UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

JOANA FIGUEIREDO VARTANIAN

Efetividade de um pacote multicomponente de ensino em FAP sobre os comportamentos de terapeuta e cliente em sessão

São Paulo
Outubro de 2022

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

JOANA FIGUEIREDO VARTANIAN

Efetividade de um pacote multicomponente de ensino em FAP sobre os comportamentos de terapeuta e cliente em sessão

Versão corrigida

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

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof. Dra. Claudia Kami Bastos Oshiro

São Paulo
Outubro de 2022

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

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

Vartanian, Joana Figueiredo
Efetividade de um pacote multicomponente de ensino em FAP sobre os comportamentos de terapeuta e cliente em sessão / Joana Figueiredo Vartanian; orientadora Claudia Kami Bastos Oshiro. -- São Paulo, 2022.
152 f.
Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Psicoterapia Analítica Funcional. 2. Ensino de terapeutas. 3. Supervisão clínica. 4. Delineamento Experimental de Caso Único. 5. Pesquisas de Processos. I. Oshiro, Claudia Kami Bastos, orient. II. Título.

Nome: Vartanian, Joana Figueiredo

Título: Efetividade de um pacote multicomponente de ensino em FAP sobre os comportamentos de terapeuta e cliente em sessão

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

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr._____

Instituição_____

Julgamento: _____

Prof. Dr._____

Instituição_____

Julgamento: _____

Prof. Dr._____

Instituição_____

Julgamento: _____

Prof. Dr._____

Instituição_____

Julgamento: _____

Prof. Dr._____

Instituição_____

Julgamento: _____

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

Dedico esse trabalho...

Certa vez ouvi dizer que viver é como abrir os braços e rodopiar em alta velocidade.
Pode ser muito divertido e emocionante, mas se você não mantiver seus olhos
em um ponto fixo a cada turno e rodopio, você corre então o
risco de se desequilibrar de forma perigosa.

É o ponto fixo que nos estabiliza e nos mantém girando divertidamente,
por vezes nos balançando, mas sem nos deixar cair até chegar ao chão.

Você é meu ponto fixo, mãe, e sigo rodopiando pela vida.

É tudo nosso.

AGRADECIMENTOS

À minha mentora, referência e, que orgulho em dizer, querida amiga **Claudia Oshiro**. Você me recebeu de braços escancarados e me sinto profunda e absurdamente grata por ter você como parte da minha vida. Obrigada por tantos ensinamentos, pela paciência, cervejas, risadas, pelas discussões filosóficas e de vida e por me apoiar nessa jornada profissional e pessoal ao longo desses últimos quase 10 anos de caminhada. Te admiro imensamente!

Ao meu querido **Bill Follette**, que me recebeu na *University of Nevada* e agregou infinitamente à minha formação pessoal e profissional. Agradeço pelas discussões, pelos modelos de intervenções (desde ácidas até aquelas de mais profunda empatia) e por todo acolhimento em um momento delicado da minha vida. À **Sonia Meyer**, que considero parte essencial do meu desenvolvimento e da conclusão desse tão esperado Doutorado! Sua proximidade, apontamentos e reflexões foram indispensáveis nessa construção. Sinto orgulho indescritível em tê-la como guia e mentora.

À minha família: cada um de vocês teve e tem um papel essencial em quem eu sou. À minha **Mãe Deide**: sem você eu não seria nada (sem exagero!). Obrigada por me ensinar o amor aos livros, pela curiosidade pela vida e pelo modelo de enfrentamento aos nossos próprios medos. Você é meu eterno modelo de professora, de empatia e de cuidado. Ao meu **Irmão Marcelo**, que incontáveis vezes me acolheu, me escutou, me protegeu e me fez rir das desgraças cotidianas da vida. Não consigo descrever o tamanho da admiração que sinto por você como ser humano: obrigada pela sua parceria, risadas imensas, cervejas sem fim, escutas e violões e por ser esse exemplo de inteligência e superação.

À minha **Tia Thi** por tanto cuidado à minha formação: todos os dias me inspiro e vejo em mim sua força e sua admiração pela cultura, música e pelo conhecimento. Ao meu **Tio Tuti** que é sempre minha fonte de amor incondicional e modelo de como a valentia pode andar de mãos dadas com a gentileza e a sensibilidade. Ao meu **Tio Dimu**, **Tia Sonia**, **Tia Magda**, **Elisangela**, **Lunna**, **Roberta** e a todos que representam para mim o que existe de mais valoroso nessa vida. Enfim, à **minha família**, que é para mim o retrato de aconchego e que transmitiu generosas partes de quem eu sou e do que valorizo. De vocês absorvi o valor do trabalho árduo, das nossas relações com as pessoas, do respeito ao outro e das conquistas em partilha com aqueles que amamos. Sou profundamente grata por ser parte de vocês!

Ao meu querido **Mauro**: obrigada por topar a parceria nessa jornada tão insana que é a vida (!) e por todos os cafés, ombros para chorar e até chacoalhões. Agradeço por cada escuta, piada, organização logística (foram tantas!) e por constantemente me relembrar do que é importante nessa vida: as pessoas que caminham ao nosso lado. Não haveria uma tese se você não tivesse me propiciado tanto as condições concretas, quanto o acolhimento e as risadas ao longo de todo esse caminhar. Você torna minha vida mais leve, divertida e rica.

À **Mércia**, minha amiga-irmã. Sua história e força é inspiradora e sua presença na minha vida, inabalável. E à **Isabel**, meu exemplo de integridade e de empatia. Vocês são um dos melhores presentes que a UNESP me deu e sou absurdamente grata por partilhar esse momento no espaço-tempo com vocês!

A todo o meu **grupo de pesquisa** pelas trocas, vivências, modelos e ensinamentos nesses últimos anos!

Me sinto excepcionalmente sortuda em possuir tantas pessoas com quem posso contar nessa vida. São essas algumas das pessoas admiráveis que me inspiram com palavras, amparo, rolês e presenças nas festas e perrengues dessa jornada que chamamos viver: **Alan Aranha**, **Amanda Raña**, **Daniel Assaz**, **Gabriela dos Santos**, **Fernanda Resende**, **Iris Rodriguez**, **Mariana Sartor, Natalia Fonseca, Virlei da Silva,** por toda a parceria, troca e (de novo!) cervejas desses últimos anos. Que venham muitos mais!

À **Amanda** que transcreveu todas as sessões e à **Julia Favati**, minha fiel categorizadora. Obrigada pelo trabalho e pela paciência em me auxiliar nessas etapas cruciais!

A todos os meus **professores**, essenciais para minha que eu me tornasse quem eu sou. Vocês são minha fonte de inspiração! Aos meus **terapeutas** que me atenderam, me acolheram, fortaleceram e me tornaram um ser humano melhor a cada processo terapêutico.

Aos meus queridos **terapeutas participantes**: requer muita coragem, vulnerabilidade e muita disponibilidade emocional para embarcar em um projeto tão ousado. O espaço de supervisão e de aprendizado já é desafiador o bastante! Sabemos como ele é necessário e difícil, nos deparando de tempos em tempos com um espelho que mostra as nossas "imperfeições". Que dirá participar de uma pesquisa que envolve olhar para todo o nosso desempenho com uma lupa! Não tenho nada além de admiração por ter partilhado essa jornada com vocês e pelo vislumbre que tive dos profissionais maravilhosos e dedicados que todos são! Nada disso seria possível sem sua coragem e disponibilidade. Da mesma maneira, agradeço aos **clientes participantes**. Sua presença e valentia tornou esse processo possível!

Agradeço ainda aos **meus clientes e supervisionandos**, passados e presentes: obrigada por tantas lições e por me permitirem fazer parte de um pequeno pedaço da vida de vocês. As histórias, jornadas e mudanças me inspiram e me ensinam a cada dia. O lugar que vocês ocupam em quem eu sou é imenso. Em particular, agradeço aos meus clientes e supervisionandos atuais, pela paciência e compreensão ao longo desses últimos meses. As bagunças na minha agenda acabaram, pessoal!

Não existem construções individuais. Acredito nas conquistas coletivas e fruto dos nossos queridos "gigantes" da vida pessoal e profissional. São esses que nos proporcionam os ombros para subir, as condições concretas, sociais e emocionais para atingirmos nossos objetivos. Não tenho palavras para agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, em maior ou menor intensidade, com uma palavra, um gesto, um ensinamento ou contribuição à minha vida me conduziram também a concretizar essa etapa.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** (CAPES) pela concessão de bolsa de doutorado sanduíche, tornando possível a realização dessa pesquisa.

Os que questionam são sempre os mais perigosos.
Responder não é perigoso. Uma única pergunta pode
ser mais explosiva do que mil respostas.

Jostein Gaarder
(O Mundo de Sofia)

RESUMO

Vartanian, J. F. (2022). Efetividade de um pacote multicomponente de ensino em FAP sobre os comportamentos de terapeuta e cliente em sessão. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

As ações de ensino de psicoterapeutas são voltadas para o desenvolvimento de habilidades importantes para sua atuação em seus atendimentos clínicos. Entretanto, são escassos os estudos que estabeleçam a relação entre determinada ação de ensino e os efeitos obtidos com os clientes. A Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) aponta a relação terapeuta-cliente como contexto para análise e atuação com base nos princípios do Behaviorismo Radical de B. F. Skinner, sendo suas principais intervenções as de evocação e consequenciação. A FAP é idiográfica e considera também o repertório interpessoal do terapeuta na conceituação de caso, já que suas dificuldades comportamentais também influenciam o andamento do processo terapêutico. Nessa psicoterapia, os comportamentos clinicamente relevantes dos clientes são definidos como CCR1 (problema), CCR2 (melhora) e CCR3 (descrições sobre o próprio comportamento) e os comportamentos do terapeuta são T1 (problemas que interferem no andamento do caso com o cliente) e T2 (melhoras do terapeuta). Esses últimos, parte de uma classe funcional, também ocorrem no contexto de ensino dessa psicoterapia, sendo amplamente utilizado em supervisão, *workshops* vivenciais e treinamentos de habilidades terapêuticas. No presente estudo, foi considerado o desenvolvimento desse repertório dos terapeutas FAP no conjunto de ações de ensino englobando 1) supervisões FAP e 2) treino teórico-experiencial, ambos para modelagem de T1/T2 e embasados no modelo FIAT de avaliação. O objetivo foi o de investigar a efetividade desse pacote multicomponente de ensino em FAP sobre os comportamentos de evocação e consequenciação dos terapeutas e os CCR de seus respectivos clientes em sessão. O delineamento foi o de linha de base múltipla não concorrente, em que a fase A consistiu em supervisões FAP sem utilização do FIAT e a fase A+B na inserção do pacote de ensino (componentes 1 e 2). Foram três díades terapeuta-cliente e, como resultado, observou-se aumento de CCR2 a partir da inserção da VI com todas as díades participantes. Ainda, foram registradas melhoras na qualidade dos CCR2 emitidos nessa fase, além de, como demonstrado pela análise sequencial, comportamentos de evocação e consequenciação dos terapeutas mais efetivos em trazer para sessão os CCR2 dos clientes. As respostas dos clientes ao instrumento FIAT-Q também indicaram melhoras nos repertórios interpessoais e discussões sobre o papel da evocação sobre algumas mudanças registradas também foram abordadas.

Palavras-chave: Psicoterapia Analítica Funcional. Ensino de terapeutas. Supervisão clínica. Delineamento Experimental de Caso Único. Pesquisas de Processos.

ABSCTRACT

Vartanian, J. F. (2022). *Effectiveness of a multicomponent FAP teaching package on therapist and client behaviors in session.* Doctoral thesis. University of São Paulo, São Paulo.

Teaching actions towards psychotherapists aim the development of important skills for their performance in clinical care. However, there are few studies that establish the relationship between a given teaching action and the effects observed with clients. Functional Analytic Psychotherapy (FAP) points to therapist-client relationship as a context for analysis and action based on the principles of Radical Behaviorism of B. F. Skinner, with its main interventions being those of evoking and consequences responses. FAP is idiographic and also considers the therapist's interpersonal repertoire for case conceptualization, since their behavioral difficulties also influence the course of the therapeutic process. In this psychotherapy, the clients' clinically relevant behaviors are defined as CCR1 (problem), CCR2 (improvement), and CCR3 (descriptions about their own behavior) and therapist's behaviors are T1 (problems that interfere with progresses with the client) and T2 (improvements). The latter, part of a functional class, also occur in the context of teaching this psychotherapy, being widely used in supervision, experiential workshops and therapeutic skills training. In the present study, the development of this repertoire of FAP therapists was considered in the set of teaching actions encompassing 1) FAP supervision and 2) theoretical-experiential training, both for T1/T2 shaping and based on the FIAT evaluation model. The objective was to investigate the effectiveness of this multi-component FAP teaching package on the therapists' evoking and consequence responses and the CRB of their respective clients in session. The design was a non-concurrent multiple baseline, in which phase A consisted of FAP supervisions without the use of FIAT and phase A+B in the insertion of the teaching package (components 1 and 2). There were three therapist-client dyads and, as a result, an increase in CRB2 was observed from the insertion of IV with all participating dyads. Furthermore, improvements were recorded in the quality of the CRB2 issued in this phase, in addition to, as demonstrated by the sequential analysis, evoking and consequence responses of the therapists who were more effective in bringing the clients' CRB2 to session. Clients' responses to the FIAT-Q instrument also indicated improvements in interpersonal repertoires and discussions about the role of evoking responses on some registered changes were also addressed.

Keywords: Functional Analytical Psychotherapy. Teaching therapists. Clinical supervision. Single Case Experimental Design. Process Research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Delineamento de linha de base múltipla não concorrente, representado com a inserção da variável independente e os pontos de coleta de dados referentes às supervisões e respectivas sessões com cada participante nas fases A e A+B. 48

Figura 2: Frequência relativa de comportamentos de evocação (S-EVO) e consequenciação (S-CON) da supervisora e comportamentos problema (TRB1), de melhora (TRB2) e descrições funcionais sobre o próprio comportamento (TRB3) dos terapeutas nas supervisões das fases experimentais 69

Figura 3: Frequência relativa de comportamentos problema (CCR1), comportamentos de melhora totais (CCR2-T) e descrições funcionais (CCR3) das clientes e comportamentos de evocação (EVO) e consequenciação (CON) dos terapeutas nas sessões das fases experimentais.. 76

Figura 4: Frequência relativa de comportamentos problema (CCR1), comportamentos de melhora da modelagem (CCR2-1) e comportamentos de melhora finais (CCR2-2) das clientes nas sessões das fases experimentais 94

Figura 5: Frequência relativa dos comportamentos da cliente Agatha e terapeuta Sofia (díade 1) referentes às categorias de consequenciação e evocação nas fases experimentais..... 109

Figura 6: Frequência relativa dos comportamentos da cliente Clarice e terapeuta Hilde (díade 2) referentes às categorias de consequenciação e evocação nas fases experimentais..... 110

Figura 7: Frequência relativa dos comportamentos da cliente Fátima e terapeuta Jorge (díade 3) referentes às categorias de consequenciação e evocação nas fases experimentais..... 112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Códigos utilizados para categorização dos comportamentos do terapeuta em sessão, com adaptação das categorias do instrumento FAPRS (Callaghan et al., 2008) 43

Tabela 2: Códigos utilizados para categorização dos comportamentos do cliente em sessão, com adaptação das categorias do instrumento FAPRS (Callaghan et al., 2008) 43

Tabela 3: Códigos utilizados para categorização dos comportamentos do supervisor na supervisão (adaptado de Lepienski, 2015) 44

Tabela 4: Códigos utilizados para categorização dos comportamentos do terapeuta na supervisão (adaptado de Lepienski, 2015) 45

Tabela 5: Informações dos terapeutas participantes e número de sessões com seus clientes . 46

Tabela 6: Operacionalização dos comportamentos de terapeuta na FAP orientados pelas categorias de habilidades terapêuticas de Anderson e Hill (2017) e pontuações dos terapeutas participantes 57

Tabela 7: Número de falas de terapeuta e cliente analisadas, por díade participante 65

Tabela 8: Número de falas de supervisora e terapeuta analisadas 66

Tabela 9: Pontos de coleta de dados (supervisões analisadas) por díade 67

Tabela 10: Análise sequencial das respostas da cliente Agatha que se seguiram às da terapeuta Sofia nas fases A e A+B 100

Tabela 11: Análise sequencial das respostas da cliente Clarice que se seguiram às da terapeuta Hilde nas fases A e A+B 101

Tabela 12: Análise sequencial das respostas da cliente Fátima que se seguiram às do terapeuta Jorge nas fases A e A+B 102

Tabela 13: Pontuação do instrumento FIAT-Q em percentual, nas aplicações pré-intervenção, após a fase A e após a fase A+B. 106

Tabela 14: Análise das aferições de concordância entre categorizadores de acordo com cálculo percentual e com o índice Cohen Kappa 107

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 15

1.1. A questão das evidências em psicoterapia 18

1.2. Ações de ensino e formação de terapeutas 22

1.3. A Psicoterapia Analítica Funcional: aspectos teóricos 25

1.6. Justificativa e Objetivos 39

2. MÉTODO 41

2.1. Participantes 41

2.2. Ambiente e equipamentos 41

2.3. Instrumentos 42

2.4. Procedimento 45

2.4.1. Delineamento experimental 47

2.4.2. Variável Independente 48

2.4.3. Transcrições 52

2.4.4. Análise dos dados **..... 52**

2.4.5. Aferição de concordância 54

2.5. Aspectos éticos 55

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO 55

3.1. Habilidades Terapêuticas na FAP 56

3.2. Conceituações de Caso 58

Díade 1: Terapeuta Sofia e Cliente Agatha 59

Díade 2: Terapeuta Hilde e Cliente Clarice 62

Díade 3: Terapeuta Jorge e Cliente Fátima 64

3.3. Pontos de coleta de dados e procedimento experimental 65

3.4. Variável Independente (SFAPRS) 68

3.5. Frequência de comportamentos de terapeuta e cliente em sessão (FAPRS) 74

3.6. Qualidade dos comportamentos de melhora 92

3.7. Qualidade da evocação e consequenciação (Análise Sequencial) 99

3.8. Dados obtidos no FIAT 105

3.9. Aferição de concordância 107

3.10. Processo de mudança na FAP e o *looping* de comportamentos de melhora..... 108

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 117

REFERÊNCIAS 122

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cliente **..... 135**

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Supervisionando **..... 138**

APÊNDICE C: Termo de Compromisso e Responsabilidade **..... 141**

APÊNDICE D: Material pré-treino de Topografias de respostas do FIAT **..... 142**

APÊNDICE E: Material de Apoio do Aferidor de Concordância FAPRS e SFAPRS **..... 145**

1. INTRODUÇÃO

A meta principal de qualquer ação de ensino de terapeutas é aprimorar seus conhecimentos teóricos, técnicos e seu manejo em intervenções clínicas com seus clientes (Mead, 1990). De forma mais abrangente, ao se discutir o ensino e a aprendizagem, a perspectiva é a de um processo que ocorre ao longo do tempo e que necessariamente culmina na mudança de comportamento daquele que aprende (e.g. Botomé, 1981; Kubo & Botomé, 2001).

A fim de atingir esses objetivos, no campo da psicoterapia diversos tipos de formatos e estratégias têm sido utilizados, como por exemplo ensino teórico, supervisão clínica, produção materiais de manuais, treinamento de habilidades e *workshops* (Ferreira, 2020; Hill et al., 2017; Hill & Knox, 2012; Vilares, 2022). Ainda, evidências sobre os tipos de ações de ensino apontam para maior eficácia dos chamados pacotes multicomponentes, os quais se utilizam de mais de um tipo de ação de ensino e que produzem melhores resultados sobre variáveis do terapeuta (Herschell et al., 2010). Entretanto, apesar de serem conduzidas inúmeras práticas para a formação de psicoterapeutas, ainda surgem questões e debates acerca dos efeitos que essas produzem, quais deveriam ser os impactos esperados e, para além do contexto de ensino, suas influências sobre o próprio processo psicoterapêutico e sobre os clientes.

Fora do Brasil, países como por exemplo Canadá, Austrália e Estados Unidos possuem requisitos estabelecidos para a obtenção e manutenção da licença para atuar como psicólogo. São requeridas horas de prática clínica, supervisão, titulações e, ainda posteriormente à obtenção da licença, horas de formação continuada também são importantes para se manter atuando na prática. Contudo, apesar de essas condições serem bem estabelecidas e praticadas, existem algumas dificuldades com relação ao seu embasamento, ou seja, sobre o efeito que exercem sobre a qualidade do trabalho conduzido pelo profissional. Uma parte da dificuldade em estabelecer essa relação diz respeito à definição de critérios do que seria tal qualidade e como mensurar que o psicólogo está realizando um bom trabalho.

Sobre esse aspecto, Santos et al. (2009), em alinhamento ao discutido por Kubo e Botomé (2001), pontuam que os parâmetros curriculares precisariam englobar comportamentos esperados dos alunos, ou seja, formas de mensurar no nível comportamental aquilo que se espera que seja o resultado do processo de ensino. No que se refere aos objetivos que se pretende atingir ao se formar psicoterapeutas, não existe consenso acerca de quais os efeitos esperados de qualquer formato de ensino e disseminação. Existem variações com relação ao ponto de partida desses critérios, suas premissas, orientações psicoterapêuticas e mesmo bases metodológicas de avaliação.

Um conceito que surgiu nas últimas duas décadas e que vem sendo utilizado pela *American Psychological Association* (APA) é o de competência. Em 2002, grupos de pesquisadores realizaram um encontro intitulado *Competencies Conference: Future Directions in Education an Credentialing in Professional Psychology*. Esse foi apoiado pela APA e foram debatidos e propostos temas sobre competências clínicas consideradas mais relevantes para a atuação profissional do psicoterapeuta, bem como para sua formação profissional (Kaslow et al., 2004). Como derivação desse encontro, passou a ser considerado como competências o conjunto de conhecimentos específicos, habilidades e atitudes, compreendendo-se que a formação de terapeutas pretenderia o desenvolvimento dessa totalidade.

Sendo assim, nos parâmetros da APA, as competências englobariam de forma macro alguns requisitos a serem atingidos pelos terapeutas. Já especificamente no que se refere a um deles, o de habilidades terapêuticas, Anderson e Hill (2017) se debruçaram nesse elemento para definir uma maior delimitação do termo. Foi sugerida, então, uma sistematização de conjuntos de habilidades importantes para a formação e prática do psicoterapeuta.

Partindo da reflexão sobre a efetividade desse profissional, os autores buscaram compreender e descrever o porquê alguns terapeutas são “melhores”, ou seja, mais efetivos do que outros. Assim, propuseram um modelo contextual que organiza as habilidades terapêuticas em quatro grupos e pode ser utilizado para aplicação nas mais variadas abordagens psicoterapêuticas. A proposta se constitui em uma lógica para organização dos tipos de habilidades necessárias para que o terapeuta conduza um processo com seus clientes, facilitando também o estabelecimento de metas de ensino e desenvolvimento de habilidades terapêuticas. São elas:

Habilidades Técnicas

São as habilidades utilizadas pelo terapeuta para auxiliar o cliente, ou seja, as intervenções conduzidas. De acordo com Stiles, Hill e Elliott (2015), podem ser avaliadas em três níveis: tratamento, sessão e sentença. No nível do tratamento, pode-se pensar nessa classe como o seguimento de um manual ou dos procedimentos necessários para a condução de determinada abordagem. Já no nível da sessão, é analisado o quanto de determinada técnica é utilizada em uma mesma sessão, já que isso tem impacto inclusive sobre a aliança terapêutica. Por último, no nível da sentença são consideradas as respostas verbais do terapeuta.

Habilidades Conceituais

Referem-se à compreensão da abordagem e referencial que norteia o olhar sobre o caso. São pensadas primordialmente no nível do tratamento, mas também podem ser avaliadas no nível da sessão, pensando-se em como o terapeuta maneja e conduz metas psicoterapêuticas para cada sessão. Além disso, no nível da sentença, existem em como o terapeuta se utiliza de interações momentâneas alinhadas com as intervenções delineadas e pelo escopo teórico em que se insere. Ainda no nível da sessão e da sentença, os autores propõem que as seguintes habilidades conceituais são importantes: a) consciência sobre o que o cliente precisa naquele momento; b) consciência sobre seus próprios pensamentos e sentimentos como terapeuta e c) consciência sobre o próximo passo na meta terapêutica, relacionando-o com as metas terapêuticas de forma global (meta do tratamento).

Por se tratarem de uma maneira de pensar sobre o caso, não necessariamente essas habilidades refletem-se de forma aberta no comportamento do terapeuta em sessão. Ainda, essas habilidades podem estar bem desenvolvidas, mas não necessariamente serem bem aplicadas dentro da sessão por dificuldades momentâneas do terapeuta com algum caso ou mesmo pensando que algumas situações podem acionar maiores dificuldades de manejo por desafiarem mais pessoalmente o terapeuta.

Habilidades Relacionais

Referem-se a como o terapeuta recebe, expressa e também interpreta trocas interpessoais e emocionais na relação com o cliente. Os autores destacam que essas habilidades são normalmente avaliadas no nível da sessão, mas podem ocorrer também em situações momentâneas e como um processo encoberto do terapeuta.

Habilidades Culturais

Tratam-se do olhar e manejo do terapeuta sobre aspectos culturais presentes no caso, particularmente no que se refere a diferenças culturais entre terapeuta e cliente. Tais elementos podem existir tanto com relação a diferenças étnicas, classes sociais, gênero, etc. Ainda, são um importante elemento para compreender a dinâmica entre terapeuta e cliente e serem levadas em consideração nas intervenções realizadas e não apenas no nível do tratamento. A compreensão de tais elementos dentro da sessão e nível da sentença são também importantes. Em sessão, influenciam a compreensão de elementos e formas de se comportar que são culturalmente distintos entre terapeuta e cliente (ou mesmo similares) e que influenciam a

condução da sessão. E no nível da sentença, pequenas respostas verbais também podem ser reflexo de aspectos culturais e não podem ser negligenciadas.

Como se pode observar, o modelo traz as classes de habilidades de forma ampla e, por esse motivo, permite que cada abordagem psicoterapêutica inclua elementos próprios de análise dentro de cada categoria. A orientação e enfoque pode ser embasada pelos nortes filosófico-conceituais de cada abordagem e, por isso, é um modelo flexível. Os quatro conjuntos são inter-relacionáveis entre si, sendo que seu maior benefício é facilitar a compreensão acerca do repertório do terapeuta em cada habilidade, aumentando o enfoque naquelas que mais necessitam. Possibilita ainda avaliar a flexibilidade do terapeuta em integrar e se utilizar dos quatro elementos, respondendo a diversos fatores e à complexidade do trabalho psicoterapêutico. Por exemplo, torna mais claro quando o terapeuta foca em um único grupo de habilidades e perde de vista os demais, como focar em habilidades técnicas, mas perder de vista as conceituais, ou mesmo focar em habilidades relacionais voltadas à empatia e deixar de lado aspectos culturais que podem influenciar o caso.

Ainda, por propor a aplicação dessas habilidades em três níveis (tratamento, sessão e sentença), possibilita a análise do foco dado pelo terapeuta desde o nível macro até o micro, compreendendo as influências que um exerce sobre o outro. Assim, se por exemplo o terapeuta precisa compreender no nível do tratamento que o cliente precisa melhorar sua expressão emocional, no nível da sessão, ele pode focar em comportamentos que são possíveis para o cliente emitir naquele momento. Já no nível da sentença, pode interpretar que após determinada fala do cliente o momento não é propício para aquela intervenção.

Diante das exposições acima, pode-se perceber que a investigação sobre o escopo de trabalho do terapeuta e suas relações com a efetividade clínica vem tomando forma nos últimos anos. É importante aqui pontuar que tal campo vem se desenvolvendo e também acompanhando o debate em um panorama maior, que se refere à construção de evidências em psicoterapia. As discussões em torno desse tópico são inúmeras e perpassam tanto por questões filosófico-metodológicas quanto políticas e sociais. A seguir, serão abordados sucintamente alguns elementos históricos para compreensão das discussões sobre dados de evidências em psicoterapia, sintetizando os principais aspectos nos quais se enquadra o presente trabalho.

1.1. A questão das evidências em psicoterapia

Nos últimos anos, vem sendo observadas mudanças, rupturas e construções importantes no campo de pesquisas em psicoterapia. Estudos sobre a eficácia das diferentes terapias datam

da década de 1950, na mesma época em que Eysenck (1952) publicou seu estudo polêmico. Nesse, o autor concluía a inexistência de dados que embasassem os processos psicoterapêuticos como fonte de mudanças clínicas e foi gerador de questionamentos e revoluções na área. A partir desse ponto, a construção de evidências em psicoterapia mostrou uma guinada e as pesquisas passaram a investigar os resultados produzidos pelos diferentes tratamentos, questionando também se esses eram suficientes para afirmar que tais processos eram eficazes (Goldfried, 2013).

Com o passar do tempo, indagações sobre esses resultados passaram a se direcionar para a compreensão de quais psicoterapias funcionavam melhor do que outras para quais transtornos ou condições específicas. Nesse momento, se iniciaram os financiamentos mais extensivos para investigações desse tipo e essas se dedicaram a estudar os resultados obtidos em processos psicoterapêuticos e o desenvolvimento e proposição de refinamentos metodológicos. Particularmente no que se refere a terapeutas comportamentais e cognitivo-comportamentais, esses se debruçaram, então, sobre a construção de protocolos e manuais com guias clínicos progressivamente mais claros e específicos. Nesse ínterim, foi-se construindo um grande campo de evidências dessa natureza e com tais finalidades (Goldfried, 2013; Hayes & Hofmann, 2018).

Já na década de 1980, os avanços metodológicos continuaram. Entretanto, o foco para análise dos resultados dessas pesquisas passou fortemente a ser voltado para os transtornos definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Nesse ponto, as pesquisas em psicoterapia buscaram de forma intensa um alinhamento com o modelo médico de investigação, o qual se utilizava primordialmente dos chamados *randomized controlled trials* (ensaios clínicos randomizados) ou RCT. Na mesma década, em 1982, Parloff levantou suas preocupações acerca desse tipo de investigação, pontuando a necessidade de a área retomar o olhar sobre pesquisas de processo. O autor pontuou que para além de constatar os resultados de determinada psicoterapia, era importante também compreender o porquê essa funcionava.

Entretanto, esse direcionamento da área voltado exclusivamente a pesquisas de eficácia continuou e tomou corpo em 1995 com a Divisão 12 da Força Tarefa para a Divulgação e Promoção de Procedimentos Psicológicos da APA. O objetivo foi o de entregar ao público critérios para identificação de tratamentos empiricamente validados para transtornos específicos (Chambless et al., 1998). Na prática, esse corpo de evidências deu embasamento a tratamentos que comprovassem eficácia, utilizando amplamente os RCTs e a lógica de transtornos psicológicos do DSM.

Em vista a restringir o que poderia ser enquadrado como tratamentos empiricamente sustentados, em 2005 foi instaurada uma nova força tarefa. Essa culminou na chamada Prática Baseada em Evidências (PBE), cuja proposta foi a de agregar a melhor evidência de pesquisa acerca da efetividade de um tratamento, a perícia do clínico a aplicá-la e a preferência do cliente recebendo a intervenção. A PBE suscitou debates intensos e diversas preocupações na área. As maiores críticas referem-se ao enfoque em tratamentos específicos e não fatores outros que possam influenciar a psicoterapia, sua condução para intervenções enrijecidas, inviabilizando a criatividade e inovação nos processos psicoterapêuticos e, ainda, críticas referentes à aplicabilidade desses tratamentos no cotidiano real clínico. No caso dessa última, discute-se que enquanto o contexto de pesquisa provê um ambiente e uma seleção amostral controlada, essa não é a realidade do cotidiano real clínico, em que o que se encontram são clientes com características, dificuldades e comorbidades diversas (Chambless & Ollendick, 2001; Hayes & Hofmann, 2018; Oshiro, 2011).

Como fruto dessas discussões, nos últimos anos vem-se discutindo de forma mais pragmática alternativas concretas que respondam aos incômodos dessa proposta. Uma dessas mudanças foi o chamado *Research Domain Criteria* (RDoC), um posicionamento do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (*National Institute of Mental Health* – NIMH) para romper com as proposições desse tipo de classificação sindrômica (Insel et al., 2010), cuja iniciativa também foi fonte de críticas importantes. Por fim, já em 2018, Hayes e Hofmann sistematizaram a proposição de um novo modelo chamado Terapia Baseada em Processos (TPB). Essa proposta vem sendo conduzida como uma crítica e uma alternativa ao modelo diagnóstico dos transtornos mentais e, ainda, traz embasamento para a produção de evidências de forma a responder a perguntas que sejam de fato aplicáveis ao cotidiano da psicoterapia.

A contraposição ao paradigma da Prática Baseada em Evidências refere-se ao uso de diagnósticos nomotéticos, que partem do modelo médico e não são descritivos o suficiente daquilo que se observa em termos de processos psicológicos. De acordo com os autores, isso produz, então, intervenções inflexíveis e não aplicáveis à vida real dos clientes em atendimento, enrijecendo as intervenções em protocolos, simplificando em excesso os quadros clínicos e reduzindo a validade de um grande conjunto de intervenções que compõe cada psicoterapia a dados que validem ou desqualifiquem um tratamento como um todo. Utilizando-se da lógica de estudos da área médica, é ainda determinado um valor excessivo às pesquisas de resultado e a investigações que se utilizem dos RCT, ou seja, delineamentos de grupo (Hayes & Hofmann, 2018, 2020).

De acordo com os autores, essa premissa conceitual levou a ser considerado apenas as medidas de eficácia das psicoterapias, comparando-as uma com as outras na aplicação com indivíduos que se enquadrassem em critérios diagnósticos. Baseando-se em critérios topográficos, esses últimos desconsideram análises funcionais individualizadas e, assim, deixam em segundo plano a investigação de fenômenos clínicos e de processos importantes que ocorrem nas psicoterapias e podem ser benéficos para indivíduos em sua particularidade. As medidas de eficácia também não seriam suficientes para a identificação de mecanismos de mudança em cada psicoterapia, ou seus processos, o que dificultaria o desenvolvimento da área (Hayes & Hofmann, 2018, 2020; Hayes, Hofmann & Lorscheid, 2021).

Adicionalmente, considerando-se o ponto de vista político e social, Hayes e Hofmann (2018) relacionam ainda a grande produção de evidências dessa natureza ao contexto de alto investimento em PBE por agências governamentais alinhadas à ideologia psiquiátrica. A fim de reverter esse cenário, os autores propõem o modelo transdiagnóstico e uma aproximação do olhar sobre os processos que produzem mudanças em psicoterapia de forma individualizada: quais processos de mudança são efetivos para quais dificuldades e demandas clínicas. Nesse panorama, os delineamentos de caso único para investigações experimentais seriam importante fonte de produção de evidências em psicoterapia, individualizando análises e possibilitando a apreensão de fenômenos que não seriam captados com o uso de delineamentos de grupo. Como discutido por Davidson (2019), tal mudança aproxima o campo de análises funcionais idiográficas, além de possibilitar uma maior precisão conceitual na investigação dos mecanismos de mudança.

Dessa maneira, a crítica dos autores e a proposição do modelo transdiagnóstico vem sanar um incômodo antigo da área: de que as pesquisas de eficácia responderiam a compreensões topográficas (manuais) e não funcionais (Follette & Bonow, 2009; Parloff, 1982). No paradigma atual, volta-se a discutir amplamente a individualização dos dados em pesquisas e a utilização de delineamentos de caso único (Sidman, 1960), cujos critérios podem ser adequados à produção de evidências de forma ampla e robusta. Por possibilitar a comparação do indivíduo com ele mesmo em momentos distintos, esse traz análises particularizadas e possibilita a também investigação de processos comportamentais e não apenas de resultados.

Tal investigação também se relaciona com o âmbito das pesquisas de processo. Nessas, o principal objetivo não é estabelecer uma relação causal entre uma variável ou tratamento sobre progressos clínicos, o que é pertinente a dados de eficácia ou resultado. Sua meta é a de

identificar na interação terapeuta-cliente quais mecanismos agiram sobre a mudança, produzindo os efeitos observados (Greenberg, 1986; Kazdin & Nock, 2003; Kazdin, 2008).

Sobre diferenças entre pesquisas de eficácia e de efetividade (Hoagwood et al., 1995; Seligman, 1995), pode-se discutir que a eficácia parte da compreensão dos resultados que determinado processo psicoterapêutico exerce sobre variáveis controladas do experimento. Já as pesquisas para investigação da efetividade demonstram e analisam a aplicação de intervenções que possuem dados de eficácia em contextos heterogêneos e não altamente controlados e artificializados como os estudados por meio das RCT.

Já em se tratando de mecanismos de mudança, Kazdin (2008) destaca a importância de pesquisas que investiguem o porquê determinada psicoterapia funciona, bem como seus mediadores e moderadores. Como definição, o autor pontua que os mecanismos de mudança são os eventos, processos macro que levam à mudança. São os mecanismos que explicam a maneira pela qual a intervenção se traduz em eventos que em cadeia resultam então em mudança clínica. Os mediadores são parte desse mecanismo, porém, termos de menor abrangência, especificando elementos que produzem a mudança. E, por último, em menor escala, têm-se os moderadores: aqueles eventos ou componentes que influenciam a direção ou magnitude da relação estabelecida entre a intervenção e o resultado obtido.

1.2. Ações de ensino e formação de terapeutas

Paralelamente às tentativas de delimitar o que é esperado dos terapeutas e como desenvolver o conhecimento sobre as psicoterapias, diversas ações são conduzidas para sua formação. Enquanto prática consolidada, historicamente no campo da psicoterapia, a supervisão clínica é amplamente aceita, utilizada e uma das mais tradicionais formas de ensino de psicoterapeutas (Bernard & Goodyear, 2014). Em sua publicação *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*, a *American Psychological Association* apresenta a seguinte definição:

> Supervision is a distinct professional practice employing a collaborative relationship that has both facilitative and evaluative components, that extends over time, which has the goals of enhancing the professional competence and science-informed practice of the supervisee, monitoring the quality of services provided, protecting the public, and providing a gatekeeping function for entry into the profession. (APA 2014, p. 2)

Também Falender e Shafranske (2010) apontam o processo de supervisão clínica como central no desenvolvimento e treino de psicoterapeutas, modelando sua orientação para o processo clínico. Os autores discutem ainda que a própria experiência na supervisão é de certa forma uma aplicação direta do paradigma conceitual daquela própria psicoterapia. Isso significa que aquilo que o terapeuta precisa aprender para atuar em determinada psicoterapia também é utilizado enquanto processos dentro da supervisão.

Mais de 30 anos de pesquisas indicam os impactos positivos que a supervisão clínica produz sobre os supervisionandos (Bernard & Goodyear, 2014; Simpson-Southward et al. 2017; Wheeler & Richards, 2007), como por exemplo, para diminuição de sua ansiedade (Inman et al., 2014), aquisição de habilidades importantes para a atuação (Lambert & Arnold, 1987) e para aumento de auto-eficácia (Gibson et al., 2009). Em contrapartida, também outros estudos identificaram sua influência sobre resultados negativos (e.g. Ellis et al., 2014; Gray et al., 2001; Mehr et al., 2010).

Para além dos efeitos sobre os supervisionandos, apenas mais recentemente vêm sendo investigados seus impactos sobre os clientes no processo psicoterapêutico (como discutido por Hill et al., 2017; Callahan et al., 2009; Miller et al., 2018; Watkins, 2011; Watkins & Callahan, 2019). De modo geral, o que se observa é a existência de estudos que demonstram os impactos desse processo sobre diversos aspectos dos terapeutas submetidos a essa ação de ensino, mas ainda pouco se construiu em termos de compreender de que maneiras a supervisão produz resultados sobre os clientes.

Sobre esse tema, Freitas (2002) realizou uma revisão de estudos que buscavam relacionar tais variáveis e encontrou dificuldades metodológicas importantes nas produções realizadas até então. O autor discutiu que, apesar de a proposta da supervisão ser a de aumentar conhecimentos dos terapeutas, pouco se tem desenvolvido em pesquisas que comprovem essa relação. A partir desse levantamento, o autor identificou 10 estudos que buscaram minimamente essa investigação e, como orientações, propôs cuidados metodológicos para mensurar os efeitos dos processos de supervisão sobre os clientes, como por exemplo o uso de medidas estatísticas, nivelamento do conhecimento prévio dos terapeutas e utilização de condições controle e experimentais para análise dos dados de resultados.

Assim, nas últimas duas décadas, vem sendo destinados mais esforços em investigar os efeitos que a supervisão clínica exerce sobre os resultados obtidos com os clientes (Callahan, Love & Watkins, 2019). Em 2001, Lambert et al. levantaram dados indicando que terapeutas que receberam orientações sobre o progresso dos seus clientes (*feedback*) apresentaram melhoras duas vezes mais significativas com seus clientes do que aqueles que não receberam.

Em 2003, Milne et al. relacionaram supervisões em terapia cognitivo-comportamental com efeitos observados nas sessões do terapeuta com seu cliente.

Contudo, em revisão realizada por Watkins (2011), apenas um estudo até então havia sido considerado metodologicamente embasado na condução dessa investigação e seus resultados em psicoterapia. Bambling et al. (2004) conduziram uma investigação pioneira com a primeira demonstração experimental de que os supervisores impactam os resultados com os clientes. Foi conduzido um delineamento de grupo com três condições experimentais: sem supervisão, com supervisão e com supervisão de habilidades clínicas. Como resultado, foram identificadas diferenças importantes nos clientes cujos terapeutas foram submetidos a supervisões em comparação com aqueles que não receberam. As mudanças registradas foram na aliança terapêutica e na redução de sintomas dos clientes.

Já mais recentemente, estudos posteriores também relacionaram supervisão com medidas de resultados relativas a sintomas e mensuradas por instrumentos. No entanto, como discutido por Keum e Wang (2020), foram encontrados apenas efeitos pequenos a moderados (e.g. Callaghan et al., 2009; Rousmaniere et al., 2016; Watkins & Callahan, 2019). Esses autores, discutindo dados dessa da revisão de literatura da área, realizaram uma meta-análise a fim de levantar estudos que relacionaram a supervisão aos efeitos sobre os clientes. Foram inclusos para análise 12 estudos, submetidos a análises estatísticas e encontradas poucas relações entre supervisão e efeitos sobre resultados clínicos. Ainda, os autores corroboraram as discussões de autores prévios acerca de dificuldades em seguir procedimentos metodológicos para estabelecer relação entre essas variáveis (Callahan, 2018; Freitas, 2002).

Ao se expandir a discussão de ações de ensino, outras além da supervisão também complementam o cenário de formação de terapeutas e vêm sendo alvo de investigações. No campo da Terapia Cognitivo-Comportamental, Simons et al. (2010) encontraram relação entre a aplicação de um treinamento e a redução de sintomas importantes nos clientes. Participaram do estudo 12 terapeutas e 116 clientes para tratamento de depressão. O treinamento foi realizado em dois dias com subsequente acompanhamento telefônico por um ano após a aplicação e foi aplicado o *Cognitive Therapy Rating Scale* (CTRS – Young & Beck, 1980) com os terapeutas e os Inventário Beck de Depressão (BDI – Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erlbaugh, 1961) e de Ansiedade (BAI – Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) para avaliação dos sintomas dos clientes. Como resultados, os autores apontaram que houve aumento na aderência ao tratamento por parte dos terapeutas e que também os clientes apresentaram redução de sintomas depressivos e ansiosos de forma mais expressiva do que aqueles cujos terapeutas foram do grupo controle.

Vollmer et al. (2013) conduziram um estudo para investigar competências clínicas em terapeutas. Os autores destacaram a importância da conceituação de caso: essa foi considerada uma habilidade central ao trabalho do psicoterapeuta. No que se refere a competências clínicas, comumente essas têm sido relacionadas à formação de psicoterapeutas, ou seja, considera-se maior a competência quanto mais resultados positivos na formação houver (e.g. Branson et al., 2015; O´Donavan et al., 2005)

Conforme apontado por Kaslow (2004), existe a dificuldade em definir o que seria a competência pela infinidade de definições e possibilidades em psicoterapia. De qualquer maneira, o levantamento aqui descrito aponta que, como destacado por Vilares (2022), pouco se tem relacionado a competência do psicoterapeuta com os resultados clínicos obtidos. O enfoque maior tem sido a consolidação de ações de ensino em modelos psicoterapêuticos. Nesse sentido, ao se falar em competência clínica, tem sido relacionado aspectos referentes tanto à formação quanto à avaliação sobre a formação de terapeutas

.

1.3. A Psicoterapia Analítica Funcional: aspectos teóricos

Uma das terapias comportamentais contextuais, a proposta da Psicoterapia Analítica Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy*, FAP – Kohlenberg & Tsai, 1991) quando do lançamento de seu primeiro livro foi a de utilizar os processos básicos comportamentais para produzir mudanças clínicas por meio de sua aplicação na relação terapeuta-cliente, ou seja, dentro da sessão. Essa psicoterapia tem sido variável de interesse em diversas pesquisas e sua disseminação vem aumentando e se modificando ao longo dos últimos anos (Ferro, 2008; Kanter et. al., 2017; López-Bermúdez et al., 2021; Mangabeira et al., 2012).

Sistematizada em 1991, a proposta inicial dos autores foi a de aplicar princípios básicos provenientes do Behaviorismo Radical de B. F. Skinner (1938, 1953) na sessão com os clientes. A análise funcional (e.g. Matos, 1999) norteia o olhar do terapeuta sobre o caso e, estabelecida como central nessa psicoterapia, é por meio da relação entre terapeuta e cliente que ocorre em sessão que o terapeuta realiza análises, programa e conduz suas intervenções e modifica, assim, o repertório de seu cliente na direção dos objetivos estabelecidos. Ainda, essas intervenções são realizadas dentro do desenvolvimento de uma relação terapêutica profunda, segura e em benefício do cliente (Holman et al., 2017).

A premissa da FAP é de que a qualidade das conexões sociais estabelecidas pelo indivíduo em sua vida cotidiana é fator relevante para sua saúde psicológica. Como aponta Oshiro et al. (2021), com o passar dos anos, os autores dessa psicoterapia foram se aprofundando em pesquisas de outros campos do conhecimento, como medicina, antropologia

e sociologia, as quais corroboravam de maneira empírica o papel da conexão social sobre os seres humanos (ver Holman et al., 2017). Com base em dados dessas investigações, constatou-se que o próprio funcionamento social e o desenvolvimento de relações de intimidade são importantes fatores de proteção para os indivíduos. De maneira comportamental, essas relações íntimas são definidas dentro do processo de vulnerabilidade-responsividade: o falante emite comportamento vulnerável que foi previamente punido em sua história de vida e o ouvinte o acolhe, escuta e reforça (Reis & Patrick, 1996; Reis & Shaver, 1988). Esse processo é definido como intimidade e é o modelo adotado pela FAP para compreensão das relações do cliente no seu cotidiano e também dentro da relação terapêutica.

Apesar de se integrar à Ciência Comportamental Contextual (CBS), essa psicoterapia possui corpo próprio e se distingue das demais terapias comportamentais contextuais por possuir premissas e formas de atuação próprias e internamente coerentes. Oshiro et al. (2021) sistematizam os quatro pilares da FAP que a definem enquanto psicoterapia: bases filosóficas, formulação de caso, psicopatologia e saúde mental. Assim, seus pressupostos filosóficos estão alinhados ao Behaviorismo Radical (Skinner, 1953); sua formulação de caso envolve os comportamentos de terapeuta e de cliente em sessão, tanto para análise funcional quanto para intervenção; as dificuldades relativas a conexões sociais de intimidade é o que se considera como fator que leva o indivíduo a desenvolver psicopatologias; e o resultado final da psicoterapia ou o modelo de saúde mental que a FAP propõe está vinculado ao desenvolvimento de relacionamentos mais íntimos.

Conclui-se, portanto, que é pertinente a diferenciação da FAP em relação às demais terapias contextuais e seu enquadramento como uma psicoterapia específica, já que possui pressupostos, análises e intervenções próprios e bem delimitados. Em decorrência de suas premissas, em que considera a centralidade das relações interpessoais para o funcionamento dos indivíduos, é coerente que o nível de intervenção psicoterapêutica também deva ser no nível interpessoal (Oshiro et al., 2021). Por conta disso, a relação terapeuta-cliente, sua interação e comportamentos em sessão são, então, o foco e o instrumento de intervenção dessa psicoterapia.

No caso dos clientes, os chamados comportamentos clinicamente relevantes (CCR) ocorrem em sessão com o terapeuta e são parte de uma classe molar do repertório interpessoal do cliente. Podem ser de três tipos: CCR1, correspondentes aos comportamentos problema; CCR2, que se referem aos de melhora (metas estabelecidas pelo terapeuta) e CCR3, referente a descrições funcionais do cliente sobre seu próprio comportamento. Assim, seus comportamentos são compreendidos a partir de uma análise molar de seu repertório, ou seja,

de classes de respostas (Catania, 1999; Follette & Bonow, 2009, Oshiro et al., 2021) e sua perspectiva é totalmente idiográfica. Isso significa que a FAP não propõe respostas rígidas para avaliação, tornando todas as análises sobre o caso inteiramente funcionais e individualizadas para cada cliente.

Nesse sentido, por não partir de diagnósticos inflexíveis para análise, possui característica transdiagnóstica e pode ser aplicada aos mais diversos tipos de problemas e sintomas (López-Bermúdez et al., 2021; Oshiro et al., 2021). Como se pode constatar, esse é um atributo que a aproxima significativamente da proposta da Terapia Baseada em Processos. Em termos de sua conceituação de caso, a análise funcional é a principal ferramenta de avaliação clínica da FAP, com a identificação de respostas, antecedentes e consequentes (Kohlenberg & Tsai, 1999; Matos, 1999).

Contudo, como pontuado por Ferreira et al. (2021), para essa tarefa é essencial o conhecimento do terapeuta sobre os princípios comportamentais básicos para que, então, seja possível realizar uma definição funcional dos comportamentos do cliente e estabelecer metas da psicoterapia. Assim, o desenvolvimento da conceituação de caso envolve conhecimentos de grande complexidade e, a fim de organizar o raciocínio clínico da FAP, Callaghan (2006b) desenvolveu o FIAT (*Functional Idiographic Assessment Template* – Sistema Modelo de Avaliação Funcional e Idiográfica). Seu objetivo é o de classificar comportamentos em cinco classes funcionais de respostas no âmbito interpessoal:

Asserção de necessidades (Classe A): identificação e asserção de necessidades e valores nos relacionamentos

Comunicação bidirecional (Classe B): sensibilidade ao outro e responsividade nas relações interpessoais

Conflitos interpessoais (Classe C): aspectos relacionados à identificação e manejo de conflitos

Autorrevelação e intimidade (Classe D): expressão de vulnerabilidade e desenvolvimento de relacionamentos íntimos

Expressão e experiência emocional (Classe E): identificação, descrição e expressão de experiências emocionais

A proposta do FIAT lançou luz a repertórios alvo da FAP, ou seja, comportamentos que ocorrem nos relacionamentos interpessoais e podem representar dificuldades tanto nas relações cotidianas quanto em sessão. Ainda, para além da análise de comportamentos problema, possibilitou maior clareza com relação a objetivos clínicos do terapeuta. Os comportamentos

alvo do processo terapêutico podem ser encontrados nesse modelo, facilitando tanto a organização do raciocínio do clínico em consultório como atividades de ensino e pesquisa dessa psicoterapia (Ferreira et al., 2021).

A publicação atual do modelo conta com a análise de aspectos desse repertório interpessoal com relação a estímulos antecedentes e respostas. Atualmente, o FIAT 2 está em desenvolvimento no Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo, em conjunto com a Universidade de Reno (*University of Reno*, Nevada) e a Universidade de San Jose (*San Jose State University*, California). Essa nova versão, ainda não publicada, contará também com especificações sobre estímulos consequentes, tornando a análise funcional mais completa e aprofundada.

Nessa avaliação acerca do repertório do cliente, o terapeuta FAP parte da lógica da similaridade funcional: considerando-se que o repertório dos clientes é único e ocorre em diversos ambientes, a similaridade funcional do contexto terapêutico com outros possibilita o acesso do terapeuta às classes de respostas alvo. Por conseguinte, o terapeuta também pode atuar sobre essas classes de forma a favorecer o fortalecimento e a instalação de repertórios.

Assim, como metas terapêuticas, a FAP estabelece primeiramente o enfraquecimento de CCR1 e a evocação e fortalecimento dos CCR2. Os CCR3 são considerados alvos terapêuticos, porém, de forma secundária e como meios para se alcançar a emissão de CCR2 (Villas-Bôas et al., 2016; Villas-Bôas et al., 2018). Adicionalmente, objetiva-se extrapolar estes ganhos para além da relação terapêutica por meio da programação de sua expansão para os demais ambientes do cliente (Weeks et al., 2012).

Em 1991, Kohlenberg e Tsai descreveram cinco Regras que o terapeuta deve seguir para atingir esse fim:

> <u>Regra 1: Atentar aos CCR:</u> Considerando que o repertório que ocorre no cotidiano do cliente também pode ocorrer na relação terapêutica, identificar e estar atento à ocorrência de CCR em sessão
>
> <u>Regra 2: Evocar CCR:</u> O ambiente terapêutico pode ser contexto para emissão do repertório alvo, entretanto, o terapeuta deve se utilizar de intervenções que de forma direta aumentem a possibilidade de ocorrência de um CCR em sessão
>
> <u>Regra 3: Responder contingentemente a (consequencia) CCR:</u> Diante da ocorrência de um CCR, responder de forma contingente ao comportamento do cliente, apresentando consequências naturais que objetivem diminuir CCR1 e aumentar a probabilidade de ocorrência de CCR2

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

Regra 5: Fornecer interpretações analítico funcionais e implementar estratégias de generalização: Com o fim de aumentar a probabilidade de os progressos em sessão extrapolarem para o cotidiano do cliente, o terapeuta descreve as contingências relacionadas ao comportamento do cliente em sessão que possuem similaridade funcional com aqueles extrassessão ou provê tarefas de casa e reflexões sobre essa relação.

As cinco regras da FAP estruturam o raciocínio clínico do terapeuta, mas o essencial é a análise funcional e intervenção sobre as contingências presentes dentro da sessão, atuando sobre as mesmas como forma de promover comportamentos de melhora (Holman et al., 2017; Kohlenberg & Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 1999; Tsai et al., 2009). Do ponto de vista funcional, as estratégias de intervenção do terapeuta envolvem a utilização de procedimentos descritos em literatura básica de Análise do Comportamento (e.g. Skinner, 1953; Catania, 1999). A seguir, serão elencados alguns dos mais relevantes para essa psicoterapia.

Como sintetiza Follette e Bonow (2009), a mudança no comportamento do cliente é resultado direto do terapeuta enquanto fonte de reforçadores sociais, que responde de forma contingente a quaisquer déficits, excessos e melhoras comportamentais que ocorrem no contexto da relação terapeuta-cliente. Isso significa que ao manejar as contingências dos comportamentos dos clientes em sessão, o terapeuta FAP se orienta na direção de seu fortalecimento ou enfraquecimento.

No que se refere às consequências providas pelo terapeuta, o reforçamento positivo é utilizado diante de comportamentos de melhora e pode ser considerado em dois níveis: quando o CCR2 é o final, o alvo último que se pretende instalar, ou então quando se assemelha de alguma maneira a esse. Esses manejos das respostas do terapeuta enquanto estímulos consequentes são também comumente chamados de consequenciação. Como exemplo, pode-se considerar um cliente com dificuldades em fazer pedidos (classe A do FIAT): uma das dificuldades é o não se posicionar em sessão, falando sobre assuntos que o terapeuta propõe sem solicitar mudança de tema (CCR1). Nesse caso, o comportamento alvo final seria uma solicitação clara ao terapeuta para falar sobre algo diferente. Contudo, para atingir esse CCR2, provavelmente o cliente passaria por inúmeras respostas intermediárias, como demonstrar

desconforto com o tema atual, dar respostas lacônicas, responder “não sei” ou mesmo dizer que não quer falar sobre determinado tópico, mas de maneira agressiva.

Essas respostas que ocorrem no processo de modelagem também são consideradas CCR2 e são consequenciadas pelo terapeuta em sessão considerando-se a lógica do reforçamento diferencial por aproximações sucessivas (Catania, 1999). Na instalação de novas respostas, a emissão da resposta final pode demorar muito tempo para ocorrer ou até mesmo não ser emitida. Assim, ao invés de esperar sua emissão, pode-se reforçar diferencialmente aquelas respostas que possuam semelhança ou se aproximem de alguma forma à resposta final que se pretende instalar. De acordo com Sidman (1960), o resultado desse processo de instalação de novas respostas em um gráfico é uma curva de aquisição que representa o aumento paulatino de frequência daquela resposta.

Uma característica do comportamento que torna possível a modelagem por aproximações sucessivas é a variabilidade (Catania, 1999). Como nenhuma resposta será igual à outra, a cada emissão o comportamento apresenta certa variação em uma dimensão, como topografia, força, magnitude, etc. e é isso o que torna possível a liberação do reforço de forma diferencial. Waltz e Follette (2009) apontam que na FAP, a característica da variabilidade é altamente utilizada: conta-se que o indivíduo emitirá respostas diferentes em sessão a fim de que o terapeuta o conduza a emitir comportamentos de melhora alvo finais.

Ainda no que se refere às consequências, o terapeuta busca enfraquecer os CCR1, seja por meio dos procedimentos de punição ou de extinção (Popovitz & Silveira, 2014). As autoras apontam como a literatura em FAP a respeito da resposta ao CCR1 ainda é vaga, particularmente pelo fato de essa psicoterapia orientar que seja evitado o controle aversivo. Assim, elas descrevem que como resposta aos CCR1 pode-se também realizar bloqueio de fuga/esquiva, reapresentando a pergunta, descrevendo o comportamento do cliente ou solicitando que ele mesmo o descreva.

Outras formas de enfraquecer os comportamentos problema também possuem relação com o próprio reforçamento diferencial de CCR2. Enquanto o terapeuta mantém o cliente emitindo determinada resposta (CCR2) e reforçando-a, respostas incompatíveis também são enfraquecidas. Waltz e Follette (2009) discutem relações molares importantes no que se refere ao comportamento de escolha e sua multideterminação. Assim, a punição é eficaz para reduzir a frequência de resposta, mas para além desse procedimento também se pode utilizar o reforçamento de respostas concorrentes para atingir o mesmo fim. Os autores discutem que por esse motivo é importante que o foco terapêutico seja sobre comportamentos de melhora mais

do que sobre problemas, já que prover consequências para determinada resposta pode ser utilizada como meio para enfraquecimento de outras respostas indesejadas.

Já quanto ao manejo de estímulos antecedentes, o terapeuta busca produzir contexto para emissão de CCR2 pelo cliente. Intervenções de evocação do terapeuta possuem a função de estímulos discriminativos (Catania, 1999; Skinner, 1953; Sério et al., 2004) ou de operações estabelecedoras (Michael, 1982, 1983, 1993, 2000). Os primeiros são sinalizadores de que a resposta será reforçada se emitida e os segundos, são condições que alteram momentaneamente a efetividade das consequências. Ambos são condições antecedentes que podem evocar as respostas alvo. Na clínica, Darrow et al. (2012) discutem que o terapeuta FAP utiliza essas intervenções com foco nos comportamentos de melhora que se pretende que o cliente emita na relação terapêutica. Ainda, Weeks et al. (2012) aponta a importância do *looping* de CCR2: quanto mais o terapeuta manter o cliente emitindo comportamentos de melhora, mais oportunidades de reforçá-los e, assim, fortalecê-los.

Portanto, o embasamento teórico com relação aos estímulos consequentes e antecedentes torna possível observar a complexidade de processos envolvendo a mudança comportamental dos clientes na FAP. Parte de sua efetividade reside no fato de que a condução dessas mudanças ocorre em um contexto em que o terapeuta se consolidou como fonte importante de reforçadores sociais. Desse modo, é importante que as intervenções sejam conduzidas de forma genuína, por meio de reforçadores naturais e preservando ao máximo a qualidade da relação terapêutica e o bem-estar do cliente (Darrow et al., 2012; Follette & Bonow, 2009; Kohlenberg & Tsai, 1991; Krasner, 1971; Waltz & Follette, 2009).

Como é possível perceber, o terapeuta e seus comportamentos em sessão são centrais para a produção de mudanças nessa psicoterapia. Por esse motivo, a conceituação de caso na FAP compreende tanto o repertório do cliente quanto o do terapeuta. Os impactos que o cliente produz sobre o terapeuta são fonte importante de informação e é impossível considerar uma intervenção sobre o cliente sem analisar aspectos do repertório do terapeuta (Kohlenberg & Tsai, 1991; Holman et al., 2017; Waltz & Follette, 2009). Para conceituação de caso e planejamento de metas terapêuticas são ponderados, por exemplo, aspectos sobre como o terapeuta é impactado pelo cliente em sessão, quais comportamentos deve emitir na relação terapêutica a fim de atingir os objetivos clínicos, quais repertórios interpessoais deve desenvolver para atuar com aquele cliente e quais dificuldades existentes em seu cotidiano também ocorrem na relação com determinados clientes. Em ações de ensino na FAP, seu repertório é avaliado e definido em termos de comportamento problema do terapeuta (T1) e comportamento de melhora do terapeuta (T2).

1.4. Evidências em Psicoterapia Analítica Funcional

A descrição dos aspectos teóricos da FAP torna claro que essa psicoterapia está fortemente alinhada a princípios filosófico-metodológicos coerentes à Análise do Comportamento (Baer et al., 1967; Sidman, 1960; Skinner, 1953). Em síntese, utiliza a aplicação de princípios comportamentais de forma idiográfica, partindo da avaliação dos efeitos sobre o comportamento para identificação de variáveis de controle e intervenção com valor prático. Nesse sentido, por possuir esse caráter, também a FAP teve dificuldades em produzir dados de eficácia dentro do paradigma de produção de evidências anterior à Terapia Baseada em Processos.

Não obstante, a quantidade de pesquisas que levam à luz dados de evidências em FAP é extensa e sólida. São dados de eficácia da FAP em relação a outros tipos de tratamento (Kanter et al., 2006; Holman et al., 2012; Oshiro et al., 2012; Pedersen et al., 2012) e, especificamente com relação a evidências provenientes de delineamentos experimentais de caso único, autores como por exemplo, Aranha et al. (2020), Geremias (2014), Lima (2017), Lizarazo et al. (2015), Lovo (2019), Moreira e Oshiro (2021), Muñoz-Martinez et al. (2022) e Oshiro et al. (2012) manipularam a FAP enquanto variável independente.

Nesse último tipo de pesquisas, foi utilizado o instrumento de categorização de sessões FAPRS (*Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* – Callaghan et al., 2008) para análise de comportamentos de terapeuta e cliente. Esse instrumento produz dados de processos por categorizar funcionalmente respostas pertinentes à FAP que ocorrem na relação terapeuta-cliente. Nas pesquisas citadas, foi demonstrado consistentemente o aumento na frequência de comportamentos de melhora nas fases em que a FAP era inserida em momentos distintos com os clientes. Ainda, naqueles estudos em que também houve sua retirada (Geremias, 2014; Moreira & Oshiro, 2021; Oshiro et al., 2012), foi registrada a diminuição de CCR2 e o simultâneo aumento de CCR1 quando a FAP não estava presente. Nesse último caso, foram utilizados delineamentos de caso único com design ABA ou de reversão.

Ainda, com relação a manipulação de componentes específicos dessa psicoterapia também utilizando esse tipo de delineamento, Lizarazo et al. (2015) inseriram a FAP completa após a linha de base e retiraram a evocação com um dos clientes de seu estudo na terceira fase experimental. Os dados apontaram aumento progressivo de CCR2s com a inserção da FAP e pouca diminuição de CCR2s e CCR1s com a retirada da evocação. Em contrapartida, os dados de Vartanian (2017) registraram aumento de comportamentos de melhora em fases em que a evocação estava presente, indicando efeitos desse componente sobre ganhos clínicos com os clientes.

Enquanto nos primeiros estudos aqui citados que utilizaram as categorias descritas no FAPRS, nesse último foi realizada uma adaptação a fim de incluir categorias específicas ao componente estudado. Com o intuito de testar uma hipótese sobre a influência da evocação nos resultados obtidos nos estudos anteriores, foi realizado delineamento de caso único de reversão com dois clientes adultos, manipulando a evocação do terapeuta. Como resultado, Vartanian (2017) constatou para ambos os clientes maior porcentagem de CCR2 do que de CCR1 apenas nas fases em que se conduzia evocação direta, bem como maior porcentagem de CCR1 do que de CCR2 nas fases em que a mesma não era realizada. Esses dados indicam que a evocação possui papel na produção de comportamentos de melhora em sessão. Ainda, trouxe indicativos de que atue em conjunto com a consequenciação, potencializando ganhos clínicos.

Com base nesses dados, a autora discute as medidas utilizadas por estudos que analisam comportamentos de terapeuta e cliente em sessão. Conforme mencionado, nessas pesquisas foi utilizado o FAPRS como instrumento de categorização, o qual levanta dados de frequência de categorias de terapeuta e cliente relativos a regras da FAP e de tipos de CCR. Ainda, a categorização é realizada fala a fala (chamadas turnos) e é proposta uma hierarquia para definição da categoria na qual se insere cada fala. Assim, se por exemplo em determinado turno o terapeuta evocou (regra 2) e consequenciou (regra 3) um CCR, essa fala é categorizada apenas como consequenciação. Se o cliente emitiu um CCR1 e um CCR2 em um mesmo turno, o instrumento orienta que seja categorizado apenas como CCR2. A autora discute que essa hierarquia pode dificultar a apreensão de fenômenos que estejam ocorrendo em sessão, além de trazer um viés importante para os dados levantados pelo instrumento. Por registrar alta frequência de consequenciações, inibiria a apreensão do papel dos estímulos antecedentes (evocação) sobre o aumento de comportamentos de melhora.

Adicionalmente, o FAPRS engloba apenas duas dimensões comportamentais, qual seja, a frequência e frequência relativa. Contudo, como apontado na literatura básica em Análise do Comportamento (Poling et al., 1995), além da frequência existem outras dimensões do comportamento, tais como intensidade, duração, latência e magnitude. Já em 1981, Springer e colaboradores debateram a utilização de medidas de comportamentos em pesquisa comportamental aplicada. Os autores apontaram que o seguimento da tradição *skinneriana* de medidas relacionadas unicamente à frequência de resposta pode ser fonte de prejuízos para a pesquisa aplicada, já que a área poderia se beneficiar de análises que apreendessem também outras dimensões ou mesmo a combinação de duas ou mais delas. A definição de qual dimensão comportamental avaliar deve ser norteada pelo objetivo da investigação e, ainda, deve nortear

o instrumento de análise utilizado. Assim, é possível questionar se a frequência seria a única medida adequada para avaliação da efetividade das intervenções FAP.

Realizando uma investigação alternativa apenas à frequência, Muñoz-Martinez et al. (2022) conduziram estudo sobre o mecanismo de mudança da FAP por meio da condução de pesquisa de processo-para-resultado (*process-to-outcome*). Foi conduzido delineamento de linha de base múltipla com três clientes e utilizado análise sequencial dos dados (Bakeman & Gottman, 1986). Nesse tipo de análise, é calculada a probabilidade de determinada resposta do cliente (CCR) se seguir a determinada intervenção do terapeuta. Os autores encontraram relação entre o responder contingente do terapeuta e as melhoras clínicas observadas nos clientes em sessão. Esse estudo foi o primeiro a trazer dados de análise sequencial para compreensão dos mecanismos de mudança da FAP em delineamento de caso único e traz robustez ao corpo de evidências dessa psicoterapia.

1.5. Ensino de terapeutas na FAP

Ao longo dos anos, a FAP vem sendo disseminada e, com isso, surgiram também questões relativas ao ensino de terapeutas. Diversas abordagens de psicoterapia salientam a importância do processo de ensino para o desenvolvimento e o refinamento da prática do psicoterapeuta, destacando como elementos pertinentes a essa construção o ensino teórico, a supervisão, os exercícios vivenciais, além de realização de terapia pessoal (Saraiva & Nunes, 2007). Na FAP, a supervisão tem-se demonstrado um campo importante para reflexão e ensino, como discutido por alguns autores da área como Follette e Callaghan (1995), Callaghan (2006a), Vandenberghe (2009) e Wielenska e Oshiro (2012).

A supervisão em FAP traz características próprias, propondo como objetivo o de alterar o comportamento do terapeuta dentro do próprio contexto da supervisão. O repertório do terapeuta é avaliado pelo supervisor, que o classifica em T1 (comportamentos problema) e T2 (comportamentos de melhora). Como afirma Tsai et al. (2009), por avaliar classes de funcionamento interpessoal do terapeuta que ocorrem na relação com seus clientes, essa supervisão se embasa no modelo do FIAT (Callaghan, 2006b), orientando o processo para o fortalecimento de T2 no aqui e agora.

Assim, a produção de mudanças nesse repertório é realizada por meio da relação supervisor-terapeuta, utilizando-se dos mesmos processos utilizados na sessão FAP para atingir mudanças comportamentais no supervisionando. Follette e Callaghan (2006) abordam o ensino de terapeutas discutindo a importância da modelagem de comportamentos controlados por contingências em contraste a comportamentos governados por regras. Enquanto esses últimos

culminam no enrijecimento do terapeuta, podendo torná-lo insensível ao que ocorre em sessão, direcionar o processo para fortalecimento de repertório sob controle das contingências aumenta a flexibilidade do terapeuta ao aqui e agora em sessão. Dessa maneira, ao invés de prover regras ao terapeuta, o supervisor tornaria o processo mais sólido e duradouro por meio da modelagem de repertórios que desenvolvam o raciocínio clínico, bem como habilidades importantes para o terapeuta conduzir essa psicoterapia.

Já no que tange a investigações sobre a formação do terapeuta FAP, Ferreira (2020) conduziu revisão sistemática, encontrando 10 estudos que foram analisados de forma mais detalhada. O autor propôs uma divisão de acordo com a natureza da atividade de ensino, descrita abaixo:

a) Supervisão: cinco estudos avaliados (Silveira et al., 2009; Meurer (2011); Lepienski & Silveira, 2017; Souza & Vandenberghe, 2007; Wielenska & Oshiro, 2012).

b) *Workshop*: dois estudos com carga horária de cinco horas e com seis participantes (Almeida et al., 2016) e 16 horas com 23 participantes (Fonseca, 2016).

c) Treinamento de habilidades terapêuticas: três estudos, sendo um presencial (Keng et al., 2016) e dois online (Kanter et al., 2013; Maitland et al., 2016) para investigação de um mesmo protocolo de ensino. A carga horária variou de 12 a 16 horas nos estudos analisados e os treinamentos foram conduzidos ao longo de várias semanas.

É importante destacar que para classificação nessa última categoria, Ferreira (2020) utilizou a descrição de Hill e Lent (2006) sobre Treinamento de Habilidades Terapêuticas. O autor também sinaliza que apesar de a literatura apontar a maior efetividade de ações que se utilizem de pacote de ensino multicomponentes (Herschell et al., 2011), não foram encontrados estudos dessa natureza em FAP. Já no que se refere ao procedimento de investigação, foram conduzidos tanto delineamento entre grupos (Kanter et al., 2013, Keng et al., 2016; Maitland et al., 2016; Almeida et al., 2016) quanto delineamentos de caso único (Fonseca, 2016; Silveira et al., 2009; Meurer, 2011; Lepienski & Silveira, 2017).

Adicionalmente, foi encontrado um estudo que não foi contemplado na revisão do autor acima. Esse consistiu na avaliação de impactos de treinamento de habilidades terapêuticas similar ao dos estudos dessa categoria acima descritos (Knott et al., 2019). Entretanto, apesar de a variável independente ser similar, os estudos anteriores utilizaram delineamento de grupo para avaliar os efeitos sobre o repertório dos terapeutas, utilizando instrumentos para medida de eficácia. Já no estudo de Knott et al. (2019), foi conduzido delineamento de caso único AB para medidas de comportamentos cotidianos dos terapeutas por meio de instrumentos de

autorrelato. De qualquer maneira, os quatro estudos citados que se utilizaram desse treinamento de habilidades terapêuticas demonstraram resultados satisfatórios sobre o repertório dos terapeutas.

Ainda, recentemente, Sartor (2022) conduziu estudo que demonstrou resultados expressivos da supervisão sobre o repertório dos terapeutas. A supervisão FAP foi inserida em delineamento de linha de base múltipla, utilizando a relação supervisor-terapeuta para produção de mudanças. Nesse estudo, foram avaliados os impactos do processo de supervisão em FAP sobre T1e T2 de três terapeutas por meio do instrumento de categorização SFAPRS (Lepienski & Silveira, 2017), uma adaptação do FAPRS para o contexto de supervisão. Como resultados, foram constatados o aumento de comportamentos de melhora dos terapeutas (T2) e a diminuição dos comportamentos problema (T1) a partir da inserção da supervisão dentro do modelo FAP.

Portanto, da mesma maneira que na área de supervisão de outras abordagens, estudos em FAP também investigaram mudanças de repertório dos terapeutas após submetidos a ações de ensino. Adicionalmente, no que se refere a investigações que avaliaram os efeitos dessas intervenções sobre os clientes em atendimento, alguns estudos se destacam.

Silveira et al. (2009) propuseram uma investigação dos efeitos de treino com supervisão sobre a identificação de CCR do cliente pelo terapeuta. Participaram um terapeuta e um cliente dentro de um delineamento de caso único A/B, em que a fase A consistiu em supervisão convencional e a fase B, supervisão FAP. Foi utilizado o FIAT (Callaghan, 2006) para análise funcional e os resultados mostraram que o terapeuta passou a identificar mais CCR2 e verbalizações de autoconhecimento a partir da introdução da supervisão FAP. Os autores discutem mudanças nos comportamentos dos supervisionandos a partir da introdução da variável independente, possibilitando a identificação de mais dimensões do comportamento do que unicamente o comportamento problema.

Também Meurer (2011), utilizando o uso de feedback sobre os comportamentos de evocar e consequenciar do terapeuta, conduziu delineamento de caso único para análise de dados em sessão. O design foi ABA (A: linha de base; B: inserção de feedbacks; A: retirada dos feedbacks) e os feedbacks consistiam em utilização do FAPRS para descrição aos terapeutas dos comportamentos de terapeuta e cliente nas sessões da fase B. Esse procedimento foi realizado de forma contínua durante essa fase experimental com duas terapeutas participantes. Como resultados, observou aumento da consequenciação na fase experimental e dos CCR nas fases experimental (B) e de reversão. Não houve mudanças na evocação, entretanto, a autora discute a possibilidade de que esse comportamento tenha sido refinado na

fase experimental. Observou-se aumento de comportamentos de melhora de maneira progressiva ao longo das sessões, indicando a efetividade das intervenções dos terapeutas.

Também no que se refere a dados dos efeitos sobre clientes em sessão, Lepienski e da Silveira (2017) conduziram estudo observacional com investigação de supervisão em FAP, analisando tanto comportamentos de terapeuta quanto de clientes. Para análise das sessões, foi utilizado o FAPRS e, para as supervisões, suas categorias foram adaptadas, resultando no SFAPRS, cujas categorias estão descritas em Lepienski (2015). Os resultados demonstraram o aumento tanto de comportamentos de melhora do terapeuta (T2) dentro da supervisão e da sessão quanto aumento de CCR1 e CCR2 da cliente no decorrer da psicoterapia.

Para avaliação dos efeitos de *workshop* em FAP sobre comportamentos em sessão, Fonseca (2016) conduziu delineamento AB com dois terapeutas e seus clientes. Foram avaliadas medidas do FAPRS e identificado aumento de CCR1 e diminuição de CCR2 para uma díade, bem como aumento expressivo de CCR2 para a outra díade, sem alterações na frequência de CCR1.

Partindo da supervisão para o ensino da FAP de forma mais ampla, esse tem sido direcionado de uma maneira diferente da proposta inicial do primeiro livro. Um modelo de ensino que tem sido utilizado é o ACL (*Awareness, Courage and Love* – Tsai et al., 2009), o qual propõe a utilização dos termos intermediários consciência, coragem e amor para a compreensão e disseminação dessa psicoterapia. Inserida nessa proposta, os *workshops* vivenciais investigados por Fonseca (2016) têm sido utilizados como método, com o intuito de modelar repertórios considerados relevantes para o terapeuta por meio de exercícios em que ele possa se engajar em diferentes comportamentos e atuar sobre o comportamento de outros terapeutas.

Diante da proposta inicial da FAP, qual seja, a de manter a fidelidade na aplicação de princípios básicos comportamentais no contexto clínico, a mudança na área para o uso de termos intermediários do ACL gerou controvérsias e críticas contundentes começaram a surgir. Em 2018, Muñoz-Martinez e Follette discutiram os impactos da simplificação conceitual diante do uso de termos intermediários na FAP. Os autores argumentaram que o uso de consciência, coragem e amor desvinculariam de forma contundente a prática clínica dos princípios básicos comportamentais.

Particularmente no que se refere ao uso do termo amor para descrever consequências providas pelo terapeuta, o clínico precisaria abstrair uma infinidade de possíveis procedimentos de intervenção que o termo amor não gera automaticamente, tais como extinção, punição, reforçamento diferencial, entre outras. Ainda, é levantado o risco de que clínicos ou demais

pessoas que venham a ter contato com a FAP por meio do ACL deixem de se empenhar em um aprofundamento acerca dos princípios comportamentais com os quais essa psicoterapia trabalha. Dessa maneira, discute-se que, embora a tentativa do ACL tenha sido promover o ensino da FAP de uma forma simplificada, esse modelo não foi capaz de atender ao que se propôs ao mesmo tempo em que se mantivesse a proposta inicial dessa psicoterapia.

Em paralelo às críticas ao ACL, pesquisadores têm voltado sua atenção aos princípios básicos que nortearam e embasaram a FAP em seu início. Pesquisadores de grupos como o do Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade Federal do Paraná (UFPR), da Universidade de Nevada (*University of Nevada*, Estados Unidos) e da Universidade de San Jose (*San Jose State University*, Estados Unidos) vêm se debruçando sobre o desenvolvimento de habilidades terapêuticas com alicerce em princípios básicos comportamentais. O trabalho em conjunto desses laboratórios pretende a junção de esforços e traz alinhamentos como o FIAT 2, instrumento que se encontra em processo de desenvolvimento conjunto como sinalizado por Oshiro et al., 2021. Portanto, formas de investigação e de ensino alinhadas a princípios comportamentais vem sendo conduzidas por pesquisadores desses laboratórios, com intercâmbio de produções e de reflexões.

Ainda, no contexto da Terapia Baseada em Processos, a retomada do olhar sobre processos de mudança e sua relação com procedimentos de intervenção de forma individualizada volta a ser amplamente discutida. A utilização do FIAT enquanto modelo e instrumento para conceituação de caso e o investimento em ações de formação de terapeutas que contemplem e sejam embasadas em processos básicos também vem tomando forma e se tornando progressivamente mais pertinente no cenário atual da TBP.

Como atividades voltadas ao ensino de FAP, docentes e pesquisadores do Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo vêm realizando cursos, palestras, produções escritas e disseminando essa psicoterapia no âmbito de universidades e eventos da área. As premissas utilizadas para essas ações de ensino têm relação com o raciocínio acima descrito, partindo-se de considerações sobre a importância de análises idiográficas, embasamento no FIAT e aplicações de princípios básicos comportamentais para intervenções e disseminação dessa psicoterapia.

Nesses contextos de ensino, passou-se a observar com regularidade que, após participarem de treinos e supervisões, os terapeutas relatavam mudanças comportamentais importantes em seus clientes, descrevendo ganhos clínicos significativos com aumentos de comportamentos de melhora de forma evidente. Ainda, no que se refere ao repertório dos terapeutas, era percebida mudança tanto no contexto de ensino quanto sobre o raciocínio

clínico. Tais observações empíricas foram o ponto de partida para se organizar uma investigação dos efeitos desse tipo de ação na formação de terapeutas.

1.6. Justificativa e Objetivos

Conforme apontado por Kazdin (2003, 2008), as pesquisas em psicoterapia devem trabalhar em conjunto com a prática clínica, produzindo a otimização dos processos terapêuticos, com ganhos clínicos para os clientes. Outro aspecto levantado pelo autor é a influência dos estudos empíricos para o refinamento e a disseminação de determinada psicoterapia, além do ensino de terapeutas, que é ajustado conforme novas evidências a respeito da mesma surgem na pesquisa aplicada. Nessa perspectiva, observa-se que a área aplicada da FAP tem produzido investigações acerca de seus mecanismos de mudança (ver Kanter et al., 2017), bem como sobre a melhor forma de definir, disseminar e ensinar essa psicoterapia (ver Ferreira, 2020). Esse corpo de evidências tem se direcionado à produção de conhecimentos para apreender e aplicar sua proposta de forma mais efetiva.

No campo da formação de terapeutas, estudos que investigaram os efeitos de ações de ensino encontraram resultados significativos sobre o repertório ou avaliações sobre o próprio terapeuta (Bernard & Goodyear, 2014; Simpson-Southward et al, 2017, Wheeler & Richards, 2007). Entretanto, já em 2002, Freitas discutiu a importância e a ausência de produções que investigassem os efeitos dessas ações sobre os clientes. Também mais recentemente outros autores reafirmaram tal relevância (Callahan et al., 2009; Keum & Wang, 2020; Miller et al., 2018; Vilares, 2022; Watkins, 2011; Watkins & Callahan, 2019). É pontuado que, sendo os resultados clínicos mais relevantes aqueles obtidos com os clientes, o objetivo último de qualquer ação voltada à formação dos terapeutas deve ser a investigação dos impactos que as diferentes essas produzam sobre os clientes em atendimento.

Em outras abordagens, pesquisas dessa natureza se debruçaram sobre tais impactos (e.g. Bambling et al., 2004; Simons et al., 2010; Vollmer et al., 2013) e, em FAP, essas ações de ensino investigadas podem ser divididas entre supervisões, *workshops* e treinamento de habilidades terapêuticas (Ferreira, 2020). Os resultados das pesquisas já conduzidas abarcam efeitos sobre o repertório dos terapeutas e, em alguns desses estudos, também efeitos sobre os clientes. Para mensuração desses últimos, os autores se utilizaram de delineamento de caso único e também de categorização com análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em sessão.

Pelo fato de a FAP ser um modelo de psicoterapia que parte de uma visão funcional da interação terapeuta-cliente (e.g. Catania, 1999; Follette & Bonow, 2009; Kohlenberg et al.,

1999; Kohlenberg & Tsai, 1991; Skinner, 1953; Weeks et al., 2012) ao se discutir a efetividade das intervenções do terapeuta em sessão, é importante que se busque não desvincular essas intervenções dos efeitos observados sobre os comportamentos do cliente. Assim, sua proposta está alinhada à Terapia Baseada em Processos (Hayes & Hofmann, 2018) e o modelo de investigação parte de uma perspectiva idiográfica e funcional. Em FAP, são os CCR e suas mudanças ao longo do processo os indicativos da efetividade do processo psicoterapêutico (Follette & Bonow, 2009; Waltz & Follette, 2009), sendo que para sua mensuração o instrumento mais utilizado em pesquisas de processo dessa psicoterapia é o FAPRS.

Acerca de tais medidas, é importante ponderar se essas são suficientes para se capturar o que se propõe, já que, como discutido por Vartanian (2017), apesar de essencial para pesquisas de processo que investigam essa psicoterapia, o instrumento tem limitações referentes à sua hierarquia de categorização. Essa prioriza códigos referentes à consequenciação de comportamentos e, dessa maneira, do ponto de vista funcional, podem permanecer ocultos processos básicos importantes que influenciem o mecanismo de mudança. Da perspectiva de pesquisas de processos, é, portanto, relevante a otimização dessas análises, o que possibilitaria um refinamento conceitual com impactos também na disseminação da FAP e na formação de terapeutas. Como discutido por Muñoz-Martinez e Follette, em 2018, propor um ensino que não leve em consideração princípios básicos comportamentais pode prejudicar, inclusive, a qualidade do tratamento oferecido por esses terapeutas.

Dessa maneira, o objetivo do presente estudo foi o de avaliar a efetividade de um pacote multicomponente de ações de ensino em FAP sobre os comportamentos de evocação e consequenciação dos terapeutas e os comportamentos clinicamente relevantes de seus respectivos clientes em sessão.

A fim de apreender as variáveis dessa investigação, foram também garantidos critérios metodológicos que lançassem luz a elementos indicativos de mudanças comportamentais significativas em sessão. Para avaliar a efetividade das intervenções dos terapeutas, além da dimensão de frequência mensurada pelo FAPRS, também foram considerados critérios de qualidade de comportamentos de melhora emitidos, bem como conduzidas análises acerca da qualidade dessas intervenções. Essa última foi mensurada a partir dos impactos sobre os clientes, ou seja, por meio dos efeitos que as evocações e consequenciações do terapeuta produziram sobre os comportamentos dos clientes nas fases experimentais.

2. MÉTODO

Nessa seção, serão descritos os aspectos metodológicos utilizados para condução do presente estudo.

2.1. Participantes

Participaram três díades de terapeutas e clientes, uma treinadora em FAP e uma supervisora clínica que também atuou como co-treinadora. Foram critérios de inclusão dos terapeutas: graduação na Universidade de São Paulo (USP), onde a treinadora era docente, a fim de padronizar o nível de contato que tais terapeutas tiveram com a FAP, bem como conclusão da graduação em até dois anos na data de início da coleta de dados para garantir que o tempo de experiência clínica não fosse uma variável que influenciasse nos dados obtidos. O tempo de experiência clínica informado pelos terapeutas poderia ser maior que dois anos de formado, considerando-se estágios realizados.

Também como critério de inclusão de todos os participantes (terapeutas e clientes), foi considerada a disponibilidade de conexão *on-line* com qualidade suficiente para utilização da câmera e gravação das supervisões e atendimentos. Para os clientes, ainda foi considerado o critério de assiduidade mínima de quatro sessões por fase experimental, a fim de que os dados possuíssem robustez suficiente para análise na presente pesquisa. Os dados de clientes que atenderam a menos de quatro sessões por fase experimental não foram incluídos.

A supervisora clínica que atuou nos casos foi a própria pesquisadora da presente pesquisa, a qual também participou como co-treinadora no procedimento de treino. A mesma possuía mais de 10 anos de experiência clínica e oito anos de atuação com a FAP. Participou de treinamentos e supervisões para atuação nessa psicoterapia, além de possuir Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade de São Paulo, sendo sua pesquisa também voltada à investigação da FAP.

A treinadora era docente da Universidade de São Paulo e possuía 20 anos de experiência clínica e de docência. É pesquisadora de referência em FAP no Brasil, docente em instituições de pós-graduação e afiliada ao *Center for the Science of Social Connection*, da Universidade de Washington. Possuía ampla experiência em atividades de ensino teórico e condução de ensino em *workshops* e de habilidades terapêuticas nessa psicoterapia.

2.2. Ambiente e equipamentos

Como o estudo foi conduzido durante a pandemia de COVID-19, os atendimentos clínicos, supervisões e o treino foram realizados de forma totalmente *on-line*. Foi utilizado o

aplicativo *Zoom* para gravação das supervisões e os terapeutas foram orientados a usar o mesmo ou o *Google Meet* com seus clientes. Para realização e gravação do treino, foi usado esse último.

2.3. Instrumentos

Para mensuração dos dados, foram utilizados instrumentos de avaliação de repertório e de análise das sessões e supervisões, descritos a seguir.

a) *Functional Idiographic Assessment Template System* – FIAT (Callaghan, 2006b).

O Sistema Modelo de Avaliação Funcional e Idiográfica é um modelo de compreensão funcional do repertório de funcionamento interpessoal, esse último importante para a FAP. São avaliadas cinco classes de comportamentos, relativas a relacionamentos interpessoais: a) Asserção de necessidades; b) Comunicação bidirecional; c) Conflitos interpessoais; d) Autorrevelação e intimidade; e) Expressão e experiência emocional. A identificação das áreas em que o cliente apresenta dificuldades possibilita que a intervenção seja singular e apropriada às demandas do caso.

Além do raciocínio explicitado pelo modelo, foi especificamente utilizada a versão do FIAT-Q, instrumento de autorrelato composto por afirmações cujas respostas variam em uma escala *likert* de seis itens, desde discordo fortemente até concordo fortemente. São 21 questões na classe A, 25 na B, 23 na C, 24 na D e 24 afirmativas na classe E.

b) *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* – FAPRS (Callaghan et al., 2008).

Amplamente utilizado para investigação em pesquisas de processo na Psicoterapia Analítica Funcional, esse instrumento categoriza fala a fala os comportamentos de terapeuta e cliente em sessão. Seus códigos se referem a categorias funcionais e específicas da FAP e, para o presente estudo, foi utilizada a adaptação com os códigos propostos por Vartanian (2017), específicos à evocação de comportamentos que ocorre durante a consequenciação, os quais não existem no instrumento original. Os códigos de terapeuta e cliente encontram-se descritos nas Tabelas 1 e 2, abaixo, em que constam tanto as categorias originais quanto aquelas utilizadas no presente estudo para investigação específica das variáveis de interesse (indicado como código novo na coluna da direita).

Tabela 1

Códigos utilizados para categorização dos comportamentos do terapeuta em sessão, com adaptação das categorias do instrumento FAPRS (Callaghan et al., 2008)

Categorias FAPRS (original)	Descrição com base na função do comportamento	Códigos das categorias (adaptado)
Regra 1	Observar CCR	R1
Regra 2	Evocar CCR diretamente	EV-CCR
TCCR1	Consequenciar CCR1	TCR1
TCCR1	Evocar durante consequenciação de CCR1	TCR1-EV (novo)
TCCR2	Consequenciar CCR2	TCR2
TCCR2	Evocar durante consequenciação de CCR2	TCR2-EV (novo)
FCCR	Falha em consequenciar (reforçar CCR1 ou punir CCR2)	FCCR
Regra 4	Avaliar efeitos sobre o cliente	R4
Regra 5	Discutir descrição do cliente sobre seu próprio comportamento, visando generalização	R5
TO1	Discutir ou descrever comportamento problema que ocorre fora da sessão	TO1
TO2	Discutir ou descrever comportamento de melhora que ocorre fora da sessão	TO2
TPR	Emitir comportamentos facilitadores sem foco em CCR ou O	TPR

Tabela 2

Códigos utilizados para categorização dos comportamentos do cliente em sessão, com adaptação das categorias do instrumento FAPRS (Callaghan et al., 2008)

Categorias FAPRS (original)	Descrição com base na função do comportamento	Códigos das categorias (adaptado)
CCR1	Emitir comportamento problema	CCR1
CCR2	Emitir comportamento de melhora para a modelagem	CCR2-1 (novo)
CCR2	Emitir comportamento de melhora ideal (FIAT)	CCR2-2 (novo)
CCR3	Descrever variáveis que controlam seu comportamento	CCR3
O1	Discutir ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão	O1
O2	Discutir ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão	O2
O3	Descrever relações funcionais relacionadas ao comportamento que ocorre fora da sessão	O3

CPR	Discutir ou descreve problemas que ocorrem em situações que não a relação terapêutica, ou clarifica ou dá contexto sobre os problemas	CPR

c) *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* adaptado para supervisão em FAP – SFAPRS (Lepienski, 2015).

A fim de apreender processos importantes que ocorrem na relação supervisor-terapeuta FAP, Lepienski (2015) adaptou as categorias do instrumento FAPRS para o contexto da supervisão, mantendo os mesmos princípios funcionais daquele instrumento. Da mesma maneira que descrito anteriormente sobre o FAPRS, também foram criados códigos para a presente pesquisa que representassem a distinção funcional entre evocação e consequenciação. Os códigos de supervisor e terapeuta estão descritos nas Tabelas 3 e 4, abaixo.

Tabela 3

Códigos utilizados para categorização dos comportamentos do supervisor na supervisão (adaptado de Lepienski, 2015)

Categorias SFAPRS (original)	**Descrição com base na função do comportamento**	**Códigos das categorias (adaptado)**
ETRB	Evocar TRB diretamente	EV-TRB
STRB	Consequenciar TRB1	STRB1
STRB	Evocar durante consequenciação de TRB1	STRB1-EV (novo)
STRB	Consequenciar TRB2	STRB2
STRB	Evocar durante consequenciação de TRB2	STRB2-EV (novo)
SM	Falha em consequenciar (reforçar TRB1 ou punir TRB2)	FTRB
-	Avaliar efeitos sobre o terapeuta	SAVA (novo)
-	Discutir descrição do terapeuta sobre seu próprio comportamento, visando generalização	SGEN (novo)
RT1	Discutir ou descrever comportamento problema que ocorre fora da supervisão	RT1
RT2	Discutir ou descrever comportamento de melhora que ocorre fora da supervisão	RT2
SPR	Emitir comportamentos facilitadores sem foco em TRBs e STs	SPR
SFC	Supervisor foca no cliente	SFC

Tabela 4

Códigos utilizados para categorização dos comportamentos do terapeuta na supervisão (adaptado de Lepienski, 2015)

Categorias SFAPRS (original)	Descrição com base na função do comportamento	Códigos das categorias (adaptado)
TRB1	Emitir comportamento problema de terapeuta (T1)	TRB1
TRB2	Emitir comportamento de melhora de terapeuta (T2)	TRB2
TRB3	Descrever variáveis que controlam seu comportamento	TRB3
ST1	Discutir ou descrever comportamento problema que ocorre fora da supervisão	ST1
ST2	Discutir ou descrever comportamento de melhora que ocorre fora da supervisão	ST2
STPR	Emitir comportamentos facilitadores (não enquadrados em TRBs e STs)	STPR
FC	Terapeuta foca no cliente	FC

2.4. Procedimento

Por se tratar de um delineamento experimental complexo em sua condução (linha de base múltipla não concorrente – Watson & Workman, 1981), envolvendo vários participantes, foi tomada como precaução a coleta de dados com mais participantes potenciais do que seriam de fato incluídos para análise. Assim, foi realizada a coleta de dados com seis terapeutas e cada um deles iniciou a coleta das sessões com dois de seus clientes. Dessa maneira, caso houvesse desistências, o delineamento experimental ainda seria preservado, tornando possível a conclusão da pesquisa. Todos os seis terapeutas também participaram do treino.

Ao final, foram incluídos na pesquisa e analisados os dados dos terapeutas que atenderam aos critérios do delineamento experimental, ou seja, que atingiram tanto o número de supervisões planejadas para as fases quanto aqueles cujos clientes possuíam o mínimo de sessões para análise. Assim, dos seis terapeutas, três atenderam aos critérios de número mínimo de supervisões por fase. Desses três terapeutas, um cliente de cada também atendeu aos critérios do delineamento.

Dessa maneira, entraram como participantes do estudo os dados de três díades terapeuta-cliente, demonstrados na Tabela 5, a qual também indica os clientes não selecionados para o presente estudo com seus respectivos números de sessões coletadas. Esses foram listados na coluna de Cliente 2 e estão aqui pontuados por terem sido tema de supervisão dos terapeutas participantes em diversos momentos do procedimento.

Tabela 5

Informações dos terapeutas participantes e número de sessões com seus clientes

Terapeuta (nome fictício)	Idade	Tempo experiência clínica (anos)	Pós-graduação ou Qualificação	Cliente 1 (nº sessões)	Cliente 2 (nº sessões)
Sofia	25	3	em andamento	9	7
Clarice	25	1	em andamento	10	8
Jorge	24	1	em andamento	10	3

Conforme pontuado anteriormente, todos os terapeutas (inclusive os que participaram apenas do treino) eram graduados em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP) e, sendo assim, participaram de aulas e receberam supervisão clínica durante esse período com a treinadora docente dessa Universidade. Nesse sentido, todos estavam minimamente nivelados em termos de conhecimentos clínicos em FAP, diferindo apenas com relação ao tipo de pós-graduação ou cursos complementares dos quais participaram. Essa seleção foi importante para equiparar os conhecimentos prévios dos terapeutas do estudo.

No caso dos participantes aqui incluídos para análise, a Tabela 5 mostra a idade, tempo de experiência e formação após a graduação. Como é possível perceber, os três eram recém-formados, sendo apenas a Sofia a terapeuta com mais de um ano de experiência clínica. Todos estavam inseridos em instituição de pós-graduação, cursando qualificação ou especialização na área de Psicologia. Os dados específicos relacionados ao curso do qual participaram foram omitidos a fim de preservar suas identidades.

Quanto aos clientes participantes de Sofia e Hilde, esses foram selecionados pelos próprios terapeutas por sua disponibilidade em participar da pesquisa. O critério de escolha foi a dificuldade no atendimento aos casos, sejam essas de ordem teórica, prática ou de maneira geral na condução da FAP. Apenas no caso de Jorge os clientes não eram de sua clínica particular, tendo sido selecionados na própria clínica-escola da Universidade de São Paulo.

A Tabela 5 também mostra as sessões realizadas com cada cliente atendido pelos terapeutas participantes. Como se pode observar, apenas um dos clientes de cada um deles atendeu a esse critério de assiduidade (coluna de Cliente 1) e, por esse motivo, foram os selecionados como participantes.

Os terapeutas participantes foram instruídos a gravar suas sessões com seus clientes e cada fase experimental possuiu de quatro a cinco pontos de coleta de dados, atendendo aos critérios de Kratochwill et al. (2013) para produção de evidências em delineamento de caso único com forte rigor metodológico. As supervisões tiveram cinco pontos de coleta em cada

fase experimental com todos os terapeutas participantes e as análises da supervisora foram utilizadas para definição dos repertórios alvo dos terapeutas. Na fase A, foi realizada supervisão FAP com enfoque no aumento de T2 (comportamento de melhora do terapeuta – aqui considerados como similares aos códigos de TRB2 do SFAPRS) e diminuição de T1 (comportamento problema do terapeuta – aqui considerados como similares aos códigos de TRB1 do SFAPRS) na supervisão.

Os Ts dos terapeutas foram definidos pela supervisora com base no FIAT e na sistematização realizada para avaliação de suas Habilidades Terapêuticas, a qual será descrita na seção de Resultados. Na definição dessa última, dentro de cada habilidade foram operacionalizados comportamentos esperados do terapeuta FAP, considerando-se a literatura da área, e cada terapeuta foi avaliado dentro de uma escala *likert* de 1 a 4. A construção dessa operacionalização não seguiu uma metodologia específica, já que seu objetivo foi o de constituir como uma orientação prática durante as supervisões e o treino.

O início da fase A+B consistiu na aplicação do treino teórico-experiencial de habilidades terapêuticas e, ao longo dessa fase, além da supervisão FAP, a supervisora também deu enfoque ao conteúdo e ao raciocínio nesse conduzido com base no FIAT. Essa soma de intervenções consistiu no pacote multicomponente de ações de ensino e representa a variável independente desse estudo, melhor descrita adiante.

Com relação ao instrumento FIAT-Q, esse foi aplicado pelos terapeutas com seus clientes antes do início da coleta de dados (pré), ao final da fase A (imediatamente antes do treino) e após o fim do procedimento (pós). Apenas uma das participantes não obteve medida pré e pós, como será discutido nos resultados. Foi optado por não aplicar esse instrumento com os terapeutas participantes a fim de que seu contato com esse fosse o mais reduzido possível. Dessa maneira, buscou-se evitar o viés de “treiná-los” a observar seus próprios Ts dentro das classes do instrumento.

2.4.1. Delineamento experimental

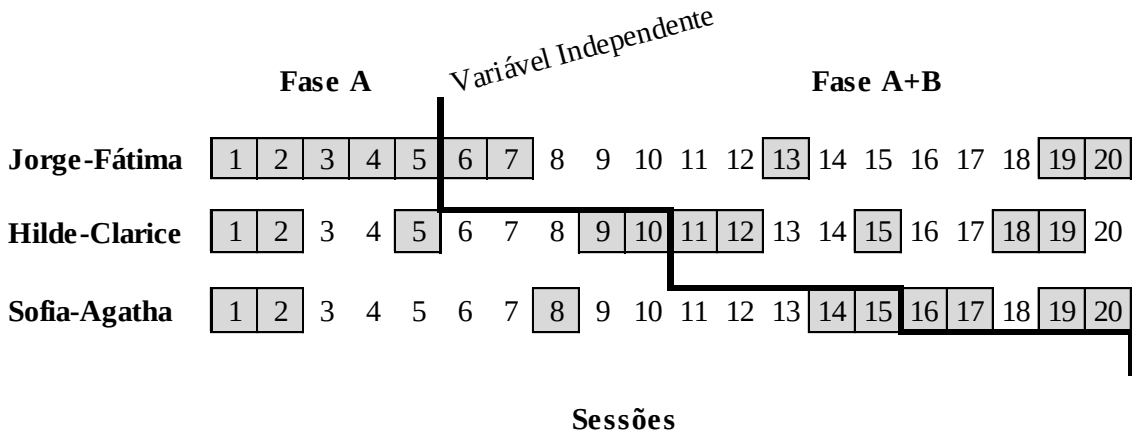
Foi conduzido delineamento experimental de caso único de linha de base múltipla não concorrente (Watson & Workman, 1981), em que a variável independente é inserida em momentos distintos e sequencialmente para cada participante. Seu objetivo é demonstrar que as mudanças nas variáveis dependentes somente ocorrem quando a variável independente é inserida. Esse delineamento possui grande validade interna dos dados e é adequado à presente investigação devido à natureza das variáveis a serem mensuradas: o pacote de ações de ensino não é uma variável independente que possa ser retirada, já que o processo de aprendizagem dos

terapeutas não é passível de reversão. Nesse sentido, dentre os delineamentos de caso único, esse é adequado para a investigação da presente pergunta de pesquisa.

A Figura 1 representa o delineamento com os pontos de coletas de dados (em cinza) para cada participante ao longo das supervisões e sessões. O ponto de partida para definição dos pontos de coleta foram as supervisões realizadas e as respectivas sessões com os clientes foram aquelas que ocorreram imediatamente após a realização da supervisão. Assim, partiu-se da programação e condução das supervisões para mapear as sessões realizadas e selecioná-las de acordo com esse critério. O intuito dessa estratégia foi o de avaliar de forma mais fidedigna possível os efeitos que a supervisão produzia imediatamente, ou seja, na sessão seguinte conduzida pelo terapeuta, controlando ao máximo variáveis estranhas à pergunta de pesquisa.[1]

Figura 1

Delineamento de linha de base múltipla não concorrente, representado com a inserção da variável independente e os pontos de coleta de dados referentes às supervisões e respectivas sessões com cada participante nas fases A e A+B.



2.4.2. Variável Independente

A variável independente do presente estudo consistiu no pacote multicomponente de ações de ensino em FAP. Assim, partiu-se de ações de ensino desenvolvidas no Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo (USP) para junção de duas ações principais em um pacote multicomponente. Esse foi composto, assim, por supervisões e pelo

[1] Fase A: Supervisão FAP
Fase A+B: Pacote multicomponente (treino teórico-experiencial e supervisão FAP com base no FIAT)
Em cinza na Figura 1: pontos de coleta de dados

treino teórico-experiencial. Contudo, houve ainda algumas diferenças na condução das supervisões da fase A para a fase B.

FASE A:

Supervisões FAP: conforme descrição de Callaghan (2006a), ou seja, a produção de mudanças no repertório dos terapeutas a partir da relação supervisor-terapeuta.

FASE B:

Treino teórico-experiencial: agregou elementos teóricos da FAP, com embasamento no FIAT (Callaghan, 2006b) e reflexões sobre o raciocínio clínico dessa psicoterapia. Foram, ainda, realizadas discussões sobre casos clínicos trazidos pelos terapeutas e que vinham sendo tema de supervisão na fase A. Durante o treino, foi conduzida a modelagem desse raciocínio clínico dentro dos casos, com foco em T1 e T2, conforme conceituação de caso dos terapeutas abordada e modelada pela supervisora e co-treinadora. A treinadora estava ciente dessa conceituação.

Com base nesses repertórios dos terapeutas, o treino foi direcionado para que os terapeutas emitissem mais T2 no próprio contexto de treino. As discussões teórico-práticas do FIAT (Callaghan, 2006b) orientaram essa modelagem e o próprio desenvolvimento das habilidades terapêuticas previstas para cada participante.

O treino foi aqui enquadrado como teórico-experiencial por abarcar elementos que o enquadram tanto nos objetivos dos *workshops* de FAP quanto nos treinamentos voltados ao desenvolvimento de habilidades terapêuticas (Hill & Lent, 2006). Apesar de trabalhar habilidades terapêuticas conforme a proposta de Hill et al. (2017), não foi considerado como unicamente esse tipo de treino por englobar também atividades de modelagem de T1 e T2, além de conteúdos que tipicamente são trabalhados nos *workshops* da FAP (ver Fonseca, 2016). Esses últimos são experienciais e envolvem atividades como *role-play*, reflexões sobre a história de vida, entre outros. As etapas serão melhor descritas abaixo.

Supervisões FAP orientadas pelo FIAT: com base nas reflexões propostas no treino e na explicitação do modelo de formulação de caso do FIAT, as supervisões da fase B foram conduzidas a partir dessas reflexões. A modelagem de T1 e T2 continuou sendo conduzida, da mesma maneira que na fase A, contudo, elementos discutidos no treino e elencados acima também foram acrescentados nas supervisões durante toda a fase com embasamento na análise idiográfica do FIAT.

Abaixo, são descritas as etapas do treino teórico-experiencial, realizado totalmente online, em dois blocos de oito horas, totalizando 16 horas de treinamento. Participaram seis supervisionandos, a treinadora e a co-treinadora em FAP (ver seção Método). Foi dividido didaticamente em oito módulos e seguiu sequência similar a uma sessão FAP no que se refere à incorporação das regras propostas por essa psicoterapia.

Pré-treino

Na semana anterior, foram enviados materiais a todos os terapeutas participantes. Foi enviado o manual do FIAT, incluindo o FIAT-Q (Callaghan, 2006b), descrições das suas classes para reflexões sobre o repertório dos seus clientes (Apêndice D) e o capítulo de Villas-Bôas et al. (2018). O objetivo foi o de que adquirissem conhecimentos básicos sobre a FAP, nivelando eventuais discrepâncias de conhecimentos entre os participantes. Ainda, foi encaminhado o modelo de conceituação de caso da FAP explicitado em Tsai et al. (2009) com o objetivo de orientá-los na reflexão e organização dos seus casos clínicos. Para tanto, foi enviada a seguinte orientação:

> Sugerimos que vocês pensem em um cliente difícil que estejam atendendo e tentem responder ao formulário, trazendo um esboço da conceituação. Observem que ao final da conceituação, há duas siglas, T1 e T2, que significam, respectivamente, os problemas e melhoras do terapeuta (ou seja, é sobre vocês!). Por favor, reflitam sobre como o cliente selecionado impacta vocês."

Módulo 1

Constituiu na apresentação de pesquisas e materiais de vídeo sobre o impacto da conexão social na qualidade de vida, recuperando a importância dos relacionamentos interpessoais íntimos e vulneráveis como fator de proteção para os transtornos psicológicos (e.g. Holman et al. 2017; Holt-Lunstad et al., 2010, 2012; Kiecolt-Glaser et al., 2010).

Módulo 2

Mostrou brevemente o status da arte de pesquisas em FAP, para que os participantes tivessem conhecimento da articulação entre teoria e prática existentes neste modelo de psicoterapia.

Módulo 3

Consistiu em ensinar o primeiro conjunto de habilidades, as conceituais, dentro do modelo clínico da FAP. Nesta etapa, os princípios filosóficos, conceituais e teóricos da análise do Comportamento foram revistos e articulados com os fundamentos dessa psicoterapia. Um exercício para fortalecer o aprendizado desta etapa foi realizado ao final desse módulo.

Exercício 1: de natureza teórico-prática, foi um *role-play* entre treinadoras e participantes no qual foi solicitado que os participantes, na função de terapeutas, interviessem no comportamento do cliente (protagonizado pela treinadora). A proposta foi enfatizar a passagem do conteúdo da fala para o processo interpessoal em vigor na relação terapêutica.

Módulo 4

A formulação de caso propriamente dita, usando o manual do FIAT (descrito anteriormente na seção de Instrumentos) como base para as análises funcionais (Callaghan, 2006), ou seja, para a definição dos CCR, dos Ts e dos paralelos funcionais. As habilidades culturais e relacionais foram fortemente treinadas a partir desse módulo.

Exercício 2: focou na identificação dos CCR e Ts. Foi pedido para os participantes pensarem no cliente selecionado para a pesquisa, refletirem sobre suas atuações e anotarem os CCR e Ts identificados ao longo das discussões das cinco classes de funcionamento interpessoal do FIAT.

Exercício 3: teve como objetivo fortalecer o aprendizado das habilidades conceituais por meio de perguntas evocativas sobre possíveis evitações do terapeuta e do cliente no setting terapêutico, e também no seu cotidiano. Paralelos funcionais foram traçados e discutidos.

Módulo 5

Discutidas as habilidades técnicas e relacionais de consequenciação tanto teoricamente quanto dentro de exemplos e casos clínicos dos participantes.

Exercício 4: de natureza prática, consistiu em exercitar o responder ao CCR2 dentro dos casos clínicos. Foi realizada a modelagem desse repertório dos participantes.

Módulo 6

Discutidas as habilidades técnicas e relacionais de evocação tanto teoricamente quanto dentro de exemplos e casos clínicos dos participantes.

Exercício 5: de natureza prática, consistiu em exercitar o evocar CCR2 dentro dos casos clínicos. Foi realizada a modelagem desse repertório dos participantes.

Módulo 7

Integrando as habilidades conceituais, teóricas e técnicas, foram realizadas reflexões e exercícios para programar a generalização. Algumas das orientações abaixo foram propostas:

> Retome seus escritos e a formulação de caso sobre o cliente escolhido para esse treinamento. Você em sessão com ele. Você no seu cotidiano. Você AQUI. Reflita sobre seus CCR/Ts e se concentre nos 2. Qual a relação disso com sua história, suas dificuldades e seu dia-a-dia pessoal e com seus clientes? Qual a relação disso com sua missão de vida? Você está caminhando na direção certa? Se não, o que está faltando?

Módulo 8

Para finalizar o treino, foi proposta como tarefa de casa a redação de 100 pontos positivos sobre si mesmo ("orgulhando-se de quem eu sou").

2.4.3. Transcrições

Todas as sessões e as supervisões que foram selecionadas como ponto de coleta de dados para o presente estudo foram transcritas por duas estudantes, que tiveram acesso ao áudio das mesmas e assinaram o Termo de Compromisso e Responsabilidade (Apêndice C).

2.4.4. Análise dos dados

A variável independente desse estudo foi o pacote multicomponente de estratégias de ensino que englobou o treino teórico-experiencial e as supervisões. Como variáveis dependentes, têm-se os comportamentos de evocação e consequenciação dos terapeutas (EVO e CON, respectivamente) em sessão e os CCR1 e CCR2 de seus clientes, esses últimos subdivididos em CCR2-1 e CCR2-2. Para realização das análises que serão descritas na seção de Resultados, a seguinte somatória dos códigos do FAPRS foi considerada:

EVO – códigos referentes à evocação do terapeuta: EV-CCR, TCR1-EV, TCR2-EV

CON – códigos referentes à consequenciação do terapeuta: TCR1, TCR2

CCR2-T – códigos dos comportamentos de melhora do cliente: CCR2-1, CCR2-2

As supervisões foram categorizadas pela pesquisadora com o instrumento SFAPRS para mensuração da aplicação da variável independente. Pelo fato de esse não ser o objetivo do presente estudo, não foi conduzida análise mais aprofundada dos dados da supervisão ou aferição de concordância dessas categorizações realizadas. Já no que se refere às sessões com

os clientes, alvo da presente investigação, foram mensuradas as variáveis dependentes no que se refere aos seguintes aspectos:

a) Frequência relativa de respostas de terapeuta e cliente: a pesquisadora categorizou de quatro a cinco sessões de cada fase com base no FAPRS (Callaghan et al., 2008 – adaptado com as categorias de Vartanian, 2017) e cinco supervisões de cada fase com base no SFAPRS (Lepienski, 2015 – também adaptado conforme descrito na seção de Instrumentos). A única díade em que foram categorizadas quatro sessões foi a de Sofia e Agatha, correspondente à fase A+B (a ser discutido na seção de Resultados). O aferidor de concordância categorizou uma sessão de cada fase do estudo, também atendendo aos critérios de Kratochwill et al. (2013) referente à aferição de 20% de cada fase experimental. O objetivo da utilização de aferidor para cálculo de concordância foi o de maximizar a validade interna dos dados e foram considerados índices aceitáveis de 80 a 90% de concordância percentual ou 60% do índice *Cohen Kappa*.

b) Qualidade dos comportamentos de melhora: considerando-se que as metas terapêuticas devem estar alinhadas com a conceituação de caso e também com os CCR que o cliente teria possibilidade de emitir naquele momento de modelagem (Kohlenberg e Tsai, 1991), os CCR2 dos clientes foram qualificados em dois tipos. Primeiramente as sessões foram categorizadas sem essa divisão, considerando-se os CCR identificados apenas como CCR1 ou CCR2. Em um segundo momento, os CCR2 foram observados individualmente e comparados à proposição do instrumento FIAT de acordo com critérios topográficos. Considera-se que esse instrumento descreve com clareza os repertórios interpessoais esperados pelos clientes e, portanto, essa segunda categorização teve por objetivo avaliar se o comportamento de melhora emitido se assemelhava ao comportamento de melhora final. Assim, o CCR2-2 pode ser definido como meta terapêutica "ideal" a partir dos critérios do FIAT e aqui denominado de comportamento de melhora final. Os demais foram considerados CCR2-1, ou comportamento de melhora para a modelagem, identificando-os como qualquer resposta que aproximaria o cliente dessa resposta final alvo. Também essa qualificação foi comparada com a de um aferidor independente dentro das categorizações realizadas.

c) Qualidade da relação entre comportamento do terapeuta e do cliente: Após categorizações com os instrumentos, foi realizada análise sequencial (*Lag sequential analysis* – Lichtenberg & Heck, 1986), cuja proposta possibilita estudar respostas sequenciais na interação entre terapeuta e cliente. Por meio dessa análise, tencionou-se identificar os tipos de CCR do cliente (CCR1, CCR2-1 e CCR2-2) que ocorreram imediatamente depois (lag 1) da emissão de cada tipo de intervenção de evocação ou consequenciação do terapeuta, bem como mudanças nessa relação a partir da inserção da variável independente. Esperava-se que esse

dado possibilitasse a análise da relação entre comportamentos de cliente que foram imediatamente emitidos após as diferentes intervenções do terapeuta, indicando mudanças na efetividade dessas intervenções.

Para medidas pré e pós intervenção, foi utilizado o FIAT-Q, sendo calculado o percentual de pontos obtidos dentro de cada classe de respostas e também no total.

2.4.5. Aferição de concordância

Como discutido, a utilização do aferidor com cálculo de concordância objetivou maximizar a validade interna dos dados (Kratochwill et al., 2013). A aferidora foi uma terapeuta com experiência em FAP, formada há três anos e integrante do Laboratório de Terapia Comportamental da USP. Quando da utilização de dois categorizadores, Hartmann et al. (2004) sugerem a utilização de concordância percentual e o índice *Cohen Kappa* (Siegel & Castellan, 1988). Foram considerados os índices de 80 a 90% de concordância percentual e 60% do índice *Cohen Kappa*. Para esse último, foi utilizado o programa IBM-SPSS. Já no que se refere à concordância percentual, essa é calculada por meio da divisão entre o total de concordâncias e o total de categorias existentes, conforme mostrado abaixo:

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

Seguindo o proposto por Kratochwill et al. (2013), a aferidora de concordância categorizou 20% das sessões em cada fase do estudo, o que correspondeu a uma sessão por fase. Foi conduzido treino para realização da aferição, tanto nas categorias dos instrumentos quanto nas conceituações de caso. Em um primeiro momento, foi enviado o material com as conceituações de caso desenvolvido (descritas na seção de Resultados) e o material de apoio com as descrições para realização da aferição de concordância (Apêndice E).

No primeiro encontro de treino, foram apresentados os casos clínicos, com discussão aprofundada de CCR e metas terapêuticas estabelecidas. Como parte do treino, foi utilizada uma sessão transcrita das três díades, as quais já estavam categorizadas pela pesquisadora. As conceituações de caso e eventuais dúvidas foram discutidas nesse momento e, posteriormente, uma sessão de cada díade foi enviada sem que constassem quaisquer categorizações. A aferidora foi instruída a categorizar essa sessão de treino e, após esse turno, devolvê-la à pesquisadora, que aferiu a concordância e pontuou as diferenças nas categorias divergentes. Foram novamente discutidas as categorias do FAPRS e as conceituações de caso de cada díade.

Em seguida, foram enviadas as sessões oficiais para categorização, diferentes das anteriores, as quais foram incluídas no presente estudo. Após uma primeira categorização, a pesquisadora calculou a concordância e, com base nos dados obtidos, devolveu a sessão para uma nova categorização. Dessa vez, as diferenças de compreensão foram apenas discutidas de forma geral, sem especificar fala a fala os comportamentos de terapeuta e cliente. A aferidora realizou, então, mais uma revisão das suas categorizações e essa segunda versão foi a incluída no presente estudo.

2.5. Aspectos éticos

O estudo foi conduzido com os devidos cuidados éticos, nos termos das Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas sob o CAAE 39301520.0.0000.5561. Os terapeutas e seus clientes selecionados foram devidamente informados a respeito da pesquisa a ser conduzida e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cliente (Apêndice A) e para Supervisionando (Apêndice B), autorizando a utilização e divulgação dos dados, os quais foram modificados a fim de impedir sua identificação e dos seus clientes. Também os transcritores e aferidora de concordância assinaram o Termo de Compromisso e Responsabilidade (Apêndice C) para preservação dos dados e sigilo com relação ao material acessado.

Quaisquer divulgações futuras dos dados do presente estudo também visará a preservação de informações que possam identificar os participantes. Esses foram também informados de sua condição como voluntários, sendo resguardado seu direito de se retirarem do estudo a qualquer momento. Informações que pudessem identificar os participantes em divulgações realizadas sobre o estudo foram modificadas ou omitidas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da presente pesquisa se dividem em dois elementos principais. O primeiro refere-se à sistematização do repertório de habilidades terapêuticas na FAP, desenvolvido a partir do modelo contextual integrado proposto por Anderson e Hill (2017). Essa sistematização foi parte do raciocínio empregado para desenvolvimento e condução do pacote multicomponente aqui investigado. Consiste, assim, em uma proposta para organização do repertório alvo para formação do terapeuta FAP no âmbito das habilidades terapêuticas.

O segundo elemento refere-se à investigação experimental sobre os efeitos do pacote de ensino, relacionado ao objetivo principal do presente estudo. Inicia-se com dados das conceituações de caso, em seguida serão discutidos os dados de frequência relativa obtidos no

SFAPRS e FAPRS, de qualidade de CCR emitidos pelos clientes e qualidade das relações entre respostas de terapeuta e de cliente em sessão. Por fim, serão discutidas algumas regularidades encontradas nos dados de sessões que se relacionam a interesses sobre o mecanismo de mudança dessa psicoterapia.

3.1. Habilidades Terapêuticas na FAP

Desenvolvido por Anderson e Hill (2017), o modelo contextual integrado de habilidades terapêuticas representa quatro classes de habilidades que se conversam e caminham em conjunto. Na FAP, ainda não haviam sido descritas as habilidades terapêuticas dentro desse modelo e sua sistematização foi produzida para condução do pacote multicomponente de ensino, possibilitando um norte mais claro para avaliação e intervenção sobre o repertório dos terapeutas.

Para operacionalização dos comportamentos esperados do terapeuta FAP, foi considerada literatura da área, bem como a experiência clínica e de supervisão da pesquisadora do presente estudo. Nesse sentido, não foi realizada uma construção embasada em metodologia específica para definição dessas habilidades, a qual fugia do escopo do presente trabalho, mas que é encorajado para futuros estudos sobre ensino em FAP.

Assim, os comportamentos alvo dos terapeutas participantes foram definidos a partir das habilidades e suas descrições especificadas na Tabela 6. Conforme descrito na seção de Procedimentos, foi atribuída uma pontuação de 1 a 4 (escala *likert*) a fim de avaliar os pontos fortes (pontuação mais alta) e dificuldades (pontuação mais baixa) dos terapeutas em cada descrição. Com base nessa avaliação, realizada pela supervisora, foram definidos os T1 (comportamentos problema do terapeuta) e T2 (comportamento de melhora do terapeuta) que ocorriam na relação supervisor-terapeuta e que correspondiam a dificuldades apresentadas no cotidiano do terapeuta e na relação terapeuta-cliente.

Na Tabela 6, abaixo, também estão indicadas as pontuações atribuídas a cada terapeuta no início da coleta de dados. Os itens cuja pontuação estavam entre 1 e 2 foram considerados T1 alvo e estão destacados em cinza.

Tabela 6

Operacionalização dos comportamentos de terapeuta na FAP orientados pelas categorias de habilidades terapêuticas de Anderson e Hill (2017) e pontuações dos terapeutas participantes

	Comportamentos em supervisão	Sofia	Hilde	Jorge
Habilidades Conceituais	Descreve relações entre comportamentos do cliente em sessão e a) outros que ocorrem fora da sessão b) aspectos de sua história de vida c) ambos	2	3	2
	Descreve impactos causados pelo cliente sobre seus pensamentos, sentimentos ou comportamentos em sessão	3	4	4
	Relata impactos do seu comportamento sobre o do cliente	3	3	3
	Reflete sobre hipóteses funcionais ou propõe análises funcionais sobre o caso	1	2	2
	Descreve funcionalmente comportamento do cliente em sessão, estabelecendo relações com o processo interpessoal estabelecido	1	2	1
	Define claramente metas de CCR2 para a etapa atual de modelagem (macro)	2	2	2
	Define claramente metas de CCR2 como meta do tratamento (micro)	1	1	2
Habilidades Técnicas	Demonstra conhecimento teórico sobre a FAP no que se refere ao processo interpessoal, evocação e consequenciação de comportamentos e generalização de CCR2	3	4	4
	Descreve evocações de CCR2 adequadas às metas da sessão e do tratamento e às contingências do momento da sessão	2	2	1
	Descreve consequenciações de CCRs adequadas às metas da sessão e do tratamento e às contingências do momento da sessão	1	1	2
	Descreve generalização de CCR2 adequadas às metas da sessão e do tratamento e às contingências do momento da sessão	3	2	1
	Descreve ou planeja o uso de intervenções que relacionam as metas terapêuticas da conceituação de caso e as contingências do momento da sessão (aplicação das habilidades conceituais para evocação e modelagem de CCR2)	1	2	2
	Descreve tanto CCR2 meta da sessão (micro) quanto CCR2-2 meta do tratamento (macro), demonstrando compreender as diferenças	1	2	2
	Descreve seus impactos sobre o cliente (já ocorridos ou como previsão)	3	3	4

Habilidades Relacionais[2]	Classe A (Asserção de Necessidades): Como identifica e expressa suas necessidades ao cliente? Como faz pedidos? Demanda demais ou pouco do cliente? Como responde ao não ter suas necessidades ou demandas atendidas?	2	2	1
	Classe B (Comunicação Bidirecional): Como avalia sua responsabilidade e a do cliente sobre o tratamento e sobre o momento da sessão? Como são suas expectativas sobre o cliente? Estão alinhadas, aquém ou além do que o cliente pode fazer no momento? Como observa e avalia seu impacto sobre o cliente? Está hiperatento a esse impacto ou minimiza essa atenção? Como fornece e recebe elogios e críticas? Coloca pouco ou em excesso seus pensamentos, sentimentos e opiniões ao cliente?	2	2	3
	Classe C (Conflito): Como regula conflitos e tensionamentos na relação terapêutica? Busca o conflito, afasta-se do mesmo ou não percebe quando este ocorre? Assume a culpa em excesso ou responsabiliza o cliente? Como recupera o vínculo após um conflito?	2	2	2
	Classe D (Autorrevelação e Intimidade): Como se coloca vulnerável? Existe excesso ou déficit na sua vulnerabilidade? Como interpreta e responde ao cliente diante de uma expressão de vulnerabilidade? De que forma expressa suas experiências relacionadas a intimidade?	4	3	4
	Classe E (Expressão e experiência emocional): Como identifica e expressa suas emoções? Percebe o sentimento quando ele ocorre? Esconde intencionalmente o que sente ou expressa em excesso ou de forma intensa? É capaz de tomar perspectivas em seus sentimentos, avaliando o contexto, seu próprio papel e o do outro nos mesmos?	4	3	4
Habilidades Culturais	Descrição de variáveis culturais existentes na relação terapeuta-cliente e de possíveis impactos sobre o processo interpessoal	3	4	4
	Descrição de intervenções sobre comportamentos de cliente ou de comportamento do terapeuta relacionadas a variáveis culturais (já ocorridos ou previstos)	2	4	2

3.2. Conceituações de Caso

[2] Para orientação das análises desse conjunto de habilidades, foi utilizado o FIAT (Callaghan, 2006b) e as topografias descritas no Apêndice D.

Alinhado à proposta da supervisão em FAP (Callaghan, 2006a), as conceituações de caso foram construídas no processo de supervisão por meio da análise do repertório dos terapeutas que ocorriam na relação com o cliente e na relação supervisor-terapeuta. A análise funcional do repertório das clientes teve por base o manual do FIAT (Callaghan, 2006b), incluindo o instrumento FIAT-Q e os pressupostos da Psicoterapia Analítica Funcional (Ferreira et al., 2021 Follette & Bonow, 2009; Kohlenberg & Tsai, 1991; Oshiro et al., 2021; Waltz & Follette, 2009).

As análises abaixo descritas não se esgotam apenas no repertório das clientes, mas abrangem interação da díade de forma geral. O objetivo é a descrição de variáveis da relação entre terapeuta e cliente e como seus repertórios impactaram um ao outro no processo, essencial à compreensão e condução da FAP. Alguns exemplos de trechos dessas interações e suas categorizações encontram-se no Apêndice E, parte do material entregue à aferidora de concordância sobre os casos. Outros trechos não foram incluídos a fim de preservar o sigilo das informações sobre os clientes.

Díade 1: Terapeuta Sofia e Cliente Agatha

Sofia tinha 25 anos de idade, dois anos de formação em Psicologia e três anos de prática clínica no início da coleta de dados. Durante o período da pesquisa, cursava qualificação na área havia um ano, além de ser aluna de um curso livre de formação em Terapia Contextual.

No caso da cliente Agatha, ela tinha 18 anos no início da coleta de dados, era estudante, de família com ascendência japonesa e morava com os pais. Vivia um quadro depressivo, com dificuldades de sair de casa, iniciar tarefas e estabelecer vínculos sociais. A relação com a família era distante, sendo os pais invalidantes em relação aos sentimentos de Agatha: o sofrimento dela era acolhido pela mãe apenas quando ocorria de forma muito intensa ou extrema. Do contrário, a relação era de cobrança e de muita ausência, particularmente do pai.

Foram avaliados como repertórios alvo a fuga-esquiva de cobrança e de intimidade. Assim, Agatha possuía dificuldades em descrever sentimentos (Classe E do FIAT) e valores (Classe A), além de se responsabilizar pela própria vida no que se refere à tomada de decisões (Classe B). Na relação com o outro, terceirizava a resolução de problemas e se esquivava diante de quaisquer sinalizações de demandas (Classe B). Também os sentimentos intensos passaram a ser funcionais para a retirada dessas demandas: quando seus sentimentos ou sintomas se agravavam, ela era acolhida e os outros passavam a cobrar menos dela.

Em sessão, observava-se como principais dificuldades a descrição de sentimentos, valores e necessidades, além de não se responsabilizar pelo processo terapêutico. O repertório aparecia com topografia de muita fragilidade, diante da qual Sofia passava a assumir responsabilidade pela condução das sessões, propondo temas e orientando constantemente a solução de problemas. Quando questionada sobre seus sentimentos e o que era importante para ela, a resposta "não sei" surgia em altíssima frequência e tal dinâmica foi se tornando aversiva com o passar do tempo, produzindo muita frustração na terapeuta. Ainda, a cliente se engajava em abstrações, reflexões e metáforas, as quais as distanciavam de seus sentimentos e do aprofundamento da relação de intimidade com a terapeuta (Classe D).

Assim, as sessões giravam em torno de discutir planos de Agatha para solucionar seus problemas, focando no conteúdo de seu relato. Tais planos não eram colocados em prática, o que apontou para a hipótese de que os discutir com a terapeuta poderia ter função de esquiva diante de sinalizações de cobrança ou expectativas de Sofia. Ao mesmo tempo, a topografia de fragilidade desses comportamentos de Agatha vinha acompanhada de muitas tentativas de agradar a Sofia, concordando excessivamente com suas análises e proposições sem que isso, no entanto, se traduzisse em mudanças de comportamento no seu cotidiano. Tal concordância excessiva minimizava possíveis conflitos com a terapeuta (Classe C) e também afastava a cliente de seus valores e sentimentos (Classe A e Classe E).

Diante desse cenário, as sessões passaram a ter um aspecto desgastante na medida em que Sofia assumia toda a responsabilidade por conduzi-las e sugerir os próximos passos. Isso conversava com as dificuldades observadas da terapeuta: a maior dificuldade de Sofia se enquadrava no campo das Habilidades Conceituais (ver Tabela 6), particularmente no estabelecimento de paralelos funcionais entre o comportamento da cliente fora e dentro da sessão. Nesse sentido, as análises sobre esses CCR de Agatha ainda eram obscuras para a terapeuta, a qual focava nos conteúdos trazidos pela cliente e, por esse motivo, perdia-se a análise da função de esquiva dos seus comportamentos em sessão.

O desamparo que surgia com as respostas "não sei" também se tornou difícil para a terapeuta, que se sentia na responsabilidade de resolver o problema trazido por Agatha, reforçando a classe de comportamentos problema que acontecia na relação terapêutica. Nesse sentido, a compreensão desses paralelos funcionais foi considerada um comportamento importante para modelagem em supervisão. Sofia tinha boa descrição dos impactos que a cliente produzia sobre ela, mas era importante ainda se aprofundar na formulação de hipóteses funcionais e na transposição do conteúdo do relato da cliente para o processo interpessoal. Ao focar na resolução de problemas, a terapeuta também esquivava de conflitos com a cliente

(Classe C do FIAT), que era um ponto de dificuldades da terapeuta dentro das Habilidades Relacionais.

Outro aspecto importante trabalhado com Sofia teve relação com o estabelecimento de metas terapêuticas para o tratamento e seu ajuste para o nível da sessão, ou seja, CCR2-1 e CCR2-2. A terapeuta possuía bom conhecimento teórico sobre a FAP, mas a execução da evocação e consequenciação em sessão (Habilidades Técnicas) ficava prejudicada tanto por sua dificuldade nas Habilidades Conceituais quanto por essas intervenções envolverem o uso de Habilidades Relacionais que eram fonte de dificuldades para a terapeuta. Considerando-se as classes descritas no FIAT, era necessário o aprimoramento do repertório de expressão de necessidades (Classe A), comunicação bidirecional (tomar a responsabilidade de forma excessiva – Classe B) e evitar conflitos (Classe C).

No que se refere à generalização, a terapeuta tinha bom repertório para discussão de análises funcionais sobre comportamentos que ocorriam ou poderiam ocorrer fora da sessão e foi importante relacioná-los com o que foi trabalhado na relação terapêutica. A expressão de intimidade (Classe D) e emocional (Classe E) eram bem desenvolvidas no repertório da terapeuta, sendo consideradas boas reservas comportamentais. Uma grande dificuldade era ajustar as consequenciações de Sofia aos CCR de Agatha, o que também era reflexo de dificuldades nas Habilidades Conceituais, além de nas Técnicas (refinamento desse tipo de intervenção). Como ponto forte, a terapeuta buscava se colocar e se arriscava nas consequenciações, o que foi importante para a modelagem desse repertório de Habilidades Técnicas.

No que se refere à evocação, a terapeuta buscava evocar e prover contextos na relação com a cliente, mas no caso de Agatha isso fortalecia a classe de comportamentos problema, já que a condução da sessão ficava centralizada com a terapeuta. A evocação também precisou ser refinada a fim de passar a evocar CCR2 e não CCR1.

Havia, ainda, certa dificuldade em compreender as características culturais (família japonesa de Agatha), o que também impactou na compreensão do caso e mesmo na maneira como ela interpretava as expressões emocionais mais contidas e mais agradáveis da cliente (Habilidades Culturais). Nesse sentido, o manejo dessas características também foi um foco da supervisão.

Díade 2: Terapeuta Hilde e Cliente Clarice

Hilde tinha 25 anos, um ano de experiência clínica e há um ano cursava qualificação na área. Já a cliente Clarice tinha 23 anos no início da coleta de dados, era estudante de graduação e morava com os pais. Uma das principais dificuldades da cliente residia na falta de engajamento para resolver as situações. Por exemplo, em casa, o contexto era muito aversivo e a cliente falava frequentemente em sessão sobre morar em outro lugar, mas não se movimentava nessa direção. Havia histórico de abuso sexual na infância, sobre o qual Clarice comentou uma vez e posteriormente não voltou a discutir com a terapeuta.

Em sessão, também apresentava padrão de passividade, dependendo das respostas da terapeuta e parecendo esperar soluções para situações problema que trazia. Em diversos momentos, a terapeuta se sentia responsabilizada inclusive por propor temas para as sessões e, com o passar do tempo, essa dinâmica passou a ficar aversiva para a terapeuta. Nesse sentido, ficava evidente a dificuldade da cliente na Classe A.

Diante de perguntas que poderiam aprofundar as intervenções, a cliente respondia "não sei" e demonstrava dificuldade em propor tópicos ou reflexões por conta própria. Também sua maneira de relatar situações difíceis produzia afastamento dentro da relação terapêutica. A cliente comumente falava sobre situações problema ou sobre sentimentos dolorosos com uma risada, tom leve ou amenizando de outras formas o impacto que poderia estar produzindo sobre a terapeuta. Esse padrão em sessão condizia com o observado no seu cotidiano, em que Clarice se afastava das pessoas, sem comunicar claramente seus sentimentos (Classe E) e se esquivando de possíveis conflitos nas relações (Classe C). Isso também a impedia de desenvolver vínculos de intimidade (Classe D).

No caso da terapeuta, um comportamento problema importante de Hilde (T1) era buscar solucionar dificuldades e entregar interpretações à cliente. Isso fazia com que a terapeuta buscasse orientar Clarice na direção de resolver algumas situações problema trazidas por ela. Contudo, isso fazia com que Hilde tomasse para si a responsabilidade maior do processo, impedindo-a de desenvolver repertórios importantes para a cliente. As sessões passaram a ficar angustiantes e, ao mesmo tempo, quando a terapeuta devolvia as perguntas (Classe B do FIAT – a terapeuta buscando se responsabilizar menos pelo processo), a cliente não parecia saber como responder (Classe A do FIAT – pouca clareza de valores; Classe B – se responsabilizar pouco pelas próprias mudanças; Classe E – dificuldades na identificação de sentimentos).

Como ponto forte, as análises de Hilde sobre o caso eram refinadas funcionalmente e ela possuía boa descrição sobre os impactos que a cliente produzia sobre ela. Contudo, havia dificuldades no estabelecimento de paralelos funcionais de fora para dentro da sessão

(Habilidades Conceituais), o que tornava um desafio a compreensão do caso pela terapeuta. Ao mesmo tempo, quando Hilde conseguia estabelecer essas relações e analisar funcionalmente o comportamento da cliente, suas intervenções acabavam sendo distantes do momento da modelagem das respostas da cliente. Isso significa que muitas de suas intervenções foram orientadas para CCR2 que a cliente ainda estava longe de emitir no processo de modelagem: foi necessário refinar tanto o olhar sobre CCR2 da modelagem (CCR2-1) e final (CCR2-2) quanto sobre formas de evocar e consequenciar em sessão, particularmente o evocar. As expectativas da terapeuta precisaram ser discutidas e reguladas a fim de que ela atentasse aos CCR2-1 da cliente (Habilidades Conceituais), evocando-os e reforçando-os de forma efetiva (Habilidades Técnicas).

No caso das Habilidades Técnicas, as evocações precisaram ser refinadas. Com essa cliente, evocações como por exemplo "o que você está sentindo" não produziam o efeito de trazer para sessão comportamentos de melhora, já que a cliente tinha dificuldades na discriminação de eventos encobertos. Isso significa que foi necessário desenvolver com a terapeuta formas diversas de dar contexto para CCR2, de forma sensível ao que a cliente possuía como repertório no momento. Isso significou, muitas vezes, possibilitar que a cliente apenas atentasse aos seus sentimentos e pensamentos, mesmo que ainda não possuísse repertório para comunicar isso de forma clara a Hilde.

Quanto a reservas, a terapeuta demonstrava excelente descrições dos impactos causados pela cliente em sessão. Enquanto sentia muita empatia pela história de vida e pelas dificuldades nas relações familiares, também sentia frustração diante da falta de responsabilização da cliente pelo processo terapêutico (Classe B) e dificuldades em identificar suas necessidades e valores (Classe A).

No que se refere à relação entre os impactos produzidos pela cliente com paralelos funcionais para a conceituação de caso, essa habilidade ainda precisava ser desenvolvida em supervisão e esse foi um dos focos principais com relação às Habilidades Conceituais. Hilde tinha facilidade em expressar sentimentos (Classe E) e com autorrevelações (Classe D) e esses eram bons repertórios também para aplicação no âmbito das Habilidades Técnicas. Entretanto, pelas dificuldades no estabelecimento de paralelos funcionais e metas terapêuticas, a aplicação dessas habilidades também se tornava prejudicada: quando a terapeuta emitia alguma intervenção, surgiam mais comportamentos problema da cliente, prejudicando assim o processo e o vínculo terapêuticos. Assim, essas habilidades e essa dinâmica foram foco do processo de ensino.

Díade 3: Terapeuta Jorge e Cliente Fátima

Jorge tinha 24 anos, um ano de experiência clínica e estava no início de um curso de pós-graduação na área de saúde. Já Fátima tinha 69 anos, morava sozinha, tinha dois filhos adultos, era divorciada e estava atualmente em um relacionamento amoroso. O início do processo terapêutico foi bastante conturbado, pois a cliente falava excessivamente e havia poucos espaços para intervenção ou mesmo investigação do terapeuta. Por algumas sessões, foi trabalhoso para o terapeuta encontrar espaço para fazer investigações, perguntas ou mesmo nortear o processo em alguma direção.

Em suas narrativas, Fátima contava histórias sobre dificuldades que viveu, atritos e privações na infância, além de abusos em algumas de suas relações. Também relatava situações atuais com o namorado e aspectos do seu dia a dia. Apesar de trazer muitos conteúdos tristes e densos, a forma como a cliente relatava era muitas vezes leve, contando piadas e dentro de um discurso de "guerreira", ou seja, aqueles eventos como algo superado que a fortaleceram para superar as adversidades da vida.

Expressava emoções em sessão e, diversas vezes, chorava muito (ponto forte na expressão emocional descrita na Classe E). Isso indicava um conteúdo emocional importante, entretanto, com pouco espaços para intervenção pelo terapeuta, indicando pouco espaço para intervenções do outro sobre Fátima (Classe B). O impacto sobre Jorge era o sentimento de não haver algo que pudesse fazer com relação aos seus relatos; como se a história fosse fechada em si mesma, sem espaço para produção de mudanças. A própria cliente afirmava não ter o que fazer para mudar o passado ou mesmo sentir que deveria aceitar que "as situações são assim mesmo". Tais informações sobre a inevitabilidade do que ocorreu com a cliente levaram à hipótese de dificuldades em assumir responsabilidade pelos seus próprios comportamentos e pelas decisões tomadas em sua vida (Classe B).

Dentro dessa interação, Jorge parecia estar mais sob controle de elementos do relato (conteúdo verbal) trazido pela cliente do que por elementos comportamentais que ocorriam na relação terapêutica. Nesse sentido, foi considerado um T1 importante dentro das Habilidades Relacionais pelo fato de Jorge "comprar" o relato da cliente, enquanto a função de contar histórias daquela maneira era de evitar se incluir como possível agente do que ocorreu em diversos momentos de sua vida. Em outras palavras, Fátima tinha dificuldade em olhar para seu próprio comportamento e como ele produzia afastamento nas pessoas: era como se a cliente estivesse no controle de tudo e isso não a permitisse se vulnerabilizar, seja para assumir responsabilidade por certas escolhas (Classe B), seja para pedir ajuda (Classe A) ou

desenvolver vínculos íntimos (Classe D). Esse padrão, aliado à sua história de vida, produzia muito sofrimento na cliente.

Jorge possuía bom repertório de descrição em supervisão sobre o impacto que Fátima produzia sobre ele (Classes D e E). Suas dificuldades tinham relação com o estabelecimento de paralelos funcionais ou mesmo levantamento de hipóteses funcionais sobre esses comportamentos (Habilidades Conceituais). Por se manter no conteúdo do relato, também conseguia intervir menos no nível interpessoal, mantendo-se à distância da cliente e evitando principalmente evocar CCR2 (Habilidades Técnicas).

Como os conteúdos trazidos por Fátima eram de uma história de vida sofrida, com histórico de agressão familiar, dificuldades financeiras e relacionamentos abusivos, os impactos produzidos no terapeuta eram de sessões que pareciam profundas, mas que na verdade trabalhavam superficialmente. Isso tinha relação com a forma de relatar da cliente, que tratava os tópicos como algo já solucionado ou que não houvesse muito o que fazer a respeito. Como função, percebia-se a esquiva de intimidade (Classe D), que tornava difícil principalmente a evocação de comportamentos clinicamente relevantes pelo terapeuta (Habilidades Técnicas).

No que se refere a aspectos culturais, essa díade também apresentava certas diferenças importantes de serem pontuadas. Ambos vinham de contextos sociais diferentes, haviam questões de regionalismos, faixa etária e gênero que eram fonte de distanciamento interpessoal em diversos momentos. Por esse motivo, as Habilidades Culturais também foram importantes de serem trabalhadas para a condução do caso.

3.3. Pontos de coleta de dados e procedimento experimental

As tabelas abaixo indicam os dados analisados de terapeuta e cliente (Tabela 7) e de supervisora e terapeuta (Tabela 8). No total, foram analisadas 3797 falas de terapeuta e cliente nas sessões e, nas supervisões, totalizaram-se 5457 falas analisadas.

Tabela 7

Número de falas de terapeuta e cliente analisadas, por díade participante

	Terapeuta	Cliente	Total
Sofia e Agatha	788	788	1576
Hilde e Clarice	657	652	1309
Jorge e Fátima	456	456	912
Total	1901	1896	3797

Tabela 8

Número de falas de supervisora e terapeuta analisadas

	Supervisora	Terapeuta	Total
Sofia	995	996	1991
Hilde	835	836	1671
Jorge	900	895	1795
Total	2730	2727	5457

Conforme acima indicado, enquanto nas supervisões, as quantidades de falas se mantiveram relativamente similares entre os três participantes, nas sessões foi possível perceber variação significativa. Enquanto a díade 1 (Sofia e Agatha) totalizaram 1576 falas em todo o procedimento e a 2 (Hilde e Clarice) atingiram 1309, no caso da díade 3 (Jorge e Fátima) foram totalizadas apenas 912. Pode-se discutir que esse dado é representativo dos comportamentos clinicamente relevantes de Fátima relacionados à verborragia: enquanto a cliente falava em excesso em sessão (CCR1), o terapeuta também tinha dificuldades em interromper e evocar outros comportamentos (T1). Dessa maneira, as falas da cliente eram extensas, mas foram quantificados poucos turnos terapeuta-cliente dentro de cada sessão.

Quanto aos pontos de coletas de dados (ver Figura 1 na seção Método), o delineamento de linha de base múltipla não concorrente prevê a inserção da variável independente em momentos diferentes do procedimento com cada participante, garantindo controle experimental que traz robustez aos dados. No presente estudo, ainda foram seguidos os critérios de Kratochwill et al. (2013), que orientam a utilização de cinco pontos de coleta de dados por fase experimental quando conduzido delineamentos de caso único. Diversos cuidados no procedimento foram tomados para garantir a coleta de dados, entretanto, em se tratando de uma pesquisa na área aplicada algumas dificuldades foram encontradas.

É importante destacar novamente que o critério para seleção das sessões foi o de que essas tenham sido as que ocorreram imediatamente após as supervisões conduzidas. Foram duas as dificuldades encontradas: com Sofia, uma falta da cliente tornou a fase A+B mais curta e, com Hilde, algumas faltas espaçadas da cliente também na fase A+B demandaram reajuste dos pontos de coleta com essa díade, conforme será explicitado na Tabela 9 a seguir.

Tabela 9

Pontos de coleta de dados (supervisões analisadas) por díade

	Fase A					Fase A+B				
Pontos de coleta	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Sofia	1	2	8	14	15	16	17	18*	19	20
Hilde	1	2	5	9	10**	11	12	15	18	19
Jorge	1	2	3	4	5	6	7	13	19	20

* sessão correspondente não coletada

** sessão correspondente mais curta

Durante o procedimento, a terapeuta Sofia foi a que se manteve mais tempo na fase A (15 sessões) e os pontos de coleta foram espaçados, sendo eles as supervisões e sessões de número 1, 2, 8, 14 e 15. Na fase A+B, foram pontos de coleta seguidos cronologicamente ao longo de cinco semanas. Apenas no caso das sessões, houve uma falta da cliente na 8 e, por esse motivo, com a díade Sofia e Agatha, houveram apenas quatro pontos de coleta na fase A+B. Nesse caso, por possuir quatro pontos de coleta ao invés de cinco, de acordo com Kratochwill et al. (2013), é considerado que o critério foi atendido com reservas.

Com Hilde, foram cinco pontos de coleta em cada fase, sendo na fase A as sessões e supervisões de número 1, 2, 5, 9 e 10. Na última sessão, ocorreram dificuldades na internet e na gravação e, por esse motivo, essa foi uma sessão com metade da duração das demais. Isso não impactou a inclusão e análise da sessão, mas foi considerado como elemento a ser incluído para discussão dos dados obtidos.

Na fase A+B, foram coletados os cinco pontos com a cliente, entretanto, Clarice faltou algumas vezes ao longo das semanas dessa fase. As supervisões foram conduzidas normalmente com discussão e modelagem dos Ts da terapeuta, mas tais faltas impactaram a coleta com a cliente. Foi, então, necessária a análise de sessões realizadas de forma cronológica: foram cinco analisadas, mantendo os cinco pontos de coleta, mas sem que houvesse alguma sessão não analisada na fase. No caso das supervisões, não houve dificuldades no seguimento do procedimento. A díade Hilde e Clarice foi a única em que foi necessário realizar esse ajuste com relação aos pontos de coleta de dados e é importante pontuar que o mesmo não trouxe impactos ao delineamento nem ao seguimento dos critérios de Kratochwill et al. (2013), já que os cinco pontos de coleta por fase foram seguidos.

Por último, com a díade Jorge e Fátima, a Fase A foi a mais curta do procedimento, com cinco supervisões e sessões ocorrendo de forma seguida semana a semana e, a fase A+B, foi a mais longa. O mesmo espaçamento conduzido na fase A com Sofia foi também seguido na fase A+B com Jorge: foram pontos de coleta as supervisões e sessões de número 6, 7, 13, 19 e 20. Não houve intercorrências na realização do procedimento com essa díade.

Nessa seção de resultados, serão padronizadas as numerações de supervisão e sessão de acordo com os pontos de coleta de dados: cinco na Fase A e cinco na Fase A+B para todos os participantes (exceto a díade 1, que tem quatro pontos nas sessões da Fase A+B). O objetivo é o de facilitar a linguagem e fluidez das discussões dos dados obtidos. Como ordem de apresentação dos dados dos participantes, serão detalhados primeiramente os de Sofia e Agatha (díade 1), seguidos de Hilde e Clarice (díade 2) e, por último, Jorge e Fátima (díade 3).

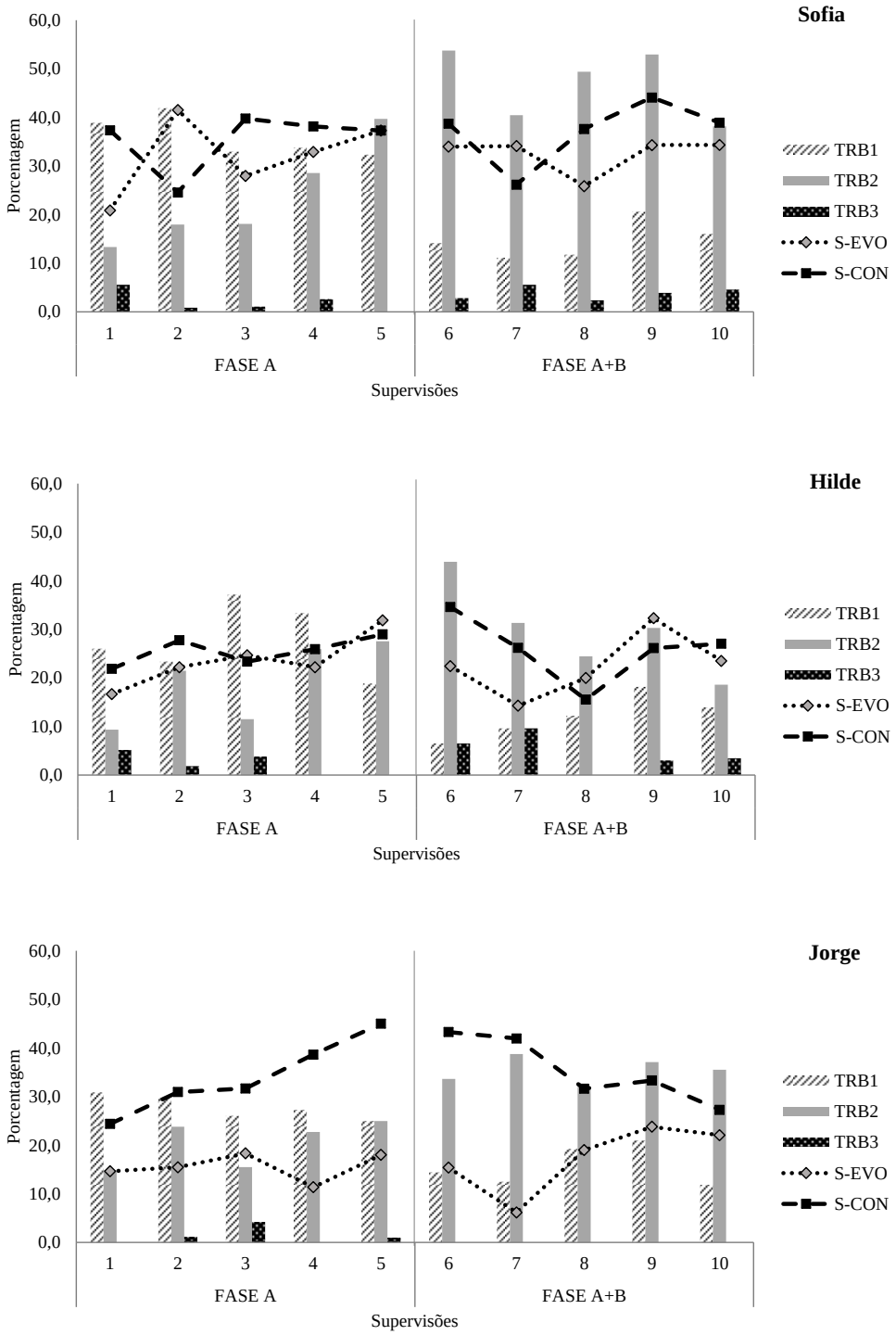
3.4. Variável Independente (SFAPRS)

A variável independente do presente estudo foi o pacote multicomponente de ações de ensino em FAP. Não há atualmente instrumento para mensuração de comportamentos que seja aplicável ao treino de terapeutas e, por esse motivo, a Figura 2, abaixo, demonstra apenas os dados obtidos em supervisão com o instrumento de categorização SFAPRS (Lepienski, 2015). Foram mensurados os comportamentos de supervisora e terapeutas ao longo das supervisões, as quais foram transcritas e então categorizadas pela própria supervisora. Por não se tratar dos objetivos do presente estudo, a análise das supervisões não foi extensamente aprofundada, mas consta aqui como descrição de parte da variável independente.

Assim, a Figura 2 aponta os comportamentos de evocação (S-EVO) e consequenciação (S-CON) da supervisora. Os mesmos encontram-se estáveis ao longo de todo o procedimento, com poucas variações entre as supervisões e as fases. Percebe-se que S-CON acompanha a ocorrência de TRBs, o que faz sentido pensando-se que são contingentes à ocorrência dos mesmos. No caso da S-EVO, as evocações que ocorriam em conjunto com a consequenciação foram as que mais ocorreram e percebe-se que aquelas relacionadas ao TRB2 aumentaram progressivamente, especialmente na fase experimental.

Figura 2

Frequência relativa de comportamentos de evocação (S-EVO) e consequenciação (S-CON) da supervisora e comportamentos problema (TRB1), de melhora (TRB2) e descrições funcionais sobre o próprio comportamento (TRB3) dos terapeutas nas supervisões das fases experimentais



A Figura 2 aponta os dados de supervisão relacionando os comportamentos de terapeuta (TRB1, TRB2 e TRB3 – comportamentos problema do terapeuta que ocorrem na relação com a supervisora e fazem parte da classe de Ts) e supervisora (S-EVO e S-CON). Com os três terapeutas, observou-se progressiva diminuição de TRB1 e aumento de TRB2 já na primeira fase do delineamento. Isso indica a efetividade da supervisão em fortalecer o repertório alvo e corrobora dados levantados em outras pesquisas que também observaram tais mudanças nos repertórios dos terapeutas após submetidos esse procedimento de ensino (Hill et al., 2017; Callahan et al., 2009; Miller et al, 2018; Watkins, 2011; Watkins & Callahan, 2019) e, especificamente, na FAP (Lepienski & da Silveira, 2017; Sartor, 2022).

No painel superior, os dados de Sofia apontam que na Fase A os TRB1 encontravam-se em tendência de diminuição e os TRB2, em tendência de aumento, sendo que os primeiros ocorreram mais do que os segundos em todas supervisões com exceção da última. Assim, na supervisão 1 tem-se os TRB1 em frequência relativa de 38,9% e TRB2, 13,3%. Na supervisão 2, há aumento de ambos (TRB1 41,9% e TRB2 17,9%), sendo que na seguinte houve diminuição de TRB1 para 33% e aumento de TRB2 para 18,1%. Esse último aumentou expressivamente na supervisão 4, atingindo 28,6%, enquanto os TRB1 aumentaram pouco, para 33,8%. É importante destacar que esse ponto foi o qual a emissão de TRB1 se estabilizou para em seguida diminuir. Na sessão correspondente foi a que a cliente emitiu mais CCR2-T do que CCR1, a única da fase A em que isso ocorreu. Esse dado será discutido novamente adiante.

O ponto de coleta seguinte foi a próxima supervisão (quinto ponto de coleta e supervisão de número 15) e já nessa se observou os TRB2 ocorrendo mais do que os TRB1. É importante destacar que essa supervisão ocorreu na semana seguinte à anterior (sem espaçamento dos pontos de coleta como nas anteriores) e que essa mudança é expressiva por representar o primeiro ponto em que houve diminuição na emissão de TRB1 de uma supervisão para outra, bem como aumento significativo dos TRB2. A análise qualitativa dos temas discutidos nessa supervisão apontou que houve discussão sobre os progressos da cliente na sessão 4, mas o que mais ocupou a supervisão foi a outra cliente, a qual não atingiu os critérios de inclusão para participar do presente estudo. Assim, não se pode relacionar essa mudança de TRB necessariamente com a maior emissão de CCR2-T por Agatha na sessão anterior, apesar de ser representativa do desenvolvimento do repertório de T2 da terapeuta.

Na supervisão 6, logo após o treino, já se observa grande mudança nos TRB, o de melhora ocorrendo mais (53,8%, em comparação com os 39,7% da supervisão 5) do que os TRB1 (14,2%, em comparação com os 32,4% da supervisão 5). Não houve passagem do tempo,

já que uma ocorreu em sequência da outra, sem supervisões intermediárias que não tenham sido analisadas (conforme descrito na Tabela 9). Embora não tenham ocorrido mudanças significativas nos comportamentos da supervisora relacionados à evocação (37,3% na supervisão 5 e 34% na 6) e à consequenciação (37,3% na 5 e 34,1% na supervisão 6), após o treino a supervisão também passou a incorporar elementos do pacote de intervenções. Assim, o efeito observado de aumento no TRB2 de Sofia pode ser fortemente atribuído à inserção da variável independente.

Observa-se que na fase experimental os TRB2 seguiram ocorrendo mais do que os TRB1, indicando a manutenção dos efeitos sem ser, contudo, possível distinguir os efeitos do treino daqueles da supervisão para a sustentação da mudança. As supervisões dessa fase com Sofia ocorreram de forma sequencial no tempo. Os TRB2 ocorreram em 40,5% das vezes na supervisão 7, 49,4% na 8, 52,9% na 9 e caíram para 38,2% na supervisão 10. Já os TRB1 ocorrem em 11,1% na supervisão 7, 11,8% na 8, 20,6% na 9 e 16% na supervisão 10. A fim de compreender o aumento de TRB1 no final da fase e a diminuição de TRB2 na última supervisão, essas foram analisadas qualitativamente. O tema recorrente nos dois últimos pontos de coleta de dados foi a previsão de término do procedimento e esse pode ter sido um elemento evocativo da classe de T1 da terapeuta. Essa falou sobre o término e a preocupação em conduzir o caso sem as supervisões, o que provavelmente aumentou a ocorrência de comportamentos problema na relação com a supervisora na supervisão 9, bem como a diminuição de melhoras na supervisão 10.

Quanto aos TRB3, esses foram aumentando gradualmente com o passar das supervisões e ocorreram de forma mais expressiva e consistente na fase A+B. Isso indica que as descrições verbais sobre o próprio comportamento do terapeuta e suas dificuldades ou melhoras foram também mais significativas com o passar das supervisões e, principalmente, após o início da condução do pacote.

O gráfico central da Figura 2 representa os comportamentos da supervisora e de Hilde ao longo do procedimento. Observa-se que nas quatro primeiras supervisões, os TRB1 ocorreram em alta frequência (26% na supervisão 1, 23,4% na 2, 37,2% na 3 e 33,3% na 4), enquanto os TRB2 ocorreram menos (9,4% na supervisão 1, 21,5% na 2, 11,5% na 3 e 25,9% na 4). Nesses quatro primeiros pontos de coleta, os comportamentos problema da terapeuta em supervisão ocorreram mais do que os de melhora, mas é importante destacar a supervisão número 2, em que houve aumento expressivo de TRB2 (de 9,4% para 21,5%), esse quase se igualando em percentual aos TRB1 (23,4%).

Já na supervisão 5, a última da fase, os TRB2 passaram a ocorrer mais do que os TRB1, registrando 27,5% enquanto os outros diminuíram de 33,3% (supervisão 4) para 18,8%. Esse dado é importante pensando-se que as supervisões ocorreram em semanas consecutivas. Também na supervisão 4 havia ocorrido aumento expressivo de TRB2, que passou de 11,5% na 3 para 25,9% na 4. Contudo, isso é justificável pensando-se que houveram outras supervisões no meio desse período que podem ter produzido efeitos sobre esses comportamentos, o que explicaria tal aumento.

Na fase A+B, essa terapeuta apresentou tendência de diminuição de TRB2 e aumento de TRB1 ao longo da fase. Esse dado foi diferente do observado com os outros dois participantes em supervisão. No primeiro ponto de coleta, o que se observou imediatamente foi o aumento expressivo de TRB2, da mesma maneira que com Sofia, que partiram de 27,5% na supervisão antes do treino para 43,9% na seguinte, logo após o mesmo. Ainda, os TRB1 que ocorriam em 18,8% das vezes passaram a ocorrer em 6,5%, a menor frequência relativa da fase A+B. Também os TRB3 ocorreram mais do que ao longo da fase A, em 6,5% (a maior ocorrência havia sido na supervisão 1, com 5,2%).

O próximo ponto de coleta foi a supervisão 6, na semana seguinte, em que os TRB2 decaíram para 31,3%, ao passo que os TRB1 aumentaram para 9,6%. Os TRB3 ocorreram na maior frequência relativa da fase (9,6%). Na supervisão seguinte, os comportamentos de melhora continuaram em queda (24,4%) e os problema, aumentando (12,2%), sendo que o primeiro ainda ocorreu mais que o segundo. Na supervisão 9, observou-se aumento de ambos, os TRB2 atingindo 30,3% e os TRB1 marcando 18,2%. Por último, na supervisão 10, houve diminuição de ambos (18,6% de ocorrências de TRB2 e 14% de TRB1). Os TRB3 aumentaram ligeiramente, de 3% na supervisão 9 para 3,5% na 10.

Apesar de registrar variações mais expressivas do que com Sofia, Hilde também emitiu mais TRB2 do que TRB1 ao longo de toda a fase A+B. Enquanto nas quatro primeiras supervisões da fase A, houve consistentemente maior emissão de comportamentos problema das terapeutas, na última sessão dessa fase os comportamentos de melhora passaram a ocorrer mais e se mantiveram em maior frequência relativa até o final do procedimento.

Da mesma maneira, observou-se com Jorge essa tendência. Entretanto, a diferença no caso de Jorge foi que na quinta supervisão não houve inversão: a emissão dos comportamentos de melhora apenas se igualou à de comportamentos problema. Assim, com esse terapeuta os TRB1 ocorreram em 30,9% das vezes na supervisão 1, 29,8% na 2, 26,1% na 3 e 27,3% na supervisão 4, ou seja, sem alterações muito expressivas ao longo do tempo. Já os TRB2 oscilaram um pouco, ocorrendo em 14,8% das vezes na supervisão 1, 23,8% na 2, 15,5% na 3

e aumentando para 22,7% na 4. Na supervisão 5, logo antes da mudança de fase, ambos ocorreram exatamente em 25% das vezes cada.

Quanto aos TRB3, esses ocorreram mais apenas na supervisão 3 (4,2%), se mantendo próximo de zero ou não ocorrendo nas demais. Esse dado foi diferente do obtido com as demais terapeutas, as quais passaram a emitir mais TRB3 a partir da mudança de fase. Já no que se refere aos TRB2, o que se observa é novamente a consistência em sua ocorrência, também ocorrendo mais do que os TRB1, assim como para as demais participantes. Na primeira supervisão da fase A+B os comportamentos problema diminuíram de 25% para 14,4% e os comportamentos de melhora, aumentaram para 33,7%. Na supervisão seguinte, que correspondeu à semana seguinte, os TRB2 atingiram o maior percentual da fase, 38,8% e também foi registrada diminuição de TRB1, para 12,5%. Já na supervisão 8, os TRB2 decaíram para 32,1% e os TRB1 aumentaram para 19,2%. Os comportamentos problema continuam em tendência de aumento na supervisão 9 (21%) e na última supervisão atingiram 11,8%, o menor percentual da fase. No caso dos comportamentos de melhora, esses apresentaram aumento na penúltima supervisão (37,1%) e depois diminuíram ligeiramente para 35,5%.

Os dados obtidos com o SFAPRS nas supervisões demonstraram consistentemente mudanças significativas na emissão de comportamentos de melhora dos três terapeutas (TRB2) a partir da mudança de fase. Os três passaram a emitir mais TRB2 do que TRB1 e não retornaram a níveis registrados na fase A, dado esse que indica a efetividade da intervenção na produção e manutenção desses comportamentos ao longo do tempo. Esse dado obtido replica o encontrado pelos estudos de Lepienski e da Silveira (2017) e por Sartor (2022), que investigaram mudanças no repertório dos terapeutas submetidos a supervisões FAP. Isso aponta para a efetividade dessa ação de ensino na produção de mudanças comportamentais do terapeuta dessa psicoterapia.

O delineamento de linha de base múltipla não concorrente trouxe, ainda, maior robustez e validade interna a esses dados e, nesse sentido, já nesse ponto da análise a variável independente demonstrou sua efetividade para mudança comportamental dos três terapeutas. Esse é um dado de grande validade para a área, indicando pela primeira vez a efetividade da supervisão FAP em um delineamento com alto controle experimental.

Embora os comportamentos alvo principais do presente estudo sejam aqueles emitidos pelos terapeutas dentro da sessão com seus clientes, essa mudança nos TRBs foi um dado importante por indicar efeitos sobre o repertório dos terapeutas, mesmo que essa ainda não seja no contexto alvo. São aqui recomendadas a condução de estudos futuros que avaliassem o processo de supervisão e seus efeitos sobre o repertório do terapeuta.

3.5. Frequência de comportamentos de terapeuta e cliente em sessão (FAPRS)

Conforme descrito na seção do Método, os comportamentos de melhora foram qualificados em dois tipos: CCR2-1, referente a uma melhora dentro da modelagem, e CCR2-2, que corresponde ao comportamento de melhora alvo, definido idealmente pelo FIAT. Em outras pesquisas que se utilizaram do FAPRS (e.g. Aranha et al., 2020; Geremias, 2014; Lima, 2017; Lizarazo et al., 2015; Lovo, 2019; Moreira & Oshiro, 2021; Oshiro et al., 2012; Muñoz-Martinez et al., 2022) não foi contemplada distinção entre tipos de CCR2, sendo essa desenvolvida especificamente para o presente estudo. A proposta foi a de capturar tanto mudanças globais quanto mudanças sutis nos comportamentos de melhora emitidos em sessão, compreendendo-se que esse é um dos indicativos importantes de efetividade das intervenções dos terapeutas em sessão. Entretanto, tal distinção e seu detalhamento será analisada mais adiante, sendo que a discussão na presente seção reunirá os dois tipos de comportamentos de melhora (englobados como CCR2-T, ou totais, que consistem na soma de CCR2-1 e CCR2-2).

O principal dado observado com relação à frequência de comportamentos das clientes em sessão foi o aumento de comportamentos de melhora total que ocorreu na fase A+B de forma consistente para todos os participantes. Assim, enquanto ao longo da fase A observou-se os comportamentos problema ocorrendo predominantemente mais do que os de melhora, foi registrado o inverso na fase A+B. Esses efeitos sobre os comportamentos das clientes são importantes, já que a partir deles pode-se derivar discussões acerca da efetividade das intervenções do terapeuta em sessão e dos impactos da mudança de fase sobre a produção de melhoras nos clientes.

Consistente entre as três díades, essa mudança é um forte demonstrativo experimental de que os terapeutas foram mais efetivos em produzir CCR2-T em sessão após a inserção da VI. Tal dado é de grande relevância e central no presente estudo, pois responde a questionamentos da área de formação de terapeutas, em que mensurar os efeitos do ensino sobre os clientes vem sendo destacado como importante indicativo da efetividade (Hill et al., 2017; Callahan et al., 2009; Miller et al., 2018; Watkins, 2011; Watkins & Callahan, 2019).

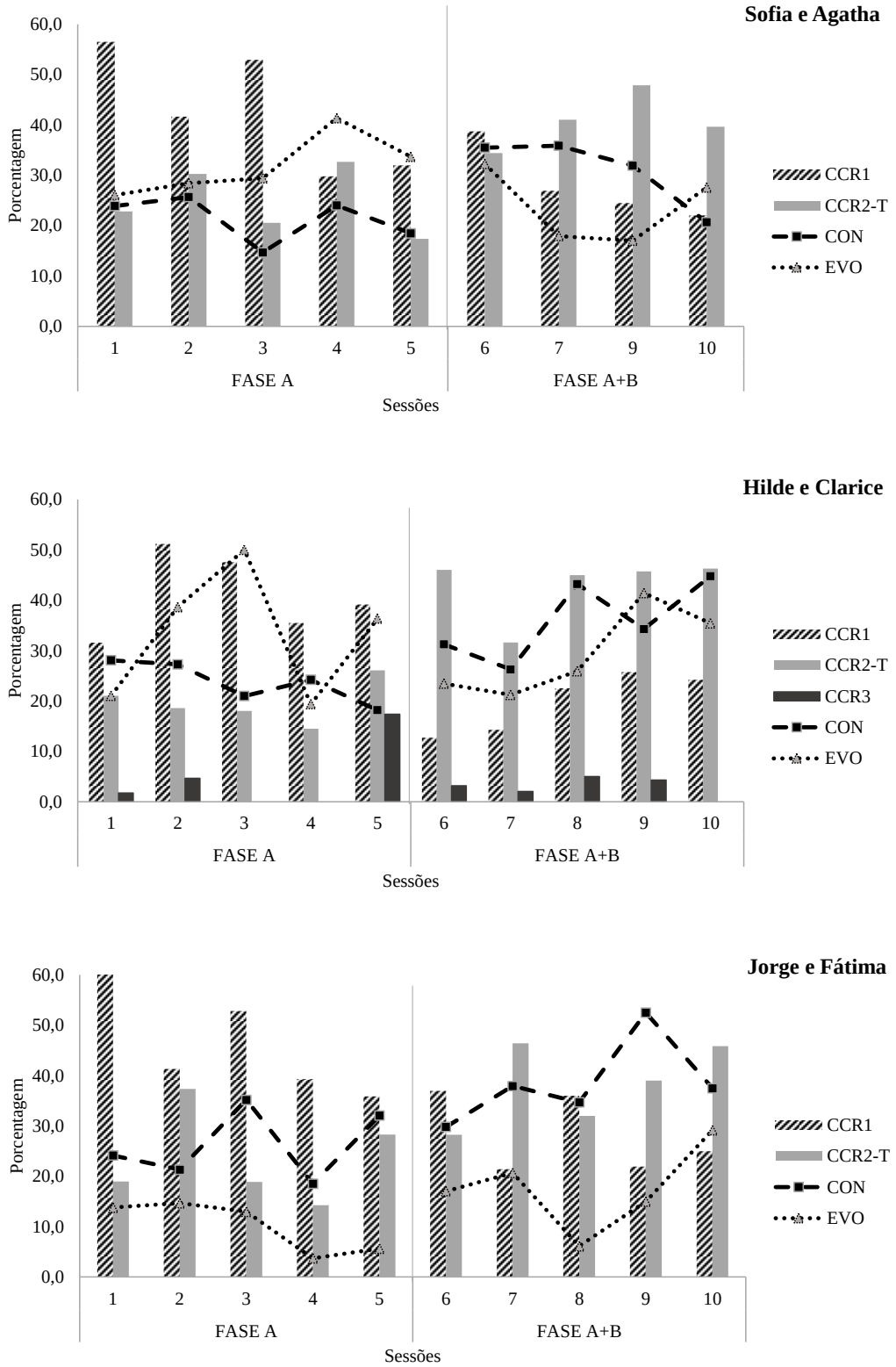
Outro dado que também agrega robustez ao primeiro refere-se à tendência dos comportamentos de evocação e consequenciação dos terapeutas ao longo do procedimento. Foi observado aumento na frequência relativa da consequenciação dos três terapeutas, o que pode ter sido relevante para as mudanças observadas nos comportamentos das clientes e embasa o mecanismo de mudança discutido na FAP (Follette & Bonow, 2009). Já no que se refere à evocação, apenas Jorge mostrou aumento significativo ao longo do processo, sendo que Hilde registrou tendência de aumento, porém não de forma relevante, e Sofia passou a evocar menos

com o passar das sessões. Essa última foi a única para a qual a evocação diminuiu com o passar das sessões, o que será discutido adiante à luz de dados sobre a qualidade dessa intervenção.

A despeito dessa visão geral dos dados de frequência relativa, houve papel significativo da evocação nos resultados obtidos com as clientes. Posteriormente nessa seção de Resultados, serão debatidas algumas regularidades encontradas nos dados dos participantes que lançam luz a aspectos importantes da evocação e da modelagem de comportamentos clinicamente relevantes. Tais regularidades possuem relação com o tipo de evocação mais emitido pelos terapeutas nessas sessões e refere-se à questão do *looping* de CCR2, discutido no contexto da FAP (Popovitz & Silveira, 2014; Vartanian, 2017; Weeks et al., 2011). Por se constituírem dados de relevância acerca do mecanismo de mudança dessa psicoterapia, serão apenas apontadas nas discussões abaixo e, posteriormente, aprofundadas e discutidas em subtópico específico adiante.

Figura 3

Frequência relativa de comportamentos problema (CCR1), comportamentos de melhora totais (CCR2-T) e descrições funcionais (CCR3) das clientes e comportamentos de evocação (EVO) e consequenciação (CON) dos terapeutas nas sessões das fases experimentais



A Figura 3 aponta a evolução dos comportamentos problema (CCR1) e de melhora totais (somatória dos CCR2-1 e dos CCR2-2) das clientes, bem como das intervenções dos terapeutas referentes à consequenciação, que engloba a somatória da consequenciação de CCR1 (TCR1) e de CCR2 (TCR2), e à evocação, que inclui a somatória da evocação direta (EV-CCR), da evocação durante consequenciação de CCR1 (TCR1-EV) e da evocação durante consequenciação de CCR2 (TCR2-EV). Conforme discutido, a separação dessas categorias de evocação foi uma decisão metodológica com o intuito de analisar os impactos dessa intervenção de forma específica e de trazer maior precisão teórico-conceitual à análise dos dados levantados.

Como se pode observar nos dados de Agatha (díade 1), que permaneceu 15 sessões na fase A e 5 sessões na A+B, houve mudanças significativas nos comportamentos da cliente a partir da mudança de fase. Os CCR1 ocorreram em maior frequência relativa ao longo de toda a fase A, com exceção da sessão 4, em que os CCR2-T foram mais emitidos pela cliente. Já na primeira sessão da fase A+B, os CCR2-T registraram aumento significativo e, na segunda sessão da mesma fase, os valores atingidos pelos comportamentos clinicamente relevantes se inverteram, os comportamentos de melhora passando a ocorrendo mais do que os comportamentos problema.

O primeiro gráfico da Figura 3 também aponta os comportamentos da terapeuta Sofia da mesma díade e é possível observar que na mudança de fase ocorreu um aumento expressivo da consequenciação e a diminuição da evocação, mudança que também foi observada com Hilde (díade 2), cujos dados serão discutidos adiante. Ainda, enquanto a consequenciação esteve em tendência de aumento com o passar das sessões, a evocação que seguia em tendência de aumento na fase A, passou a diminuir de frequência na fase A+B. Sofia foi a única participante em que se foi registrada essa tendência.

De maneira mais detalhada, verifica-se que na sessão 1 de Sofia com Agatha, os CCR1 apresentavam a maior frequência relativa (56,5%) enquanto os CCR2-T representavam 22,8% dos comportamentos da cliente. Já na segunda sessão, a emissão de CCR1 diminuiu para 41,7% e, as de CCR2-T, aumentou para 30,3%. Essa mudança, entretanto, não se sustentou na sessão seguinte, os CCR1 aumentando para 52,9% e os CCR2-T diminuindo para 20,6% (sessão 3). A sessão 4 foi a única atípica da fase A e, por esse motivo, recebeu uma análise mais aprofundada, já que os CCR2-T ocorreram mais (32,7%) do que os CCR1 (29,8%). Essa sessão será analisada mais detalhadamente adiante, ao se discutir regularidades encontradas nos resultados dos participantes.

Na sessão 5 de Agatha, logo antes da mudança de fase, os CCR1 voltaram a aumentar (32%) e, os CCR2-T, a diminuir (17,4%), sendo esse último o menor valor atingido por Agatha nesse comportamento. Em seguida, na mudança de fase, verificou-se aumento expressivo de CCR2-T, registrando o maior valor até o momento (34,4%, quase o dobro dos 17,4% da sessão anterior), enquanto os CCR1 atingiram 38,7%, ocorrendo mais que os primeiros. A partir da sessão 7, ocorreu a inversão da predominância entre CCR2-T e CCR1, os primeiros passando a ocorrer mais do que os segundos. Essa mudança se sustentou também nas sessões 9 e 10, últimas da fase A+B. As frequências relativas de CCR2-T registradas foram 41% na sessão 7, 47,9% na sessão 9 e 39,7% na 10, enquanto os CCR1 marcaram 26,9%, 24,5% e 22%, respectivamente nas mesmas sessões. É importante relembrar que a fase A+B da díade 1 possui uma sessão a menos coletada (sessão número 8) e que as sessões ocorreram sequencialmente, semana a semana (conforme Tabela 9).

A partir dos dados levantados, pode-se constatar que os comportamentos problema passaram a ocorrer consistentemente em menor frequência sessão a sessão ao longo de toda a fase A+B. Os CCR2-T seguiram aumentando até a sessão 9 e diminuíram de percentual apenas no último ponto de coleta, em que houve uma queda de 8,2 pontos percentuais de uma sessão para a outra. Apesar dessa queda, os comportamentos de melhora ainda ocorreram expressivamente mais do que os comportamentos problema nessa sessão.

Assim, o que os dados da sessão de Sofia com Agatha indicam é que a partir da mudança de fase, ocorreram efeitos significativos sobre o comportamento da cliente. Na segunda sessão da fase A+B, os CCR2-T passaram a ocorrer mais e essa mudança se sustentou até o final do procedimento. Outro dado relevante foi a tendência de diminuição de comportamentos problema, a qual foi consistente ao longo da fase. Quanto à fase A, o que foi percebido foi a flutuação de CCR2-T e CCR1, sem que houvesse uma consistência clara, até mesmo com relação ao efeito de aumento de CCR2-T na sessão 4.

A tendência de diminuição de CCR1 ao longo do procedimento é indicativo importante do processo de mudança em psicoterapia, já que aponta para o enfraquecimento da classe de comportamentos problema e o fortalecimento daqueles de melhora. Os dados do presente estudo replicam, nesse sentido, outras pesquisas em FAP que também demonstraram essa mesma tendência (e.g. Aranha et al., 2020; Lizarazo et al., 2015; Oshiro et al., 2012; Moreira & Oshiro, 2021; Vartanian, 2017). Tal processo se demonstrou mais consistente a partir da fase A+B.

Já no que se refere aos comportamentos da terapeuta Sofia, é possível observar que a evocação ocorria em maior frequência relativa ao longo de toda a fase A. Logo na primeira

sessão da fase A+B, essa diminuiu e a consequenciação passou a ocorrer mais, o que se manteve até a penúltima sessão da fase, quando a evocação retornou ao percentual emitido no início da fase A. Já a consequenciação registrou aumento significativo, de 18,5% na sessão 5 para 35,5% na 6. Em ordem cronológica, tem-se que a evocação ocorreu mais que a consequenciação nas sessões 1 (EVO com 26,1% das ocorrências e CON com 23,9%) e 2 (EVO com 28,4% das ocorrências e CON com 25,7%) e se manteve sem grandes alterações na sessão 3 (29,4%), sendo que a consequenciação apresentou importante diminuição para 14,7%. Nessa mesma sessão, houve aumento de CCR1, conforme já mencionado. Pode-se considerar para discussão desse dado que a diminuição da consequenciação pela terapeuta e a pouca alteração observada na evocação seriam fatores que manteriam os comportamentos problema da cliente ocorrendo mais. Com menos intervenções orientadas à modelagem de CCR2, o repertório mais fortalecido do cliente seria o que surgiria em sessão, ou seja, o de CCR1 (Waltz & Follette, 2009).

Já na sessão 4, a única da fase em que os CCR2 foram mais emitidos que os CCR1, registrou-se também aumento da consequenciação da terapeuta para 24% e da evocação para 41,3%. No caso da evocação, esse foi o maior valor atingido em todo o procedimento com essa díade terapeuta-cliente (dado a ser aprofundado adiante). Já na sessão seguinte, ambas as intervenções apresentaram diminuição (EVO para 33,7% e CON para 18,5%). Posteriormente, na mudança para a fase A+B, conforme mencionado, a consequenciação passou a ocorrer mais do que a evocação pela primeira vez: partiu de 18,5% na sessão 5 para 35,5% na 6, um aumento de 17 pontos percentuais. Em contraste, houve pouca alteração na emissão de evocações, essas decaindo ligeiramente para 32,3%. Os CCR2-T aumentaram expressivamente nessa sessão e foram acompanhados também de aumento nos CCR1, apesar de menos expressivo.

Na sessão 7, a terapeuta evocou menos, em 17,9% das vezes, sendo que o aumento da consequenciação não foi significativo (35,9%). Contudo, nessa sessão foi registrado o aumento expressivo de CCR2-T que ultrapassou os CCR1. Em seguida, na sessão 9, cujos CCR2-T atingiram o maior valor em todas as sessões analisadas dessa cliente, houve diminuição na evocação (17%) e na consequenciação (31,9%). Apenas na última sessão da fase, a evocação passou a ocorrer mais (27,6%) do que a consequenciação (20,7%). As únicas vezes na fase A+B em que a evocação atingiu valores similares aos emitidos na fase A foram nas sessões 6 e na 10.

Conforme discutido acima, o que se observou de mais relevante com relação aos dados de frequência relativa das sessões de Sofia e Agatha foi o aumento de CCR2-T da cliente e da consequenciação da terapeuta na fase A+B. A mudança nos comportamentos de terapeuta e de cliente foi expressiva após a mudança de fase e indicativa da influência da variável

independente (pacote de ensino). Ainda, a evocação, que ocorria em alto percentual na fase A, diminuiu ao longo da fase A+B e terminou na última sessão em tendência de aumento.

Dessa maneira, é possível discutir que mesmo com alta ocorrência na fase A, a evocação da terapeuta tinha pouca efetividade para produção de comportamentos de melhora da cliente. A exceção foi a sessão 4, em que esse comportamento em conjunto com o aumento da consequenciação pode ter tido um papel relevante, já que os CCR2-T superaram os CCR1 nesse momento. Nesse ponto da discussão dos dados, a diminuição do percentual de evocação parece indicar que essa não possui papel no aumento de comportamentos de melhora. Entretanto, a própria conceituação de caso, descrita no item 3.2, indica que uma das dificuldades da terapeuta tinha relação com tomar o controle da sessão.

Essa alta responsabilização de Sofia resultava em muitas evocações por parte da terapeuta e pouco engajamento de Agatha nas sessões e, a partir da mudança de fase, observou-se tanto a diminuição de T1 quanto de CCR1. Dessa maneira, para além da frequência relativa, é importante discutir esses dados diante da reflexão sobre a qualidade das intervenções da terapeuta e, para tanto, essas reflexões serão melhor embasadas adiante. A análise de outros elementos quantitativos e qualitativos tornará possível englobar e avaliar outros aspectos comportamentais para além da frequência de emissão.

Dando seguimento à díade 1, no caso da sessão 6, em que houve aumento significativo da consequenciação, esse foi acompanhado de aumento tanto de CCR1 quanto de CCR2-T. Isso indica que a terapeuta foi mais efetiva para trazer comportamentos de melhora em sessão, mas não necessariamente para diminuir o percentual de comportamentos problema. Posteriormente, logo na sessão 7, duas sessões seguidas (cronologicamente) após a introdução da VI, houve expressiva diminuição de CCR1 (atingindo valores menores que os da fase A) e os CCR2-T passaram a ocorrer mais que os primeiros desse ponto até o fim da fase. Isso se manteve diante de pouca modificação na consequenciação e da diminuição expressiva da evocação na sessão 7 (de 32% na 6 para 17,9% na 7).

É importante, ainda, destacar a sessão 9, que apresentou a maior porcentagem de CCR2-T, e na qual houve diminuição da consequenciação em 4 pontos percentuais e pequena diminuição da evocação. Esse dado pode indicar que apesar de a frequência relativa das intervenções da terapeuta haver diminuído, as intervenções em si podem ter sido mais efetivas para produzir comportamentos de melhora. Ainda, adiante, quando for discutido o tipo de CCR2 emitido, também será apontado que os comportamentos de melhora que mais ocorreram foram do tipo final (CCR2-2), que atingiram o maior percentual nessa sessão.

Em se observando a emissão de evocações na sessão 10, percebe-se que essa atingiu valores similares aos da fase A. Também as consequenciações foram emitidas em percentual similar às da fase anterior. Contudo, apesar da similaridade na frequência, os efeitos sobre os comportamentos clinicamente relevantes foram diferentes: a emissão de CCR1 registrou a menor frequência relativa e a emissão de CCR2-T foi a segunda maior com essa cliente de todo o procedimento. Tal mudança observada na sessão 10 é de extrema relevância por indicar que apesar de existir o mesmo percentual de evocações em sessão e apesar de haver declínio na emissão de consequenciações, as intervenções da terapeuta foram mais efetivas para trazer comportamentos de melhora na fase A+B do que na fase A. Conforme apontado anteriormente, dados como esse indicam mudança relevante na qualidade das intervenções a partir da introdução da variável independente.

O segundo gráfico da Figura 3 indica os CCR de Clarice e as intervenções da terapeuta Hilde ao longo das sessões do estudo. Essa díade permaneceu 10 sessões na fase A e 10 na fase A+B. É importante retomar que, conforme indicado na Tabela 9, as sessões da fase A+B dessa terapeuta ocorreram de forma sequencial/cronológica, ou seja, não foram realizadas sessões intermediárias aos pontos de coleta de dados analisados a seguir. Outra informação importante para pontuar nos resultados dessa díade refere-se à sessão 5, a qual foi atípica em relação às demais no que se refere à sua duração, já que por problemas técnicos essa foi uma sessão mais curta do que as demais com a mesma cliente. Por conta disso, os percentuais de cada categoria estão proporcionalmente mais elevados nesse ponto. Entretanto, essa não foi descartada por se considerar que esse fator não afeta de maneira alguma a distribuição entre as categorias emitidas, sendo essa informação apenas importante a fim de relativizar quaisquer comparações absolutas com as demais sessões.

Com relação aos dados obtidos, assim como com os demais participantes também foi observada maior frequência relativa de CCR1 na fase A, seguido de aumento de CCR2-T na fase A+B. Contudo, o dado mais contundente no caso de Clarice foi que a cliente passou a se engajar mais em comportamentos de melhora do que em problema imediatamente na primeira sessão da fase A+B e isso se manteve dessa maneira até a última sessão, sem exceções. Portanto, foi a única cliente das três que não emitiu mais CCR2-T do que CCR1 em nenhuma sessão da fase A e não emitiu mais CCR1 do que CCR2-T em nenhuma sessão da fase A+B.

No que se refere a intervenções da terapeuta, enquanto para Sofia a evocação diminuiu na maior parte das sessões da fase A+B e se manteve em tendência de queda ao longo do procedimento, a terapeuta Hilde apresentou a mesma diminuição na maior parte das sessões da fase A+B, mas sua tendência da evocação foi de leve aumento em se considerando o

procedimento como um todo. Já a consequenciação exibiu tendência progressiva de aumento da mesma maneira que com Sofia e Jorge.

Outro dado relevante e que pontua uma diferença em relação às outras clientes foi o registro de CCR3 com Clarice. Isso porque a conceituação de caso de Agatha e Fátima caracterizavam descrições sobre o próprio comportamento como CCR2 (ver seção 3.2 – conceituações de caso). Como esse é hierarquicamente superior ao CCR3 no FAPRS, as ocorrências desse tipo de descrição foram categorizadas como CCR2 para essas clientes, o que não ocorreu com Clarice. Ainda, com essa cliente, tal comportamento aumentou significativamente na última sessão da fase A (sessão 5), o que teve relação com a menor duração dessa sessão. Esse dado será melhor discutido adiante.

Observou-se, portanto, que ao longo de toda a fase A, a cliente emitiu mais comportamentos problema e o pico de ocorrências foi na sessão 2 (51,2% de todos os comportamentos da cliente), na qual também houve aumento importante na evocação da terapeuta, conforme será discutido adiante. Na primeira sessão, os CCR1 corresponderam a 28,1% das respostas da cliente e os CCR2-T, a 21,1%. Na sessão 2, registrou-se aumento de CCR1 (51,2%) e diminuição nos CCR2-T, embora não expressivamente (18,6%). Em seguida, na sessão 3, os CCR2-T apresentaram pouca mudança (18%) e os CCR1 diminuíram para 47,5%. Os comportamentos de melhora de Clarice continuaram em queda na sessão 4, atingindo 14,5%, o menor percentual da fase A, e na seguinte, aumentaram para 26,1%. No caso dos CCR1, esses caíram para 35,5% das ocorrências da cliente na sessão 4 e, em seguida, aumentaram ligeiramente para 39,1%. Assim, observou-se que nas quatro primeiras sessões da fase A os comportamentos de melhora permaneceram em tendência de queda, aumentando na última sessão. Quanto aos comportamentos problema, esses oscilaram em percentual ao longo da fase, da mesma maneira que foi observado com Agatha.

O que se constatou após o treino e ao longo de toda a fase A+B foi o aumento de CCR2-T, que se mantiveram ocorrendo mais do que os CCR1 consistentemente ao longo de toda a fase. Conforme apontado, a mudança ocorreu imediatamente na primeira sessão dessa fase: enquanto os CCR1 ocorreram em 12,7% das vezes (contrastando com os 39,1% das vezes na última sessão da fase A), os CCR2-T passam de 18,2% na sessão 5 para 46%. Na sessão 7, o percentual de comportamentos de melhora caiu para 31,6% enquanto o de CCR1 aumentou pouco (14,3%). Em seguida, na sessão 8, os CCR2-T atingiram 45% enquanto os CCR1 aumentaram para 22,5%. Nas sessões seguintes, o percentual de comportamentos de melhora apresentou tendência leve de aumento (45,7% na sessão 9 e 46,3% na 10) e manteve-se ainda

ocorrendo mais que os comportamentos problema (25,7% na sessão 9 e também com queda para 24,2% na 10).

No caso dos CCR3, esses foram registrados na sessão 1 (1,8%), 2 (4,7%), 5 (17,4%), 6 (3,2%), 7 (2%), 8, (5%) e 9 (4,3%). Percebe-se, portanto, um aumento de sua ocorrência na fase A+B. Adicionalmente, é importante destacar a sessão 5 da fase A, em que os CCR3 atingiram o percentual mais alto de todo o procedimento. Ainda, caso considerados comportamentos alvo da FAP e, portanto, somados os CCR3 aos CCR2-T nessa sessão, o valor atingido (43,5%) é maior do que o de CCR1 (39,1%). Já que essa foi uma sessão mais curta, vale pontuar que em frequência absoluta os comportamentos problema ocorreram 9 vezes, os de melhora 6 vezes e os CCR3 tiveram 4 ocorrências na sessão. Conforme abordado anteriormente, essas informações são importantes para relativizar o percentual registrado nessa sessão em comparação com as demais, já que sua duração foi menor.

Com relação à fase A+B, as sessões foram realizadas em ordem sequencial (sem sessões intermediárias aos pontos de coleta de dados), conforme supracitado. Com a terapeuta, os pontos de coleta das supervisões ocorreram de forma espaçada conforme o delineamento e trataram de temas referentes às dificuldades da terapeuta e do caso da outra cliente que não entrou para análise no presente estudo. Assim, como não houve outras sessões com essa cliente no meio desses períodos, vale destacar que esses dados capturam o processo terapêutico de forma seguida e as mudanças sessão a sessão. Essa foi uma característica diferente com relação às demais clientes e, possivelmente, por esse motivo é possível observar a progressão nos comportamentos de melhora, que aumentam de forma gradual a cada ponto, fruto do processo de mudança provido pela terapeuta em sessão.

O que fica evidente nos dados com a cliente é que houve relação entre a implementação do pacote de ensino e os efeitos sobre os comportamentos de melhora da cliente, já que quaisquer outras variáveis não justificariam tal aumento. Ainda, a mudança de forma abrupta que foi registrada na primeira sessão da fase A+B traz robustez à hipótese de que o pacote de ensino produziria efeitos importantes na sessão FAP. Apesar de os CCR2-T encerrarem a fase A em tendência de aumento, isso também ocorria com os CCR1, sendo que esses últimos ainda diminuíram 26,4 pontos percentuais na primeira sessão da fase A+B, uma redução significativa em sua emissão. Somado a isso, tem-se a discussão acerca das proporções obtidas na sessão 5: é difícil considerar as comparações dos percentuais dessa sessão com as demais, então, a tendência de aumento dos três tipos de CCR pode ter sido reflexo da duração pequena dessa sessão.

No que se refere ao aumento de CCR3, particularmente a partir da sessão 5, esse pode ser considerado um dado relevante para análise dessa cliente. Dessa maneira, apesar de não ser caracterizados como comportamentos de melhora, as descrições funcionais sobre o próprio comportamento realizadas pelo cliente (CCR3) são também um alvo importante da FAP principalmente por serem um meio para atingimento de CCR2 (Kohlenberg & Tsai, 1991; Holman et al., 2017; Villas-Bôas et al., 2016; Villas-Bôas et al., 2018). Existem controvérsias sobre sua indispensabilidade ou mesmo impactos (ver Villas-Bôas, 2016) dentro dessa psicoterapia e esse é um dado de investigação para futuros estudos. Contudo, podem ser considerados comportamentos importantes que não representam comportamentos problema do cliente e, nesse sentido, foram aqui considerados para análise.

Seguindo com as descrições da Figura 3, foram também analisadas as ocorrências de evocação e consequenciação da terapeuta Hilde em sessão. Na mudança de fase, registrou-se aumento importante na emissão de consequenciação, com diminuição da evocação da terapeuta. Essa foi a mesma mudança registrada no comportamento de Sofia no mesmo ponto do procedimento. Como impactos sobre a cliente, tem-se que essas alterações foram acompanhadas de aumento muito expressivo de CCR2-T (diferentemente da cliente de Sofia, cujos comportamentos de melhora aumentaram somente no próximo ponto de coleta de dados, na sessão 7). Os comportamentos de Hilde, por sua vez, indicaram aumento progressivo da consequenciação com o passar das sessões, atingindo valores maiores nas sessões da fase A+B.

No caso da evocação, sua emissão flutuou ao longo da fase A, ou seja, houve pouca estabilidade dos dados nessa categoria. Conforme citado, essa intervenção registrou diminuição na mudança de fase e, em seguida, tendência de aumento clara na fase A+B. Ao final, os percentuais da evocação se encontraram em valores próximos aos registrados na fase A e, a despeito disso, os CCR2-T ocorreram mais. Esse foi o mesmo fenômeno observado com Sofia e a análise e discussão desses dados será realizada adiante.

De forma mais detalhada, tem-se que da sessão 1 para a 2, foi registrado aumento expressivo da evocação, de 21,1% para 38,6%, permanecendo essa em porcentagem elevada na sessão 3, em que 50% das emissões da terapeuta foram de evocação. A consequenciação, por sua vez, apresentou tendência de queda nessas três primeiras sessões (28,1% na 1, 27,3% na 2 e 21% na sessão 3). Não houveram grandes mudanças nas emissões de CCR2-T, que diminuíam de percentual, sendo que na sessão 2 foi registrado aumento de CCR1. Contudo, na 4, houve leve aumento de consequenciação (24,2%) e expressiva diminuição de evocação 19,4%, sendo que essa última caiu 30,6 pontos percentuais e atingiu pela primeira vez menor frequência relativa que a consequenciação. Nessa sessão, os comportamentos problema da

cliente atingiram o segundo menor percentual da fase, diminuindo de 47% para 35,5% e também foi registrado o menor valor de CCR2-T (14,5%). Na última sessão da fase, a qual ocorreu em sequência cronológica à sessão 4, houve pequeno aumento de CCR1 e aumento significativo de CCR2-T (de 14,5% para 26,1%). Nessa, os CCR3 também atingiram o valor expressivo de 17,4%.

Em seguida, na primeira sessão da fase A+B, a consequenciação passou a ocorrer mais (de 18,2% para 31,3%) e houve diminuição na evocação (36,4% para 23,4%). Na sessão 7, houve diminuição no percentual desses comportamentos da terapeuta (CON 26,3% e EVO 21,2%) e, similarmente, CCR2-T marcaram diminuição. Uma análise mais detalhada dessa sessão mostrou que nessa foi emitido o menor percentual de categorias pertencentes à FAP dessa terapeuta. Isso significa que outras categorias não relacionadas à FAP estavam ocorrendo mais e, provavelmente, isso teve impacto na diminuição de CCR2-T nessa sessão específica.

Já na sessão 8, registrou-se aumento significativo na consequenciação, a qual atingiu 43,2%, o segundo maior valor da fase, e aumento da evocação para 25,9%. Tanto os CCR2-T quanto os CCR1 também apresentaram aumento, sendo o de comportamentos de melhora mais expressivo que o de problema. Em seguida, na sessão 9, a consequenciação diminuiu para 34,3%, aumentando na seguinte para 44,8% e a evocação, aumentou para 41,4% na 9 e decaiu para 35,4% na última sessão da fase.

Primeiramente, o dado mais importante a ser discutido nas sessões de Hilde e Clarice, conforme destacado anteriormente, refere-se ao aumento de CCR2-T na mudança de fase. A mudança foi expressiva: representou um aumento de CCR2-T em 19,9 pontos percentuais e uma diminuição de CCR1 em 26,4 pontos percentuais. Nenhum dos outros clientes participantes registrou essa mudança imediatamente na primeira sessão da fase A+B, com os quais ocorreu tal inversão em outros pontos dessa fase. Quanto aos comportamentos da terapeuta, enquanto a consequenciação aumentou, a evocação diminuiu. Esse dado também foi obtido na sessão de Sofia.

Analisando-se no detalhe a evocação da terapeuta, pode-se discutir que principalmente nas sessões 2 e 3 do procedimento essa acontecia em percentual elevado, entretanto, os comportamentos problema eram mais frequentes que os de melhora. Esse foi o mesmo fenômeno observado nas sessões de Sofia com Agatha: a evocação em alto percentual no início do procedimento (três primeiras sessões com Sofia e quatro primeiras sessões com Hilde), pequena variação na emissão de consequenciação e esses comportamentos das terapeutas acompanhados de CCR1 elevados. A consequenciação apresentou pouca modificação nas quatro primeiras sessões de Clarice, entretanto, pela mudança observada no comportamento da

cliente, é possível inferir que a oscilação na consequenciação teria menor papel na produção desses efeitos do que a evocação, a qual oscilou de forma ampla e expressiva. Em síntese, enquanto houve mudança na evocação e nos CCR, não se observou essa variação na consequenciação, o que pode indicar que o efeito sobre os comportamentos das clientes teve relação maior com o primeiro do que com o segundo tipo de intervenção.

Comparando-se com as sessões 2 e 3, em que a evocação também ocorreu em alto percentual, percebe-se que na sessão 5, em contrapartida, foram emitidos mais comportamentos de melhora pela cliente do que nas anteriores, além da mesma também emitir mais descrições sobre seu próprio comportamento (CCR3). Ainda se considerando que a frequência relativa dessa sessão não seria comparativa com as demais, esse dado pode indicar que as evocações da terapeuta foram mais efetivas do que estavam sendo anteriormente. Adicionalmente, da mesma maneira que com Sofia, a frequência relativa de evocação voltou a aumentar ao fim da fase A+B, mas isso não produziu comportamentos problema como na fase A, ou seja, os comportamentos de melhora mantiveram-se ocorrendo mais. Dessa maneira, conclui-se que esse dado pode ser mais um indicativo sólido de que houve mudança na eficácia das intervenções dessas terapeutas após a inserção da variável independente.

Por último, o terceiro gráfico representado na Figura 3 refere-se aos dados da terceira díade terapeuta-cliente participante do estudo. É possível observar que os comportamentos da cliente de Jorge apontam mudanças similares às observadas com as de Sofia e Hilde: o aumento de CCR2-T ocorreu na maior parte das sessões da fase A+B, ao contrário daquelas da fase A em que os CCR1 predominaram. A diferença observada com Fátima, entretanto, foi que os CCR2-T ocorreram mais que os CCR1 apenas em três das cinco sessões da fase A+B (sessões 7, 9 e 10). A inversão entre CCR2-T e CCR1 também havia ocorrido com Agatha apenas na segunda sessão da fase A+B (havendo ocorrido também na sessão 4 da fase A), contudo, o aumento significativo de CCR2-T já havia sido registrado com essa cliente logo na sessão 6, o que não ocorreu com Fátima. Além disso, não houve a mesma estabilidade na emissão de comportamentos de melhora e problema nessa fase.

Os comportamentos do terapeuta também se apresentaram de forma diferente do que aqueles das outras terapeutas participantes. Enquanto com Sofia e Agatha, a evocação ocorria mais do que a consequenciação na fase A e isso se inverteu na fase A+B, com Jorge a consequenciação se manteve em frequência relativa maior do que a evocação ao longo de todo o procedimento. Ambos os comportamentos oscilaram em cada sessão, porém, estabeleceram-se em tendência de aumento. Os dados detalhados serão discutidos a seguir.

Com essa díade, na sessão 1, observa-se a maior ocorrência de CCR1 de todas as sessões, atingindo 60,3%. Esse número caiu na sessão 2 para 41,3% e os comportamentos de melhora que ocorreram em 19% das vezes na primeira sessão passaram a ser emitidos em 37,3% das vezes, o maior valor da fase A e próximo ao mesmo percentual de CCR1 dessa mesma sessão. Contudo, isso não se sustentou na sessão 3, quando os CCR2 diminuíram para 18,9%, enquanto os comportamentos problema aumentaram para 52,8%. A partir da sessão 3, os CCR1 entraram em tendência de queda, baixando para 39,2% na sessão 4 e 35,9% na 5. Já os CCR2 decaíram para 14,3% na sessão 4 e aumentaram para 28,3% na última sessão da fase A. É importante destacar que essas sessões ocorreram sequencialmente no tempo, já que Jorge e Fátima eram os participantes que ficaram menos tempo na fase A (cinco sessões no total).

Em seguida, na primeira sessão da fase A+B, não ocorreram alterações significativas, os CCR1 ocorrendo em 37% das vezes e os CCR2, em 28,3%. Assim, pouca diferença foi observada em relação à última sessão da fase A, o que difere com relação aos dados obtidos tanto com Agatha quanto com Clarice, com as quais, conforme mencionado, as mudanças nos CCR2-T foram perceptíveis imediatamente na mudança de fase, de uma sessão para a outra. Tal alteração para Fátima somente ocorreu na sessão 7, a segunda da fase A+B, com a inversão na predominância entre esses principais comportamentos clinicamente relevantes: os CCR1 caíram de 37% na 6 para 21,4% na 7 e os CCR2, que ocorreram em percentual de 28,3% na sessão anterior aumentaram expressivamente para 46,4% na sessão 7, o maior valor registrado em todo o procedimento com essa cliente.

Em contraponto, o que se observou na sessão 8 foi a diminuição de CCR2 para 32% e o aumento de CCR1 para 36%. Apesar dessa diminuição na frequência relativa total, foi registrado nessa sessão o maior percentual de CCR2-2 de todo o procedimento, conforme será discutido adiante ao se analisar os dados de qualidade dos comportamentos de melhora. Nas duas próximas sessões (consecutivas) e últimos pontos de coleta da fase, os comportamentos de melhora voltaram a ocorrer mais do que os comportamentos problema, atingindo 39% na sessão 9 e 45,8% na 10. Os CCR1 também decaíram da sessão 8 (36%) para a 9 (22%), terminando a fase A+B com leve aumento, em 25%.

Da mesma maneira que Agatha e Clarice, também Fátima passou a maior parte da fase A com maior ocorrência de CCR1 e, da fase A+B, com mais CCR2. Apenas na sessão 8 os CCR1 voltaram a apresentar aumento, superando ligeiramente os comportamentos de melhora nessa sessão. Entretanto, conforme mencionado, nessa sessão foi também registrado o maior percentual atingido por Fátima de CCR2-2. Novamente, em se considerando que são também importantes outras análises que não apenas a frequência da emissão de respostas, a qualidade

dos comportamentos de melhora emitidos indica que as intervenções do terapeuta estariam sendo mais efetivas em propiciar comportamentos alvo importantes para essa cliente.

Quanto às intervenções do terapeuta em sessão, a consequenciação ocorreu consistentemente mais do que a evocação ao longo de todo o procedimento. Enquanto na sessão 1, com o maior percentual de CCR1, a consequenciação estava em 24,1% e a evocação em 13,8%, na sessão 2, os CCR2-T aumentaram abruptamente e os CCR1 diminuíram, não ficando visível nesse recorte dos dados quaisquer mudanças no comportamento do terapeuta que embasassem tal mudança na cliente (CON com 21,3% e EVO com 14,7%). Entretanto, da mesma maneira que com Sofia e Fátima, aspectos específicos relativos ao tipo de evocação mais conduzida pelo terapeuta podem ter impactado no aumento de comportamentos de melhora em sessão, os quais serão discutidos adiante.

Em seguida, na sessão 3, foi registrada mudança importante na frequência relativa da consequenciação, que partiu de 21,3% na anterior para 35,2%. Não houve mudança na evocação (14,7% na 2 e 13% na sessão 3) e os CCR1 ocorreram mais (52,8%) do que os CCR2-T (18,9%). Na sessão 4, ambos os comportamentos do terapeuta diminuíram de frequência relativa (CON 18,5% e EVO 3,7%), os menores valores registrados em todo o procedimento. Tal efeito pode ter relação com o tema discutido em sessão: Fátima passou a maior parte do tempo contando sobre sua experiência em um curso do qual participou. Conforme descrito na conceituação de caso dessa cliente, a verborragia era um CCR1 importante e nessa sessão parece ter havido menos espaço para intervenções mais direcionadas do terapeuta.

Na sessão 5, a consequenciação voltou a aumentar (32,1%), havendo pouca alteração na evocação (5,7%). Essa última apresentou aumento significativo apenas na sessão 6, quando atingiu 17% e a consequenciação diminuiu para 29,8%. Não houve diferenças significativas nos CCR da cliente nesse ponto. Já na sessão 7, em que os CCR2-T atingiram o maior percentual do procedimento, registrou-se tanto aumento na consequenciação (37,9%) quanto na evocação (20,7%) do terapeuta. Na sessão seguinte, quando os CCR1 passaram novamente a ocorrer mais que os CCR2 (diferença de quatro pontos percentuais entre um e outro), decaíram ambos os comportamentos do terapeuta (CON 34,7% e EVO 6,1%). Em seguida, na sessão 9, foram registrados aumentos tanto da evocação (15%) quanto da consequenciação (52,5%). Essa última registrou o maior percentual de todo o procedimento nessa sessão e também os CCR2-T haviam aumentado. Na última sessão da fase A+B, a evocação pelo terapeuta seguiu aumentando, atingindo o maior percentual (29,2%), enquanto a consequenciação diminuiu para 37,5%. Nessa sessão também foi registrado o segundo maior percentual de CCR2-T de todo o procedimento.

Características salientes nos dados das sessões de Jorge também estão relacionadas às mudanças observadas nos CCR de Fátima na fase A+B. Conforme mencionado, da mesma maneira que as clientes de Sofia e Hilde, também os CCR2-T ocorreram mais na maior parte dessa fase, porém, enquanto com Agatha (díade 1) os CCR2-T foram predominantes em quatro das cinco sessões e com Clarice (díade 2), em todas as cinco, com Fátima (díade 3) os comportamentos de melhora ocorreram mais que os problema em três sessões da fase A+B. É importante destacar que, independentemente disso, houve claro aumento dos comportamentos de melhora na fase A+B, sendo que esses, que vinham em tendência de queda na fase A, passaram a demonstrar tendência de aumento.

Com relação aos comportamentos do terapeuta, observou-se o aumento expressivo da evocação na mudança de fase, sendo que essa vinha ocorrendo em baixa frequência ao longo da fase A. No caso da consequenciação, essa ocorreu mais do que a evocação ao longo de todas as sessões e seguiu em tendência de aumento a partir da fase A+B. Esse dado é diferente do observado tanto com Sofia quanto com Hilde, as quais evocavam mais do que consequenciavam na fase A e, na mudança de fase, passaram a consequenciar mais do que evocar. Com Jorge, ambos os comportamentos mostraram tendência de aumento ao longo das sessões e houve mudanças nos tipos de evocação e de consequenciação, as quais serão detalhadas adiante na discussão das regularidades encontradas nos dados.

Considerando-se as três díades participantes, os dados representados na Figura 3 são robustos por representarem os processos mais importantes que ocorrem dentro de uma sessão FAP no que se refere à frequência dos comportamentos alvo para essa psicoterapia. Como destacado por Botomé (1980) e Kubo e Botomé (2001), o procedimento de ensino possui relevância na medida em que produz efeitos sobre a prática do aluno, ou seja, mudança de comportamento. Por esse motivo, os dados das sessões com os clientes foram considerados essenciais inclusive para medida das variáveis dependentes dos terapeutas, já que capturam mudanças no repertório de interesse do terapeuta em seu ambiente de aplicação, ou seja, com o cliente.

Ainda, pesquisas anteriores que buscaram investigar a efetividade de ações de ensino de terapeuta trouxeram grande enfoque no desenvolvimento e mensuração de mudanças sobre o repertório do terapeuta (ver Bernard & Goodyear, 2014; Simpson-Southward et al. 2017; Wheeler & Richards, 2007). Contudo, poucos estudos se debruçaram sobre os efeitos dessas práticas sobre os clientes que recebem atendimento e essa preocupação foi levantada por diversos pesquisadores da área ao longo dos anos (Hill et al., 2017; Callahan et al., 2009; Miller et al., 2018; Watkins, 2011; Watkins & Callahan, 2019). Esses autores destacam a relevância

desse tipo de investigação por compreender que o objetivo final das ações de ensino de terapeutas é justamente promover mudanças clínicas que impactem de forma positiva os clientes. Ainda, no campo da FAP, são os comportamentos clinicamente relevantes os indicativos da efetividade do processo psicoterapêutico (Follette & Bonow, 2009; Waltz & Follette, 2009)

Os dados da presente pesquisa trazem um avanço importante nesse sentido por demonstrarem de forma experimental que ocorrem mudanças clínicas importantes sobre o repertório dos clientes as ações de ensino conduzidas na variável independente são inseridas. Partindo, portanto, da análise acerca dos efeitos obtidos sobre os CCR, são dois elementos aqui constatados:

1) houve alteração na frequência relativa de comportamentos alvo das clientes e

2) essa alteração está relacionada a mudanças na frequência, qualidade ou ambas dos comportamentos de evocação e consequenciação dos terapeutas em sessão a partir da inserção do pacote multicomponente de ações de ensino.

Escolhido para esse estudo, o delineamento experimental de linha de base múltipla não concorrente (Watson & Workman, 1981) trouxe robustez e possui forte validade interna dos dados por inserir a variável independente em momentos distintos com cada participante e garantir, assim, que não foram outras variáveis que não a VI que produziram os efeitos registrados nas VDs. A fase A teve duração de 15 sessões para a díade 1, 10 para a díade 2 e 5 para a díade 3 e, ainda assim, todos apresentaram efeitos importantes na fase A+B, o que indica que a responsável pelas mudanças registradas foi a VI e não a passagem do tempo ou variáveis estranhas.

De forma consistente, ocorreu aumento de CCR2-T das três clientes do presente estudo, o que traz um dado contundente acerca da mudança na efetividade das intervenções dos três terapeutas em sessão a partir da introdução do pacote de ensino. Pesquisas anteriores haviam encontrado relações entre procedimentos de ensino e efeitos observados nos comportamentos de melhora dos clientes em delineamento de caso único (ver Fonseca, 2016; Lepienski e Silveira, 2017; Meurer, 2011). Contudo, o presente estudo foi o primeiro a demonstrar com controle experimental a relação entre essas variáveis.

Ainda, os efeitos mensurados em sessão são similares aos encontrados em outras pesquisas que se utilizaram do delineamento de caso único inserindo a FAP com os clientes, já que nesses estudos, os CCR2 também passaram a ocorrer mais a partir da sua inserção dessa psicoterapia (e.g. Aranha et al., 2020; Geremias, 2014; Oshiro et al., 2012; Lima, 2017; Lizarazo et al., 2015; Moreira & Oshiro, 2021; Muñoz-Martinez et al., 2022) ou da variável

evocação da FAP (Vartanian, 2017). Isso indica que a condução do pacote de ensino foi suficiente para modificar o tipo de intervenção realizada pelos terapeutas de forma tal que eles próprios produziram a replicação dos dados de sessões FAP de outros estudos com seus clientes.

No caso da frequência de comportamentos dos terapeutas, também foram encontradas mudanças: tanto Sofia quanto Hilde apresentaram maior ocorrência de evocação ao longo da fase A e maior de consequenciação na fase A+B (com exceção da última sessão do procedimento, em que a evocação voltou a ocorrer mais para ambas). Com Jorge, foi registrada a consequenciação ocorrendo mais do que a evocação ao longo de todas as sessões de ambas as fases, indicando os dois comportamentos em tendência de aumento. Ainda, na mudança de fase, a evocação passou a ocorrer abruptamente mais do que em qualquer ponto da fase A, sendo que a tendência de aumento da consequenciação também foi mais expressiva. Esses dados apontam transformações ocorridas com a inserção da variável independente e são efeitos, portanto, do procedimento aqui aplicado.

O registro de mudanças nos comportamentos do terapeuta quando a FAP é inserida também foi obtido e discutido em outros estudos (e.g. Lizarazo et al., 2015; Moreira & Oshiro, 2021; Vartanian, 2017). É importante reiterar que as categorias desses estudos foram diferentes das categorias aqui utilizadas, as quais se assemelharam apenas às descritas em Vartanian (2017) a fim de englobar a evocação de comportamentos nas análises dos dados.

Outro elemento de destaque acerca dos CCR das clientes refere-se não apenas às variações abruptas, mas às suas mudanças progressivas com o passar das sessões. Com as três, percebe-se que os comportamentos problema encontravam-se em tendência de diminuição e os comportamentos de melhora, em tendência de aumento. Esse processo paulatino de aumento de CCR2 também foi observado nos estudos citados anteriormente que investigaram a FAP com delineamento de caso único e podem ser discutidos à luz do processo de modelagem para aquisição de novas respostas (Skinner, 1953). A curva de aquisição verificada aqui e nas demais pesquisas em FAP replicam o que foi discutido por Sidman (1960) no que se refere ao fortalecimento de respostas ser um processo que ocorre ao longo do tempo. Por conseguinte, essa mudança progressiva é representativa da transformação construída nos repertórios das clientes.

Ponderando acerca dos dados de frequência dos comportamentos, percebe-se que esses são importantes por mapearem e mensurarem uma dimensão comportamental de relevância para os analistas do comportamento (Poling et al., 1995). Além disso, essa é bastante utilizada em pesquisas em FAP, particularmente em se tratando de estudos que se embasaram no FAPRS

(Callaghan et al., 2008). Contudo, como discutiu Springer (1981), em se tratando de uma área aplicada, a complexidade das mudanças e dos eventos que ocorrem em psicoterapia pode não ser apreendida pela análise de uma única dimensão. Ainda, para atingir o objetivo do presente estudo, qual seja, a análise da efetividade das intervenções dos terapeutas em sessão, mais do que um aspecto do comportamento dos terapeutas precisou ser investigado a fim de apreender mudanças em seu repertório em sessão com seus clientes. Assim, uma hipótese do presente estudo era a de que outros aspectos seriam relevantes para mensurar mudanças que ocorressem com a inserção da VI.

Partindo dessa perspectiva, os próprios dados levantados e aqui discutidos trouxeram à luz outros elementos importantes para debate. Um deles foi que mesmo em sessões da fase A+B em que os percentuais de evocação e consequenciação atingiram níveis similares aos emitidos em sessões da fase A, não foi registrada frequência relativa de CCR2-T reduzida da mesma maneira como ocorreu na primeira fase. Exemplo disso foi a sessão 10 de Sofia e a 7 de Hilde, em que ambas as intervenções das terapeutas diminuíram para os valores similares aos da fase A, mas os comportamentos de melhora totais apresentaram percentuais mais altos do que anteriormente.

Essas sessões específicas foram pontuadas aqui como exemplos explícitos de que a frequência dos comportamentos do terapeuta poderia estar alta no início do procedimento, contudo, isso não era indicativo de que boas intervenções estivessem sendo realizadas. Tal ponderação acerca do que seria uma boa intervenção pode ser feita a partir dos efeitos sobre as clientes e das relações entre comportamentos de terapeuta e cliente. Como exemplo disso, do ponto de vista aplicado pode-se ponderar ser mais útil que o terapeuta emita uma única consequenciação contingente a um comportamento de melhora do cliente do que inúmeras consequenciações que não possuem o esperado impacto reforçador sobre esse comportamento. Esse é o tipo de dado que o instrumento FAPRS não é capaz de apreender ao se observar apenas seus dados brutos de frequência e, por esse motivo, a seguir foram realizadas outras análises que também são importantes para compreensão dos fenômenos observados nesse estudo.

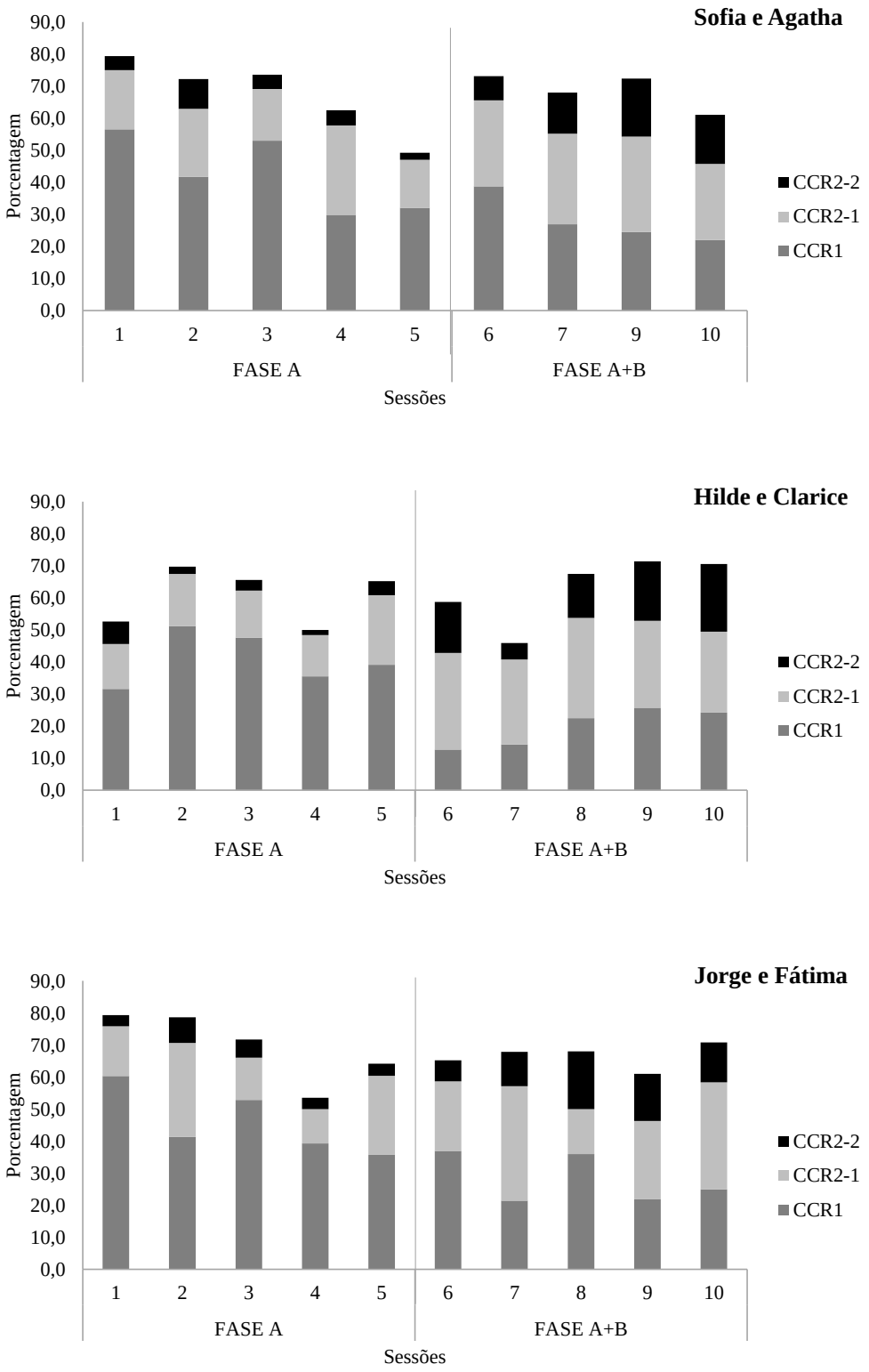
3.6. Qualidade dos comportamentos de melhora

Para além da frequência de emissão de comportamentos, outros aspectos são indicativos de mudanças significativas para a FAP (Munõz-Martinez et al., 2022). A Figura 4 mostra outra característica analisada: o tipo de comportamento clinicamente relevante emitido por cada cliente, com as distinções entre comportamento de melhora da modelagem (CCR2-1) e final

(CCR2-2). Conforme descrito no Método, o CCR2-2 foi qualificado na categorização com o FAPRS e se constitui como o comportamento de melhora alvo, ou seja, é um CCR2 na conceituação de caso daquele cliente e, ainda, seria considerado um comportamento “ideal” para a FAP de acordo com descrições do FIAT (Callaghan, 2006b). Já o CCR2-1 são comportamentos de melhora para aquele momento terapêutico, mas que ainda precisam ser modelados a fim de atingir o comportamento de melhora final. O objetivo de tal distinção foi o de verificar, além do dado de frequência de emissão de comportamentos, se havia mudança na qualidade dos CCR2 que o terapeuta trazia para a sessão.

Figura 4

Frequência relativa de comportamentos problema (CCR1), comportamentos de melhora da modelagem (CCR2-1) e comportamentos de melhora finais (CCR2-2) das clientes nas sessões das fases experimentais



O dado mais marcante obtido refere-se ao aumento do comportamento de melhora final (CCR2-2) ao longo da fase A+B com todos os participantes desse estudo. No caso de Agatha (gráfico superior da Figura 4), constatou-se que os CCR2-2 mantiveram-se ocorrendo de forma estável ao longo das sessões da fase A, com exceção da segunda, em que ocorreram em 9,3% das vezes. Nas demais, foram emitidos em 4,3% na primeira, 4,4% na terceira, 4,8% na quarta e 2,2% na última sessão dessa fase. Em contrapartida, na fase A+B, verificou-se a ocorrência de CCR2-2 em 7,5% das falas da cliente na sessão 6, aumentando para 12,8% na 7, 18,1% na 9 e, por fim, decaindo para 15,3% na sessão 10. Assim, de modo geral, as maiores variações com relação aos CCR2 foram com o CCR2-2 na fase A+B. Ao longo da fase A, ambos os tipos apresentaram mudanças, apesar de o CCR2-2 permanecer em percentual baixo. No caso do CCR2-1, esse apresentou oscilações ao longo da fase A, mas permaneceu ocorrendo de forma estável na fase A+B (28,6% na sessão 6, 28,2% na 7, 29,8% na 9 e diminuindo para 23,7% na sessão 10).

Com Clarice (gráfico central da Figura 4), em linhas gerais o padrão se repetiu, com exceção das sessões 1 e 7. Na sessão 1, os CCR2-2 ocorreram em 7% das vezes, o maior percentual da fase A, decaindo para 2,3% na sessão 2, 3,3% na sessão 3, atingindo o menor valor na sessão 4 (1,6%) e aumentando para 4,3% na sessão 5. Já na primeira sessão da fase A+B, os CCR2-2 atingiram expressivos 15,9% das ocorrências, o maior valor até o momento. Na sessão 7, foi atingido o menor valor da fase (5,1%), o qual aumentou para 13,8% (sessão 8) e, em seguida 18,6% na 9. Na última sessão, esses comportamentos chegaram a 21,1%. No caso dos CCR2-1, os mesmos se mantiveram entre 12,9% e 16,3% na fase A, com exceção da sessão 5 (21,7%). Na fase A+B, permaneceram entre 25,3% e 31,3%, também representando aumento em relação à fase A.

Por último, Fátima (gráfico inferior da Figura 4) foi a participante que apresentou oscilação maior em relação às demais sem, contudo, deixar de apresentar a mesma tendência de aumento de CCR2-2 ao longo da fase A+B. Esses tiveram 3,4% de ocorrências na sessão 1, 8% na 2, decaíram para 5,7% na 3, para 3,7% na 4 e encerraram a fase com 3,8%. Já na sessão 6, houve aumento de percentual para 6,5%, em seguida 10,7% na sétima, 18% na oitava, decaindo para 14,6% na penúltima e 12,5% na última.

No caso de Fátima, houve mais oscilações na proporção entre CCR2-1 e CCR2-2. Assim, no caso da na sessão 2 de Fátima, em que houve aumento expressivo de CCR2-T conforme descrito anteriormente, constatou-se aumento nos dois tipos. Contudo, a maior frequência relativa foi de CCR2-1 (de 15,5% na sessão 1 para 29,3%). O mesmo ocorreu na sessão 5, em que também houve aumento de CCR2-T, mas o maior aumento foi de CCR2-1

(24,5%) do que pelo CCR2-2 (3,8%). Em contrapartida, na primeira sessão de mudança de fase, apesar de não ocorrer alteração nos comportamentos de melhora de forma geral (CCR2-T em 28,3% tanto na sessão 5 da fase A quanto na 6 da fase A+B), registrou-se aumento de CCR2-2 (de 3,8% para 6,5%) e diminuição dos CCR2-1 (de 24,5% na sessão 5 para 21,7% na 6). Verifica-se, dessa forma, que Fátima não apresentou mudança no percentual de CCR2-T na mudança de fase, entretanto, emitiu mais CCR2-2 nessa sessão do que na última da fase A. Tal dado aponta modificação na qualidade do comportamento de melhora emitido.

Entretanto, a mudança mais expressiva com essa cliente se deu na sessão 7, os CCR2-1 atingindo o maior valor de todas as sessões (35,7%) e os CCR2-2 com aumento (10,7%). Essa foi a sessão em que os comportamentos de melhora totais ultrapassaram pela primeira vez o percentual de comportamentos problema. Em seguida, a sessão 8 indicou a única vez no procedimento em que o percentual de CCR2-2 (18%) superou o de CCR2-1 (14%). Essa foi a única ocorrência desse fenômeno entre todas as clientes do estudo. Já na sessão seguinte, os CCR2-2 decaíram para 14,6% e os CCR2-1 aumentaram para 24,4%. Na última sessão de Fátima, os CCR2-1 ocorreram mais (33,3%), mas a frequência relativa de CCR2-2 permaneceu elevada (12,5%), ou seja, esse comportamento não voltou a atingir valores da primeira fase a partir da sessão 7.

A proposta de qualificar os comportamentos de melhora em dois tipos distintos é nova e, obviamente que, como tal, pode ainda ser aprimorada dentro de novos estudos sobre a FAP. Apesar disso, essa nova análise trouxe alguns elementos relevantes para discussão sobre as melhoras clínicas favorecidas pelas intervenções dos terapeutas submetidos ao pacote de ensino aqui proposto. São, assim, dois pontos principais para discussão desses dados.

O primeiro e mais saliente refere-se à maior ocorrência de CCR2-2 a partir da mudança de fase com as três clientes. Tal consistência e, novamente, a força do delineamento experimental conduzido, tornam esse dado um indicativo contundente da maior efetividade dos terapeutas a partir da inserção da VI. Com Agatha, da sessão 6 em diante o tipo de comportamento de melhora que passou a aumentar foi o CCR2-2. No caso de Clarice, também houve aumento na sessão 6, uma diminuição na 7 para os níveis da fase A, entretanto, com tendência expressiva de aumento a partir da sessão 8. Já com Fátima, também foi registrado aumento a partir da mudança de fase e os comportamentos de melhora finais não voltaram a atingir os valores da fase A já a partir da sessão 7. Assim, com a mudança de fase, os níveis atingidos de CCR2-2 não estiveram próximos aos níveis da fase A na maior parte das sessões da fase A+B e esse dado foi consistente para as três clientes.

O segundo ponto refere-se ao procedimento de modelagem: o progressivo aumento na frequência de CCR2-2 que ocorreu de forma mais contundente a partir da fase A+B, é um firme indício de que a modelagem pelos terapeutas foi mais efetiva em atingir seus objetivos após a inserção da VI. Essa progressão observada se assemelha à curva de aquisição descrita por Sidman (1960) e pode ser considerada representativa desse processo. A modelagem de determinada resposta ocorre por meio do reforçamento diferencial por aproximações sucessivas de respostas que se assemelhem progressivamente mais àquelas estabelecidas como meta (Catania, 1999; Skinner, 1953). Como os CCR2-2 são os comportamentos "finais" na escala da modelagem definida para cada cliente, o fato de esses aumentarem de percentual é um indicativo de que a modelagem dos CCR2-1 também estava sendo bem-sucedida.

Seria possível argumentar que como a modelagem estava em progresso ao longo da fase A, a mesma atuou sobre o fortalecimento dos CCR2-1 e, com o passar do tempo, atingiu mais respostas alvo finais, CCR2-2. Nesse caso, os efeitos observados na fase A+B seriam fruto do procedimento conduzido ao longo da fase A e do tempo de exposição dos clientes ao mesmo. Tal discussão é relevante e obviamente que não pode ser descartada, contudo, se o principal efeito fosse relacionado ao tempo de exposição a esse procedimento, a cliente da díade 3 não teria demonstrado resultados tão expressivos como os que foram observados, já que havia permanecido na fase A por apenas 5 sessões. Não obstante, os efeitos de aumento de CCR2-2 a partir da mudança de fase foram observados independentemente do tempo de exposição na fase A por 5, 10 ou 15 sessões. Assim, apesar de não se descartar essa variável, pode-se considerar que também houve uma potencialização das mudanças sobre o tipo de comportamento de melhora a partir da mudança de fase.

As mudanças nos tipos de CCR2 podem ser discutidas a partir do olhar sobre Habilidades Terapêuticas na FAP proposto no presente estudo e operacionalizado na Tabela 6 (Anderson & Hill, 2017). Enquanto repertório a ser modelado, os três terapeutas apresentavam dificuldades na classe de Habilidades Conceituais. Mais especificamente e ainda dentro dessa, haviam dificuldades na definição de metas terapêuticas de CCR2, tanto para o momento da modelagem (CCR2-1) quanto para o processo como um todo (CCR2-2). Partindo dessa perspectiva, faz sentido que ao longo da fase A os terapeutas encontrassem obstáculos para modelar comportamentos de melhora e, assim, fortalecê-los.

Do ponto de vista qualitativo, observado em supervisão ao longo da coleta de dados, com Sofia e Hilde havia a dificuldade em adequar as metas terapêuticas finais (CCR2-2) para o que as clientes conseguiriam emitir no momento (CCR2-1). Isso era um impeditivo para o procedimento de modelagem, já que o critério de aproximações sucessivas é importante para

partir do repertório de entrada da cliente e modelá-lo em direção às metas terapêuticas (Darrow et al., 2012; Follette & Bonow, 2009; Kohlenberg et al., 1999; Kohlenberg & Tsai, 1991; Waltz & Follette, 2009; Tsai et al., 2009). No caso de Jorge, também essa habilidade precisou ser construída ao longo do procedimento, entretanto, era maior a dificuldade no estabelecimento de CCR (paralelos funcionais) com sua cliente. Assim, o estabelecimento de metas terapêuticas da modelagem e finais não eram um ponto de grande dificuldade com esse terapeuta. Possivelmente, por esse motivo o terapeuta foi mais efetivo em evocar e modelar CCR2-2 a partir da fase A+B: o terapeuta passou a evocar mais e de forma mais efetiva a partir da mudança de fase.

Sobre a modelagem de repertórios, é válido discutir, ainda, que o que se observa não é necessariamente um processo linear. Não existe o estabelecimento de um repertório que ocorre em constância uniforme e de forma rígida e progressiva ao longo do tempo. Conforme discutido por Waltz e Follette (2009), a ocorrência de mudanças na emissão da resposta faz parte do processo de fortalecimento de uma e enfraquecimento de outras. Essa alteração no repertório das clientes ocorreu tanto entre CCR1 e CCR2-T, esses últimos passando a ocorrer em maior percentual na fase A+B, quanto em relação aos CCR2-1 e CCR2-2. Nesse último caso, percebeu-se uma flutuação entre ambos que ocorreu desde o início do procedimento, ou seja, ora as clientes estavam engajadas em um tipo, ora em outro.

A produção dessa flutuação pode depender de diversas variáveis, inclusive o tipo de consequência dada pelo terapeuta ou mesmo a evocação provida para os comportamentos de melhora. O próprio fato de o comportamento de melhora aumentar é um indicativo da efetividade do reforçamento social pelo terapeuta, como Krasner (1962) discutiu ao falar sobre o papel dessa variável em psicoterapia.

Também sobre esse tema, Waltz e Follette (2009) relacionaram as evidências de pesquisas em FAP com dados de pesquisa básica. Os autores discutiram que respostas incompatíveis também são enfraquecidas quando o foco é determinado comportamento. Assim, mesmo quando o terapeuta foca no comportamento de melhora, de alguma maneira ele atua no enfraquecimento dos comportamentos problema. Essa discussão relaciona-se com a proposta de Weeks et al. (2012) de que o foco do terapeuta FAP deve ser manter a emissão de CCR2 em *looping*: quanto mais emissões de comportamento de melhora, mais benéfico o processo será em termos de fortalecer esse repertório em detrimento dos comportamentos problema.

Além de influências do tipo de resposta modelada e evocada, fatores outros também podem afetar a emissão de uma ou outra resposta pelo cliente, como eventos de sua semana que podem ser mais desafiadores para manejo do terapeuta, temas da sessão que podem ser

mais evocativos de comportamentos problema ou de melhora, entre outros elementos trazidos pelo cliente.

Da perspectiva do terapeuta, também pode ser mais desafiador responder a um comportamento ou a outro a depender das suas próprias dificuldades, temas de sessão, momento de vida e identificação com o cliente, por exemplo (Tsai et al., 2009). Seus próprios T1 e a dificuldade em lidar com certos repertórios dos clientes pode ser desafiador e, inclusive, atrasar ou prejudicar o andamento do processo terapêutico. Sendo assim, por se tratar de uma área aplicada, são inúmeros os elementos que podem causar efeitos no processo, particularmente ao se analisar pequenas mudanças. Esse e os demais temas de investigação são detalhamentos importantes para futuros estudos na área.

Em se considerando os efeitos gerais produzidos pelos terapeutas, conclui-se que após a condução do pacote de ensino, houve mudanças importantes não apenas na frequência de comportamentos de melhora das clientes como também na sua qualidade. Pela regularidade e consistência dessas mudanças a partir da fase A+B, é possível constatar que a variável independente foi a responsável pelos efeitos observados nos CCR2 das clientes. A seguir, a microanálise dos dados de ambas as fases embasará a discussão acerca das relações entre comportamentos de terapeutas e de clientes em cada fase experimental.

3.7. Qualidade da evocação e consequenciação (Análise Sequencial)

A análise dos dados de frequência de emissão de comportamentos vem sendo amplamente utilizada em pesquisas com a FAP, conforme já discutido. Essa dimensão comportamental traz informações relevantes para investigação de mudanças nessa psicoterapia, particularmente em se tratando de delineamento de caso único e estudos que se utilizam do FAPRS para pesquisas de processo. Entretanto, além dos dados de frequência, vem-se considerando a utilidade da avaliação de elementos que mensurem os impactos que terapeuta e cliente produzem um sobre o outro ao longo do tempo.

A fim de complementar essa lacuna, a análise sequencial (Bakeman & Gottman, 1986) foi incluída no presente estudo com o objetivo de apreender mudanças com relação aos impactos produzidos pelos terapeutas sobre seus clientes. Essa proposta mapeia a probabilidade transicional de que determinada resposta do cliente se siga a cada intervenção do terapeuta. Assim, por exemplo a categoria TCR2 (consequenciação de CCR2) pode ser seguida pelas diferentes categorias do cliente. É mapeado o total de respostas após TCR2 e calculada a quantidade de vezes em que após essa categoria o cliente emitiu CCR1, CCR2-1, CCR2-2, etc.

Esse cálculo resulta na chamada probabilidade transicional, ou seja, qual foi a probabilidade de que certo comportamento do cliente se seguisse a cada intervenção do terapeuta. Tal análise de possibilita, assim, identificar os efeitos que os comportamentos do terapeuta sobre os comportamentos das clientes e mudanças nessa relação em cada fase do procedimento. O estudo de Muñoz-Martinez et al. (2022) se beneficiou do uso desse tipo de dado, indicando a relação entre o responder contingente do terapeuta e mudanças clínicas.

Na presente pesquisa, a análise sequencial foi realizada apenas com relação aos comportamentos de cliente que se seguiram aos de terapeuta no turno seguinte ao desse último. Esse é o chamado *lag* 1 e foi o único analisado por ser o ponto mais contíguo à resposta do terapeuta, apreendendo-se o efeito imediato dessa última sobre a emissão do CCR. Não foi realizada análise de comportamentos do terapeuta que se seguiram aos de cliente por tal análise não se relacionar a variáveis dependentes do presente estudo.

Abaixo, serão apresentados os resultados para as três díades, comparando-se as probabilidades transicionais encontradas na fase A e na fase A+B. Em seguida, serão discutidos os dados de maior relevância encontrados.

Tabela 10

Análise sequencial das respostas da cliente Agatha que se seguiram às da terapeuta Sofia nas fases A e A+B

	CCR1		CCR2-1		CCR2-2		CPR	
	Fase A	Fase A+B	Fase A	Fase A+B	Fase A	Fase A+B	Fase A	Fase A+B
EV-CCR	0,65	0,54	0,15	0,23	0,05	0,15	0,15	0,08
TCR1	0,43	0,39	0,10	0,18	0,00	0,09	0,45	0,30
TCR2	0,13	0,10	0,23	0,37	0,13	0,10	0,45	0,43
TCR1-EV	0,58	0,47	0,17	0,37	0,12	0,13	0,10	0,03
TCR2-EV	0,38	0,24	0,40	0,33	0,11	0,30	0,11	0,09
TPR	0,54	0,33	0,16	0,24	0,08	0,12	0,21	0,29

Observa-se, portanto, que com Sofia o aumento de ambos os tipos de CCR2 teve relação com intervenções FAP da terapeuta. As maiores alterações com essa díade referem-se às categorias de evocação durante consequenciação. Enquanto na primeira fase a probabilidade de TCR1-EV (evocação durante consequenciação de CCR1) ser seguida por CCR2-1 foi de 0,17, na fase A+B, passou a ser de 0,36. Também quanto à de TCR2-EV (evocação durante consequenciação de CCR2) ser seguida por CCR2-2 antes era de 0,11 e com a inserção da VI

passou a ser 0,30. No caso das evocações diretas (EV-CCR), essas passaram a ser menos seguidas por CCR1 (diminuição de 0,65 para 0,54) e mais por CCR2-1 (de 0,15 para 0,23) e CCR2-2 (0,05 para 0,15). Quanto a ocorrências de TCR1 (consequenciação de CCR1), essas passaram a ser menos seguidas por CCR1 (de 0,43 para 0,39) e mais por CCR2-1 (de 0,10 para 0,18) e CCR2-2 (de 0,0 para 0,09), sendo que as de TCR2 (consequenciação de CCR2) passaram a ser mais seguidas por CCR2-1 (de 0,23 para 0,37).

Houve também diminuição na emissão de CPR (progressão da sessão pela cliente) após a terapeuta emitir EV-CCR, TCR1, TCR1-EV e TCR2-EV. Isso indica aumento de respostas relacionadas a FAP pela cliente após a introdução da variável independente. Os tipos de intervenção que mais passaram a ser seguidos de CCR2-2 na fase A+B foram EV-CCR (0,15) e TCR2-EV (0,30). A única categoria com essa terapeuta que não apresentou mudanças para ser seguida mais de CCR2-1 foi a TCR1, entretanto, essa também passou a ser menos seguida de CCR1 (probabilidade de 0,43 para 0,39). Todas as intervenções da terapeuta passaram a produzir menos comportamento problema na fase A+B.

Tabela 11

Análise sequencial das respostas da cliente Clarice que se seguiram às da terapeuta Hilde nas fases A e A+B

	CCR1		CCR2-1		CCR2-2		CCR3		CPR	
	Fase A	Fase A+B	Fase A	Fase A+B	Fase A	Fase A+B	Fase A	Fase A+B	Fase A	Fase A+B
EV-CCR	0,57	0,14	0,14	0,36	0,07	0,18	0,00	0,05	0,14	0,23
TCR1	0,53	0,36	0,05	0,43	0,00	0,02	0,03	0,00	0,40	0,19
TCR2	0,15	0,20	0,10	0,27	0,00	0,13	0,05	0,07	0,60	0,30
TCR1-EV	0,59	0,36	0,15	0,28	0,04	0,22	0,00	0,03	0,20	0,08
TCR2-EV	0,55	0,26	0,30	0,29	0,05	0,31	0,05	0,03	0,00	0,10
TPR	0,26	0,10	0,18	0,20	0,06	0,11	0,04	0,00	0,44	0,57

Da mesma maneira que com a díade Sofia e Agatha, no caso de Hilde e Clarice (Tabela 11), também se observou aumento da relação entre os comportamentos da terapeuta e a emissão de CCR2-1 e CCR2-2 em quase todas categorias. Os aumentos mais expressivos com relação a CCR2-1 são os que se seguiram a EV-CCR (de 0,14 na fase A para 0,36 na A+B) e TCR1 (de 0,05 para 0,43). Percebe-se, assim, que tanto as evocações diretas quanto as consequenciações de CCR1 foram mais efetivas em trazer imediatamente mais CCR2-1. Em seguida, tem-se que esses também se seguiram mais a consequenciações de CCR2 da terapeuta (0,10 para 0,27) e TCR1-EV (de 0,15 para 0,28). A categoria de TCR2-EV passou a ser

ligeiramente menos seguida por CCR2-1 (de 0,30 para 0,29), entretanto, verifica-se que houve aumento expressivo da CCR2-2 (0,05 para 0,31). Também TCR1-EV passou a ser mais seguido por CCR2-2 (0,04 para 0,22). Ainda, enquanto na fase A, a evocação durante consequenciação de CCR2 trazia mais comportamentos problema para a sessão (0,55), essa mesma intervenção passou a ser menos seguida de CCR1 na fase A+B (0,26).

Após a terapeuta se engajar em evocação direta (EV-CCR) na fase A, a cliente emitia mais CCR1 do que na fase A+B: a probabilidade passou de 0,57 para 0,14. Após esse tipo de intervenção, aumentou a probabilidade de emissão de CCR2-1 (de 0,14 para 0,36) e CCR2-2 (0,07 para 0,18). Ainda, enquanto na fase A havia maior probabilidade de emissão de CCR1 após consequenciações de CCR1 (0,53), isso se alterou na mudança de fase (0,36), sendo que essa intervenção da terapeuta passou a ser mais seguida de CCR2-1 (de 0,05 para 0,43). A maior parte das categorias da terapeuta passou a ser menos seguida por CCR1, com exceção da TCR2 que aumentou (de 0,15 para 0,20).

Tabela 12

Análise sequencial das respostas da cliente Fátima que se seguiram às do terapeuta Jorge nas fases A e A+B

	CCR1		CCR2-1		CCR2-2		CPR	
	Fase A	Fase A+B	Fase A	Fase A+B	Fase A	Fase A+B	Fase A	Fase A+B
EV-CCR	0,80	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00
TCR1	0,45	0,27	0,09	0,09	0,07	0,09	0,36	0,55
TCR2	0,22	0,12	0,33	0,41	0,00	0,16	0,44	0,31
TCR1-EV	0,78	0,36	0,11	0,18	0,00	0,36	0,11	0,09
TCR2-EV	0,57	0,24	0,29	0,35	0,00	0,12	0,14	0,29
TPR	0,45	0,37	0,23	0,18	0,07	0,10	0,23	0,30

Por último, a Tabela 12 mostra os dados de Jorge e Fátima. Da mesma maneira que com as demais díades, os CCR1 passaram a se seguir menos à maior parte dos comportamentos do terapeuta. Observou-se como maior impacto os CCR2-2, que se seguiram mais às evocações do terapeuta do tipo TCR1-EV (de 0 na fase A para 0,36 na A+B). Os comportamentos TCR2-EV também foram mais seguidos por CCR2-2 (de 0 para 0,12), bem como os TCR2 (de 0 para 0,16). Quanto aos CCR2-1, esses se seguiram mais aos TCR2 (de 0,33 para 0,41) e aos TCR2-EV (0,29 para 0,35). As consequenciações de CCR2 (TCR2) também produziram mais CCR2-1, partindo de 0,33 na fase A para 0,41 na A+B. Enquanto na fase A, a probabilidade de emissão

de CCR1 após a TCR1-EV era de 0,78, essa passou a ser de 0,36 na fase A+B. O mesmo ocorreu com TCR1, que partiu de 0,45 para 0,27.

Os CPR também passaram a se seguir mais aos TCR1 (0,36 para 0,55). Esses comportamentos da cliente também passaram a ocorrer menos após consequenciação de CCR2 (0,44 para 0,31), TCR1-EV (0,11 para 0,09) e TCR2-EV (0,14 para 0,29). No caso de Fátima, esse dado é representativo por conta da verborragia da cliente, um CCR1 do caso. Isso porque se nas primeiras sessões de psicoterapia, o terapeuta não tinha entrada para conversar com a cliente, o fato de ela dar esse espaço é significativo, já que é um comportamento importante nesse contexto.

Os dados da análise sequencial das sessões das três díades indicam, portanto, mudanças expressivas na relação entre comportamentos dos terapeutas e das clientes ocorrendo após a inserção da variável independente. O principal resultado refere-se ao aumento na probabilidade de emissão dos dois tipos de CCR2 após intervenções de evocação e consequenciação dos três terapeutas. Embora tenha ocorrido variações específicas entre as díades, a consistência foi registrada com relação aos CCR1: esses se seguiram menos a quase todas as categorias dos três terapeutas.

Relacionando-se os dados obtidos, observou-se que as intervenções de evocação durante consequenciação (TCR1-EV e TCR2-EV) passaram a ser seguidas mais de CCR2-1 e CCR2-2 e menos de comportamentos problema. Esse dado ocorreu mais entre os participantes, com exceção de CCR2-1 que se seguiram menos à categoria TCR2-EV da díade Sofia e Agatha (0,40 na fase A e 0,33 na fase A+B) e também da díade Hilde e Clarice (0,30 para 0,29). Apesar disso, as diminuições dessa relação não foram expressivas.

Ainda, todas as clientes passaram a emitir menos comportamentos problema após os terapeutas se engajarem em consequenciações de CCR1. Com as três díades, esse tipo de consequenciação passou a ser mais seguido de comportamentos de melhora, o que indica mudança na efetividade dessas intervenções dos terapeutas. Ainda, após consequenciação de CCR2 (TCR2), aumentou a probabilidade transicional de emissão de comportamentos de melhora pelas clientes: as três se engajaram mais em CCR2-1 após essa intervenção dos terapeutas e as díades 2 e 3 também apresentaram aumento na probabilidade de emissão de CCR2-2 após a consequenciação de CCR2.

O fato de a análise sequencial demonstrar que consequenciações dos terapeutas passaram a ser mais seguidas de comportamentos de melhora traz robustez à hipótese de que o pacote de ensino tenha fortalecido ou refinado esse tipo de intervenção terapêutica, dado esse que apenas a análise do aumento de frequência não seria capaz de apreender. Essa constatação

acerca da maior probabilidade de emissão de CCR2 em sessão é relevante pois levanta a discussão do *looping* de CCR2 na FAP (Weeks et al., 2012): quanto mais tempo o terapeuta conseguir manter o cliente emitindo e reemitindo comportamentos de melhora, mais oportunidades de reforçá-los e, portanto, de fortalecê-los no repertório do cliente. Nesse sentido, pode-se considerar que o pacote de ensino possibilitou que os terapeutas passassem a produzir mais esse *looping* em sessão, o que é considerado uma intervenção relevante para a FAP.

No caso da evocação direta de comportamentos (EV-CCR), essa era menos emitida pelo terapeuta Jorge: quando evocava, o mesmo se engajava predominantemente em evocações durante consequenciação. Isso torna a análise dessa categoria menos precisa dentro da análise sequencial para essa díade. Contudo, no caso das outras duas díades, essa intervenção produzia mais comportamentos problema na fase A, passando a ser menos seguida de CCR1 e mais de CCR2-1 e CCR2-2 após a mudança de fase. Somado a isso, observou-se que nas três díades as evocações durante consequenciação foram consistentemente mais seguidas de CCR2 do que CCR1 após mudança de fase.

Conforme discutido anteriormente, as duas terapeutas se engajaram em alta frequência de evocações ao longo da fase A sem que, entretanto, se observasse maior emissão de comportamentos de melhora de suas clientes em sessão. Assim, observando-se a relação entre evocações e o tipo de comportamento produzido nas clientes, percebe-se que de fato essas intervenções produziam mais comportamentos problema do que de melhora no turno seguinte ao dos terapeutas.

Novamente, o dado de frequência relativa dos comportamentos possui relevância por mapear variações dessa dimensão comportamental e, complementarmente, quando somado à análise sequencial levanta hipóteses sobre a relação estabelecida entre comportamentos de terapeuta e de cliente, como demonstrado no estudo de Muñoz-Martinez et al. (2022). Tal relação é indicativa da qualidade das intervenções do terapeuta, ou seja, sua efetividade em produzir comportamentos de melhora em sessão. Os dados de evocação, particularmente das terapeutas Sofia e Hilde, lançam luz sobre como algumas respostas podem ser emitidas em alta frequência e, ainda assim, não serem efetivas para atingimento de metas terapêuticas. A mesma relação foi observada com relação à consequenciação, essa sendo seguida mais por comportamentos de melhora do que comportamentos problema nas sessões das três díades na fase A+B.

Em síntese, fica estabelecido pela análise da relação entre intervenções dos terapeutas e o tipo de comportamento emitido pelas clientes na fase A+B que ocorreu mudança

significativa. As intervenções dos terapeutas que se seguiam de comportamentos problema passaram a se seguir mais de melhoras. Conforme abordado, isso é consistente com dados de Muñoz-Martinez et al. (2022), entretanto, se diferencia por levantar essa mudança ocorrendo no campo específico do ensino de terapeutas. Os resultados aqui observados e analisados dentro dessa metodologia registram claramente a mudança na efetividade das intervenções terapêuticas dentro da sessão após os participantes serem submetidos a uma ação de ensino.

Dessa maneira, conclui-se que a alteração do tipo de resposta que passou a ser mais produzida por essas intervenções a partir da inserção da variável independente é forte indicativo de que o pacote de ensino tenha trazido maior qualidade às intervenções.

3.8. Dados obtidos no FIAT

As pontuações obtidas pelo instrumento de autorrelato FIAT-Q representaram medida quantitativa a respeito do repertório dos clientes. A fim de se comparar as mudanças entre fases, foi realizado o cálculo percentual, mensurando-se o número de pontos registrados pelo cliente e dividindo-se pelo número de pontos máximo que poderia ser obtido dentro de cada classe e no total de respostas. Quanto maior a pontuação, mais dificuldade a cliente relata possuir nessa classe.

A única cliente cujos dados não foram comparados nos diferentes momentos do procedimento foi a Fátima (díade 3), que não respondeu o questionário na fase pré-intervenção e após a fase A+B (pós). É importante destacar que a aplicação de instrumentos na presente pesquisa foi prejudicada devido ao formato *on-line* de coleta de dados. Demais instrumentos que haviam sido programados para mensuração de variáveis clínicas e comportamentais também não puderam ser utilizados pela dificuldade em acompanhar os clientes na aplicação e reenvio dos instrumentos. Tal dificuldade é pertinente ao campo de pesquisas na área aplicada e foi agravada devido à pandemia de COVID-19 que ocorreu durante o período de coleta de dados. As pontuações percentuais do instrumento encontram-se na Tabela 13, abaixo:

Tabela 13

Pontuação do instrumento FIAT-Q em percentual, nas aplicações pré-intervenção, após a fase A e após a fase A+B.

CLASSES DO FIAT	Agatha			Hilde			Fátima
	Pré	**A**	**A+B**	**Pré**	**A**	**A+B**	**A**
A- Asserção de Necessidades	54,0	42,9	36,5	40,5	47,6	55,6	59,5
B- Comunicação Bidirecional	54,0	46,7	47,3	53,3	46,0	49,3	51,3
C- Conflitos Interpessoais	58,7	58,0	52,9	54,3	40,6	49,3	58,7
D- Autorrevelação e Intimidade	38,2	43,8	37,5	53,5	49,3	44,4	70,1
E- Expressão e Experiência Emocional	53,5	56,3	59,0	59,0	54,2	63,2	68,1
TOTAL	**51,6**	**49,6**	**46,9**	**52,4**	**47,6**	**52,3**	**61,5**

Contudo, no caso das demais clientes observa-se que houve mudanças significativas da fase pré para a pós-intervenção na maior parte das classes avaliadas. Agatha (díade 1) apresentou melhoras em todas as classes, com exceção da E (53,5 e 59%) e Clarice (díade 2) também apresentou pouca melhora nessa classe (59% e 63,2%) e na classe A (40,5% para 55,6%). Nas demais, foram registradas mudanças expressivas no registro de ambas as clientes, sendo a mais importante para Agatha a classe A, que partiu de 54% para 36,5% e, para Clarice, a de Autorrevelação e Intimidade (de 53,5% para 44,4%).

No que se refere a mudanças do final da fase A (logo antes da inserção da variável independente) para o pós-intervenção (após a coleta de dados completa), também a classe de Expressão e Experiência Emocional para Agatha e Clarice foram as que menos relataram melhoras (de 56,3% para 59% com a primeira cliente e de 54,2% para 63,2% para a segunda). De forma menos expressiva, Agatha também pontuou ligeiramente mais na classe B, sendo que as classes A, C e D apresentaram melhoras nas dificuldades relatadas pela cliente. No caso de Clarice, a única classe que apresentou melhora da fase A para a A+B foi a de Autorrevelação e Intimidade (de 49,3% para 44,4%).

Em 2017, Vartanian também obteve resultados similares com uma das clientes do estudo realizado e discutiu esses dados à luz da conceituação do caso da cliente. Conforme discutido sobre Clarice, a cliente apresentava grande dificuldade de identificação e descrição do próprio comportamento, sentimentos e valores. Havia uma questão de *self* importante que pode dificultar a descrição sobre si mesma e os instrumentos de autorrelato traduzem tal dificuldade. Assim, a partir do momento em que o processo terapêutico se desenvolve, também o repertório de autoconhecimento é construído. Nesse sentido, pode-se questionar se a aparente

“piora” da cliente Hilde da fase A para a A+B seria representativa de aumento de dificuldades interpessoais ou de ganhos clínicos referentes a descrições sobre o próprio comportamento.

3.9. Aferição de concordância

Foram categorizadas seis sessões para cálculo de concordância, sendo uma sessão por fase de cada díade participante. Landis e Koch (1977) propuseram valores de interpretação do índice Cohen Kappa no que se refere à concordância entre observadores:

<0	Sem concordância
0-0.20	Concordância baixa
0.21-0.40	Concordância razoável
0.41-0.60	Concordância moderada
0.61-0.80	Concordância substancial
0.81-1.00	Concordância quase perfeita

A Tabela 14, abaixo, indica as análises de concordância entre categorizadores.

Tabela 14

Análise das aferições de concordância entre categorizadores de acordo com cálculo percentual e com o índice Cohen Kappa

	Concordância percentual		Cohen Kappa	
	Fase A	Fase A+B	Fase A	Fase A+B
Díade 1	74%	63%	0,69	0,58
Díade 2	90%	65%	0,89	0,60
Díade 3	66%	60%	0,59	0,55

Foram registrados valores de concordância percentual acima de 60%, sendo a maior obtida a da díade 2, para a qual foi atingido 90% na sessão da fase A. De modo geral, observaram-se maiores concordâncias nessa fase do que na fase A+B. Com a díade 1, foi mensurado 74% na primeira fase e 63% na segunda e com a díade 3, houve a menor concordância entre categorizadores: 66% na fase A e 60% na fase A+B. Essa discrepância pode estar relacionada à natureza das sessões de Jorge e Fátima, já que a cliente apresentava falas muito extensas. Por esse motivo, diversos comportamentos poderiam ocorrer dentro da mesma fala, aumentando a probabilidade de que cada categorizador atentasse e respondesse a um e não a outro.

No que se refere ao índice Cohen Kappa, de modo geral foram registradas concordâncias de moderada a substancial, com exceção do ponto da fase A da díade 2, no qual foi registrada concordância quase perfeita (0,89). A díade 1 atingiu nível substancial na fase A (0,69) e moderado na fase A+B (0,58). Os outros valores mensurados também foram na ordem de uma concordância moderada: 0,60 na fase A+B da díade 2 e com a díade 3, 0,59 na fase A e 0,55 na A+B.

Os valores de concordância obtidos entre categorizadores são um ponto a ser discutido no presente estudo. A fim de trazer o menor viés possível aos dados, a aferidora não foi extensivamente treinada para categorizar as sessões e esse pode ter sido um fator relevante a ser considerado. Entretanto, foi uma escolha metodológica do presente estudo limitar a quantidade de treinos oferecida à aferidora justamente para evitar que essa fosse uma variável que interferisse no aumento da concordância entre categorizadores.

Apesar disso, os valores de concordância moderada obtidos foram elevados, quase atingindo o nível substancial em todas as sessões analisadas. Ainda, foi observada tanto um ponto de análise com concordância substancial quanto outro com concordância quase perfeita. Esses elementos em conjunto podem ser considerados pontos fortes no que se refere à aferição entre categorizadores do presente estudo.

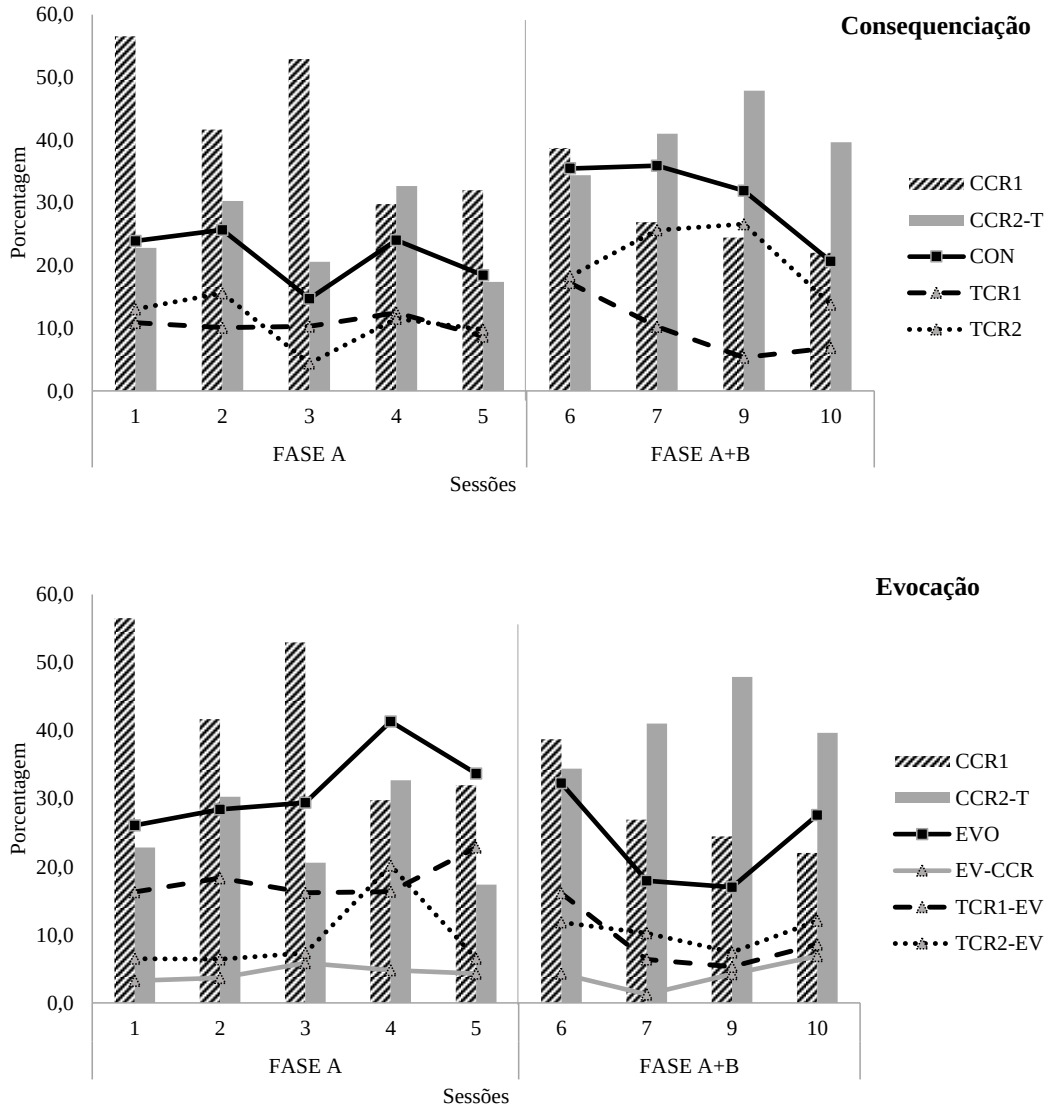
3.10. Processo de mudança na FAP e o *looping* de comportamentos de melhora

Conforme discutido anteriormente, foram encontradas algumas regularidades nos dados dos participantes. Por remeterem a processos de mudança descritos na literatura e em pesquisas em FAP, as sessões em que foram observadas tais regularidades foram analisadas mais detalhadamente e as discussões serão aqui colocadas. Foram: sessões 4 e 6 de Sofia (díade 1), sessões 5, 6 e 8 de Hilde (díade 2) e sessões 2, 5 e 7 de Jorge (díade 3). A semelhança entre tais sessões refere-se a um aumento abrupto de CCR2-T que ocorreu de forma expressiva e foi considerado a partir da análise visual dos gráficos (Sidman, 1960).

A partir desse efeito sobre os comportamentos de melhora totais e se considerando que os CCR2 se constituem em uma variável dependente do presente estudo, foi considerado importante realizar uma análise mais aprofundada sobre comportamentos dos terapeutas nessas sessões que poderiam ter influenciado tal mudança. Dessa maneira, partindo-se do questionamento sobre quais as alterações nas intervenções dos terapeutas que possam ter sido responsáveis pelo aumento abrupto de CCR2-T dos clientes, foram averiguadas as categorias de evocação e consequenciação de forma detalhada nessas sessões específicas.

Figura 5

Frequência relativa dos comportamentos da cliente Agatha e terapeuta Sofia (díade 1) referentes às categorias de consequenciação e evocação nas fases experimentais



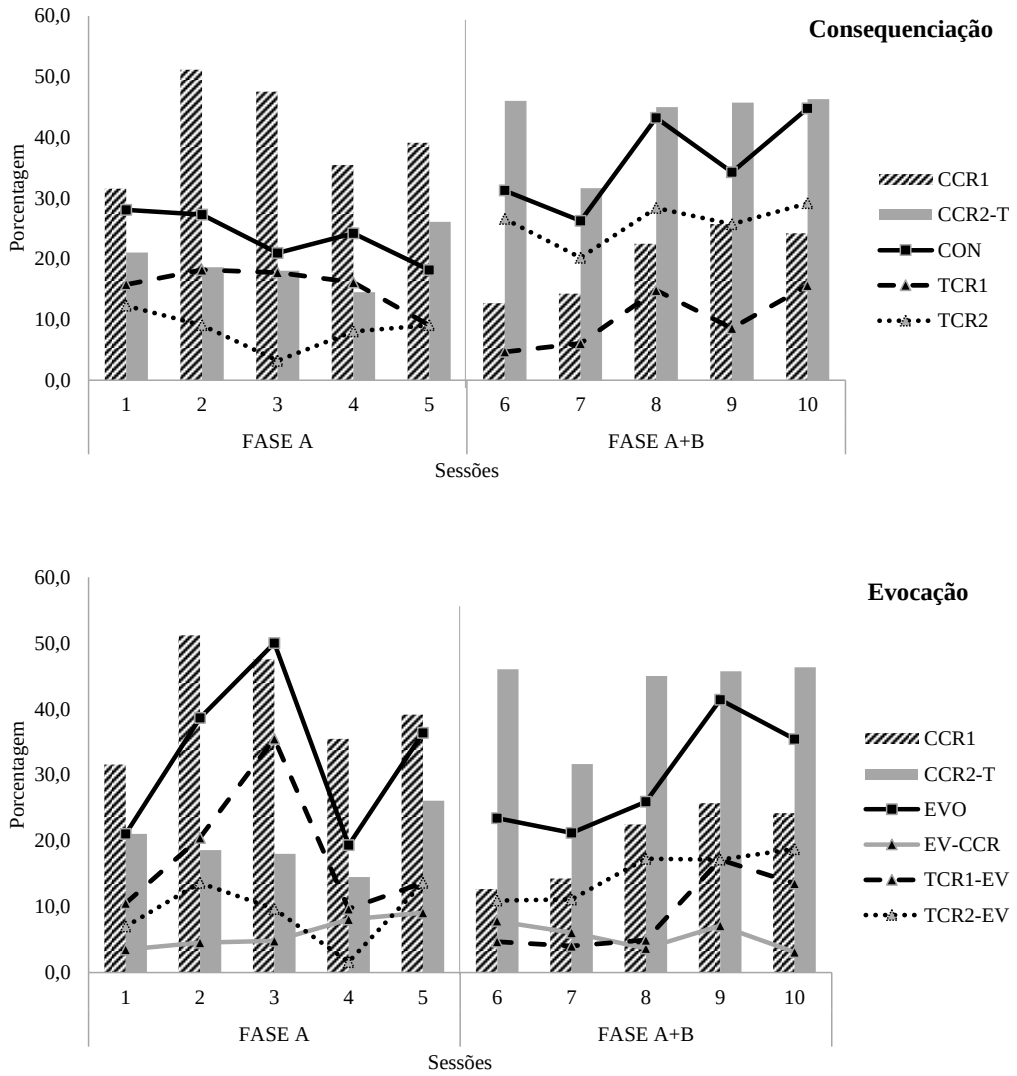
A sessão 4 de Sofia foi a única da fase A em que os comportamentos de melhora superaram em frequência relativa os comportamentos problema. No caso das intervenções da terapeuta, registrou-se aumento tanto na consequenciação quanto na evocação e a Figura 5 indica os subtipos de consequenciação (quadro de cima) e de evocação (quadro de baixo) emitidos pela terapeuta em cada sessão do estudo. Ao se detalhar os tipos de comportamentos da terapeuta da sessão 4, observou-se que as mudanças mais significativas foram o aumento de TCR2 (consequenciação de CCR2) de 4,4% para 11,5% e de TCR2-EV (partiu de 7,4% na

sessão 3 para 20,2% na 4). Evocações diretas e evocações durante consequenciação de CCR1 permaneceram com pouca mudança.

Outro momento em que os CCR2-T aumentaram expressivamente de uma sessão para outra foi na sessão 6, na qual também ocorreu aumento de TCR2-EV (de 6,5% na 5 para 11,8% nessa). Também o TCR2 indicou aumento (de 9,8% para 18,3%), bem como da consequenciação de CCR1 (de 8,7% para 17,2%), em proporção similar. Nessa sessão, houve diminuição de TCR1-EV (de 22,8% na 5 para 16,1%).

Figura 6

Frequência relativa dos comportamentos da cliente Clarice e terapeuta Hilde (díade 2) referentes às categorias de consequenciação e evocação nas fases experimentais

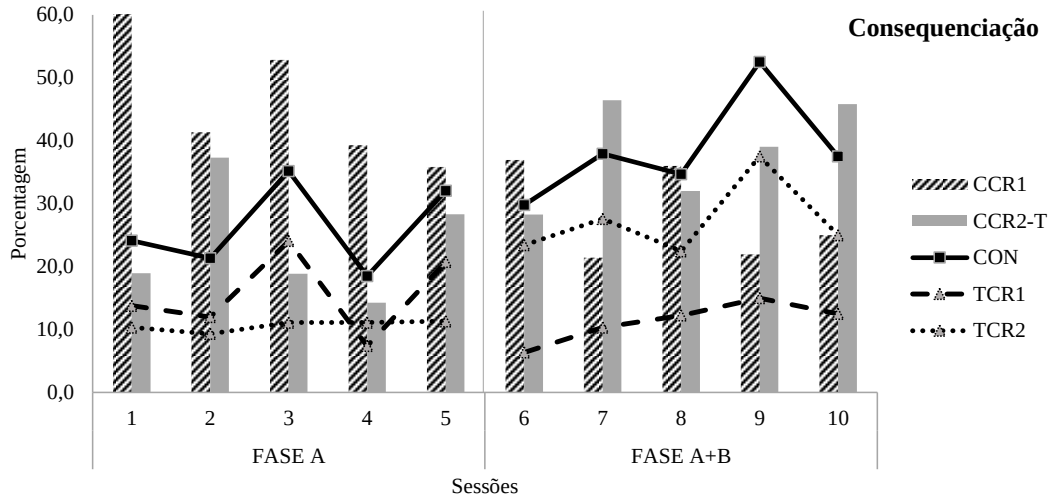


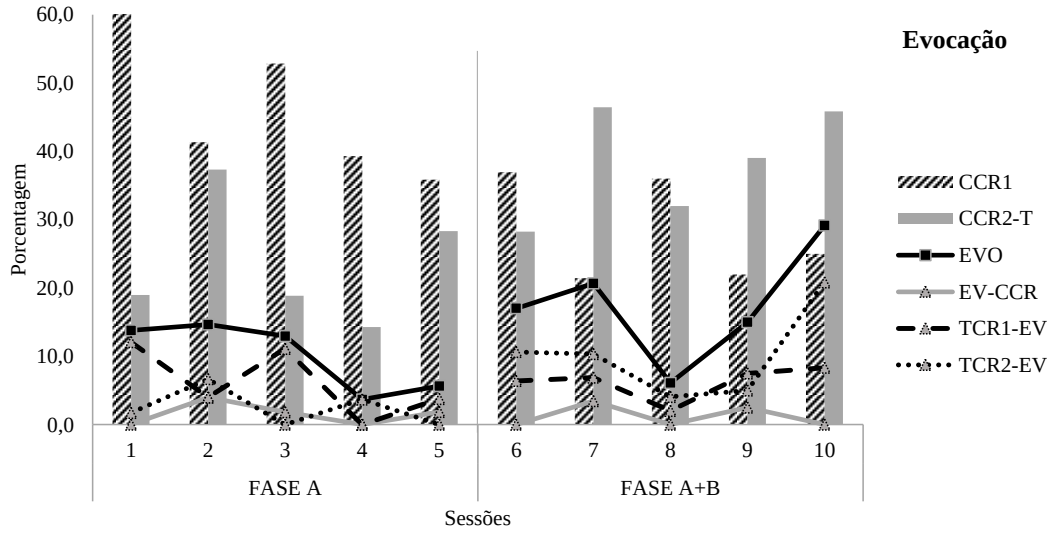
Conforme Figura 6, na sessão 5 de Hilde, também houve aumento significativo de CCR2-T (de 14,5% para 26,1%) e esse foi acompanhado de aumento de evocação (36,4%), cujo maior subtipo que indicou mudança foi a de evocação com consequenciação de CCR2 (TCR2-EV de 1,6% na sessão 4 para 13,6% na 5). Quanto à consequenciação, que apresentou queda, a mesma ocorreu para TCR1 (de 16,1% na sessão anterior para 9,1%). No caso do TCR2, houve pequeno aumento de 8,1% para 9,1%. As demais categorias da terapeuta não apresentaram mudanças significativas, indicando pouco ou nenhum impacto no aumento de comportamento de melhora da cliente.

Outra sessão em que se verificou essa mudança nos comportamentos de melhora nessa díade foi a 6, em que as mudanças mais significativas registradas no comportamento da terapeuta foram o expressivo aumento de TCR2 (de 9,1% para 26,6%) e a diminuição de TCR1-EV (13,6% para 4,7%). Em seguida, a sessão 8 também se mostrou relevante e houve aumento na evocação e na consequenciação totais. No detalhe, observou-se aumento tanto de TCR1 (de 6,1% para 14,8%) quanto de TCR2 (de 20,2% para 28,4%). Quanto à evocação, a maior mudança foi na TCR2-EV, que partiu de 11,1% na sessão 7 para atingir 17,3% na 8. As demais categorias não mostraram alterações significativas.

Figura 7

Frequência relativa dos comportamentos da cliente Fátima e terapeuta Jorge (díade 3) referentes às categorias de consequenciação e evocação nas fases experimentais





No caso de Jorge (Figura 7), foi registrado aumento importante de CCR2-T nas sessões 2, 5 e 7. Na sessão 2, observou-se aumento de TCR2-EV (de 1,7% na primeira sessão para 6,7%) e diminuição de TCR1-EV (de 12,1% para 4%). A evocação direta (EV-CCR) que não ocorreu na primeira sessão foi emitida em 4% das vezes na segunda. Nessa sessão, os CCR2-T apresentaram aumento, quase chegando no percentual de CCR1. Na sessão 5, também com percentual alto de comportamentos de melhora, observou-se aumento de TCR1 (7,4% para 20,8%) e de TCR1-EV (de 0% para 3,8%). Já na sessão 7, na fase A+B, o aumento de CCR2-

T foi acompanhado de diminuição de CCR1 (menor percentual atingido) e ambos os comportamentos do terapeuta aumentaram. Nessa sessão, aumentaram mais significativamente os percentuais de todas as categorias do terapeuta, entretanto, houve pouca diferença em relação à sessão 6. Esses e os demais dados serão discutidos a seguir.

É possível discutir que a consequenciação acompanha o tipo de CCR emitido pelo cliente, o que demonstra a relação estabelecida entre esses dois comportamentos na FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 1999; Skinner, 1953). Contudo, torna-se um fenômeno digno de análise ao se observar que com a terapeuta Sofia os momentos em que houve mais aumento de CCR2-T também foram sessões em que a evocação durante a consequenciação de CCR2 (TCR2-EV) ocorreu em alto percentual. Nas duas sessões destacadas de Sofia, a terapeuta emitiu intervenções mais focadas nos comportamentos de melhora do que nos comportamentos problema, seja evocando, seja consequenciando.

Enquanto se observou variação significativa na emissão dessas intervenções sobre o CCR2, não se percebeu alteração com relação ao foco no CCR1. Essa consistência é coerente com o que se espera de um procedimento de reforçamento diferencial (Catania, 1999) e também foi observada com as demais díades. No caso da sessão 6, houve inclusive diminuição de evocação durante consequenciação de CCR1 (TCR1-EV). Nessa sessão, também vale pontuar que foi registrado aumento na emissão de CCR2-2, que tiveram 7,5% das ocorrências totais da cliente.

No caso de Hilde (díade 2), a mesma regularidade foi encontrada em duas das três sessões em que houve aumento expressivo de CCR2-T. As sessões 5 e 8 dessa terapeuta também registraram aumento na emissão de evocação durante a consequenciação de CCR2. Apenas na sessão 6 de Hilde não ocorreu aumento importante nessa categoria, entretanto, a mesma encontrou-se em percentuais similares aos da sessão 5, ou seja, sua frequência relativa também estava elevada. Ainda, nessa sessão foi registrado o maior percentual de CCR2-2 (15,9%) pela cliente até esse ponto do procedimento, o que também é um dado importante para análise. A mesma ocorrência foi observada na sessão 8, com os CCR2-2 sendo emitidos em 13,8% das respostas da cliente.

Outro dado saliente dessa sessão 5 de Hilde refere-se à diminuição abrupta de consequenciação de CCR1, o que continuou na sessão 6: apesar de a cliente emitir CCR1 ainda em frequência elevada, a terapeuta respondeu menos a eles. Nesse ponto de coleta, o TCR1 diminuiu de percentual e o aumento no TCR2 e TCR2-EV indica que o foco da terapeuta na sessão 5 foram os CCR2. Entretanto, foi na sessão 6 que se observou a mudança abrupta nos comportamentos de melhora dessa díade. Nessa, os TCR2-EV se mantiveram em nível similar

à anterior, mas foram acompanhados de diminuição tanto na consequenciação de CCR1 quanto na evocação durante consequenciação de CCR1.

Essa junção de fatores parece ter sido o fator principal da mudança expressiva que se observou com essa cliente na primeira sessão da fase A+B e também pode ser enquadrado como o que é conduzido ao se fazer reforçamento diferencial. Além disso, a evocação ocorrendo em conjunto com a consequenciação de CCR1 pode indicar que não apenas a terapeuta proveu consequências aos problemas da cliente como também apresentou contexto (estímulo antecedente) para que essa emitisse um comportamento de melhora. Vartanian (2017) discutiu esse tipo de dado referente à evocação, apontando a importância de prover consequências ao comportamento problema que possibilitassem ao cliente emitir um CCR2. Isso, muitas vezes, significaria então evocar outro comportamento como forma de consequenciar o CCR1 evitando o controle aversivo (Darrow et al., 2012; Follette & Bonow, 2009).

Com Jorge (díade 3), na sessão 2 a ocorrência de CCR2-T não chegou a ultrapassar a de CCR1 como no caso de Hilde, entretanto, seus valores atingiram percentuais altos e quase similares aos de CCR1, o que tornou esse dado relevante para análise. Nessa sessão, também houve foco maior sobre os comportamentos de melhora, com aumento da emissão de TCR2-EV no maior valor da fase A, ocorrendo em conjunto o aumento da evocação direta (EV-CCR).

A sessão 7 foi outro momento em que o foco do terapeuta estava sobre os CCR2, sendo que inclusive nessa sessão foi registrado um dos menores valores de TCR1 do procedimento com essa díade. Nessa sessão também houve aumento de EV-CCR e pode-se discutir que esses foram os dois pontos de coleta em que houve aumento desse comportamento, o que provavelmente teve impacto sobre o aumento das melhoras da cliente. Tanto na sessão 2 quanto na 7 de Jorge, foi registrado aumento nos CCR2-2, o que também é um indicativo do efeito dessas intervenções sobre a qualidade dos comportamentos da cliente em sessão. Ainda, houve outro momento em que os CCR2-T aumentaram de frequência (sessão 5), contudo, nessa os dados não demonstraram regularidades similares às demais aqui discutidas, já que as intervenções que mais ocorreram foram com foco no CCR1.

São dois elementos importantes levantados a partir dessas análises aqui propostas:

1) a relação entre o foco do terapeuta nos CCR2 e seu aumento, que remete ao reforçamento diferencial e ao *looping* e

2) o papel da evocação na produção de efeitos expressivos nos comportamentos de melhora.

Como se sabe, o mecanismo de mudança da FAP é o responder contingente do terapeuta ao CCR2 em sessão, ou seja, a consequenciação. Nesse sentido, os dados indicam a importância do reforçamento diferencial ao comportamento de melhora que ocorre em sessão. Enquanto o foco do terapeuta são os CCR2, observa-se que esses também ocorrem em maior frequência e passam a ser modelados de forma mais eficaz em sessão. Ainda, esse também é um procedimento que enfraqueceria comportamentos problema, já que não dar foco aos CCR1 possibilita variabilidade, emissão e o fortalecimento de comportamentos alternativos como o CCR2 (Follette & Bonow, 2009). Também ao descreverem possíveis respostas ao CCR1, Popovitz e Silveira (2014) elencaram o bloqueio de fuga/esquiva por meio da reapresentação da pergunta ao cliente ou pelo favorecimento a descrições sobre seu próprio comportamento. Nesse sentido, pode-se discutir esse tipo de intervenção como o terapeuta propiciando contexto para respostas alternativas do cliente, ou seja, evocando CCR2.

O que foi observado na presente pesquisa refere-se também ao que foi descrito como *looping* de CCR2 por Weeks et al. (2012): o objetivo da FAP é manter o cliente emitindo comportamentos de melhora na relação terapêutica, aumentando, assim, as oportunidades de o terapeuta reforça-los e também enfraquecendo a classe de respostas problema.

Esses procedimentos se referem à manipulação de estímulos consequentes. Contudo, conforme apontado por Oshiro et. al (2012) e posteriormente investigado por Vartanian (2017), a evocação também desempenha um papel nesse processo. Dados de pesquisas básicas que se debruçam sobre os estímulos antecedentes (Catania, 1999; Michael, 1982, 1983, 1993, 2000; Skinner, 1953; Sério et al., 2004) também destacam seu sobre as mudanças comportamentais dos indivíduos. Os organismos se comportam dentro de determinado contexto e diante de determinadas sinalizações e, obviamente que para que a resposta possa ser reforçada, punida, ou mesmo colocada em extinção, ela primeiro precisa ocorrer.

Assim, o responder contingente diz respeito ao processo de modelagem da resposta do cliente, entretanto, não explica o porquê de os clientes passarem a emitir mais CCR2 a partir do momento em que a FAP é introduzida em estudos como de Oshiro et al. (2012) que se utilizou do delineamento de reversão. Da mesma maneira que discutiu Vartanian (2017), a mudança abrupta de CCR1 para CCR2 quando a FAP com todos os seus componentes é introduzida é um indicativo do fortalecimento do repertório do cliente em sessão, mas principalmente de que o terapeuta passa a trazer para a sessão muito mais CCR2 do que CCR1. Apesar de se falar do processo de modelagem de respostas para discutir dados como esse, como Sidman (1960) apontou, existe uma curva para a instalação de novas respostas (curva de aprendizagem), o que não ocorre nesse tipo de dados.

Os dados da presente pesquisa, bem como os de Vartanian (2017) isolaram em categorias do FAPRS específicas a evocação que ocorre durante a consequenciação de outras categorias de consequenciação que não possuem essa função ocorrendo em conjunto. Com a criação dessa categoria, processos evocativos que ocorrem somados com o responder contingente do terapeuta foram levantados de forma isolada (códigos TCR1-EV e TCR2-EV). As regularidades encontradas e aqui discutidas, replicam dados de Vartanian (2017) e apontam para a importância desse tipo de intervenção na FAP.

Pode-se discutir que as consequenciações (responder contingente) estão presentes e existe o foco sobre comportamentos de melhora. O que mudou foi que as consequenciações foram associadas à apresentação de contexto para que o cliente emitisse um CCR2. A mudança abrupta de emissão entre um tipo de comportamento e outro indica a existência de elementos evocativos na sessão FAP com os participantes do presente estudo.

Nesse ínterim, pode-se discutir que enquanto o responder contingente é importante para o mecanismo de mudança dessa psicoterapia (mediador), a evocação pode ser enquadrada como um moderador importante, já que essa exerce influência sobre tal mecanismo no seu campo de ação e intensidade (Kazdin, 2008). O que foi identificado no presente estudo e na análise de Vartanian (2017) foi a evocação como um moderador que potencializa a consequenciação nessa psicoterapia: se o terapeuta não der contexto para que o cliente emita CCR2, aumenta a probabilidade de que o repertório mais fortalecido desse (CCR1) estará presente em sessão, como discutido por Follette e Bonow (2009). Atuando para guiar o cliente na emissão de comportamentos de melhora, o terapeuta pode, então, passar a refiná-los por meio da modelagem, procedimento que traz efeitos progressivos de mudança. Quando ocorrendo em conjunto com a consequenciação, a evocação potencializa os efeitos dessa, alterando de forma mais efetiva e rápida o tipo de comportamento do cliente trazido para sessão.

É importante discutir ainda que um limitador do presente estudo foi a categoria TCR-EV, a qual consiste na junção entre consequenciação e evocação. Aqui se englobam tanto 1) evocações ocorrendo após ocorrência de um CCR e 2) consequenciações que ocorrem em conjunto com evocações na mesma fala. Compreender as duas funções (consequenciação e evocação) ocorrendo conjuntamente somente foi possível por meio da criação dessa categoria. Contudo, por consistir em uma junção, fica impossível distinguir os efeitos isolados de uma e de outra e essa é uma limitação importante.

Torna-se, então, um norte de relevância para futuros estudos considerar o desenvolvimento de categorias, instrumentos ou métodos de análise que solucionem essa

questão e possibilitem a análise dos processos de mudança na FAP com maior precisão conceitual.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo avaliar a efetividade de um pacote multicomponente de ações de ensino em FAP sobre os comportamentos de evocação e consequenciação dos terapeutas e os comportamentos clinicamente relevantes de seus respectivos clientes em sessão. Em FAP, foi a primeira investigação a demonstrar com controle experimental os efeitos de um conjunto de ações de ensino de terapeutas sobre as mudanças clínicas mensuradas com os clientes dentro sessão.

Foi utilizado delineamento de linha de base múltipla não concorrente com três díades terapeuta-cliente. A fase A consistiu na condução de supervisões FAP com modelagem do repertório dos terapeutas a partir da relação com a supervisora. A fase A+B se iniciou com a condução de um treino teórico-experiencial com base no FIAT, instrumento de avaliação idiográfica para avaliação de classes de respostas interpessoais. Tanto no treino como nas supervisões FAP conduzidas ao longo de toda a fase A+B foi também realizada modelagem de repertório dos terapeutas dentro do contexto de ensino.

Como resultado expressivo, observou-se o consistente aumento de comportamentos de melhora a partir da inserção da variável independente nas três díades terapeuta-cliente. A condução da pesquisa dentro desse delineamento experimental de caso único com medidas dentro das sessões foi um ponto forte, trazendo robustez aos dados obtidos. Assim, cada díade participante permaneceu na fase A por uma quantidade de sessões diferente (díade 1 por 15 sessões, díade 2 por 10 e díade 3 por 5 sessões) e, apesar disso, as mudanças expressivas sobre comportamentos de terapeuta e de cliente ocorreram a partir da fase A+B, na condução do pacote de ensino com os terapeutas.

Tal aumento na frequência de CCR2 foi a mesma observada em outros estudos com essa psicoterapia que se utilizaram de delineamento de caso único (e.g. Aranha et al., 2020; Geremias, 2014; Lima, 2017; Lizarazo et al., 2015; Lovo, 2019; Moreira & Oshiro, 2021; Muñoz-Martinez et al., 2022; Oshiro et al., 2012). Dessa maneira, o que se constatou é que o pacote de ensino foi suficiente para produzir mudanças tais sobre o repertório dos terapeutas que eles mesmos foram capazes de replicar os efeitos de aumento de CCR2 obtidos em outros estudos que manipularam a FAP como VI.

Ainda, certos cuidados metodológicos foram tomados para assegurar medidas além da frequência relativa de comportamentos de terapeuta e cliente. A frequência é importante e

amplamente utilizada em pesquisas em FAP que se utilizam do instrumento FAPRS, entretanto, outras também são significativas de mudanças de repertório. Assim, os CCR2 foram qualificados em dois tipos, da modelagem (CCR2-1) e final (CCR2-2) e, adicionalmente, foi realizada análise sequencial para verificação de mudanças na relação das respostas entre terapeuta e cliente. Essas foram as análises indicativas de alterações nas qualidades das intervenções dos terapeutas participantes.

Nesse ponto, foi constatado que os tipos de comportamentos de melhora que mais aumentaram na fase A+B foram os CCR2-2, indicando que os terapeutas estavam sendo mais efetivos em trazê-los para a sessão. Enquanto na fase A, houve menor emissão de comportamentos de melhora finais, a partir da mudança de fase isso se modificou com as três clientes: todas apresentaram maior emissão de CCR2-2 após a inserção da variável independente. Esse dado foi significativo por apontar que as intervenções dos terapeutas passaram a trazer melhoras mais expressivas para a sessão durante a fase A+B.

O mesmo indicativo de mudanças na qualidade das intervenções foi observado com a análise sequencial. As intervenções de evocação e consequenciação dos terapeutas passaram a ser mais seguidas por comportamentos de melhora das clientes a partir da condução do pacote de ensino. Adicionalmente, os CCR1 passaram a se seguir menos a tais intervenções. Esses dados acerca da qualidade das intervenções terapêuticas foram significativos e, somados aos de frequência de comportamentos de terapeuta e cliente, indicam fortemente maior efetividade da evocação e da consequenciação do terapeuta em sessão após serem submetidos ao pacote de ensino.

No que se refere ao mecanismo de mudança da FAP, quando discutidos os processos comportamentais presentes nessa psicoterapia, o responder contingente (consequenciação) é destacado como principal mediador. No presente estudo, assim como no de Vartanian (2017), foi realizada a separação entre a consequenciação propriamente dita e aquela que ocorre em conjunto com a evocação (estímulo antecedente) em uma mesma fala, separação não prevista originalmente no FAPRS. O objetivo foi o de propiciar maior precisão teórico-conceitual e mensurar os efeitos desse tipo de intervenção de forma isolada. Nessas categorias, foram encontradas regularidades nos dados que apontam para processos comportamentais importantes presentes nas sessões FAP.

Dessa maneira, pertinente também à consequenciação, foram observados alguns indicativos de que o reforçamento diferencial ocorra dentro da sessão e que esse possa produzir aumento expressivo de CCR2 pelos clientes. Essas regularidades foram encontradas nas três díades e apontam para a relevância, discutida teoricamente na área, de focar as intervenções

sobre os comportamentos de melhora e não sobre os comportamentos problema. Tal discussão se relaciona com a de *looping* de CCR2, considerado essencial para produzir mudanças no repertório dos clientes.

O segundo ponto refere-se à evocação atuando em conjunto com a consequenciação. Conforme dados levantados por Vartanian (2017) e, conforme indicativos importantes observados no presente estudo, a evocação parece ter um papel importante na produção de mudanças comportamentais nos clientes. Potencializando os efeitos da consequenciação, atuaria como moderador importante nessa psicoterapia. Nesse sentido, faz-se necessária investigação mais aprofundada acerca de seu papel na FAP.

No que se refere ao ensino da FAP, uma de suas dificuldades refere-se ao seu caráter idiográfico e funcional, o qual impõe obstáculos para a emissão de descrições objetivas e operacionalizadas acerca do que o terapeuta deve fazer quando conduz esse tipo de psicoterapia, bem como avaliação adequada desse desempenho. A definição de Habilidades Terapêuticas a partir do modelo contextual e integrativo de Anderson e Hill (2017) foi uma proposta e um avanço na presente pesquisa.

Ainda, o FIAT vem-se constituindo como um modelo de sistematização que abarca os critérios funcionais, essenciais à FAP, ao mesmo tempo em que possibilita flexibilidade na avaliação e aplicação de repertórios, dentro das especificidades de cada terapeuta e cada cliente. Esse estudo foi também pioneiro na investigação dos efeitos da utilização do FIAT sobre comportamentos de terapeuta em sessão. Esse modelo de avaliação foi parte da variável independente da presente pesquisa e serão importantes investigações futuras mais aprofundadas sobre seu papel em ações de ensino de terapeutas.

As mudanças comportamentais nos terapeutas já puderam ser observadas de forma consistente nos dados da própria supervisão. Por meio do instrumento SFAPRS, mensurou-se aumento de T2 importante com os três terapeutas em supervisão, o que é um dado de grande relevância para a área e replica os de Sartor (2022). Esse dado isolado já seria suficiente para demonstrar tanto a efetividade da supervisão em FAP, já que na fase A os comportamentos de melhora também aumentaram em frequência, quanto a efetividade do pacote multicomponente.

No contexto atual de pesquisas em psicoterapia, o olhar sobre a construção de evidências relacionadas a processos vem sendo retomado com as críticas à Prática Baseada em Evidências e com o desenvolvimento da Terapia Baseada em Processos. A investigação de processos e mecanismos de mudanças, o retorno às análises individualizadas dos casos dos clientes bem como de modelos de investigação que se utilizem do delineamento de caso único são alguns dos elementos discutidos no panorama atual. Ainda, no campo do ensino de

terapeutas, muito vem sendo construído sobre maneiras de desenvolver habilidades terapêuticas e também sobre como avaliar seus impactos. A consideração sobre a relevância de se avaliar a efetividade do ensino de terapeutas com base nos efeitos observados sobre os clientes em atendimento vem sendo também amplamente pontuada como meio para desenvolvimento da área.

Um ponto forte do presente estudo foi o nivelamento dos terapeutas em termos de conhecimentos sobre a FAP. Por terem cursado a mesma graduação e se encontrarem em momentos similares da carreira clínica, foi possível garantir que não houvessem diferenças expressivas que enviesassem os dados obtidos. A supervisora ser a categorizadora das sessões também foi um ponto forte, já que essa possuía clareza dos comportamentos alvo tanto de terapeuta quanto de clientes em profundidade.

As dificuldades encontradas tanto no que se refere à aplicação dos instrumentos (como descrito no Método e, posteriormente, nessa seção de Resultados) quanto com a coleta de dados é pertinente à realização de pesquisas na área aplicada. Alguns cuidados foram tomados para garantir que a menor quantidade de intercorrências acontecesse, como a coleta de dados com maior número de terapeutas do que o necessário e também a inclusão de dois clientes por terapeuta. Entretanto, dentre as inúmeras variáveis existentes para controle experimental nesse tipo de pesquisa, é compreensível que nem todas fossem passiveis de serem controladas (coleta de 4 pontos ao invés de 5 para a díade 1 e a ausência de dados do instrumento FIAT para a díade 3). Apesar disso, considera-se os resultados obtidos satisfatórios, representando avanços para a área como um todo.

Como limitações importantes, pode-se pontuar: ausência de sessão de *follow-up* para mensurar a manutenção dos efeitos obtidos; ausência de medidas extrassessão de resultado (como avaliação de sintomas e de repertório) e dificuldades na mensuração da variável independente referente ao treino, já que não existem instrumentos para categorização nesse contexto de ensino.

Como o objetivo do presente estudo não se relacionava com o detalhamento das intervenções conduzidas durante a supervisão, alguns elementos relevantes de microanálise ainda se tornam relevantes para investigações acerca das mudanças produzidas e suas relações com comportamentos do supervisor. Investigações futuras com tais objetivos podem trazer benefícios para a compreensão de tais aspectos. Também a investigação de efeitos de treino que englobem mais participantes do que os seis desse estudo também poderiam levantar dados relevantes.

Futuras pesquisas poderão abarcar essas discussões para promover conhecimento sobre o ensino de terapeutas nessa psicoterapia. O presente estudo foi uma primeira tentativa de investigação de ações de ensino que vêm se mostrando efetivas no campo aplicado e da Universidade. Investigações que isolem os componentes abarcados dentro do pacote de ensino são recomendadas a fim de avaliar os mecanismos que produziram essas mudanças tão relevantes nos comportamentos de terapeuta e cliente.

REFERÊNCIAS

Almeida, M. S., Runnacles, A. L. E. S., & Silveira, J. M. (2016). Treino de comportamentos de intimidade para terapeutas em processo de formação em Psicoterapia Analítica Funcional. *Perspectivas em Análise do Comportamento, 7*, 212-228. http://dx.doi.org/10.18761/pac.2016.020

American Psychological Association (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*.

Anderson, T. Hill, C. E. (2017) The role of therapist skills in therapist effectiveness In Castonguay, L. G., Hill, C. E. *How and why are some therapists better than others: understanding therapist effects*. Washington: American Psychological Association.

Aranha, A. S., Oshiro, C. K. B., & Wallace, E. C. (2020). A single-case quasi-experimental design of functional analytic psychotherapy for substance abuse. *Psicologia: Teoria e Prática, 22(*3), 263-286. doi:10.5935/1980-6906/psicologia.v22n3p263-286

Baer, D. M., Wolf, M. M., Risley, T. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*(1), pp. 91-97.

Bakeman, R. & Gottman, J. M. (1986). *Observing interaction: an introduction to sequential analysis.* Cambridge: Cambridge University Press.

Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzzer, R. & Lambert, W. (2004). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research, 16*, pp. 317-331.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. *Clinical Psychology Review, 8*,77–100.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelsohn, M., Mock, J., & Erlbaugh, J.(1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*,561–571

Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2004). *Fundamentals of clinical supervision* (3rd ed.). London: Pearson.

Branson, A., Shafran, R., & Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. *Behaviour Research and Therapy, 68*, 19-26. doi:10.1016/j.brat.2015.03.002

Botomé, S. P. (1980). *Objetivos comportamentais no ensino: a contribuição da análise experimental do comportamento*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Callaghan, G. M. (2006a). Functional analytic psychotherapy and supervision. International *Journal of Behavioral and Consultation Therapy, 2*, 416-431.

Callaghan, G. M. (2006b). The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System. *The Behavior Analyst Today, 7*, no. 3, p. 357-398.

Callaghan, G. M., Follette, W. C., Ruckstuhl, L. E., Linnerooth, P. J. N. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): a behavioral psychotherapy coding system. *Behavior Analyst Today. 9*, 98-116.

Callahan, J. L., Almstrom, C. M., Swift, J. K., Borja, S. E., & Heath, C. J. (2009). Exploring the contribution of supervisors to intervention outcomes. *Training and Education in Professional Psychology, 3*, 72–77. http://dx.doi.org/10.1037/a0014294

Callahan, J. L., Love, P. K., Watkins, C. E., Jr (2019). Supervisee Perspectives on Supervision Processes: An Introduction to the Special Issue. *Training and Education in Professional Psychology, 13*, no.3, pp. 153-159.

Callahan, J. L., Watkins, E., Jr. (2018). The science of training III: supervision, competence and internship training. *Training and Education in Professional Psychology, 12*(4), 245-261.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Cristoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist, 51*(1), 3–16.

Chambless, D. L., Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.

Davison, G. C. (2019). A return to functional analysis, the search for mechanisms of change, and the nomothetic-idiographic issue in psychosocial interventions. *Clinical Psychological Science, 7*(1), 51–53.

Darrow, S. M., Dalto, G., & Follette, W. C. (2012). Equifinality in Functional Analytic Psychotherapy: Different strokes for different folks.*International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*(2-3), 38–44. https://doi.org/10.1037/h0100935

Ellis, M. V. (2001). Harmful supervision, a cause for alarm: Comment on Gray et al. (2001) and Nelson and Friedlander (2001). *Journal of Counseling Psychology, 48*, 401–407.

Ellis, M. V., Berger, L., Hanus, A. E., Ayala, E. E., Swords, B. A., Siembor, M. (2014). *Inadequate and harmful clinical supervision: Testing a revised framework and assessing occurrence*. The Counseling Psychologist, 42, 434–472.

Eysenck, H. J. (1952). The effects os psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324.

Falender, C. A., Shafranske, E. P. (2010). Psychotherapy-based supervision models in an emerging competency-based era: a commentary. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, vol. 47*, No. 1, pp. 45-50.

Ferreira, V. S. (2020). O ensino de habilidades terapêuticas em FAP: uma revisão de literatura. *Perspectivas em Análise do Comportamento, 11*, no.2, pp. 220-239.

Ferreira, A. R., Favati, J. C., Oshiro, C. K. B. (2021) Avaliação e formulação de caso clínico na FAP: a análise funcional orientando o processo terapêutico In Oshiro, C. K. B., Ferreira, T. A. S. *Terapias Contextuais Comportamentais: análise funcional e prática clínica.* Santana de Parnaíba: Manole.

Ferro, R. G. (2008). Recent studies in Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*, 239-249.

Follette, W. C., Bach, P. A., Follette, V. M. (1993). A Behavior-Analytic View of Psychological Health. *The Behavior Analyst, 16*, no.2, pp. 303-316.

Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (1995). Do as I do, not as I say: A behavior-analytic approach to supervision. *Professional Psychology: Research & Practice, 26*(4), 413-421.

Fonseca, N. M. (2016). *Efeitos de Workshop de Psicoterapia Analítica Funcional sobre habilidades terapêuticas*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Freitas, G. J. (2002). The impact of psychotherapy supervision on client outcome: A critical examination of 2 decades of research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39*, 354–367.

Geremias, M. C. G. (2014). *Manejo de esquivas emocionais na Psicoterapia Analítica Funcional: delineamento experimental de caso único*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Gibson, J. A., Grey, I. M., Hastings, R. P. (2009). Supervisor support as a predictor of burnout and therapeutic self-efficacy in therapists working in ABA schools. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39*, 1024–1030.

Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielson, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology, 63,* 1-11. doi:10.1037/cou0000131

Goldfried, M. R. (2013). What should we expect from psychotherapy? *Clinical Psychology Review,* 33, pp. 862-869.

Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior and analysis. *Behaviorism, 2,* 1-85

Gray, L. A., Ladany, N., Walker, J. A., Ancis, J. R. (2001). Psychotherapy trainees' experience of counterproductive events in supervision. *Journal of Counseling Psychology, 48,* 371–383.

Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(1), pp. 4-9.

Hayes, S. C., Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: the science and core clinical competencies of cognitive-behavioral therapy.* New Harbinger.

Hayes, S. C., Hofmann, S. G. (2020). *Beyond the DSM: toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment.* New Harbinger.

Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Lorscheid, D. N. (2021). *Learning process-based therapy: a skills training manual for targeting the core processes of psychological change in clinical practice.* New Harbinger.

Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L., & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 448-466. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.005

Hill, C. E., Baumann, E., Shafran, N., Gupta, S., Morrison, A., Rojas, A. E., . . . Gelso, C. J. (2015). Is training effective? A study of counseling psychology doctoral trainees in a psychodynamic/interpersonal training clinic. *Journal of Counseling Psychology, 62,* 184-201. doi:10.1037/cou0000053

Hill, C. E., & Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 775–811). Hoboken, NJ: Wiley.

Hill, C. E., & Lent, R. W. (2006). A narrative and meta-analytic review of helping skills training: time to revive a dormant area of inquiry. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training. 43*(2), 154-172. http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.154

Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., Jr., Gelso, C. J. (2017). Therapist Expertise in Psychotherapy Revisited. *The Counseling Psychologist, 45*(1), pp. 7-53.

Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D., & Jensen, P. (1995). Introduction to the special section: Efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 683-687

Holman, G., Kanter, J. W., Tsai, M. & Kohlenberg, R. J. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy made simple: a clinician´s guide to using the Awareness-Courage-Love (ACL) model in session.* Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Holman, G., Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Haworth, K., Jacobson, E. & Liu, S. (2012). Functional Analytic Psychotherapy is a framework for implementing evidence-based practices: the example of integrated smoking cessation and depression treatment. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, no 2-3, 58-62.

Hartmann, D. P., Barrios, B. A., & Wood, D. D. (2004). Principles of behavioral observation. In S. N. Haynes and E. M. Hieby (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment* (Vol. 3, Behavioral assessment) (pp. 108-127). New York: John Wiley & Sons.

Holman, G., Kanter, J. W., Tsai, M., & Kohlenberg, R. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy Made Simple: A Practical Guide to Therapeutic Relationships*. Oakland, CA: New Harbinger.

Holt-Lunstad, J., & Smith, T. B. (2012). Social relationships and mortality. *Social and Personality Psychology Compass, 6*(1), 41–53.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine, 7*(7), http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316

Inman, A. G., Hutman, H., Pendse, A., Devdas, L., Luu, L., Ellis, M. V. (2014). Current trends concerning supervisors, supervisees, and clients in clinical supervision. In Watkins, C. E., Milne, D. L. (Eds.), *The Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 61–102). Wiley.

Insel, T., Cuthbert, B., Carvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry, 167*, 748–751. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09091379

Ireno, E. M., Meyer, S. B. (2007). Formação de terapeutas analítico-comportamentais: efeitos de um instrumento para avaliação de desempenho. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 11*(2), pp; 305-328.

Kadushin, A., Harkness, D. (2014) *Supervision in social work* (5th ed.). New York: Columbia University Press.

Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., & Baruch, D. E. (2006). The effect of contingent reinforcement on target behavior in outpatient psychotherapy for depression: an investigation of Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis, 39*, 463-467.

Kanter, J. W., Manbeck, K. E., Kuczynski, A. M., Maitland, D. W. M., Villas-Bôas, A., Ortega, M. A. R. (2017). A comprehensive review of research on Functional Analytic Psychotherapy. *Clinical Psychological Review, 58,* 141-156.

Kanter, J. W., Tsai, M., Holman, G., & Koerner, K. (2013). Preliminary data from a randomized pilot study of web-based functional analytic psychotherapy therapist training. *Psychotherapy, 50*(2), 248-255. http://dx.doi.org/10.1037/a0029814

Kaslow, N. J. (2004). Competencies in professional psychology. *American Psychologist, 59*(8), 774-781. doi:10.1037/0003-066X.59.8.774

Kazdin, A. & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(8), pp. 1116-1129.

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist, 63*, no. 3, 146-159.

Kazdin, A. (2008) Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu. Rev. Clin. Psychology, 3*, 1-27.

Keng, S. L., Waddington, E., Lin, X. B., Tan, M. S. Q., Henn-Haase, C., & Kanter, J. K. (2016). Effects of functional analytic psychotherapy therapist training on therapist factors among therapist trainees in Singapore: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 24*(4), 1014-1027. https://doi.org/10.1002/cpp.2064

Keum, B. T., & Wang, L. (2020, September 10). Supervision and Psychotherapy Process and Outcome: A Meta-analytic Review. *Translational Issues in Psychological Science*. Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1037/tps0000272

Kiecolt-Glaser, J. K., Gouin, J.P., & Hantsoo, L. V (2010). Close relationships, inflammation, and health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews,* 35, 33-38. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.09.003

Knott, L. E., Wetternec, C. T., Norwoord, W., Bistricky, S. L. (2019). The Impact of Training in Functional Analytic Therapy on Therapists' Target Behavior. *Behavior Analyst: Research and Practice, 19*(2), 164-175.

Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. Y. & Kanter, J. W. (1999). Focusing on the client-therapist interaction, Functional Analytic Psychotherapy: a behavioral approach. *European Psychotherapy, 1,* 15-25.

Kubo, O. M., Botomé, S. P. (2001). Ensino--aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. *Interação em Psicologia, 5*(1), 133-171.

Krasner, L. (1971). Behavior Therapy. *Annual Review of Pschology, 22*, 483-532.

Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M. & Shadish, W. R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education, 34*(1), p. 26-38.

Ladany, N., Inman, A. G. (2012). Training and supervision. In Altmaier, E. M., Hansen, J. C. (Eds.), *The Oxford handbook of counseling psychology* (pp. 179–207). Oxford University Press.

Lambert, M. J., Arnold, R. C. (1987). Research and the supervisory process. *Professional Psychology: Research and Practice, 18*, 217–224.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeesch, D. A., Nielson, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research, 11,* 49-68.

Landis, J. R., Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics. Mar; 33*(1):159-74.

Lepienski, A. F. (2015). *Relações entre uma supervisão em Psicoterapia Analítica Funcional e as respostas de uma terapeuta e sua cliente em sessão.* Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Lepienski, A. F., & da Silveira, J. M. (2017). Relações Entre uma Supervisão em Psicoterapia Analítica Funcional e as Respostas de uma Terapeuta e sua Cliente em Sessão [Relationship between a functional analytical psychotherapy supervision and the therapist's and client's responses in session]. *Acta Comportamentalia, 25*(3), 347–363.

Lima, G. de O. (2017). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional em casos de abuso sexual*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Lizarazo, N. E., Muñoz-Martinez, A. M., Santos, M. M. & Kanter, J. K. (2015). A within-subjects evaluation of the effects of Functional Analytic Psychotherapy on in-session and out-of-session client behavior. *Psychological Record*, 65, p. 463-474.

López-Bermúdez, M. A., Ferro-García, R., Calvillo-Mazarro, M., Valero-Aguayo, L. (2021). Importance of the therapeutic relationship: efficacy of Functional Analytic Psychotherapy with different problems. *Clinica y Salud, 32*(3), pp. 103-109.

Lovo, A. R. B. R. (2019). *Psicoterapia analítica funcional como tratamento de transtorno de ansiedade social.* Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Maitland, D. W. M., Kanter, J. W., Tsai, M. Kuczynski, A. M., Manbeck, K. E., & Kohlenberg, R. J. (2016). Preliminary findings on the effects of online Functional Analytic Psychotherapy training on therapist competence. *Psychological Record, 66*(4), 627-637. https://doi.org/10.1007/s40732-016-0198-8

Mangabeira, V., Kanter, J., Del Prette, G. (2012). Functional Analytic Psychotherapy: a review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*(2-3), 78-89.

Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Rev. Estudos de Psicologia, 16*(3), pp. 8-18.

Mead, D. E. (1990). *Effective supervision: A task-oriented model for the mental health professions.* Brunner/Mazel.

Mehr, K. E., Ladany, N., Caskie, G. I. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you? *Counselling and Psychotherapy Research, 10*, 103–113.

Meurer, P. H. (2011). *Efeito da apresentação de feedback no comportamento do terapeuta de evocar e responder aos comportamentos clinicamente relevantes*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of Experimental Analysis of Behavior, 37*, 149-155.

Michael, J. (1983). Evocative and repertoire-altering effects of an environmental event. *The analysis of Verbal Behavior, 2*, 19-21.

Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst, 16*, no.2, p. 191-206.

Michael, J. (2000). Implications and refinements of the establishing operation concept. *Journal of Applied Behavior Analysis, 33*, no.4, p. 401-410.

Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. (2018). The question of expertise in Psychotherapy. *Journal of Expertise, 1*(2), pp. 1-9.

Moreira, F. R., & Oshiro, C. K. B. (2021). A aplicação da FAP em um caso de abuso sexual infantil. In C. K. B. Oshiro, & T. A. S. Ferreira (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (pp. 62-76). Santana de Parnaíba: Manole.

D. L. Milne, J. Pilkington, J. Gracie, and I. James, Transferring skills from supervision to therapy: A qualitative and quantitative N=1 analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 2003, 31, 193–202.

Muñoz-Martínez, A. M., & Follette, W. C. (2019). When love is not enough: The case of therapeutic love as a middle-level term in functional analytic psychotherapy. *Behavior Analysis: Research and Practice*, *19*(1), 103.

Muñoz-Martínez, A. M., Stanton, C. E., Ta, J., Molaie, A. M., & Follette, W. C. (2022). Linking Process to Outcome in Functional Analytic Psychotherapy: Evaluating the Behavioral Mechanism of Change of a Process-Based Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science.24,* 102-111. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.04.001

O'Donovan, A., Bain, J. D., & Dyck, M. J. (2005). Does clinical psychology education enhance the clinical competence of practitioners? *Professional Psychology: Research & Practice*. doi:10.1037/0735-7028.36.1.104

Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: a Psicoterapia Analítica Funcional com dois clientes difíceis*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Oshiro, C. K. B., Kanter, J. & Meyer, S. B. (2012). A single-case experimental demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, no 2-3, 111-116.

Oshiro, C. K. B., Vartanian, J. F., Sartor, M. S., Silva, E. F. (2021). A Psicoterapia Analítica Funcional In Oshiro, C. K. B., Ferreira, T. A. S. *Terapias Contextuais Comportamentais: análise funcional e prática clínica.* Santana de Parnaíba: Manole.

Pedersen, E. R., Callaghan, G. M., Prins, A., Nguyen, H. & Tsai, M. (2012). Functional Analytic Psychotherapy as an adjunct to cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder: theory and application in a single case design. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7,* no 2-3, 125-134.

Parloff, M. B. (1982). Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla. *The American Journal of Psychiatry, 139*, pp. 718-727.

Poling, A., Methot, L. L., LeSage, M. G. (1995). *Fundamentals of Behavior Analytic Research*. New York: Springer.

Popovitz, J. M. B., Silveira, J. M. (2014). A especificação do responder contingente do terapeuta na Psicoterapia Analítica Funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 16*, no. 1.

Reis, H. T., Patrick, B. C. (1996). Attachment and intimacy: component processes In Higgins, E. T., Kruglanski, A. W. *Social psychology: handbook of basic principles.* New York: Guilford Press.

Reis, H. T., Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process In Duck, S. W., *Handbook of personal relationships*. New York: Wiley.

Rousmaniere, T. G., Swift, J. K., Babins-Wagner, R., Whipple, J. L., & Berzins, S. (2016). Supervisor variance in psychotherapy outcome in routine practice. *Psychotherapy Research, 26*, 196 –205. http://dx.doi .org/10.1080/10503307.2014.963730

Santos, G., Kienen, N., Viecili, J., Botomé, S., & Kubo, O. (2009). “Habilidades” e “competências” a desenvolver na capacitação de psicólogos: Uma contribuição da análise do comportamento para o exame das diretrizes curriculares. *Interação em Psicologia, 13*(1), 131-145.

Sartor, M. (2022). *Supervisão em FAP: caracterização e análise dos efeitos da modelagem dos comportamentos do terapeuta*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports study. *American Psychologist, 50*(12), 965-974.

Sério, T. M. de A. P., Andery, M. A., Gioia, P. S. & Micheletto, N. (2004). *Controle de estímulos e comportamento operante*. São Paulo: EDUC.

Siegel, S. & Castellan, N. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. McGraw Hill, Boston.

Silveira, J. M., Callaghan, G. M., Stradioto, A., Maeoka, B. E., Maurício, M. N., & Goulin, P. (2009). Efeitos de um treino em psicoterapia analítica funcional sobre a identificação feita pelo terapeuta de comportamentos clinicamente relevantes de seu cliente. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 11*(2), 346–365. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v11i2.409

Shanteau, J. (1992). Competence in experts: The role of task characteristics. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 53*, 252-266. doi:10.1016/0749-5978(92)90064-E

Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research: evaluating experimental data in psychology*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Simons, A. D., Padesky, C. A., Montemarano, J., Lewis, C. C., Murakami, J., Lamb, K., DeVinney, S., Reid, M., Smith, D. A., & Beck, A. T. (2010). Training and dissemination of cognitive behavior therapy for depression in adults: A preliminary examination of therapist competence and client outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 751–756. https://doi.org/10.1037/a0020569

Simpson-Southward, C., Waller, G., Hardy, G. E. (2017). How do we know what makes for "best practice" in clinical supervision for psychological therapists? A content analysis of supervisory models and approaches. *Clin Psychol Psychother,* 24, pp. 1228–1245, https://doi.org/10.1002/cpp.2084HARDY

Sousa, A. C. A., & Vandenberghe, L. (2007). Possibilidades da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes Borderlines. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva e Comportamental, 9*(1), 1-11. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v9i1.142

Springer, B., Brown, T., Duncan, P. K. (1981). Current measurement in applied behavior analysis. *The Behavior Analyst*, *4*(1), p. 19-31.

Stiles, W. B., Hill, C. E., & Elliott, R. (2015). Looking both ways. *Psychotherapy Research, 25*, 282–293. http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.981681

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. NY: MacMillan Company.

Taccola, P. A. (2007). *A psicoterapia analítico-funcional e relato de sentimentos: um estudo de caso quase experimental*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in Psychotherapy: An elusive goal. *American Psychologist, 69*, pp. 218-229. doi:10.1037/a0035099

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: awareness, courage, love and behaviorism.* New York: Spring.

Ulian, A. L. A. O. (2007). *Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental: Subsídios para a formação*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Vandenberghe, L. (2009) Keeping the focus on clinically relevant behavior: Supervision for Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal for Behavioral Consulting and Therapy, 5* (2), 209-221.

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

Vartanian, J. F., & Oshiro, C. K. B. (2021). Aplicação da psicoterapia analítica funcional em um caso de dificuldades em intimidade. In C. K. B. Oshiro, & T. A. S. Ferreira (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (pp. 77-92). Santana de Parnaíba: Manole.

Vilares, J. E. C. (2022). *As competências clínicas para as diferentes terapias comportamentais.* Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., Kanter, J. W., & Callaghan, G. M. (2015). The use of analytic interventions in Functional Analytic Psychotherapy. *Behavior Analysis: Research and Practice, 15*(1), 1-19. http://dx.doi.org/10.1037/h0101065

Villas-Bôas, A., Meyer, S. B., & Kanter, J. W. (2016). The Effects of Analyses of Contingencies on Clinically Relevant Behaviors and Out-of-session Changes in Functional Analytic Psychotherapy. *The Psychological Record, 66*(4), 599-609. DOI: 10.1007/s40732-016-0195-y.

Villas-Bôas, A., Oshiro, C. K. B., Vartanian, J. F. (2018). Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): mudança clínica evocada e modelada pela vivência terapêutica In Antúnez, A. E. A., Safra, G. *Psicologia Clínica: da graduação à pós-graduação*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Waltz, T. J., Follette, W. C. (2009). Molar functional relations and clinical behavior analysis: implications for assessment and treatment. *The Behavior Analyst, 32*, no. 1, pp. 51-68.

Watkins, C. E., Jr. (2011) Does Psychotherapy Supervision Contribute to Patient Outcomes? Considering Thirty Years of Research. *The Clinical Supervisor, 30*, pp. 235-256.

Watkins, C. E., Jr., & Callahan, J. L. (2019). Psychotherapy supervision research—A status report and proposed model. In S. G. De Golia & K. M. Corcoran (Eds.), *Supervision*

in psychiatric practice: Practical approaches across venues and providers (pp. 25–34). Washington, DC: American Psychiatric Association

Watson, P. J. & Workman, E. A. (1981). The non-concurrent multiple baseline across individuals design: an extension of the traditional multiple baseline design. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 12*(3), 257-259. doi: 10.1016/0005-7916(81)90055-0

Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J. & Busch, A. M. (2012). Translating the theoretical into practical: a logical framework of Functional Analytic Psychotherapy interactions for research, training and clinical purposes. *Behavior Modification, 36*(1), p. 87-119.

Wielenska, R.C. & Oshiro, C.K. (2012). FAP Group Supervision: Reporting Educational Experiences at the University of Sao Paulo, Brazil. *Internacional Journal of Behavioral Consultation and Therapy.7*, (2-3), 177-181.

Wheeler, S., & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counselors and therapists, their practice and their clients: A systematic review of the literature. *Counselling & Psychotherapy Research, 7*, 54 – 65. http://dx.doi.org/10.1080/14733140601185274

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cliente

Prezado participante,

Somos docente e estudante de doutorado do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e estamos estudando como o processo de ensino de psicólogos influencia no processo de mudança do cliente/participante na psicoterapia.

É por essa razão que o convidamos você e o (a) seu (sua) psicoterapeuta a participar de um projeto de pesquisa de doutorado, o qual será conduzido por mim, Joana Figueiredo Vartanian, sob orientação da Professora Doutora Claudia Kami Bastos Oshiro. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia (CEPH-IPUSP), que está localizado à Avenida Professor Melo de Moraes, número 1721 – Bloco G (sala 27) – Cidade Universitária – São Paulo/SP. O telefone para contato do CEPH-IPUSP é (011) 3091-4182 e o email é ceph.ip@usp.br.

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

Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa.

A pesquisa consistirá na condução de um processo de atendimento psicoterapêutico individual, com sessões semanais de 50 minutos. As sessões semanais serão conduzidas sob os preceitos da Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), a qual trabalha prioritariamente a relação terapêutica (relação entre o terapeuta e seu cliente). Em paralelo aos atendimentos psicoterapêuticos, seu (sua) terapeuta deverá comparecer semanalmente também à supervisão, na qual discutirá com um profissional mais experiente o caso, também com atenção prioritariamente para relação supervisor-supervisionando.

O objetivo dessa pesquisa será aprimorar as habilidades terapêuticas do terapeuta na supervisão e, posteriormente, em um treinamento sobre a FAP para então verificar se essas habilidades trabalhadas melhoram também na relação do terapeuta com seu cliente em sessão.

Ao longo dessa pesquisa sua tarefa será comparecer às sessões semanais e preencher semanalmente a um questionário, o qual leva em torno de cinco minutos para ser respondido e é importante para identificar suas melhoras. O mesmo, chamado *Outcome Questionnaire,* é utilizado em pesquisas na área clínica e avalia sintomas físicos relacionados ao estresse, bem como sentimentos em relação ao seu trabalho e em relação a pessoas de seu cotidiano. Respondê-lo semanalmente será importante para registrarmos mudanças ao longo do tempo e identificarmos como o processo tem evoluído. Além disso, as sessões serão gravadas por aparelhos de áudio, mas a interrupção da gravação poderá ser solicitada por você a qualquer momento. É importante ressaltar que não haverá custo algum na sua participação e de seu terapeuta no procedimento.

Rubrica Participante da pesquisa:_____ Pesquisador responsável:_____

Métodos alternativos existentes:

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

Acompanhamento, assistência, garantia de esclarecimento e seus responsáveis:

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

Desconfortos e benefícios possíveis previstos:

Não são previstos riscos e desconfortos específicos da pesquisa, já que ela tem por objetivo a melhora das habilidades terapêuticas do supervisionando (terapeuta) e a consequente melhoria de seu cliente, entretanto podem ocorrer incômodos e sensações de desconfortos subjetivos inerentes ao processo de psicoterapia. É garantida indenização em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Como benefício espera-se a melhora nas habilidades terapêuticas de seu terapeuta e na sua forma de se relacionar com as pessoas, por meio da criação de relações com maior intimidade e confiança com as pessoas.

O telefone para contato com o participante responsável pela pesquisa é (11) 99311-9197 e o e-mail é joana.vartanian@gmail.com.

O endereço do Laboratório de Terapia Comportamental é Avenida Professor Mello Moraes, 1721, bloco D, salas 211 e 209, Cidade Universitária, São Paulo/SP – CEP 05508-303. Os telefones são (11) 3091-4173/ 4910-4911 e o e-mail é ceph.ip@usp.br.

Liberdade do participante em recusar se a participar ou retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo a seu aprendizado.

Mesmo que você já tenha consentindo sua participação, caso sinta qualquer desconforto proveniente da pesquisa, você poderá suspender sua participação a qualquer momento. Você poderá discutir qualquer dúvida e retirar seu consentimento, caso julgue necessário.

Caso você suspenda seu consentimento tanto a coleta de dados como a análise dos dados poderá será interrompido, e nesse caso todo material coletado será destruído.

Rubrica
Participante da pesquisa:_____
Pesquisador responsável:_____

Garantia de sigilo e segurança de privacidade

Todas as informações coletadas durante as supervisões e atendimentos, as gravações de sessões e supervisões e questionários respondidos serão utilizados para fins didáticos e de pesquisa, incluindo pesquisas científicas. Essas *informações serão tratadas de forma confidencial e todos os dados de identificação não serão divulgados em hipótese alguma.* Somente a pesquisadora, a orientadora e um aferidor de concordância do grupo de pesquisa poderão ter acesso às gravações, sendo que todos assumirão o compromisso formal de sigilo absoluto sobre qualquer informação das sessões.

Tal termo de consentimento livre esclarecido foi redigido de acordo com o item IV da resolução 466/2012 e 510/2016, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e será assinada em duas vias, sendo que uma delas ficará sobre sua posse e a outra de posse da pesquisadora.

Cordialmente,

_____

Joana Figueiredo Vartanian
Pesquisadora responsável

Eu,_____
, portador (a) do RG_____, participarei da pesquisa descrita acima e declaro que estou ciente e concordo com as condições apresentadas.

São Paulo, ____de_____de 2020.

_____

Assinatura do participante

Rubrica Participante da pesquisa:_____ Pesquisador responsável:_____

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Supervisionando

Prezado participante,

Somos docente e estudante de doutorado do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e estamos estudando como o processo de ensino de psicólogos influencia no processo de mudança do cliente/participante na psicoterapia.

É por essa razão que o convidamos você e o (a) seu (sua) cliente a participar de um projeto de pesquisa de doutorado, o qual será conduzido por mim, Joana Figueiredo Vartanian, sob orientação da Professora Doutora Claudia Kami Bastos Oshiro. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia (CEPH-IPUSP), que está localizado à Avenida Professor Melo de Moraes, número 1721 – Bloco G (sala 27) – Cidade Universitária – São Paulo/SP. O telefone para contato do CEPH-IPUSP é (011) 3091-4182 e o email é ceph.ip@usp.br.

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

Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa.

A pesquisa consistirá na condução de um processo de atendimento psicoterapêutico individual, com sessões semanais de 50 minutos. As sessões semanais serão conduzidas sobre os preceitos da Psicoterapia Analítica Funcional, a qual trabalha prioritariamente a relação terapêutica (relação entre o terapeuta e seu cliente). Em paralelo aos atendimentos psicoterapêuticos você deverá comparecer semanalmente também à supervisão, na qual discutirá com um profissional mais experiente o caso, também com atenção prioritariamente para relação supervisor-supervisionando.

O objetivo dessa pesquisa será trabalhar suas habilidades terapêuticas na relação com seu supervisor e verificar se essas habilidades modificam também seu desempenho na relação com seu cliente em sessão. Ao longo dessa pesquisa sua tarefa será comparecer às supervisões semanais. Somando se a isso, você deverá comparecer e conduzir às sessões também semanais com seu cliente, o qual terá um questionário semanal para responder. Além disso, as supervisões e sessões serão gravadas por aparelhos de áudio, mas a interrupção da gravação poderá ser solicitada por você ou pelo seu cliente a qualquer momento. É importante ressaltar que não haverá custo algum na sua participação no procedimento.

Rubrica
Participante da pesquisa:_____
Pesquisador responsável:_____

Acompanhamento, assistência, garantia de esclarecimento e seus responsáveis:

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

Desconfortos e benefícios possíveis previstos:

Não são previstos riscos e desconfortos específicos da pesquisa, já que ela tem por objetivo a melhora das suas habilidades terapêuticas e a consequente melhoria de seu cliente, entretanto podem ocorrer incômodos e sensações de desconfortos subjetivos inerentes ao processo de supervisão e psicoterapia. É garantida indenização em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Como benefício espera-se a melhora nas suas habilidades terapêuticas e na forma de se relacionar de seu cliente as pessoas.

O telefone para contato com o participante responsável pela pesquisa é (11) 99311-9197 e o e-mail é joana.vartanian@gmail.com.

O endereço do Laboratório de Terapia Comportamental é Avenida Professor Mello Moraes, 1721, bloco D, salas 211 e 209, Cidade Universitária, São Paulo/SP – CEP 05508-303. Os telefones são (11) 3091-4173/ 4910-4911 e o e-mail é ceph.ip@usp.br.

Liberdade do participante em recusar se a participar ou retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo a seu aprendizado.

Mesmo que você já tenha consentindo sua participação, caso sinta qualquer desconforto proveniente da pesquisa, você poderá suspender sua participação a qualquer momento. Você poderá discutir qualquer dúvida e retirar seu consentimento, caso julgue necessário.

Caso você suspenda seu consentimento tanto a coleta de dados como a análise dos dados poderá será interrompido, e nesse caso todo material coletado será destruído.

Garantia de sigilo e segurança de privacidade

Todas as informações coletadas durante as supervisões e atendimentos, as gravações de sessões e supervisões e questionários respondidos serão utilizados para fins didáticos e de pesquisa, incluindo pesquisas científicas. Essas *informações serão tratadas de forma confidencial e todos os dados de identificação não serão divulgados em hipótese alguma.* Somente a pesquisadora, a orientadora e um aferidor de concordância do grupo de pesquisa poderão ter acesso às gravações, sendo que todos assumirão o compromisso formal de sigilo absoluto sobre qualquer informação das sessões.

Assinatura
Participante da pesquisa:_____
Pesquisador responsável:_____

Tal termo de consentimento livre esclarecido foi redigido de acordo com o item IV da resolução 466/2012 e 510/2016, das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e será assinada em duas vias, sendo que uma delas ficará sobre sua posse e a outra de posse da pesquisadora.

Cordialmente,

_____

Joana Figueiredo Vartanian
Pesquisadora responsável

Eu,_____
, portador (a) do RG_____, participarei da pesquisa descrita acima e declaro que estou ciente e concordo com as condições apresentadas.

São Paulo, ____de_____de 2020.

_____

Assinatura do participante

APÊNDICE C: Termo de Compromisso e Responsabilidade

Prezado transcritor/aferidor de concordância,

O presente trabalho intitulado "Efetividade de um modelo de ensino dos comportamentos de evocação e consequenciação para terapeutas" é uma pesquisa de Doutorado da psicóloga Joana Figueiredo Vartanian e está sob a orientação da Profa. Dra. Claudia Kami Bastos Oshiro, da Universidade de São Paulo. É importante que algumas condições sejam respeitadas para garantir a proteção do cliente e do material utilizado:

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

Eu, ..., portador do RG: ....., realizando a atividade de ....., para a pesquisa descrita acima me comprometo a respeitar as condições definidas nesse termo.

APÊNDICE D: Material pré-treino de Topografias de respostas do FIAT

CLASSE A:
Como o seu cliente tem se saído em termos de identificar e expressar suas necessidades para você e para as pessoas presentes na sua vida?

AÇÕES DO INDIVÍDUO - TOPOGRAFIAS

- Dificuldade em identificar suas necessidades ou o tipo de ajuda/apoio que quer do terapeuta (e de outros);
- Dificuldades em expressar suas necessidades;
- Dificuldade de ter suas necessidades atendidas pelo terapeuta (e outros):
- Expressa necessidade de uma forma súbita e indireta;
- Afasta o terapeuta (e outros) de suas necessidades;
- Demanda demais quando pede que suas necessidades sejam atendidas
- Oferece muito mais para o outro do que recebe em troca (o oferecer é uma forma de fazer com que o outro entenda o que o cliente necessita receber de volta);
- Extremamente independente e se sente muito vulnerável quando recebe ajuda.
- Inabilidade de tolerar o terapeuta (e outros) falando NÃO para seus pedidos.
- Outros

CLASSE B
O que acontece quando seu cliente recebe um feedback? Ele também faz isso?

AÇÕES DO INDIVÍDUO - TOPOGRAFIAS

- Dificuldade em receber feedback positivo (elogios);
- Dificuldade em receber feedback negativo (críticas);
- Dificuldade em dar feedback positivo (apreciações, elogios);
- Dificuldade em dar feedback negativo (crítica construtiva);
- Expectativas irreais do EU (perfeccionismo, senso de fracasso);
- Expectativas irreais do terapeuta (e outros);
- Consciência do impacto no terapeuta (e outros);
- Super sensível ou alerta demais;
- Sem muita consciência;
- Avaliação precisa ou inapropriada?
- Difícil de acompanhar ou seguir o que o cliente fala:
    a. Muito superficial
    b. Fala demais ou de forma mais demorada sem checar o impacto no outro;
- Contato visual: Muito - Pouco
- Linguagem corporal impacta negativamente o terapeuta.
- Outros

CLASSE C
Como o seu cliente tem lidado com os conflitos interpessoais? Como eles ocorrem em terapia com você?

AÇÕES DO INDIVÍDUO - TOPOGRAFIAS

- Dificuldade em tolerar conflito e discordâncias;
- Evita conflitos;
- Expressa raiva indiretamente (passivo-agressivo);
- Expressa muita raiva;
- Sem vontade de se comprometer;
- Dificuldade em expressar sentimentos negativos;
- Ineficaz ao resolver conflito;
- Desculpa-se muito;
- Assume que tudo é sua culpa;
- Culpa o terapeuta (e outros) pelos problemas;
- Cria conflitos desnecessários;
- Usa o conflito com função de evitar proximidade interpessoal;
- Desinteresse em perdoar o terapeuta (e outros);
- Outros

CLASSE D
Como seu cliente se autorrevela para você? Ele se deixa "ser visto" como ele realmente é?

AÇÕES DO INDIVÍDUO - TOPOGRAFIAS

- Medo de proximidade ou apego;
- Dificuldade em expressar proximidade e cuidado/preocupação;
- Dificuldade em receber proximidade e cuidado/preocupação;
- Relutante em assumir riscos emocionais:
    a. Dificuldade em se autorrevelar;
- Relutante em deixar o seu "eu verdadeiro" ser visto;
- Dificuldade em conversar;
- Minimiza a importância do que ele divide com o outro;
- Fala demais sobre ele;
- Não escuta bem o outro (dar atenção);
- Pede por muito apoio, demanda demais;
- Sente a necessidade de ser reservado;
- Pergunta ao terapeuta, de forma invasiva, sobre suas experiências;
- Não se atenta às necessidades do terapeuta (e de outros) – passa o tempo da sessão, não dá abertura para o terapeuta falar.
- Fala demais e de forma superficial;
- Desconfia (não confia no terapeuta);
- Confia muito rápido e fácilmente;
- Outros.

CLASSE E
Seu cliente sabe identificar sentimentos e expressá-los de forma adequada?

AÇÕES DO INDIVÍDUO - TOPOGRAFIAS

- Dificuldade em identificar sentimentos;
- Falta de percepção do sentimento quando ele ocorre;
- Esconde intencionalmente os sentimentos;
- Expressa emoções de forma distante ou "neutra";

- Parece sempre assustado;
- Dificuldade em chorar;
- Dificuldade em expressar/sentir culpa, tristeza, luto;
- Dificuldade em expressar/sentir ansiedade, medo;
- Dificuldade em expressar/sentir orgulho;
- Dificuldade em expressar/sentir humor;
- Dificuldade em expressar/sentir alegria;
- Engaja em autorrelato negativo quando sente alguma emoção;
- Expressa sentimentos de forma intensa/exagerada;
- Foca demais em sentimentos, incapaz de controlar sua expressão;
- Fala muito sobre sentimentos;
- Os sentimentos são muito intensos;
- Incapaz de tomar perspectiva nos seus sentimentos, sobrecarregado por eles;
- Incomoda ou afasta o terapeuta pela forma como expressa sentimentos;
- Evita ou suprime determinados sentimentos;
- Outro

APÊNDICE E: Material de Apoio do Aferidor de Concordância FAPRS e SFAPRS

1. Habilidades Terapêuticas na FAP

Desenvolvido por Anderson e Hill (2017), o modelo contextual integrado de habilidades terapêuticas representa quatro conjuntos de habilidades que se conversam e caminham em conjunto. Na FAP, ainda não haviam sido sistematizadas as habilidades terapêuticas dentro desse modelo e foi produzida a mesma para realização das supervisões e organização do treino realizado. As descrições na Tabela 3 se referem a operacionalizações dos comportamentos esperados do terapeuta FAP.

Descrições globais do repertório do terapeuta FAP de acordo com o modelo de Habilidades Terapêuticas de Anderson e Hill (2017)

	Sistematização para FAP
Habilidades Conceituais	Consciência e descrição de paralelos funcionais (relação entre CCRs e Os ou história de vida)
	Consciência e descrição dos impactos do cliente sobre o terapeuta no que se refere a pensamentos e sentimentos produzidos e também efeitos sobre seu comportamento em sessão
	Consciência e descrição dos impactos do terapeuta sobre o cliente por meio dos efeitos sobre seu comportamento em sessão
	Construção de análises funcionais e/ou hipóteses funcionais, definindo comportamentos problema e de melhora
	Clareza das diferenças entre conteúdo da sessão e processo interpessoal (como cliente impacta terapeuta e vice-versa)
	Definição de metas do tratamento global
	Definição de metas do momento do tratamento
Habilidades Técnicas	Compreensão teórica sobre o processo interpessoal (consciência sobre o comportamento do cliente e sobre os impactos do terapeuta sobre ele e vice-versa), sobre a evocação e consequenciação de comportamentos e sobre a generalização de comportamentos de melhora
	Maestria (qualidade) na evocação
	Maestria (qualidade) na consequenciação
	Maestria (qualidade) na generalização
	Utilização da melhor intervenção no momento, relacionando as metas terapêuticas da conceituação de caso e as contingências do momento da sessão (aplicação das habilidades conceituais para evocação e modelagem de CCR2)

	Clareza da relação e diferenças entre CCR2 meta da sessão (micro) e CCR2-2 meta do tratamento (macro) Sensibilidade aos efeitos do seu comportamento sobre o cliente
Habilidades Relacionais	Classe A (Asserção de Necessidades): Como identifica e expressa suas necessidades ao cliente? Como faz pedidos? Demanda demais ou pouco do cliente? Como responde ao não ter suas necessidades ou demandas atendidas? Classe B (Comunicação Bidirecional): Como avalia sua responsabilidade e a do cliente sobre o tratamento e sobre o momento da sessão? Como são suas expectativas sobre o cliente? Estão alinhadas, aquém ou além do que o cliente pode fazer no momento? Como observa e avalia seu impacto sobre o cliente? Está hiperatento a esse impacto ou minimiza essa atenção? Como fornece e recebe elogios e críticas? Coloca pouco ou em excesso seus pensamentos, sentimentos e opiniões ao cliente? Classe C (Conflito): Como regula conflitos e tensionamentos na relação terapêutica? Busca o conflito, afasta-se do mesmo ou não percebe quando este ocorre? Assume a culpa em excesso ou responsabiliza o cliente? Como recupera o vínculo após um conflito? Classe D (Autorrevelação e Intimidade): Como se coloca vulnerável? Existe excesso ou déficit na sua vulnerabilidade? Como interpreta e responde ao cliente diante de uma expressão de vulnerabilidade? De que forma expressa suas experiências relacionadas a intimidade? Classe E (Expressão e experiência emocional): Como identifica e expressa suas emoções? Percebe o sentimento quando ele ocorre? Esconde intencionalmente o que sente ou expressa em excesso ou de forma intensa? É capaz de tomar perspectivas em seus sentimentos, avaliando o contexto, seu próprio papel e o do outro nos mesmos?
Habilidades Culturais	Consciência sobre como variáveis e diferenças culturais impactam o processo interpessoal Manejo de questões culturais na sessão e no tratamento

2. Categorização das supervisões com o SFAPRS

O SFAPRS foi baseado no FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) e proposto por Lepienski (2015) para categorização das supervisões em FAP. Os códigos categorizam funcionalmente falas de terapeuta e supervisor, turno por turno e, por isso, possibilitam análises sobre comportamentos da díade dentro da supervisão. A Tabela 1 sistematiza os códigos propostos pelo autor, indicando também os novos códigos criados para utilização no presente estudo (STRB1-EV, STRB2-EV, SAVA e SGEN). A coluna da direita indica as categorias e códigos utilizados para categorização e, em seguida, serão detalhadas suas descrições com exemplos.

Códigos do supervisor de acordo com adaptação do SFAPRS (Lepienski, 2015) utilizados na pesquisa e nomenclatura utilizada para categorização das supervisões realizadas

Códigos SFAPRS	**Descrição**	**Códigos utilizados**
ETRB	Evocar TRB em supervisão (Regra 2)	EV-TRB
STRB	Consequenciar TRB1	STRB1
Inexistente	Consequenciar TRB1 e Evocar TRB	STRB1-EV
STRB	Consequenciar TRB2	STRB2
Inexistente	Consequenciar TRB2 e Evocar TRB	STRB2-EV
SM	Falhar em consequenciar	FTRB
Inexistente	Avaliar efeitos sobre o terapeuta (Regra 4)	SAVA
Inexistente	Discutir descrições do terapeuta sobre seu próprio comportamento, visando generalização (Regra 5)	SGEN
RT1	Discutir ou descrever comportamento problema do terapeuta que ocorre fora da supervisão, em sessão com o cliente	RT1
RT2	Discutir ou descreve comportamento de melhora do terapeuta que ocorre fora da supervisão, em sessão com o cliente	RT2
SPR	Progressão positiva da supervisão	SPR
SFC	Supervisor foca no cliente	SFC

Códigos do terapeuta de acordo com adaptação do SFAPRS (Lepienski, 2015) utilizados na pesquisa e nomenclatura utilizada para categorização das supervisões realizadas

Códigos SFAPRS	**Descrição**	**Códigos utilizados**
TRB1	Emitir comportamento problema	TRB1
TRB2	Emitir comportamento de melhora para a modelagem	TRB2
TRB3	Descrever variáveis que controlam seu comportamento	TRB3
ST1	Discutir ou descreve comportamento problema que ocorre fora da supervisão (em sessão)	ST1
ST2	Discutir ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da supervisão (em sessão)	ST2
STPR	Progressão positiva da supervisão	STPR
FC	Foca no cliente	FC

<u>EV-TRB:</u> supervisor começa a evocar TRB. Não é categorizado como EV-TRB quando houver um TRB1 ou TRB2 em até três turnos do cliente anteriores à evocação. Nesse caso, a fala deve ser categorizada como STRB1-EV ou STRB2-EV, a depender do tipo de TRB que havia ocorrido no turno mais próximo. Apenas pode ser categorizada nessa situação como EV-TRB caso o supervisor claramente esteja mudando a modelagem para uma outra classe funcional de respostas do terapeuta.

T: ...bem real da mãe, assim. E a mãe fala "Nossa, eu não sei se eu mimei demais, que eu não ensinei ela a fazer as coisas e tudo mais." (FC)
S: E o que que é esse mimar? (EV-TRB)

T: ...de, de novo, falar bastante sobre "puts, eu sou culpada sobre o que aconteceu com a minha filha", e tudo mais, e falar da sur... (FC)
S: Ai, que coisa, né? Por que... Aí... Nossa, enfim, tô te interrompendo. Mas é que, dá uma angústia porque, é... é um negócio que você fez com a tua filha, né, lógico, sem intenção, sem nada disso, mas olha, você fez um negócio, e mesmo assim na hora que ela tá assumindo a culpa, a sensação que dá é que ela tá culpando outro. Tá, né... que ela é a... a vítima da situação de alguma forma, né. (EV-TRB)
T: Sim. É, ela se vitimiza bastante, assim. (TRB1)

STRB1: consequenciação de TRB1 que pode ter ocorrido em até três turnos anteriores. Não ocorre em conjunto com evocação, sendo apenas uma resposta ao TRB1 emitido. Caso o supervisor esteja dando contexto claro para que o terapeuta emita uma nova resposta, deve ser categorizado como STRB1-EV.

T: Aí eu só fiz "hum, tá bom", aí o sorriso amarelo e deixa passar que senão... Eu fiquei-se eu apontar essa esquiva- nem sei se é exatamente esquiva- mas se eu apontar esse negócio, só vai ficar- (TRB1)
S: É. Sim. Quando ela descreve, né. Quando ela descreve o comportamento dela, ela confronta. Ela "não, não, não é isso". (STRB1)

STRB1-EV: consequenciação de TRB1 que pode ter ocorrido em até três turnos anteriores, em conjunto com evocação de TRB2. Pode consistir em consequenciar e evocar que ocorrem na mesma fala ou então em ser meramente uma evocação que ocorre após a ocorrência de um TRB1, fazendo parte da modelagem. Essa evocação pode se dar em forma de perguntas diretas, solicitação de emissão de TRB2 ou mesmo proposição de um contexto diferente ou nova reflexão que não havia sido abordada (mudança de controle contextual).

T: Não, eu tava pensando na minha falta de repertório de fazer esse tipo de perguntas, de tipo, eu ia repetir "O que que você gosta? O que que você faz com o seu tempo?", e aí eu ia parar por aí, assim. (TRB1)
S: Tá. Porque, aí uma outra coisa, então, é... Cê tá pensando como é que vai ser na sessão, e tudo mais, como é que vai intervir. Mas vamos primeiro olhar pra o que que a gente tem, assim, sobre a Agatha, sabe? Que ajude a organizar, né? Que aí lá na sessão a gente vê como que faz. (STRB1-EV)

T: Sobre quem ela queria ser, [fala bastante] sim. (TRB1)
S: E que coisa, né porque ela fala pra caramba. Ela fala mais desse tipo de coisas, dessas abstrações. (STRB1)
T: Sim. Sim. É verdade, às vezes que eu tentava puxar um pouco mais pra um prático, às vezes faltava um pouco. (TRB1)
S: É, você lembra de alguma vez? (STRB1-EV)

<u>STRB2:</u> consequenciação de TRB2 que pode ter ocorrido em até três turnos anteriores. Não ocorre em conjunto com evocação, sendo apenas uma resposta ao TRB2 emitido. Caso o supervisor esteja dando contexto claro para que o terapeuta emita uma nova resposta, deve ser categorizado como STRB2-EV.

> T: Mas eu acho que a sessão não acabou de um jeito tão tranquilo só de tipo "ah, que saco, é, controle é difícil, que bom que cê chegou nisso, tamo junto na mesma página"... Eu não me senti próxima dela nesse fim de sessão. (TRB2)
> S: Porque parece que cês não chegaram num ponto, é isso? De um jeito pacífico... (STRB2)

<u>STRB2-EV:</u> consequenciação de TRB2 que pode ter ocorrido em até três turnos anteriores, em conjunto com evocação de TRB2. Pode consistir em consequenciar e evocar que ocorrem na mesma fala ou então em ser meramente uma evocação que ocorre após a ocorrência de um TRB2, fazendo parte da modelagem. Essa evocação pode se dar em forma de perguntas diretas, solicitação de emissão de TRB2 ou mesmo proposição de um contexto diferente ou nova reflexão que não havia sido abordada (mudança de controle contextual).

> T: Aí foi muito ruim, assim. (TRB2)
> S: Tenta descrever essa sensação de distante. (STRB2-EV)

<u>FTRB</u>: Diante da emissão de TRB1, reforçar. Diante da emissão de TRB2, punir.

<u>SAVA</u>: checagem de efeitos da intervenção do supervisor sobre o terapeuta. Pode ocorrer em forma de perguntas como “Faz sentido?”, “Como foi ouvir isso para você?, “O que você pensou?”, etc.

<u>SGEN</u>: discussão de TRB3 emitido pelo terapeuta, regras, modelos ou sugestões de comportamentos que podem ser emitidos em sessão e que seriam TRB2 para o terapeuta naquele momento.

> S: E acho que dá sim- até pra você descrever ou começar descrevendo a dinâmica do que cê percebeu na sessão. Então se ela- "como é que cê ficou?", ela vai falar alguma coisa, cê vai tentar puxar, ela vai falar mais alguma coisa, até descrever mesmo, falar "olha"- é que aí eu já falaria direto, assim, do tipo "olha, fiquei super incomodada, fiquei pensando, levei pra supervisão, aí refleti sobre isso, aí o que eu percebi foi que a gente começou a sessão parecendo que tava num duelo, assim, uma com a outra" (SGEN)

> T: E acho que não... Acho que isso que é um T1, assim, de tipo "Não, isso daqui não é bom o suficiente, eu quero saber mais como que você tá se sentindo, tipo 'bem', 'mal' não é o suficiente." (TRB3)
> S: Entendi, cê sente meio tateando, assim. (SGEN)

<u>RT1:</u> responder a discussões sobre comportamentos problema do terapeuta que ocorrem fora da supervisão, em sessão com o cliente. Não correspondem a ou ocorrem em conjunto na mesma fala que evocações, consequenciações ou generalizações.

> T: Essa dica, por exemplo, de ter um dia da semana no qual não seguir a dieta. A gente discutiu, mas beeem lá atrás, assim. Pelo menos uns dois, três meses atrás. (ST1)
> S: E ela retomou sozinha? (RT1)
> T: Uhum. Retomou sozinha. A gente vem trabalhando um pouquinho- questões de flexibilidade, assim... (ST1)

<u>RT2</u>: responder a discussões sobre comportamentos de melhora do terapeuta que ocorrem fora da supervisão, em sessão com o cliente. Não correspondem a ou ocorrem em conjunto na mesma fala que evocações, consequenciações ou generalizações.

> T: Sim. O que eu acho muito engraçado é que teve uma vez que ela tava me contando "puts, Sofia, às vezes eu tô na sessão com você e eu esqueço, por exemplo, que eu tive uma crise no meio da semana". E aí eu parei, virei pra ela, fiquei tipo- "tá. Tudo bem. A gente tem crises e a gente passa pelas crises, essas coisas acontecem, tudo bem". Ela "não, mas você tem que saber o que que foi que gerou a crise, o que que- pra eu não ter mais crise nenhuma", assim. E até não é, mas se a crise passa, qual que é o problema tão grande assim? Não tá tudo bem sentir coisas mesmo que elas sejam muito pesadas? Elas vão ser pesadas, é ruim. Então, ok, não tá tuuudo bem. Mas qual é o grande problema em sentir coisas muito ruins? Sendo que elas passam e você vê que elas passam. Ela "não, mas eu não quero sentir, é muito ruim sentir-" (ST2)
> S: Cê vê. Olha aí. Olha isso. E eu acho que você pegou num ponto-chave. "Você vai sentir, a beleza- eu não vou passar pela vida e não vou ter ansiedade, não vou me sentir ansiosa, não vou ter medo das coisas-", não, o negócio é lidar com isso. E aí ela vai, ela passa pela crise, ela lida com a crise e ela não consegue perceber que ela lidou. (RT2)

<u>SPR:</u> engajar em comportamentos efetivos ou facilitadores de modo geral. Não possui função de evocar ou consequenciar TRB e pode se enquadrar como reforçador generalizado de atenção (Sim, Entendi, Complicado, Faz sentido), com função de dar continuidade na supervisão.

<u>SFC</u>: discutir questões ou informações práticas sobre o cliente, pessoas de seu convívio ou sobre técnicas psicoterapêuticas. O intuito é o de informar ou discutir algo pontual, como por exemplo medicação, informações objetivas sobre história de vida ou complementar

informações para compreensão geral. Não tem função evocativa ou de consequenciação de comportamentos e não se enquadra como generalização (SGEN).

> T: Acho muito engraçado isso, porque pra gente psicólogo faz muito sentido isso "nossa, todo mundo vai sentir coisas muito ruins, essas coisas vão passar, faz parte da vida", não sei quê- às vezes você fala isso pro cliente e o cliente tá tipo "hmmm. Tá, mas como que eu não sinto mais?" (riso). (FC)
> S: Isso (risos). Pras pessoas é uma loucura, né. Uma loucura. E às vezes é muito- quando tem cliente que é mais evidente, assim, eu falo "ó, eu sei que parece fala de psicólogo, mas é" (risos) (SFC)

<u>TRB1:</u> engajar em comportamento problema no contexto da supervisão. Os TRB1 foram conceituados pelo supervisor a partir do quadro de Habilidades Terapêuticas detalhado anteriormente. Estão relacionados com o repertório do terapeuta FAP a ser modelado e são específicos da conceituação de caso de cada terapeuta (ver na conceituação específica, mais adiante).

<u>TRB2:</u> engajar em comportamento de melhora no contexto da supervisão. O TRB2 é o comportamento que será modelado pelo supervisor, com base no quadro de Habilidades Terapêuticas detalhado anteriormente e nos TRB1 especificados para cada terapeuta. São específicos da conceituação de caso de cada terapeuta (ver na conceituação específica, mais adiante).

<u>TRB3:</u> descrição funcional do próprio comportamento ou descrição verbal de dificuldades de repertório do terapeuta. Caso a função seja de TRB1 ou TRB2 ou ocorra em conjunto com os mesmos, priorizar a categorização como o TRB (1 ou 2) correspondente.

> T: Não sei, eu acho que eu me sinto um pouco mais confortável, não sei se no fim das contas eu tô procurando asseguramento e é um T1 grandão, assim (riso). No fim das contas é bom que a gente dá modelo de vulnerabilidade, né (riso). (TRB3)

> T: Sim, eu acho que de alguma forma eu não sei muito o que que eu tô procurando, então meio que várias respostas do paciente me satisfazem, assim. (TRB3)

<u>ST1:</u> relatar um comportamento problema do terapeuta que ocorreu fora da supervisão, em sessão com o cliente. Caso o relato tenha função de TRB1 ou TRB2, priorizar a categorização como o TRB correspondente.

> T: Essa dica, por exemplo, de ter um dia da semana no qual não seguir a dieta. A gente discutiu, mas beeem lá atrás, assim. Pelo menos uns dois, três meses atrás. (ST1)

<u>ST2:</u> relatar um comportamento de melhora do terapeuta que ocorreu fora da supervisão, em sessão com o cliente. Caso o relato tenha função de TRB1 ou TRB2, priorizar a categorização como o TRB correspondente.

> T: Exato. É... Aí a gente fez- foi muito engraçado (riso). Tava vendo essa postura mais confrontativa dela e aí eu fui fazer uma análise e eu comecei a minha análise falando "Acho que racionalmente a primeira coisa que cê vai virar pra mim e falar é que eu tinha entendido errado, então segura um pouquinho, deixa eu responder, e depois cê fala, tá. Então, ó, tá vendo que cê tá me contando como se você tivesse que- ser a pessoa que emagreceu já, que fez isso, que fez aquilo, não sei quê, não sei que lá... Pra você conseguir ser feliz. Só depois de gabaritar ser uma pessoa perfeita pra você poder ser feliz". E aí geralmente quando eu faço esse tipo de análise, "não, é que eu entendo que não é possível ser uma pessoa perfeita, mas geralmente- eu queria só um pouquinho mais, porque a situação que eu tô vivendo é muito ruim", não sei quê... Ela tem esse padrão de resposta. Aí ela olhou pra mim e eu tinha previsto esse padrão de resposta (riso)- (ST2)

<u>STPR:</u> engajar em comportamentos efetivos ou facilitadores de modo geral. Não possui função de TRB1 ou TRB2 (nesse caso, categorizar como o TRB correspondente). Pode se enquadrar como reforçador generalizado de atenção (Sim, Entendi, Complicado, Faz sentido, Verdade), com função de dar continuidade na supervisão.

<u>FC:</u> discutir questões ou informações práticas sobre o cliente, pessoas de seu convívio ou sobre técnicas psicoterapêuticas. O intuito é o de informar ou discutir algo pontual, como por exemplo medicação, informações objetivas sobre história de vida ou complementar informações para compreensão do supervisor. Não se enquadra como TRB e não discute comportamento do terapeuta em sessão.

> T: E ela só falou depois que ela pegou o remédio, aí na sessão ela tinha pegado e aí ela consegue falar. (FC)

> S: Quando isso? Que ela foi bulímica? SFC
> T: Com uns dezessete anos. FC

3. Categorização das sessões com o FAPRS

O FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) foi desenvolvido para categorização das sessões conduzidas com a FAP. Os códigos categorizam funcionalmente falas de terapeuta e cliente, turno por turno e, por isso, possibilitam análises sobre comportamentos da díade dentro da sessão, bem como a análise do processo na mesma. Para o presente estudo, foram incluídos os códigos propostos por Vartanian (2017), com o objetivo de detalhar a analisar também os

comportamentos de evocação do terapeuta que não eram apreendidos no instrumento original. A Tabela 3 sistematiza os códigos propostos, indicando também os novos códigos criados para utilização no presente estudo.

A coluna da direita indica as categorias e códigos utilizados para categorização. As descrições de cada código com seus respectivos exemplos serão incluídas no material da conceituação de caso, individualizado para cada díade terapeuta-cliente.

Tabela 3 – Códigos do terapeuta de acordo com adaptação do FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) utilizados para categorização das sessões

Função do comportamento	**Códigos utilizados**
Observar CCR	R1
Evocar CCR	EV-CCR
Consequenciar CCR1	TCR1
Consequenciar CCR1 e Evocar	TCR1-EV
Consequenciar CCR2	TCR2
Consequenciar CCR2 e Evocar	TCR2-EV
Falha em consequenciar	FCCR
Avaliar efeitos sobre o cliente	R4
Discutir uma descrição do cliente sobre seu próprio comportamento, visando generalização	R5
Discutir ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão	TO1
Discutir ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão	TO2
Falar com foco na relação terapêutica	TTR
Emitir comportamentos efetivos ou facilitadores sem foco em CCRs ou Os	TPR

Tabela 4 – Códigos do cliente de acordo com adaptação do FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) utilizados para categorização das sessões

Descrição	
Emitir comportamento problema	CCR1
Emitir comportamento de melhora para a modelagem	CCR2-1
Emitir comportamento de melhora ideal	CCR2-2
Descrever variáveis que controlam seu comportamento	CCR3
Discutir ou descreve comportamento problema que ocorre fora da sessão	O1
Discutir ou descreve comportamento de melhora que ocorre fora da sessão	O2
Descrever relações funcionais relacionadas ao comportamento que ocorre fora da sessão	O3
Falar com foco na relação terapêutica	CTR
Discutir ou descreve problemas que ocorrem em situações que não a relação terapêutica, ou clarifica ou dá contexto sobre os problemas	CPR

4. Tabela de códigos FAPRS e SFAPRS

Códigos Supervisão (SFAPRS)	Supervisor	EV-TRB	Evocar TRB diretamente
		STRB1-EV	Evocar durante consequenciação de TRB1
		STRB2-EV	Evocar durante consequenciação de TRB2
		S-EVO	Soma de evocações diretas e evocações durante consequenciação de TRB1 e TRB2
		STRB1	Consequenciar TRB1
		STRB2	Consequenciar TRB2
		S-CON	Soma de consequenciações de TRB1 e TRB2
		FTRB	Falha em consequenciar (reforçar TRB1 ou punir TRB2)
		SAVA	Avaliar efeitos sobre o terapeuta
		SGEN	Discutir descrição do terapeuta sobre seu próprio comportamento, visando generalização
		RT1	Discutir ou descrever comportamento problema que ocorre fora da supervisão
		RT2	Discutir ou descrever comportamento de melhora que ocorre fora da supervisão
		SPR	Emitir comportamentos facilitadores sem foco em TRBs e STs
		SFC	Supervisor foca no cliente
	Terapeuta (Supervisão)	TRB1	Emitir comportamento problema de terapeuta (T1)
		TRB2	Emitir comportamento de melhora de terapeuta (T2)
		TRB3	Descrever variáveis que controlam seu comportamento
		Ts	Soma de TRB1, TRB2 e TRB3
		ST1	Discutir ou descrever comportamento problema que ocorre fora da supervisão
		ST2	Discutir ou descrever comportamento de melhora que ocorre fora da supervisão
		STPR	Emitir comportamentos facilitadores (não enquadrados em TRBs e STs)
		FC	Terapeuta foca no cliente
Códigos Sessão (FAPRS)	Terapeuta (Sessão)	R1	Observar CCR
		EV-CCR	Evocar CCR diretamente
		TCR1	Consequenciar CCR1
		TCR2	Consequenciar CCR2
		CON	Soma de consequenciações de CCR1 e CCR2
		TCR1-EV	Evocar durante consequenciação de CCR1
		TCR2-EV	Evocar durante consequenciação de CCR2
		EVO	Soma de evocações diretas e evocações durante consequenciação de CCR1 e de CCR2
		R4	Avaliar efeitos sobre o cliente
		R5	Discutir descrição do cliente sobre seu próprio comportamento, visando generalização
		TPR	Emitir comportamentos facilitadores sem foco em CCRs e Os
		TO1	Discutir ou descrever comportamento problema que ocorre fora da sessão
		TO2	Discutir ou descrever comportamento de melhora que ocorre fora da sessão
		FCCR	Falha em consequenciar (reforçar CCR1 ou punir CCR2)
	Cliente	CCR1	Emitir comportamento problema
		CCR2-1	Emitir comportamento de melhora para a modelagem (aproximações sucessivas)
		CCR2-2	Emitir comportamento de melhora final
		CCR2-T	Soma de comportamentos de melhora da modelagem e final
		CCR3	Descrever variáveis que controlam seu comportamento
		CCRs	Soma de CCR1, CCR2-1, CCR2-2 e CCR3
		O1	Discutir ou descrever comportamento problema que ocorre fora da sessão
		O2	Discutir ou descrever comportamento problema que ocorre fora da sessão
		CPR	Emitir comportamentos facilitadores (não enquadrado em CCR ou O)