Recent Issues in the analysis of behavior*. Columbus: Merrill Publishing Co. (Trabalho original publicado em 1988)
- Skinner, B. F. (1991). Questões recentes na análise comportamental. Campinas: Papirus. (Trabalho original publicado em 1989)

- Skinner, B. F. (1992). *Verbal behavior*. Acton, MA: Copley Publishing Group. (Trabalho original publicado em 1957)
- Skinner, B. F. (1999). *Cumulative record: A selection of papers*. Acton, MA: Copley Publishing Group. (Trabalho original publicado em 1945)
- Skinner, B. F. (2000). *Para além da liberdade e da dignidade*. Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1971)
- Skinner, B. F., Solomon, H. C., Lindsey, O. R., & Richards, M. E. (1954). Studies in behavior therapy. *Status report II*. Waltham, MA: Metropolitan State Hospital.
- Sousa, A. C. A. (2004). *O impacto sobre a pessoa do terapeuta do atendimento ao cliente borderline* (Dissertação de Mestrado). *Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Psicologia*, Universidade Católica de Goiás, Goiás.
- Spates, C. R., Pagoto, S. & Kalata, A. (2006). A qualitative and quantitative review of behavioral activation treatment of major depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7(4), 508-512.
- Starling, R. R. (2010). *Prática controlada: Medidas continuadas e a produção de evidências empíricas em terapias analítico-comportamentais* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Sundberg, N. (2001). *Clinical psychology: Evolving theory, practice, and research*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Taccola, P. A. (2007). *A psicoterapia analítico-funcional e relato de sentimentos: Um estudo de caso quase experimental* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Torres, I. M. & Meyer, S. B. (2003, Tsai & Kohlenberg). O brinquedo como instrumento auxiliar para a análise funcional em terapia comportamental infantil. *Interação em Psicologia*, 7(1), 55-63.
- Tourinho, E. Z. (1999). Estudos conceituais na análise do comportamento. *Temas em Psicologia*, 7(3), 213-222.
- Tourinho, E. Z. (2003). A produção de conhecimento em psicologia: A análise do comportamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(2), 30-41.
- Tourinho, E. Z., Carvalho Neto, M. B. & Neno, S. (2004). A psicologia como campo de conhecimento e como profissão de ajuda. *Estudos de Psicologia (Natal/UFRN)*, 9, 17-24.

- 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: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W. & Waltz, J. (2009). Therapeutic technique: The five rules. In: Em M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette e G. M. Callaghan (Orgs.), *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 61-102). New York: Springer.
- Ulian, A. L. A. O. (2007). *Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ulian, A. L. A. O. & Silveiras, E. F. M. S. (2003). O papel do estudo de caso no hiato teoria/prática. Em M. Z. S. Brandão et al. (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação* (Vol. 11, pp. 216-225). Santo André, SP: ESETec.
- Vandenberghe, L. (2002). A prática e as implicações da análise funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(1), 35-45.
- Vandenberghe, L. & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: Uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 127-136.
- Vermes, J. S. (2002). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Manual do terapeuta e manual do paciente), de Paulo Knapp, Luiz Augusto Rohde, Liseane Lyszkowski e Juliana Johannpeter, Editora Artmed (2002). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(1), 71-72.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A. & Morton, T. (1995) Effects of psychotherapy with children and adolescent revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Walrond-Skinner, S. (1986). *Dictionary of psychotherapy*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Wielenska, R. C. (2002). *Adesão e mudança de comportamento: Efeitos das interações verbais terapeuta-cliente nas primeiras sessões* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Wolf, M. M., Risley, T. & Mees, H. (1965). Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child. Em L. P. Ullmann & L. Krasner (Orgs.), *Case studies in behavior modification*. Nova York: Holt, Rinehart and Winston, INC.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

- Woods, D. W., Kanter, J. W. & Landes, S. J. (2007). Introduction to understanding behavior disorders: A contemporary behavioral perspective. In:Em Woods, D. W. e& Kanter, J. W. (Orgs.), *Understanding behavior disorders: A contemporary behavioral perspective* (pp. 11-20). Reno: Contexto Press.
- Yeh, M. & Weisz, J. R. (2001). Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1018-1025.
- Zamignani, D. R. (2006). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização e análise dos comportamentos na interação terapeuta-cliente* (Qualificação de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização e análise dos comportamentos na interação terapeuta-cliente* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2007). Comportamento verbal no contexto clínico: contribuições metodológicas a partir da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 9*(2), 241-259.

Anexo A. SMCCIT

Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação
Terapêutica (SMCCIT, Zamignani & Meyer, 2007)

Anexo A1. Categorias do terapeuta e adaptações

Anexo A2. Categorias do cliente e adaptações

Anexo A. SMCCIT

Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SMCCIT, Zamignani & Meyer, 2007)

Anexo A1. Categorias do terapeuta e adaptações

Definição das categorias do eixo verbal vocal do terapeuta e adaptações para a presente pesquisa:

1. SOLICITAÇÃO DE RELATO (SRE)

SOLICITAÇÃO DE RELATO contempla verbalizações do terapeuta nas quais ele solicita ao cliente descrições a respeito de ações, eventos, sentimentos ou pensamentos. Ocorre tipicamente em situações relacionadas a coleta de dados e levantamento de informações ao longo de qualquer etapa do processo terapêutico. (Zamignani, 2007, p. 126)

2. FACILITAÇÃO (FAC)

“FACILITAÇÃO é caracterizada por verbalizações curtas ou expressões paralinguísticas que ocorrem durante a fala do cliente. Tipicamente, estas verbalizações indicam atenção ao relato do cliente e sugerem a sua continuidade” (Zamignani, 2007, p. 127).

3. EMPATIA (EMP)

EMPATIA contempla ações ou verbalizações do terapeuta que sugerem acolhimento, aceitação, cuidado, entendimento, validação da experiência ou sentimento do cliente. Diferentemente da categoria APROVAÇÃO, que se refere a uma avaliação sobre ações ou características específicas do cliente, a EMPATIA tem um caráter inespecífico, informando essencialmente que o cliente é aceito, “bem vindo”, sem implicar em avaliação ou julgamento (“eu entendo você e aceito como você é”). Essa classe de verbalizações tem sido associada tipicamente à criação de um ambiente terapêutico amistoso, seguro e não-punitivo, para que o cliente se sinta à vontade para verbalizar eventos que, em outros contextos, poderiam ser alvo de punição. (Zamignani, 2007, p. 129)

4. INFORMAÇÃO (INF)

INFORMAÇÃO contempla verbalizações nas quais o terapeuta relata eventos ou informa o cliente sobre eventos (que não o comportamento do cliente ou de terceiros), estabelecendo ou não relações causais ou explicativas entre eles. Essa classe de verbalizações é tipicamente associada a intervenções “psicoeducacionais” e ao “enquadre” ou contrato terapêutico. (Zamignani, 2007, p. 131).

Adaptação. No presente estudo, INFORMAÇÃO passou a contemplar também as interações terapeuta-cliente nas quais as terapeutas descreviam para a criança seu próprio comportamento em sessão, enquanto ele era emitido ou logo após a sua emissão. Esse comportamento das terapeutas era bastante frequente, especialmente durante atividades (e.g., fantasia, exercícios e brincadeiras).

5. SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO (SRF)

SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO contempla verbalizações nas quais o terapeuta solicita ao cliente qualificações, explicações, interpretações, análises ou previsões a respeito de qualquer tipo de evento. Diferentemente de SOLICITAÇÃO DE RELATO, na qual o terapeuta pede que o cliente apenas relate a ocorrência de eventos, sentimentos ou pensamentos, nesse caso o terapeuta solicita que o cliente analise ou estabeleça relações entre os eventos em discussão. Em sessões de terapia analítico-comportamental, essa classe de verbalizações ocorre tipicamente quando o terapeuta busca facilitar o estabelecimento de relações funcionais e a formação de auto-regras. (Zamignani, 2007, p. 133)

6. RECOMENDAÇÃO (REC)

RECOMENDAÇÃO contempla verbalizações nas quais o terapeuta sugere alternativas de ação ao cliente ou solicita o seu engajamento em ações ou tarefas. Deve ser utilizada quando o terapeuta especifica a resposta a ser (ou não) emitida pelo cliente. A literatura refere-se a essa categoria também como aconselhamento, orientação, comando, ordem. (Zamignani, 2007, p. 135).

Adaptação. Também foram incluídas nesta categoria as respostas verbais não vocais das terapeutas com a mesma função. Tais respostas correspondiam à seguinte definição de Zamignani (2007) para a categoria Respostas não vocais de pedido/ordem/comando/incentivo (GMT), do eixo não vocal:

Respostas motoras, gestos ou expressões faciais do terapeuta que ocorrem na ausência de qualquer verbalização, cujo significado é compartilhado pela cultura como relacionado a pedido, ordem ou incentivo ou que sugerem algum tipo de contenção do cliente, ordenação ou organização do ambiente da sessão. Devem ocorrer nitidamente como signos da interação terapeuta-cliente. (p. 153)

7. INTERPRETAÇÃO (INT)

INTERPRETAÇÃO contempla verbalizações nas quais o terapeuta descreve, supõe ou infere relações causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais, ou de contigüidade) a respeito do comportamento do cliente ou de terceiros, ou identifica padrões de interação do cliente e/ou de terceiros. Este critério diferencia esta categoria de INFORMAÇÃO que, por sua vez, contém explicações a respeito de outros eventos que não o comportamento do cliente e/ou de terceiros. Na literatura clínica analítico-comportamental, a análise de contingências ou análise funcional apresentada pelo terapeuta envolve, em parte, essa classe de verbalizações. (Zamignani, 2007, p. 139)

8. APROVAÇÃO (APR)

APROVAÇÃO contempla verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento favoráveis a respeito de ações, pensamentos, características ou avaliações do cliente. Verbalizações de APROVAÇÃO dirigem-se a ações ou características específicas do cliente e pressupõem o terapeuta como alguém que pode selecionar e fortalecer aspectos de seu comportamento que seriam mais ou menos apropriados. Isso difere da categoria EMPATIA, que tem um caráter inespecífico e não envolve avaliação ou julgamento. (Zamignani, 2007, p. 142)

Adaptação. Aqui, também foram classificados como APROVAÇÃO os comportamentos não vocais das terapeutas com esta função. A categoria correspondente foi extraída do eixo não vocal de Zamignani (2007), definida como

respostas motoras, gestos ou expressões faciais do terapeuta que ocorrerem na ausência de qualquer verbalização deste, cujo significado é compartilhado pela cultura como relacionado a concordância, aprovação, compreensão com relação à fala do interlocutor e que ocorrerem nitidamente como signos da interação terapeuta-cliente. (p. 151)

9. REPROVAÇÃO (REP)

REPROVAÇÃO contempla verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento desfavoráveis a respeito de ações, pensamentos, características ou avaliações do cliente. Assim como APROVAÇÃO, verbalizações de REPROVAÇÃO dirigem-se a ações ou características específicas do cliente e pressupõem o terapeuta como alguém que pode selecionar aspectos de seu comportamento que seriam mais ou menos apropriados. REPROVAÇÃO tem sido freqüentemente associada, na literatura clínica, a interações aversivas em psicoterapia, que podem ameaçar a manutenção da relação terapêutica. (Zamignani, 2007, p. 146)

Adaptação. Nesta pesquisa, também foram classificados como REPROVAÇÃO os comportamentos não vocais das terapeutas com esta função. A categoria correspondente foi extraída do eixo não vocal de Zamignani (2007), definida como

Respostas motoras, gestos ou expressões faciais do terapeuta que ocorrem na ausência de qualquer verbalização, cujo significado é compartilhado pela cultura como relacionado a oposição,

discordância, descrença ou reprovação com relação a uma verbalização ou ação do interlocutor e que ocorrem nitidamente como signos da interação terapeuta-cliente. (p. 152)

10. OUTRAS VERBALIZAÇÕES TERAPEUTA (TOU)

“Verbalizações do terapeuta não classificáveis nas categorias anteriores” (Zamignani, 2007, p. 149). O autor também classifica como TOU “acertos ocasionais”, “recuperação de assunto” e “opiniões pessoais sobre eventos externos” (p. 149).

Adaptação. Na presente pesquisa esses três tipos de verbalizações não foram categorizados como TOU por ocorrerem em maior frequência no atendimento a crianças. A última categoria do sistema foi utilizada para computar falas com registro insuficiente (i.e., inaudíveis por problemas no equipamento de filmagem ou no volume de voz das terapeutas).

Anexo A2. Categorias do cliente e adaptações

Definição das categorias do eixo verbal vocal do cliente e adaptações para a presente pesquisa:

1. SOLICITAÇÃO (SOL)

“SOLICITAÇÃO é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente apresenta pedidos ou questões ao terapeuta” (Zamignani, 2007, p. 156). As expressões não vocais de solicitações também são classificadas em SOL, conforme definidas pelo autor no eixo de categorização não vocal:

Respostas motoras, gestos ou expressões faciais do cliente que ocorrem na ausência de qualquer verbalização, cujos significados são compartilhados pela cultura como relacionado a pedidos ou ordens ou que sugerem algum tipo de contenção ou pedido de parada de verbalização ou ação do terapeuta. Devem ocorrer nitidamente como signos da interação terapeuta-cliente. (Zamignani, 2007, p. 172)

Adaptação. Em terapia infantil, muitas solicitações correspondem a permissões para comportamentos em sessão, como pedidos para manusear objetos da sala, utilizar brinquedos, retirar os sapatos.

2. RELATO (REL)

“RELATO contempla verbalizações nas quais o cliente descreve ou informa ao terapeuta a ocorrência de eventos, ou aspectos relativos a eventos, respostas emocionais suas ou de terceiros, seus estados motivacionais e/ou tendências a ações, sem estabelecer relações causais ou funcionais entre eles” (Zamignani, 2007, p. 159).

Adaptação. Na presente pesquisa, RELATO inclui descrições da criança a respeito de seu próprio comportamento executado em sessão. Também pode corresponder a falas de fantasia, quando a criança narra as ações dos personagens.

3. MELHORA (MEL)

MELHORA é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente relata mudanças satisfatórias com relação à sua queixa clínica, problemas médicos, comportamentos relacionados à sua queixa, ou comportamentos considerados, pelo cliente ou pelo terapeuta, como indesejáveis ou inadequados (independentemente da concordância de ambos quanto à melhora). (Zamignani, 2007, p. 160)

Adaptação. Nesta pesquisa, MELHORA inclui as verbalizações da criança que avaliam seu próprio progresso em sessão, ou seja, sobre ter sido capaz de emitir determinado comportamento que antes não conseguia (e.g., controlar-se, aprender a ler e escrever, adquirir habilidades em um jogo).

4. META (MET)

“META contempla verbalizações do cliente nas quais ele descreve seus projetos, planos ou estratégias para a solução de problemas trazidos como queixas para a terapia” (Zamignani, 2007, p. 161). Em terapia infantil, META inclui planos e estratégias verbalizados pela criança para solucionar um problema na própria sessão terapêutica, relacionado à sua queixa.

5. CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES (CER)

“RELAÇÕES é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente estabelece relações causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais ou de contigüidade) entre eventos, descrevendo-as de forma explícita ou sugerindo-as por meio de metáforas ou analogias” (Zamignani, 2007, p. 163).

Adaptação. No presente estudo, para adaptar essa categoria à terapia infantil, verbalizações que estabelecem relações aparentemente incompletas também podem ser categorizadas como CER, a depender do nível de desenvolvimento do repertório verbal da criança. Crianças com repertório verbal limitado descrevem relações entre eventos de modo mais simples, muitas vezes com a ajuda do terapeuta, que interpreta uma parte dos eventos para que a criança complete a interpretação.

6. CONCORDÂNCIA (CON)

CONCORDÂNCIA é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente expressa julgamento ou avaliação favoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta ou relata satisfação, esperança ou confiança no terapeuta e/ou no processo terapêutico. Inclui também verbalizações nas quais o cliente complementa ou resume a fala do terapeuta ou episódios nos quais o cliente sorri em concordância com o terapeuta. (Zamignani, 2007, p. 165)

As expressões não vocais de concordância também são classificadas em CON, conforme definidas pelo autor no eixo de categorização não vocal:

Respostas motoras, gestos ou expressões faciais do cliente que ocorrem na ausência de qualquer verbalização do emissor, cujos significados são compartilhados pela cultura como relacionados a concordância, aprovação, compreensão com relação à fala do interlocutor e que ocorrem nitidamente como signos da interação terapeuta-cliente. (Zamignani, 2007, p. 171)

Adaptação. No presente estudo, CONCORDÂNCIA também é categorizada em situações nas quais o cliente faz na sessão aquilo que o terapeuta solicita, o que equivaleria a comportamentos obedientes ou de seguimento de instrução.

7. OPOSIÇÃO (OPO)

“OPOSIÇÃO é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente expressa discordância, julgamento ou avaliação desfavoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta” (Zamignani, 2007, p. 168). As expressões não vocais de oposição também são classificadas em OPO, conforme definidas pelo autor no eixo de categorização não vocal:

Respostas motoras, gestos ou expressões faciais do cliente que ocorrem na ausência de qualquer verbalização, cujos significados são compartilhados pela cultura como relacionados a oposição, discordância, descrença ou reprovação com relação a uma verbalização ou ação do interlocutor e que ocorrem nitidamente como signos da interação terapeuta-cliente. (Zamignani, 2007, p. 172)

Adaptação. OPOSIÇÃO também é categorizada, na presente pesquisa, quando a criança não faz aquilo que o terapeuta solicita, exceto quando esta negação parece sugerir dificuldade na compreensão da ordem do terapeuta. Desse modo, inclui comportamentos claramente opostos e também situações nas quais a criança “ignora” o comando do terapeuta e realiza outra ação, diferente da solicitada.

8. OUTRAS - VOCAL CLIENTE (COU)

“Esta categoria contempla verbalizações do cliente não classificáveis nas categorias anteriores” (Zamignani, 2007, p. 170). O autor também inclui “verbalizações do cliente ao cumprimentar o terapeuta em sua chegada ou partida, anúncios de interrupções ou comentários ocasionais alheios ao tema em discussão” (p. 170).

Adaptação. Na presente pesquisa esses três tipos de verbalizações não foram categorizados como COU por ocorrerem em maior frequência no atendimento a crianças. A última categoria do sistema foi utilizada para computar falas com registro insuficiente (i.e., inaudíveis por problemas no equipamento de filmagem ou na compreensão da fala das crianças).

Anexo B. FAPRS

Definição das categorias da Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale

(FAPRS, de Callaghan & Follette, 2008)

Anexo B. FAPRS

Definição das categorias da Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS, de Callaghan & Follette, 2008):

1. COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1 (CRB1)

Codifique CRB1 quando o cliente se engajar em comportamentos problemáticos na sessão, ocorrendo no contexto da relação terapêutica. Não codifique como CRB1 quando o cliente descrever os problemas de comportamento tais como ocorrem em outros relacionamentos fora da terapia, a não ser que a função dessa descrição opere como um CRB1 com o terapeuta. (Callaghan & Follette, 2008, p. 9)

2. COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2 (CRB2)

Codifique CRB2 quando o cliente se engajar em comportamentos de melhora na sessão, no contexto da relação terapêutica. Um CRB2 não é um comportamento de melhora se o cliente o descreve tal como ocorre em outras relações fora da terapia, a não ser que a função dessa descrição opere como um CRB2 com o terapeuta. (Callaghan & Follette, 2008, p. 11)

3. COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 3 (CRB3)

Codifique o comportamento verbal do cliente como CRB3 quando o cliente descreve como diferentes variáveis de controle impactam em seu comportamento e quando ele faz essas descrições funcionais. Essas descrições das variáveis de controle são CRB3 seja quando ele descreve variáveis da sessão, ou contingências fora do setting terapêutico. Codifique CRB3 quando o cliente parafraseia descrições do terapeuta, aparentemente alterando tais descrições com suas próprias palavras. Também codifique CRB3 quando o cliente fizer uma descrição aproximadamente funcional de variáveis de controle importantes, como parte dos três termos da contingência, ainda que não descreva um dos termos da relação. (Callaghan & Follette, 2008, p. 13)

4. FOCO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA (CTR)

Codifique CTR's quando o cliente focar na relação terapêutica (p.e., seus sentimentos, no momento, sobre o terapeuta), mas quando esse comportamento não for codificável como respostas específicas da FAP (CRB1, 2 ou 3). Codifique o comportamento do cliente como CTR quando o cliente continuar a focar na relação terapêutica, o que inclui compartilhar seus sentimentos em resposta ao terapeuta. Essa categoria também inclui quando o cliente foca em uma discussão sobre comportamentos em sessão, apontados pelo terapeuta. . . . Quando o cliente discute com o terapeuta sobre o propósito de focar na relação terapêutica durante o trabalho (p. e., uma discussão sobre como a FAP funciona). Por fim, use o código para categorizar a fala do cliente sobre sessões passadas, quando a função dessas sessões não estiver presente no momento. (Callaghan & Follette, 2008, p. 13)

5. COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1 FORA DA SESSÃO (O1)

Codifique o comportamento do cliente como O1 quando o cliente discutir ou descrever problemas de comportamento que têm sido foco do tratamento, mas que ocorram em outras situações, fora da sessão. Esses problemas não são considerados CRB1 porque não são evidenciados em sessão, no contexto da relação terapêutica. Eles devem prover descrições claras do problema de comportamento, ou são codificados como CPR. (Callaghan & Follette, 2008, p. 14)

6. COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2 FORA DA SESSÃO (O2)

Codifique o comportamento do cliente como O2 quando ele discutir ou descrever melhoras que têm sido foco do tratamento, mas que ocorram em outras situações, fora da sessão. Essas melhoras não são consideradas CRB2 porque não são evidenciadas na sessão, no contexto da relação terapêutica. Eles devem prover descrições claras sobre o comportamento melhorado, ou então devem ser categorizados como CPR. (Callaghan & Follette, 2008, p. 15)

7. PROGRESSO POSITIVO EM SESSÃO (CPR)

Codifique CPR quando o cliente se engajar no trabalho geral que facilita a discussão e que não podem ser codificado como uma das categorias da FAP. Esse código é utilizado quando o conteúdo do comportamento verbal do cliente funciona para manter a discussão focada no trabalho da sessão, sem impactar a função do comportamento do terapeuta. (Callaghan & Follette, 2008, p. 16)

8. OUTROS-FAPRS

Adaptação. Esta categoria, residual, não foi descrita pelo sistema FAPRS. Foi utilizada na presente pesquisa para agrupar todas as respostas das crianças não classificáveis nas categorias anteriores.

Anexo C. SECAT

Sistema de Estratégias

Para Conversas e Atividades Terapêuticas

Anexo C. SECAT

Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas

1. Brincar (BRC)

Definição

Brincar (BRC). A categoria Brincar (BRC) abarca interações lúdicas terapeuta-criança, cujas ações ou falas restringem-se ao brinquedo, brincadeira ou jogo em curso. As ações ou falas incluídas nesta categoria podem se referir à organização inicial da brincadeira ou do jogo, à execução do brincar em si e ao seu encerramento. Alguns jogos bastante utilizados em clínica são: Ludo, Damas, Xadrez, Cara a Cara, Resta Um, Jogo da Vida, Imagem e Ação, Pebolim, Uno, Monopoly, Stop, Força etc. Algumas brincadeiras não estruturadas incluem: utilizar massinha e argila, brincar de casinha, panelinha e “hominho”, pintar com tintas diversas, desenhar com canetinha, giz e lápis de cor, fazer mímica, contar piadas, dentre outros.

Crítérios de Inclusão

BRC, Inclusão, Critério (a). A interação deve ser lúdica, seja com jogos estruturados ou brincadeiras não estruturadas.

Exemplo BRC-IA. O exemplo a seguir (interação durante jogo de Ludo, um jogo estruturado) apresenta verbalizações comuns durante a execução de jogos estruturados.

T. Seis. [Número tirado no dado.]¹ Um, dois, três, quatro, cinco, seis. [Avança o peão.]

C. Seis joga de novo?

T. Sim. Lá vou eu. Dois. [Número tirado no dado.] Um, dois. [Avança o peão.] Vai, sua vez.

C. Vou tirar a sorte grande, hein. Vai, quero o um pra sair da casinha! [Joga o dado.] Ummmm!!!! [Joga.]

T. Uau!!! Agora ficou difícil pra mim, hein!

Exemplo BRC-IA-2. Na interação a seguir, terapeuta e criança brincam com massinha de modelar, uma brincadeira não estruturada. Essa é ocasião em que ocorrem comportamentos clinicamente relevantes da criança, encaminhada à terapia por problemas de agressividade. A terapeuta intervém diretamente sobre eles:

C. [Pega três potes de massinha amarela.] Só eu vou usar, G., só eu!!!

T. Se só você usa, eu não tenho como brincar com você.

C. [Joga um pedacinho de massinha na terapeuta.]

T. Eu vou ficar aqui esperando você me dar um dos potes.

C. [Emburrado.] Eu não gosto de você!!!

T. Você detesta dividir, né? Mesmo assim, se não dividir, eu vou brincar com o quê?

[Trecho de silêncio.]

C. [Dá um dos potes para a terapeuta.]

T. Obrigada. [Sorri.] Vou fazer uma capa de massinha bem bonita pro seu hominho!

BRC, Inclusão, Critério (b). A interação lúdica inclui a preparação para que a brincadeira aconteça, a partir do momento em que a brincadeira é escolhida em diante. Por exemplo: montagem das peças de um jogo, organização do material, leitura das regras, mistura das tintas, divisão dos objetos, dentre outros.

¹ Os trechos entre *chaves* esclarecem detalhes importantes do contexto, não evidentes na transcrição das vocalizações, auxiliando a tarefa do categorizador.

Exemplo BRC-Ib-1. O exemplo a seguir mostra uma interação em que terapeuta e cliente definem as regras de um jogo estruturado, de videogame. Terapeuta maneja dificuldades da criança no seguimento de regras. Todas as falas são categorizadas como BRC que, neste caso, foi uma oportunidade para instalação de repertório alternativo.

T. Vamos combinar uma maneira justa de jogarmos o Mario Bros.

C. Como assim?

T. Por exemplo, quem morrer ou passar de fase dá a vez pro outro. Assim ninguém fica esperando muito tempo.

C. Ahn, não. Assim eu não brinco.

T. Você tem alguma outra ideia? Você estava jogando e não tem muita graça eu ficar olhando, né?

C. [Silêncio, emburrado.]

T. [Silêncio.]

C. Tá bom, vai... mas vamos assim: duas vidas ou uma fase, passa pro outro jogar.

T. Negócio fechado. Par ou ímpar para ver quem começa?

EXEMPLO BRC-Ib-2. Em uma brincadeira de desenho livre, terapeuta e criança combinam a divisão do material e do espaço para cada um desenhar:

C. ... então eu vou desenhar uma casa.

T. Legal! Você quer fazer o mesmo desenho, a duas mãos, ou cada um faz o seu?

C. O mesmo. Não. Você faz aí. [Dá uma folha para terapeuta.] E eu faço aqui.

T. Tudo bem. Mas todos os lápis são de todo mundo, tá? A gente divide igual.

C. Tá. Eu vou começar com o amarelo. Pra fazer o sol.

BRC, Inclusão, Critério (c). A interação lúdica inclui a finalização da brincadeira, até que o foco da interação deixe de ser o brinquedo utilizado. Se a atividade de brincar inclui o guardar os brinquedos de volta à caixa/armário, este trecho também é categorizado como BRINCAR (BRC).

Exemplo BRC-Ic-1. Terapeuta e criança terminam uma partida de Uno:

T. Você ganhou a “nega”. Agora vamos guardar de volta na caixinha.

C. lupiiiiii!!!! Ganhei! [Guardando as cartas.] Posso guardar na gaveta?

T. Pode. Obrigada.

C. De nada. Eu ganhe-ei!

BRC, Inclusão, Critério (d). Ao preparar uma brincadeira, brincar ou fazer o seu encerramento, o terapeuta e/ou a criança podem trazer para este contexto outros temas, como acontecimentos em outras atividades, outras sessões, ou temas do cotidiano da criança. A relação entre o brincar e esses temas pode ficar implícita (i.e., não claramente verbalizada) ou ser explicitada na fala. Esta fala também é categorizada como BRN apenas quando tem o propósito de contextualizar aspectos da brincadeira, e não desvia a atividade para algumas das categorias de conversa.

Exemplo BRC-Ib-1. Aqui, a criança tem uma família de cinco membros. O terapeuta escolhe cinco bonecos para brincar de família, sem necessitar de esclarecimentos sobre o motivo dessa semelhança (implícita). Os bonecos escolhidos são descritos com características (e.g., idade e gênero) semelhantes às dos familiares da criança.

C. *Eu vou ser a mamãe.*

T. Tá. Eu vou ser o mais velho.

C. Então eu vou ser a menina. O pai vai ficar aqui no sofá...

T. Tá faltando o bebê!!!

C. Tá mesmo!!! Tem bebê na caixa?

T. Tem. Vamos procurar... olha ele aqui.

Exemplo BRC-Id-2. Neste exemplo, a criança estabelece relações entre as regras do jogo de Dominó que terá início na sessão e as regras que utiliza quando brinca com seus pais. Essas relações terminam por esclarecer qual regra será utilizada, e não desviam a interação para uma das categorias de conversa.

- T. Não estou entendendo nada do que você está fazendo. Será que você joga Dominó de um jeito diferente?
- C. É igual eu jogo com o papai e com a mamãe, ué. Lá na minha cidade todo mundo joga assim.
- T. Ah, então é por isso. Aqui em São Paulo eu nunca tinha visto desse jeito.
- C. Ó, minha mãe me ensinou assim: você pega as pontas das pedras de Dominó. Soma. Por exemplo, essa ponta dá 7, essa dá 4. Total 11. Se tivesse dado 10, que é múltiplo de 5, você teria ganhado 10 pontos.

2. FANTASIAR (FNT)

Definição

FANTASIAR (FNT). A categoria Fantasiar (FNT) inclui episódios verbais de interação com conteúdo de fantasia, que podem ocorrer tanto durante uma atividade quanto durante uma conversa. Entende-se, por fantasiar, as ações ou falas que extrapolam os limites físicos do brinquedo, brincadeira, jogo ou atividade por meio da resposta de *imaginar*. O fantasiar pode fazer parte de brincadeira, tarefa ou conversa e, em todos os casos, a fala pode ter em seu conteúdo elementos fantásticos, como animais falantes, robôs, monstros, artistas famosos etc. De modo semelhante, o fantasiar pode ser simplesmente comportar-se como se fosse outra pessoa (real ou imaginada). As interações de fantasia incluem dois tipos: (a) aquelas em que o terapeuta e/ou a criança distinguem o personagem da pessoa, ou seja, são narradores-observadores (falas na terceira pessoa do singular ou plural) e (b) aquelas em que o terapeuta e/ou a criança falam ou representam como se eles próprios fossem o personagem fantasiado, ou seja, são narradores-personagens (na primeira pessoa do singular ou plural). Contudo, é possível alternar entre um e outro tipo de narrador. As falas incluídas nesta categoria podem se caracterizar por: animismo a objetos, elaboração de histórias, incorporação de personagens, desempenho de papéis etc.

Critérios de Inclusão

FNT, Inclusão, Critério (a). A interação é lúdica e as ações e/ou verbalizações do terapeuta e/ou da criança incluem o imaginar (i.e., ver na ausência da coisa vista), o que ultrapassa os limites físicos da realidade.

Exemplo FNT-IA-1. Neste exemplo de interação lúdica com fantasia, criança e terapeuta iniciaram uma brincadeira de Pebolim. No trecho apresentado, porém, a criança atribui propriedades imaginadas aos jogadores de madeira. Ao fazer isso, tanto ela como o terapeuta comportam-se como narradores-personagens. Nota-se que ambos podem mudar de papel, representando vários personagens.

- C. Gol! Eu sou o Ronaldinho! [Referindo-se ao jogador de madeira que fez o gol.]
- T. Pessoal, o Ronaldinho marcou gol! Temos que desempatar! [Falando como se fosse jogador do time adversário.]
- C. “E ele sai, dá uma cambalhota e a torcida vibra!!!” [Faz voz de narrador de futebol.]
- T. “Ronaaaaldo, Ronaaaaldo...” [Faz voz da torcida.]

FNT, Inclusão, Critério (b). A interação ocorre em uma atividade estruturada (i.e., tarefa terapêutica em sessão) e uma parte desta (ou sua totalidade) inclui o imaginar (ver na ausência da coisa vista), o que ultrapassa os limites físicos da realidade. Categoriza-se FNT somente durante as falas de imaginação e de preparação e finalização da fantasia. A preparação inclui como elementos a escolha dos personagens, de suas características e do ambiente imaginado. O trecho

de FANTASIA se inicia a partir da solicitação da terapeuta para que a criança imagine quem ela é no desenho.

Exemplo FNT-Ib. Criança faz um desenho e terapeuta solicita que ela fale como se fosse um dos objetos desenhados.

- T. Qual deles você quer ser? [Apontando para o desenho.]
C. Eu não vou ser nenhum deles. Eu vou ser a árvore que ainda não fiz. [Desenha a árvore.]
T. Oi, dona árvore.
C. Oi... quem era você?
T. Ih, não pensei nisso! Quer escolher?
C. Você podia ser a flor, mas tá do outro lado. Não... você era a nuvem.
T. Plenamente de acordo! [Risos.]
C. Oi, dona nuvem, tá ventando muito aí em cima?
T. Demais até!

FNT, Inclusão, Critério (c). A interação não é uma atividade, e sim uma conversa. Uma parte dessa interação (ou sua totalidade) inclui o imaginar (ver na ausência da coisa vista), o que ultrapassa os limites físicos da realidade. Faz parte de FNT a preparação da imaginação e sua finalização.

Exemplo FNT-Ic-1. Criança chega à sessão usando pantufas de um personagem de desenho animado.

- T. Olha só, você é o Bob Esponja!
C. "Hehehehe!" [Imita a risada do Bob Esponja.]
T. Cadê a sua calça quadrada?
C. "Tá aqui, ó. Eu estava na minha casa lá no fundo do mar." [Puxa a calça para os lados.]

Exemplo FNT-Ic-2. Terapeuta pergunta à criança para onde ela viajará nas férias. Ela responde que gostaria de viajar para bem longe, pois está cansada da escola e de sua família. Terapeuta leva a criança a verbalizar mais claramente aquilo que a incomoda.

- T. ... mas se você for pra bem longe aí sua mãe vai falar: "Que saudade do meu filho! Faz dois meses que eu não o vejo!"
C. "Você não tem saudade de mim; você me viu todo dia o ano todo."
T. "É verdade. Mas também não precisava ficar tanto tempo fora."
C. "Meus amigos vão pra praia juntos e você não me deixou ir."
T. "Desculpe, eu não tinha dinheiro pra pagar a sua viagem. Eu não sabia o quanto você tinha ficado chateado. Você nunca tinha me dito."
C. [Silêncio.] "E agora?"
T. "Agora eu quero que você volte. Você pode voltar?"
C. "Posso. É que tudo custa dinheiro. Tudo." [Irritado.]

FNT, Inclusão, Critério (d). Ao fantasiar, o terapeuta e/ou a criança podem trazer para este contexto outros temas, como acontecimentos em outras atividades, outras sessões, ou temas do cotidiano da criança. A relação entre o fantasiar e esses temas pode ficar implícita (i.e., não claramente verbalizada) ou ser explicitada na fala. Esta fala também é categorizada como FNT apenas quando tem o propósito de contextualizar aspectos da fantasia, e não desvia a atividade para algumas das categorias de conversa.

Exemplo FNT-Id. Criança encaminhada para a terapia devido à fobia de cachorros. Terapeuta fez uma parte da sessão da criança caminhando pela rua. Na volta, criança propõe fantasia com bonecos de cachorros e pessoas, explicitando semelhança com os cachorros que viu pela rua.

- T. Vem cá, vamos pegar o cachorro azul [de brinquedo]. E também os bonequinhos...
C. Tá, ó, faz de conta que esse aqui [cachorro de brinquedo] é aquele cachorrão que a gente viu na rua. Latindo igual.
T. Ele vai latir bem alto.
C. [Pega o bonequinho e faz ele se esconder.]

- T. Agora eu quero que você avalie se ele é perigoso.
 C. Ele é um Salsicha. Como chama mesmo? Teckel. De mentirinha, tá?
 T. Tá. E o que mais?
 C. Ele é pequeno e tá na coleira com o dono. Faz de conta que esse [boneco] é o dono.
 T. Legal.
 C. Não parece perigoso. Vou tentar me aproximar. Mas não muito. [Movimenta o bonequinho em direção ao cachorro de brinquedo.] Ele é até bonitinho.
 T. Você fez uma avaliação excelente. Eu concordo com você.

3. FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT)

Definição

FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT). Episódios verbais de interação em que a criança realiza “exercícios” em sessão, junto com o terapeuta ou sob a supervisão deste. A diferença entre a tarefa terapêutica e o brincar é que a primeira tem uma diretividade maior do terapeuta, o qual organiza e estrutura a execução das etapas da tarefa. Muitas tarefas podem estar relacionadas a repertório acadêmico (e.g., ler, escrever, treinar caligrafia, compreender texto, fazer operações matemáticas, aprimorar coordenação motora fina); outras podem estar relacionadas a diferentes habilidades (e.g., descrever eventos do cotidiano, prestar atenção, concentrar-se, seguir instruções, tolerar frustrações). Há ainda tarefas interpessoais, como treino de habilidades sociais, descrição de eventos privados (i.e., pensamentos, sentimentos, sensações) e de relações de contingência. A aplicação de testes psicológicos também é categorizada como FTT. A categorização em FTT se inicia a partir do momento em que a tarefa é proposta até guardar o material utilizado. Durante sua execução, se a interação contiver outras propriedades (e.g., brincadeiras, fantasias, conversas paralelas ou derivadas não solicitadas pela tarefa), é categorizada de acordo com essas propriedades.

Crítérios de Inclusão

FTT, Inclusão, Critério (a). A atividade em sessão é uma tarefa estruturada com objetivo específico, normalmente proposta pelo terapeuta.

Exemplo FTT-1A. Neste exemplo, a terapeuta prepara uma tarefa acadêmica (caligrafia) para a criança. Inicia explicando aquilo que será feito e o seu objetivo. Ao escrever na própria sessão, a terapeuta pode observar não apenas o desempenho da criança, mas também as variáveis que podem interferir sobre esse desempenho, manipulando-as para sua melhora.

- T. Nós vamos fazer o seguinte. Eu trouxe umas folhas para você treinar sua caligrafia. Depois que ela melhorar, vamos treinar você escrever também cada vez mais rápido! Não vai mais ficar pra trás quando a professora escrever na lousa.
 C. Depois a gente vai brincar.
 T. Depois a gente vai brincar. Vamos fazer metade do tempo aqui e metade com o jogo que você escolher.
 C. Eu copio essas palavras?
 T. Isso mesmo!

Exemplo FTT-1A-2. Terapeuta e criança com Síndrome de Asperger encerram Treino de Habilidades Sociais (THS) em sessão. Neste caso, faz parte do próprio treino uma avaliação sobre o mesmo.

- T. O que você achou do seu desempenho?
 C. Pareço melhor. Quer dizer, acho que estou fazendo algumas coisas que podem me ajudar.
 T. Você consegue descrever o que acabou de fazer?
 C. Eu olhei nos olhos, hum, mexi mais meus braços pra falar, falei mais devagar...
 T. Isso mesmo.

Exemplo FTT-IA-3. Terapeuta aplica um “teste de inteligência” na criança. Neste caso, o trecho de encerramento incluiu guardar o material do teste, fazendo parte de FTT.

T. Então este foi o último.

C. Podemos brincar agora?

T. Podemos, sim. Ainda temos uns dez minutos. Me ajuda a guardar esse material?

C. Tá bom.

FTT, Inclusão, Critério (b). Tarefas podem ser propostas pelo terapeuta para que sejam executadas fora da sessão. Nesses casos, muitas vezes há algumas interações com a criança para esclarecer as regras do exercício, começar sua execução em sessão ou discutir as informações que ela traz quando já o realizou, entre uma sessão e outra. As interações em sessão a respeito de exercícios realizados fora desta são categorizadas como FTT.

Exemplo FTT-IB-1. Criança encaminhada à terapia com queixa de enurese noturna. Terapeuta aplica um programa de treino de controle da bexiga e monitora os registros da criança.

T. Olha só, o que você trouxe aí nesse papel?

C. Quantas vezes eu fiz xixi na cama.

T. Você anotou a cada dia?

C. Anotei a cada dia. Olha aqui: não fiz, não fiz... fiz duas vezes, não fiz, não fiz.

T. Você anotou direitinho!!!

C. Aqui eu fiz porque estava muito frio. Minha mãe explicou. Quando tá calor, a gente sua e faz menos xixi. Quando tá frio, faz mais.

Exemplo FTT-IB-2. Terapeuta faz um programa de estudos junto com a criança, em que ela deve monitorar *o que e quanto tempo* estuda durante a semana.

C. Tá aqui, ó. [Entrega papel para terapeuta.]

T. Vamos ver. Estudou meia hora na quarta, não estudou na quinta, nem na sexta, nem no sábado. Estudou três horas no domingo?! Mais meia hora na segunda, e aqui estamos nós.

C. É que tinha prova na segunda-feira, aí eu estudei tudo no domingo.

T. Entendi. Mas você perdeu alguma coisa legal de fazer no domingo pra ficar estudando?

C. Perdi o clube. Meu irmão foi e eu não fui. Lógico, ele ainda é pequeno e não tem prova!

4. CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADES (CDA)

Definição

CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADES (CDA). CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADES inclui episódios verbais de conversa, que se iniciam e se baseiam em algum aspecto da atividade em curso ou previamente realizada. O tema da conversa pode extrapolar aspectos vivenciados dentro ou fora da sessão, incluindo eventos passados, presentes, futuros ou hipotéticos, e pode ainda contemplar temas abstratos ou conceituais.

As falas incluídas nesta categoria referem-se a associações entre, por exemplo, brincar de escolinha e conversar sobre a professora ou o desempenho escolar da criança; brincar com “família de bonecos” e comportamentos dos familiares em relação à criança; brincar com um jogo qualquer e questionar com qual coleguinha a criança joga esse jogo. A conversa pode se dar por meio de comparações (e.g., o quanto um elemento da atividade é igual, oposto, mais, menos etc. do que um aspecto da vida da criança), ou por meio de derivações (i.e., a partir de um elemento da atividade, conversa-se sobre aspectos da vida da criança, sem necessariamente compará-los).

Ao iniciar uma conversa cujo tema deriva de uma atividade, é possível que o terapeuta e a criança continuem executando a atividade enquanto conversam, ou que ela seja interrompida por alguns instantes. Quando é interrompida, pode-se retornar a ela depois da conversa, ou não, a depender dos objetivos da sessão.

Critérios de Inclusão

CDA, Inclusão, Critério (a). Derivação. Terapeuta e/ou criança conversam como derivação de uma atividade que está ocorrendo ou que ocorreu (na sessão ou em sessões passadas). A derivação pode ter sido iniciada pelo terapeuta ou pela criança. Esta conversa pode ou não abarcar conteúdos relacionados à queixa. Pode incluir desde simples comentários sobre a atividade ou o comportamento de um ou de outro nesta, acordos sobre *como* e *quando* farão atividades semelhantes no futuro até análises das contingências envolvidas.

Exemplo CDA-IA. Terapeuta e cliente jogaram Dominó, do qual se deriva uma conversa sobre as regras do jogo e as habilidades para jogá-lo. Criança usualmente “conta vantagem” sobre suas habilidades, o que ocorre nesta conversa.

C. Sabia que tem que conseguir fazer contas muito rápido para jogar o Dominó, né?

T. Sim, tem que conseguir fazer as contas mesmo.

C. É assim, ó, quanto mais você vai colocando pedras altas, mais difícil fica. E se você demora muito pra fazer as contas, aí o jogo fica chato.

T. Você diz isso porque conseguimos jogar bem rápido, certo?

C. Conseguimos! Sabe, é que eu sou muito bom nisso. Quando a gente jogar de novo na semana que vem, eu vou ganhar todas.

CDA, Inclusão, Critério (b). Derivação com conversa sobre outros eventos. As verbalizações se iniciam a partir de uma atividade da sessão (conforme Critério [a]), mas deriva-se daí uma conversa sobre outros eventos, que guardam algum tipo de relação com a atividade. Essa relação (e.g., de semelhança ou oposição) faz com que propriedades da atividade funcionem como antecedentes para a conversa.

Os eventos aqui referidos podem ser passados, atuais, futuros, hipotéticos ou abstratos/conceituais. Podem ocorrer fora da sessão, no cotidiano da criança ou de terceiros, ou dentro do contexto de terapia. Eventos do contexto de terapia incluem outras atividades e/ou conversas, relação com o terapeuta, funcionamento e regras da sessão, dentre outros. Tal relação pode incluir a descrição desses eventos, algum nível de análise sobre os mesmos, recomendações para serem seguidas na sessão ou fora desta e assim por diante.

Exemplo CDA-I-B. Na continuação do exemplo anterior, após jogarem Dominó, terapeuta solicita ao cliente que estabeleça relações entre seu desempenho no jogo dentro da sessão e fora desta, assim como sobre a forma como se avalia.

T. E na sua casa, você joga Dominó?

C. Jogo. Com meu pai, com minha mãe e com meu irmão. Só que ele é pequeno, né. Então ele não sabe fazer direito.

T. E quem costuma ganhar?

C. Ahn, eu sou muito bom. Mas assim... meu pai é quem mais ganha...

T. Me diga uma coisa: seu pai fala o quanto ele é bom?

C. Ih, o tempo todo!!!

T. É mesmo, é? E como se sente quem perde?

CDA, Inclusão, Critério (c). Derivação de atividade, com conversa sobre outros eventos, comparando propriedades da atividade às dos eventos. Categoriza-se como CDA as conversas sobre outros eventos, derivadas de atividades em sessão (conforme definido no Critério [b]), cujo foco da conversa é a própria comparação entre a atividade e o evento. Nessa comparação, é possível descrever e/ou analisar relações de semelhança, igualdade, oposição, maior ou menor, muito ou pouco, frequência e assim por diante. As relações podem se referir tanto ao comportamento da criança como ao de terceiros (incluindo o terapeuta), além de aspectos do ambiente.

Exemplo CDA-I-c. Terapeuta solicita que a criança compare o modo como se relacionou com ela (T.) durante a atividade realizada na sessão ao modo como se relacionou com ela (T.) na mesma atividade em sessões passadas e estenda a comparação às suas relações com os amigos, fora da sessão.

- T. Eu adorei jogar [xadrez] com você hoje e gostaria que você adivinhasse o porquê.
C. É? Porque eu obedeci?
T. Também porque você obedeceu às regras. Mas foi mais do que isso. Você percebe a diferença entre hoje e a última vez que jogamos, mês passado?
C. Ahn... não sei...
T. Você viu que você se divertiu sem ficar falando o quanto é melhor, o quanto vai ganhar e eu vou perder? Você tinha feito isso da outra vez e eu quase perdi a vontade de jogar.
C. Ah é. Lembro, lembro.
T. Agora, lembra que você me contou uma vez que acha que não tem amigos, que eles não gostam de você? Quando você brinca com eles, você faz igual hoje ou igual antes?
C. Eu faço igual antes, mas eles também fazem. Então eles merecem!!!

Critérios de exclusão

CDA, Exclusão, Critério (a). Se o tema da conversa derivada de atividades muda e torna-se diferente daquele relacionado à atividade, passa-se a categorizar CONVERSAR PARALELO A ATIVIDADE (CPA) se a atividade ainda está ocorrendo, ou CONVERSAR SEM ATIVIDADE (CSA) caso ela tenha sido encerrada.

Exemplo CDA-Ea. Terapeuta e criança conversam sobre comportamento desta com uma amiga de escola, diálogo derivado de uma atividade do tipo tarefa terapêutica, parcialmente com fantasia sobre “como agradar os amigos”. Depois de alguma conversa, o tema muda para *tarefas escolares*.

- C. [A fantasia] é parecida porque eu gosto de agradar minha amiga.
T. Como você faz pra agradar sua amiga?
C. Eu faço palhaçada. Aí ela dá risada. Todo mundo dá risada. Eu sou muito engraçada!
T. Sim, você é. Eu concordo completamente!
C. Mas agora no final do semestre não dá pra fazer muita palhaçada. Tem muita prova [Início da mudança de tema: categoriza-se CSA]
T. Quais provas faltam pro ano acabar?
C. Ciências, matemática, geografia, francês, desenho geométrico, livro...lh, quase todas!
T. Você tem muita prova, né! Como estão suas notas?

5. CONVERSAR PARALELO A ATIVIDADES (CPA)

Definição

CONVERSAR PARALELO A ATIVIDADES (CPA) inclui episódios de interação nos quais o *fazer atividade* está apenas temporalmente relacionado ao conversar, mas os temas são diferentes e, portanto, trata-se de ações independentes. O fazer atividades é ação (geralmente motora) que ocorre paralelamente à fala sobre temas não pertinentes a tal ação. As falas incluídas nesta categoria referem-se, por exemplo, a conversar sobre escola enquanto se brinca de modelar argila; conversar sobre família enquanto colore um desenho; conversar sobre atividades da semana durante o jogo de Damas.

Critério de Inclusão

CPA, Inclusão, Critério (a). Conversa foca outro tema, distinto da atividade em curso. Se, durante a conversa, uma fala do terapeuta ou da criança faz referência à atividade em curso, mantém-se a categorização em CPA se isso não tiver como resultado o encerramento da conversa, mas somente uma breve interrupção desta.

Exemplo CDA-I-A. Terapeuta e criança brincam com massinha enquanto conversam sobre a rotina da criança.

T. E quem te leva na escola? [Enquanto pega os potes de massinha.]

C. Minha irmã. [Abre a massinha.]

T. Nossa, é mesmo? Quantos anos tem a sua irmã? Me passa a forminha?

C. Esta aqui? [Pega a forminha e dá para a terapeuta.]

T. É. Obrigada. [Recebe a forminha.]

C. Ela tem doze. [Faz cobrinhas com a massinha.]

T. O que você acha de ir com ela?

C. É mais ou menos bom. Mas é que a minha mãe tem muito serviço em casa pra fazer.

CPA, Inclusão, Critério (b). Conversa faz interrupções ocasionais da atividade. Neste critério, oposto ao anterior, a conversa paralela pode fazer com que, ocasionalmente, terapeuta e criança parem de manusear os objetos da atividade. Ainda assim, mantém-se a categorização CPA se isso não resulta no encerramento da atividade, retomada na sequência.

Exemplo CPA-I-B. Terapeuta e criança pintam um desenho com aquarela enquanto conversam sobre relacionamentos na escola. Terapeuta leva criança a descrever os eventos e a fazer análises sobre eles. Durante as explicações da criança, ela interrompe o desenho algumas vezes, enquanto faz gestos explicativos com as mãos. As interrupções não encerram o episódio de interação característico desta categoria.

T. Não entendi, você queria que sua amiga fosse na sua casa, certo? Mas aí você ficou brava com ela porque ela não foi. Mas você não convidou. Como isso se encaixa? [Pintando.]

C. Não, calma... [Risos, pintando.]

T. Estou calma! [Risos, pintando.]

C. Olha, é assim. [Para de pintar.] Eu fiquei brava porque ela não foi na minha casa porque na verdade aquela menina chata que te contei convidou ela antes. E, tipo, eu odeio ela.

T. Ah, entendi. Mas peraí, alguém entendeu isso que você tá me explicando agora? [Sem pintar.]

C. Não, ninguém entendeu, porque aí também eu fiz uma coisa muito burra. [Risos.]

T. Tipo o quê?

C. Tipo falar pra minha amiga que eu estava de mal dela. [Volta a pintar.] E agora ela não quer mais olhar na minha cara.

6. CONVERSAR SEM ATIVIDADE (CSA)

Definição

CONVERSAR SEM ATIVIDADES (CSA) inclui interações do tipo relatos, diálogos, análises, que dispensam o auxílio das atividades para sua ocorrência. Desse modo, o antecedente da conversa iniciada não é uma atividade realizada em sessão. A interação se assemelha àquela que tradicionalmente ocorre em terapia com adultos verbais em consultório.

Critério de Inclusão

CSA, Inclusão, Critério (a). A conversa sem atividades aborda eventos de fora da sessão, podendo ser passados, atuais, futuros, hipotéticos, abstratos ou conceituais.

Exemplo CSA-IA-1. Terapeuta e criança conversam sobre evento que, conforme relatado pela família, ocorrerá dentro de alguns meses.

C. Nessas férias meu irmão mais velho vai morar com a gente.

T. Me explica o que você entendeu dessa sua irmã mais velha ter aparecido?

C. Meu pai me explicou que antes dele conhecer a mamãe ele teve um filho com outra mulher.

Mas é que ele não sabia que ela existia. Ele descobriu agora. Mas ele é muito pobre e meu pai quer que ela venha morar com a gente.

T. Você quer isso?

C. Quero. Eu conheci ele no verão passado. Ele é legal.

Exemplo CSA-IA-2. Terapeuta e criança conversam sobre tema mais abstrato, relacionado a *o que faz com que alguém saiba quem se é*.

C. Se eu não tiver mais o TOC, não vai ser muito esquisito?

T. Como assim, esquisito?

C. Não sei... deixa pra lá.

T. Me fala o que você tá pensando, por favor. Sua pergunta parece importante.

C. Minha mãe diz que eu faço isso desde bebê. Se eu não fizer isso, eu vou fazer o quê?

T. É uma pergunta incrível. Se você não fizer o TOC, você ainda vai ser você?

C. Não, eu vou ser muito diferente.

T. Você pode ser muito diferente e, ainda assim, ser você?

C. Não sei, porque eu não sei quem eu seria.

T. Ahn, entendi. Vamos pensar juntos.

Relação hierárquica entre as categorias do SECAT

BRINCAR (BRN) versus FANTASIAR (FNT). FANTASIAR (FNT) pode ser uma forma de BRINCAR (BRN) ou uma parte de uma atividade estruturada do tipo FAZER TAREFAS TERAPÊUTICAS (FTT). FNT envolve respostas mais complexas (i.e., imaginar, flexibilizando o controle de variáveis fisicamente presentes no ambiente) e, portanto, tem precedência sobre BRN. Embora o comportamento de fantasiar também possa fazer parte de uma brincadeira, neste caso categoriza-se FNT em detrimento de BRN.

BRINCAR (BRN) versus FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT). A distinção entre as duas categorias pode ser mais sutil, sobretudo quando uma brincadeira torna-se demasiadamente estruturada ou quando uma tarefa apresenta características mais lúdicas. Quando a atividade em sessão implica um planejamento prévio do terapeuta, com vistas a manipular variáveis de modo sistemático, mais diretamente relacionadas à queixa da criança, categoriza-se FTT – ainda que possam ocorrer respostas da criança que indicariam diversão e prazer. O grau de estruturação da atividade e o foco no manejo da queixa são, portanto, os critérios que distinguem uma categoria da outra.

BRINCAR (BRN) versus CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE (CDA). Durante o brincar, o terapeuta e/ou a criança podem fazer relações explícitas entre a brincadeira e o cotidiano da criança. Eventualmente (mas não necessariamente), a brincadeira é interrompida enquanto se conversa sobre o cotidiano. Durante a passagem entre um trecho de BRN e outro de CDA (ou vice-versa), pode haver dúvida a respeito de a partir de que fala inicia-se esta mudança. Mantém-se a categoria BRN quando falar sobre o cotidiano tem unicamente a função de contextualizar algum elemento da brincadeira. Categoriza-se CDA quando falar sobre o cotidiano tem a função de iniciar uma conversa sobre este tema.

Brincar (BRN) versus CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE (CPA). A escolha pela categorização BRN ou CPA parece ser bastante simples. No primeiro caso, o foco está na brincadeira em curso. No segundo, está em qualquer outro tema, exceto este. Se, durante a passagem entre um trecho de BRN e outro de CPA (ou vice-versa), ainda assim há dúvidas a respeito de a partir de que fala inicia-se esta mudança, CPA tem prioridade sobre BRN.

BRINCAR (BRN) versus CONVERSAR SEM ATIVIDADE (CSA). A distinção entre BRN e CSA também é mais fácil de ser identificada. No primeiro caso, a ação é lúdica e nos outros dois, não. CSA, por esse motivo, tem propriedades mais semelhantes à interação verbal vocal usualmente descrita em terapias com adultos. Ainda assim, é possível haver dificuldades para a escolha entre as categorias na delimitação do início ou final de brincadeiras e jogos. Nesses casos, categoriza-se BRN em detrimento de CSA priorizando-se o aspecto lúdico da interação, ainda que incipiente.

FANTASIAR (FNT) versus FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT). Uma fantasia pode ser estruturada na forma de uma tarefa terapêutica em sessão, quando o terapeuta solicita que a criança imagine cenas, histórias, lugares, interações etc., e usualmente dirige a fantasia por meio de perguntas e recomendações. Nessas situações, prioriza-se FNT em detrimento de FTT, com base no critério de que o aspecto imaginativo é mais relevante do que o grau de estruturação da atividade.

FANTASIA (FNT) versus CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE (CDA). Durante a fantasia, o terapeuta e/ou a criança podem fazer relações explícitas entre a fantasia e o cotidiano da criança. Categoriza-se FNT quando essas relações servem unicamente para contextualizar elementos da fantasia. Categoriza-se CDA quando as falas de fantasia são interrompidas e se passa a conversar sobre o cotidiano.

FANTASIAR (FNT) versus CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE (CPA). A escolha pela categorização como FNT ou CPA parece ser bastante simples. No primeiro caso, as verbalizações são sobre a fantasia em curso. No segundo, são sobre qualquer outro tema, exceto este. Terapeuta e/ou criança continuam manuseando os objetos utilizados na fantasia, mas conversam sobre outra coisa.

FANTASIAR (FNT) versus CONVERSAR SEM ATIVIDADE (CSA). A distinção entre FNT e CSA também é que, no primeiro caso, a resposta de imaginar faz parte da cadeia de respostas da criança e/ou do terapeuta. A partir do momento em que a criança ou o terapeuta inicia uma interação com fantasia (preparação desta, imaginação e finalização), categoriza-se FNT. Se o terapeuta não tem as informações necessárias para concluir que um relato da criança é real ou imaginado, categoriza-se CSA. Se o terapeuta classifica a fala da criança na conversa como um relato do tipo *mentira*, categoriza-se como CSA, e não FNT.

FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT) versus CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADES (CDA). Durante uma tarefa terapêutica, podem também haver falas sobre assuntos derivados de algum aspecto desta atividade. Essas falas poderiam ser categorizadas como CDA mas, se elas não encerram a tarefa, mas servem somente para contextualizar algum aspecto do assunto, mantém-se a categorização em FTT. Por outro lado, se uma parte de um exercício constitui-se em uma conversa em que são feitas descrições e/ou análises sobre a parte anterior, com ou sem relações com outros eventos (da sessão ou de fora desta), categoriza-se CDA, que neste caso tem precedência sobre FTT.

FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT) versus CONVERSAR PARALELO A ATIVIDADES (CPA). Se, durante uma tarefa terapêutica, esta é interrompida e o terapeuta e/ou a criança iniciam uma conversa sobre outros assuntos, passa-se a categorizar CPA.

FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT) versus CONVERSAR SEM ATIVIDADES (CSA). Se, durante uma tarefa terapêutica, ela é interrompida, abandonada ou encerrada porque se inicia uma conversa sobre outros assuntos, passa-se a categorizar CSA.

CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADES (CDA) versus CONVERSAR PARALELO A ATIVIDADES (CPA). Em CDA, a atividade é interrompida (mas não necessariamente encerrada) e dá lugar a uma conversa parcialmente evocada por alguma variável de uma atividade em curso. Também pode corresponder a uma conversa iniciada derivada de uma atividade já encerrada na sessão ou mesmo em sessões passadas. Já em CPA, a atividade precisa ser simultânea à conversa, com tema não relacionado a esta.

CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADES (CDA) versus CONVERSAR SEM ATIVIDADES (CSA). Se o assunto de uma conversa derivada de atividade muda, a categorização passa de CDA para CSA.

CONVERSAR PARALELO A ATIVIDADES (CPA) versus CONVERSAR SEM ATIVIDADES (CSA). Se a conversa ocorre paralela à atividade em curso, categoriza-se CPA ainda que haja breves interrupções na ação motora da atividade ou breves comentários sobre a atividade, que não encerram a conversa. Se, nesse percurso, a atividade é abandonada, passa-se a categorizar CSA.

Relação temporal entre as atividades. Em algumas situações, é possível que a díade terapeuta-criança execute uma atividade e, simultaneamente, converse sobre outra atividade, ocorrida antes na mesma sessão, em outra sessão ou parcialmente fora da sessão. Nesses casos, prioriza-se a atividade presente para se estabelecer a relação entre a fala e a ação. Por exemplo, a criança pode contar sobre seu desempenho em tarefa de casa solicitada pelo terapeuta, paralelamente à execução de um desenho em sessão. A atividade de referência, nesse caso, é o desenho (imediate) e não a tarefa (remota), e a fala é categorizada como CPA.

Exemplo combinando diferentes categorias do SECAT

Neste exemplo hipotético (representando uma sessão, mas com episódios muito mais curtos), a sessão se inicia com uma tarefa programada pela terapeuta (FTT). Parte da tarefa é uma atividade de fantasia (FNT). Em seguida, desta atividade deriva-se uma conversa (CDA). A conversa muda de tema (CSA). Ao final, terapeuta e criança brincam (BRN). Durante a brincadeira, ocorrem conversas paralelas sobre outros assuntos (CPA). Antes de ir embora, terapeuta prescreve uma tarefa para ser executada fora da sessão (FTT). Ao lado de cada fala, apresenta-se a sigla da categoria correspondente.

- T. Hoje trouxe aquela atividade que eu tinha te falado. (FTT)
- C. Tá bom. Mas vai dar tempo de brincar? (FTT)
- T. Vai sim. A gente divide o tempo direitinho. Olha, o nome da atividade é O que você faria se..., e você precisa arrumar soluções para os problemas nos cartões. (FTT)
- C. [Pega os cartões e lê.] “O que você faria se seu irmão contasse uma mentira sobre você pra sua mãe?” (FTT)
- T. Isso já aconteceu, né? (FTT)
- C. Já. Eu bateria nele, e nós iríamos de castigo. (FTT)
- T. Quero uma outra solução. Essa não fica boa pra você. (FTT)
- C. Eu falaria pra minha mãe que é mentira. (FTT) “O que você faria se um extraterrestre aparecesse no campinho da escola e quisesse te levar para uma viagem?” Eu dava um jeito nele com meus golpes de karatê. (FNT)
- T. Você ainda não sabe se ele é mais forte. Ele pode te derrotar com um peteleco! Tenta uma solução mais estratégica. (FNT)
- C. Eu ia implorar misericórdia. [Risos.] (FNT)
- T. Pode ser... mas quem disse que ele é do mau? E se ele for de um planeta incrivelmente avançado? (FNT)
- C. Eu ia falar pra gente dar uma voltinha na espaçonave dele. Não. Antes eu ia perguntar: “Are you good?”, porque ele ia saber falar inglês. Hahahaha! (FNT)
- T. Essa foi boa! [Risos.] (FNT) Agora quero que você analise as suas primeiras respostas aos cartões: bater no seu irmão e dar golpes de karatê no ET. O que acontece com você quando você faz isso? (CDA)
- C. Eu ganho se eu for mais forte. (CDA)
- T. E perde se for mais fraco ou se alguém te põe de castigo, né? (CDA)
- C. É. É o que sempre acontece comigo, ninguém tem paciência comigo. (CDA) Vai, agora eu quero brincar, você prometeu. [Pega argila no armário.] (BRN)
- T. O que vamos construir? (BRN)
- C. Um castelo. E depois a gente coloca pra secar. [Manuseia argila.] (BRN)
- T. Você foi no passeio da escola na fazenda? (CPA)
- C. Fui nada. Na última hora minha mãe não deixou, eu sabia que ela não ia deixar. (CPA)
- T. Que pena. Do jeito que você contou, você parecia muito animado. (CPA)
- C. Me passa a espátula? (CPA)
- T. Tó aqui. Sabe, a gente precisa pensar num jeito da sua mãe deixar mais você fazer as coisas. (CPA) Mas agora o tempo está acabando, vamos guardar as coisas? (BRN)
- C. Vou deixar meu castelo aqui pra secar. Pode? (BRN)
- T. Pode. (BRN) Antes de ir embora, toma, essa é uma tabela nova pra você registrar. (FTT)
- C. Por quê? (FTT)

T. Porque a outra você já entregou escrita até o final. (FTT)
C. Ah, é mesmo. (FTT)
T. Então tchau, querido. Me dá um abraço. Nos vemos na semana que vem. (CSA)
C. Tchau! [Beija e abraça a terapeuta.] (CSA)

Anexo D. SICOT

Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos

Anexo D. SICOT

Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos

O Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos (SICOT) é apresentado a seguir, contendo a definição de cada categoria, os critérios de inclusão e de exclusão (quando necessários) e exemplos para cada critério.

1. FAVORECER A ADESÃO (FVA)

Definição

FAVORECER A ADESÃO (FVA) agrupa as interações terapeuta-cliente cujo objetivo é tornar a terapia e o terapeuta reforçadores condicionados, ou reduzir a aversividade da sessão, aumentando a probabilidade de o cliente permanecer em sessão, retornar e engajar-se no processo. Essas interações podem acontecer na forma de conversas ou de atividades durante todo o processo, mas são computadas nesta categoria somente quando não relacionadas à queixa ou a outro objetivo. Esta categoria inclui tanto as interações reforçadoras positivas como as reforçadoras negativas para a criança, neste último caso com a função de permitir a esquiva de temas mais aversivos para o cliente.

Se as falas e ações do terapeuta têm função de favorecer a adesão, mas sua função *também* é coletar dados para compor a análise de contingências, intervir sobre o comportamento do cliente em sessão ou sobre seu comportamento verbal, então o episódio de interação é classificado nessas últimas categorias. Em terapia infantil, a categoria FAVORECER A ADESÃO inclui interações supostas como altamente reforçadoras (sobretudo o brincar, cf. de Rose & Gil, 2003), nos momentos em que as ações do terapeuta não são classificáveis como outra categoria do sistema. Também pode incluir conversas do tipo *bate-papo*, em que o terapeuta não está intervindo sobre informações relevantes à compreensão dos comportamentos-alvo da criança, nem de terceiros.

Critérios de Inclusão e Exclusão

FAVORECER A ADESÃO (FVA), Critério de Inclusão (a). Episódios de interação *entre* atividades e/ou conversas com foco no problema. No exemplo, terapeuta e criança terminam uma conversa em que a criança conta sobre suas tentativas de estudar para as provas. Na sequência, contam piadas (FVA, trecho em itálico) e, depois, iniciam uma atividade de leitura e escrita.

- C. Então eu consegui estudar um pouco mais. Mas só de Geografia.
T. Certo, então a Matemática nós vamos estudar daqui a pouco juntos. Eu quero entender onde que você tem dificuldade. Se a gente descobrir isso, pode ficar mais fácil. Vou pegar umas folhas e lápis... [Dirige-se ao armário.]
C. Ahn, eu aprendi mais uma piada essa semana!
T. Ah, quero ver. Manda.
C. É assim. A mãe falou pro Joãozinho: “Filho, temos uma notícia pra você. Você vai ganhar um irmãozinho!” E ele: “Ah, mãe, não me leve a mal, mas eu preferia uma bicicleta!” [Risos.]
T. Hahahaha!!! Tá, minha vez. Professora pro Juquinha: “Fale 3 partes do corpo”, aí ele: “Zoio, zuvido, zoreia”. Aí ela: “Assim, sabe que nota você vai ganhar?” Ele diz: “Zoito?”
C. Hahahaha!!!! Repete... vou decorar pra contar lá em casa...
T. Pronto, aqui está o nosso material, senta aqui na cadeira. Vou colocar a tabuada pra você.

FAVORECER A ADESÃO (FVA), Critério de Inclusão (b). Episódios de interação durante atividades ou conversas com foco nos comportamentos-alvo, que desviam o assunto para temas não associados a estes. No exemplo, terapeuta e cliente interagem com bonecos, representando uma conversa

em que a boneca-filha expressa seu desagrado com a falta de carinho de sua mãe. Durante essa interação, eventualmente a criança faz referência a temas periféricos e a terapeuta permite a esquiva (FVA, em itálico).

- C. "Sabe, mamãe, eu nem quero mais ficar aqui na sala com você?"
T. "Eu fiz alguma coisa que você não gostou, filhinha?"
C. *Eu vou colocar esse sofá mais pra cá, tá? [Começa a ajeitar o sofá de brinquedo.]*
T. *Tá. Tá melhor assim?*
C. *Tá. Mas a sala não tá bonita.*
T. *Vamos colocar esse vaso de flores que estava no quarto aqui na mesinha.*
C. *Melhorou.*
T. *Então coloca a sua boneca aqui na poltrona.* "Eu fiz alguma coisa que você não gostou, filhinha?"
C. "Fez. Toda vez que eu deito no seu colo, você só faz carinho no bebê. Você tá sempre ocupada com ele".

FAVORECER A ADESÃO (FVA), Critério de Inclusão (c). Demonstrações de preocupação com o bem-estar físico do cliente, o que inclui sua saúde, a condição em que chega à sessão (e.g., molhado de chuva), se ele se machucou ou se sujou em uma atividade etc. Por exemplo:

- T. Sua perna está ficando vermelha, sentado nessa posição no chão.
C. Deixa...
T. Tá esmagando aqui, sua sandália na perna. Vem cá, dobra desse outro jeito aqui [ajeita a criança], e eu coloco essa almofadinha atrás das suas costas.
C. [Sorri.]
T. Ahn! Agora ficou bom, hein!

FAVORECER A ADESÃO (FVA), Critério de Exclusão (a). Se a díade terapeuta-cliente se engaja em uma atividade ou conversa aparentemente com tema pouco relevante, mas o próprio ato de engajar-se é um treino relacionado à queixa do cliente, então o episódio é classificado na categoria mais apropriada relacionada ao comportamento-alvo. No exemplo, a criança conta uma história qualquer (tema pouco relevante), mas a terapeuta aproveita para modelar o relato, a partir da hipótese de que a aquisição desse repertório auxiliaria na redução dos comportamentos de agressividade.

- C. Eu fui no primo.
T. O que quer dizer? Não entendi.
C. Eu fui no primo. Na casa.
T. Você tá me dizendo que foi na casa do seu primo?
C. Éeee.
T. Fala assim: "Eu fui na casa do meu primo que se chama..."
C. Eu fui na casa do meu primo que se chama Francisco.
T. Isso, muito bem. Agora eu entendi. Quantos anos tem seu primo?

2. COLETAR DADOS (CDD)

Definição

COLETAR DADOS (CDD) é uma categoria que agrupa ações e/ou falas do terapeuta cujo objetivo é prioritariamente a obtenção de informações, a respeito de padrões de comportamento do cliente ou de terceiros, que auxiliam o terapeuta a formular hipóteses que orientam sua intervenção. Inclui as intervenções do terapeuta que estabelecem ocasião e consequência para a resposta do cliente de relatar os eventos aqui definidos. Por exemplo, o terapeuta pode perguntar como o cliente passou a semana, responder empaticamente aos relatos sobre sentimentos difíceis e fazer mais perguntas.

Os dados coletados pelo terapeuta podem incluir: (a) informações do cliente sobre o contexto em que determinada(s) resposta(s) foi emitida; (b) o relato da(s) resposta(s) em si; (c) o

relato das consequências para a(s) mesmas(s), ou seja, tudo que o cliente supõe ser produto da(s) resposta(s), independentemente de ser reforço ou punição; (d) informações sobre aspectos da história de vida e (e) opinião do cliente sobre esses eventos. As informações dadas pelo cliente podem se referir a respostas operantes ou respondentes, abertas ou encobertas, abrangendo sensações, sentimentos e pensamentos. Podem se referir ao contexto de fora ou de dentro da terapia (na relação com o terapeuta).

Os dados coletados podem se referir a eventos passados, atuais, futuros (relatos de tendências à ação), hipotéticos (suposições, possibilidades), abstratos e/ou conceituais (isolamento de atributos de um objeto). A própria maneira com que o cliente descreve as contingências também pode ser útil para coletar dados sobre regras e autorregras do cliente sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o funcionamento das interações.

Critérios de Inclusão e Exclusão

COLETAR DADOS (CDD), Critério de Inclusão (a). Intervenções do terapeuta que produzem dados diretamente relacionados aos comportamentos-alvo são categorizadas como COLETAR DADOS (CDD). No exemplo a seguir, a terapeuta intervém de modo a obter informações referentes a respostas do cliente (incluindo eventos privados) atuais e hipotéticas e também de terceiros, relacionadas ao motivo de encaminhamento à terapia: dificuldade para estudar e se concentrar em assuntos escolares.

- T. Como foi que você fez para estudar nesta semana?
- C. Eu não estudei quase nada.
- T. O que você fez no horário de estudar?
- C. Fiquei lendo gibi.
- T. E sua mãe?
- C. Ela não percebeu; ela tava fora.
- T. Ahn, entendi. Mas você tá preocupado com as provas, ou tá tudo bem?
- C. Tô um pouco preocupado. Mas ainda tenho umas semaninhas.
- T. O que aconteceria se sua mãe descobrisse que você não estudou?
- C. Ela ia me deixar sem computador. Mas eu ia usar escondido.

COLETAR DADOS (CDD), Critério de Inclusão (b). Intervenções do terapeuta que produzem dados não diretamente relacionados ao foco da intervenção, mas que ainda são indicativos de padrões de comportamentos do cliente ou de terceiros relevantes para a elaboração das hipóteses que norteiam a intervenção.

No exemplo, a terapeuta faz perguntas sobre a rotina de uma criança com hipótese de déficit de atenção, o que lhe auxilia a descobrir outras variáveis que podem interferir na sua capacidade de concentração.

- T. Que horas você foi dormir ontem?
- C. Não me lembro.
- T. O que você estava fazendo antes de dormir?
- C. Vendo TV.
- T. Hum, e o que estava passando?
- C. O Programa do Jô. Aí eu dormi no meio e minha mãe deve ter me levado pra cama.
- T. Certo. Então você deve dormir depois da meia-noite. Talvez depois da uma.
- C. É por aí. Às vezes mais.

COLETAR DADOS (CDD), Critério de Exclusão (a). Se o terapeuta obtém informações do cliente, mas a resposta de relatar o evento (e.g., descrever, relacionar) é o próprio comportamento-alvo que se pretende instalar, categoriza-se esse episódio na outra categoria apropriada. No exemplo a seguir, o cliente descreve pela primeira vez as consequências negativas de sua relação com alguns

colegas da escola, colocando seu relato sob controle desses fatores pela primeira vez. Nesse caso, a interação é alocada na categoria MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV).

- C. Eu não estou mais ficando com elas no recreio.
- T. O que houve?
- C. Elas são falsas. Elas falaram mal de mim pro menino que eu tava afim.
- T. Elas já tinham sido falsas antes. O que mudou dessa vez?
- C. Ah, não sei, eu resolvi ficar perto de quem é mais legal.
- T. Interessante. Quem é legal é quem faz o quê?
- C. Quem fica junto de todo mundo sem ter que falar mal pelas costas.

3. MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS)

Definição

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS). A categoria inclui interações nas quais o terapeuta utiliza diferentes técnicas de intervenção para manipular antecedentes e consequências de comportamentos-alvo do cliente, com o objetivo de aumentar ou diminuir sua probabilidade de ocorrência e alterar suas relações de contingência, a depender da análise realizada a partir dos dados coletados. Esse processo de ensino em sessão pode se dar de maneira estruturada, na forma de exercícios propostos pelo terapeuta (e.g., leitura ou escrita, coordenação motora fina, discriminação de objetos, cores, formas, atividade estruturada de desenho e história), ou atividade menos estruturada, em forma de brincadeiras, fantasias livres e conversas nas quais o terapeuta tem menos controle sobre as variáveis mas, ainda assim, responde diferencialmente às classes de comportamentos-alvo de queixa e melhora.

Critérios de Inclusão e Exclusão

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS), Critério de Inclusão (a). Terapeuta maneja comportamento-alvo de queixa que está ocorrendo na sessão. No exemplo, a criança encaminhada à terapia por problemas de hiperatividade e desatenção comporta-se de maneira análoga em sessão e o terapeuta maneja antecedentes, alterando a quantidade de brinquedos disponíveis, bem como as consequências para essas respostas.

- C. E essas canetinhas? Podemos usar todas? Olha, que tinta legal! Como ela funciona? Ela brilha, ela tem glitter! Legal! Vou pegar aquela régua pra usar...
- T. Vamos usar uma coisa por vez. Você quer canetinha ou a cola-glitter?
- C. Canetinha... não, a cola, a cola!
- T. Tá, então guarda a canetinha aqui nessa gaveta. Agora vamos usar só a cola. Vem cá, senta nessa cadeira. [Encaixa a criança entre a cadeira, a mesa e a parede.]

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS), Critério de Inclusão (b). Terapeuta maneja comportamentos-alvo de melhora na sessão. No exemplo, terapeuta arranja antecedentes e consequências para a resposta de seguir regras de uma criança encaminhada à terapia por seus comportamentos opostos.

- T. O Ludo vai começar e eu vou ficar de olho e anotar aqui nesta tabela quantas vezes você vai conseguir seguir as regras que você leu. Vamos ver, hein!
- C. Tá. Vou jogar o dado. [Joga.] Seis. Oba, saí! [Anda com o peão.] Você, sua vez.
- T. Puxa vida, isso mesmo! Já começou bem, já saiu com o peão e obedeceu à regra! Vou anotar aqui.
- C. Oba!!!

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS), Critério de Inclusão (c). Terapeuta maneja repertório geral, isto é, comportamentos que não estão diretamente relacionados à queixa, mas cuja

instalação pode contribuir para o tratamento ou para o desenvolvimento global da criança. No exemplo, terapeuta ensina criança a pintar e misturar as tintas. Embora esse repertório não esteja diretamente relacionado à queixa da criança (de birras na escola e em casa), pode contribuir para sua adaptação escolar caso comportamentos como este, mais habilidosos, sejam reforçados por seus professores e colegas.

- C. Vou colocar o pincel aqui, e aqui, e aqui. [Criança sempre mistura todas as cores ao mesmo tempo, obtendo borrões cinzas.]
- T. Vem cá, vou te ensinar um outro jeito de pintar, tá? [Limpa o pincel da criança.] Esse risco que você já fez é o quê?
- C. Monstro.
- T. Que legal, agora vamos fazer um chão para o monstro? Põe o pincel aqui no verde, o monstro vai estar na grama.
- C. [Criança obedece e faz a grama.]
- T. Que grama mais linda! Agora a gente faz assim, ó: limpa o pincelzinho de novo [dá lenço de papel para a criança limpar] e molha o pincel na cor da próxima parte do desenho. Vamos colocar algo aqui nesse céu todo?
- C. Nuvem.

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS), Critério de Inclusão (d). Terapeuta intervém sobre a expressão de sentimentos em sessão, na relação com o terapeuta ou em atividades de fantasia. No exemplo, terapeuta modela comportamentos de empatia e expressão de sentimento positivo durante brincadeira de fantasia, com criança encaminhada à terapia por problemas de agressividade.

- T. “Amigos, amigos, venham me ajudar, eu preciso salvar o Jack!” [Voz dos bonecos.]
- C. [Faz os outros bonecos ajudarem.]
- T. “Oh, obrigado! Segure a pedra que eu puxo ele.”
- C. “De nada...” [Segura a pedra de brinquedo.]
- T. “Será que ele está muito ferido? Coitadinho... dá uma olhada nessa perna dele... será que machucou?”
- C. [Olha a perna do boneco.] “Não machucou muito não. A médica vai curar você.”
- T. “Obrigada! Eu gosto muito de você!”
- C. “Eu também gosto.” [Representa o boneco beijando o “machucado” do outro boneco.]

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS), Critério de Exclusão (a). Se o comportamento-alvo ou o repertório geral diz respeito à capacidade de descrever os eventos e as relações entre eles, seu manejo é categorizado como MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV). No exemplo, a criança, filha de pais separados, é encaminhada à terapia por relatar que não quer visitar o pai, o que produzia insistência da mãe, seguida de desistência e agrados durante o fim de semana. Terapeuta deliberadamente provê uma consequência diferente para esse relato na sessão:

- T. Este fim de semana era de ficar com o pai ou com a mãe?
- C. Com o pai. Mas eu não queria ir.
- T. Se você não quer, você pode não ir e pronto, né?
- C. Você não vai ficar falando pra eu ir???
- T. Eu não! Eu entendo que você pode querer ou não querer.
- C. Você tem que falar que eu vou... [Começa a choramingar.]

4. MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV)

Definição

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV). Esta categoria reúne as intervenções do terapeuta cujo objetivo ou resultado provável é a descrição e a análise de contingências do cliente a respeito de seu comportamento (incluindo eventos privados) ou do comportamento de terceiros, de modo que esta mudança verbal possa também: (a) alterar o comportamento do cliente fora da sessão; (b)

reduzir a inflexibilidade psicológica e o sofrimento dela decorrente e (c) colaborar na formação de um *self* estável. Espera-se que as regras e autorregras promovidas nessas interações suplementem as contingências fora da sessão (no processo de estimulação suplementar, tal como definido por Skinner, 1957).

Critérios de Inclusão e Exclusão

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV), Critério de Inclusão (a). MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV) inclui intervenções cujo objetivo é levar o cliente a descrever eventos, quando não se trata de mera coleta de informações, mas a descrição é o próprio repertório que o terapeuta deseja ensinar. Esse objetivo pode ocorrer tanto no caso de clientes que ainda não aprenderam a fazer tais descrições como daqueles que tateiam o ambiente de maneira distorcida. No exemplo a seguir, terapeuta ensina criança a rastrear e descrever os antecedentes e consequentes de suas respostas classificadas como *fobia de gatos*.

- T. O que acontece na hora que você vê um gato?
C. Eu fico com medo.
T. E o que mais?
C. Não sei.
T. Tenta se lembrar quem tá com você normalmente.
C. Mamãe. Na casa da titia que tem gatinho.
T. Certo. Então quando você encontra um gato e fica com medo, você tá com a mamãe lá na casa da sua titia, que tem um gatinho. É isso?
C. É.
T. E aí, o que acontece quando você fica com medo?
C. Eu fico com medo, ué.
T. Entendi, você fica com medo. E você fala isso pra alguém? Você grita? Você chora? Você se esconde?
C. Hummmm. Eu me escondo atrás da mamãe. Dou uma choradinha. E ela me protege.
T. Olha só, como você está conseguindo descrever direitinho. Você fica com medo, se esconde na mamãe, dá uma choradinha e aí ela te protege.

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV), Critério de Inclusão (b). Terapeuta ensina o cliente a fazer análise de contingências. Para isso, ele verbaliza as análises para o cliente (que podem funcionar como regras) ou leva o cliente a verbalizá-las (autorregras). Na continuação do exemplo anterior, terapeuta leva o cliente a analisar a participação da mãe e da tia na contingência, que provavelmente reforçam as demonstrações de medo de gatos.

- T. A mamãe te protege e aí você fica com menos medo?
C. É.
T. E aquele dia que o papai contou, aqui, que você não chorou?
C. Aquele dia a mamãe não tava lá.
T. Então se a mamãe tá e você sabe que ela vai te proteger, você acaba ficando mais medrosinho. E se a mamãe não tá, você fica mais corajoso. Acertei?
C. Talvez. [Dá uma risadinha.]
T. [Risos.] E agora já entendemos o que acontece... muito bem!

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV), Critério de Inclusão (c). Terapeuta e cliente verbalizam opções de curso de ação. Nesse sentido, o terapeuta pode recomendar alternativas ou o cliente pode propor-se comportamentos para seguir. Na continuação do exemplo anterior, terapeuta pede que o cliente elabore um plano para mudar seu comportamento, descrevendo as contingências prováveis para a nova resposta:

- T. E se você não se esconder na mamãe?
C. Eu não consigo.
T. É verdade, você não consegue ainda. Mas você gostaria de conseguir?
C. Gostaria.

- T. Você gostaria de conseguir não se esconder na mamãe! Por quê?
 C. Pra brincar com os gatos. Aí eu não choro.
 T. E se a mamãe também te ajudar a ficar corajoso na frente dela? Fica melhor?
 C. Fica.

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV), Critério de Inclusão (d). Recomendações ou descrições do terapeuta sobre o comportamento do cliente fora da sessão podem ser emitidas na forma de tarefas estruturadas, como quando se utiliza sistema de pontos em reforçamento arbitrário. Nesses casos, parte das descrições podem estar representadas no papel, em comportamento verbal textual. No exemplo, terapeuta e criança analisam as anotações sobre o programa de reeducação alimentar que conduziram:

- C. Aqui eu consegui comer salada. Depois eu comi frango, arroz e feijão. E eu nem fiquei louca pela sobremesa! Também, gelatina... [Lendo as anotações trazidas.]
 T. Gelatina não anima muito, né. Mas dá uma olhadinha aqui no mesmo dia, o que temos no café da manhã?
 C. Pão, queijo branco, leite, pera e ovo cozido. Bastante coisa.
 T. Você sabe alguma coisa? Acho que você conseguiu comer legal no almoço porque tomou um ótimo café da manhã. Olha aqui nesse outro dia... leia aqui.
 C. "Café da manhã: nada. Almoço: repeti três vezes." E comi coxinha na escola.
 T. Tá vendo só? O que você conclui.
 C. Que o café da manhã ajuda no almoço?

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV), Critério de Inclusão (e). Terapeuta comporta-se como audiência não punitiva, validando descrições de sentimentos do cliente, que podem vir acompanhadas de manifestações sobre os mesmos. Essa intervenção pode colaborar para que um relato ou expressão de sentimento, anteriormente suprimido como efeito de punição, volte a ocorrer. Isso é importante em intervenções da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e também no controle de eventos privados para a formação de um self estável. No exemplo a seguir, terapeuta leva criança a analisar sua interação com o pai. A descrição da contingência, bastante aversiva, leva a criança a chorar e a terapeuta valida seus sentimentos.

- T. Por que você acha que se pai te dá bronca?
 C. Porque ele acha que eu sou culpado das brigas com a minha irmã.
 T. Ele acha que quando vocês brigam, você é culpado.
 C. É.
 T. E o que você acha disso?
 C. Eu não concordo. Porque minha irmã tem vez que também me provoca. Mas ele gosta mais da minha irmã do que de mim. Ele acarinha e brinca com minha irmã, mas nunca comigo. [Chora.]
 T. [Abraça a criança.] Não é legal ficar sentindo que você é menos querido, né.
 C. [Chora.] Mas ele fala que é mentira.
 T. É? Você já tentou explicar pra ele como você se sente?
 C. [Chora.] Já. Ele fala que eu to querendo "confete" e sai de perto.
 T. [Ainda abraçada.] Que coisa mais chata. Aí isso só te deixa mais triste, né.
 C. [Chora.]

Relação hierárquica entre as categorias do SICOT

FAVORECER A ADESÃO (FVA) versus demais categorias. FVA pode permear outras intervenções terapêuticas, por exemplo, quando o terapeuta valida o relato de sentimentos, comportando-se como uma audiência não punitiva. Dessa maneira, só se aloca em FVA o episódio verbal que não for classificável nas demais categorias. As demais categorias precedem FVA.

COLETAR DADOS (CDD) versus MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS). De um modo ou de outro, o terapeuta está constantemente coletando informações que refinam as hipóteses norteadoras de sua intervenção. Se, ao coletar dados, o terapeuta também maneja

comportamentos em sessão, categoriza-se MCS e não CDD. MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS) precede COLETAR DADOS (CDD).

COLETAR DADOS (CDD) versus MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV). Se o terapeuta leva o cliente a descrever eventos para obter as informações necessárias às suas hipóteses, categoriza-se CDD. Contudo, se a hipótese do terapeuta é de que o cliente não sabe descrever aqueles eventos, ou descreve de maneira distorcida, então a promoção de descrições é a própria intervenção e categoriza-se MCV.

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS) versus MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV). Se os comportamentos alvo de intervenção são as próprias descrições e análises, que precisam ser ensinadas ou modificadas, então esses episódios verbais são categorizados como MCV ao invés de MCS. MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV) precede MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS).

Anexo E. Roteiro de Entrevista (RE)

Anexo E. Roteiro de Entrevista (RE)

O Roteiro de Entrevista (RE) é constituído de perguntas para serem respondidas pelo terapeuta após cada sessão. As perguntas têm como objetivo obter mais informações a respeito de variáveis que não podem ser apreendidas pela filmagem das sessões (e.g., histórico da criança, objetivos do terapeuta, análise de contingências dos comportamentos-queixa, processo de tomada de decisão sobre as estratégias utilizadas etc.). A pesquisa supõe que o categorizador deve utilizar essas informações para melhor categorizar a sessão, ao entrar em contato com as descrições do terapeuta sobre as variáveis que controlam seu comportamento na condução do caso.

Para a presente pesquisa, este questionário foi adaptado e utilizado para coletar informações a respeito de cada sessão. As terapeutas respondiam às perguntas oralmente (ao invés de escreverem), diante de câmeras, de modo a facilitar a execução. O questionário é constituído dos itens a seguir:

- (1) Dados de identificação do cliente (i.e., idade, série, frequência às sessões, composição familiar, rotina da criança, queixa segundo família, escola, criança e terapeuta, recursos do cliente que favorecem o trabalho terapêutico, preferências do cliente etc.);
- (2) Análise de contingências realizada pelo terapeuta (geral e particular a cada sessão, quando necessário);
- (3) Informações sobre a(s) sessão(ões) conduzida(s) (descrição da(s) sessão(ões), dos principais objetivos, de como o terapeuta fez para alcançá-los e das dificuldades encontradas);
- (4) Resultados da(s) sessão(ões) conduzida(s) (e.g., dados novos obtidos, alteração ou confirmação de hipóteses, mudanças de comportamento observadas, análises conduzidas);
- (5) Planejamento para a(s) próxima(s) sessão(ões) (novos objetivos, comportamento(s) alvo(s) de intervenção e como será(ão) atingido(s)).

Anexo F. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Anexo F. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você, pai/mãe ou responsável por _____, está sendo convidado a autorizar a participação da criança na pesquisa de Doutorado de Giovana Del Prette, orientada pela profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer e intitulada ***Terapia Analítico-Comportamental Infantil: Articulação entre princípios, técnicas e procedimentos comportamentais a partir da análise de sessões.***
2. A criança foi selecionada por ter idade entre 6 e 12 anos, mas sua participação não é obrigatória.
3. A qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sobre partes ou a totalidade dos filmes.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o terapeuta, o pesquisador ou com a instituição. Você não perderá nenhum de seus direitos de atendimento clínico da criança, caso não permita a publicação ou filmagem, ou venha a deixar de permitir futuramente
5. Os objetivos deste estudo são descrever e analisar o processo terapêutico analítico-comportamental infantil, com diversos terapeutas e clientes (entre 6 e 12 anos).
6. Sua participação nesta pesquisa consistirá em permitir a filmagem das sessões de atendimento de seu filho e levá-lo para atendimento individual semanal, com o terapeuta participante.
7. Os filmes das sessões serão analisados e arquivados em sala de acesso restrito, no Laboratório de Terapia Comportamental da USP. Após o término da pesquisa, os filmes serão destruídos.
8. A participação não oferece riscos a você nem à criança, e os processos do atendimento serão idênticos àqueles que seriam utilizados caso o atendimento não estivesse sendo filmado para esta pesquisa: sessões de terapia analítico-comportamental, individuais e semanais, com uma hora de duração.
9. Os benefícios de sua participação são: oportunidade de utilização das gravações para o aprimoramento do próprio atendimento ao longo da terapia.
10. As informações obtidas com essa pesquisa são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
11. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação: cada participante receberá um código para organização dos dados e todas as informações que possam identificar o participante serão alteradas.
12. Você receberá uma cópia deste termo, em que consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.
13. Respeitando todas as condições apresentadas, o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem como objetivo obter sua autorização para:
 - ✓ A filmagem das sessões realizadas;

- ✓ O estudo das filmagens por parte da psicóloga pesquisadora Giovana Del Prette, sua orientadora, profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer e, eventualmente, membros de sua equipe do Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo;
- ✓ A publicação de dados sobre o processo e os resultados do trabalho clínico desenvolvido, em tese de Doutorado e também em livros ou revistas científicas especializadas, desde que resguardada sua identidade e a da criança;
- ✓ A apresentação desses resultados em encontros científicos como congressos, palestras e aulas, desde que resguardada sua identidade e a da criança.

Pesquisadoras responsáveis:

Nome: Giovana Del Prette

RG: _____ CRP: _____

Assinatura: _____

Nome: Prof^a. Dra. Sonia Beatriz Meyer

RG: _____ CRP: _____

Assinatura: _____

Telefone: (11) 3091-4173

Endereço: Bloco F, Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo - Brasil

Psicóloga que atende ou atenderá a seu(sua) filho(a) em terapia analítico-comportamental infantil:

Nome: _____

RG: _____ CRP: _____

Assinatura: _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP, que funciona no Bloco G, situado na Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo - Brasil. Endereço eletrônico: ceph.ip@usp.br

São Paulo, __/__/____.

Responsável pela criança:

Nome do responsável: _____

Parentesco: _____

RG: _____

Nome da criança: _____

Assinatura do responsável: _____

Anexo G. Banco de Dados

**Utilizado para a Análise Quantitativa das Unidades de Análise do
Comportamento das Terapeutas e dos Clientes**

**Anexo G. Banco de Dados
Utilizado para a Análise Quantitativa das Unidades de Análise do Comportamento das
Terapeutas e dos Clientes**

Tabela G1

Modelo do banco de dados elaborado para a presente pesquisa

N	Transc T	Transc C	NPT	NPC	S	D	CT	CC	FAPRS	SECAT	SICOT	DF
---	-------------	-------------	-----	-----	---	---	----	----	-------	-------	-------	----

As colunas da Tabela G1 são definidas a seguir:

N = ordenação numérica do episódio verbal (e.g., 1, 2, 3, 4...);

TranscT = transcrição das ações ou verbalizações das terapeutas, em que cada célula corresponde a uma unidade de análise;

TranscC = transcrição das ações ou verbalizações dos clientes, em que cada célula corresponde a uma unidade de análise;

NPT = número de palavras do terapeuta, isto é, quantas palavras foram emitidas pelas terapeutas em cada unidade de análise;

NPC = número de palavras do cliente, isto é, quantas palavras foram emitidas pelos clientes em cada unidade de análise;

S = sessão, isto é, número da sessão em vigor;

D = díade, em que (1) equivale a Díade A e (2) equivale a Díade B;

CT = categorias do terapeuta, segundo o SMCCIT. As categorias foram numeradas como se segue: SOLICITAÇÃO DE RELATO (SRE) = 1; FACILITAÇÃO (FAC) = 2; EMPATIA (EMP) = 3; INFORMAÇÃO (INF) = 4; SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO (SRF) = 5; RECOMENDAÇÃO (REC) = 6; INTERPRETAÇÃO (INT) = 7; APROVAÇÃO (APR) = 8; DISCORDÂNCIA (DSC) = 9 E OUTRAS (TOU) = 10.

CC = categorias do cliente, segundo o SMCCIT. As categorias foram numeradas como se segue: SOLICITAÇÃO (SOL) = 1; RELATO (REL) = 2; MELHORA (MEL) = 3; META (MET) = 4; CLIENTE ESTABELECE RELAÇÕES (CER) = 5; CONCORDÂNCIA (CON) = 6, OPOSIÇÃO (OPO) = 7 e OUTRAS (COU) = 8;

FAPRS = Manual para a Escala da Psicoterapia Analítica Funcional (Callaghan & Follette, 2008), com as categorias: COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 1 (CRB1) = 1; COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 2 (CRB2) = 2; COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE 3 (CRB3) = 3; FOCO NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA (CTR) = 4; COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE FORA DA SESSÃO 1 (O1) = 5; COMPORTAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE FORA DA SESSÃO 2 (O2) = 6; PROGRESSO POSITIVO EM SESSÃO (CPR) = 7 e OUTROS (OUT) = 8.

SECAT = Sistema de Estratégias de Conversas e Atividades Terapêuticas. As categorias foram numeradas como se segue: BRINCAR (BRC) = 1; FANTASIAR (FNT) = 2; FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT) = 3; CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE (CDA) = 4; CONVERSAR PARALELO A ATIVIDADE (CPA) = 5; CONVERSAR SEM ATIVIDADE (CSA) = 6.

SICOT: Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos. As categorias foram numeradas como se segue: COLETAR DADOS (CDA) = 1; FAVORECER A ADESÃO (FVA) = 2; MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS) = 3 e MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV) = 4;

DF = Foco dentro ou fora da sessão. Aqui, cada unidade de análise é categorizada em termos Da orientação de seu conteúdo para: (1) dentro: temas do presente, ocorrendo na própria sessão (e.g., jogos, brincadeiras, relação terapeuta-cliente, organização de tempo), ou (2) fora: temas que ocorrem com a criança fora da sessão, sejam no passado, no futuro ou em tempo inespecífico (e.g., atividades da criança ou de terceiros, propostas de ação para a criança vir a realizar etc.).

Anexo H. Tabelas de Resultados

Anexo H. Tabelas de Resultados

Tabela H1

Frequência Absoluta (N) e Relativa (%) de Cada Categoria do Terapeuta no SMCCIT, para as Terapeutas Alice e Bertha

Categorias do Terapeuta	Terapeutas				Total	
	Alice		Bertha		N	%
	N	%	N	%		
SOLICITAÇÃO DE RELATO	591	19,1	283	24,5	874	20,6
FACILITAÇÃO	10	,3	106	9,2	116	2,7
EMPATIA	99	3,2	201	17,4	300	7,1
INFORMAÇÃO	1127	36,4	320	27,7	1447	34,0
SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO	47	1,5	43	3,7	90	2,1
RECOMENDAÇÃO	517	16,7	69	6,0	586	13,8
INTERPRETAÇÃO	30	1,0	4	,3	34	,8
APROVAÇÃO	543	17,5	108	9,4	651	15,3
DISCORDÂNCIA	124	4,0	6	,5	130	3,1
OUTROS/ININTELIGÍVEL	10	,3	14	1,2	24	,6
TOTAL	3098	100	1154	100	4252	100

Tabela H2

Frequência Absoluta (N) e Relativa (%) de Cada Categoria do Cliente no SMCCIT, para as Crianças Alex e Bia

Categorias do Cliente (SMCCIT)	Clientes				Total	
	Alex		Bia		N	%
	N	%	N	%		
SOLICITAÇÃO	423	16,7	108	11,2	531	15,2
RELATO	880	34,8	642	66,5	1522	43,6
MELHORA	8	,3	0	,0	8	,2
META	3	,1	0	,0	3	,1
RELAÇÕES	44	1,7	34	3,5	78	2,2
CONCORDÂNCIA	934	37,0	163	16,9	1097	31,4
OPOSIÇÃO	211	8,4	9	,9	220	6,3
OUTROS/INSUFICIENTE	23	,9	9	,9	32	,9
TOTAL	2526	100	965	100	3491	100

Tabela H3

Frequência Absoluta (N) e Relativa (%) de Cada Categoria da FAPRS para as crianças Alex e Bia

Categorias da FAPRS	Clientes				Total	
	Alex		Bia		N	%
	N	%	N	%		
CRB1	348	13,84	22	2,12	370	10,42
CRB2	182	7,24	61	5,89	243	6,84
CRB3	49	1,95	150	14,48	199	5,60
CTR	13	0,52	9	0,87	22	0,62
O1	27	1,07	45	4,34	72	2,03
O2	9	0,36	52	5,02	61	1,72
CPR	467	18,57	67	6,47	534	15,04
OUTROS	1420	56,46	630	60,81	2050	57,73
TOTAL	2515	100	1036	100	3551	100

Tabela H4

Frequência Absoluta e Relativa de Unidades de Análise da Díade A, da Díade B e total, de acordo com o SECAT

Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas (SECAT)	Díade A		Díade B		Total	
	N	%	N	%	N	%
BRINCAR (BRN)	751	23,21	248	20,62	999	22,51
FANTASIAR (FNT)	251	7,76	227	18,87	478	10,77
FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT)	1392	43,03	67	5,57	1459	32,88
CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE (CDA)	302	9,34	232	19,29	534	12,03
CONVERSAR PARALELO A ATIVIDADE (CPA)	247	7,64	250	20,78	497	11,20
CONVERSAR SEM ATIVIDADE (CSA)	292	9,03	179	14,88	471	10,61
TOTAL	3235	100	1203	100	4438	100

Tabela H5

Frequência Absoluta e Relativa de Unidades de Análise do SICOT para Alice, Bertha e total das duas terapeutas

Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos (SICOT)	Terapeutas				Total	
	Alice		Bertha		N	%
	N	%	N	%		
FAVORECER A ADEÇÃO (FVA)	750	23,18	504	41,86	1254	28,24
COLETAR DADOS (CDD)	106	3,28	166	13,79	272	6,13
MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS)	1751	54,11	127	10,55	1878	42,30
MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV)	629	19,44	407	33,80	1036	23,33
TOTAL	3236	100	1204	100	4440	100

Anexo I. Ejemplos ilustrativos de Resultados

Anexo I. Exemplos ilustrativos de Resultados

Anexo I1. SMCCIT – Terapeutas

1. Alice responde a perguntas de Alex, dando-lhe informações sobre uma atividade.
 - T. Agora eu vou guardar ali, e agora eu vou pegar esse joguinho pra você ver como ele é. (INF)
 - C. Você que comprou? (SOL)
 - T. Eu que comprei. (INF)
 - C. Tem quantos jogos aí dentro? (SOL)
 - T. Tem vários jogos! Esse aqui chama Sessenta Segundos. (INF)
 - C. Tem que rodar? (SOL)
 - T. Vou te mostrar. A gente vai ter que encaixar... (INF)

2. Alice repete as descrições de Alex.
 - T. E o que que tá acontecendo aqui com os dois? Que que os dois tão fazendo? (SRE)
 - C. O pai batendo no filho que desobedeceu. (CER)
 - T. O pai [escreve]... (INF)
 - C. Batendo no filho. (REL)
 - T. batendo no filho que desobedeceu [escreve]. (INF)
 - C. Esse daqui é o patinho que errou. Bravo. (REL)
 - T. O patinho que errou. (INF)
 - T. Bravo? (SRE)
 - C. É. (REL)
 - T. O patinho que errou. Bravo. [Escreve.] (INF)

3. Alice descreve o comportamento de Alex, simultaneamente à sua emissão. Quando a criança completa uma palavra, a terapeuta aprova o resultado.
 - T. Agora é o u. (INF)
 - C. [Escreve.] (CON)
 - T. Colou, des..., subiu, desceu. O e. (INF)
 - C. [Escreve.] (CON)
 - T. Aaahn. Que lindo! Você decorou! [Bate palma na mesa.] Olha como você fez sem olhar. Não tá lindo isso? (APR)

4. Bertha interpreta personagens em sessão, em brincadeira com Bia. As falas da terapeuta (no papel dos personagens) equivalentes a descrições foram categorizadas como Informação (trechos destacados em itálico).
 - C. "E essa aqui de vestidinho rosa, que parece um robozinho?" (SOL)
 - T. "Uhum. Ah! Ela tem uma irmã gêmea!" (INF)
 - C. "Nossa! Que legal!" (CON)
 - T. "Tem esse de cartola" (INF)
 - C. [Relato ininteligível.] (COU)
 - T. "Tem este preto." (INF)
 - C. "Eu gostei do preto. Ah, esse é muito mais charmoso." (REL)

5. Alice solicita relato de Alex sobre eventos ocorridos fora da sessão.
 - C. Eles brigaram. (REL)
 - T. Seu pai e o amigo? (SRE)
 - C. Aham. (REL)
 - T. E depois... (SRE)
 - C. Agora eu não sei se eles não vão brigar. Agora o bicho vai pegar fogo. (REL)

T. Vai pegar fogo!

6. Bertha solicita relato de Bia sobre acontecimentos durante a semana.

T. Teve um dia que cê não foi... hum... na aula... teve, Bia? (SRE)

C. Não. A maioria das vezes eu fui na aula no sábado, mas hoje não teve. (REL)

T. É? E o dia da criança? Cê teve aula também? (SRE)

C. Não. (REL)

7. Alice solicita relato de Alex a respeito de personagens criados em sessão.

T. Aqui você diz que eles tão brincando. Do quê? (SRE)

C. Pega-Pega. (REL)

T. "Pega-Pega." [Escreve.] (INF) Quem conseguiu pegar? (SRE)

C. [Aponta.] O patinho. (REL)

T. O patinho conseguiu pegar a pata? (SRE)

C. Aqui eu não me lembro mais. [Aponta.] (REL)

8. Alice combina INFORMAÇÃO, RECOMENDAÇÃO, APROVAÇÃO e DISCORDÂNCIA para modelar o comportamento de Alex relacionado às habilidades de execução de um jogo em sessão. O tema do jogo (encaixar peças com diferentes formatos) não tem relação direta com a queixa da criança, mas a brincadeira foi realizada no fim da sessão, depois de a criança realizar exercícios de leitura, sugerindo seu uso para tornar a sessão mais reforçadora para Alex. Também pode ter sido utilizada para que Alice reforçasse as respostas da classe *seguir instruções*.

T. Agora esse não é balão, ó. Aqui é redondo, daí faz um biquinho. (INF) Onde tem um redondo com um biquinho? (SRE)

C. [Tenta.] (CON)

T. Não, esse tá errado. (DSC) Tem esse parecido. [Aponta.] (INF)

C. [Tenta.] (CON)

T. Você tem que virar um pouquinho assim pra ver se ele encaixa. Vê, experimenta aqui agora. (REC)

C. [Tenta.] (CON)

T. Esse é parecido. (INF)

C. [Encaixa.] (CON)

T. Isso! (APR)

C. [Pega outra peça, encaixa.] (CON)

T. Rápido você! (APR)

9. Alice combina SOLICITAÇÃO DE RELATO, SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, INFORMAÇÃO, APROVAÇÃO e DISCORDÂNCIA para modelar relatos e estabelecimento de relações por parte de Alex, durante atividade de fantasia em sessão.

T. O patinho está legal? (SRE)

C. [Empurra a régua debaixo da mesa em direção a Alice.] Agora foi a régua. (OPO)

T. Por que o patinho... peraí, agora responde isso, depois nós vamos tirar isso daí. (DSC) Por que o patinho está legal? (SRF)

C. Porque ele ficou feliz. Porque o pai não... nunca mais bateu nele. (CER)

T. "Porque ele ficou feliz porque o pai nunca mais bateu nele." [Escreve.] (INF)

C. "...feliz porque o pai nunca mais bateu nele." [Junto.] (CER)

T. E o pai nunca mais bateu nele porque ele...? (SRF)

C. Obedeceu. (CER)

T. Obedeceu!!! (APR) E a vida deles ficou mais...? (SRF)

C. Calma. (CER)

T. Calma [risos]! (APR)

10. Terapeuta Bertha solicita relatos de Bia sobre seu cotidiano e empatiza com respostas que sinalizam que a criança não tem amigas para brincar.

- T. Cê não brinca sozinha? (SRE)
- C. Não. Eu gosto de brincar junto. (REL)
- T. Uhum. (EMP) Com quem você brinca? (SRE)
- C. Normalmente com as minhas amigas. (REL)
- T. Uhum. (EMP) Cê tem amiguinhas? (SRE)
- C. Tenho. Só que agora eu to morando longe. Só tenho uma amiga. (REL)
- T. Uhum. (FAC)
- C. As outras amigas teve que... ficaram longe. As minhas outras amigas... (REL)
- T. Fica longe da sua casa agora? (EMP)
- C. Fica. (REL)

11. Bertha interage com Bia em atividade com bonecas, em que elas representam personagens. Por meio da fantasia, a terapeuta obtém relatos da criança sobre suas dificuldades de relacionamento com a família.

- T. "Entendi. E por que você acha melhor morar sozinha, Bia, nessa casa, só pra você?" (SRF)
- C. "Porque não tem ninguém pra me encher o saco, consigo ficar cozinhando, fica melhor morando sozinha." (CER)
- T. "Uhum. Ah! Puxa vida! Então, na outra casa tinha alguém que enchia seu saco. (EMP) Uau! Que linda sala, amiga!" (APR)
- C. "É!" (CON)
- T. "Quem que enchia seu saco?" (SRE)
- C. "Ah, normalmente eram os meus irmãos. Ficavam cochichando de mim. Eu ficava braba. E, agora que eu cresci, falei pra minha mãe que eu ia ficar sozinha e ela deixou, falou sim." (REL)
- T. "Huum, que que a mamãe achou, Bia?" (SRF)
- C. "Ela chorou, amiga, e depois ela se sentiu muito mal por causa que ela ficava... por causa que ela ficava me batendo e me enchendo o saco." (CER)
- T. "Ah! Ela se sentiu muito mal por isso." (EMP)
- C. "É." (CON)

Anexo I2. SMCCIT – Clientes

1. Alice estrutura a sessão para que, ao final, Alex troque pontos ganhos em exercícios por brindes de sua "caixa-surpresa". Nesse momento, a terapeuta também estabelece contingências para que a criança desenvolva autocontrole enquanto espera que os brindes sejam organizados.

- T. De olho fechado! Vamos ver o que esse Alex vai levar! Vamos ver o que o espera! O que ele vai querer! (REC)
- C. Pode abrir? (SOL)
- T. Não, só quando eu falar pronto! (DSC)
- C. Abri. (OPO)
- T. Ainda não. (DSC) Fecha o olho! (REC)
- C. Já to fechado! (CON)

2. Alex interrompe a tarefa ou conversa em curso, aparentemente com função de esquiva dessas tarefas e também em parte devido à sua dificuldade de concentração (congruente com o diagnóstico de TDAH). As perguntas, ações ou comentários que afastam a criança da tarefa foram categorizadas como OPOSIÇÃO até que a terapeuta permita a esquiva, ao dar continuidade ao novo assunto iniciado pela criança.

- T. Só falta parar a lutinha quando ela [mãe] fala. "Lutinha acaba em briga." [Faz cócegas em Alex] (INT) "Vamos parar com essa lutinha." (REC)
- C. Ei, oh, Alice? Outro dia a gente pode jogar esse daqui, oh? (OPO)

T. Esse aí qual que é? (SRE)
C. É o Zoológico Divertido. (REL)
T. Combinado, hein. (APR)

3. Alex obedece aos comandos da terapeuta (i.e., CONCORDÂNCIA) em atividades em sessão. Eventualmente, a criança respondia “não sei” em situações nas quais, depois da insistência da terapeuta, conseguia emitir a resposta correta. Nesses casos, a negativa da criança também foi categorizada como OPOSIÇÃO.

C. "Pen-se ra... rápido." (CON)
T. Que que quer dizer isso? (SRE)
C. Não sei. (OPO)
T. Vamos ler mais devagar. Só esse pedaço. (REC)
C. "Rá-pido." (CON)
T. "Pens..." (INF)
C. Rápido. (REL)
T. Que que quer dizer? (SRE)
C. "Rápido." (CON)
T. Que que quer dizer isso? (SRE)
C. Não sei, pra correr rápido. (REL)
T. Correr rápido! Muito bom. (APR) Oh, você me disse certinho que era pra correr rápido. Por que que você fala não sei?(SRF)
C. Esqueci. (OPO)
T. Você sabe. (APR) Vamos fazer um combinado? Você não pode falar não sei. Você arrisca uma resposta, mas não pode ser não sei. (REC)

4. Bia relata informações sobre seu cotidiano durante conversas.

T. Você tem cachorro? (SRE)
C. Eu tenho, uma cachorra... Diana. (REL)
T. Diana? Legal! (APR)
C. Meu pai que escolheu o nome pra ela. (REL)
T. Ele que quis este nome de Diana? (SRE)
C. Uhum. A gente tinha uma cachorrinha chamada Lady, só que meu pai abandonou ela. (REL)
T. Ah é? (EMP)
C. Era lá no [Estado]. Um lugar bem longe daqui. (REL)

5. Bia participa de atividade de fantasia, em que suas falas correspondem a relatos. Alguns relatos podem guardar semelhanças com problemas da criança em seu cotidiano.

T. Preparar, apontar. (SRE)
C. "Uma bela menina estava passando perto de um lago para lavar sua mão." (REL)
T. Uhum. (FAC)
C. "De repente, uma fada se aproximou. E fez 'pacatchibum', transformando ela numa rosa. Naquele dia o sol brilha, muitas, muitas nuvens. E a mãe dela ficou muito preocupada quando percebeu que ela não tinha aparecido." (REL)
T. Uhum. (FAC)
C. "Então, correu para sua... então correu para a floresta e viu... percebeu uma rosa, sendo que não tinha alguém no lugar. Olhou por todos os lados, mas não achou ela."
T. Uhum. (FAC)
C. "Então, acabou desconfiando que a rosa era ela. Então, se aproximou uma fada, perto dela, enxugou as suas lágrimas e transformou ela na rosa vermelha de volta. Então, viveram felizes para sempre." (REL)

6. Bia descreve suas ações e os brinquedos que está utilizando, ao organizar os objetos da brincadeira com bonecas.

C. Deixa eu sentar aqui. Esse cabelo [ininteligível] é um cabelo macio, gostosinho. (REL)

T. É. (APR)
 C. Cadê sua cama? (SOL)
 T. É essa daqui? (SRE)
 C. Aqui, mais um sofazinho. Melhor. Sereia aqui pra enfeitar só. (SRE)
 T. Hum. (APR)
 C. Ai, um cachorrinho. O cachorrinho! Nosso cachorrinho! (REL) Tinham dois cachorrinhos, não tinha? (SOL)
 T. Uhum. (INF)

Anexo I3. FAPRS

1. Alice solicita que Alex imagine uma interação a partir de desenho feito na sessão (“A Pata e o Patinho”). A terapeuta leva a criança a fazer análises, categorizadas como CRB3. A criança eventualmente se recusa a responder (CRB1) quando afirma que não sabe a resposta, mas depois consegue emití-la (CRB2).

T. O que o filho sentiu quando o pai bateu?
 C. *Muita dor.* (CRB3)
 T. E o que ele pensou?
 C. *Hum... não sei!* (CRB1)
 T. Inventá.
 C. *Não sei.* (CRB1)
 T. Que que ele pode ter pensado...
 C. *Comer... tomar alguma coisa e dar alguma coisa pro pai. Pro pai se acalmar. Aí ele ficou feliz.* (CRB2)
 T. Dar alguma coisa...
 C. *Que o pai se acalmou.* (CRB3)
 T. “Dar alguma coisa para o pai se acalmar e o pai se acalmou.” [Escreve.]
 C. *Eu consigo tirar, quer ver.* [Brinca de colocar uma folha sob o vidro da mesa.] (CRB1)

2. Alice ensina Alex a escrever seu próprio nome em sessão. Os erros, “chutes” ou tentativas de esquiva da criança foram categorizados como CRB1. Os acertos que consistem em aprendizagem de comportamento novo correspondem a CRB2 e o engajamento e a participação do cliente na tarefa correspondem a CPR.

T. Hã. Aqui... Então olha como eu subi. Subi, fiz uma barriga, coleí aqui embaixo, virei. Agora eu vou subir, hein. Subi. Agora quando chegar nessa bolinha eu vou breçar [barulho de breque]. Brequei. Desci, coleí na ponte.
 C. *O a. A.* (CRB1)
 T. Soooo, So é com?
 C. *O.* (CRB2)
 T. Oooo. Perfeito. Ó, agora eu saí daqui, coleí no céu, desci, coleí na ponte.
 C. *U.* (CRB1)
 T. Subi, coleí no céu. Desci, coleí na ponte...
 C. *Eeee...* (CRB1)
 T. Sou...
 C. *sa.* (CPR)
 T. Sa! O s e o...
 C. *S e o a.* (CRB1)

3. Alex elogia a terapeuta, logo após esta elogiar seu desenho.

T. Hum...
 C. Pronto, cabeí.
 T. Você combi...
 C. Falta a grama.

T. Você combinou muito bem as cores. As nuvens ficaram bonitas, o sol.
C. *Você é muito legal.* (CTR)
T. Cê achou? Eu também achei você legal. Gostei. [Risos.] Vai ser bom trabalhar com você, viu, Alex.

4. Alex relata seus problemas de relacionamento na escola, evidenciando relações agressivas com seus colegas e aparente omissão da professora. Este relato, relacionado aos problemas que o levaram à terapia, é categorizado como O1.

T. O menino pegou seu lápis de cor?
C. *Aham.* (O1)
T. E já devolveu?
C. *Não. Ele começou a pesi... pisotear.* (O1)
T. Hum.
C. *Novinho* [relato ininteligível] (O1)
T. Olha...
C. Minha mãe viu ele.
T. Então...
C. *Ele saiu arrastando assim pela sala, ó.* [Mostra.] (O1)
T. E aonde...?
C. *Com o pé assim, ó.* (O1)
T. E aonde tava o lápis de cor?
C. *Ele... já... já quebrou... Ele quebrou todos e fez assim, ó.* [Mostra.] (O1)
T. Os seus?
C. *Ele fez assim, ó* [Mostra.] (O1)
T. E a professora não... E cê num foi falar pra professora pra ela ver na hora que ele tava quebrando?
C. *Eu falei. Ela não ligou. Ela falou que cada um... Aqui, ó o bilhete que ela falou.* (O1)
T. Ela falou que cada um cuida do seu material. [Lê o bilhete.]

5. Em atividade de fantasia, Bia representa uma boneca que era “melhor amiga” da boneca representada pela terapeuta Bertha. Ela encena uma situação em que a boneca foi morar sozinha e depois as amigas passam a morar juntas. Foi categorizado como CRB1 por dois motivos: (1) pertencer à classe de comportamentos trazidos pelos pais da criança como queixa (relatados por Bertha durante as entrevistas), de que Bia é uma criança grudenta e (2) a alegação da criança foi de que a boneca foi embora da casa dos pais porque não se relacionavam bem.

T. "Entendi. E por que você acha melhor morar sozinha, Bia, nessa casa, só pra você?"
C. *"Porque não tem ninguém pra me encher o saco, consigo ficar cozinhando, fica melhor morando sozinha."* (CRB1)
C. "Uhum. Ah! Puxa vida! Então, na outra casa tinha alguém que enchia seu saco. ... Quem que enchia seu saco?"
T. *"Ah, normalmente eram os meus irmãos. Ficavam cochichando de mim. Eu ficava braba. E, agora que eu cresci, falei pra minha mãe que eu ia ficar sozinha e ela deixou, falou sim."* (CRB1)
C. "Huum, que que a mamãe achou, Bia?"
T. *"Ela chorou, amiga, e depois ela se sentiu muito mal por causa que ela ficava... por causa que ela ficava me batendo e me enchendo o saco."* (CRB1)
T. Então, agora...
C. *A roupa são de nós duas.* (CRB1)
T. Tá, então se...
C. *Nós moramos juntas. Nós somos amigas, melhores amigas do mundo.* (CRB1)
T. E você tava morando sozinha?
C. *Você tava. E aí a gente foi morar junto.* (CRB1)

6. Bia fazia pedidos de modo indireto e muitas vezes se esquivava de verbalizar suas preferências para a terapeuta, procurando concordar ou não desagradá-la.
- C. *A gente não brincou ainda [de Barbie]. A gente não brincou.* (CRB1)
T. Eu tinha preparado bijuteria pra gente fazer.
C. Legal.
T. Legal também? Que que é mais legal? Barbie ou bijuteria ?
C. *Os dois.* (CRB1)
T. Os dois?
C. Uhum.
T. Hum... Se eu escolher, eu escolho bijuteria . E você, se você escolher, o que você escolhe?
C. *A mesma coisa.* (CRB1)
7. Na última sessão analisada, Bia faz pedidos para Bertha de modo mais assertivo e emite outros comportamentos com maior probabilidade de produzir aproximação (em detrimento daqueles referidos como *grudentos*), como o de oferecer ajuda à terapeuta.
- T. Vamos pegar as suas coisas pra você terminar seu quadrinho?
C. É, vou ver se dá tempo, né?
T. Dá, dá tempo sim.
C. *Quer ajuda? Eu tou aqui.* (CRB2)
T. Eu quero. Pode levar.
C. Ai, o que quê é isso?
T. Isso é de argila. Isso aqui é uma cestinha.
C. *Posso ver?* (CRB2)
T. Também é uma coisa que a gente pode fazer: brincar com argila. Quer brincar com argila semana que vem?
C. *Huuuum... Sim!* (CRB2) Té, té, té... “Olha, que moça bonita, tão cheia de graça...”
[Cantarola.]
8. Bia descreve as relações de contingência no relacionamento com sua mãe, durante conversa com a terapeuta. Bertha também solicita que Bia descreva uma contingência alternativa, na qual a redução dos gritos da mãe seria possível em função da mudança do comportamento da criança.
- T. E a mamãe grita?
C. *A mamãe grita muito.* (O1)
T. Tem alguma coisa que a Bia possa fazer pra mamãe não gritar, Bia?
C. *Pra ela não gritar é obedecer.* (CRB3)
T. Obedecer.
C. *E fazer o que ela manda.* (CRB3)
9. Bia se engaja em atividade de fantasia estruturada, fazendo todo o exercício de imaginação solicitado pela terapeuta, pré-requisito para a segunda etapa da atividade, em que a criança é solicitada a estabelecer relações entre os comportamentos dos personagens e seu cotidiano.
- T. E as árvores do lado direito, do lado esquerdo? Quem que poderiam ser as árvores?
C. Não sei. Elas mesmas.
T. Ah é? E os animais que ficaram olhando, olhando a roseira?
C. *Bem, dos que ficaram olhando era um passarinho.* (CPR)
T. Uhum.
C. *E tava vendo um porco, né, um porco do mato.* (CPR)
T. Uhum.
C. *Aí dos outros animais que tava vindo, tavam lá pra trás, quase chegando.* (CPR)
10. Bertha interpreta comportamento de Bia na relação com ela em sessão. Embora a criança não tenha descrito seu próprio comportamento, sua concordância foi categorizada como CTR.

- T. Quando você sente vergonha?
- C. Vou na casa de uma pessoa desconhecida. Aí eu fico com vergonha de cumprimentar, de falar... Fico com muita vergonha, né, de falar. Que eu não conheço essa pessoa direito... (CRB3)
- T. Uhum.
- C. Daí eu fico com vergonha de falar, falar aquilo que eu quero, que eu não quero. (CRB3)
- T. Huum [Balança a cabeça afirmativamente.]. Eu acho que eu vi isso outro dia. [Risos.] Né?
- C. [Ri.] (CTR)
- T. Cê é daquele jeito do outro dia, né? [Sorri.]
- C. [Faz que *sim* com a cabeça.](CTR)
- T. Tá certo. Igual àquele dia então, né?

11. Bia descreve melhoras no relacionamento com os pais, em termos de redução de brigas. Conforme o relato da terapeuta nas entrevistas, é possível que essa melhora tenha ocorrido não apenas porque a criança esteja obedecendo mais à sua mãe, mas porque a mãe também tenha mudado seu comportamento a partir das orientações recebidas de Bertha.

- T. E alguma coisa que a mamãe chamou atenção, ou o papai implicou com você esses dias?
- C. *Não.* (O2)
- T Não? Mamãe reclamou?
- C. *Não reclamou, não.* (O2)
- T. Não? O quê que ela pede pra você?
- C. Pede serviço.
- T. Uhum. E cê tem feito?
- C. *Uhum.* (O2) Agora só falta o colar.
- T. Uhum. E vocês brigaram esses dias alguma vez por causa de serviço?
- C. *Não.* (O2)
- T. Não?
- C. Hum-hum. (O2)

Anexo I4. SECAT

1. BRINCAR (BRN). Alice solicita que Alex faça um desenho livre (categoria BRINCAR). Durante a brincadeira, a criança se distraía com as canetinhas coloridas, cujas tampas se encaixavam umas às outras, grudando as canetinhas. A distração impedia a criança de terminar o desenho e fazia parte da classe de respostas da criança relacionadas ao seu déficit de atenção.
- T. Pode deixar. Cê pode deixar do jeito mais fácil enquanto você tá fazendo. Nós só... a gente encaixa na hora de guardar.
 - C. Assim ó. [Mostra.]
 - T. Na hora de guardar a gente faz isso, se não você pode deixar solto até você acabar o desenho.
 - C. Tem o lilás aqui?
 - T. Qual que é o lilás?
 - C. Esse. [Pega o lilás.]
 - T. Não, deixa solto. [Coloca a mão sobre as canetinhas.]
 - C. [Solta as canetinhas.]
 - T. [Sorri.]
 - C. [Encaixa a tampa.] Ai. Peraí. Tem amarelo?
 - T. [Levanta as canetinhas.] Veja aí.
 - C. [Pega canetinha amarela, desenha.]
2. FANTASIAR (FNT). Depois de Bia fazer o desenho, a terapeuta Bertha pede a ele que invente uma história sobre o desenho. Inicialmente, a terapeuta ensina à criança o próprio comportamento de fantasiar, que permitiria a realização de outras intervenções voltadas, por

exemplo, a acessar mais informações sobre os padrões de relacionamento de Bia e a modelar seu relato verbal, um dos objetivos estabelecidos por Bertha .

- T. Eu queria que você inventasse uma historinha sobre o seu desenho. Me fale tudo o que tá acontecendo no seu desenho.
- C. [Aperta os lábios.] Num sei...
- T. Esse personagem. Vamos inventar uma idade pra ele?
- C. É, 28.
- T. Vinte e oito anos. É homem ou mulher?
- C. Homem.
- T. Homem. É um homem de vinte e oito anos. Isso daqui o que é?
- C. É o rabo de cavalo dele.

3. CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE (CPA). Depois que Alex contou uma história sobre seu desenho, ele solicitou à terapeuta permissão para criar outros personagens. Enquanto isso, a terapeuta iniciou conversa paralela à atividade. Com essa conversa, conseguiu acessar informações sobre o cotidiano da criança e avaliar quais eram suas possibilidades de acesso a brinquedos, brincadeiras e outras crianças para interagir.

- T. Cê tem joguinho na sua casa?
- C. Não. [Desenhando.]
- T. Do que cê brinca?
- C. Polícia e Ladrão. Eu não moro em casa, moro em apartamento. [Desenhando.]
- T. Sei. Você brinca de Polícia e Ladrão com quem?
- C. Com meus amigos. E com minhas amigas. [Desenhando.]
- T. Embaixo do prédio?
- C. Uhum. Um não, na rua. [Desenhando.]
- T. Na rua?
- C. [Acena que *sim* com a cabeça, desenhando.]
- T. Não passa carro?
- C. Passa. [Desenhando.]
- T. Então é perigoso...
- C. Aí a gente tem que parar. [Desenhando.]
- T. Tem que parar a brincadeira.
- C. É, e brincar outra. [Desenhando.]
- T. Hum...
- C. Que a gente tem que correr. [Desenhando.]

4. FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT). Alice verifica resultados de tarefa terapêutica para fora da sessão (e.g., obedecer aos pais para ganhar bolinhas de adesivos que a terapeuta troca por brindes em sessão). Alex se distrai (ou se esquiva) do assunto perguntando sobre características da sala. Terapeuta permite a esquiva mas, na sequência, inicia tarefa terapêutica de leitura e escrita em sessão.

- T. A mamãe entrou aqui e contou... o que que ela contou pra mim, ó? Que você ganhou muitas bolinhas, que você foi tomar banho rápido...
- C. Desliguei a televisão...
- T. Que você desligou a televisão e obedeceu pra ir dormir, que na escola você não tá dando mais trabalho! Só domingo que o papai viajou que daí você não ganhou bolinhas, mas eu já...
- C. Eu ganhei duas!
- T. É! Mas eu já... eu... deixa eu ver as duas que você ganhou, o que que você fez, vamos ver. As duas que você ganhou...
- C. Nos outros papel [*sic*] eu ganhei tudo, os outros...
- T. Domingo... não, domingo ela não pôs, ó. Cê ganhou até sábado. Então, eu tava explicando pra mamãe como ela fazer pra dar as bolinhas pra você quando o papai viajar e é só ela olhar tudo o que você obedece, daí marcar as bolinhas. Então.. aí nós... você vai conseguir mais bolinha ainda.

C. Quantos metros têm aqui?
 T. O que você perguntou?
 C. Quantos... quantos metros têm aqui?
 T. Essa sala? É...
 C. Metro não, é altura daqui. [Aponta a janela.]
 T. Ah, altura, de lá debaixo até aqui?
 C. É.
 T. Ixi, rapaz, eu acho que tem uns... 400...
 C. Caramba, tá alto.
 T. É. Por aí. Então vamos sentar aqui agora... Então agora eu vou pegar... seu material...

5. CONVERSAR DECORRENTE DE ATIVIDADE (CDA). Alex faz atividade de leitura e escrita em sessão e aprende a escrever com a ajuda de Alice. A terapeuta conversa com ele sobre seu desempenho, solicitando que ele também tente escrever na escola (destaque em itálico).

C. *pa... ta...* [Lê.]
 T. *Você já escreveu... pra professora ver essas palavrinhas?*
 C. Não.
 T. *Vamos fazer uma coisa, quando ela der lição, invés de você desenhar... Que letrinha que você tem que por aí?*
 C. A. Eu coloquei o A.
 T. Faz um igual a esse. Senão esse daí tá parecendo dois. Vamos apagar esse. Aqui você não fez o a assim, então faz um igual.
 C. [Escreve.]
 T. *Se você escrever todas as palavrinhas que você sabe, Alex, na hora que a professora... ao invés de ficar desenhando, a professora vai ver que você tá aprendendo a escrever. Topa fazer isso amanhã?*
 C. Topo.
 T. *Que que você vai escrever então na classe?*
 C. Lição.
 T. Lição. Vamos ver se aqui que você vai escrever. [Aponta.]
 C. Upa.
 T. Upa! [Aponta.]
 C. Tapa.
 T. [Aponta.]
 C. Pata.

A seguir, serão apresentados exemplos de interações da Díade B, cujas estratégias segundo as categorias do SECAT, escolhidas pela terapeuta, favoreceram o manejo de comportamentos do cliente.

6. BRINCAR (BRN) e FANTASIAR (FNT). Os episódios categorizados como BRINCAR, muitas vezes, intercalavam outros episódios de FANTASIAR. Tratava-se de brincadeira com bonecas em que a díade encenava várias interações com os personagens inventados. Durante os episódios do tipo BRN, a criança se divertia organizando a “casinha” e, durante as atividades de fantasia (FNT), surgiam temas mais difíceis relacionados à queixa, como Bia se descrever como uma criança que está crescendo e que deseja morar sozinha.

T. Agora vamos arrumar o quarto dela. [Arruma.] Aqui pra ela guardar as roupas. (BRN)
 C. Uhum. (BRN)
 T. Agora nós precisamos do guarda-roupas. (BRN)
 T. Huum. (BRN)
 C. Pra guardar as roupinhas dela. (BRN)
 T. Que tal um guarda-roupa tipo... escorregador? [Ri.] Aqui tem um lugarzinho, ó. E esse aqui. [Pega outro objeto.] Aqui a gente pode por uma coisa assim. (BRN)

T. Eu quero duas cadeiras. (BRN)
 C. Então, essa aqui sou eu, ou eu sou essa? Qual? (BRN)
 T. Você escolhe. (BRN)
 C. Esse... Qualquer uma. É que você tinha falado e tia Bertha não prestou atenção. Só prestou atenção que uma era minha. (BRN)
 T. Era essa. [Aponta.] (BRN)
 C. Essa aqui? Tá. (BRN)
 T. "Oi, Bia. Tudo bem?" (FNT)
 C. "Tudo bem." (FNT)
 T. "Cadê sua família? Você mora aqui?" (FNT)
 C. "Eu moro sozinha. Costumo morar." (FNT)
 T. "Ah, sim. Você mora sozinha?" (FNT)
 C. "Uma casa só pra mim é melhor." (FNT)
 T. "É? Você acha?" (FNT)
 C. "Eu acho. Até eu arranjar um lugar. Mas também eu sou muito nova. Eu to esperando eu crescer mais um pouco." (FNT)
 T. "Uhum." (FNT)
 T. "Entendi. E por que você acha melhor morar sozinha, Bia, nessa casa, só pra você?"
 C. "Porque não tem ninguém pra me encher o saco, consigo ficar cozinhando, fica melhor morando sozinha."
 T. "Uhum. Ah! Puxa vida! Então na outra casa tinha alguém que enchia seu saco."

7. CONVERSAR DERIVADO DE ATIVIDADE (CDA). Depois da brincadeira com fantasia, em que Bia interpreta uma boneca que decidiu morar sozinha porque brigava muito com sua família, Bertha solicita que a criança estabeleça relações entre a fantasia e sua realidade. Nesta conversa, Bia fala sobre sua interação com os pais e o irmão caçula, portador de autismo.

T. E de verdade, Bia? Quem mora com você?
 C. Minha mãe, meu pai e meu irmão.
 T. Uhum. Cê tem um irmão, né?
 C. Tenho.
 T. Como que ele chama?
 C. [Nome do irmão], só que ele enche muito meu saco.
 T. É mesmo?
 C. Ele deixa eu tão nervosa que às vezes eu acabo batendo nele.
 T. Huum. Que que ele faz que te deixa nervosa?
 C. Ah, às vezes ele fica me provocando, daí eu fico brava e bato nele.
 T. Uhum.
 C. Daí a mamãe bate em mim.
 T. Uhum. Por que ele provoca tanto você?
 C. Sei lá, eu não sei direitinho.
 T. Hum. E o teu pai? Como é que é o teu pai?
 C. Ele é muito bravo.
 T. Muito bravo?
 C. É.

8. FANTASIAR (FNT) seguido de FAZER TAREFA TERAPÊUTICA (FTT). Bertha solicita que Bia imagine um cenário a partir da narrativa da terapeuta (FNT). Depois disso, propõe tarefa em que a criança precisa desenhar aquilo que imaginou (FTT). Em seguida, inicia-se outro episódio de FANTASIAR, quando a terapeuta pede que Bia invente uma história sobre seu desenho.

T. Relaxa bem, fica bem tranquilinha. Agora vou pedir pra você imaginar que você tá bem tranquila, que você tá bem molinha na cadeira, igual a uma gelatina e a cabeça pode ficar bem, bem leve. Aí eu quero que você pense que de repente aparece um mago ou uma fada e te transforma numa flor, numa roseira, em qualquer tipo de flor. Eu vou falar de roseira, tá bom? Mas você pode imaginar a flor que você quiser. Então, ela te transforma e você vai... tchun-tchun-tchun... caindo até que você cai em algum lugar. Você pode cair em qualquer

lugar do mundo. Pode cair num vaso, pode cair num jardim, num barco, num navio, qualquer lugar. Eu quero que você imagine aonde é que você vai cair. Agora você não pode me contar, você só pode imaginar. Aí você tá lá e agora eu quero que você olhe pra essa flor [em] que você se transformou e veja como que ela é, de que cor ela é, se é mesmo uma roseira ou é outra flor. Quero que você imagine se ela tem folhas, ou não. Será que essa roseira é uma flor fechada? Ela tem várias cores? Abertas ou fechadas? Como é que são os galhos? As raízes? Será que tem espinhos? É dia, é noite? Quê que tem perto? Será que tem nada, será que tem outras flores, será que tem animais? Quem cuida dela? Como é que ela vive? Agora, bem devagarzinho, você abre o olho e você vai desenhar, Bia, o que foi que você viu.

C. [Levanta a cabeça.]

T. Flor, rosa, eu não sei, no lugar onde ela estava. Tá?

C. [Faz que *sim* com a cabeça.]

T. Conseguiu acompanhar a tia Bertha?

C. Uhum.

T. É? Então, aqui tem uma folha, tem um lápis, papel e aqui têm várias se você precisar. E eu vou pegar lápis de cor, tá? Pra você pintar.

C. [Desenha.]

T. Quer uma "aguinha", alguma coisa, Bia?

C. Nada não.

T. Tirar daqui isso... Não vou ficar olhando, pra você ficar bem à vontade... Juro que eu não olho, tá? [Sorri.] Vou fazer minha tarefa. [Escreve, passam-se alguns minutos.] Pronto?

C. Só falta pintar.

T. Ah, que... Nossa! Que bacana! Você tem muito jeito pra desenho, de verdade, viu, Bia. Legal! Agora eu não vou falar com a roseira. Você vai falar "eu sou uma roseira" e aí, enquanto você pinta, você pode contar a história pra mim?

C. [Faz que *sim* com a cabeça.]

9. CONVERSAR SEM ATIVIDADE (CSA). Bertha conversa com Bia sobre seu relacionamento com a família, sem o auxílio de atividades. No episódio a seguir, é possível notar que a criança era capaz de relatar os acontecimentos do seu dia a dia, tendo conhecimento das supostas causas da irritação do pai.

T. E você? Como é que você tá de escola?

C. Bem.

T. Bem?

C. To normal.

T. Uhum.

C. Igual antes.

T. Uhum. E em casa, como é que tá, Bia?

C. Tá tudo bem, graças a Deus.

T. É? Como é que tá você e a mamãe?

C. Nós tamos bem.

T. É? O papai?

C. Só o papai que tá um pouquinho irritado esses dias, mas tá bem.

T. É? Ele tá irritadinho?

C. Tá.

T. [Risos.] Por que que ele tá irritado?

C. Eles fica ligando toda hora pra ele, passa um monte de serviço pra ele e aí ele vai lá... ele vai lá na casa de um cliente e o cliente não tá. Aí é fechado, alguma coisa assim.

T. Uhum. Ele deve tá, porque sai de casa, vai lá, né?

C. Não tem ninguém.

T. Chega lá, não tem ninguém.

C. Tem motivo pra ficar irritado mesmo.

T. Uhum. Daí que que o papai faz quando ele tá irritado?

C. Ele fala pra gente não ficar muito perto dele, senão ele fica mais irritado ainda.

10. CONVERSAR PARALELO À ATIVIDADE (CPA). Durante brincadeira de fazer bijuterias com missangas, Bertha e Bia conversam sobre a relação da criança com o irmão. É possível notar que, ao conversar paralelo à atividade, o número de palavras de cada verbalização da criança é maior do que o do exemplo anterior (episódio sem atividade). De fato, a média de palavras da criança em CPA foi maior do que em CSA (Figura ___).

- T. A gente vai conversando enquanto monta as pulseirinhas. Vou fechar esse potinho aqui, porque já pensou se a gente bate a mão nele e cai tudo. ãh... Vou morrer de cansaço. Tomara que tenha bastante [missangas] grandonas, né, pra você por uma pequena, uma grande, uma pequena... E o ciúmes do seu irmão, como é que tá?
- C. Tá mais ou menos.
- T. Hum, como é que é isso?
- C. É assim, tipo assim, se ele abraça a mãe ou a mãe faz uma coisa que ele dá risada, assim, aí eu fico meio com ciúme. Eu vou lá abraçar também, né?
- T. Uhum.
- C. Pra mim é muito difícil isso.
- T. Como assim?
- C. Tipo assim, ele vai lá, aí ela faz cosquinha, alguma coisa assim nele e aí ele dá risada. Aí eu fico querendo meio que ela faz assim comigo também.
- T. Hum.
- C. Aí eu fico com ciúme.
- T. Você fica com vontade também?
- C. Fico.
- T. Uhum. Toda vez?
- C. Alguma vez quando ela faz isso. Às vezes quando ela não faz eu não fico com ciúmes.

Anexo I5. SICOT

1. FAVORECER A ADESAO (FVA) (Alice=23,18%; Bertha=41,86%)

(1) Terapeuta e criança descrevem ou perguntam sobre o que estão fazendo enquanto brincam. Algumas sequências pertencentes a estes episódios incluem: INFORMAÇÃO ou APROVAÇÃO → CONCORDÂNCIA; SOLICITAÇÃO DE RELATO → CONCORDÂNCIA ou RELATO; SOLICITAÇÃO → CONCORDÂNCIA.

- ✓ Exemplo Díade A. Alice e Alex brincam com jogo “Sessenta Segundos”. Alice solicita término da brincadeira, mas Alex se opõe e a função da brincadeira prevalece, pois ele passa a explorar outros brinquedos e Alice permite a esquiva.

FAVORECER A ADESAO (FVA): Alice -Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Nossa! Cê viu o pulo que deu? Quer ver?	FVA	BRN	Outros	SRE	
T. É uma brincadeira que a gente arruma e daí pula! Cê viu como pulou? Ficou legal...				SRE	
C. Tá ligado?	FVA	BRN	Outros		SOL
T. Não... Primeiro tem que arrumar, daí abaixa, depois que explode! Entendeu?				INF	
C. Esse roda?	FVA	BRN	Outros		SOL
T. É, roda aqui pra agitar.	FVA	BRN		INF	

T. Agora nós vamos guardar. Guarda aqui. Agora não vai dar tempo da gente fazer de novo, a semana que vem, se você quiser, nós fazemos. Agora vamos chamar o papai pra fazer aqueles combinados. Nós vamos fazer uma brincadeira...					REC
C. Esse daqui é daqui, né?	FVA	BRN	CRB1		OPO
T. Acho que... aí! Isso mesmo!	FVA	BRN			INF
T. Nós vamos fazer os combinados com o papai, pra fazer aqueles...					REC
C. Pode ver os outros jogos que têm aqui?	FVA	BRN	CRB1		OPO
T. Pode.	FVA	BRN			APR
T. Aqui têm brinquedos e aqui têm jogos. Esse é o Transformer, parecido com o Transformer, né. Cada dia a gente pode fazer uma coisa	FVA	BRN			INF

- ✓ Exemplo Díade B. Bertha e Bia brincam com pintura em um quadro. Durante a maior parte da pintura, conversam sobre as dificuldades de relacionamento de Bia com a família, mas, no trecho deste exemplo, concentram-se somente na brincadeira.

FAVORECER A ADESÃO (FVA): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Vou fazer os passarinhos pra você, tá?	FVA	BRN		INF	
C. Uhum.			Outros		CON
T. Assim?	FVA	BRN		SRE	
C. Uhum. Desce e sobe.			Outros		CON
T. [Faz.]				TOU	
C. Isso!	FVA	BRN	Outros		CON
T. Quantos?	FVA	BRN		SRE	
C. Pode fazer bastante.			Outros		REL
C. Só não faz meio aqui embaixo que eu vou fazer algumas nuvens aí.	FVA	BRN	Outros		SOL
T. Uhum.	FVA	BRN		CON	
C. Os lugares aqui que eu estou deixando é pra você fazer aqui, tá, os passarinhos.			Outros		REL
T. Tá bom assim?	FVA			SRE	
C. Uhum.		BRN	Outros		CON
C. Mais um pouquinho embaixo.	FVA	BRN	Outros		SOL
T. Embaixo, né?	FVA	BRN		APR	
C. Quero cobrir tudo, os lugares assim que tão... que tão espaçoso. Nossa!			Outros		REL
T. Chega, senão vai parecer uma terra de passarinhos..	FVA	BRN		CON	
C. [Continua fazendo.]			Outros		OPO
T. Legal, né?	FVA	BRN		APR	
C. É!			Outros		CON
C. Nossa, eu quero chamar a mamãe pra ver.	FVA	BRN	Outros		REL

(2) Terapeuta e/ou criança fazerem papel de narrador ou de personagem em brincadeiras de fantasia interagindo, principalmente por meio de bonecos e desenhos. Algumas sequências de interação encontradas são: INFORMAÇÃO → RELATO, SOLICITAÇÃO DE RELATO → SOLICITAÇÃO.

- ✓ Exemplo Díade B. Bertha e Bia brincam de boneca, em interação de brincadeira e de fantasia. Num segundo momento, a terapeuta maneja comportamentos clinicamente relevantes durante a fantasia mas, no longo trecho selecionado, concentram-se somente na criação do cenário e das personagens.

FAVORECER A ADESÃO (FVA): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
---	-------	-------	-------	-------------	-------------

T. Como cê chama?	FVA	FNT		SRE	
C. Hum... Meu nome vai ser Carolina			Outros		REL
T. Carolina. Meu nome vai ser... Hum... Márcia..	FVA	FNT		INF	
C. Márcia?			Outros		SOL
T. Uhum.		FNT		INF	
C. Aqui, oh, um lugar pra gente sentar.	FVA		Outros		REL
T. "Oi, Carolina."	FVA	FNT		APR	
C. Achei!			Outros		REL
C. Oh, qual você escolhe? Com espelho ou sem espelho?	FVA	BRN	Outros		SOL
T. Com espelho.	FVA	BRN		INF	
C. Então deixa eu ver se eu acho mais um espelho. Oh, a cadeirinha pro coisa... Pro computador. Só tem que achar uma mesa bem grande pro computador.			Outros		REL
T. Oh, o bolo.	FVA	BRN		INF	
C. Eba! Bolinho!			Outros		CON
C. Deixar aqui. Isso aqui é o que eu tava procurando! Precisamos achar seu cachorro.	FVA	BRN	Outros		REL
T. Oh, um garfo.	FVA	BRN		INF	
C. Vai, como que eu quero um espelho com negócio com espelho, então, essa vai ser de nós duas.			Outros		REL
T. Tá. Mas tem aquele outro espelho ali também. Né?	FVA	BRN		INF	
C. É.			Outros		CON
C. Tenta achar seu cachorrinho, não sei onde que foi parar.	FVA	BRN	Outros		SOL
T. As roupinhas, blusinha dela.		BRN		INF	
C. Aqui vai ser o lugar de seus cão, cãozinho.	FVA		Outros		REL
T. Caroline que cê falou? A tia esqueceu.		BRN		SRE	
C. É, Caroline.	FVA		Outros		REL
T. Hum, que bonita que tá a nossa casa. Bem arrumado.	FVA	FNT		APR	
C. Oh aqui, uma saia.			Outros		REL

(3) Terapeutas aprovam ações, falas ou características das crianças (em atividades ou conversas), não relacionadas à sua melhora ou ao seu progresso – o que pode ser um dado importante relacionado ao conceito de aceitação. Na maioria das vezes, a aprovação não é um evento isolado, mas faz parte de uma sequência de interações, como nos exemplos anteriores. Em grande parte das aprovações, as crianças concordam com a avaliação positiva da terapeuta (sequências incluindo APROVAÇÃO → CONCORDÂNCIA).

✓ Exemplo Díade A. Alice elogia cabelo de Alex durante uma atividade de leitura e escrita.

FAVORECER A ADESÃO (FVA): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Como é que cê.. quem te ajudou a arrumar esse cabelo bonito, hein?	FVA	CPA		SRE	
C. Eu fiz.			Outros		REL
T. Nossa, ficou bonito, hein.	FVA	CPA		APR	
T. Por que cê fez barbicha?	FVA	CPA		SRE	
C. Foi na escola que eu fiz.			Outros		REL
T. Quando?	FVA	CPA		SRE	
C. Ontem.			Outros		REL
T. Você fez com tinta?	FVA	CPA		SRE	
C. Canetinha.			Outros		REL
T. E não saiu?	FVA	CPA		SRE	

C. Não saiu direito não.

Outros

REL

(4) Terapeutas conversam com as crianças (sem brincar ou durante brincadeiras), demonstrando interesse por seus assuntos, não necessariamente relacionados aos seus problemas e ao seu desempenho para solucioná-los. Estas interações são formadas em grande parte por sequências incluindo SOLICITAÇÃO DE RELATO ou INFORMAÇÃO → RELATO; APROVAÇÃO → CONCORDÂNCIA.

- ✓ Exemplo Díade B. Bertha se interessa pela data de aniversário de Bia e sugere comemorarem juntas.

FAVORECER A ADESÃO (FVA): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Você tem quantos anos?	FVA	CSA		SRE	
C. Bem, vou fazer nove esse ano.			Outros		REL
T. É, então, você vai fazer nove no meu mês. Setembro?	FVA	CSA		EMP	
C. Não.			Outros		REL
T. Não? Quando?	FVA	CSA		SRE	
C. Deixa eu ver. É setembro mesmo.			Outros		REL
T. Setembro! É, eu também vou fazer.	FVA	CSA		INF	
C. Dia seis.			Outros		REL
T. Hum... E o meu é dia dez. A gente pode comemorar aqui. Tá bom?	FVA	CSA		INF	
T. Você canta parabéns pra mim e eu canto pra você.	FVA	CSA		EMP	

(5) Terapeutas respondem a perguntas e dúvidas das crianças, não relacionadas à queixa, muitas vezes fazendo autorrevelações. As sequências incluem SOLICITAÇÃO → INFORMAÇÃO.

- ✓ Exemplo Díade A. Durante uma brincadeira de desenho livre, Alex inicia uma conversa paralela fazendo perguntas pessoais à Alice.

FAVORECER A ADESÃO (FVA): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
C. Sua mãe era psicóloga?	FVA	CPA	CRB1		SOL
T. Não, minha mãe não era psicóloga.	FVA			INF	
C. Hum... Como você sabe fazer? Você lê no computador ou você... aula... as pessoas dá aula pra você? Dá aula pra você?		CPA	Outros		SOL
T. Pra ser psicóloga? O que precisa?	FVA	CPA		SRE	
T. Precisa fazer a faculdade de psicologia, aí se forma psicóloga.	FVA			INF	
C. Hum.		CPA	Outros		CON

- ✓ Exemplo Díade B. Durante conversa sem atividade, Bia pergunta a Bertha sobre o violão que se encontra na sala de atendimento.

FAVORECER A ADESÃO (FVA): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
C. Tinha uma pergunta pra te fazer.	FVA	CSA	Outros		SOL
T. Pode fazer.	FVA	CSA			
C. Pra quê... pra quê serve esse negócio?			Outros		SOL
T. Esse violão? É pra tocar.	FVA	CSA		INF	
T. Cê viu que ele tá sem cordas agora?	FVA	CSA		SRE	
C. Percebi agora.			Outros		REL
T. É. Então, eu to consertando ele. Aí eu...	FVA	CSA		INF	
C. Quem tocava ele?			Outros		SOL

T. Hã?	FVA	CSA		SRE	
C. Quem tocava ele?		CSA	Outros		SOL
T. Eu toco um pouquinho. Às vezes eu ensino uma pessoa a tocar também.	FVA	CSA			
C. Que legal!			Outros		CON

(6) Permitir a esquivas do cliente geralmente inicia-se com OPOSIÇÃO do cliente e, a depender de sua topografia, seguem-se determinados comportamentos das terapeutas. Por exemplo, OPOSIÇÃO com topografia de pergunta antecede INFORMAÇÃO; OPOSIÇÃO com topografia de relato antecede SOLICITAÇÃO DE RELATO. (Exemplo inserido na seção Resultados)

2. COLETAR DADOS (CDD) (Alice = 21,83%; Bertha = 44,55%)

(1) Nas sessões iniciais, as terapeutas solicitam às crianças que descrevam aspectos do seu dia a dia e relacionamentos, bem como esclareçam aquilo que gostariam que fosse diferente.

- ✓ Exemplo Díade A. Alice pergunta a Alex o que ele gostaria de mudar em sua vida e registra as respostas da criança.

COLETAR DADOS (CDD): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Aí o que nós vamos fazer é: eu quero saber primeiro se você quer mudar alguma coisa em você pras coisas ficarem melhor na sua vida. O que que cê quer que mude?	CDD	CSA		SRF	
C. É, eu quero respeito.			Outros		MET
T. Ah, então eu preciso escrever um pouquinho. O que quer mudar. Primeira coisa: que eu tenha respeito. [Anota.]	CDD	CSA		INF	
T. Explica pra mim o que é isso.	CDD	CSA		SRE	
C. Não responder às pessoas			CRB3		CER
T. Não responder as pessoas. [Anota].	CDD	CSA		INF	
C. Obedecer os pais.			CRB3		CER
T. Obedecer os pais. [Anota]	CDD	CSA		INF	
C. E cuidar bem da nossa saúde.			CRB3		CER
T. Olha que legal! ... os pais e cuidar bem da nossa saúde. [Anota]	CDD	CSA		APR	

- ✓ Exemplo Díade B. Depois de brincadeira com fantasia, terapeuta deriva uma conversa sobre relacionamentos de Bia com a família, em que ela relata seus problemas.

COLETAR DADOS (CDD): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. E de verdade, Bia? Quem mora com você?	CDD			SRE	
C. Minha mãe, meu pai e meu irmão.		CDA	Outros		REL
T. Uhum.	CDD	CDA		EMP	
T. Cê tem um irmão, né?	CDD	CDA		SRE	
C. Tenho.			Outros		REL
T. Como que ele chama?	CDD	CDA		SRE	
C. [Irmão], só que ele enche muito meu saco.			O1		REL
T. É mesmo?	CDD	CDA		EMP	

C. Ele deixa eu tão nervosa que às vezes eu acabo batendo nele.			CRB3	CER
T. Huum.	CDD	CDA	EMP	
T. Que que ele faz que te deixa nervosa?	CDD	CDA	SRE	
C. Ah, às vezes ele fica me provocando, daí eu fico brava e bato nele.			CRB3	CER
T. Uhum.	CDD	CDA	EMP	
C. Daí a mamãe bate em mim.			CRB3	CER
T. Uhum.	CDD	CDA	EMP	

(2) Terapeuta pergunta sobre acontecimentos do dia a dia da criança desde a última sessão, o que faz com que ela obtenha dados do cotidiano ao longo do atendimento. Com isso ela pode, por exemplo, verificar se suas intervenções estão produzindo algum tipo de resultado fora do ambiente terapêutico.

- ✓ Exemplo Díade B. Bertha pergunta sobre a semana de Bia durante brincadeira. Relatos de Bia sobre sua possibilidade de brincar na escola foram categorizados como COLETAR DADOS, visto que era um dos poucos ambientes em que a criança aparentemente tinha mais possibilidades de relações amistosas.

COLETAR DADOS (CDD): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Cê fez... como que foi sua semana? Tava bacana ou não?	CDD	CPA		SRE	
C. Tava.			Outros		REL
T. Tava?	CDD	CPA		EMP	
C. Gostei.			Outros		REL
T. Hum?	CDD	CPA		SRE	
C. Gostei muito.			Outros		REL
T. É? Do que que cê gostou?	CDD	CPA		SRE	
C. Ah, de brincar.			Outros		REL
T. De brincar?	CDD	CPA		EMP	
C. É.			Outros		REL
T. Cê brincou?	CDD	CPA		SRE	
C. Muito.			Outros		REL
T. Muito? Opa!	CDD	CPA		APR	
C. E gos...			Outros		REL
T. Isso é bom.	CDD	CPA		APR	
C. E gosto de ir pra escola por causa das brincadeiras que têm.			Outros		REL

(3) Criança fala, espontaneamente (i.e., sem que a terapeuta pergunte), sobre informações do seu dia-a-dia.

- ✓ Exemplo Díade B. Bia conta sobre melhoras no relacionamento com a família enquanto brinca de pintura.

COLETAR DADOS (CDD): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
C. Passou um dia que eu, meu irmão e minha mãe brincamos de bola queimada, mas a bola acabou estourando.	CDD	CPA	O2		REL
T. Uhum	CDD	CPA		FAC	
C. Então não dava mais pra brincar.			O2		REL
T. Você brincou com eles?	CDD	CPA		SRE	
C. Uhum. Brinquei...			O2		REL
T. Que legal!	CDD	CPA		APR	
C. Brinquei de bola queimada com o pai e com a mãe.			O2		REL

T. Aaaahn, que bacana!	CDD	CPA	APR
------------------------	-----	-----	-----

3. MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS) (Alice=54,1%; Bertha=10,55%)

(1) Terapeutas aproveitam situações da brincadeira para ensinar novos repertórios para as crianças.

- ✓ Exemplo Díade A. a terapeuta aproveitou o início do jogo para propor um problema para a criança, sobre como decidir quem começa a jogar primeiro. Diante da alternativa dada pela criança (simplesmente escolher a si própria), a terapeuta sugeriu outra mais imparcial, conhecida por todas as crianças e, por esse motivo, mais provável de ser reforçada no ambiente natural (utilizar o critério do *par ou ímpar*).

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Como que nós vamos resolver quem começa primeiro?	MCS	BRN		SRF	
C. Pode ser eu?			Outros		REL
T. Vamos ter... Peraí, não dobra a carta porque ela fica marcada.	MCS	BRN		DSC	
T. Você deixa ela assim, sem dobrar e sem amassar.	MCS	BRN		REC	
T. Hã, nós temos que usar um critério que é par ou ímpar...	MCS	BRN		INF	
C. Par ou ímpar.			Outros		CON
C. Com as duas mãos, tá?	MCS	BRN	Outros		SOL
T. Você... Com as duas mãos? Então, vamos lá.	MCS	BRN		CON	
C. Par ou ímpar. [Coloca as mãos.]			Outros		CON
T. Não, mas peraí. Cê não pediu.	MCS	BRN		DSC	
T. Você quer par ou ímpar?	MCS	BRN		SRE	
C. Ímpar.			Outros		REL
T. Eu quero par.	MCS	BRN		INF	
T. Um dois e já!	MCS	BRN		REC	
C. Ímpar, par, ímpar, par, ímpar, par, ímpar, par, ímpar, par, ímpar, par, ímpar, par. Você começa.	MCS	BRN	Outros		CON

- ✓ Exemplo Díade B. A partir de um pedido indireto de Bia para brincar com *Pollys*, Bertha maneja esse comportamento levando a criança a fazer um pedido mais assertivo e, então, concorda com ele.

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
C. Agora eu prefiro mais é brinquedo.	MCS	CSA	CRB1		REL
T. Cê brinca... cê preferia mais o brinquedo? Que brinquedo você preferia?	MCS	CSA		SRE	
C. A Poli. Eu gostei muito daquele dia que a gente brincou.			CRB1		REL
T. Mas você tá me pedindo pra brincar de Poli de novo?	MCS	CSA		SRE	
C. Se você quiser brincar, a gente brinca.			CRB1		REL
T. E se eu não quiser brincar?	MCS	CSA		SRE	
C. Aí a gente não brinca.			CRB1		REL
T. Ah, mas cê tá me pedindo?	MCS	CSA		SRE	
C. To.			CRB2		REL
T. Ah, então tá bom.	MCS	CSA		APR	
C. Pronto.			CRB2		REL

T. Tá, nós vamos brincar. Já que você pediu pra brincar eu vou brincar com você de Poli, tá? MCS CSA APR

(a) Terapeuta maneja antecedentes e consequências para aumentar a probabilidade de um comportamento alvo da criança em sessão.

- ✓ Exemplo Díade A. Alice ensina Alex a ler e escrever. O trecho a seguir é um recorte de uma longa interação em que a terapeuta descreve aquilo que observa o cliente fazer (INFORMAÇÃO), e o cliente se mantém fazendo (CONCORDÂNCIA) e, frequentemente, ela intercala as informações com interjeições sobre o quanto sua letra está ficando bonita e as palavras estão corretas (APROVAÇÃO). Assim, cada categoria contém um número pequeno de palavras, e as interações são rápidas, às vezes simultâneas (i.e., a terapeuta fala enquanto a criança escreve). Além dos elogios constantes, a terapeuta também utilizou a contagem de pontos como reforço adicional, em que cada letra ou palavra correta equivalia a um ponto e, ao fim da sessão, era trocado por um brinde em sua caixa surpresa.

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Ó. Deixa eu te falar um negócio, agora você vai olhar aqui em cima...	MCS	FTT		REC	
C. E copiar aqui em baixo.					CON
T. E copiar aqui em baixo, vamos ver como vai sair.	MCS	FTT		REC	
C. Aqui?					SOL
T. Isso.	MCS	FTT			
T. Péra só um pouquinho, deixa eu, deixa eu por [ininteligível] pra você. Ó, olha aqui, na pontinha do lápis.	MCS	FTT		REC	
C. [Espera e olha.]					CON
T. É maior ó, olha. Vai descer até a linha azul, aí vai descer até esse céu aqui ó. Aí vai cair até essa linha aqui embaixo. Depois [ininteligível]... então faça, começa em cima, desce até a linha azul.	MCS	FTT		INF	
C. [Faz.]					CON
T. perfeito! Ai, [cA], tá lindo. Hã... olha que danado!	MCS	FTT		APR	
C. [Faz.]					CON
T. Sobe até o azul, isso, vira e desce, colou na linha azul.	MCS	FTT		INF	
C. [Faz.]					CON
T. Perfeito!	MCS	FTT		APR	
T. Sobe de novo, colou no céu, desceu, colou na ponte. Cola cola cola.	MCS	FTT		INF	
C. [Faz.]					CON
T. Isto! Olha que coisa linda que tá saindo!	MCS	FTT		APR	
C. [Faz.]					CON
T. Subiu, virou, desceu.	MCS	FTT		INF	
C. [Faz.]					CON
T. Nossa, tá muito bonito isso. Ai!	MCS	FTT		APR	
C. [Faz.]					CON

(2) Terapeuta impede ou interrompe um comportamento da criança, ou rejeita uma solicitação que poderia modificar o planejamento para aquela sessão.

- ✓ Exemplo Díade A. A brincadeira termina e Alex continua manuseando os brinquedos, fazendo perguntas e se levantando do sofá, mas Alice ainda precisaria utilizar um tempo da sessão para conversar com o pai da criança e precisava interromper esses comportamentos da criança.

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. [Pega materiais e fecha o armário.] Agora vamos fazer uma coisa...	MCS	BRN		REC	
C. Guardar?			CRB1		SOL
T. Deixa...	MCS	BRN		DSC	
C. [Tira a mão.]			CRB2		CON

T. Agora senta no sofá que...	MCS	CSA		REC	
C. Cê faz coleção também?			CRB1		OPO
T. Não eu não...	MCS	CSA		INF	
C. Eu vou ir chamar ele, tá?			CRB1		OPO
T. Você senta aqui que eu vou chamar seu pai rapidinho...	MCS	CSA		DSC	
C. [Volta e senta.]			CRB2		CON
T. Você senta aqui ó.	MCS	CSA		REC	
C. [Senta.]			CRB2		CON
C. [Olha para câmera e acena com a mão.] Oi!	MCS	CSA	CRB1		OPO
T. Só não p... a gente não põe a mãozinha nela, só pode olhar. Um minutinho que eu já venho. [Sai.]	MCS	CSA		REC	
C. [Levanta, anda até a câmera, coloca a mão, volta, senta, levanta novamente e vai para trás da câmera.]			CRB1		OPO

- ✓ Exemplo Díade B. Bia pede para brincar de Barbie, mas Bertha havia planejado uma sessão que utilizaria uma atividade de fazer bijuterias de miçangas.

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS): Bertha e Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
C. A gente podia brincar de uma coisa que a gente nunca brincou até hoje.	MCS	CSA	CRB2		SOL
T. É? Quê que você queria brincar hoje?	MCS	CSA		SRE	
C. De Barbie.			CRB2		REL
T. De Barbie.	MCS	CSA		EMP	
C. A gente não brincou ainda.			CRB2		REL
T. A gente não brincou.	MCS	CSA		EMP	
T. Eu tinha preparado bijuteria pra gente fazer.	MCS	CSA		INF	
C. Legal.			Outros		CON
T. Legal também? Quê que é mais legal? Barbie ou bijuteria?	MCS	CSA		SRE	
C. Os dois.			Outros		REL
T. Os dois?	MCS	CSA		SRE	
C. Uhum.			Outros		REL
T. Hum... Se eu escolher, eu escolho bijuteria.	MCS	CSA		INF	
T. E você, se você escolher, o que você escolhe?	MCS	CSA		SRE	
C. A mesma coisa.			CRB1		REL
T. A mesma coisa?	MCS	CSA		SRE	
T. É, hoje eu to mandona, né, Bia? [Risos.] Né?	MCS	CSA		EMP	
C. É.			Outros		CON

- (3) Terapeuta maneja um comportamento queixa da criança mudando a função desse comportamento (exemplo incluído na seção de Resultados)

4. MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV) (Alice = 19,44%; Bertha = 33,80%)

- (1) Terapeuta maneja contingências em sessão para ensinar à criança o repertório de descrever e relacionar eventos, que inclui comportamentos abertos ou encobertos, da criança ou de terceiros, podendo também ser personagens imaginados.

- ✓ Exemplo Díade B. Bertha ensina repertório de descrever e relacionar eventos imaginados.

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Agora eu vou fazer umas perguntinhas, tá bom?	MCV	FNT		INF	
T. Enquanto ela era roseira, como é que ela era?	MCV	FNT		SRE	
C. Ela era bem bonita, os galhos delas eram verdes, bem clarinhos. Tinha alguns espinhos, as rosas vermelhas, as cores mais lindas do mundo. E também algumas frutas, mas eram poucas.			CPR		REL

T. E as raízes?	MCV	FNT		SRE	
C. Bem, elas eram normais, fininhas, parecido com o galho da roseira. Só que eram seis.			CPR		REL
T. Uhum. Pode falar.	MCV	FNT		SRE	
T. E em volta, quê que tinha?	MCV	FNT		SRE	
C. Em volta dela... em volta da rosa tinha duas árvores. Uma, do lado direito, vivia um passarinho com a sua família. Ele que... ele chamou todos os animais para poder nomear o que estava acontecendo. Então, descobriram o que acontecia. Uma bela, bonita fada transformou-a em uma roseira. Então, a mãe acabou descobrindo por causa da falta da filha. Também porque o passarinho falou para ela.			CRB3		CER
T. Uhum	MCV	FNT		FAC	
C. E ela acabou imaginando que nunca ia ter ela de volta. Ela ficou do lado da rosa, chorando, enquanto uma fada chegou perto dela, enxugou as lágrimas e sua filha voltou a viver.			CRB3		CER
T. Uhum. E como que a roseira se sentia?	MCV	FNT		SRF	
C. Ela se sentia muuuito triste, porque ela não esperava que tinha acontecido isso. Ela se sentia meio ruinzinha e ela não... falava que não sentia as pernas. Pra ela era um desastre, um terror, né? Pra roseira.			CRB3		CER
T. Uhum.	MCV	FNT		FAC	
C. Ela tinha cinco caras e ela se sentia um monstro, porque os humanos têm só uma cara. E ela mais do que uma. E os... as coisas que estavam em volta dela, ela se sentia envergonhada, porque tinha muito... muito, muitas coisas, as árvores, os passarinhos fizeram uma cara e olharam pra roseira. Só que ela se sentiu tão envergonhada que acabou... que ela acabou ficando murchando, ficou murchando de tanta vergonha. Aí quando a sua mãe apareceu, uma gotinha de água da folha da árvore caiu sobre a raiz dela. Aí ficou forte de novo e a sua mãe, do outro lado, ficou chorando. Aí a fada veio...			CRB3		CER
T. Uhum, Por que a fada a transformou?	MCV	FNT		SRF	
C. Porque ela era malvada.			CRB3		CER
T. A fada era malvada?	MCV	FNT		SRE	
C. Porque... porque a menina, chamada Gabriela, ela era bonita e, por ela ser feia, ela se sentiu muito arrependida e transformou ela numa... numa roseira de tanta... de tanta raiva que ela ficou dela ser bonita e dela não.			CRB3		CER

(2) Terapeuta analisa, junto à criança, seus comportamentos em situações relacionadas à queixa - o que leva à descrição de relações de contingências aversivas que em parte podem ser produzidas pela própria criança. Assim, tais descrições podem permitir que a criança assuma a responsabilidade pela mudança de sua condição. Terapeuta também propõe modos alternativos para lidar com essas situações.

- ✓ Exemplo Díade B. Bertha solicita e valida descrições de sentimentos de Bia em situação familiar representada na fantasia. Em seguida, solicita que a criança avalie as consequências de se afastar da família.

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. "Entendi. E por que você acha melhor morar sozinha, Bia, nessa casa, só pra você?"	MCV	FNT		SRF	
C. "Porque não tem ninguém pra me encher o saco, consigo ficar cozinhando, fica melhor morando sozinha."			CRB3		CER
T. "Uhum. Ah! Puxa vida! Então, na outra casa tinha	MCV	FNT		EMP	

alguém que enchia seu saco."					
T. "Quem que enchia seu saco?"	MCV	FNT		SRE	
C. "Ah, normalmente eram os meus irmãos. Ficavam cochichando de mim. Eu ficava braba. E, agora que eu cresci, falei pra minha mãe que eu ia ficar sozinha e ela deixou, falou sim."			CRB3		CER
T. "Huum, que que a mamãe achou, Bia?"	MCV	FNT		SRF	
C. "Ela chorou, amiga, e depois ela se sentiu muito mal por causa que ela ficava... por causa que ela ficava me batendo e me enchendo o saco."			CRB3		CER
T. "Ah! Ela se sentiu muito mal por isso."	MCV	FNT		EMP	
C. "É."			Outros		CON

- ✓ Exemplo Díade B. Bertha propõe, em interação de fantasia, oferecer ajuda para que Bia mudasse sua vida. Bia responde que para mudar elas deveriam “morar juntas” e ser melhores amigas (CRB1 análogo ao “ser grudenta”). Terapeuta descreve uma alternativa de comportamento (“Venho te visitar sempre”).

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Bertha-Bia	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C - SMCCIT
T. "Bia, em que que eu posso ajudar você? O que que você acha que ficaria mais legal na sua vida se ficasse diferente?"	MCV	FNT		SRF	
C. "Hum. Eu acho que ficaria legal nós morarmos juntas, daí nós poderíamos ser melhores amigas."			CRB1		CER
T. "Hum. Ah, então tá bom. Vou pensar se eu posso morar com você, tá bom?"	MCV	FNT		INF	
C. "Se você puder, eu agradeço. Se não, pode ficar."			Outros		CON
T. "Eu venho te visitar sempre."	MCV	FNT		INF	
C. "Sabe, hoje vai ter um grande baile lá num lugar. Eu já até comprei um vestidinho. Olha, ela é bem bonito. Só que não sei se normalmente eu vou."			Outros		REL
T. "É? Por quê?"	MCV	FNT		SRE	
C. "Porque lá tem que... tem que ter amigas pra ir."			Outros		REL
T. Hum. E você não tem?"	MCV	FNT		SRE	
C. Eu tenho só você de amiga assim. Se você quisesse ir, você pode ir."			Outros		REL

- (3) Terapeuta leva a criança a descrever seus sentimentos e as contingências relacionadas, o que ensina a criança a relatar seus problemas e também pode ser importante para fazer com que um sentimento (ou sua expressão) suprimido por efeito de punição volte a ocorrer.

- ✓ Exemplo Díade A. Alice solicita que Alex descreva as contingências em que o personagem desobedece, incluindo os sentimentos do mesmo quando é castigado.

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. O filho desobedecendo à mãe. O que que ele tá desobedecendo?	MCV	FNT		SRE	
C. Nunca fazer o que a mãe manda. Tipo b... tipo tomar banho...			CRB3		CER
T. Não quer o que a mamãe manda. [Escreve.]	MCV	FNT		INF	
C. A mamãe manda. [Junto.]			CRB3		CON
T. Tipo?	MCV	FNT		SRE	
C. Tomar banho.			Outros		REL
T. Tomar banho. [Escreve.]	MCV	FNT		INF	
C. E... ou colocar o sapato. O tênis.			Outros		REL
T. Colocar o tênis. [Escreve.]	MCV	FNT		INF	
C. E amarrar o sapato.			Ouros		REL
T. Por que que ele não quer fazer o que a mamãe manda?	MCV	FNT		SRF	
C. Ele odeia. Ele não gosta de fazer isso. Ele só gosta de chinelo...			CRB3		CER

T. O que o filho sentiu quando o pai bateu?	MCV	FNT		SRF	
C. Muita dor.			CRB3		CER
T. E o que ele pensou?	MCV	FNT		SRF	
C. Hum... não sei!			CRB1		OPO
T. Inventa.	MCV	FNT		SRF	
C. Não sei.			CRB1		OPO
T. Que que ele pode ter pensado...	MCV	FNT		SRF	
C. Comer... tomar alguma coisa e dar alguma coisa pro pai. Pro pai se acalmar. Aí ele ficou feliz.	MCV		CRB3		CER
T. ...e ele ficou feliz. E o pai se acalmou e ele ficou feliz. [Escreve.]	MCV	FNT		INF	

(4) Terapeuta procura alterar descrições verbais que indicam regras da criança sobre si mesma.

- ✓ Exemplo Díade A. Durante as atividades, Alex falava constantemente que não sabia ou não conseguia executar as tarefas e responder às perguntas. Alice, em diferentes sessões, intervinha sobre essa autodescrição, que poderia fazer parte das contingências nas quais a criança deixava de tentar se empenhar.

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
C. Eu não consigo.	MCV	CDA	CRB1		REL
T. Tudo a gente consegue se treinar. Tem coisas que eu não consigo e se eu pensar assim “eu não consigo, eu não treino, eu nunca vou conseguir. Se eu pensar “hoje eu não consigo, mas se eu treinar, eu vou conseguir”, aí eu consigo.	MCV	CDA		INT	
C. [Brinca com a moeda.] [Treino continua e Alex escreve corretamente]			CRB1		OPO
T. Não acredito! Você sabe ou não sabe fazer? Viu como treinando a gente sabe? Olha a letra que você fez! Hã! Está sensacional, meu Alex! Uma, duas, três, quatro, cinco, seis, vou contar 10 pontos porque está muito lindo! Tá muito...	MCV	CDA		APR	
C. Eu vou fazer até aqui?					SOL
T. É, [seu pai] vai treinar [você] em casa no papelzinho.	MCV	CDA		INF	
C. Eu não sou cachorro pra mim ser treinado.			CRB1		OPO
T. Não é, eu também não sou... pra eu aprender uma coisa eu preciso treinar.	MCV	CDA		INT	

- ✓ Exemplo Díade B. Bertha procura, em vários momentos das sessões, descrever Bia de modo diferente do que sua família a descrevia. Na entrevista, por exemplo, Bertha relatou que os pais de Bia a xingavam falando frases como “Eu odeio você”, “Querida que você não tivesse nascido”, “Se eu pudesse, eu te matava”.

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
C. Sem nenhum motivo pra bater, às vezes ele bate.	MCV	CDA	CRB3		REL
T. Não sabe conversar.	MCV	CDA		INF	
C. Não.			Outros		CON
T. Uhum. Entendi. Nossa!	MCV	CDA		EMP	
T. Quanta coisa você me contou de você, né. Que bom! Mas o que eu ia falar é que você é muito esperta pra sua idade, viu? Você é uma menina muito esperta, muito inteligente. E olha que desenho bacana, né. Legal.		CDA		APR	
T. Eu gosto dessa mesa.	MCV	CDA			REL

(5) Terapeuta tenta alterar regras ou autorregas da criança sobre outros assuntos, ainda que não relacionados à queixa, quando estas são rígidas e pouco relacionadas às contingências.

- ✓ Exemplo Díade A. Alex verbaliza descrição sobre “brinquedo de homem” e “brinquedo de mulher” e Alice faz perguntas para que ele questione sua própria regra.

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
C. [Brinca.] Aqui só tem coisa de homem aqui, né? Nessa cesta, né?	MCV	CDA	Outros		SOL
T. Nessa cesta. Ah, mais não tem, tem brinquedo que serve pra homem e pra mulher, né?	MCV	CDA		INF	
T. Se você quiser brincar com brinquedo que você pensa que é de mulher, você pode brincar?	MCV	CDA		SRF	
C. Não.			CRB3		REL
T. Por quê?	MCV	CDA		SRF	
C. Porque não, não sou mulher.			CRB3		REL
T. Quem brinca com brinquedo precisa ser mulher?	MCV	CDA		SRF	
C. Não.			CRB3		CER
T. Pra brincar com aquele brinquedo?	MCV	CDA		SRF	
C. [Brinca.] Oi?			Outros		COU
T. Você não poderia brincar com brinquedo de homem e de mulher e as meninas brincar com brinquedos de meninas e de homem?	MCV	CDA		SRF	
C. Não.			Outros		REL
T. Não pode isso? [Pega “brinquedo de homem”.]	MCV	CDA		SRF	
C. [Ininteligível.]			Outros		COU
T. Quem que não deixa?	MCV	CDA		SFR	
C. Não sei.			Outros		REL
T. Quem falou que não pode?	MCV	CDA		SRF	
C. Não sei.			Outros		REL
T. Como você sabe que não pode?	MCV	CDA		SRF	
C. Isso daqui é elástico?			CRB1		OPO

- (6) Terapeuta avalia – ou solicita que a criança avalie – seu comportamento de melhora em sessão, fazendo descrições das contingências (supostamente reforçadoras) que poderão ocorrer caso o mesmo comportamento seja emitido no dia a dia. Além da criança já ter emitido a resposta-alvo (durante episódios de MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO), a avaliação da terapeuta sobre a criança pode suplementar contingências fora da sessão, contribuindo para a generalização da aprendizagem.

- ✓ Exemplo Díade A. Alice solicita avaliação de Alex sobre aprender a escrever o próprio nome e descreve o que irá acontecer com ele na escola quando tiver aprendido a escrever. O exemplo abaixo é composto de trechos de diferentes sessões.

MANEJAR COMPORTAMENTOS EM SESSÃO (MCS): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
Sessão três					
T. Você, o que que você acha de escrever o nome inteiro?	MCS	CDA		REL	
C. Legal.			CRB3		CER
T. Você acha que você sabe ou que você não sabe?	MCS	CDA		REL	
C. Não sei.			CRB3		OPO
T. Você acha que você tá aprendendo ou que você não está aprendendo? Ah, cê viu como que você escreveu legal? Cê vai treinar bastante, cê sabe o que vai acontecer depois que você treinar bastante?	MCS	CDA		SRF	
C. Ali em cima é os jogos, né?			CRB1		OPO
T. Depois que cê treinar bastante, cê sabe o que que vai acontecer?	MCS	CDA		SRF	
C. Sei. Eu vou aprender o meu nome inteirinho.			CRB3		CER
T. Sem olhar! Daí cê vai decorar e cê vai ser capaz de fazer ele sem olhar. Não é?	MCS	CDA		INT	
C. É.			Outros		CON

Sessão quatro

T. Sabe, Alex, aqui você outro dia você falou parece que eu to na escola.	MCS	CDA	INF	
C. O que é isso? [Aponta objetos.]			CRB1	OPO
T. E aí eu falei eu preciso te ensinar... É umas coisas de massinha e tinta aqui. Depois... Então, você falou parece que eu to na escola...	MCS	CDA	INF	
C. Aham.			Outros	CON
T. Eu tenho que te ensinar algumas coisas de escola. Então, se eu te ensinar algumas coisas de escola e você aprender tudo, quando a professora ensinar você vai saber fazer. Ela vai falar "Não acredito que o Alex já ta sabendo fazer tudo!" Não vai ser gostoso?	MCS	CDA	INT	
C. [Faz que sim com a cabeça.]			Outros	CON
T. "Ah... o Alex já sabe! O Alex tá escrevendo sem parar!. É isso que eu quero." Por isso que eu to te ensinando aqui. Daí vai ficar mais gostoso pra você todo dia lá na escola, entendeu?	MCS	CDA	INT	
C. [Faz que sim com a cabeça e esfrega a mesa.]			Outros	CON

(7) Terapeuta maneja controle verbal para alterar relatos e análises da criança ainda na sessão, quando pode liberar consequências diferenciais.

- ✓ Exemplo Díade B. Bertha cria uma situação de fantasia na qual Bia consegue conversar com a "família" (via bonecos) e expor seus sentimentos de maneira diferente da que costuma fazer no dia a dia (i.e., brigar). Bertha também faz os outros personagens expressarem mais claramente o que sentem, o que pode suplementar as contingências fora da sessão. No fim do episódio, Bia faz algumas descrições mais ponderadas (em itálico).

Manejar Controle Verbal (MCV)	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. "Mas vo... Por quê que você... que eu irrita você?"	MCV	FNT		SRF	
C. "Olha, mãe. Não é você que me irrita, é o meu irmão que irrita. Aí eu fico brava com ele. Como você não briga comigo, eu acabo brigando... Quando você não briga com ele, eu acabo brigando com ele."			CRB2		CER
T. "E eu, e eu?", o irmão perguntou.	MCV	FNT		SRE	
C. "Você? Você sabe muito bem como você me irrita."					REL
T. "Como assim?"	MCV	FNT		SRE	
C. "Claro que sabe, lembra quando eu morava lá que irritação que você me deixava? Você perguntava pra lá e pra cá, falava que queria brincar. Eu respondia não, porque eu tava fazendo serviço pra mamãe. Eu fiquei muito brava e resolvi voltar, morar sozinha... morar sozinha."			CRB2		CER
T. "Ahn, eu queria brincar com você."	MCV	FNT		INT	
C. "Eu sei, mas você sabe que eu já saí da idade de brincar." Aí, tá no lugar errado isso aqui. "Você sabe que eu passei da idade de brincar com você."			CRB2		CER
T. "Por quê?"	MCV	FNT		SRF	
C. "Por causa que eu, chega um momento, você vai passar por esse dia. Chega um momento em que as pessoas ficam grandes, bem grandes e ficam com vontade de namorar, de ter família, de ter suas responsabilidades. Então, é isso. Então, eu já cresci. Então agora eu gostaria de morar sozinha. Por isso que eu saí de casa. Foi só por isso que eu saí de casa. Senão eu não teria saído... então, eu não queria sair e morar com vocês. Então tá explicado pra vocês?"			CRB2		CER
T. "Ah, e se a gente fosse diferente?"	MCV	FNT		CRF	

C. "Aí eu ia... eu ia às vezes que eu sei que ia ficar com vocês." CRB2 CER

T. "Ah, mas você tem raiva da gente?" MCV FNT CRB2 CRF CER

C. "Ah, muitas vezes sim, muitas vezes não."

(8) Terapeuta estabelece consequências diferenciais na sessão para os relatos ou análises da criança sobre eventos ocorridos fora dela que se relacionam aos objetivos da terapia.

✓ Exemplo Díade A. Alice descreve comportamento obediente de Alex fora de sessão, solicitando que a criança também descreva e indicando a quantidade de bolinhas de adesivo que ele ganhou.

Manejar Controle Verbal (MCV)	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. A mamãe entrou aqui e contou, o que que ela contou pra mim, ó? Que você ganhou muitas bolinhas, que você foi tomar banho rápido...	MCV	CDA		INF	
C. Desliguei a televisão...			O2		REL
T. Que você desligou a televisão e... obedeceu pra ir dormir, que na escola você não tá dando mais trabalho! Só domingo que o papai viajou que daí você não ganhou bolinhas, mas eu já...	MCV	CDA		INF	
C. Eu ganhei duas!			O2		REL
T. É! Mas eu já... e... deixa eu ver as duas que você ganhou, o que que você fez, vamos ver. As duas que você ganhou...	MCV	CDA		INF	
C. Nos outros papel eu ganhei tudo, os outros...			O2		REL
T. ... e ia chamar o seu pai só pra explicar como eram as bolinhas, agora como você já fez as bolinhas em casa, agora eu queria que viesse primeiro pra gente poder ver o que que você fez, né, com as bolinhas em casa.	MCV	CDA		INF	

(9) Terapeuta recomenda como a criança deve se comportar fora da sessão, de modo geral ou sobre algum evento específico, relacionado ou não à queixa. Usualmente, as recomendações não ocorrem isoladas de descrições sobre as mudanças de contingências.

✓ Exemplo Díade A. Alice recomenda que Alex não coloque dinheiro na boca e explica o que acontece com a criança quando ela faz isso.

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Cê sabe que o dinheiro cai em tudo quanto é lugar e...	MCV	CSA		INF	CON
C. Perde.			CRB1		
T. Nos lugares... perde... mas também nos lugares, no chão, na mesa, tem bactérias, que são bichinhos que fazem mal pra nossa saúde. O dinheiro tá cheio deles, se passar no rosto, os bichinhos ficam no teu rosto.	MCV	CSA		INF	
T. Então o dinheiro tem que guardar no bolso e não pode ficar pegando na mão. Só na hora de pagar a gente paga rápido e não fica segurando o dinheiro na mão				REC	
T. pra não ficar com os bichinhos na nossa mão, senão o dinheiro passa os bichinhos aqui do lado do rosto onde você tá esfregando ele.	MCV	CSA		INF	
T. Então guarda no bolso e fala assim: Só quando for pagar ou for guardar na minha casa que eu pego esse dinheiro, não vou esfregar na minha mão porque não quero que os bichinhos passem do dinheiro na minha mão, nem no meu rosto, senão fica tudo cheio e dá doença.	MCV	CSA		REC	
T. Sabia que dá doença?	MCV			SRE	

- ✓ Exemplo Díade A. Alice recomenda que Alex descreva qual comportamento irá emitir durante a semana e o que irá ganhar dentro da sessão (i.e., bolinhas, um reforço arbitrário).

MANEJAR CONTROLE VERBAL (MCV): Alice-Alex	SICOT	SECAT	FAPRS	T SMCCIT	C SMCCIT
T. Escolhe mais uma coisa que você vai obedecer pra aumentar mais os pontos que você vai ganhar.	MCV	CDA		REC	
C. Do jeito daquilo que a minha mãe pedir. Fazer tudo o que a mamãe fazer. Oi! Tá dentro.			CRB3		CON
T. Se você não... quando o seu pai tiver e você for tomar banho direitinho, que que vai acontecer?	MCV	CDA		SRE	
C. Tá aqui dentro! Uma bolhinha.			Outros		REL
T. Vai ganhar uma bolhinha com a mamãe também.	MCV	CDA		APR	
C. Ó, tá aqui dentro.			Outros		REL