

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DENIS ROBERTO ZAMIGNANI

**O desenvolvimento de um sistema multidimensional  
para a categorização de comportamentos na interação  
terapêutica.**

São Paulo

2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DENIS ROBERTO ZAMIGNANI

**O desenvolvimento de um sistema multidimensional  
para a categorização de comportamentos na interação  
terapêutica.**

Tese de apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo para a obtenção do título  
de Doutor em Psicologia.

**Área de concentração:** Psicologia Clínica

**Orientadora:** Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer

Trabalho parcialmente financiado pela FAPESP  
(processo 04/05840-8)

Bolsista CAPES doutorado (março de 2004 a  
fevereiro de 2005).

São Paulo

2007

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

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

Zamignani, Denis Roberto.

O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica / Denis Roberto Zamignani; orientadora Sonia Beatriz Meyer. -- São Paulo, 2007.

289 p.

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

1. Classificação (processos cognitivos) 2. Processos psicoterapêuticos 3. Psicoterapia – estudo e ensino 4. Análise do comportamento I. Título.

RC480.8

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Denis Roberto Zamignani

O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título  
de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Sonia Beatriz Meyer

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

Profa. Dra. Sonia Beatriz Meyer \_\_\_\_\_

Universidade de São Paulo

---

---

---

---

# DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais *Alcebíades* e *Helena*, a quem agradeço pela vida, pelo cuidado, pelo carinho e pelo apoio em momentos tão importantes nesses últimos anos.

# AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora **Sonia Beatriz Meyer**, que abraçou este projeto com entusiasmo e dedicação. Pelas sacadas brilhantes que me ensinaram tanto. Pela paciência frente ao meu ritmo sempre acelerado e atabalhado. Pela orientação cuidadosa, conduzida com enorme carinho.

Ao **Beto**, nos múltiplos papéis que exerce em minha vida: amigo, sócio, parceiro de pesquisas, companheiro, modelo, referência, conselheiro, amparo. Pelo socorro a meus pedidos de ajuda nas horas mais impróprias, pela tolerância ao meu mau humor, pela compreensão e apoio.

Ao **Sérgio Luna**, por sua grande disponibilidade e apoio ao longo de todo este trabalho, pela amizade e carinho.

À **Emma Otta**, que se mostrou uma pessoa incrível, com sua simpatia, interesse e prontidão a contribuir com seu conhecimento e experiência.

À **Maria Amália**, pela convivência deliciosa em meu mestrado, que se estendeu ao doutorado com suas contribuições e seu cuidado maternal.

À **Rejane**, pela ajuda inestimável com sua disponibilidade para ajudar de forma responsável, minuciosa e dedicada.

À **Giovana**, que mostrou-se uma excelente parceira de pesquisa. Pelo cuidado e carinho com que me ajudou em cada etapa deste trabalho.

À **Marina** que, além da companhia adorável, me ajudou em muitas tarefas insanas ao longo deste projeto.

À **Fernanda**, que amavelmente dedicou muitas horas ao trabalho de categorização.

À **Ju Donadone**, pela prontidão a ajudar, dedicando horas preciosas de sua rotina apressada.

Aos atores **Yara, Carla, Rafaela, Roberto e Joana** que, graciosamente, cederam seu tempo, seu talento e sua imagem para o desenvolvimento do treino de observadores.

Aos amigos dos grupos de pesquisa, de supervisão e da disciplina de análise da interação terapêutica da USP - **Esther, Fernanda, Cláudia, Rejane, Érika, Chris, Giovana, Juliana, Alessandra, Priscila, Roosevelt, Débora, Fabíola, Stanly, Ana Lúcia, Patrícia, Oliver, Rodrigo, Lucirley** - que, com suas sugestões e sua análise aguçada, ajudaram a aperfeiçoar este projeto.

Aos participantes **Terapeuta e Cliente** que permitiram a realização deste trabalho

À Clara Hill, que, de maneira simpática, disponibilizou seu sistema de categorias.

Ao André Jonas, parceiro de docência na São Judas, pela amizade, pelo apoio e por sua grande contribuição no aperfeiçoamento deste trabalho, dispondo-se a utilizá-lo com seus alunos de TCC.

Ao João Ilo, por seu interesse e pelas trocas que me ajudaram a pensar muito do que compõe este trabalho.

Aos colegas Andréa, Arlete, Mateus, Renata, Gisele, Juliana, Aline, Camila, Fernanda, Monalisa, Sandra e Thais, Moema, Giovana, que aceitaram o desafio de adotar o sistema de categorias em seus trabalhos.

Aos amigos do PROCOOP, da ABPMC e da ANPEPP, que contribuíram com análises e sugestões no desenvolvimento deste trabalho.

À Miriam Marinotti que, com suas aulas instigantes, despertou meu interesse pelo estudo metodológico.

Ao Cândido, pela dica preciosa e disponibilidade em ensinar na elaboração dos gráficos de fluxo comportamental.

À Carla Witter, pela compreensão e apoio nas etapas finais deste trabalho.

Ao Sérgio e ao Zé Luis, pelo gentil acolhimento, cedendo sua casa para meu "retiro".

À Joana, que tornou mais leve o dia-a-dia estressante dos últimos anos, por seu apoio incondicional, por sua amizade e carinho e pelas deliciosas e enriquecedoras parcerias.

À Roberta, que se revelou uma grande amiga, pela convivência adorável, pela amizade e apoio, pelo companheirismo em nossas empreitadas "paradigmáticas".

À Márcia que, há anos, tem sido meu porto seguro, onde eu sei que, quando preciso, posso buscar abrigo e acolhimento.

À Picky, por sua disponibilidade e pelas conversas deliciosas e instigantes no grupo de estudos.

Aos colegas, professores e alunos do Paradigma e da São Judas, por sua tolerância com minha pouca disponibilidade nos últimos anos.

Ao Gilberto, à Vanusia e a todos do CPA por sua torcida pelo sucesso desta empreitada.

Aos amigos João, Elza, Carlão, Marcelo, Paulo, Beto, Regina, e muitos outros que tornam a vida mais divertida e afetuosa.

À Família Banaco, pelo carinho e torcida em todos esses anos.

À Fapesp e à Capes, pelo apoio financeiro para a elaboração deste trabalho.



As coisas têm  
Peso, massa, volume  
Tamanho, tempo  
Forma, cor  
Posição,  
Textura, duração  
Densidade,  
Cheiro, valor  
Consistência  
Profundidade, contorno  
Temperatura, função  
Aparência, preço, destino,  
Idade, sentido

As coisas não têm paz

(As Coisas  
Gilberto Gil / Arnaldo Antunes)

## RESUMO

Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapeuta-cliente*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

A interação terapêutica tem sido compreendida como um dos principais fatores de mudança na psicoterapia, e sua investigação é denominada *pesquisa de processo*, contando para isso, com o registro de sessões em áudio e/ou vídeo para a categorização de comportamentos e posterior análise de padrões de interação. O trabalho teve como objetivos o desenvolvimento de um sistema multidimensional de categorização de comportamentos do terapeuta e do cliente para o estudo da interação terapêutica, a verificação da concordância entre observadores ao usar o sistema e a produção de evidências quanto à sua aplicabilidade e validade. A pesquisa foi composta por três estudos: o *Estudo 1* consistiu em uma avaliação sistemática da literatura referente à classificação de comportamentos verbais vocais. Constatou-se que os sistemas de categorias já existentes não são satisfatórios para o estudo da terapia analítico-comportamental, havendo a necessidade da construção de um novo sistema. No *Estudo 2* foi desenvolvido o Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica, composto por três eixos de categorização e quatro qualificadores. O Eixo I foi o de comportamento verbal, contendo 15 categorias para as verbalizações do terapeuta e 13 para as do cliente e tendo como qualificadores o tom emocional (com seis categorias) e gestos ilustrativos (com duas categorias); O Eixo II analisa os temas abordados tendo 16 categorias e seus qualificadores são o tempo no qual o assunto é tratado (com cinco categorias) e condução do tema na sessão (com cinco categorias); O Eixo III é o das respostas motoras contendo cinco categorias. Foi ainda elaborado um treino padronizado para observadores. Sua aplicação a um participante produziu o satisfatório índice de concordância Kappa de 0.73 a 0.84 nas categorias do terapeuta e o insatisfatório índice de -0,09 a 0,36 nas categorias do cliente, requerendo ajuste no treino e nas categorias do cliente. O *Estudo 3* consistiu na análise de três sessões de terapia analítico-comportamental, uma inicial, outra intermediária e uma final, que evidenciou a aplicabilidade do sistema de categorização ao estudo da terapia analítico-comportamental ao permitir a identificação de regularidades no comportamento dos participantes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Categorização de Comportamentos; Interação Terapêutica; Terapia Analítico-Comportamental

## ABSTRACT

Zamignani, D. R. (2007). *Development of a multidimensional system for coding behaviors in therapist-client interaction*. Doctoral thesis. Psychology Institute, University of São Paulo, São Paulo, 2007.

Therapeutic interaction has been considered as one of the main factors of change in psychotherapy, and its investigation is called *process research*. It uses session's audio and/or video recording to code behaviors which, subsequently, permits the analysis of patterns of interactions. The objectives of the study were the development of a multidimensional coding system of therapist and client behavior to study therapeutic interaction, verification of agreement between observers in the use of the coding system and the production of evidences regarding its applicability and validity. Research was composed by three studies: *Study 1* consisted in a systematic evaluation of literature referring to behavior classification in its vocal dimension. The already existing coding systems were not satisfactory for studying behavior-analytic therapy, showing the need for construction of a new one. In *Study 2*, the Multidimensional System for Coding Behavior in Therapeutic Interaction was developed. It was formed by three coding *axes* and four *qualifiers*: Axe I contained 15 therapist and 13 client verbal behavior having as qualifiers the emotional tone (with six categories) and illustrative gestures (with two categories); Axe II analyses the theme of the interaction, having 16 categories and as qualifiers the time in which the subject is treated (with five categories) and the conduction of the theme during the session, with five categories; Axe III is of the motor responses containing five categories. A standardized training for observers was also developed. Its application to one participant produced a satisfactory Kappa index of agreement ranging from 0.73 to 0.84 in therapist categories, and an unsatisfactory one, ranging from -0.09 to 0.36 in client categories, requiring adjustment in client's training and categories. *Study 3* consisted in the analysis of three behavior-analytic therapy sessions, an initial, an intermediate and a final session that made evident the applicability of the categorization system to the study of behavior-analytic therapy as it succeeded in the identification of regularities in the three sessions.

**KEY WORDS:** Categorization of Behaviors; Therapeutic Interaction; Behavior-Analytic Therapy.

## Sumário

<b>Introdução</b>	1
<i>Estudos sobre a relação terapêutica desenvolvidos no Brasil por analistas do comportamento</i>	3
<i>A psicoterapia como um processo de interação social</i>	7
<i>Critérios para a sistematização de eventos em torno de categorias comportamentais</i>	9
<i>A classificação da interação em torno de categorias temáticas</i>	11
<i>Comportamentos verbais não-vocais e respostas motoras</i>	13
<i>Critérios formais e funcionais para a definição da unidade de ocorrência em uma interação social</i>	18
<i>A delimitação da unidade de registro no estudo de interações sociais</i>	25
<i>A questão da medida e suas implicações</i>	27
<i>A categorização de comportamentos referentes a respostas não-vocais</i>	30
<i>Fidedignidade e validade de um sistema de categorização</i>	34
<i>Precisão na definição das categorias</i>	41
<i>Questões relativas à sistematização e análise dos dados</i>	44
<i>Elementos necessários em um sistema de categorização do comportamento</i>	49
<i>Objetivos</i>	49
<b>Estudo 1. Identificação de eventos relevantes da interação terapêutica a partir da avaliação sistemática da literatura sobre categorização de comportamentos.</b>	51
<b>Estudo 1. Método</b>	51
<i>Procedimento</i>	51
<i>1. Busca de literatura referente à categorização do comportamento verbal ou não verbal humano.</i>	51
<i>2. Análise dos sistemas de categorização selecionados na literatura a partir de critérios de inclusão</i>	52
<i>3. Sistematização de categorias de comportamentos do terapeuta encontradas na literatura</i>	53
<b>Estudo 1. Resultados</b>	55
<i>1.1. Análise dos sistemas de categorização do comportamento verbal vocal do terapeuta selecionados na literatura</i>	55
<i>1.2. Sistematização de categorias de comportamentos do terapeuta encontradas na literatura</i>	60
	87

<i>1.3. Análise dos sistemas de categorização do comportamento verbal vocal do cliente selecionados na literatura</i>	
<i>1.4. Sistematização de categorias de comportamentos do cliente encontradas na literatura</i>	91
<b>Estudo 2. Desenvolvimento e avaliação de concordância de um Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica.</b>	106
<b>Estudo 2 - Método</b>	106
<i>Participantes</i>	106
<i>Aspectos éticos</i>	107
<i>Material e equipamento</i>	107
<i>Procedimento de coleta de dados</i>	108
<i>Procedimento para elaboração do sistema de categorias</i>	109
<b>Estudo 2. Resultados</b>	120
<i>Versão final do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica</i>	120
<i>Apresentação da versão final do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica</i>	124
Eixo I. Categorias referentes ao comportamento verbal vocal e não vocal do terapeuta e do cliente	124
Eixo I-1. Categorização do comportamento verbal vocal do terapeuta.	125
Eixo I-2. Categorização do comportamento verbal não vocal do terapeuta.	151
Eixo I-3. Categorização do comportamento verbal vocal do cliente.	155
Eixo I-4. Categorização do comportamento verbal não vocal do cliente.	171
Eixo I-5. Categorização do Qualificador 1: Tom Emocional	174
Eixo I-6. Categorização do Qualificador 2: Gestos Ilustrativos	177
Eixo II. Categorias referentes ao tema da sessão.	178
Eixo II-1. Categorização do tema da sessão.	178
Eixo II. -2. Categorização do Qualificador 1: Tempo no qual o assunto é tratado.	184
Eixo II-3. Categorização do Qualificador 2: Condução do tema da sessão.	186
Eixo III. Categorias de registro de respostas motoras do terapeuta e do cliente	187
O desenvolvimento de um treino sistemático para observadores	189
Estudo aprofundado sobre as categorias de comportamentos do cliente	195
	204

<b>Estudo 3. Aplicação do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos na interação terapêutica em um conjunto de sessões de terapia analítico-comportamental.</b>	
<b>Estudo 3. Método</b>	204
<i>Participantes</i>	204
<i>Material e equipamentos</i>	204
<i>Procedimento de coleta de dados</i>	205
<i>Procedimento de análise de dados</i>	206
<b>Estudo 3. Resultados</b>	
<i>Sistematização dos dados referentes ao Eixo I-1: Comportamento verbal dos participantes, e ao Eixo III: Respostas motoras.</i>	207
<i>Sistematização dos dados referentes à sessão 2</i>	209
<i>Sistematização dos dados referentes à sessão 11</i>	215
<i>Sistematização dos dados referentes à sessão 17</i>	220
<i>Sobre o Qualificador Gestos Ilustrativos do Eixo I</i>	224
<i>Comparação entre as sessões</i>	225
<i>Considerações a respeito do Estudo 3</i>	228
	230
<b>Discussão</b>	
<i>Alguns dos pressupostos assumidos ao longo do presente trabalho</i>	230
<i>Construção e validação de um sistema de categorização</i>	237
<i>Etapas da terapia e as categorias de comportamento do terapeuta e cliente:</i>	245
<i>Um exercício de descrição do processo terapêutico analítico-comportamental</i>	
<b>Conclusão</b>	273
<b>Referências</b>	275

## Lista de Figuras

Figura 1. Esquema representativo do ambiente de coleta de dados, com a identificação do posicionamento das câmeras.	108
Figura 2. Exemplo de tela de treino no qual é apresentado um segmento de definição da categoria SOLICITAÇÃO DE RELATO do terapeuta.	190
Figura 3. Exemplo de tela de treino, na qual é apresentada uma atividade de identificação da categoria SOLICITAÇÃO DE RELATO do terapeuta.	191
Figura 4. Exemplo de tela de treino no qual é apresentada uma atividade de identificação da categoria SOLICITAÇÃO DE RELATO do terapeuta a partir de trechos fictícios de sessão terapêutica, gravados em vídeo.	192
Figura 5. Exemplo de tela referente aos exercícios finais do treino do terapeuta.	193
Figura 6. Exemplo de tela referente aos exercícios finais do treino do terapeuta.	193
Figura 7. Distribuição das categorias de respostas verbais da cliente de acordo com cada um dos observadores, em 30 minutos da sessão 17.	197
Figura 8. Distribuição das categorias de respostas verbais da cliente pelo Observador 1, em 30 minutos da sessão 17.	199
Figura 9. Soma das categorias do Eixo I: Respostas verbais do terapeuta e do cliente (incluindo respostas verbais vocais e gestos comunicativos) em ocorrências e duração (segundos), em cada uma das três sessões e no total das três sessões analisadas.	208
Figura 10. Duração média das respostas verbais do terapeuta e da cliente (incluindo respostas verbais vocais e gestos comunicativos) em cada uma das três sessões e no total das três sessões analisadas.	209
Figura 11. Percentual de ocorrência e de tempo ocupado por cada categoria de comportamento verbal do terapeuta e da cliente na sessão 2, com relação ao total de verbalizações do próprio participante.	209
Figura 12. Distribuição das categorias mais frequentes do terapeuta e da cliente ao longo da sessão 2, em frequência acumulada de tempo de ocorrência (segundos).	212
Figura 13: Probabilidade de transição de categorias de respostas verbais do terapeuta (EMPATIA; INTERPRETAÇÃO; SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO; SOLICITAÇÃO DE RELATO) para categorias do cliente (RELATA; ESTABELECE RELAÇÕES e CONCORDA), com um intervalo de até 4 segundos, na sessão 2.	213
Figura 14. Percentual de ocorrência e de tempo ocupado por cada categoria de comportamento verbal do terapeuta e da cliente na sessão 11, em relação ao total de verbalizações do próprio participante.	215

Figura 15. Distribuição das categorias mais freqüentes do terapeuta e da cliente ao longo da sessão 11, em freqüência acumulada de tempo de ocorrência (segundos). As barras coloridas abaixo do eixo horizontal representam a distribuição no tempo do Eixo III - Respostas motoras de T e C e do qualificador do Eixo I - Tom emocional da interação.	217
Figura 16. Probabilidade de transição de categorias de respostas verbais do terapeuta (APROVAÇÃO, EMPATIA; INFORMAÇÃO, INTERPRETAÇÃO; RECOMENDAÇÃO, REPROVAÇÃO, SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO e SOLICITAÇÃO DE RELATO) para cada uma das respostas verbais do cliente selecionadas (RELATA; ESTABELECE RELAÇÕES, CONCORDA e OPOSIÇÃO), com um intervalo de até 4 segundos, na sessão 11.	219
Figura 17. Percentual de ocorrência e de tempo ocupado por cada categoria de comportamento verbal do terapeuta e do cliente na sessão 17, com relação ao total de verbalizações do próprio participante.	220
Figura 18. Distribuição das categorias mais freqüentes do terapeuta e da cliente ao longo da sessão 17, em freqüência acumulada de tempo de ocorrência (segundos). As barras coloridas abaixo do eixo horizontal representam a distribuição no tempo do Eixo III - Respostas motoras de T e C e do qualificador do Eixo I - Tom emocional da interação.	222
Figura 19: Probabilidade de transição de categorias de respostas verbais do terapeuta (APROVAÇÃO, EMPATIA; INFORMAÇÃO, INTERPRETAÇÃO; RECOMENDAÇÃO, REPROVAÇÃO, SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO e SOLICITAÇÃO DE RELATO) para cada uma das respostas verbais do cliente selecionadas (RELATA; ESTABELECE RELAÇÕES, CONCORDA e OPOSIÇÃO), com um intervalo de até 4 segundos, na sessão 17.	223
Figura 20: Ocorrência e duração do Qualificador Gestos Ilustrativos em cada uma das categorias no conjunto de sessões.	224
Figura 21. Duração e freqüência de cada uma das categorias de terapeuta e cliente nas três sessões analisadas.	226
Figura 22. Representação esquemática das Etapas da Avaliação Comportamental (adaptado de Follette, Naugle & Linnerooth, 1999)	252
Figura 23. Esquema representando o paradigma do comportamento operante, no qual “OE” é uma operação estabelecedora, “S <sup>D</sup> ” é um estímulo discriminativo, o símbolo “•” representa uma função probabilística na qual, dadas determinadas circunstâncias, há uma probabilidade de que uma resposta seja emitida; “R” é a resposta, a seta à direita indica uma relação de contingência entre resposta e consequência e “S <sup>R</sup> ” é o estímulo produzido pela resposta que, ao retroagir sobre o organismo, altera a probabilidade de que respostas da mesma classe venham a ser emitidas (Follette <i>et al.</i> 1999).	261



## Lista de Tabelas

Tabela 1. Avaliação dos sete sistemas de categorização selecionados, segundo os critérios de inclusão definidos no procedimento deste estudo.	58
Tabela 2. Sistematização das categorias de comportamento do terapeuta a partir dos sistemas de Chamberlain e Ray (1988), Ford (1978), Fiorini (1995), Hill (1978), Margotto (1998), Meyer e Vermes (2001), Schindler <i>et al.</i> (1989), Stiles (1992), Tourinho <i>et al.</i> (2003) e Zamignani (2001).	62
Tabela 3. Critérios de seleção dos sistemas de categorização do comportamento verbal vocal do cliente.	89
Tabela 4. Sistematização das categorias de comportamento do cliente a partir dos sistemas de Chamberlain e Ray (1988), Hill <i>et al.</i> (1992), Margotto (1998), Schindler <i>et al.</i> (1989) e Zamignani (2001).	91
Tabela 5. Valores obtidos no cálculo de concordância entre o pesquisador e o Observador 1, referentes às categorias verbais e qualificadores, na sessão 11.	113
Tabela 6. Valores obtidos no cálculo de concordância entre o pesquisador e o Observador 1 referente às categorias verbais e qualificadores, na sessão 17	114
Tabela 7. Percentagem de coincidência entre as funções propostas pelas categorias pré-definidas do sistema preliminar de Zamignani (2006, versão preliminar) e as categorias definidas pela terapeuta-pesquisadora a partir da análise das sessões, no trabalho de Del Prette (2006).	117
Tabela 8. Esquema básico de palavras emocionais (adaptado de Shaver <i>et al.</i> , 1987 – readaptado por Brandão, 2003).	182
Tabela 9. Valores obtidos no cálculo de concordância entre o Observador 2 e o pesquisador referente às categorias de Respostas Verbais e Qualificadores, na categorização final de 30 minutos da sessão 17.	195
Tabela 10. Matriz de concordância (em segundos) entre a categorização de pesquisador (linhas) e o Observador 2 (colunas), referente a cada categoria de respostas verbais da cliente, em 30 minutos da sessão 17.	196
Tabela 11. Valores obtidos no cálculo de concordância entre o pesquisador e o Observador 1, referente às categorias de respostas verbais e qualificadores da cliente, na categorização de 30 minutos da sessão 17.	198
Tabela 12. Matriz de concordância (em segundos) entre a categorização de Pesquisador (linhas) e o Observador 1 (colunas) referente a cada categoria de respostas verbais da cliente, na sessão 17.	199
Tabela 13. Matriz de concordância (em segundos) entre a categorização do pesquisador (linhas) e o Observador 2 (colunas) referente a cada categoria do qualificador Tom emocional, em 30 minutos da sessão 17.	200
Tabela 14. Matriz de concordância (em segundos) entre a categorização do pesquisador (linhas) e o Observador 2 referente a cada categoria do Qualificador Gestos Ilustrativos, em 30 minutos da sessão 17.	201

## **Lista de Anexos**

1. Termos de consentimento de terapeuta e cliente para pesquisa
2. Termo de Compromisso e Responsabilidade
3. Adendo às categorias verbais do terapeuta e do cliente

A qualidade da interação terapêutica é reconhecidamente importante para a obtenção de bons resultados na psicoterapia. Em vista disso, os mais diversos aspectos dessa interação têm sido investigados (Follette, Naugle & Callaghan, 1996; Meyer & Vermes, 2001), em busca de identificar variáveis gerais e específicas que possam produzir resultados mais ou menos favoráveis.

Parte das pesquisas relativas a esse tema tem como objetivo investigar características do terapeuta e do cliente e a possível influência destas nos resultados do tratamento (por exemplo, Abramowitz, Abramowitz, Roback & Jackson, 1974; Billings & Moos, 1984; Kolb, Beutler, Davis, Crago & Shanfield, 1985; Miller, Benefield & Tonigan, 1993; Pope & Tabachnick, 1993; Quintana & Holahan, 1992; Schaffer, 1982; Schaffer, 1983; Talley, Strupp & Morey, 1990). Outros estudos buscam relacionar variáveis da relação terapeuta-cliente, ou as técnicas utilizadas pelo terapeuta, com a predição de resultados e/ou do engajamento do cliente no processo terapêutico (por exemplo, Delitti, 2002; Ford, 1978; Monteiro, 2000; Morgan, Luborsky & Crits-Christoph, 1982; Nichols, 1974; Tryon, 1990).

Estas podem ser consideradas características gerais do processo terapêutico, e o estudo das mesmas tem fornecido informações sobre o papel de variáveis relevantes da interação terapêutica. Entretanto, muitas vezes os métodos utilizados não permitem identificar aspectos específicos do processo terapêutico por meio do qual ocorrem as mudanças. Uma característica freqüente nas linhas de pesquisa anteriormente citadas é a obtenção de dados por meio da comparação entre grupos, ou mesmo a avaliação dos resultados a partir de um conjunto de procedimentos, sem uma análise momento a momento do processo, o que não permite a identificação dos fatores responsáveis pelos resultados em cada interação terapêutica estudada.

Em busca de identificar e avaliar os aspectos específicos da relação terapêutica, pesquisadores de diferentes abordagens teóricas e de diferentes áreas do conhecimento têm desenvolvido estratégias metodológicas para a caracterização da interação em sessão terapêutica, por meio da observação direta de sessões gravadas em áudio e/ou vídeo e categorização dos comportamentos observados. Em tais pesquisas, denominadas *pesquisas de processo* (Greenberg & Pinsof, 1986; Russel & Trull, 1986), o dado principal é o que ocorre dentro do processo terapêutico, mais especificamente na interação (verbal e não-verbal) entre terapeuta e cliente e o objetivo é identificar os processos de mudança ao longo dessa interação.

Considera-se que um estudo diz respeito a processo se ele oferece (a) uma descrição molecular ou uma especificação das ações ou operações que estão sendo estudadas; (b) uma descrição molecular e molar das relações sequenciais entre essas operações ou unidades e (c) as indicações de objetivos ou metas em direção aos quais o processo se dirige (Russel & Trull, 1986).

O estudo de mecanismos envolvidos no tratamento, de acordo com Kazdin e Nock (2003), é provavelmente o melhor investimento, de curto ou longo prazo, para melhorar a prática clínica e o cuidado ao cliente. Estes autores afirmam que, entender como e por que o tratamento funciona, pode proporcionar a maximização de seus efeitos e assegurar que seus aspectos críticos sejam generalizados para a prática clínica (p. 1117).

A partir das conclusões de Kazdin e Nock (2003) a respeito da importância de se investigar os porquês da efetividade dos tratamentos, a seguir, apresenta-se agora um panorama dos estudos brasileiros sobre relação terapêutica analítico-comportamental.

*Estudos sobre a relação terapêutica desenvolvidos no Brasil por analistas do comportamento.*

A sessão terapêutica e a supervisão clínica têm sido estudadas por analistas do comportamento no Brasil para a investigação de diferentes queixas clínicas. Comumente, estes estudos são realizados a partir do registro em áudio e/ou vídeo do comportamento verbal vocal<sup>1</sup> do terapeuta, cliente ou supervisor.

Já em 1989, Wielenska estudou o processo de supervisão clínica por meio da análise de cadeias de verbalizações de uma terapeuta ao longo do processo de supervisão. O estudo envolveu entrevistas sucessivas, registradas em áudio e então analisadas e rerepresentadas à terapeuta, de modo que ela fornecesse informações sobre seu próprio atendimento. A análise realizada pela pesquisadora, que era também a supervisora, permitiu identificar características importantes da interação da terapeuta com seu cliente.

Kovac (1995) e Zamignani (1995) utilizaram parcialmente o método de coleta de dados proposto por Wielenska (1989) para estudar variáveis encobertas que possivelmente controlariam o comportamento do terapeuta na sessão. Para tanto, partiram de sessões gravadas em áudio e vídeo e transcritas. Entrevistaram, então, o terapeuta a respeito de seus sentimentos e pensamentos, enquanto este assistia às sessões em vídeo. Suas verbalizações foram categorizadas de acordo com o tipo de evento relatado como determinante de seu comportamento na sessão.

Outro estudo, envolvendo a gravação das sessões em vídeo e sua posterior transcrição, foi realizado por Margotto (1998) com objetivo de detectar mudanças no curso da sessão terapêutica. A partir das gravações, a autora desenvolveu um sistema de

---

<sup>1</sup> O termo “comportamento verbal vocal” é utilizado por Skinner (1957/1992) para diferenciar este tipo de comportamento verbal de outras classes de comportamento que também podem ser caracterizados como comportamento verbal. No presente trabalho, em algumas passagens, o termo genérico “comportamento verbal” será utilizado como equivalente a comportamento verbal vocal, o mesmo valendo para o termo “verbalizações”.

categorias para a caracterização do comportamento do terapeuta e do cliente e analisou, a partir dos dados categorizados, padrões seqüenciais de interação na sessão terapêutica.

Adaptações do sistema de categorização proposto por Margotto (1998) ou o desenvolvimento de novas categorias, a partir da gravação e transcrição de sessões em vídeo, foram realizadas em diversas outras pesquisas brasileiras com vistas a identificar diferentes aspectos da sessão terapêutica ou de supervisão (por exemplo, Almásy, 2004; Baptistussi, 2001; Barbosa, 2001; Brandão, 2003; Donadone, 2004; Garcia, 2001; Maciel, 2004; Martins, 1999; Meyer & Donadone, 2002; Moreira, 2001; Nardi, 2004; Novaki, 2003; Oliveira, 2002; Silva, 2001; Tourinho, Garcia & Souza, 2003; Vermes, 2000; Yano, 2003; Zamignani & Andery, 2005).

Os resultados obtidos com os trabalhos já finalizados lançam luz sobre questões teóricas e técnicas importantes para o entendimento do processo terapêutico. Dentre as variáveis da sessão terapêutica estudadas, destacam-se a teoria, as regras de atendimento e a experiência clínica como fatores determinantes da tomada de decisão do terapeuta (Donadone, 2004; Kovac, 1995; Margotto, 1998; Moreira, 2001; Oliveira, 2002; Vermes, 2000; Wielenska, 1989; Zamignani, 1995; Zamignani & Andery, 2005); o processo de estabelecimento de relações causais por parte do terapeuta sobre o comportamento do cliente como um dos focos da terapia (Margotto, 1998; Oliveira, 2002; Vermes, 2000; Zamignani, 1995; Zamignani & Andery, 2005); funções dos eventos privados no desenvolvimento da terapia comportamental e os efeitos de diferentes tipos de intervenção sobre falas referentes a estes eventos (Almásy, 2004; Azevedo, 2001; Barbosa, 2006; Brandão, 2003; Kovac, 1995; Maciel, 2004; Martins, 1999; Silva, 2001; Zamignani, 1995); a identificação de efeitos de procedimentos reforçadores ou aversivos sobre o comportamento do cliente na sessão (Almásy, 2004; Baptistussi, 2001; Garcia, 2001; Silva, 2001); a caracterização de estilos de atendimento

utilizados por terapeutas analítico-comportamentais (Zamignani, 2001); a identificação de variáveis envolvidas na supervisão clínica de base analítico-comportamental e o desenvolvimento de instrumentos para a supervisão (Ireno, 2007; Moreira, 2001; Pinto, 2007; Ulian, 2007; Wielenska, 1989); a identificação de variáveis responsáveis pelo uso de orientações e interpretações por terapeutas comportamentais e a relação destas com a experiência clínica do terapeuta (Donadone, 2004; Oliveira, 2002; Zamignani, 2001); o uso da Psicoterapia Analítico-Comportamental para lidar com problemas de relacionamento interpessoal (Taccola, 2004).

Alguns dos trabalhos realizados no Brasil permitiram também a identificação de variáveis relacionadas a problemas específicos do cliente e o manejo destas na sessão terapêutica. Destacam-se o estudo de possíveis variáveis de controle ambientais e verbais sobre respostas de ansiedade (Maciel, 2004); a comparação entre estratégias padronizadas e individualizadas para o tratamento do transtorno do pânico (Yano, 2003); a caracterização do atendimento de clientes com o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo por analistas do comportamento (Zamignani & Andery, 2005); o desenvolvimento de assertividade e habilidades sociais (Souza Filho, 2001) e o estudo de suas possíveis funções no controle de peso em adolescentes (Barbosa, 2001). Outros trabalhos estudaram, ainda, aspectos metodológicos relacionados ao uso de categorias para o registro de eventos na sessão terapêutica (Azevedo, 2001; Chequer, 2002; Del Prette, 2006; Kovac, 2001; Nardi, 2004; Souza Filho, 2001).

Com relação aos métodos utilizados nas diferentes pesquisas realizadas no Brasil, alguns aspectos podem ser destacados. Serão apresentadas e discutidas, aqui, algumas pesquisas com diferentes delineamentos de estudo e tratamentos de dados.

Quanto aos delineamentos das pesquisas, a grande maioria dos trabalhos até então desenvolvidos tem um caráter exploratório (por exemplo, Barbosa, 2001; Garcia,

2001; Margotto, 1998; Martins, 1999; Oliveira, 2002; Wielenska, 1989; Baptistussi, 2001; Vermes, 2000; Yano, 2003; Zamignani, 1995). Pesquisas de caráter metodológico, visando aprimorar os métodos para a categorização de eventos, foram desenvolvidas por Chequer (2002), Del Prette (2006), Kovac (1995) e Nardi (2004). Em outros trabalhos, foi analisada a correlação entre dados obtidos por meio de escalas, entrevistas e/ou inventários e aqueles obtidos por meio de observação direta (Baptistussi, 2001; Barbosa, 2001; Kovac, 1995; Vermes, 2000; Yano, 2003; Zamignani, 1995). Há ainda trabalhos nos quais algumas variáveis da interação terapêutica foram manipuladas em estudos experimentais ou quase-experimentais (Almásy, 2004; Pinto, 2007, Silva, 2001, Tacolla, 2004).

Com relação às estratégias para a organização das informações coletadas, alguns trabalhos utilizam os operantes verbais de Skinner para inferir prováveis relações funcionais envolvidas em verbalizações do cliente (Kovac, 2001; Nardi, 2004), ao passo que outros utilizam diferentes sistemas de categorização, ora partindo de uma categorização inicial de seqüências de interação para posterior análise (Barbosa, 2006; Brandão, 2003; Tacolla, 2004), ora inicialmente categorizando verbalizações individuais, para posterior análise de seqüências, buscando-se identificar relações funcionais sobre comportamentos do terapeuta, do cliente ou do supervisor (Almásy, 2004; Garcia, 2001; Margotto, 1998; Martins, 1999; Silva, 2001; Wielenska, 1989; Zamignani & Andery, 2005).

Os dados obtidos a partir da categorização ou da identificação de classes funcionais foram tratados de diferentes maneiras. Alguns trabalhos correlacionaram a categorização dos comportamentos do terapeuta com outras variáveis, tais como o tema abordado na sessão ou as justificativas dadas pelo terapeuta para suas intervenções (Baptistussi, 2001; Barbosa, 2001; Garcia, 2001; Kovac, 1995; Margotto, 1998;



Martins, 1999; Oliveira, 2002; Vermes, 2000; Yano, 2003; Zamignani, 1995). Em outros, a identificação de relações comportamentais foi feita por meio de um sistema de notação, no qual as categorias de comportamento eram distribuídas em seqüência, conforme ocorreram na sessão terapêutica, juntamente com informações sobre mudanças de tema ou outras observações do pesquisador (Garcia, 2001). A estratégia de construção de gráficos de frequência acumulada de verbalizações (do terapeuta e cliente) foi utilizada por Baptistussi (2001) e Zamignani (2001). Alguns trabalhos ainda combinaram diferentes métodos quantitativos e qualitativos de análise de verbalizações para a caracterização da sessão terapêutica (Barbosa, 2001; Maciel, 2004; Zamignani & Andery, 2005), ou analisaram estatisticamente a correlação entre variáveis observadas da sessão terapêutica e resultados alcançados com os procedimentos clínicos (Barbosa, 2001, Donadone, 2004, Ulian, 2007).

Cada uma dessas estratégias metodológicas proporcionou diferentes tipos de informação sobre o processo estudado e a análise do conjunto de estudos sugere que a combinação de diferentes métodos de sistematização dos dados pode propiciar um entendimento mais completo do processo terapêutico.

#### *A psicoterapia como um processo de interação social*

Uma particularidade com a qual os pesquisadores lidam ao estudar o que ocorre dentro da psicoterapia é a análise do comportamento de, no mínimo, dois indivíduos – terapeuta e cliente – interagindo. Trata-se, portanto, de um processo de influência mútua (Meyer & Vermes, 2001), no qual os comportamentos do cliente e do terapeuta são analisados como comportamentos sociais (Skinner, 1953<sup>2</sup>).

---

<sup>2</sup> De acordo com Skinner (1953/1993), o comportamento de duas ou mais pessoas em relação uma com a outra ou em relação conjunta com o ambiente caracteriza o *comportamento social*. Em um episódio social, as conseqüências das respostas emitidas por um indivíduo dependem da mediação de outra(s) pessoa(s).

Para se estudar uma interação social deve-se levar em conta as variáveis que controlam o comportamento de cada um dos membros da interação (Skinner, 1953). Estas variáveis são constituídas principalmente por estímulos sociais – no caso, a ação do outro indivíduo da díade terapeuta-cliente que, por sua vez, é sujeito à influência de um grande conjunto de variáveis. Tal interação implica numa complexidade maior do que no caso de comportamentos controlados por eventos de natureza não-social - relativamente mais estáveis - permitindo certa previsibilidade sobre sua ocorrência e facilitando a análise. Apesar das características dos eventos sociais, é possível se identificar regularidades neste tipo de interação, o que permite sua sistematização para estudo<sup>3</sup>.

No estudo de interações sociais, uma das possibilidades de identificação de regularidades é a sistematização dos dados observados em torno de classes de comportamento do terapeuta e do cliente, cujos critérios de sistematização seriam descritos em termos de categorias de comportamento<sup>4</sup>. A partir de então, são conduzidas análises das relações entre essas categorias, de forma a identificar possíveis efeitos que de diferentes classes de comportamento de um membro da díade sobre o outro (Russell & Trull, 1986; Wampold, 1986).

A observação e a sistematização dos dados referentes ao comportamento humano são foco de interesse em diversas áreas da ciência. Em um levantamento da literatura pertinente ao tema, foram localizados diversos trabalhos nos quais houve tentativa de categorização do comportamento humano verbal vocal e motor em

---

<sup>3</sup> A obra de Skinner, *Comportamento Verbal* (1957), é um exemplo de sistematização de regularidades encontradas em um tipo específico de comportamento social - o comportamento verbal. Vale lembrar que a obra de Skinner (1957) é descrita pelo próprio autor como um exercício de interpretação, não tendo sido constituída a partir de um estudo sistemático.

<sup>4</sup> No presente trabalho, adota-se a definição de *Classes de Comportamentos* de Danna e Matos (1999), que consiste no agrupamento de eventos comportamentais em torno de características comuns, tais como sua morfologia, função ou ambos. O termo *Categoria de Comportamentos*, por sua vez, será utilizado no presente trabalho referindo-se ao conjunto de definições construído de modo a sistematizar os elementos que compõem uma Classe de Comportamentos.

diferentes situações de observação (por exemplo, Abramowitz, Abramowitz, Roback & Jackson, 1974; Baptistussi, 2001; Barbosa, 2001; Batista, 1980; Campbell, 2004; DeVito, 1989; Fagundes, 1978; Hickson & Stacks, 1989; Knapp & Hall, 1999; Marturano, 1978; Marturano, Bertoldo & Camelo, 1982; Street & Buller, 1987; Vieira, 1975).

Diferentes sistemas de categorização desenvolvidos especificamente para a análise da interação terapeuta-cliente são encontrados na literatura nacional (por exemplo, Baptistussi, 2001; Brandão, 2003; Britto, Oliveira & Sousa, 2003; Donadone, 2004; Garcia, 2001; Margotto, 1998; Martins, 1999; Moreira, 2001; Novaki, 2003; Oliveira, 2002; Tourinho, Garcia, & Souza, 2003; Vermes, 2000; Yano, 2003; Zamignani & Andery, 2005) e internacional (por exemplo, Bischoff & Tracey, 1995; Chamberlain & Ray, 1988; Chamberlain, Patterson, Reid, Kanavagh & Forgatch, 1984; Hill, 1978; Hill, Corbett, Kanitz, Rios, Lightsey & Gomez, 1992). Muitos destes sistemas apresentam categorias que descrevem classes de comportamentos bastante semelhantes, mas utilizam para isto diferentes denominações e definições. As diferenças encontradas entre eles devem-se principalmente à natureza da questão investigada e aos diferentes pressupostos teóricos que norteiam cada estudo.

Nos trabalhos existentes sobre o tema, problemas envolvidos na elaboração, definição e aplicação de categorias para a classificação do comportamento merecem ser considerados. Alguns desses problemas serão discutidos a seguir.

#### *Critérios para a sistematização de eventos em torno de categorias comportamentais*

A categorização de eventos parte da observação e do agrupamento do universo estudado em torno de classes, agrupamento este que depende do objetivo ou função a ser exercida pelo sistema de categorias (Marinotti, 2000). Alguns sistemas de

categorização são propostos para o treinamento ou julgamento do desempenho de terapeutas em uma determinada abordagem de terapia (exemplos de sistemas utilizados para esse fim são apresentados por Callaghan, 2006; Hill & O'Brien, 1999; Ireno, 2007; Sturmey, 1996). Nesse caso, a função do sistema é prescritiva, ou seja, a apresentação das categorias visa sugerir um conjunto de padrões que deveriam ser seguidos pelo terapeuta para o desenvolvimento de seu trabalho clínico. Tal proposta de categorização é orientada principalmente pelo modelo teórico-metodológico de intervenção adotado pelo autor, mais que por um determinado conjunto de dados observados.

Sistemas que têm como objetivo a caracterização da interação terapêutica para a pesquisa, por outro lado, apresentam um caráter essencialmente descritivo. Em função disso, os critérios para essa categorização, diferentemente do que ocorre em um sistema prescritivo, são guiados mais pelos dados observados. Tal caráter descritivo, entretanto, deve ser considerado com cautela. Por mais que o pesquisador esteja isento do propósito de orientar ou prescrever um determinado conjunto de práticas, a organização do fenômeno observado não se furta de revelar algum tipo de interpretação *a priori*, ao selecionar quais seriam os eventos relevantes para sua compreensão. Destacar algumas classes de comportamento, em detrimento de outras, revela uma forma de compreender o processo que, necessariamente, é perpassada pela postura teórico-metodológica adotada pelo pesquisador.

Conforme apresentado anteriormente, grande parte dos estudos clínicos até então desenvolvidos sobre a interação terapêutica têm categorizado o comportamento verbal vocal dos participantes a partir da análise dos textos das transcrições de sessões gravadas em áudio ou vídeo. Estes estudos consideram, para essa categorização, as ações apontadas pela literatura clínica como típicas de uma interação verbal terapêutica (chamadas, em alguns dos estudos, de variáveis interpessoais), tais como “descrição de

eventos”, “orientação”, “inferência”, “aprovação” etc. (por exemplo, Almásy, 2004; Barbosa, 2001; Chamberlain & Ray, 1988; Chamberlain *et al.*, 1984; Donadone, 2004; Garcia, 2001; Hill, 1978; Hill *et al.*, 1992, Kovac, 2001; Maciel, 2004; Margotto, 1998, Martins, 1999; Meyer & Donadone, 2002; Moreira, 2001; Oliveira, 2002; Silva, 2001; Vermes, 2000; Yano, 2003; Zamignani & Andery, 2005).

A partir da categorização em torno desses eventos, os autores têm analisado processos importantes da interação clínica, tais como a tomada de decisão do terapeuta (Margotto, 1998), as conseqüências providas pelo terapeuta às ações do cliente (Almásy, 2004; Silva, 2001), a orientação e o aconselhamento fornecidos pelo terapeuta (Donadone, 2004; Meyer & Donadone, 2002; Zamignani & Andery, 2005), o manejo de sentimentos e emoções (Almásy, 2004; Brandão, 2003; Vermes, 2000) e de diferentes queixas clínicas na sessão (Barbosa, 2001; Yano, 2003; Zamignani & Andery, 2005), entre muitos outros.

#### *A classificação da interação em torno de categorias temáticas*

Em algumas pesquisas sobre a interação terapêutica, a condução do estudo pode exigir a classificação da interação em torno de assuntos ou temas (por exemplo, Baptistussi, 2001; Barbosa, 2006; Eells, Kendjelic & Lucas, 1998; Garcia, 2001; Goldberg, Hobson, Maguire, Margison, Osborn & Moss, 1984; Yano, 2003; Zamignani e Andery, 2005).

Baptistussi (2001) e Garcia (2001) estudavam comportamentos do terapeuta relacionados à audiência não punitiva e ao bloqueio de esquiva, e seus possíveis efeitos sobre o responder do cliente. Estes pesquisadores utilizaram o aumento ou diminuição na variedade de temas trazidos pelo cliente para a conversação como indicador de respostas de adesão ou esquiva. Garcia (2001) utilizou categorias por meio das quais se

identificava qual dos membros da díade introduzia assuntos novos e em que momento isso ocorria ou, ainda, se o terapeuta ou o cliente mudavam de assunto ou derivavam a partir do assunto corrente. Esse tipo de categorização (chamada no presente trabalho de *condução da sessão*) foi importante para verificar o quanto o tipo de intervenção utilizada pelo terapeuta criava condições para que o cliente introduzisse assuntos que, supostamente, teriam sido punidos em sua história de vida. Além da utilidade desse tipo de categorização demonstrada no estudo de Garcia (2001), a identificação da condução da sessão pode também ser importante para estudos que investigam o domínio da sessão por parte de um ou outro membro da díade, tal como conduzidos por Lichtenberg e Heider-Barke (1981) e Tracey (1985).

No trabalho de Zamignani e Andery (2005), por sua vez, pretendia-se caracterizar o processo terapêutico analítico-comportamental no atendimento a clientes com o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Neste estudo, a subdivisão das categorias interpessoais do terapeuta e do cliente, com relação a seu tema ser ou não relacionado à queixa do cliente, permitiu a visualização de processos tais como o reforçamento diferencial de verbalizações e a intervenção por meio de análise de contingências e aconselhamento, conduzidos pelos terapeutas participantes. No estudo de Yano (2003), a categorização em torno de eventos considerados relevantes pelo terapeuta-pesquisador (alguns destes eventos referentes a temas), em casos de transtorno de pânico, permitiu a avaliação de resultados do processo terapêutico por parte da pesquisadora.

Para a categorização de temas da sessão, na maioria dos trabalhos citados anteriormente, as categorias referentes aos temas da sessão foram definidas *a posteriori*, a partir dos dados previamente observados. Essa escolha, provavelmente, advém da grande variedade de temas possíveis que podem ser tratados em uma terapia. Assim,

embora seja possível uma categorização *a priori* dos temas da sessão, ela precisaria contemplar uma ampla gama de possibilidades de interação do cliente, com critérios de inclusão e exclusão bastante específicos a fim de evitar sobreposições, o que dificultaria bastante sua execução. Além disso, é possível que, para um determinado cliente, um único tema possa ser explorado com profundidade e relacionado a outros assuntos e aspectos de sua vida, o que exigiria do pesquisador, provavelmente, uma subdivisão em aspectos relacionados a esse tema. Um sistema de categorias temáticas *a priori*, que pudesse abarcar a diversidade de temas possíveis, seria muito amplo, produzindo dispersão excessiva dos dados. Parece importante, então, considerar a flexibilidade no uso de um instrumento desse tipo, adequando categorias pré-definidas aos temas relevantes das amostras de sessões estudadas.

#### *Comportamentos verbais não-vocais e respostas motoras*<sup>5</sup>

Na maioria dos trabalhos até então desenvolvidos, foram realizadas análises de comportamento *verbal vocal*. Embora, em diversas pesquisas, essa estratégia tenha oferecido importantes informações, por vezes, questões de natureza teórica ou prática que conduzem o trabalho dos pesquisadores exigem outros tipos de informação. Alguns pesquisadores apontaram limitações com relação a esse tipo de dado. Baptistussi (2001), Garcia (2001), Vermes (2000) e Zamignani (2001) relataram dificuldades para a

---

<sup>5</sup> Na literatura sobre o tema, tais propriedades do comportamento são estudadas sob o rótulo “comportamento não-verbal” (Beier & Young, 1998; Burgoon, Buller & Woodall, 1996; Caballo, 1993; Keeley, 2005). Tal rótulo, entretanto, não está de acordo com a noção de Comportamento Verbal proposta por Skinner (1957/1992), que assume uma definição funcional do comportamento. Esta definição inclui respostas motoras, quando têm função de alterar o comportamento de um “ouvinte”, mediador de reforçadores para o “falante”. Desse ponto de vista, as variáveis que compõem o que é chamado “comportamento não-verbal” seriam mais bem representadas pelos termos “propriedades dinâmicas da resposta vocal” (variáveis paralinguísticas), “respostas verbais não-vocais”, ou “respostas motoras”. Entretanto, de forma a facilitar a fluência do texto, o termo “comportamento não-verbal” será utilizado, considerando-se que ele compreende o conjunto de variáveis descritas acima.

caracterização e identificação dos fenômenos estudados, quando o dado obtido era exclusivamente verbal-vocal, o que limitaria o alcance de seus estudos.

Respostas verbais não-vocais e respostas motoras correlatas a respostas emocionais têm sido apresentadas pela literatura como representantes mensuráveis de aspectos emocionais (Beier & Young, 1998, Fiorini, 1995). Desse modo, a inclusão de outras dimensões do comportamento dos participantes, além da verbal-vocal, pode favorecer a análise e interpretação dos dados, em especial no estudo de episódios emocionais.

A consideração de comportamentos não-vocais da interação tem contribuído ainda para o estudo da manifestação de sintomas de quadros psiquiátricos durante a sessão, tais como ansiedade e depressão (Geerts, 1997; Waxer, 1978) ou para o estudo de indicadores relacionados à constituição da aliança terapêutica (Tickle-Degnen & Rosenthal, 1990). Para permitir um estudo mais completo do processo terapêutico, de acordo com Fiorini (1995), um sistema de categorização deveria apresentar um caráter multidimensional, ou seja, suas categorias não deveriam envolver apenas elementos da interação verbal vocal, mas também outras dimensões da interação social que ocorre no processo terapêutico.

A partir da literatura a respeito de comportamento não-verbal na prática clínica, alguns atributos do comportamento verbal não-vocal têm sido sugeridos como importantes para a compreensão da interação terapêutica. Aspectos topográficos do comportamento verbal vocal, tais como propriedades ou atributos do som produzido durante a fala ou conversação, são estudados sob o rótulo de “variáveis paralingüísticas” e têm sido de interesse para a pesquisa clínica (Hickson & Stacks, 1989). Estas variáveis estão geralmente relacionadas ao grau de intimidade, atração, influência e credibilidade entre os interlocutores, além de funcionarem como indicadores de estados



emocionais e afetivos do falante (Beier & Young 1998; Caballo, 1993; Campbell, 2004; Gobl & Chasaide, 2000; Hickson & Stacks, 1989; Pereira, 2000). Caballo (1993) afirma que os sinais paralingüísticos podem afetar de forma importante o significado do que é dito e, conseqüentemente, a maneira com que a mensagem é recebida.

Outro fenômeno de interesse no estudo da psicoterapia é o padrão de sincronia paralingüística na interação verbal que cliente e terapeuta desenvolvem em alguns casos (Beier & Young, 1998). Tais padrões têm sido estudados como preditores de sucesso do processo terapêutico (Geerts, 1997).

Alguns autores têm estudado a função de variáveis paralingüísticas da fala na inferência de estados emocionais do falante (por exemplo, Cowie, 2000). Um dos métodos pelo qual essa inferência pode ser realizada utiliza uma lista de rótulos relacionados a estados emocionais, que são selecionados por um juiz na avaliação de uma determinada vocalização. Um exemplo de estudo que utilizou esse método é o de Campbell (2004). Nesse estudo, 129 diferentes entonações da palavra “eh”, do vocabulário japonês foram apresentadas a juízes, que classificavam a emoção expressa na verbalização em uma das seguintes expressões: “aborrecido, aliviado, com medo, excitado, farto, feliz, indiferente, inseguro, magoado, perplexo, surpreso, triste, triste-chorando, zangado” (p. 1). Essa categorização adotada por Campbell (2004) permitiu a comparação dos estados emocionais identificados entre indivíduos de diferentes culturas.

Skinner (1957/1992) lida com as chamadas variáveis paralingüísticas tanto por meio do conceito do operante verbal autoclítico quanto do conceito de propriedades dinâmicas das respostas verbais. O autoclítico é definido por ele como uma unidade de comportamento verbal que, para sua ocorrência, depende de outra resposta verbal e que modifica o efeito dessa resposta sobre o ouvinte e indica algo a respeito das

circunstâncias nas quais a resposta é produzida. As propriedades dinâmicas, por sua vez, são características topográficas da fala que, sozinhas, não informam muito sobre o comportamento verbal, mas compõem, juntamente com o conteúdo, a força da resposta verbal vocal. Esse autor sugere as seguintes dimensões formais como medidas que se combinam na determinação da força do comportamento verbal: (1) energia, dizendo respeito à intensidade com a qual uma resposta verbal é emitida, e que varia em uma escala contínua; (2) velocidade com a qual respostas verbais sucessivas são emitidas; (3) repetição imediata de uma resposta e (4) frequência com que uma dada unidade verbal aparece numa amostra de comportamento verbal. Skinner (1957/1992) afirma que, além da força da resposta, essas medidas podem indicar diferentes condições ambientais envolvidas na emissão da fala, tais como condições especiais de reforço e condições físicas ambientais, como presença de ruído e a distância entre interlocutores.

Outra classe importante de respostas não-vocais é a expressão facial, que proporciona discriminações finas sobre estados emocionais de um indivíduo (Ekman, Friesen & O'Sullivan, 1988; Wagner, 1990). Diversas pesquisas indicam que a expressão facial do terapeuta, ou o desacordo entre essa expressão e a emoção sentida pelo terapeuta, podem ter influência sobre a avaliação que o cliente faz sobre este, além de influenciar o andamento e o resultado da terapia (Bänninger-Huber & Widmer, 1997; Beier & Young, 1998; Beneke, Merten & Krause, 1998; Dreher, Mengele, Krause, Kämmerer, 2001; Merten, Ullrich, Anstadt, Krause & Buchheim, 1996).

Além disso, estudos têm demonstrado diferenças na expressão facial de pacientes com diferentes transtornos psiquiátricos, quando comparados a pessoas que não apresentam tais transtornos. Essas diferenças incluem não apenas a habilidade de mudar a expressão de acordo com o contexto, como também a reação desses pacientes a

expressões faciais de terceiros (Ekman, 1989; Merten & Brunnhuber, 2004; Steimer-Krause, Krause & Wagner, 1989).

Movimentos do corpo e posturas, de forma semelhante, funcionam como modificadores, amplificadores e reguladores do comportamento verbal vocal. De acordo com Beier e Young (1998), mudanças sutis em comportamentos motores, tais como movimentos com a cabeça ou inclinação do tronco, podem ter influência sobre o poder de persuasão de um falante.

Na psicoterapia, a observação de mudanças em padrões posturais dos clientes são indícios de seus estados emocionais (Schefflen, 1996) ou mesmo facilitam o diagnóstico de determinados quadros psiquiátricos, tais como ansiedade e depressão (Waxer, 1978). Por sua vez, movimentos sutis do terapeuta, tais como balanço de cabeça, inclinação do corpo, braços cruzados ou abertos, têm sido relacionados a uma maior ou menor sensação de acolhimento, atenção e concordância por parte do cliente (Beier & Young, 1998). De acordo com Caballo (1993), um fenômeno comum (e desejável) em uma interação social são as chamadas posturas congruentes – tendência de que a pessoa imite a postura corporal do seu interlocutor, especialmente quando ambos apresentam pontos de vista concordantes. Todos estes comportamentos por parte do terapeuta teriam impacto no estabelecimento do vínculo e no andamento do processo terapêutico.

Os gestos exercem diferentes funções na comunicação, tais como ilustrar objetos ou ações que seriam difíceis de verbalizar, amplificar uma informação verbal, substituir uma fala, além de proporcionar a inferência de estados emocionais do falante (Caballo, 1993). Os gestos de auto-estimulação e os movimentos das pernas e dos pés, geralmente não têm a função de comunicar, mas sugerem alguma condição de desconforto por parte

de quem o apresenta, que é aliviada pela estimulação sensorial produzida (Caballo, 1993).

Movimentos da cabeça, por sua vez, apresentam possibilidades limitadas na comunicação (Caballo, 1993). De especial interesse são os movimentos de assentimento (a indicação de “sim” com a cabeça, que ocorre em todas as culturas), que sugerem acordo ou solicitação para que o ouvinte continue falando, e podem agir como reforçadores para a ação ou verbalização prévia do interlocutor, embora também possam sinalizar um interesse em interromper a conversação. O sacudir a cabeça (como que indicando “não”) é também um movimento encontrado em todas as culturas e tem funções opostas às dos movimentos de assentimento (Caballo, 1993).

Vale ressaltar que, no estudo de comportamentos não-vocais, em nenhum momento se assume que essas respostas, por si só, tenham um significado específico na comunicação humana. Entretanto, conhecer o potencial de comunicação de cada uma dessas classes de comportamento pode dirigir o olhar do terapeuta ou do pesquisador para aspectos que, na relação terapêutica, certamente exercem função. Por essa razão, essas classes de comportamento devem ser analisadas de forma mais aprofundada, não como significados de estruturas específicas, mas como informações importantes sobre variáveis de controle que operam na sessão terapêutica.

#### *Cr terios formais e funcionais para a defini o da unidade de ocorr ncia em uma intera o social*

Ao discorrer sobre a elabora o de categorias comportamentais, Marinotti (2000) destaca a necessidade de que, na defini o de uma categoria, seja estabelecida a sua unidade de ocorr ncia, ou seja, quando ela comea e quando termina – de forma a permitir a quantifica o da categoria em quest o. Essa unidade   denominada *unidade*

*de registro*, e deve relacionar-se às características do objeto de estudo e aos objetivos da análise de maneira pertinente (Bardin, 1977).

As unidades de registro têm natureza e dimensões muito variáveis, podendo partir de critérios topográficos, funcionais, semânticos, entre outros, a depender dos objetivos do pesquisador (Bardin, 1977, Danna & Matos, 1999/1976; Fagundes, 1992/1976; Hutt & Hutt, 1974; Johnston & Pennypacker, 1993). Para o estudo de sessões de psicoterapia, cada um desses critérios implica em limitações e vantagens.

Um dos importantes objetivos de estudos cujo referencial é a análise do comportamento é a identificação de variáveis de controle relacionadas ao comportamento de interesse, o que, na maioria das vezes, remete a relações funcionais entre as respostas e outros eventos ambientais. Visa-se, portanto, a identificação de *classes funcionais de resposta*. Segundo Johnston e Pennypacker (1993), uma classe de respostas é chamada funcional quando ela é definida de forma a incluir apenas aquelas respostas cuja ocorrência depende de (*é função de*) uma particular classe de estímulos, ou seja, respostas que estabelecem uma relação de contingência com determinada classe de eventos ambientais. A questão que se coloca é em que momento do processo de pesquisa – no momento de categorização ou em uma etapa posterior - essas relações funcionais devem ser identificadas (ou inferidas).

Questão semelhante a esta foi discutida por Russel e Stiles (1979), com relação à pesquisa de processo em psicoterapia. Esses autores referiram-se a dois tipos de estratégia – a *pragmática* e a *clássica* - por meio das quais dados de interações sociais podem ser categorizados.

A estratégia denominada pragmática consiste na inferência direta do observador sobre estados ou características do falante (ou no caso da análise do comportamento, inferência direta de relações funcionais). Essa estratégia, segundo os autores, permite o

estudo de eventos bastante sutis da interação, entretanto, implica em grande grau de inferência. A falta de uma definição operacional do processo de tomada de decisão, ao categorizar cada evento, limita a possibilidade de replicação da pesquisa realizada, bem como impede a revisão dos dados analisados, perdendo em generalidade. Esse parece ser o principal problema envolvido na categorização com unidades funcionais de registro (Danna & Matos, 1999/1976; Fagundes, 1992/1976; Johnston & Pennypacker, 1993). Em uma interação social, as variáveis relevantes para a identificação de classes funcionais de resposta não são necessariamente contíguas à resposta estudada e, portanto, mesmo que se considerassem os eventos imediatamente precedentes e/ou subseqüentes à resposta para a categorização, tal informação seria insuficiente. Esse é o caso do resultado de qualquer procedimento aplicado pelo terapeuta que, geralmente, não pode ser observado imediatamente e nem mesmo no interior de uma única sessão.

A outra estratégia referida por Russel e Stiles (1979), denominada clássica, requer dois passos operacionais para a categorização do comportamento. Primeiramente, o pesquisador identifica instâncias de categorias, a partir de aspectos formais do evento estudado e, mais tarde, faz inferências baseadas na frequência (ou outro tipo de medida) das categorias identificadas. Tal estratégia tornaria mais explícito o processo envolvido na inferência realizada pelo pesquisador para a categorização, favorecendo a replicação e a generalidade dos resultados obtidos. A interpretação sobre relações funcionais, nesse caso, não é feita no momento do registro, mas sim posteriormente, a partir da sistematização dos dados categorizados, o que permitiria a identificação de padrões na interação estudada. Tal estratégia parece seguir uma seqüência de passos necessária para a identificação de relações funcionais. Nas palavras de Staddon (1967):

Operantes (...) não são definidos, mas inferidos. As regularidades são observadas entre eventos-estímulo e eventos-resposta; após a observação cuidadosa, o experimentador decide que essas regularidades relacionam uma classe de eventos a outra e identifica essas classes por suas propriedades. (p. 382)

Considerando as estratégias propostas por Russel e Stiles (1979), caso se tenha como objetivo a construção de um sistema de categorias que possa ser utilizado em diferentes pesquisas, com maior probabilidade de produzir dados comparáveis, parece razoável a adoção de estratégias de categorização mais próximas à denominada clássica. Para tanto, uma das possibilidades para a elaboração de categorias de registro de comportamento é a categorização de eventos em torno de critérios formais (ou topográficos). A categorização a partir de critérios topográficos tem como foco semelhanças no movimento, postura e/ou aparência do comportamento (dimensões espaciais do comportamento). Em outras palavras, implica na decisão sobre os “limites de forma com relação às três dimensões espaciais ao qual cada resposta deve corresponder para ser incluída em uma classe” (Johnston & Pennypacker, 1993, p. 71).

Os critérios formais favorecem que sejam claramente especificados e identificados os elementos relevantes para a categorização. Quando nos referimos a comportamento social, entretanto, há mais dificuldade para a delimitação de dimensões topográficas. Mesmo que se considerem palavras, frases ou sentenças como dimensões relevantes, trata-se de unidades que, isoladamente, proporcionam informação restrita sobre a interação em curso (Bischoff & Tracey, 1995). Tal limitação pode ser discutida a partir das considerações de Skinner (1957/1992):

Abaixo do nível da palavra jazem raízes ou, mais rigorosamente, as pequenas unidades ‘significativas’ chamadas morfemas. Acima da palavra estão as frases, idiomas, sentenças, cláusulas, etc. Cada uma delas pode ter unidade funcional como um operante verbal. Uma partícula de comportamento tão pequena quanto um único som pode estar sob controle independente de uma variável manipulável. (...) Por outro lado, um amplo segmento do comportamento (...) pode variar sob controle unitário funcional semelhante. (p. 21)

Dessa forma, verbalizações ou respostas motoras de topografias muito semelhantes podem ser evocadas por eventos bastante diversos ou afetar o comportamento do interlocutor de forma também diversa, dependendo do contexto no qual a resposta ocorre. Parece importante que a topografia da resposta seja, sim, levada em conta, mas inserida em um contexto que lhe dê sentido. Eventos contíguos ao responder – eventos imediatamente precedentes e subseqüentes - não são suficientes para a identificação de uma classe funcional de respostas, mas constituem elementos que contextualizam a verbalização ou ação do indivíduo. Neste caso, estaríamos abdicando de uma categorização topográfica, em direção a uma estratégia que envolve certo grau de inferência sobre a função da resposta no contexto imediato da interação. Tal estratégia de categorização, considerando-se a classificação de Russel e Stiles (1979), situa-se entre a clássica e a pragmática (conforme apontado por Hill, 1986) e envolve a estimativa da função imediata da verbalização a partir da observação da topografia e do contexto imediato no qual a verbalização se insere. A identificação de relações funcionais sobre o contexto mais amplo da sessão ou da relação terapeuta-cliente é feita em um momento posterior da análise.

Este método de categorização pode ser relacionado ao que Bardin (1977) denomina categorização *semântica*. Esse tipo de categorização, segundo esta autora, refere-se a recortes em nível semântico de unidades de significação, segundo certos



critérios relativos à teoria que serve de guia à análise que, em algumas vezes, coincidem com unidades formais do texto (palavras, frases etc.). Seu comprimento é variável e a sua validade não é de ordem estritamente lingüística:

...consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. (...) [a] unidade de registro corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) (...) o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas. (...) a unidade de registro existe no ponto de intersecção de unidades perceptíveis (palavras, frase, documento, material, personagem físico) e de unidades semânticas (temas, acontecimentos, indivíduos), embora pareça difícil (...) fazer-se um recorte de natureza puramente formal... (pp. 105-107)

O sentido de uma unidade semântica, segundo Bardin (1977) seria dado por elementos de contexto - segmentos da interação que dão significado à unidade de registro. Vale lembrar que o termo “significado”, para a análise do comportamento, remete necessariamente a relações do evento em estudo com outros eventos que alterariam a sua probabilidade de ocorrência (Tunes, 1984). Nas palavras de Skinner (1974):

Uma resposta, por exemplo, pode ser descrita como uma *forma* de comportamento. Um operante especifica pelo menos uma relação com uma variável – o efeito que o comportamento, caracteristicamente, se bem que não inevitavelmente, tem sobre o meio – e que não é, por isso, uma unidade formal. Uma especificação formal não pode ser evitada, desde que uma resposta só pode ser considerada um exemplo de operante por meio de uma identificação objetiva. Mas não basta a identificação objetiva. (p. 115)

Um exemplo de classe de verbalização que ilustra essa discussão é o relato de melhora por parte do cliente. Tal relato, visto puramente em seu aspecto topográfico, no

máximo pode ser categorizado como descrição de eventos ou, dependendo do critério, como afirmação. Outras informações são necessárias para considerá-lo como um relato de melhora – o contexto no qual o relato ocorreu, o tema, eventos contíguos. Ainda assim, não é possível identificar imediatamente as relações funcionais envolvidas. Enquanto uma classe funcional de respostas, tal verbalização pode ser uma descrição (um tato), indicativa do sucesso do procedimento adotado pelo terapeuta, mas também pode ter como função a esquiva de outros temas que, naquele momento, seriam difíceis para o cliente ou ainda a manipulação da disposição emocional do terapeuta, em busca de evocar neste alguma ação favorável. Por outro lado, outro relato ou comportamento não-verbal que, de acordo com seu contexto imediato, não contenha explicitamente uma descrição de melhora, pode ser um comportamento clinicamente relevante que indique um avanço do cliente. É assim que uma descrição sentimento do cliente, por exemplo, quando sua queixa envolve a dificuldade de expressão emocional, pode ser indicativa de melhora. No andamento da sessão terapêutica, o terapeuta atento supõe as possíveis funções de tais verbalizações e, ao observar outras ocorrências da mesma classe de relato, e seu contexto de ocorrência, levanta dados para a identificação da função.

O mesmo deve ocorrer com o pesquisador. A ação do pesquisador, se restrita ao passo da categorização do evento como “relato de melhora” não é suficiente para a identificação de relações funcionais, embora tal passo seja essencial para a busca dessa relação. A inferência *a priori* da função do comportamento, por sua vez, também é insuficiente, pois é necessária a observação de outras ocorrências para que se possa fazer tal inferência com mais propriedade. O pesquisador teria mais sucesso em sua investigação se, tal qual esperado do terapeuta, considerasse aquele episódio do comportamento (portanto, um primeiro nível de categorização) e, em outro momento, verificasse as suas ocorrências ao longo das sessões observadas, e identificasse que tipo

de padrão de interação tipicamente está ocorrendo quando se observa aquela categoria de resposta verbal.

#### *A delimitação da unidade de registro no estudo de interações sociais*

A questão da delimitação da unidade de registro, na interação social da psicoterapia, foi conduzida de maneiras diversas por diferentes pesquisadores. Alguns estudos tiveram como unidade de ocorrência a verbalização de um participante - toda a fala do participante compreendida entre a verbalização anterior e a posterior do outro (por exemplo, Baptistussi, 2001; Kovac, 2001; Margotto, 1998). O problema com esse tipo de unidade é que, com muita frequência, são encontrados dados de interação terapêutica com longas falas de um ou outro membro da díade, que contêm em seu interior diferentes classes de verbalizações, as quais não poderiam ser identificadas por meio de uma única categoria de comportamento<sup>6</sup>.

Outros trabalhos assumiram como unidade de ocorrência segmentos de verbalizações - trechos da verbalização de um participante identificados em uma classe específica (por exemplo, Donadone, 2004; Garcia, 2001; Maciel, 2004; Martins, 1999; Moreira, 2001; Oliveira, 2002; Zamignani & Andery, 2005). Segundo este critério, a fala não é delimitada exclusivamente pela resposta do outro participante, mas sim por qualquer mudança em sua natureza (classe, pausa, tema etc.), ainda que dentro da mesma verbalização deste participante. Uma vez que o presente trabalho visa também à

---

<sup>6</sup> Vale ainda destacar outro tipo de unidade de registro que tem sido utilizado em estudos sobre eventos emocionais ocorridos na sessão terapêutica (por exemplo, Barbosa, 2006; Brandão, 2003; Greenberg e Korman, 1993; Taccola, 2007). Nesses estudos, a unidade é o episódio emocional definido como o episódio da interação que compreende todo um trecho da sessão no qual o cliente fala sobre experienciar ou ter experienciado uma resposta emocional (ou tendência à ação, ou ambos) em um contexto específico no qual ela ocorreu, que é delimitado pelas falas anterior e posterior do terapeuta. Este tipo de unidade apresenta a vantagem de situar mais amplamente o contexto de ocorrência da resposta emocional de interesse, mas implica nas mesmas questões encontradas quando a unidade de registro é o segmento de verbalização.

categorização de respostas não-vocais, assume-se como unidade de ocorrência o *segmento de interação*, que pode ser caracterizado por um segmento de verbalização ou de qualquer comportamento não-vocal identificados em uma classe específica. Esta solução favorece a categorização das diferentes classes de fala de um mesmo participante em uma verbalização, mas acarreta uma dificuldade metodológica para a obtenção de concordância entre observadores, pois ambos os juízes devem concordar não apenas com relação à categoria escolhida, mas também com relação à delimitação dos trechos para categorização.

Uma solução para este problema foi apresentada por Chequer (2002), que sugere que, ao se realizar o teste de concordância entre observadores, o pesquisador selecione previamente os segmentos a serem categorizados antes de encaminhar os dados para a avaliação dos juízes. Com isso, o único critério a ser avaliado com relação à concordância é o rótulo ou categoria atribuído ao segmento em questão. Tal sugestão, entretanto, implica em um problema para a replicação do trabalho por pesquisadores não envolvidos no mesmo grupo de pesquisa, por não ter sido avaliada a concordância entre observadores com relação à própria seleção dos segmentos.

Outra possibilidade é avaliar separadamente a concordância entre observadores com relação à seleção dos segmentos e com relação à categorização, cada uma destas medidas fornecendo informações sobre processos distintos. A primeira verifica a precisão na definição da unidade de registro, enquanto a outra verifica a precisão e a clareza na definição das categorias.

Vale lembrar ainda que alguns softwares proporcionam a obtenção de medidas e, pelo menos parcialmente, solucionam o problema da seleção de *segmentos* da interação. O software *The Observer*, da Noldus Technology e o *Software Ethnograph*, da Qualis Research Associates, por exemplo, permitem uma medida do percentual de

concordância, por meio do cálculo do período da interação (respectivamente o tempo ou o número de linhas) em que houve concordância entre observadores, independentemente do momento exato do início do evento categorizado. Com isso, mesmo que haja divergências com relação ao início do episódio categorizado, é possível detectar o período da interação no qual houve concordância.

#### *A questão da medida e suas implicações*

Falar em medida implica em considerar, dentre as propriedades constitutivas do fenômeno, aquelas que melhor o representam nas diferentes condições em que ele ocorre e, então, definir uma dimensão quantificável desta propriedade (Johnston & Pennypacker, 1993). Neste tópico, portanto, a fim de melhor situar a discussão a respeito de medida de comportamento, considera-se como unidade de ocorrência o *segmento de interação*, conforme definido no tópico anterior.

Na análise do comportamento, a frequência de respostas tem sido a medida por excelência para a grande maioria dos estudos em qualquer área de conhecimento (Johnston & Pennypacker, 1993, Sturmey, 1996). Tal predileção tem origem nos estudos experimentais, nos quais a frequência mostrou-se uma medida bastante apropriada para representar o processo de aquisição de comportamentos. Nestes estudos, tem-se na frequência um indicador a partir do qual é inferida a probabilidade de ocorrência de determinada classe de respostas e, conseqüentemente, o processo de fortalecimento ou enfraquecimento dessa classe (Sidman, 1976, Skinner, 1953, Sturmey, 1996).

Com relação ao estudo de categorias comportamentais, entretanto, há certo debate sobre a relevância dessa medida. A utilização da frequência como dimensão representativa da ocorrência de determinadas categorias de comportamento coloca em

um mesmo nível de análise (e, portanto, as considera comparáveis) desde verbalizações mínimas tais como o “hum hum” até longos segmentos de verbalização nos quais um evento é relatado ou analisado. Dessa forma, a adoção exclusiva dessa medida pode superdimensionar categorias tais como as primeiras, que ocorrem em alta frequência, mas que representam um período mínimo da interação terapêutica. Sturmey (1996) afirma que a medida de frequência é mais apropriada para comportamentos que ocorrem em episódios discretos e que, para muitos comportamentos clinicamente relevantes, a duração e a proporção do tempo são medidas muito mais importantes. A medida de duração, por sua vez, embora proporcione informações sobre o tempo ocupado por cada classe de comportamento e a distribuição dos comportamentos ao longo da interação (Sturmey, 1996), pode subdimensionar este mesmo tipo de evento que, na medida de frequência, é superdimensionado.

Sendo assim, a alternativa mais viável seria considerar ambas as medidas, cada uma delas analisada em diferentes momentos do processo de sistematização dos dados, tal como sugerido por Sturmey (1996) e conduzido por Zamignani e Andery (2005) e Taccola (2007). Sturmey (1996) sugere uma distinção entre comportamentos de frequência significativa e comportamentos de duração significativa. Os primeiros têm curta duração e ocorrem com relativa frequência, enquanto os segundos tipicamente ocupam períodos de tempo mais extensos.

A obtenção da medida de duração exige do pesquisador a observação da sessão registrada em áudio ou vídeo e o registro da ocorrência e duração de cada episódio categorizado, o que torna o trabalho de pesquisa bastante árduo. Atualmente, existem aparatos tecnológicos mais sofisticados que permitem o registro das categorias a partir da observação direta da interação, indexando-o ao tempo decorrido da sessão

registrada<sup>7</sup>. Tais equipamentos, entretanto, têm um custo bastante elevado, o que pode inviabilizar o desenvolvimento da pesquisa e/ou a replicação por parte de outros grupos que não possuem os mesmos aparatos.

Alguns autores, levando em consideração estas limitações, recorreram a medidas indiretas do tempo da interação. Zamignani (2001) utilizou como medida análoga ao tempo o número de linhas da transcrição da sessão ocupadas por uma determinada categoria. Donadone (2004), ao estudar a ocorrência de orientações na sessão, utilizou o número de palavras contidas em cada verbalização do terapeuta categorizada como orientação e do cliente categorizada como auto-orientação, comparando-as com o número total de palavras proferidas por cada participante na sessão. Baptistussi (2001), por sua vez, utilizou a frequência de palavras em um determinado intervalo de tempo como indicador do nível de participação do cliente na interação terapêutica. As soluções oferecidas pelos pesquisadores proporcionaram informações relevantes sobre as interações estudadas e o uso destas estratégias é uma alternativa quando não há recursos para outro tipo de registro ou quando não há a necessidade de acesso a variáveis não-vocais da interação. Outras possíveis medidas levariam em consideração propriedades diversas do fenômeno de interesse, tais como intensidade, eventos sequenciais, taxa, produtos permanentes do comportamento etc., dependendo do problema de pesquisa e das propriedades do fenômeno a ele relacionado.

---

<sup>7</sup> Nos trabalhos desenvolvidos por este grupo de pesquisa, o software *The Observer*, desenvolvido pela empresa *Noldus Technology*, tem sido utilizado para este fim.

### *A categorização de comportamentos referentes a respostas não-vocais*

A pesquisa sobre sistemas de categorização de comportamentos não-vocais revela uma diversidade de estratégias e “recortes” na categorização. As categorias desenvolvidas para a categorização de respostas motores (por exemplo, Batista, 1980; Caballo, 1993; Chamberlain & Ray, 1988; Hill, Siegelman, Gronsky, Sturniolo & Fretz, 1981; Hill & Stephany, 1990; Keeley, 2005; Kim, Liang & Li, 2003; Krauss, Chen & Chawla, 1997; Mahl, 1968; Marturano, 1978; Monti, Kolko, Fingeret & Zwick, 1984; Rodrigues, 1997; Tepper & Haase, 1978; Vieira, 1975) variam desde categorias estritamente topográficas (por exemplo, *inclinação de cabeça para frente, inclinação de cabeça para direita*, de Rodrigues, 1993) até aquelas que envolvem um amplo grau de inferência (por exemplo, a avaliação de entonação vocal e expressão facial de Tepper e Haase, 1978).

Alguns deles, tais como Marturano (1978) e Batista (1980) apresentam sistemas com grande número de categorias, mas cuja definição é pouco detalhada. Neste caso, há risco de que os observadores, ao utilizarem o sistema, estabeleçam critérios idiossincráticos para os elementos que não foram contemplados na descrição das categorias de interesse. Outros sistemas de categorização oferecem definições bastante detalhadas e precisas – é o caso, por exemplo, do catálogo de categorias de comportamento de Vieira (1975). Esta opção de definição, embora implique em maior dificuldade e demora em sua apreensão pelos observadores, especifica detalhadamente os critérios e exemplos para os diferentes aspectos envolvidos na categorização de cada unidade proposta.

Com relação à categorização de expressões faciais, grande parte da literatura utiliza métodos automáticos de análise (por exemplo, Ekman, & Friesen, 1978), estratégia que inviabilizaria a categorização por meio da observação direta da sessão em



vídeo. Por outro lado, trabalhos descritivos localizados na literatura que permitem uma categorização de expressões faciais apresentam um caráter excessivamente topográfico, contribuindo pouco para fins de contextualização da informação.

Categorias para a classificação de variáveis paralingüísticas (propriedades dinâmicas das respostas verbais vocais) foram encontradas em diversos sistemas, alguns deles compostos exclusivamente por esse tipo de categorias (Cowie, 2000; Eklund, 2004; Rice, 1986) e outros nos quais elas estão junto a outros comportamentos não-vocais (Chamberlain & Ray, 1988; Hill *et al.*, 1981; Hill & Stephany, 1990; Keeley, 2005; Monti *et al.*, 1984; Rodrigues, 1997; Tepper & Haase, 1978).

Outra forma de estudo envolve análise de mudanças em propriedades topográficas específicas no padrão de fala do participante (por exemplo, Eklund, 2004; Rice, 1986). Esse tipo de abordagem, entretanto, tem sido questionado no estudo de interações sociais por não levar em conta outros aspectos, tais como o contexto no qual a fala é emitida (Hickson & Stacks, 1989). A avaliação da topografia do comportamento verbal vocal, sem levar em conta a topografia habitual de cada falante, ou mesmo as informações de contexto, afirmam Hickson & Stacks (1989), seria insuficiente para a compreensão da interação.

Uma estratégia para o estudo de variáveis paralingüísticas considerando a topografia habitual do falante foi desenvolvida por Eldred e Price (1958), que propuseram medidas relativas de variáveis paralingüísticas que consideraram mudanças momentâneas nessas variáveis com relação à emissão vocal corrente. As categorias propostas pelos autores foram: Alteração na faixa de frequência: muito aguda ou muito grave; Alteração no volume: muito alto ou muito baixo; Alteração na taxa: muito rápido ou muito devagar e Término. Tal alternativa leva em consideração as características do

falante, entretanto, a categorização em torno de variações em propriedades paralingüísticas específicas torna difícil contextualizar as variações na vocalização do falante com relação ao conteúdo da verbalização e à natureza da interação em curso.

Entre as alternativas metodológicas para contornar esta dificuldade, encontram-se métodos nos quais dimensões formais da resposta vocal (tais como o tom de voz) são utilizadas como referência para a inferência de estados emocionais. Assim, alguns autores (por exemplo, Cowie, 2000) classificam as emoções expressas em dimensões denominadas “valência” e “nível de ativação”; a primeira classifica o estado emocional como positivo ou negativo (à medida que representam processos de recompensa ou punição) e a segunda indica tendências à ação.

Estratégia semelhante é adotada por outros autores (por exemplo, Wiseman & Rice, 1989; Chamberlain & Ray, 1988), cuja inferência de estados emocionais se dá a partir de propriedades específicas do comportamento vocal, dando origem a categorias de qualificadores do padrão vocal do terapeuta e do cliente. Wiseman e Rice (1989) desenvolveram instrumentos denominados Qualidade vocal do cliente e Qualidade vocal do terapeuta, que consistem em medidas nominais de quatro padrões vocais do cliente (*focado, emocional, externalizado e limitado*) e sete do terapeuta (*brando, irregular, natural, definido, restrito, padronizado e limitado*). Estes padrões são identificados a partir de variáveis topográficas da resposta vocal, tais como o padrão de acentuação, a regularidade do compasso e interrupções da fala. Chamberlain e Ray (1988), de forma semelhante, qualificam os padrões vocais por meio de uma “escala de valência”, que varia de 1 a 5 pontos, e indica o “tom emocional” da fala que varia desde um afeto “exuberante, muito positivo” (1) até “hostil, abusivo” (5). A categorização proposta por estes autores, entretanto, envolve um grau maior de inferência, uma vez que é menos pautada em critérios topográficos e mais em critérios semânticos.

Um panorama da ampla gama de instrumentos e métodos para a categorização de comportamentos não-vocais sugere que a escolha da melhor estratégia e das categorias deva ser pautada em um estudo sistemático aprofundado. Entretanto, alguns critérios podem pautar uma seleção inicial de instrumentos ou das classes de resposta que os compõem. Primeiramente, considera-se a compatibilidade das categorias e denominações com o referencial teórico analítico-comportamental. A viabilidade do processo de categorização é também um fator importante a ser considerado, o que implica um número reduzido de categorias, que não exijam um conhecimento técnico aprofundado sobre aquele aspecto a ser categorizado e que possam ser registradas a partir da observação em vídeo. Por último, a necessidade de que os eventos sejam categorizados a partir de um contexto que lhes dê sentido e não apenas de aspectos topográficos isolados, envolvendo certo grau de inferência, mas pautado também em critérios formais.

O grau de inferência exigido em cada sistema de categorização é também bastante variado em todas as dimensões estudadas. Podem-se localizar desde categorizações que são essencialmente inferenciais (tais como as categorias de entonação e expressão facial de Tepper e Haase, 1978 ou algumas das categorias de Keeley, 2005 - por exemplo, *vivacidade*, *toque positivo*, *toque negativo*), passando por sistemas que exigem certo grau de inferência, mas que consideram também aspectos observáveis da interação (por exemplo, Chamberlain & Ray, 1988), até aquelas que são preferencialmente topográficas (é o caso dos sistemas de Kim *et al.*, 2003; Rodrigues, 1997 e Hill *et al.*, 1981).

### *Fidedignidade e validade de um sistema de categorização*

Um sistema de categorias desenvolvido para fins de pesquisa deve garantir a constância na medida dos fenômenos e processos que se propõe a medir, além de proporcionar medidas adequadas e precisas, que auxiliem na produção de conclusões relevantes sobre o fenômeno estudado (Richardson, 1999, Suen & Ary, 1989). Tais exigências impõem a atenção a questões de confiabilidade e validade dos dados<sup>8</sup> produzidos pelo(s) instrumento(s) de observação por ele desenvolvido(s) ou adotado(s).

A *fidedignidade* refere-se à consistência ou estabilidade dos dados de observação obtidos por meio de um instrumento, o que é um indicador da replicabilidade dos dados de observação de uma situação aplicada (Batista, 1985). A noção de *fidedignidade* em pesquisa tem estreita relação com a concepção de *verdade* de uma ciência. Luna (2002) afirma que, com a evolução do pensamento epistemológico, a metodologia científica deixou de ser relacionada à busca pela *verdade*, passando a ter uma função de aumentar o poder explicativo das teorias. O termo *fidedignidade*, portanto, não pode ser uma medida de quanto o dado obtido reflete uma suposta *verdade* sobre o fenômeno estudado. Assim, no presente trabalho, este termo é usado unicamente como um indicador da consistência ou estabilidade dos dados.

De acordo com Kazdin (1978), diferentemente dos estudos de laboratório, há poucas estratégias para registro automático do comportamento humano em estudos aplicados, o que exige o uso de trabalho humano no registro do comportamento. Por

---

<sup>8</sup> Suen e Ary (1989) lembram que, ao contrário do uso comum dos termos, *fidedignidade* e *validade* são propriedades dos dados (dos resultados) obtidos na observação e não do instrumento utilizado para tal: “*Fidedignidade ou validade de dados de observação comportamental, então, referem-se à fidedignidade ou validade dos dados como um resultado do uso de um particular observador e de um particular sistema de categorização, sob um particular conjunto de condições*”. (p. 99)

essa razão, há maior possibilidade de que o registro não seja preciso e que sejam encontrados inconsistências e vieses do observador na categorização.

Para que um dado seja considerado fidedigno, o instrumento de observação deve proporcionar medidas semelhantes quando o mesmo fenômeno é estudado por diferentes pesquisadores ou pelo mesmo pesquisador em diferentes momentos (Richardson, 1999; Suen & Ary, 1989). De acordo com Suen e Ary (1989), pode-se calcular a fidedignidade dentro de uma sessão particular de observação (fidedignidade intra-sessão), ao longo de um conjunto de sessões (fidedignidade inter-sessão) ou ainda para cada comportamento que compõe o escore total do instrumento. Tal decisão depende do propósito do estudo. Em casos de estudos de fidedignidade utilizando sistemas de categorização, quando o objetivo é identificar possíveis necessidades de treinos adicionais de observadores ou aprimoramento de procedimentos de registro, cada comportamento componente é de interesse do estudo e, portanto, a fidedignidade deve ser analisada para cada um deles.

Um dos principais métodos para a obtenção de fidedignidade é o estudo de concordância entre observadores, que avalia a extensão na qual dois ou mais observadores concordam a respeito da ocorrência e da não-ocorrência de um comportamento (Suen & Ary, 1989). Kazdin (1982) apresentou três razões que justificam a utilização do estudo de concordância entre observadores na pesquisa aplicada. A primeira delas é assegurar a consistência entre observadores: “um dado é útil apenas à medida que possa ser alcançado com alguma consistência” (p. 3) e medidas inconsistentes produzem variação no dado, podendo interferir na identificação de regularidades no comportamento observado. Outra razão é que estudos de concordância visam também minimizar ou circunscrever os vieses que qualquer observador individual possa ter durante a observação. Se um único observador é

utilizado para registrar um determinado conjunto de eventos, qualquer mudança de padrão observada pode ser função de alguma mudança nos critérios – relaxamento ou enrijecimento - do observador ao longo do tempo, mais que mudança no comportamento observado de fato. Por último, o índice de concordância reflete se o comportamento-alvo está bem definido no instrumento de observação. É uma forma de avaliar a extensão na qual uma definição do comportamento é suficientemente objetiva, clara e completa, facilitando inclusive a o desenvolvimento de estudos futuros de replicação por meio do instrumento utilizado.

Há diversos índices para o estudo de concordância; alguns mais e outros menos confiáveis, do ponto de vista estatístico. Um dos mais simples e comuns índices utilizados em estudos de concordância é o denominado *índice maior/menor*. Uma vez que o comportamento de interesse tenha sido registrado por dois observadores independentes, o índice consiste na divisão do menor entre os dois valores de ocorrência sobre o maior valor. O índice resultante varia de 0,00 a 1,00. Este índice tem sido discutido pelo fato de não caracterizar de fato uma medida de concordância entre observadores: “mesmo se ambos os observadores A e B registrarem que um evento ocorreu dez vezes, não será possível ter certeza que ambos relatam a ocorrência do evento nos mesmos dez casos. Observadores podem discordar em muitos específicos casos e, mesmo assim, ter escores totais similares ou idênticos” (Suen & Ary, 1989, p. 105).

Outro índice bastante utilizado em estudos de concordância e que tem sido escolhido na maioria dos estudos brasileiros sobre interação terapêutica é denominado *índice de percentual de concordância*. Ele indica o percentual de vezes em que dois observadores concordam que os comportamentos de interesse ocorreram ou que eles

não ocorreram e é calculado a partir da divisão entre o número de concordâncias pela soma do total de concordâncias e discordâncias, multiplicada por 100.

Este índice é considerado o mais controverso, uma vez que ele infla a concordância sempre que ela ocorre ao acaso.

Considere uma situação na qual dois observadores estão registrando um comportamento que, de fato, ocorreu em cinco de cem intervalos dentro de uma sessão de observação (...). O primeiro observador registra corretamente a ocorrência do comportamento em cinco, dos cem intervalos. O segundo observador foi distraído e não registrou nenhuma das ocorrências. Neste caso, ambos os observadores concordam que o comportamento não ocorreu em 95% dos cem intervalos, embora eles discordem sobre a ocorrência/não-ocorrência do comportamento nos restantes cinco intervalos. Entretanto, a equação levaria a um índice de concordância de 95% (Suen & Ary, 1989, p. 107).

Isso significa que quanto mais a real ocorrência do comportamento se aproxima de 100% ou zero, maior a possibilidade de o índice de percentual de concordância ser inflado por ocorrências ao acaso. Este problema já não acontece quando a ocorrência do comportamento é próxima de 50%. Uma alternativa para a obtenção de concordância, quando a ocorrência do comportamento é muito baixa ou alta, é a utilização dos índices de concordância de ocorrência e de não ocorrência, o primeiro para casos nos quais a ocorrência do comportamento é baixa e, o segundo, quando é alta. Ambos os índices só podem ser usados em estudos que envolvem apenas dois observadores.

Suen e Ary (1989) recomendam o *coeficiente Kappa* como um índice mais confiável, uma vez que ele desconta as esperadas concordâncias ao acaso e pode acomodar eventos envolvendo dois ou mais observadores. A equação para o cálculo do coeficiente Kappa é:

$$\kappa = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e}$$

Onde  $P_o$  é a proporção de concordância observada e  $P_e$  é a proporção esperada de concordância ao acaso. O numerador da equação é a diferença entre a concordância real entre observadores e a concordância ao acaso esperada, enquanto o denominador indica a total diferença possível entre a concordância entre observadores e a concordância ao acaso esperada.<sup>9</sup>

Apesar da importância da fidedignidade para garantir a consistência das medidas, ela é apenas uma pré-condição para a boa qualidade do dado; por si só, ela não mostra que o dado é uma boa representação de um comportamento em particular. Para esse fim, é necessário verificar a *validade* do dado (Cronbach & Meehl, 1955; Suen & Ary, 1989). Entende-se por validade a acumulação de evidências de que o instrumento mede aquilo que ele se propõe representar, de forma precisa e apropriada (Kazdin, 2002, Richardson, 1999; Suen & Ary, 1989). Trata-se de uma questão epistemológica e, como tal, não pode ser diretamente medida nem absolutamente comprovada, podendo apenas ser inferida a partir de um conjunto de evidências circunstanciais (Suen & Ary, 1989).

Um arcabouço conceitual consistente, envolvendo o objeto da medida, especificando os componentes ou dimensões deste objeto, os meios para mensuração e as possíveis relações entre o objeto e outros eventos, é o primeiro passo para a obtenção de validade. Portanto, o primeiro passo para a obtenção de validade é o apoio em um

---

<sup>9</sup> Uma descrição mais aprofundada do cálculo deste coeficiente pode ser obtida no artigo de em Suen & Ary (1989).



sistema conceitual consistente. Este sistema conceitual deve operacionalizar cada um dos eventos que compõem o fenômeno de interesse do sistema de categorização, especificando seus componentes ou dimensões, os meios para sua mensuração e possíveis relações entre o objeto medido e outros eventos de interesse. Além disso, quanto mais direta for a medida de observação utilizada, mais simples será a obtenção da validade, inversamente ao que ocorre quando o dado de observação é uma representação indireta (um sinal ou evidência) do evento estudado (Suen & Ary, 1989).

Há diferentes critérios para a determinação da validade de um instrumento, sendo os mais utilizados os denominados *validade de conteúdo*, a *validade relacionada ao critério* e a *validade de constructo*. Estes tipos de validade não são mutuamente exclusivos, podendo somar-se na obtenção de evidências de validade, fornecendo informações a partir de diferentes ângulos (Cronbach & Meehl, 1955; Suen & Ary, 1989). O importante a considerar é que, quanto maior o número de evidências da validade do instrumento de observação, maior a probabilidade de que ele seja aceito como uma medida representativa do fenômeno em estudo.

O estabelecimento da validade de conteúdo é primariamente um processo de julgamento subjetivo, que pode ser suplementado por informações quantitativas. Diz respeito à “extensão na qual uma medida reflete o domínio teórico da variável de interesse” (Suen & Ary, 1989, p. 165). Para produzir um dado válido, portanto, um instrumento de observação deve representar cada componente do fenômeno estudado. Na elaboração de categorias comportamentais, para garantir a validade de conteúdo, os itens do sistema de categorias devem ser exaustivos, abarcando todas as possíveis dimensões do comportamento sob estudo. No caso do estudo de comportamentos complexos, todo comportamento componente ou intermediário precisa ser representado

e, no caso de o constructo envolver comportamentos de difícil acesso, todo tipo de evidência para a inferência desse comportamento é considerada.

Uma das possibilidades de se determinar a validade de conteúdo de um sistema de categorização é uma sistematização do processo de construção do teste, na qual todas as especificações que guiaram a sua elaboração devem ser explicitadas. Essa estratégia depende de uma base teórica sólida que dê sustentação para a definição exata dos critérios assumidos pelo sistema (Suen & Ary, 1989).

A validade relacionada ao critério pode ser obtida por meio da comparação da performance de um instrumento em particular com outras medidas equivalentes e validadas ou relacionando-a a outros critérios, tais como a observação direta de ocorrências do fenômeno em outros contextos (Cronbach & Meehl, 1955). Os critérios determinados para este tipo de validade não são absolutos, mas relativos à função do instrumento (Kazdin, 2002; Suen & Ary, 1989). Frequentemente, é feita a distinção entre *validade concorrente* e *validade preditiva*. A primeira delas é obtida por meio da comparação dos escores em um determinado instrumento com outro que se propõe a medir constructos equivalentes, sendo ambos aplicados simultaneamente. A segunda é obtida por meio da medida de alguma evidência do comportamento ou evento posteriormente à medida obtida pelo instrumento em estudo (Cronbach & Meehl, 1955). Suen e Ary (1989) lembram que, uma vez que a validade relacionada ao critério é obtida por meio da comparação entre escores de diferentes instrumentos, a validade do instrumento-comparação deve ser estabelecida independentemente, caso contrário, obter-se-ia apenas uma correlação entre duas medidas, e não a validade. Além disso, a estabilidade nos coeficientes de validade deveria ser avaliada, de modo a garantir que o índice obtido não seja apenas uma especificidade da amostra estudada.

A validade de constructo compreende as evidências e as racionais que indicam quão bem os dados obtidos por meio de um instrumento refletem um constructo em particular<sup>10</sup> (Kazdin, 2002). É validade importante, especialmente quando o procedimento de medida visa o estudo de um constructo teórico não-observável, ou um de um atributo ou qualidade que não seja “definido operacionalmente” (Cronbach & Meehl, 1955) e é obtida por meio da avaliação estatística de uma série de estudos empíricos. Quando evidências diretas não podem ser obtidas, evidências circunstanciais do constructo são reunidas de forma a dar suporte à assunção de que a medida reflete o constructo em estudo. A obtenção de validade de constructo deve envolver três passos: (1) primeiramente, articula-se um conjunto de conceitos teóricos e define-se um número de variáveis com as quais estes conceitos devem ou não se relacionar positivamente; (2) então, estuda-se e mede-se cada dimensão dos constructos teóricos, ou cada subconstructo que compõe o constructo e (3) por último, testam-se as relações entre os constructos, suas manifestações observáveis e suas relações com esta rede de variáveis (Cronbach & Meehl, 1955; Suen & Ary, 1989). Kazdin (2002) sugere que, para a validação de instrumentos de observação, se utilizem múltiplas medidas de um dado constructo em estudo: “Melhor incluir poucos constructos com múltiplas medidas que muitos constructos estudados por uma única medida” (p. 200).

#### *Precisão na definição das categorias*

Em um sistema de categorização de eventos comportamentais, um pré-requisito para a obtenção de medidas tanto de fidedignidade quanto de validade é a descrição precisa das variáveis que controlariam o pesquisador para a operacionalização dos eventos de acordo uma dada categoria comportamental. De acordo com Danna e Matos

---

<sup>10</sup> O termo *constructo* refere-se às características a serem estudadas ou detectadas pelo instrumento, enquanto *medidas* são as formas por meio das quais esses constructos são operacionalizados (Kazdin, 2002).

(1999), a definição de um evento em uma dada categoria deve “(1) ser objetiva, clara e precisa; (2) ser expressa na forma direta e afirmativa; (3) incluir somente elementos que lhe sejam pertinentes; (4) ser explícita e completa” (p. 134). Além disso, sua definição não pode ser “circular”, ou seja, o termo definido não pode ser utilizado na sua definição (Marinotti, 2000) e devem ser evitados termos subjetivos ou fatos interpretados ou inferidos (Cunha, 1975; Fagundes, 1992).

Tais recomendações metodológicas esbarram com algumas questões práticas, referentes à análise de interações sociais. É comum que, nesses casos, o conteúdo da interação seja ambíguo ou plural, o que implicaria na sobreposição de categorias, na imprecisão na sua descrição (Baptistussi, 2001; Zamignani, 2001) ou mesmo na baixa concordância entre juízes (Chequer, 2002). Em um estudo sobre a concordância entre observadores na aplicação de um sistema de categorias utilizado em alguns trabalhos desenvolvidos no Brasil (Souza Filho, 2001), Chequer (2002) constatou que as categorias utilizadas naqueles trabalhos apresentavam um caráter generalista, o que às vezes produzia mais de uma interpretação para uma mesma categoria entre diferentes observadores, e levava a uma baixa concordância entre eles. Kovac (2001), semelhantemente, constatou que as categorias propostas eram confusas entre si e apresentavam similaridades funcionais, o que exigiria um refinamento dos critérios para a definição desse sistema de classificação.

Chequer (2002) aponta também que parte das categorias desenvolvidas “não se refere a comportamento, mas a produtos do comportamento. Por exemplo, as categorias Informação (IFO) e Feedback (FBK) não nomeiam comportamento ou uma relação entre ouvinte e falante, mas, na sua forma substantiva, fornecem uma denominação ampla de um produto puramente lingüístico, sem contexto” (p. 76). Essa característica,

segundo o autor, dificulta o estabelecimento de limites para a operacionalização da categoria.

Tais constatações apontam para a necessidade de maior especificação dos critérios para a definição das categorias de um sistema. Marinotti (2000) recomenda que, no caso de as classes categorizadas serem muito semelhantes, ambíguas ou estritamente relacionadas, sejam estabelecidos critérios de exclusão entre elas quando necessário, além de se explicitar qual categoria teria prioridade na categorização, quando houver dúvidas que não sejam dirimidas pelos critérios de exclusão. Tais recomendações demonstram a necessidade de definições minuciosas e de uma análise cuidadosa do sistema de categorias como um todo e das possíveis sobreposições, similaridades e diferenças entre os eventos categorizados.

É necessário considerar também alguns critérios para que o conjunto de categorias desenvolvido represente, de fato, os eventos que se supõe ocorrer na interação terapêutica. A primeira questão que se coloca diz respeito ao número de categorias que um sistema contém, o que remete ao grau de especificidade ou sensibilidade a eventos sutis que deve alcançar. A esse respeito, Wampold (1986) e Zamignani (2001) ressaltaram que uma das preocupações no desenvolvimento dos sistemas de categorização por eles utilizados era que estes fossem suficientemente sensíveis para responder às questões colocadas em seus respectivos trabalhos, sem que, no entanto, fossem excessivamente detalhados. Um excesso de especificação dificulta a identificação de padrões de interação, pela excessiva dispersão dos resultados. O desafio, nesse caso, passa necessariamente pela consideração de outros critérios, tais como a questão de pesquisa, a natureza dos dados coletados e a postura teórico-metodológica assumida pelo pesquisador.

Além da questão relativa à especificidade do conjunto de categorias, alguns critérios indicados pela literatura da área (por exemplo, Danna & Matos, 1999) ajudam a manter a coerência e a validade interna do sistema de categorias: (1) as categorias construídas devem ser exaustivas e mutuamente exclusivas; (2) devem ser classificados todos os comportamentos que foram observados e registrados, independentemente do número de eventos que sejam categorizados em cada classe; (3) deve haver coerência entre as categorias nos critérios escolhidos para a classificação e no grau de especificidade adotado para as classes de eventos.

#### *Questões relativas à sistematização e análise dos dados*

A pesquisa clínica de análise de processo estuda tipicamente uma ou mais díades, visando à identificação de relações ou de padrões de interação. Sob a perspectiva analítico-comportamental, uma interação social é um processo de modelagem mútua (Johnston & Pennypacker, 1993). O pesquisador necessita de estratégias metodológicas que proporcionem a identificação de padrões comportamentais estáveis ao longo do tempo, e de mudanças no fenômeno estudado no decorrer do processo.

Nos estudos sobre a interação terapeuta-cliente até agora desenvolvidos, as estratégias metodológicas utilizadas pelos pesquisadores permitiram a identificação de diferentes processos e componentes da interação terapeuta-cliente e o nível de análise alcançado pelos diferentes trabalhos dependeu, dentre outros aspectos, da adequação dessas estratégias à pergunta de pesquisa proposta.

Vários pesquisadores clínicos têm discutido o alcance das diferentes possibilidades de sistematização dos dados obtidos por meio de observação e categorização de interações verbais (por exemplo, Greenberg & Pinsof, 1986; Hill,

2001; Russel & Trull, 1986; Stiles, 1999). Parte das pesquisas nessa área tem como estratégia a medida da frequência de diferentes classes de comportamentos observados, correlacionando essa frequência com outros elementos, tais como a abordagem adotada pelo terapeuta (por exemplo, Brunnik & Schroeder, 1979; Hill & O'Grady, 1985; Rodrigues, 1997), o seu tempo de experiência (por exemplo, Donadone, 2004; Novaki, 2003), ou os resultados do tratamento (por exemplo, Bänninger-Huber & Widmer, 1997).

O apelo unicamente a esse tipo de medida tem sido criticado por alguns autores (como Donadone, 2004; Hill, 2001; Russel & Trull, 1986; Stiles, 1999) pela informação pouco específica que ele oferece sobre aquilo que determina a ocorrência das respostas. Para esses autores, a medida apropriada para o estudo de processo deve registrar não só a ocorrência da resposta, mas informações das micro-situações nas quais ocorrem processos interpessoais relevantes. A simples medida de frequência de uma determinada habilidade do terapeuta não permite avaliar a sua qualidade ou efetividade, nem em que momento ou contexto ela seria mais apropriada (Hill, 2001; Stiles, 1999). De acordo com Donadone (2004), para entender os determinantes da interação terapeuta-cliente, esta deve ser analisada a cada momento da ocorrência de um evento (no caso desta pesquisadora, os eventos de interesse foram orientações do terapeuta e auto-orientações do cliente), considerando as contingências envolvidas em cada unidade de interação. Para Stiles (1999), esta análise deve considerar a relação de sintonia entre respostas do cliente e ações específicas do terapeuta – denominada por ele de *responsividade*.

Alguns dos trabalhos que estudaram a interação terapêutica avançaram suas investigações para além da análise de frequências de categorias e identificaram aspectos mais complexos dessa interação. Uma das formas pelas quais os eventos categorizados são sistematizados é por meio da análise de seqüências específicas de interações, nas

quais cada resposta é examinada com relação a ações contíguas do interlocutor - estímulos a ela precedentes ou subseqüentes (como realizado por Zamignani & Andery, 2005). À medida que padrões recorrentes de interações entre categorias são identificados, possíveis funções de determinadas classes de comportamento são inferidas. Esse tipo de análise não permite, entretanto, a identificação de padrões mais complexos, que não podem ser identificados ou investigados a partir da contagem de seqüências particulares de ação. Especialmente quando se trata de comportamento verbal, se lida com um fenômeno sob controle de variáveis múltiplas, como eventos distantes no tempo ou variáveis extra-sessão e, portanto, não são acessadas apenas pela observação da interação entre eventos imediatamente contíguos. A análise de padrões mais complexos envolveria a identificação de relações entre eventos distantes temporalmente ou de classes de resposta de ordem superior (Catania, 1999).

Uma das estratégias que permitiu a identificação de algumas relações mais complexas (por exemplo, Maciel, 2004; Martins, 1999; Zamignani & Andery, 2005) foi a divisão do processo de sistematização dos dados em dois momentos distintos. Num primeiro momento, cada interação observada foi classificada de acordo com o que foi denominado *categoria de registro* – categorias mutuamente exclusivas, construídas a partir de aspectos observados nas verbalizações do falante e/ou em relação a verbalizações imediatamente contíguas do interlocutor. Em um segundo momento, a partir dos dados das categorias de registro, aspectos mais complexos da interação - seqüências de verbalizações ou interações mais complexas - eram novamente sistematizados em categorias de análise. Um exemplo desse tipo de estratégia foi desenvolvido por Zamignani e Andery (2005). Neste trabalho, os autores primeiramente categorizaram as verbalizações de terapeuta e cliente por meio de categorias de registro, do tipo “pergunta”, “descrição”, “explicação”, “aconselhamento” etc. Após a análise da



frequência e de seqüências de categorias, os autores selecionaram trechos mais amplos da sessão, dentro dos quais ocorreram os temas que foram foco das verbalizações do tipo “explicação” e “aconselhamento”. Os autores elaboraram, então, categorias de análise, tais como “Explicações com ênfase em relações resposta-conseqüência”, “Explicações baseadas em dados demográficos ou probabilísticos” (referentes à categoria “explicação”) ou “Terapeuta propõe atividade incompatível com a resposta-queixa” e “Solução de Problemas” (referentes à categoria “aconselhamento”).

Possivelmente, todas as pesquisas de processo, especialmente as descritivas, requerem vários momentos de análise. Após a organização dos dados coletados na primeira etapa, o pesquisador deve realizar algum tipo de análise qualitativa, procurando identificar as regularidades que emergem. Mais de um momento de análise foi necessário em estudos como os de Barbosa (2001), Ireneo (2007), Novaki (2003), Taccola (2007), Yano (2003), Zamignani (2001), entre outros. Uma forma de sistematização dessa análise qualitativa bastante estudada nos últimos anos é a denominada *Grounded Theory* (Strauss & Glaser, 1967), que operacionaliza de forma bastante clara as etapas envolvidas na análise dos dados.

Outro tipo de solução que pode proporcionar análises de interações mais complexas é o *método de dependência seqüencial* (por exemplo, Bischoff & Tracey, 1995; Wiseman & Rice, 1989). De acordo com esse método, seqüências de eventos são tomadas como unidades e analisadas estatisticamente. O método de dependência seqüencial permite diferentes modalidades de análises estatísticas dos dados da sessão terapêutica, tais quais testes unidirecionais, testes bidirecionais, testes de comparação entre grupos e de comparação de mudanças ao longo do tempo, além de permitir a análise de interações com mais de dois participantes. A dependência seqüencial não precisa estar necessariamente limitada ao efeito do evento imediatamente precedente e,

assim, os métodos de análise estatística propostos detectam padrões mais complexos de dependência interativa entre eventos dentro de uma mesma sessão e ao longo de diferentes sessões (Lichtenberg & Heck 1986; Wampold, 1986). A principal crítica a esse tipo de estratégia é que, embora sensível a eventos com padrões repetitivos, os dados estatísticos mascaram eventos importantes de com menor regularidade (Wampold, 1986). Outra crítica a este método é não permitir detectar diferenças qualitativas nos dados, tais como o impacto de determinados eventos comportamentais na interação terapeuta-cliente (Highlen, 1986). Apesar desta limitação, as propostas de análise apresentadas por esses autores merecem ser estudadas mais detalhadamente, de forma a investigar a viabilidade de sua utilização no estudo de interações mais complexas.

Para identificar as relações funcionais envolvidas, pode-se também lançar mão de entrevistas, para complementar os dados não obtidos por meio da observação. Um dos maiores obstáculos gerados por esse tipo de estratégia é a fonte de dados à qual o pesquisador tem acesso – o relato verbal. O participante observa e relata para o pesquisador aqueles aspectos que, de acordo com sua observação, são relevantes – e não necessariamente coincidem com as variáveis (ou propriedades das variáveis) importantes para a compreensão do fenômeno. O pesquisador, por sua vez, dirige a entrevista de forma a obter informações não contidas no discurso do participante, e assim construir um retrato mais detalhado dos eventos descritos. O problema é que a investigação do pesquisador pode estar também sob controle de outras variáveis que não apenas a busca de informações necessárias para a pesquisa. Sabe-se que o relato verbal está sujeito a diversas condições que podem levar à sua distorção (De Rose, 1997) e, no caso da inevitabilidade desse tipo de estratégia, a análise e a discussão dos dados obtidos devem considerar as limitações delas decorrentes.

### *Elementos necessários em um sistema de categorização do comportamento*

Os trabalhos em clínica, desenvolvidos até então, apontam para a necessidade de estratégias mais eficazes de investigação da interação terapeuta-cliente na sessão terapêutica. Uma das questões mais freqüentemente colocada pelos pesquisadores (por exemplo, Chequer, 2002; Zamignani, 2001) é a necessidade de um sistema de categorização do comportamento do terapeuta e do cliente sensível à detecção de eventos relevantes para diferentes questões de pesquisa e cujas categorias sejam fidedignas para a replicação por diferentes pesquisadores. Além disso, é importante a inclusão de aspectos não-vocais das respostas verbais e aspectos motores da interação.

Em suma, as questões apontadas pelos diferentes pesquisadores sugerem os seguintes elementos para a qualidade de um sistema de categorização: (1) possibilidade de categorização de eventos comportamentais vocais (verbalizações) e não-vocais (tais como expressões faciais, gestos, movimentos e tonalidade de voz); (2) ser suficientemente amplo, de forma a abarcar diferentes possibilidades de interação terapeuta-cliente; (3) permitir o estudo de diferentes questões para a compreensão da interação terapêutica.

### *Objetivos*

O presente trabalho teve como objetivo a investigação de comportamentos típicos da interação terapêutica analítico-comportamental, com vistas à elaboração de um sistema multidimensional de categorização de comportamentos do terapeuta e do cliente. O Estudo 1 teve como objetivo uma avaliação sistemática da literatura sobre categorização de eventos verbais da interação terapêutica, em busca de se identificar elementos para o estudo da interação terapêutica na terapia analítico-comportamental. O

Estudo 2 teve como objetivo o desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos, com um manual para categorização e um treino sistemático de observadores, além do estudo de concordância entre observadores e de algumas evidências de validade. Por último, o Estudo 3 teve como objetivo a observação, categorização e análise de três sessões de terapia analítico-comportamental, de modo a ilustrar a aplicação do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos.

## **Estudo 1. Identificação de eventos relevantes da interação terapêutica a partir da avaliação sistemática da literatura sobre categorização de comportamentos.**

O presente Estudo visa uma avaliação sistemática da literatura sobre categorização de eventos verbais na interação terapêutica, em busca de se identificar comportamentos relevantes para seu estudo.

### **Método**

#### *Procedimento*

O primeiro passo para a identificação de comportamentos do terapeuta e do cliente na interação clínica consistiu na sistematização da literatura de pesquisa em psicoterapia, conforme as etapas que se seguem.

*1. Busca de literatura referente à categorização do comportamento verbal ou não verbal humano.*

A busca pela literatura foi iniciada por meio de consulta ao banco de dados *Psychinfo*®, a partir da biblioteca da faculdade de psicologia da Universidade de São Paulo. As expressões *clinical research*, *code system*, *therapist-client relationship*, *therapeutic relationship*, *categorization*, *codification*, *behavior code*, *observation*, *nonverbal behavior*, *kinesics*, *paralinguistic*, *voice tone*, *tone of voice*, *facial expression*<sup>11</sup> foram combinadas de diferentes formas. A mesma busca foi realizada no acervo local da mesma biblioteca e na internet por meio da ferramenta de busca *Google*®, utilizando-se o sistema de busca avançada. Na busca na internet, os temas

---

<sup>11</sup> Pesquisa clínica, sistema de categorização, relação terapeuta-cliente, relação terapêutica, categorização, codificação, categorias de comportamento, observação, comportamento não-verbal, sinestésico, paralingüístico, “tom de voz, expressão facial.

acima listados foram procurados em inglês, português e espanhol, em páginas ou em documentos nos formatos PDF e DOC, característicos dos programas de texto *Microsoft Word*® e *Adobe Acrobat Reader*®, uma vez que estes são os formatos de arquivo mais comuns para a publicação de documentos de texto na *Web*. Por último, foi consultada também a biblioteca virtual *Questia*®.

Os textos encontrados eram selecionados caso apresentassem (1) algum tipo de classificação, categorização e/ou catalogação de comportamentos em situações de psicoterapia ou outro tipo de interação humana; (2) revisão de literatura sobre classificação, categorização e/ou catalogação de comportamento; (3) tema sobre metodologia de pesquisa em clínica ou ainda (4) tema sobre métodos de medida e categorização do comportamento verbal ou não-verbal.

As referências bibliográficas desses textos foram também examinadas em busca de artigos relevantes que ainda não haviam sido localizados por meio dos procedimentos anteriormente utilizados.

Por fim, a seleção final de textos foi analisada em busca de (1) sistemas para categorização de comportamento social nas diferentes dimensões de ocorrência de respostas vocais e motoras e (2) critérios para desenvolvimento, avaliação e validação de instrumentos para observação de comportamento.

## *2. Análise dos sistemas de categorização selecionados na literatura a partir de critérios de inclusão*

Na análise da literatura, foram encontrados sistemas de categorização contemplando diferentes dimensões dos comportamentos de interesse para o estudo da

interação terapêutica. Uma parte dos sistemas apresentava definições minuciosas, alguns deles com manuais ou métodos padronizados para treinamento de juízes, tendo sido utilizados em um número razoável de pesquisas. Tendo em vista a já existência de sistemas mais detalhados, foi considerada a possibilidade de adoção de alguns dentre eles para o estudo da interação terapêutica. Inicialmente, tinha-se como objetivo realizar uma análise sistemática dos sistemas de categorização disponíveis para cada uma das dimensões de interesse no estudo da interação terapêutica (Comportamento verbal vocal, Variáveis paralingüísticas, Expressão Facial, Respostas Motoras e Comportamento Gestual). Uma vez que o material disponível mostrou-se bastante volumoso, optou-se por uma avaliação sistemática apenas dos sistemas de categorização de Comportamento verbal vocal.

Assim, para a realização da análise sistemática dos sistemas de categorização de Comportamento verbal vocal, foram elaborados seis critérios de inclusão, sendo selecionados nesta primeira etapa os sistemas que atendessem ao menos a um dos critérios.

(a) *Categorias e definições*: este critério analisa a clareza na definição das categorias de cada sistema; a construção das mesmas a partir de eventos diretamente observáveis ou que exijam um mínimo de inferência e a consistência entre a descrição e a denominação das categorias;

(b) *Coerência do conjunto*: este critério analisa a coerência interna do sistema, especialmente no que se refere à natureza (topográfica e/ou funcional) dos eventos contemplados em cada uma das categorias e ao grau de especificidade das diferentes categorias;

(c) *Treino sistemático*: este critério verifica a existência ou não de manual ou treino sistemático de observadores;

(d) *Utilização prévia em pesquisas*: este critério verifica se o sistema foi adotado por outros pesquisadores ou em outros estudos do mesmo grupo de pesquisa;

(e) *Compatibilidade*: este critério analisa se as categorias do sistema foram desenvolvidas para o estudo de terapia analítico-comportamental ou se suas definições são compatíveis ou adaptáveis para o estudo da interação nessa abordagem.

Quanto aos critérios de exclusão, foram eliminados sistemas:

(a) idênticos ou muito semelhantes (no caso de diferentes versões do mesmo instrumento, foi selecionada a mais recente);

(b) com foco em padrões muito específicos de interação (por exemplo, sistemas de categorização do comportamento do cliente que continham exclusivamente categorias para a análise do atendimento ao transtorno do pânico) ou

(c) com categorias muito específicas de uma determinada área ou abordagem (exceto a comportamental), cujos termos não poderiam ser facilmente transpostos.

Os resultados encontrados nesta etapa do estudo foram pré-requisito para a elaboração da próxima etapa do procedimento.

### *3. Sistematização de categorias de comportamentos do terapeuta encontradas na literatura*

A partir do resultado de que nenhum dos sistemas selecionados atendia plenamente a todos os critérios de inclusão, foi elaborada a segunda etapa do



procedimento. Os sistemas selecionados pelo procedimento anterior foram agora analisados categoria a categoria. Categorias provenientes de outros trabalhos (além dos selecionados pelo procedimento anterior) foram incluídas, neste momento, a fim de se obter o maior número possível de elementos para se desenvolver um sistema suficientemente abrangente.

Os sistemas de categorização selecionados foram então agrupados em torno da semelhança entre os comportamentos neles contemplados. Assim, a divisão em torno de grupos foi realizada a partir do estudo dos comportamentos contidos nas próprias categorias. Se a definição de uma categoria preenchesse critérios para mais de um grupo, foi estabelecido que ela fosse alocada em todos os grupos adequados a ela. Neste caso, o trecho da definição da categoria correspondente ao grupo em questão seria destacado por meio de sublinhado.

## **Resultados**

### *1. Análise dos sistemas de categorização de comportamento verbal vocal*

A análise dos sistemas de categorização será apresentada em etapas, conforme definidas no Procedimento deste estudo. Assim, inicialmente, serão apresentados os resultados referentes à adequação ou não dos sistemas encontrados segundo os Critérios de inclusão. No segundo momento, serão apresentados os resultados referentes ao agrupamento de categorias dos diferentes sistemas segundo suas similaridades.

#### *1.1. Análise dos sistemas de categorização do comportamento verbal vocal do terapeuta selecionados na literatura*

Sete sistemas para a categorização e catálogos de comportamento verbal vocal do terapeuta foram selecionados e analisados pelos critérios de inclusão definidos no item 2. dos Procedimentos do presente estudo. Os sistemas serão apresentados em ordem alfabética dos primeiros autores: (a) *Therapy Process Code* (Chamberlain & Ray 1988); (b) *Therapist Behavior Code* (Ford, 1978); (c) *Hill Counselor Verbal Response Modes* (Hill, 1978); (d) *Category System for Coding Interaction in Psychotherapy* (Schindler, Hohenberger-Sieber & Hahlweg, 1989); (e) *Verbal Response Modes Coding System* (Stiles, 1992); (f) *Categorias Relativas às Funções Básicas das Verbalizações de Terapeutas* (Tourinho, Garcia & Souza, 2003) e (g) *Categorias de Registro do Comportamento do Terapeuta* (Zamignani, 2001). Uma breve descrição desses sistemas, de acordo com as categorias que os compõem, é apresentada a seguir:

(a) *Código do Processo Terapêutico* (Chamberlain & Ray, 1988)

Chamberlain e Ray (1988) elaboraram um sistema com oito categorias mutuamente exclusivas: Busca informações/ Questiona; Ensina; Estrutura; Apóia; Discorda; Interpreta/reformula; Facilita; Fala.

(b) *Código de Comportamentos do Terapeuta* (Ford, 1978)

O *Código de Comportamentos do Terapeuta* (Ford, 1978) contém vinte e seis categorias não-exclusivas: Risada (durante fala do cliente); Afirmação informativa; Solicita informação; Solicita ação; Comunicação sem conteúdo; Fala simultânea; Implementa técnica; Dá modelo de pensamentos assertivos; Espelha sentimentos/medos do cliente; Pergunta ou afirmação implícita; Reiteração; Concordância; Discordância; Forças do cliente enfatizadas; Fraquezas do cliente enfatizadas; Mudança de tópico; Interpretação baseada no ponto de vista do cliente; Interpretação baseada no ponto de vista do terapeuta; Reasseguramento; Clarificação; Disfluência; Pausa preenchida;

Pausa silenciosa; Primeira pessoa do singular (afirmação “eu”); Primeira pessoa do plural (afirmação “nós”).

(c) *Modos de Respostas Verbais do Conselheiro de Hill* (Hill, 1978)

O sistema elaborado por Hill (1978) contém quatorze categorias mutuamente exclusivas: Questões fechadas; Questões Abertas; Informação; Orientação direta; Aprovação – reasseguramento; Reiteração; Espelhamento; Interpretação; Confrontação; Silêncio; Referente não-verbal; Encorajamento mínimo; Auto-revelação; Outros.

(d) *Sistema de Categorias para Codificar Interação em Psicoterapia* (Schindler et al., 1989)

Este sistema contém seis categorias mutuamente exclusivas: Empatia; Apoio; Exploração; Explicação; Diretividade; Classificação.

(e) *Sistema de Codificação de Modos de Respostas Verbais* (Stiles, 1992)

O *Sistema de Codificação de Modos de Respostas Verbais* (Stiles, 1992) contém nove categorias mutuamente exclusivas: Questão; Edificação; Aconselhamento; Confirmação; Revelação; Interpretação; Validação; Espelhamento; Não codificável.

(f) *Categorias Relativas às Funções Básicas das Verbalizações de Terapeutas* (Tourinho et al., 2003)

O sistema de Tourinho et al. (2003), de publicação mais recente, contém sete categorias mutuamente exclusivas: Informar; Investigar; Dar *feedback*; Confrontar; Dar conselho; Verbalizações mínimas; Outras verbalizações.

(g) *Categorias de Registro do Comportamento do Terapeuta* (Zamignani, 2001)

O sistema de Zamignani (2001) descreve doze categorias mutuamente exclusivas: Descreve eventos relacionados à queixa; Descreve eventos diversos; Descreve relações explicativas ou causais; Pergunta sobre eventos relacionados à queixa; Pergunta sobre eventos diversos; Aconselha cliente ou sugere atividades;

Aprova; Reprova; Verbalizações mínimas; Infere; Outras verbalizações; Registro insuficiente.

Os critérios de sistematização da literatura (descritos no item 2 do procedimento deste estudo) foram utilizados para a avaliação dos sete sistemas selecionados. A Tabela 1, a seguir, foi então construída de modo a representar quais critérios foram satisfeitos por cada estudo.

Tabela 1. Avaliação dos sete sistemas de categorização selecionados, segundo os critérios de inclusão definidos no procedimento deste estudo.

<b>Crítérios de inclusão</b>	<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	<b>Ford (1978)</b>	<b>Hill (1978)</b>	<b>Schindler <i>et al.</i> (1989)</b>	<b>Stiles (1992)</b>	<b>Tourinho <i>et al.</i> (2003)</b>	<b>Zamignani (2001)</b>
<b>(a) Categorias e definições</b>	X		X	X	X	X	X
<b>(b) Coerência do conjunto</b>	X			X	X	X	X
<b>(c) Treino sistemático</b>	X		X		X		
<b>(d) Utilização prévia em pesquisas</b>	X		X		X	X	
<b>(e) Compatibilidade</b>		X		X		X	X

Quanto ao primeiro critério, Categorias e definições, com exceção de Ford (1978), todos os sistemas analisados apresentaram um conjunto de categorias definidas operacionalmente de forma razoavelmente precisa. Embora houvesse diferenças na forma com que cada autor organiza os eventos relevantes da sessão terapêutica, todos eles destacaram eventos importantes para a análise da interação, segundo a literatura clínica (por exemplo, Fiorini, 1995; Meyer & Vermes, 2001; Sturmey, 1996). Os sistemas desenvolvidos por Hill (1978) e Ford (1978), entretanto, continham categorias

de diferentes dimensões em um único nível de categorização. O sistema de Ford (1978) contém, no mesmo nível, categorias de interação verbal (por exemplo, Solicita informação) e categorias temáticas (por exemplo, Fraquezas do cliente enfatizadas) e o sistema de Hill (1978) agrupa, em um mesmo nível eventos de natureza estritamente topográfica (por exemplo, Questões abertas, Questões fechadas) e eventos que envolvem relações comportamentais mais complexas (tais como Exploração da relação terapeuta-cliente), o que não responde ao segundo critério, de Coerência do conjunto.

Quanto ao terceiro critério, Treino sistemático, os sistemas de Chamberlain e Ray (1988), Hill (1978) e Stiles (1992) apresentaram um manual bastante detalhado, embora apenas os sistemas de Hill (1978) e Stiles (1992) apresentassem materiais para treino sistemático de observadores (disponíveis, respectivamente, nos endereços <http://forms.apa.org/Books/hill/> e <http://www.users.muohio.edu/stileswb/archive.htmlx>).

A maioria dos sistemas de categorização localizados foi utilizada por um número reduzido de pesquisas da área (critério de Utilização prévia em pesquisas), o que limitou a comparação dos dados analisados com os dados apresentados pela literatura, com exceção dos trabalhos de Chamberlain e Ray (1988), Hill (1978), Stiles (1992) e Tourinho *et al.* (2003). Por último, segundo o critério de Compatibilidade, os sistemas de Ford (1978), Schindler *et al.* (1989), Tourinho *et al.* (2003) e Zamignani (2001) foram desenvolvidos para análise de sessões de terapia comportamental, enquanto os outros sistemas contemplaram outras abordagens de psicoterapia ou não especificaram essa informação. As categorias apresentadas nos sistemas de Chamberlain e Ray (1988), Hill (1978) e Stiles (1992) contemplaram eventos que, dificilmente, poderiam ser operacionalizados para seu uso em estudos de terapia analítico-comportamental ou, mesmo que houvesse essa possibilidade, os eventos destacados pelas respectivas

categorias não pareceram apontar para fenômenos relevantes para o estudo dessa abordagem de psicoterapia.

Em suma, nenhum dos sistemas analisados correspondeu de forma satisfatória a todos os critérios propostos. A partir deste resultado, foi elaborada a segunda etapa de análise, que investigou minuciosamente o conteúdo das categorias de cada sistema, agrupando-as segundo similaridades em suas definições e incluindo categorias de outros sistemas que foram excluídos da análise inicial.

### *1.2. Sistematização de categorias de comportamentos do terapeuta encontradas na literatura*

Constatando-se a impossibilidade de utilizar um sistema de categorização já existente na literatura, já que os sistemas analisados não atenderam plenamente aos critérios de inclusão da primeira etapa deste estudo, demonstrou-se assim a necessidade de elaboração de um novo sistema de categorias. Para este fim, nesta etapa, as categorias dos diferentes sistemas analisados foram descritas e agrupadas segundo suas similaridades. Outros conjuntos de categorias acrescentados na análise foram extraídos de textos destinados à formação de terapeutas, que apresentam um conjunto de classes de comportamentos a serem desenvolvidos, ou relatos de pesquisa cujos sistemas de categorização não preencheram os requisitos mínimos para serem inseridos na análise inicial. Assim, foram incluídos três novos sistemas:

#### *(a) Tipos de Intervenção Verbal do Terapeuta (Fiorini, 1995)*

De base psicanalítica, o texto propõe doze categorias de comportamentos a serem desenvolvidos pelo terapeuta: Interrogar, Proporcionar Informação, Confirmar ou retificar, Clarificar, Recapitular, Assinalar, Interpretar, Sugerir, Indicar, Dar enquadramento, Meta-intervenções, Outras intervenções.

(b) *Categorias do Terapeuta* (Margotto, 1998)

Este estudo exploratório visa à identificação de variáveis envolvidas no processo de mudança observado no curso da sessão terapêutica. A autora propõe seis categorias para a sistematização dos dados: Investigação, Informação, Sinalização, Aconselhamento, Regras, Estabelecimento de Relação.

(c) *Comportamentos do Terapeuta* (Meyer & Vermes 2001)

Este texto de base analítico-comportamental apresenta uma revisão de literatura sobre a relação terapêutica. Identifica doze categorias de comportamentos do terapeuta: Solicitação de informação; Fornecimento de informações; Empatia, Calor humano, Compreensão, Concordância; Sinalização; Aprovação; Orientação; Interpretação; Confrontação; Silêncio.

Ao todo, foram analisados dez sistemas de categorização (sete provenientes da primeira etapa do estudo e três incluídos nesta segunda etapa). A divisão em torno de grupos, realizada a partir do estudo dos comportamentos contidos nas próprias categorias, contemplou dezoito ações do terapeuta: Solicitação de informação; Verbalizações mínimas; Empatia; Auto-revelação de sentimentos do terapeuta; Sumarização, Síntese e paráfrase; Descrição e fornecimento de informações; Estruturação e enquadre; Aconselhamento, Instruções ou orientações; Interpretações e inferências; Aprovação, Apoio, Asseguramento e encorajamento; Reprovação, Confrontação e crítica; Categorias residuais e Silêncio.

Convém lembrar que as categorias foram alocadas em mais de um grupo, quando a definição das mesmas preencheu critérios para ambos. O trecho da definição correspondente ao grupo em questão está destacado por meio de sublinhado. A Tabela 2 apresenta as categorias, conforme foram organizadas nessa etapa do estudo:

Tabela 2. Sistematização das categorias de comportamento do terapeuta a partir dos sistemas de Chamberlain e Ray (1988), Ford (1978), Fiorini (1995), Hill (1978), Margotto (1998), Meyer e Vermes (2001), Schindler *et al.* (1989), Stiles (1992), Tourinho *et al.* (2003) e Zamignani (2001).

<b>2.1. Categorias referentes a solicitação de informação</b>		
<b>Autor</b>	<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	16 <sup>12</sup> . Perguntas /solicitação de informação	Investigações que requerem uma resposta. Palavras interrogativas são uma sugestão primária para essa categoria. Comentários de clarificação que levam o cliente a prover informação, embora a observação não tenha sido formulada como pergunta. Uma afirmação só é codificada como 16 (Solicitação de informação) quando não puder ser codificada dentro de qualquer outra categoria de TBC ( <i>Therapist Behavior Code</i> ), com exceção da categoria Conversa. 16 tem precedência sobre Conversa. Componentes básicos: (a) Perguntas; (b) Solicitação de informação e (c) Clarificação.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	16(a) Perguntas	Palavras interrogativas, tais como quem, quando, onde, por que etc. frequentemente, mas não necessariamente, são associadas a 16.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	16(b) Solicitação de informação	(1) Perguntas que solicitam mais informação ou (2) diretivas que exigem que o cliente dê mais informação, clarifique ou fale mais sobre um tópico.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	16(c) C. Clarificação	(1) Comentários que levam o cliente a prover informação. “Eu não entendo” ou no exemplo a seguir, a criança começou falando sobre a mãe ser brava quando falam sobre doces e terminou com uma história sobre atirar faixas de borracha. Criança: “agora ela está chateada”. Terapeuta: “Sobre o doce”. (16.) Não codificou 14 (Paráfrase) porque nesse caso “sobre o doce” funcionou como uma pergunta. Terapeuta: “me fale sobre isso” (16); (2) inclui afirmações especulativas pelo terapeuta quando este está tentando reunir os fatos ou clarificar uma resposta do cliente.

<sup>12</sup> No sistema desenvolvido por Chamberlain e Ray (1988), as categorias principais são identificadas por números, enquanto as subcategorias são identificadas por letras maiúsculas.



## 2.1. Categorias referentes a solicitação de informação

Autor	Categoria	Definição
<b>Fiorini (1995)</b>	Interrogar o paciente	Pedidos de dados precisos, ampliações e esclarecimentos do relato do cliente. Exploração de detalhes de suas respostas.
<b>Hill (1978)</b>	Perguntas fechadas	Solicitação de informações limitadas, específicas, ou dados, normalmente respostas de uma ou duas palavras, um “sim” ou “não” ou uma confirmação. Perguntas fechadas podem ser utilizadas para obter informação, para pedir ao cliente que repita algo ou para perguntar se a intervenção do terapeuta foi clara.
<b>Hill (1978)</b>	Perguntas abertas	Pedidos para o cliente clarificar ou explorar pensamentos ou sentimentos. O terapeuta não pede informações específicas e não limita propositalmente a natureza da resposta do cliente para um “sim” ou “não” ou a uma resposta de uma ou duas palavras, embora o cliente possa responder desse modo. Perguntas abertas podem ser formuladas de forma tão diretiva quanto seja a intenção de facilitar a clarificação ou exploração.
<b>Margotto (1998)</b>	Investigação	Perguntas ao cliente sobre eventos e sobre a relação existente entre eventos.
<b>Meyer e Vermes (2001)</b>	Solicitar informações	Comportamentos que visam à obtenção de informações e/ou esclarecimento sobre comportamentos do cliente e de terceiros, eventos encobertos e aspectos de história de vida. Também podem ser feitas perguntas para testar hipóteses.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Busca de informação	Questões em busca de conhecer novos eventos ou fatos a respeito da situação do cliente.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Lidar com emoções	Perguntas por reações emocionais ou nomeação de sentimentos.
<b>Stiles (1992)</b>	Pergunta	Pedidos de informação ou de orientação. Interrogativo, com palavras interrogativas.

## 2.1. Categorias referentes a solicitação de informação

Autor	Categoria	Definição
<b>Tourinho et al. (2003)</b>	Investigar	Verbalizações que solicitam informações ao cliente.
<b>Zamignani (2001)</b>	Pergunta	Verbalizações nas quais o terapeuta solicitava ao cliente que relatasse, fornecesse informações específicas, detalhes ou esclarecimentos a respeito de eventos relatados ou eventos observados pelo terapeuta.

## 2.2. Categorias do terapeuta referentes a verbalizações mínimas

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	62. Facilitação	Esta categoria é usada quando o terapeuta está escutando o cliente basicamente, mas fazendo expressões vocais curtas para indicar que ele está prestando atenção e que a outra pessoa deve continuar falando. (1) Facilitação só é codificada se acontecer enquanto o cliente tiver a palavra. Não é codificada quando ocorrer durante pausas de três segundos ou mais na conversação. Nunca é codificada em dobro; (2) facilitações podem ser ligeiramente encorajadoras para o cliente continuar falando. Exemplos: “hum hum” “sim” “certo” “sei”; (3) qualquer momento em que o cliente continua falando e o terapeuta diz, “sim”, “certo”, “sei”; (4) se há dois clientes, um dos pais fala e o terapeuta responde com “hum hum” e o outro dos pais continua em pausa (mais longa que três segundos). Exceção: “certo” (dito sarcasticamente, quando for uma discordância, é codificado 18 (Discordância).
<b>Stiles (1992)</b>	Reconhecimento	Transmissão de acolhimento ou receptividade para a comunicação do outro; aceitação simples, saudações. Expressões vocais não-léxicas ou sem conteúdo; termos de atenção ou saudação.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Encorajamento mínimo	Expressões paralingüísticas ou afirmações curtas que expressam atenção e convidam indiretamente a continuar. Por exemplo: “Hm”, “Aha”, “Sei”.

## 2.2. Categorias do terapeuta referentes a verbalizações mínimas

Autor	Categoria	Definição
<b>Tourinho et al. (2003)</b>	Verbalizações Mínimas	Verbalizações que sinalizam a atenção do terapeuta e/ ou uma aprovação genérica do comportamento de verbalizar do cliente.
<b>Zamignani (2001)</b>	Verbalizações mínimas	Verbalizações mínimas do terapeuta do tipo “hm hm”, “sei” etc.

## 2.3. Categorias do terapeuta referentes a empatia

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	14. Apoio/empatia	Respostas positivas para o cliente, que demonstram afeto, humor, compreensão, e/ ou encorajamento. Componentes básicos: (a) Paráfrase; (b) Reforço; (c) Concordância; (d) Humor; (e) Empatia; (f) Auto-revelação; (g) Encorajamento; (h) Aproximação; (i) Complementação; (j) Desculpas; (k) Elogios/cortesia e (l) Discordância encorajadora.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	14(d) Humor	Comentários alegres que pretendem ser engraçados ou extrair o lado cômico de uma conversa ou situação. Eles tendem a amenizar a conversa ou desviar um assunto potencialmente pesado. Esta categoria inclui declarações acompanhadas por risada, que tenham sido remotamente humorísticas, sejam elas hostis ou engraçadas ao cliente. Exceções: 18 (Confrontação/desafio) é codificado se declarações forem abertamente hostis. Quando em dúvida, codifique Humor.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	14(e) Empatia	(1) Comentários indicando apoio ou entendimento dos sentimentos, emoções, situação, ou perspectiva de outra pessoa. Quando em dúvida se um comentário é de compreensão de sentimentos ou “leitura da mente”, codifique Empatia; (2) declarações de preocupação pessoal com o cliente; (3) quando o cliente está falando e o terapeuta faz comentários simpáticos ou de sentimentos tais como “oh não!”.

### 2.3. Categorias do terapeuta referentes a empatia

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	14(h) Aproximação	Fala sobre tópicos de interesse para o cliente, embora não relacionados à terapia, quando é aparente que o propósito é o de quebrar o gelo ou entender mais sobre a vida do cliente ou seus interesses. Um conselho dado nesta área é codificado como 15 (Ensino/estrutura). Tópicos que podem ser incluídos aqui são: crises, tensão, saúde, trabalhos, roupa, comida, entretenimento, recreação, casa, administração, dificuldades financeiras, metas, aspirações, uso de tempo, animais de estimação, escola, passatempos, e amigos. Quando um tópico novo é perguntado tal como: “Como é o seu trabalho?”, qualificar como (16- Busca de informações). Fala posterior sobre trabalho é Aproximação (14).
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	14(i) Complementação	Complementação das palavras que o cliente está tentando dizer, indicando que o terapeuta está seguindo cuidadosamente e completamente com o cliente. Mesmo quando codificado enquanto o cliente ainda está falando, 14 (Complementação) tem precedência sobre 62 (Facilitação).
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	14(j) Desculpas	Exemplos: “Eu odeio continuar insistindo em castigo (14-desculpas), mas isso é isso que você precisa fazer” (15) (Orientação). “Eu sei que você poderia não gostar disto (14-desculpas), mas você precisa prosseguir e o tirar a tempo”. (15-Orientação) “Eu gostaria de ter algo à mão para resolver o problema instantaneamente, mas eu não tenho”. (14-Desculpas).

### 2.3. Categorias do terapeuta referentes a empatia

Autor	Categoria	Definição
<b>Meyer e Vermes (2001)</b>	Empatia, calor humano, compreensão, concordância	Comportamentos verbais e/ ou gestuais (inclusive expressões do rosto) que tenham como objetivo a aproximação e demonstração de compreensão. Incluem o relato verbal de sentimentos positivos que o cliente desperta no terapeuta, paráfrases e sumarizações, uso criterioso de humor, confirmações como “sim, eu acho que é isso mesmo” e indicação de estar ouvindo e concordando como “hm, aha, sim, etc.”. Ser empático inclui: (a) adoção de perspectiva (disposição para se colocar no lugar da outra pessoa, podendo ou não experimentar os mesmos sentimentos dessa pessoa); (b) neutralidade e imparcialidade (disposição para ouvir, sem julgar, os pensamentos e sentimentos de outra pessoa) e (c) comportamento pró-social (preocupação genuína com o bem-estar da outra pessoa).
<b>Hill (1978)</b>	Reflexão de sentimentos	Repetição ou reformulação das declarações do cliente, que inclui uma identificação explícita dos sentimentos do cliente. Os sentimentos podem ter sido declarados pelo cliente (com exatamente as mesmas palavras ou com palavras semelhantes) ou o terapeuta pode inferir os sentimentos do cliente a partir de seu comportamento não-verbal, do contexto, ou do conteúdo da mensagem do cliente. A reflexão pode ser formulada em tentativas ou como uma afirmação.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Reformulação	Comportamentos que lidam com as experiências dos clientes e expressam a empatia do terapeuta.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Entendimento	Sinalização ao cliente que o terapeuta está apto a compreender as experiências ou ações do cliente, ou que elas são aceitas como normais por qualquer um.
<b>Stiles (1992)</b>	Confirmação	Comparações da experiência de falante com outro; acordo, discordância, <u>experiência compartilhada ou convicção</u> <sup>13</sup> . Primeira pessoa no plural (“nós”) onde o referente inclui o outro (i.e., "nós" referindo-se ao falante e outro).

### 2.3. Categorias do terapeuta referentes a empatia

Autor	Categoria	Definição
Stiles (1992)	Espelhamento	Expressão da experiência do outro em palavras; repetições, redeclaração, clarificações. Segunda pessoa ("você"); verbo insinua experiência interna ou ação volicional.
Zamignani (2001)	Aprovação	Verbalizações nas quais o terapeuta expressa julgamento favorável a eventos de qualquer natureza, relatados pelo cliente ou observados pelo terapeuta, ou concorda com afirmações verbalizadas pelo cliente ou, ainda, verbalizações em forma de exclamação ou risos - que indicam interesse no assunto relatado. Quando aprovação é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da aprovação, é registrada unicamente a ocorrência da categoria TFBAPR ( <i>Feedback</i> de aprovação).

### 2.4. Categorias do terapeuta referentes a auto-revelação e sentimentos do terapeuta

Autor	Categoria	Definição
Chamberlain e Ray (1988)	Auto-revelação	Quando o terapeuta fala sobre si mesmo em termos de alguma situação terapêutica. Frequentemente pode ser em termos de dificuldades pessoais ou situações de família pertinentes ao tópico que está sendo discutido pelo cliente.
Hill (1978)	Auto-revelação	Revelação de algo pessoal sobre as experiências ou sentimentos não-imediatos do terapeuta. Estas declarações começam tipicamente com um "eu". Porém, nem todas as declarações de terapeuta que começam um "eu" são auto-revelações (por exemplo, "Eu posso entender que" ou "eu não sei" não são auto-revelações). Auto-revelações podem ser a respeito da história ou das credenciais, sentimentos, experiências pessoais, ou estratégias do terapeuta.
Hill (1978)	Mediação	Revelação dos sentimentos imediatos do terapeuta sobre si mesmo em sua relação com o cliente, sobre o cliente, ou sobre a relação terapêutica.

#### 2.4. Categorias do terapeuta referentes a auto-revelação e sentimentos do terapeuta

Autor	Categoria	Definição
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Auto-revelação	Qualquer descrição por parte do terapeuta sobre sua própria pessoa, hábitos pessoais ou experiências. Por exemplo: “Eu tive uma experiência semelhante”; “Eu gostei do nosso trabalho hoje”.
<b>Stiles (1992)</b>	Revelação	Revelação de pensamentos, sentimentos, percepções ou intenções. Declarativo; primeira pessoa (“eu”) ou primeira pessoa do plural (“nós”), onde outro não é um referente.

#### 2.5. Categorias do terapeuta referentes a sumarização, síntese e paráfrase

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	16. Busca de informações / perguntas. (b) Sumarizar	(1) Apresentação, de forma concisa, da essência do que foi dito em algum ponto anterior por duas ou mais pessoas ou quando as coisas ditas em terapia estavam muito distantes. O resumo deve ser sobre fatos.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	14. Apoio/empatia. (a) Paráfrase	Recapitulação do que o cliente disse de forma a clarificar ou demonstrar entendimento: literalmente, usando palavras significativas do cliente ou, caso contrário, capturando a essência das palavras do cliente. Exceções: (a) se o resumo alterar o significado do que o cliente disse, codifique 19 (Interpretação/reestruturação) e (b) em caso de paráfrase das faltas, erros etc. do cliente, é codificado 18 (Confrontação/desafio).
<b>Fiorini (1995)</b>	Clarificar	Reformulação do relato do paciente, de modo a que certos conteúdos e relações do mesmo adquiram maior relevo.
<b>Fiorini (1995)</b>	Recapitular	Resumo de pontos essenciais surgidos no processo exploratório de cada sessão e do conjunto do tratamento.

## 2.5. Categorias do terapeuta referentes a sumarização, síntese e paráfrase

Autor	Categoria	Definição
<b>Hill (1978)</b>	Redeclaração	Uma simples repetição ou reformulação do conteúdo ou significando das afirmações do cliente, que tipicamente contêm menos, mas semelhantes palavras, e normalmente é mais concreta e clara que a declaração do cliente. A redeclaração pode ser formulada em tentativas ou como uma afirmação direta. Pode ser uma paráfrase de qualquer material imediatamente precedente ou material anteriormente apresentado na sessão ou ao longo do tratamento.
<b>Margotto (1998)</b>	Informação	Fornecimento de informações ao cliente sobre os temas abordados ou também sobre o processo terapêutico.
<b>Margotto (1998)</b>	Sinalização	Verbalizações em que o terapeuta sinaliza a existência de variáveis relevantes a partir das descrições anteriores do cliente; <u>inclui verbalizações em que o terapeuta destaca ou resume aspectos da fala do cliente.</u>
<b>Meyer e Vermes (2001)</b>	Sinalização	Verbalizações nas quais o terapeuta sinaliza a existência de variáveis relevantes a partir de falas do cliente, <u>podendo reformular o relato deste, de modo a dar maior relevo a algum conteúdo ou relação.</u>
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Sumariza	Repetição de informações do cliente ou reafirmação destas de uma forma mais curta.
<b>Zamignani (2001)</b>	Explica	Verbalizações nas quais o terapeuta descreve ou deixa implícito, fazendo ou não uso de metáforas ou analogias (1) relações explicativas ou causais - relações do tipo "se... então"; (2) relações de contigüidade - relações temporais entre eventos ou (3) <u>sínteses ou conclusões formuladas a partir de eventos relatados pelo cliente, ou observados pelo terapeuta.</u> Estas relações podem dizer respeito a eventos privados, respostas públicas, eventos ambientais, eventos comportamentais - públicos ou privados - e podem incluir o comportamento do cliente, do terapeuta ou de terceiros.



## 2.6. Categorias do terapeuta referentes a descrição e fornecimento de informação

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	15. Orientação. (d) Provê racional	(1) Traz explicações de como uma técnica ou procedimento funciona. Apoio diretivo apoiado em dados ou informações adicionais, inclusive dando informação sobre quaisquer das variáveis para o manejo da família; (2) inclui explicações de por que usar certa técnica e por que isso tende ser efetivo.
<b>Fiorini (1995)</b>	Proporcionar informação	Sem descrição
<b>Fiorini (1995)</b>	Meta-intervenções	Comentário ou clarificação do significado de haver recorrido a qualquer das intervenções anteriores.
<b>Hill (1978)</b>	Informação	Fornecimento de informação na forma de dados, fatos, opiniões, recursos ou respostas a perguntas. (a) informação sobre o processo terapêutico; (b) <u>fatos, dados, ou opiniões</u> ou (c) avaliação sobre o cliente.
<b>Margotto (1998)</b>	Informação	<u>Fornecimento de informações ao cliente sobre os temas abordados</u> ou também sobre o processo terapêutico.
<b>Meyer e Vermes (2001)</b>	Fornecimento de informações	Informações (a) sobre o funcionamento da terapia (definição de papéis, contrato, regras; estruturação do contexto e objetivos da terapia); (b) <u>sobre aspectos psicológicos, médicos e gerais</u> ou (c) <u>sobre o funcionamento de técnicas e procedimentos terapêuticos.</u>
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Explicação	Informação ao cliente a respeito de questões teóricas ou achados experimentais a respeito de sua queixa e/ou de seu tratamento.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Afirmações neutras	Uma afirmação que dá pouca informação ou uma resposta curta a uma pergunta do cliente.

## 2.6. Categorias do terapeuta referentes a descrição e fornecimento de informação

Autor	Categoria	Definição
Stiles (1992)	Revelação	<u>Revelação</u> de pensamentos, sentimentos, <u>percepções</u> , ou intenções. Declarativo; primeiro a pessoa ("eu") ou primeiro plural de pessoa ("nós") onde outro não é um referente.
Stiles (1992)	Edificação	Afirmção de informação objetiva. Declarativo; terceira pessoa (por exemplo, "ele", "ela", "isto" ou um substantivo).
Tourinho <i>et al.</i> (2003)	Informar	<u>Verbalizações que informam</u> sobre aspectos do processo terapêutico, ou <u>sobre assuntos abordados pelo cliente</u> .
Zamignani (2001)	Descreve	Verbalizações nas quais o <u>terapeuta relata ou informa o cliente sobre eventos ou sobre aspectos relativos a eventos</u> , estabelecendo ou não relações causais ou explicativas entre eles, com ou sem a solicitação do cliente. Esta categoria é subdividida em três subcategorias: Terapeuta descreve queixa, Terapeuta descreve eventos diversos e Terapeuta explica.

## 2.7. Categorias do terapeuta referentes a estruturação e enquadre

Autor	Categoria	Definição
Chamberlain e Ray (1988)	17. Estrutura	Inclui (a) estrutura e (b) sumarizar.

## 2.7. Categorias do terapeuta referentes a estruturação e enquadre

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	17(a). Estrutura	(1) Consiste em dirigir a conversação ou estabelecer regras de como a sessão ou interação irá proceder; (2) dar comandos que requerem uma resposta dentro da sessão, com exceção de comandos que funcionam como comandos de parada. Estes são codificados como 18-Discordância; (3) diretivas que mudam a direção da conversação ou da terapia (se não mudar a direção, codifique 16-Perguntas) ou (4) diretivas não pedagógicas: dizer para alguém o que fazer sem ensiná-los - pode ser em formato de declaração ou pergunta.
<b>Fiorini (1995)</b>	Dar Enquadramento à tarefa	Dar enquadramento à tarefa. Estas intervenções abrangem todas as especificações relativas à modalidade espacial e temporal que deverá assumir a relação terapêutica: local das sessões, posição em que ficam colocados os participantes um em relação ao outro, duração e frequência das sessões, ausências, honorários.
<b>Margotto (1998)</b>	Informação	Fornecimento de informações sobre os temas abordados ou também <u>sobre o processo terapêutico</u> .
<b>Meyer e Vermes (2001)</b>	Fornecimento de informações	<u>Informações (a) sobre o funcionamento da terapia (definição de papéis, contrato, regras; estruturação do contexto e objetivos da terapia);</u> (b) sobre aspectos psicológicos, médicos e gerais ou (c) sobre o funcionamento de técnicas e procedimentos terapêuticos.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Estruturação	Fornecimento de informação a respeito de detalhes do programa terapêutico, da sessão em curso ou do plano terapêutico.
<b>Tourinho et al. (2003)</b>	Informar	<u>Verbalizações que informam sobre aspectos do processo terapêutico</u> , ou sobre assuntos abordados pelo cliente.

## 2.8. Categorias do terapeuta referentes a aconselhamentos, instruções ou orientações

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	15. Orientação	Instruções, dizendo para o cliente o que fazer ou como fazer isto. Tarefas de revisão e quadro de pontos; especialmente questões sobre como a tarefa ou quadro funciona. Componentes básicos: (a) Instrução; (b) Comandos; (c) Sugestões; (d) Provê racional; (e) Resolução de problema e (f) Revisão de tarefas.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	15(a) Instrução	Oferecimento de informações sobre educação de filhos, vida familiar, ou outro assunto relacionado à terapia.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	15(b) Comandos	Diretivas que dizem para o cliente o que fazer dentro ou fora da sessão, por exemplo, orientação geral. Dizer para o cliente o que fazer. Estes comandos podem ser diretos ou indiretos. (1) Diretos: requerem uma resposta dentro da sessão ou (2) indiretos: orientações para fora da sessão, tarefas ou instruções dadas pelo terapeuta.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	15© Sugestões	Comentários que dizem basicamente para um cliente o que fazer, mas eles são comandos mais velados. Exceção: quando sugestões forem feitas em modo sarcástico, codifique 18 (Confronto/desafio).
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	15(e) Resolução de problema	(1) Sugestões formuladas como perguntas sobre o que fazer sobre um problema. Isto é usado quando um problema está sendo discutido; (2) pedido de uma solução a um problema. Se em dúvida entre se eles estão pedindo uma solução ou simplesmente fazendo uma pergunta, codifique 16- Pergunta.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	15(f) Revisão de Tarefas	<u>Revisão neutra de tarefa</u> . Declarações ou perguntas feitas pelo terapeuta que são positivas, negativas ou de julgamento são codificadas como 14 (Apoio) ou 18 (Discordância).

## 2.8. Categorias do terapeuta referentes a aconselhamentos, instruções ou orientações

<b>Autor</b>	<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>
<b>Fiorini (1995)</b>	Sugerir atitudes determinadas	Sugestão de atitudes determinadas, mudanças a título de experiência.
<b>Fiorini (1995)</b>	Indicar	Indicação específica para a realização de certos comportamentos, com caráter de prescrição (intervenções diretivas).
<b>Hill (1978)</b>	Orientação direta	Fornecimento de sugestões, orientações, instruções, ou conselhos sobre o que o cliente deveria fazer para mudar (vai além de dirigir o cliente para explorar pensamentos ou sentimentos em sessão). (a) Conselhos sobre o processo ou (b) Orientações.
<b>Margotto (1998)</b>	Aconselhamento	Descrição de alternativa de comportamento para cliente ou para outros.
<b>Margotto (1998)</b>	Regras	Enunciado de regra para cliente. Descrição de alternativas de comportamento explicitando contingências em vigor.
<b>Meyer e Vermes (2001)</b>	Orientação	Ordens, conselhos, avisos, orientações específicas, orientações estratégicas, instruções e fornecimento de modelos. Essas formas de orientação podem ser dadas para que: (a) o cliente se comporte da forma indicada em seu cotidiano – Orientação para ação; (b) o cliente mude aspectos de seu ambiente – Orientação para mudança de contingências; (c) o cliente reflita sobre um tema proposto – Orientação para reflexão ou (d) o cliente execute uma tarefa terapêutica – Prescrição de tarefa.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Orientação diretiva	Implica em treinar ou instruir o cliente em certos comportamentos ou tarefas dentro da sessão terapêutica.

## 2.8. Categorias do terapeuta referentes a aconselhamentos, instruções ou orientações

Autor	Categoria	Definição
Stiles (1992)	Conselho	Tentativas para guiar comportamento; sugestões, comandos, permissão, proibição. Imperativo, ou segunda pessoa com verbo de permissão, proibição, ou obrigação.
Tourinho <i>et al.</i> (2003)	Dar conselho	Verbalizações que sugerem ao cliente comportar-se de determinado modo.
Zamignani (2001)	Aconselha	Verbalizações nas quais o terapeuta sugere ao cliente que emita uma ou um conjunto de respostas ou cursos de ação, sejam de caráter aberto (respostas passíveis de serem observáveis por um observador que não o próprio cliente) ou encoberto (respostas passíveis de serem observáveis apenas pelo próprio cliente). São consideradas verbalizações de aconselhamento tanto conselhos apresentados em sessões no consultório quanto sugestões de atividade a ser realizada conjuntamente com o terapeuta, ou não, em sessões extraconsultório.

## 2.9. Categorias do terapeuta referentes a interpretações e inferências

Autor	Categoria	Definição
Chamberlain e Ray (1988)	19. Interpretação/reestruturação	Comportamentos nos quais o terapeuta especula sobre ou afirma o significado de algo, faz uma predição ou altera o significado do que alguém disse. Embora estas observações possam ser feitas como se fossem factuais (como em dando informação), se o terapeuta não sabe ou não pode saber se é verdade, são codificados 19. Metáforas e analogias sempre são codificadas como 19. Esta categoria só se aplica a membros da família e/ ou situações familiares. (a) Reestruturação; (b) Interpretação; (c) Leitura da mente; (d) Especulação; (e) Normalização e (f) Metáforas.

## 2.9. Categorias do terapeuta referentes a interpretações e inferências

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	19(b) Interpretação	Comentários do terapeuta que relatam o significado ou significação de algo, a menos que esta seja uma informação claramente factual, caso em que é codificado como 15-Ensino/estrutura.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	19(a) Reestruturação	(1) Reconstruções do que outra pessoa disse de forma tal que o resultado é algo diferente do modo com que foi declarado inicialmente; (2) sugere freqüentemente um modo alternativo de olhar para um problema. Isto inclui mudanças de direção sugeridas ao terapeuta pela equipe. Às vezes pode indicar que uma desvantagem percebida realmente é uma vantagem, ou vice-versa.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	19(c) Leitura da mente	Comentários nos quais o terapeuta afirma o que outra pessoa pensa, deseja, sente etc., sem de fato saber se é verdade. Também pode inferir motivos.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	19(d) Especulação	(1) Antecipação do que poderia acontecer, ou aconteceu, o que inclui predições de como coisas se tornarão; (2) inclui verbalizações nas quais o terapeuta pede para que o cliente especule sobre os comportamentos de membros da família ou sobre o significado de algo.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	19(e) Normalização	Comentários nos quais o terapeuta indica que o comportamento de um membro da família ou uma situação não é incomum, mas é, na realidade, relativamente comum, ou normal. Frequentemente estas são generalizações. Observações normalizando sobre não-familiares (professores, assistentes sociais, etc.) não são codificados 19 (Interpreta/reestrutura), mas normalmente 15 (Ensino). Se uma verbalização categorizada como 19 contiver empatia, ainda assim será codificada como 19, e não 14 (Apoio).
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	19(f) Metáforas	Metáforas ou histórias que não são codificadas como 15 (Ensino)

## 2.9. Categorias do terapeuta referentes a interpretações e inferências

<b>Autor</b>	<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>
<b>Fiorini (1995)</b>	Assinalar	Assinala relações entre dados, seqüências, constelações significativas, capacidades manifestas e latentes do paciente.
<b>Fiorini (1995)</b>	Interpretar	Interpretação do significado dos comportamentos, motivações e finalidades latentes, em particular os conflituosos.
<b>Hill (1978)</b>	Interpretação	Verbalização que vai além do que o cliente tem abertamente declarado ou reconhecido e dá um novo significado, razão, ou explicação para seus comportamentos, pensamentos, ou sentimentos, de forma que o cliente possa ver os problemas de um modo novo. Faz conexões entre declarações aparentemente isoladas ou eventos; aponta temas ou padrões em comportamentos ou sentimentos do cliente; explica as defesas, resistências, ou transferências; dá uma nova formulação a comportamentos, pensamentos, sentimentos, ou problemas.
<b>Margotto (1998)</b>	Estabelecimento de relação	Explicitação de relações entre o comportamento do cliente e o ambiente ou entre o comportamento de outros e o ambiente.
<b>Margotto (1998)</b>	Sinalização	Verbalizações em que o terapeuta sinaliza a existência de variáveis relevantes a partir das descrições anteriores do cliente; inclui verbalizações em que o terapeuta destaca ou resume aspectos da fala do cliente.
<b>Meyer e Vermes (2001)</b>	Interpretação	Inferências sobre padrões de comportamento do cliente e de outras pessoas e sobre relações causais.
<b>Meyer e Vermes (2001)</b>	Sinalização	Verbalizações nas quais o terapeuta sinaliza a existência de variáveis relevantes a partir de falas do cliente, podendo reformular o relato deste, de modo a dar maior relevo a algum conteúdo ou relação.



## 2.9. Categorias do terapeuta referentes a interpretações e inferências

Autor	Categoria	Definição
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Interpretação	Elaboração de uma conclusão a partir do relato do cliente, que este não havia expressado diretamente.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Lidar com emoções	Pergunta por reações emocionais ou <u>nomeação de sentimentos</u> .
<b>Stiles (1992)</b>	Interpretação	Explicação ou rótulo do outro; julgamentos ou avaliações de outra experiência ou comportamento. Segunda pessoa ("você"); verbo insinua um atributo ou habilidade do outro; condições de avaliação.
<b>Tourinho et al. (2003)</b>	Recuperar	<u>Verbalizações que afirmam</u> a ocorrência de eventos ou <u>relações entre eventos</u> descritos (os eventos ou as relações) pelo cliente.
<b>Tourinho et al. (2003)</b>	Inferir	Verbalizações que afirmam a ocorrência de condições, eventos ou relações entre eventos, a partir de verbalizações do cliente nas quais os eventos ou relações não foram especificados enquanto tal.
<b>Zamignani (2001)</b>	Explica	Verbalizações nas quais o terapeuta descreve ou deixa implícitas, fazendo ou não uso de metáforas ou analogias, (1) relações explicativas ou causais - relações do tipo "se... então"; (2) relações de contigüidade - relações temporais entre eventos; (3) sínteses ou conclusões formuladas a partir de eventos relatados pelo cliente, ou observados pelo terapeuta. Estas relações podem dizer respeito a eventos privados, respostas públicas, eventos ambientais, eventos comportamentais - públicos ou privados - e podem incluir o comportamento do cliente, do terapeuta, ou de terceiros.
<b>Zamignani (2001)</b>	Inferir	Verbalizações nas quais o terapeuta parece supor, a partir do relato ou de observação de outros eventos/relações, a ocorrência de eventos/relações até o momento não relatados pelo cliente, ou não observados diretamente.

## 2.10. Categorias do terapeuta referentes a aprovação, apoio, asseguramento e encorajamento

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	(b) Reforço	(1) Fala sobre o progresso ou sucesso do cliente; (2) aponta os atributos positivos de cliente, ações, ou características; (3) conversa sobre atributos positivos, ações, ou características dos filhos do cliente; (4) comentários positivos direcionados para o cliente indicativo de que gosta dele e (5) se o terapeuta diz “Bom” com respeito a algo que o cliente relata ter feito ou sentido.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	(c) Concordância	Comentários que indicam que o terapeuta está em acordo com o cliente. Exceções: Concordância às vezes é expressa negativamente, mas essa categoria é aplicada se a verbalização é indicativa de acordo. Se estes comentários concordando são feitos enquanto o cliente estiver falando, codifique (62-Facilitação). Porém, se há uma pausa entre o cliente que fala e a observação de terapeuta, codifique 14.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	(g) Encorajamento	Observações que indicam que há esperança para o cliente e/ou que ele é capaz de fazer aquela mudança. Isto tende a acontecer dentro de dois estilos: (1) “você pode fazer isto” (14) ou (2) “eu posso -ou este programa pode- ajudá-lo” (14).
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	(k) Elogios/cortesia	Elogios que o terapeuta faz sobre o cliente e declarações de cortesia tais como “obrigado”, “isso é agradável” etc.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	(l) Discordância encorajadora	Declarações feitas pelo terapeuta de que discorda com o cliente de um modo encorajador.
<b>Fiorini (1995)</b>	Confirmar ou retificar	Confirmação ou retificação dos conceitos do paciente sobre sua situação.

## 2.10. Categorias do terapeuta referentes a aprovação, apoio, asseguramento e encorajamento

Autor	Categoria	Definição
<b>Hill (1978)</b>	Aprovação e asseguramento	Oferecimento de apoio emocional, confiança, encorajamento, reforço. Pode indicar que o terapeuta empatiza com ou entende o cliente. Pode sugerir que o que o cliente está sentindo seja normal ou esperado. Pode indicar simpatia ou tentativa de aliviar ansiedade minimizando os problemas do cliente. Pode indicar aprovação do comportamento do cliente.
<b>Meyer e Vermes (2001)</b>	Aprovação	Comportamentos do terapeuta que indiquem aprovação em relação aos comportamentos ou relatos verbais do cliente.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Dar confiança	Envolve expressões que dão esperança ou encorajam o cliente, de forma que ele esteja apto a mudar um problema de comportamento. Por exemplo: “Se você se engajar na lição de casa dessa forma, você breve estará livre dessa tensão”.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	<i>Feedback</i> positivo	O terapeuta diz ao cliente que ele está indo bem, elogia suas ações ou oferece gratificação verbal.
<b>Stiles (1992)</b>	Interpretação	Explicação ou rótulo do outro; julgamentos ou avaliações de outra experiência ou comportamento. Segunda pessoa ("você"); verbo insinua um atributo ou habilidade do outro; condições de avaliação.
<b>Stiles (1992)</b>	Confirmação	Comparação da experiência de falante com outro; acordo, discordância, experiência compartilhada ou convicção. Primeira pessoa no plural ("nós") onde o referente inclui o outro (i.e., "nós", referindo-se ao falante e outro).
<b>Tourinho et al. (2003)</b>	Dar <i>feedback</i>	Verbalizações de aprovação, desaprovação ou correção de verbalizações específicas do cliente.

## 2.10. Categorias do terapeuta referentes a aprovação, apoio, asseguramento e encorajamento

Autor	Categoria	Definição
Zamignani (2001)	Aprova	Verbalizações nas quais o terapeuta expressa julgamento favorável a eventos de qualquer natureza, relatados pelo cliente ou observados pelo terapeuta, ou concorda com afirmações verbalizadas pelo cliente, ou, ainda, verbalizações em forma de exclamação ou risos - que indicam interesse no assunto relatado. Quando aprovação é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da aprovação, é registrada unicamente a ocorrência da categoria TFBAPR ( <i>Feedback</i> de Aprovação).

## 2.11. Categorias do terapeuta referentes a reprovação, confrontação, crítica

Autor	Categoria	Definição
Chamberlain e Ray (1988)	18. Discordância, confronto, desafio	Comportamentos que tendem a constranger o cliente, como discordância, desaprovação, ou observações negativas, sarcásticas ou hostis, e desafios. Estes comentários não devem ser pensados como tendo uma conotação hostil. Eles podem ser declarações neutras que indicam discordância. Componentes básicos: (a) discordância; (b) Descrença; (c) Desaprovação; (d) Confrontação direta; (e) Desafio; (f) Sarcasmo; (g) Desafio indireto ou confrontação.

## 2.11. Categorias do terapeuta referentes a reprovação, confrontação, crítica

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	18(a) Discordância	(1) Comentários que indicam que terapeuta não está de acordo com o que o cliente disse ou fez ou com o seu ponto de vista. Diferentemente da concordância, que deve ser codificada durante uma pausa, um simples “não” proferido pelo terapeuta, enquanto o cliente está falando, é codificado 18 se for uma discordância. Corrigir um engano não é uma discordância, mas sim codificado como 15 (Ensino/estrutura); (2) discordância inclui todas as declarações que provêm uma explicação pela qual o terapeuta discorda ou de por que não funcionará. Entretanto, se variáveis de condução da família são sugeridas para uso ou usadas para explicar o que deveria acontecer, codifique 15-Ensino; (3) discordância que é neutra ou baseada em fatos é também codificada em 18-Discordância.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	18(b) Descrença	Ação de forma incrédula sobre o que o cliente disse ou fez. O tom de voz é freqüentemente importante aqui. Rir de algo que o cliente disse ou fez.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	18(c) Desaprovação	(1) Observações que apontam diretamente a uma característica negativa ou falha do cliente ou do seu comportamento, ou comentário sobre algo que o cliente fez de errado; (2) paráfrase quando um cliente admite falhas ou fracassos em executar algo corretamente ou (3) comandos de parada, por exemplo, “Sente em sua cadeira até que nós terminemos aqui”.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	18(d) Confrontação direta	Disputa direta com o cliente. Freqüentemente, mas não sempre, isto é dirigido para crianças. Ameaças são inclusas nessa categoria.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	18(e) Desafio	Comportamentos que impelem o cliente para entrar em ação, desafiando alguém para entrar em ação.

## 2.11. Categorias do terapeuta referentes a reprovação, confrontação, crítica

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	18(f) Sarcasmo	Verbalização que, no contexto – tom ou estilo – pode demonstrar raiva do terapeuta. Comentário positivo feito com um tom negativo (por exemplo, “Claro!”) é codificado (18-Sarcasmo). “Humph!, É...” etc., emitidos em tom cético, são codificados 18.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	18(g) Desafio indireto ou confrontação	(1) Fala com um cliente quando a mensagem é dirigida a outro cliente dentro da sala. (2) comentário forçando o cliente a escolher um curso de ação, por exemplo, “Você pode escolher fazer isto deste modo ou ser miserável o resto de sua vida”. (18)
<b>Fiorini (1995)</b>	Confirmar ou retificar	Confirmação ou retificação dos conceitos do paciente sobre sua situação. “Retificação permite ressaltar os escotomas do discurso, as limitações do campo da consciência e o papel das defesas desse estreitamento” (p. 159).
<b>Hill (1978)</b>	Desafio	Aponta discrepâncias, contradições, defesas, ou crenças irracionais das quais o cliente é inconsciente, incapaz para lidar com, ou pouco disposto a mudar. Desafios podem ser ditos como uma tentativa ou em tom de confrontação.
<b>Meyer e Vermes (2001)</b>	Confrontação	Identificação de contradições e discrepâncias no relato verbal, no comportamento do cliente, ou na interação destes. Está incluída a demonstração de desaprovação ao relato verbal e/ou aos comportamentos emitidos pelo cliente.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Crítica	Expressão direta de que o cliente está impedindo seu progresso ou descrição de possíveis conseqüências negativas.
<b>Stiles (1992)</b>	Interpretação	Explicação ou rótulo do outro; julgamentos ou avaliações de outra experiência ou comportamento. Segunda pessoa ("você"); verbo insinua um atributo ou habilidade do outro; condições de avaliação.

## 2.11. Categorias do terapeuta referentes a reprovação, confrontação, crítica

Autor	Categoria	Definição
Stiles (1992)	Confirmação	Comparação da experiência de falante com outro; acordo, discordância, experiência compartilhada ou convicção. Primeira pessoa no plural ("nós") onde referente inclui o outro (i.e., "nós", referindo-se ao falante e outro).
Tourinho et al. (2003)	Dar <i>feedback</i>	Verbalizações de aprovação, desaprovação ou correção de verbalizações específicas do cliente.
Zamignani (2001)	Reprova	Verbalizações nas quais o terapeuta expressa discordância, ou julgamento, ou avaliação desfavorável a respeito de afirmações ou outros comportamentos do cliente, sejam eles relatados pelo cliente ou observados pelo terapeuta. Quando reprovação é acompanhada de descrição do evento que é alvo da reprovação, é registrada unicamente a ocorrência da categoria TFBREP.

## 2.12. Categorias residuais

Autor	Categoria	Definição
Chamberlain e Ray (1988)	10. Conversa	Categoria “cesto de lixo” para todos os comportamentos não codificáveis em outra categoria. (1) Quando o terapeuta começar a dizer algo, mas não completa um comportamento codificável; (2) verbalizações ininteligíveis. Verbalizações ininteligíveis são comentários que não podem ser entendidos mesmo depois de terem sido ouvidos por três vezes. Conversação sobre café, tempo, estacionamento etc. são codificadas como 10. Falas sobre agendar próximo compromisso são codificadas como 17-Estrutura; (3) conversa entre terapeutas que não é sobre o cliente, ou a terapia. Não-exemplo: Conversas sobre outros tipos de terapias nas que você poderia participar no futuro.
Fiorini (1995)	Outras intervenções	Cumprimentos, anúncio de interrupções, de variações ocasionais nos horários etc.

## 2.12. Categorias residuais

Autor	Categoria	Definição
<b>Hill (1978)</b>	Outro	Declarações do terapeuta que não são relacionadas aos problemas do cliente, tais como conversa fiada, saudações e comentários sobre os tempos ou eventos.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Categoria remanescente	Respostas verbais que não podem ser classificadas em nenhuma outra das categorias descritas anteriormente.
<b>Stiles (1992)</b>	Incodificável	Só é usado para expressões vocais incompreensíveis.
<b>Tourinho et al. (2003)</b>	Outras verbalizações	Outras verbalizações do terapeuta.
<b>Zamignani (2001)</b>	Outras verbalizações do terapeuta	Verbalizações do terapeuta não classificadas nas categorias anteriores. São incluídas nessa categoria falas do terapeuta a respeito de acerto de horário e local para a realização da sessão. Da mesma forma, quando há uma terceira pessoa envolvida na sessão – como no caso das sessões SAT (cliente com diagnóstico de TOC – terapeuta A), falas do terapeuta dirigidas exclusivamente a esta terceira pessoa, ou nas quais há dúvida sobre a quem a verbalização se dirigia (se apenas cliente, se apenas terceiro ou ambos) são categorizadas como Outras Verbalizações. Já falas do terapeuta que são claramente dirigidas a ambos os participantes (cliente e terceiro) são classificadas nas categorias já descritas.
<b>Zamignani (2001)</b>	Registro insuficiente	Verbalizações do terapeuta cujo conteúdo é ininteligível devido a problemas na transcrição, ou outros problemas, impedindo sua categorização.



## 2.13. Categorias do terapeuta referentes a silêncio

Autor	Categoria	Definição
<b>Meyer e Vermes (2001)</b>	Silêncio	Não emissão de respostas orais, após o término do relato verbal do cliente.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Silêncio	Uma pausa de mais que cinco segundos é contada nessa categoria, tanto para o terapeuta quanto para o cliente.

### 1.3. Análise dos sistemas de categorização do comportamento verbal vocal do cliente selecionados na literatura

Cinco sistemas para a categorização do comportamento verbal vocal do cliente foram também selecionados e analisados: *Client Therapy Code* (Chamberlain e Ray, 1988); *Hill's Client Behavior System* (Hill, Corbett, Kanitz, Rios, Lightsey & Gomez, 1992); *Categorias do cliente* (Margotto, 1988); *Category System for Coding Interaction in Psychotherapy* (Schindler, Hohenberger-Sieber & Hahlweg, 1989) e *Categorias de Registro do Comportamento do Cliente* (Zamignani, 2001). Uma breve descrição desses sistemas, de acordo com as categorias que os compõem, é apresentada a seguir:

#### (a) *Código do Cliente na Terapia* (Chamberlain & Ray, 1988)

O Código do cliente na terapia (Chamberlain & Ray, 1988) contém nove categorias do cliente, mutuamente exclusivas: Confrontação/Desafio/ discordância; Desesperança/culpar/queixar-se; Defendendo a si/outros; Conflito familiar; Desvio/agenda própria; Responder por; Não resposta; Desqualificar; Não resistente.

#### (b) *Sistema de categorias para as respostas verbais do cliente* (Hill et al., 1992)

Para a categorização de comportamentos do cliente, o sistema de Hill *et al.* (1992) apresenta sete categorias mutuamente exclusivas: Resistência; Concordância; Pedido; Narrar; Exploração cognitivo-comportamental; Exploração afetiva; *Insight*; Mudanças.

(c) *Categorias do Cliente* (Margotto, 1998)

Este sistema é composto de sete categorias do cliente, mutuamente exclusivas: Investigação; Informação; Relação causal ou imprecisa; Relação comportamento-ambiente; Regras; *Feedback* positivo; *Feedback* negativo.

(d) *Sistema de categorias para a codificação da interação em psicoterapia* (Schindler *et al.*, 1989)

Schindler *et al.* (1989) elaboraram sete categorias do cliente, mutuamente exclusivas: Auto-revelação; Descrição de problemas; Respostas curtas; Relatos de mudança; Cooperação; Clarificação; Comportamento resistente.

(e) *Categorias de Registro do Comportamento do Cliente* (Zamignani, 2001)

Este sistema contém quatorze categorias do cliente, mutuamente exclusivas: Descreve eventos relacionados à queixa; Descreve eventos diversos; Descreve relações explicativas ou causais; Descreve melhora com relação à queixa; Pergunta sobre eventos relacionados à queixa; Pergunta eventos diversos; Pergunta - pede conselhos; Aprova; Reprova; Expressa dúvida; Verbalizações mínimas; Outras verbalizações; Registro Insuficiente; Engaja-se em comportamento obsessivo-compulsivo.

Os mesmos critérios adotados para a avaliação dos sistemas de categorização para o comportamento verbal vocal do terapeuta foram então utilizados para a avaliação destes sistemas. A avaliação de cada sistema segundo a adequação ou não aos critérios propostos é apresentada a seguir, na Tabela 3.

Tabela 3. Critérios de seleção dos sistemas de categorização do comportamento verbal vocal do cliente.

<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Chamberlain <i>et al.</i> (1988)</b>	<b>Hill <i>et al.</i>, (1992)</b>	<b>Margotto (1998)</b>	<b>Schindler <i>et al.</i> (1989)</b>	<b>Zamignani (2001)</b>
<b>(a) Categorias e definições</b>	X	X	X	X	X
<b>(b) Coerência do conjunto</b>			X	X	X
<b>(c) Treino sistemático</b>	X	X			
<b>(d) Utilização prévia em pesquisas</b>	X	X	X		
<b>(e) Compatibilidade</b>			X	X	X

Quanto ao primeiro critério, Categorias e definições, todos os sistemas analisados apresentaram um conjunto de categorias definidas operacionalmente de forma razoavelmente precisa. Já com relação ao critério de Coerência do conjunto, os sistemas desenvolvidos por Chamberlain e Ray (1988) e Hill *et al.* (1992), continham categorias específicas para o estudo da resistência do cliente, enquanto outras classes de resposta verbal foram condensadas na categoria “não-resistente”, o que impede o seu uso para estudos em outras questões de pesquisa.

A respeito do critério de *Utilização prévia em pesquisas*, os sistemas utilizados em um maior número de pesquisas da área foram os de Chamberlain e Ray (1988) e Hill *et al.* (1992). O sistema de Margotto (1988) foi também adaptado para o uso em vários

estudos nacionais, enquanto os de Schindler *et al.* (1989) e Zamignani (2001) foram utilizados, cada qual, em uma única pesquisa.

Com relação ao último critério, de *Compatibilidade*, as categorias disponíveis para a classificação do comportamento do cliente são, em boa parte, advindas de pesquisa com fundamentação psicodinâmica. Isso talvez explique o grande número de pesquisas voltadas para o estudo de comportamentos do cliente conhecidos sob a denominação de *resistência*. Dos sistemas localizados, dois deles tinham esse caráter (Chamberlain & Ray, 1988; Hill *et al.*, 1992), apresentando algumas incompatibilidades com os pressupostos da análise do comportamento. Os trabalhos de Margotto (1988), Schindler *et al.* (1989) e Zamignani (2001), por sua vez, foram desenvolvidos para o estudo de terapia comportamental e, embora os sistemas de Zamignani (2001) e Margotto (1988) apresentassem algumas categorias específicas aos focos de seus trabalhos, a maioria das categorias que os compunha tinha um caráter generalista.

Quanto ao critério de *Treino sistemático*, estes três trabalhos, entretanto, não apresentam um manual detalhado do sistema nem um método para treinamento sistemático de observadores, embora apresentem definições precisas das categorias e exemplos de trechos de sessão categorizados dentro de cada uma das delas.

Nenhum dos sistemas analisados preencheu, portanto, todos os critérios propostos para a adoção do conjunto de categorias. Em vista disso, a análise seguinte transcorreu de maneira semelhante à do estudo das categorias de comportamentos do terapeuta, já descritas.

#### *1.4. Sistematização de categorias de comportamentos do cliente encontradas na literatura*

Assim como as categorias referentes ao terapeuta, as categorias dos clientes que compõem os cinco sistemas estudados foram analisadas e agrupadas a partir da semelhança de conteúdo, em busca de classes de respostas típicas da interação terapêutica. A Tabela 4, a seguir, apresenta os agrupamentos de categorias segundo suas semelhanças de conteúdo:

Tabela 4. Sistematização das categorias de comportamento do cliente a partir dos sistemas de Chamberlain e Ray (1988), Hill *et al.* (1992), Margotto (1998), Schindler *et al.* (1989) e Zamignani (2001).

<b>4.1. Categorias do cliente referentes a solicitação de informação</b>		
<b>Autor</b>	<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>
<b>Hill <i>et al.</i> (1992)</b>	Pedido apropriado	Uma tentativa de obter clarificação, entendimento, informação ou conselho do terapeuta. Se o cliente age de forma desamparada ou superdependente, codifique como Resistência.
<b>Margotto (1998)</b>	Classe C2 – Investigação	Solicitação de informação ao terapeuta.
<b>Schindler <i>et al.</i> (1989)</b>	Solicita informação	Solicitação ao terapeuta de alguma explicação ou conselho a respeito do problema ou da racional da terapia.
<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente pergunta	Verbalizações nas quais o cliente solicita ao terapeuta que relate ou forneça informações específicas, detalhes ou esclarecimentos a respeito de eventos relatados pelo cliente ou pelo terapeuta, ou ocorridos na sessão. Se uma pergunta é feita como parte de uma explicação, ou como pedido de confirmação de explicação dada pelo cliente, é registrada unicamente a ocorrência da categoria CDESEXP. Há três subcategorias: Cliente pergunta sobre a queixa, Cliente pergunta sobre eventos diversos e Cliente pede conselhos.
<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente pergunta sobre eventos relacionados à queixa	Verbalizações nas quais o cliente faz perguntas cujo tema está relacionado ao comportamento-queixa.

#### 4.1. Categorias do cliente referentes a solicitação de informação

<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente pergunta sobre eventos diversos	Verbalizações nas quais o cliente faz perguntas cujo tema está relacionado a eventos diversos, não relacionados ao comportamento-queixa. São incluídas nessa categoria respostas do cliente ou de terceiros em eventos tais como lazer, familiares, trabalho, estudo, relacionamento afetivo etc., quando estes não estão relacionados ao comportamento-queixa do cliente.
<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente pede conselhos	Verbalizações nas quais o cliente solicita ao terapeuta avaliação, alternativas de resposta ou cursos de ação possíveis, sejam de caráter aberto (respostas passíveis de serem observáveis por um observador que não o próprio cliente) ou encoberto (respostas passíveis de serem observáveis apenas pelo próprio cliente) ou, ainda, sugere ao terapeuta o que este deveria fazer.

#### 4.2. Categorias do cliente referentes a descrição

<b>Autor</b>	<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>
<b>Hill et al. (1992)</b>	Narrativa	Inclui conversa fiada, respostas para perguntas ou informação factual sobre eventos passados; o cliente relata em um estilo de “contador de histórias” (por exemplo: “eu disse..., ele disse..”) em vez de explorar ativamente pensamentos ou sentimentos presentes ou interagir com o terapeuta; o tom de voz tende a ser monótono ou sociável, com um mínimo de envolvimento imediato.
<b>Hill et al. (1992)</b>	Exploração cognitivo-comportamental	Indica que o cliente está de fato envolvido e explorando pensamentos significativos ou comportamentos; o cliente está pensando ativamente nas suas questões, embora ele não tenha todas as respostas; está explorando para entender mais; o tom de voz tende a ter muita energia e ser irregular, com pausas e considerações; discordância ou desafio ao terapeuta são codificados aqui se o cliente está explorando ativamente os seus próprios pensamentos ou comportamentos; esta categoria não é codificada quando um cliente está falando sobre outra pessoa, a menos que se entenda que o comportamento dessa pessoa tem implicações significativas para o cliente.

## 4.2. Categorias do cliente referentes a descrição

<b>Hill et al. (1992)</b>	Exploração afetiva	Declarações que indicam que o cliente está de fato envolvido e explorando sentimentos sobre material significativo do ponto de vista terapêutico; devem ser verbalizadas palavras específicas relativas a sentimentos (por exemplo, “feliz”, “triste”, “ansioso”) ou deve apresentar visivelmente comportamentos não verbais indicativos de sentimentos (por exemplo, suspiros audíveis, punhos apertados, cabeça baixa, choro ou posição de corpo inconstante). Deve acompanhar material afetivo; a voz do cliente deve soar como se sentimentos estivessem sendo experimentados no presente momento; discussões a respeito de sentimentos passados são codificadas como Narrar, a menos que o cliente esteja reexperimentando os sentimentos no momento presente; discordância ou desafio ao terapeuta são codificados aqui se o cliente está ativamente explorando os seus sentimentos.
<b>Margotto (1998)</b>	Informação	Cliente informa o terapeuta sobre eventos. Inclui verbalizações em que o cliente inicia descrição de eventos e verbalizações em que o cliente informa a partir de solicitações do terapeuta.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Descrição de problemas	Indica condições na vida do cliente com as quais ele está sofrendo e tentando lidar.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Situação de vida	Descrições do cliente que oferecem um panorama breve sobre sua situação de vida.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Expressão de sentimentos positivos	Expressão de aspectos emocionais positivos de eventos ou experiências, diretamente, nomeando-os. Por exemplo, “Eu fiquei muito orgulhoso quando eu dei conta de fazer aquilo”.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Expressão de sentimentos negativos	Expressão de aspectos emocionais negativos de eventos ou experiências, diretamente, nomeando-os. Essa categoria geralmente ocorre conjuntamente com a descrição de problemas. Por exemplo, “Eu estava quase em pânico naquela situação”.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Respostas curtas	Sentenças curtas que, em sua maioria, representam respostas a questões do terapeuta.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Refere-se à relação terapêutica	Fala sobre o terapeuta ou sobre a relação entre o cliente e o terapeuta.

#### 4.2. Categorias do cliente referentes a descrição

<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente Descreve	Verbalizações nas quais o cliente relata ou informa ao terapeuta a ocorrência de eventos, ou aspectos relativos a eventos, estabelecendo ou não relações causais ou funcionais entre eles, com ou sem a solicitação do terapeuta. Como no caso do terapeuta, essa categoria é subdividida em quatro subcategorias: Cliente descreve queixa, Cliente descreve eventos diversos, Cliente explica e Cliente descreve melhora.
<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente queixa-se ou descreve eventos relacionados à queixa	Verbalizações nas quais o cliente descreve eventos relacionados ao comportamento-queixa.
<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente descreve eventos diversos	Verbalizações nas quais o cliente descreve eventos diversos não relacionados ao comportamento-queixa ou aspectos relativos à relação terapêutica, sem estabelecer relações funcionais ou explicativas. São incluídas respostas do cliente ou de terceiros em eventos tais como lazer, familiares, trabalho, estudo, relacionamento afetivo etc., quando estes não estão relacionados ao comportamento-queixa.

#### 4.3. Categorias do cliente referentes a explicações, relações ou *insight*

Autor	Categoria	Definição
<b>Hill et al. (1992)</b>	Insight	Expressão de uma compreensão de algo sobre si mesmo e consegue articular padrões ou razões para comportamentos, pensamentos, ou sentimentos. <i>Insight</i> normalmente envolve uma experiência do tipo “aha”, na qual o cliente percebe a si mesmo ou ao mundo de um modo novo; o cliente assume a responsabilidade apropriada em lugar de culpar os outros, usando imposições do tipo “ele (a) deveria”, ou racionalizando (note que este último comportamento seria codificado como Resistência).
<b>Margotto (1998)</b>	Relação causal ou imprecisa	Estabelecimento de relações causais entre eventos, atribuição de causalidade a eventos internos ou estabelecimento de relações imprecisas entre eventos.
<b>Margotto (1998)</b>	Relação comportamento-ambiente	Estabelecimento de relações funcionais entre seu próprio comportamento e variáveis ambientais e também do comportamento de familiares.
<b>Margotto (1998)</b>	Regras	Cliente enuncia regras ao terapeuta.



<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente descreve relações explicativas ou "causais"	Verbalizações nas quais o cliente descreve ou deixa implícito, fazendo ou não uso de metáforas ou analogias, (1) relações explicativas ou causais - relações do tipo "se... então"; (2) relações de contigüidade - relações temporais entre eventos sem explicitar caráter causal; (3) sínteses ou conclusões formuladas a partir de eventos relatados pelo cliente ou observados pelo terapeuta, independentemente da concordância do terapeuta. Estas relações podem dizer respeito a eventos privados, respostas públicas, eventos ambientais, eventos comportamentais - públicos ou privados e podem incluir o comportamento do cliente, do terapeuta ou de terceiros.
-------------------------	---	--

#### 4.4. Categorias do cliente referentes a melhora ou progresso terapêutico

<b>Autor</b>	<b>Categoria</b>	<b>Definição</b>
<b>Hill et al. (1992)</b>	Mudanças terapêuticas	Expressão de mudanças em comportamentos, pensamentos e sentimentos em áreas significativas do ponto de vista terapêutico; mudanças podem incluir ganhos em metas importantes ou positivas, diminuição de problemas ou indicações de planos ou decisões orientados para a ação. Se o cliente informa mudanças, mas nenhuma mudança é aparente aos juízes, codificar como Resistência.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Tentativa de autocontrole	Descrição de medidas que o cliente tomou por conta própria para mudar certos comportamentos ou situações.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Relatos de sucesso	Descrição de mudanças em eventos.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	<i>Insight</i>	Encontro de novas combinações que podem ser a causa dos problemas do cliente.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Formulação de metas	Descrição dos comportamentos, estados ou situações que o cliente gostaria de atingir com a ajuda do terapeuta.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Expressão de confiança	Demonstração de esperança e motivação para atingir as metas da terapia.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Propostas para mudança	Contribuição com planos para mudar sua estratégia de ação por conta própria.

#### 4.4. Categorias do cliente referentes a melhora ou progresso terapêutico

<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente descreve melhora	Verbalizações nas quais o cliente relata melhoras com relação à queixa clínica, a problemas médicos, a comportamentos relacionados à queixa ou a comportamentos considerados, pelo cliente ou pelo terapeuta, como indesejáveis ou inadequados (independentemente da concordância de ambos quanto à queixa).
-------------------------	--------------------------	--

#### 4.5. Categorias do cliente referentes a verbalizações mínimas

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	Facilitativo	Expressões curtas, indicando atenção ou concordância.
<b>Zamignani (2001)</b>	Verbalizações mínimas	Verbalizações mínimas do cliente do tipo "hum hum", "sei" etc.

#### 4.6. Categorias do cliente referentes a aprovação e/ou *feedback* positivo

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	12. Não resistência	Componentes básicos: (1) todas as respostas de uma natureza não resistente feitas pelo cliente. Podem ser declarações solicitadas ou não e (2) inclui acenos ou balanços de cabeça em resposta a uma pergunta do terapeuta.
<b>Hill et al. (1992)</b>	Concordância	Indicação de compreensão ou aprovação daquilo que o terapeuta disse, sem acréscimos substanciais à declaração do terapeuta. Deve ser mais que uma resposta simples de manter a conversação (por exemplo, "um-hmm" ou "sim").
<b>Margotto (1998)</b>	<i>Feedback</i> positivo	Cliente fornece <i>feedback</i> positivo ao terapeuta, por meio de verbalizações como: "isso é verdade mesmo"; "Você tem razão nisso aí".

<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente dá <i>Feedback</i> , cliente aprova	Verbalizações nas quais o cliente expressa julgamento sobre verbalizações do terapeuta e/ou indica compreensão ou interesse para a continuidade do assunto. Há quatro subcategorias: Cliente aprova; Cliente expressa dúvida; Cliente reprova e Verbalizações mínimas. Verbalizações nas quais o cliente expressa julgamento ou avaliação favorável a respeito de sugestões, análises ou afirmações emitidas pelo terapeuta, sejam estas imediatamente antecedentes ou não ou, ainda, verbalizações em forma de exclamação ou risos, que indicam interesse no assunto relatado. Quando aprovação é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da aprovação, é registrada unicamente a ocorrência da categoria CFBAPR.
-------------------------	---	--

#### 4.7. Categorias do cliente referentes a Reprovação, Confronto, Desafio, Reclamação, Discordância

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	25. Confronto, desafio, reclamação, discordância	O conteúdo das verbalizações do cliente indica descontentamento com a terapia e/ou terapeuta e/ou discordância com o terapeuta. Essas afirmações podem ser ou não solicitadas. Também é codificado se o cliente não concorda com uma sessão diretiva do terapeuta. Componentes básicos: (1) comentários que indicam que o cliente pensa que o terapeuta não sabe o que ele está fazendo e/ou pensa que o terapeuta não pode ajudar o cliente, ou que está colocando o terapeuta no seu lugar; (2) queixa sobre o terapeuta, o tratamento etc.; (3) discordâncias com afirmações ou sugestões do terapeuta. Nota: simples correção de fatos não é codificada como discordância. Discordância inclui também verbalizações do tipo “Sim, mas..”; (4) categoria de código 25 não inclui reclamações e observações negativas sobre outros assuntos, pessoas etc. dentro ou fora da sessão de terapia. Estas declarações entram em outras categorias; (5) código 25 inclui todas as declarações que explicam o porquê do cliente discordar do terapeuta e (6) código 25 também é codificado para comportamentos não verbais de não-seguimento. Estes comportamentos devem acontecer em seguida a uma diretiva do terapeuta.

#### 4.7. Categorias do cliente referentes a Reprovação, Confronto, Desafio, Reclamação, Discordância

<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	35. Desesperança do, culpado, reclamando (eu não posso...) Duas subcategorias : (a) Desesperança e (b) Culpa e reclamação.	Esta categoria deve ser pensada como comentários da natureza de “eu não posso”, “eu não consigo”. Por exemplo, “eu não posso porque eu não tenho isto em mim” ou “eu não posso porque ele não me deixará”. Há dois componentes básicos: (a) Desesperança e (b) Culpa e reclamação.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	35(a) Desesperança	(1) Declarações que indicam uma inabilidade do cliente para mudar. Inclui declarações prolongadas, repetitivas, derrotistas ou negativas sobre doença física e desespero, afirmações se culpando; (2) estas declarações podem ser solicitadas ou não. Porém, para codificar nessa categoria uma resposta do cliente que foi solicitada ou questionada, codifica-se a primeira declaração feita pelo cliente como um código de não resistência (12) e então, se o cliente continua a se manifestar de uma forma desesperançosa, codifica-se 35. A chave aqui é que a resposta a uma pergunta deve ser prolongada para ser codificada 35. Assim, deve-se prestar atenção para quando a resposta do cliente for, a princípio, não resistente (12), mas ainda assim desesperançosa (35); (3) incluem declarações extremas de uma natureza violenta ou pejorativa.

#### 4.7. Categorias do cliente referentes a Reprovação, Confronto, Desafio, Reclamação, Discordância

<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	35(b). Culpa/reclamação	(1) Declarações de culpa são declarações que culpam outros pelo presente, passado e por dificuldades antecipadas. Culpa é codificada quando referir-se a pessoas dentro ou fora da sessão de terapia (outro familiar, sócios, professores, vizinhos, polícia etc.). Tagarelar sobre as pessoas, presentes ou não durante a sessão, é codificado 35. Culpa inclui afirmações que parecem atacar o familiar, mas que são dirigidas para o terapeuta; (2) declarações de reclamação são afirmações que atribuem a fonte dos problemas a outra pessoa, ou qualquer outra coisa, sem culpá-las explicitamente; (3) declarações que estão culpando ou reclamando podem ser solicitadas ou não. Porém, se a declaração é solicitada pelo terapeuta, deve primeiramente ser codificada como não resistência (12), se ele responder a pergunta. O código pode ser culpa e reclamação (35) se o cliente der explicação prolongada de uma maneira que esteja culpando ou reclamando.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	36. Defesa de outro ou autodefesa	Defesa, justificativa, desculpas, perdão ao outro ou a si mesmo, a pessoa estando presente ou não. Estas declarações podem ser solicitadas ou não pelo terapeuta. Componentes básicos: (1) desculpas plausíveis ou improváveis dadas ao terapeuta sobre o comportamento de outra pessoa; (2) minimização dos efeitos do comportamento negativo de outra pessoa ou (3) negação - uma declaração feita em defesa de si mesmo.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	Interrupção/falar ao mesmo tempo	Codificado apenas quando o cliente está obviamente interrompendo a fala do terapeuta ou falando “por cima” da fala do terapeuta.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	Atitude negativa	Respostas indicando indisponibilidade/inabilidade para cooperar com as sugestões do terapeuta (por exemplo, culpando outros, afirmando desesperança, derrota ou discordância).
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	Desafio/confronto	Respostas desafiando a qualificação ou a experiência do terapeuta; respostas que indicam que o terapeuta não sabe o que está fazendo.

#### 4.7. Categorias do cliente referentes a Reprovação, Confronto, Desafio, Reclamação, Discordância

<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	45. Agenda própria e desvio. Duas subcategorias : (a) Agenda própria e (b) Desvio	Cliente expõe novos tópicos/preocupações para evitar a discussão ou para bloquear a questão que o terapeuta está levantando.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	07 - Conflito inter-familiar (Quem ataca quem...)	Componentes básicos: (1) conflitos inter-familiares, representados por um iniciador que ataca uma vítima; (2) comentários negativos críticos ou reclamações, não solicitados, feitos por um membro da família para outro; (3) discordâncias entre membros da família, descontando (contra-atacando) verbalizações de outro membro da família; (4) quando os membros estão interagindo e o terapeuta está interagindo com um membro diferente da família, as interações de terapeuta levam precedência sobre o conflito ou disputa inter-familiar; (5) ruídos repugnantes não verbais dirigidos a outras pessoas presentes, membros da família ou terapeuta e (7) interações físicas negativas entre clientes; i.e., batidas, chutes etc.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	45(a) Agenda própria	(1) Uma vez que é válido para o cliente explorar outras áreas de preocupação, tais respostas deverão ser categorizadas como resistentes se indicarem que o cliente está evitando o assunto corrente, trazendo para a sessão seu próprio tópico em mente ou não atendendo ao terapeuta e levantando um novo tópico. (2) (a) Quando o cliente começa a falar partindo de sua própria agenda, deve ser codificado 45 até que o terapeuta faça alguma coisa, que não uma resposta de facilitação; (b) quando o terapeuta responde ao tópico do cliente com uma questão ou uma afirmação, categoriza-se o cliente na categoria apropriada ou 12 (Não-resistente); (c) quando o cliente responde em 45 (Agenda própria) e ele diz algo mais que se encaixa em outra categoria de resistência, codifique a outra categoria de resistência e, então, volte a codificar em 45 se apropriado; (d) se outra pessoa (que não o terapeuta) se engaja no tópico proposto pelo cliente em agenda própria, esta pessoa deve ser também categorizada em 45 (Agenda própria)

#### 4.7. Categorias do cliente referentes a Reprovação, Confronto, Desafio, Reclamação, Discordância

<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	45(b) Desvio	Uma resposta do cliente completamente fora do tópico da discussão.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	46. Responder por	Componentes básicos: (1) responder uma pergunta direta do terapeuta em lugar de outro cliente, mesmo quando o conteúdo da resposta contenha outro código de resistência; (2) responder uma pergunta quando não dirigida a ele/ela. Exemplo: o terapeuta pergunta para a criança mais velha quanto ela gostou da parada no sábado, e a criança mais jovem responde o quanto ele gostou da parada.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	55. Não Responder	Componentes básicos: (1) informação retida, não respondendo a uma pergunta durante dois segundos ou mais; (2) não responde, ou evita responder uma pergunta direta. Em resposta a uma pergunta direta, o cliente é evasivo, não diretivo ou deixa uma declaração em aberto.
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	56. Desqualificação	Componentes básicos: (1) Contradizer uma declaração anterior feita pelo cliente. Não inclui uma correção imediata e/ ou trivial de fatos; (2) declarações extremas, falando sobre morte ou poderes sobrenaturais.
<b>Hill et al. (1992)</b>	Resistência	Inclui reclamar ou queixar-se de outros inapropriadamente, defesas (por exemplo, projeção, dissociação, intelectualização, evitação, negação), desvios de assunto (mudando o tópico), e pedidos impróprios (refletindo desamparo excessivo ou dependência). O comportamento resistente tende a bloquear o progresso do trabalho de ajuda e é freqüentemente usado por clientes para sugerir que eles não podem mudar ou para se proteger de um terapeuta percebido por eles como abusivo ou hostil. O tom de voz do cliente é freqüentemente defensivo, cheio de queixumes, derrotista, abusivo, ou hostil.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Evitação/recusa	Não querer falar a respeito de certas questões de vida ou se recusar a se engajar em algum exercício.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Crítica/provação	Expressão de descontentamento com o terapeuta, seu comportamento ou certas questões da terapia.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Resignação	O cliente tem dúvidas se tal mudança é possível ou se está pronto para deixar a terapia.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Silêncio	Uma pausa de mais que cinco segundos é contada nessa categoria, tanto para o terapeuta quanto para o cliente.

#### 4.7. Categorias do cliente referentes a Reprovação, Confronto, Desafio, Reclamação, Discordância

<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente dá <i>Feedback</i> ; cliente expressa dúvida	Verbalizações nas quais o cliente expressa dúvida quanto à concordância, ao seu julgamento ou à avaliação a respeito de sugestões, análises, ou afirmações emitidas pelo terapeuta. Exemplos: “Será?”; “Não sei não...”.
<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente reprova	Verbalizações nas quais o cliente expressa discordância, ou julgamento, ou avaliação desfavorável a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta. Quando reprovação é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da reprovação, é registrada unicamente a ocorrência da categoria CFBREP. Por exemplo: “Não, não é nada!”

#### 4.8. Categorias remanescentes

Autor	Categoria	Definição
<b>Chamberlain e Ray (1988)</b>	Ininteligível	Pode ser codificado ininteligível, quando mesmo após a terceira tentativa não é possível decifrar o que foi dito.
<b>Schindler et al. (1989)</b>	Categoria remanescente	Respostas verbais que não possam ser classificadas em nenhuma outra das categorias descritas anteriormente.
<b>Zamignani (2001)</b>	Outras verbalizações do cliente	Verbalizações do cliente não classificadas nas categorias anteriores. São incluídas falas a respeito de acerto de horário e local para a realização da sessão. Da mesma forma, quando há uma terceira pessoa envolvida na sessão, falas dirigidas exclusivamente a esta terceira pessoa, ou nas quais havia dúvida sobre a quem as verbalizações se dirigem (se apenas ao terapeuta, se apenas ao terceiro ou ambos) foram categorizadas como Outras Verbalizações.
<b>Zamignani (2001)</b>	Registro insuficiente de falas do cliente	Verbalizações do cliente cujo conteúdo é ininteligível devido a problemas na transcrição ou outros.
<b>Zamignani (2001)</b>	Cliente se engaja em comportamento obsessivo-compulsivo	Verbalizações da cliente que indicam o engajamento em algum tipo de comportamento obsessivo-compulsivo, ou demora excessiva em algum tipo de tarefa (caracterizando lentidão obsessiva primária).



Pode-se notar, nas Tabelas 2 e 4, que os diferentes sistemas de categorização apresentam várias categorias similares, o que permitiu o seu agrupamento. As categorias de cada um dos agrupamentos contemplam eventos bastante semelhantes, mas com diferentes denominações e ênfases em diferentes aspectos dos fenômenos de interesse.

Em linhas gerais, cada agrupamento pôde conter categorias diversas, algumas com definições de caráter mais topográfico, outras com descrições gramaticais, outras ainda com destaque para a funcionalidade da verbalização e outras que especificam temas. Por exemplo, o agrupamento de categorias referentes a solicitação de informações contém Terapeuta pergunta, de Zamignani (2001) e Pergunta, de Stiles (1992), que enfatizam a forma gramatical; Perguntas fechadas e Perguntas Abertas, de Hill (1978), com ênfase na forma de elaboração da pergunta pelo terapeuta; Busca de informação, de Schindler *et al.* (1989) e Investigação, de Margotto (1998), de caráter funcional e Lidar com emoções, de Schindler *et al.* (1989), especificando o tema ao qual a solicitação do terapeuta se refere. As diferentes ênfases podem ser encontradas em todos os grupos de categorias e refletem, provavelmente, diferenças na pergunta de pesquisa ou mesmo na finalidade para a qual cada instrumento foi desenvolvido.

Cabe, neste momento, a retomada de alguns dos critérios apresentados no início do presente estudo:

*Categorias - definição clara; construídas a partir de eventos diretamente observáveis; rótulos consistentes com a definição; compatíveis com o referencial analítico-comportamental:* entre os conjuntos de categorias localizados para as diferentes dimensões de interesse, são muitas as formas de definição adotadas pelos autores. Alguns deles, tais como o de Ford (1978), apresentam grande número de categorias, cuja definição é pouco detalhada. Neste caso, há risco de que os observadores ao utilizarem o sistema, estabeleçam critérios idiossincráticos para os

elementos que não foram contemplados na descrição das categorias de interesse. Outros sistemas de categorização oferecem definições bastante detalhadas e precisas – é o caso, por exemplo, do sistema de categorização de comportamento de Chamberlain e Ray (1988). Esta opção de definição, embora implique em maior dificuldade e demora em sua apreensão pelos observadores, especifica detalhadamente os critérios e exemplos para os diferentes aspectos envolvidos na categorização de cada unidade proposta. Vale ainda destacar, em tal sistema, a forma de apresentação dos elementos que compõem cada categoria, com cada um dos subitens identificado por meio de um rótulo que compreende o essencial desse subitem. Esta estratégia é interessante, seja por seu caráter de fácil memorização, seja porque ela favorece que, pesquisadores interessados em fazer um estudo mais aprofundado de uma ou mais das categorias, possam derivar subcategorias ou categorias de análise a partir destes subitens.

O grau de inferência exigido em cada sistema de categorização é também bastante variado em todas as dimensões estudadas. Podem-se localizar desde categorizações que são essencialmente inferenciais (por exemplo, a categoria Mudanças terapêuticas de Hill, 1992), passando por sistemas que exigem certo grau de inferência, mas que consideram também aspectos observáveis da interação (por ex. Zamignani, 2001 e Chamberlain & Ray, 1988), até categorias que são preferencialmente topográficas (é o caso da categoria Perguntas abertas, de Hill, 1978). Pode-se notar também que muitos dos sistemas (senão todos) de outras abordagens (por exemplo, Chamberlain & Ray, 1988, Fiorini, 1995, Hill, 1978) apresentam em seu conjunto de categorias muitos elementos que podem ser identificados dentro de um referencial analítico-comportamental. A análise destes elementos pode contribuir para a elaboração de categorias sob a perspectiva da análise do comportamento.

*Coerência interna do sistema:* É possível notar que alguns dos sistemas analisados apresentam diferentes dimensões ou níveis de especificidade (por ex. Hill, 1978) em suas categorias, ou ainda eventos estritamente topográficos e eventos inferenciais em um mesmo nível de categorização (por ex. Ford, 1978). Entretanto, a maioria dos sistemas analisados mantém boa coerência entre as categorias.

Quanto à padronização do treino, esta foi a maior dificuldade encontrada em boa parte da literatura pesquisada que, ou não apresentava um manual ou treino padronizado, ou não foi possível ter acesso a este material.

Levando em consideração todas as exigências para o desenvolvimento de um sistema de categorização, apontadas na introdução do presente trabalho, foi possível selecionar diferentes aspectos de cada um dos sistemas estudados para a construção de um novo sistema. O Estudo 2 apresenta uma proposta de categorização multidimensional de comportamentos que leva em consideração os elementos destacados nos estudos previamente desenvolvidos para o estudo da interação terapêutica.

## **Estudo 2. Desenvolvimento e avaliação de concordância de um Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica.**

A meta do presente estudo foi o desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos, o que incluiu a construção, de um manual e de um treino sistemático para categorização, a partir do qual foi conduzido um estudo de concordância entre juízes. O estudo visou também analisar algumas evidências de validade do instrumento.

### **Método**

#### *Participantes*

Foram participantes dessa pesquisa:

(a) Uma díade terapeuta-cliente para a gravação de sessões de atendimento, composta de:

Um terapeuta analítico-comportamental do sexo masculino, com vinte e cinco anos de experiência clínica;

Uma cliente de 32 anos, grávida, com queixa relacionada a problemas matrimoniais, sem diagnóstico psiquiátrico prévio.

(b) Três juízes para o cálculo de concordância entre observadores. As juízas são graduadas em psicologia, com formação clínica em análise do comportamento, experiência como terapeuta analítico-comportamental há pelo menos dois anos e participantes de atividades do grupo de pesquisa sob coordenação da orientadora deste trabalho.

(c) Cinco pessoas selecionadas para a gravação de episódios fictícios de sessão terapêutica para o treino de observadores. Dessas cinco, três são atoras profissionais, duas delas psicólogas formadas e mestres em análise do comportamento e uma é estudante de psicologia. As outras duas são psicólogos clínicos, sem formação como ator.

#### *Aspectos éticos*

Tanto a cliente quanto o terapeuta assinaram um termo de consentimento no qual autorizaram a utilização dos dados para a pesquisa, conforme consta no Anexo 1.

Os juízes também assinaram um termo de responsabilidade no qual garantem o sigilo das informações às quais tiveram acesso, conforme consta no Anexo 2.

#### *Material e equipamento*

Para este estudo, foram utilizados os seguintes materiais e equipamentos:

- (1) Duas filmadoras digitais da Marca Sony;
- (2) Um Kit Observer Video-Pro Complete, Set-up, Noldus Information Technologies. Trata-se de um sistema informatizado para Análise Comportamental, composto pelo *Video-pro Software*, um *decoder MPEG2 High Quality Encoder* e um computador DELL. MM01 Dell PC com monitor 17;
- (3) Softwares *Microsoft Word e Excel*;
- (4) Software *Clic®*, para a elaboração de atividades de ensino programado. Trata-se de um software de uso livre, desenvolvido pelo Departamento de Educación da Generalitat de Catalunya, disponível no endereço <http://clic.xtec.net/>;
- (5) Um *mixer*, fornecido pela empresa *Noldus Technology®*;

(6) Dezesete sessões de terapia, registradas por meio de gravação em vídeo (a coleta de dados foi interrompida na sessão 17 devido ao final da gravidez da cliente) e

(7) Transcrições de sessões terapêuticas utilizadas em estudos previamente conduzidos pelo pesquisador em outras instituições e por outros pesquisadores do Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo.

#### *Procedimento de coleta de dados*

Os dados referentes às sessões filmadas foram coletados no consultório particular do participante terapeuta. As sessões foram registradas em áudio e vídeo, por meio de duas filmadoras, uma delas posicionada em direção ao terapeuta e outra em direção à cliente. Um esquema representando o ambiente de coleta encontra-se na Figura 1. As câmeras foram posicionadas de modo a captar a imagem de corpo inteiro do terapeuta e da cliente, para possibilitar o registro de todos os Eixos de categorização e Qualificadores.

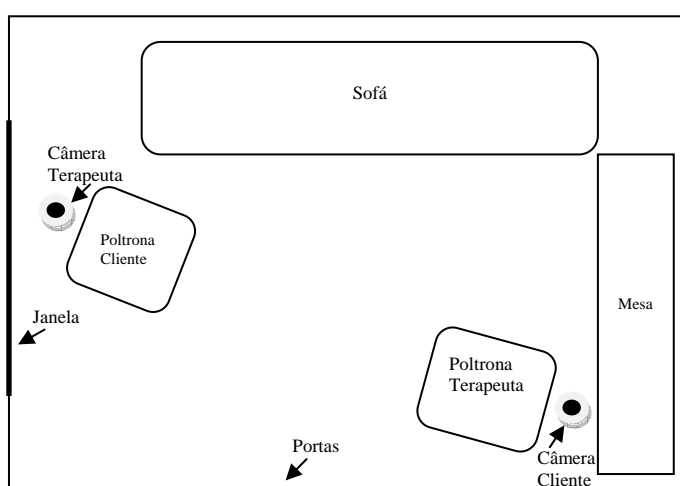


Figura 1. Esquema representativo do ambiente de coleta de dados, com a identificação do posicionamento das câmeras.

Uma vez registrados os dados de terapeuta e cliente separadamente, foi necessária a mixagem das imagens, posicionando lado a lado os dois participantes, para inserção no software *The Observer*®. Para isso, foi utilizado o *mixer* fornecido pela empresa *Noldus Technology*.

#### *Procedimento para elaboração do sistema de categorias*

O desenvolvimento de um *Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica* se deu a partir da análise das categorias e definições que compõem os instrumentos e catálogos de comportamentos analisados no Estudo 1 deste trabalho. Foram também consultados textos de revisão bibliográfica sobre interação terapêutica (por exemplo, Meyer & Vermes, 2001) e textos para a formação de terapeutas (por exemplo, Fiorini, 1995). Além da leitura dessas publicações, foram também estudadas transcrições de sessões de terapia analítico-comportamental que haviam sido utilizadas em trabalhos prévios.

As categorias e definições presentes nos diferentes sistemas de categorização para cada dimensão do comportamento foram analisadas, juntamente com os eventos identificados nas transcrições de sessões, e organizados de forma a destacar comportamentos típicos da interação em terapia analítico-comportamental. Uma primeira versão de um Sistema de Categorias foi elaborada, composta pelos seguintes conjuntos de categorias: Eixo I - Categorias referentes ao comportamento verbal vocal do terapeuta e do cliente – com o Qualificador Propriedades dinâmicas das respostas verbais vocais; Eixo II - Conteúdo – com os modificadores Enfoque no tempo e Condução do tema; Eixo III - Postura corporal e gestual e Eixo IV - Expressão facial e contato ocular.

A partir do desenvolvimento deste sistema preliminar, foram realizadas tentativas de aplicação de suas categorias a sessões de terapia, bem como testes de concordância entre observadores, realizando-se ajustes no sistema até chegar a uma versão definitiva do instrumento, seguindo as etapas as seguir.

(1) *Registro de sessões terapêuticas por meio do sistema preliminar de categorização*

Uma vez que houve problemas na coleta dos dados da primeira sessão (foi registrado o comportamento do terapeuta apenas), o registro em vídeo da segunda sessão do conjunto de dados (denominada sessão *piloto*) foi observado e uma primeira aplicação das categorias foi efetuada por meio do software *The Observer*.

A partir da categorização dessa sessão *piloto*, as dificuldades e questões decorrentes foram consideradas e as categorias e estratégias para categorização revistas.

Efetuada estas alterações, novas sessões foram observadas e categorizadas (sessões 2, 3, 10). Revisões em cada um dos eixos propostos foram realizadas, sucessivamente, até que as categorias criadas fossem consideradas pela equipe de pesquisa suficientemente abrangentes e precisas.

A partir desse momento do processo de elaboração do sistema, decidiu-se priorizar o aperfeiçoamento do eixo de categorização verbal vocal, com seus respectivos qualificadores. Os eixos referentes às outras dimensões do comportamento dos participantes foram desenvolvidos e constam do presente trabalho, embora não tenham sido testados e avaliados com relação à concordância.

(2) *Estudos de concordância entre observadores.*

Tendo sido categorizadas algumas sessões e o sistema revisto, foram conduzidos estudos de concordância entre observadores para o Eixo I: *Respostas*



*verbais vocais* e *Gestos comunicativos* e qualificadores. Uma sessão selecionada (sessão 3) foi categorizada pelo pesquisador e por mais dois observadores independentes. Esses observadores haviam participado de todo o processo de elaboração das categorias e tiveram acesso ao material escrito com as definições do sistema de categorias, mas não ocorreu um treino formal para uso do sistema. Nesse momento, o método utilizado para a obtenção de concordância entre observadores foi baseado na seqüência e duração dos episódios (selecionado no software *The Observer* como *duration/sequence based* – baseado na duração/seqüência). Este método identifica as intersecções de tempo nas quais ambos os observadores utilizaram a mesma categoria, independentemente do instante de início do episódio categorizado.

O cálculo de concordância foi feito por meio da comparação entre a categorização de pares de observadores (sempre o pesquisador e cada um dos observadores). A fórmula utilizada pelo software *The Observer* para o cálculo de concordância foi o percentual de concordância, representada da seguinte forma:

$$\% \text{concordância} = \left[ \frac{\text{\#tempo de eventos concordantes}}{(\text{\#tempo concordantes} + \text{\#tempo discordantes})} \right] \times 100$$

As primeiras tentativas de categorização resultaram em um percentual de concordância entre observadores entre 30 e 40%, tanto para as categorias principais, quanto para os qualificadores, do comportamento de ambos os participantes (terapeuta e cliente) e com relação a ambos os pares de observadores. Em função disso, a estrutura do sistema de categorias foi revista, novas especificações foram acrescentadas nas definições das categorias, critérios de inclusão e exclusão foram aperfeiçoados, definições mais precisas das unidades de análise foram elaboradas e especificações referentes à inserção dos dados no software *The Observer* foram elaboradas.

A partir das reformulações, novo processo de categorização e análise de concordância entre observadores foi desenvolvido (dessa vez apenas entre o pesquisador e um observador – denominado Observador 1). Durante este período de refinamento do sistema, uma única sessão terapêutica<sup>1</sup> (sessão 11) foi categorizada repetidamente pelos dois observadores e o refinamento do sistema ocorreu sucessivamente, até que foi obtido um percentual de concordância considerado satisfatório. Na ocasião, foi utilizado como índices de concordância, além do percentual apontado anteriormente, o coeficiente Kappa (calculado a partir do software *The Observer*), que é sugerido pela literatura como um indicador mais confiável de concordância. Esse coeficiente considera como satisfatório um índice próximo ou superior a 0,60. O método para a obtenção do índice foi baseado novamente na seqüência e duração dos episódios. Os índices de concordância obtidos na sessão 11 encontram-se na Tabela 5 a seguir:

O coeficiente Kappa de concordância entre observadores foi satisfatório para todos os itens de categorização da sessão 11, com exceção do tom emocional do cliente. Em função disso, foi realizado novo ajuste nas definições referentes a esse Qualificador e em alguns critérios para categorização.

---

<sup>1</sup> A escolha desta sessão se deu pela ocorrência de maior variabilidade de episódios de interação, quando comparada a outras sessões do conjunto de dados.

Tabela 5. Valores obtidos no cálculo de concordância entre o pesquisador e o Observador 1, referentes às categorias verbais e qualificadores, na sessão 11.

Sessao11: Dados referentes ao Comportamento verbal vocal		
	Terapeuta	Cliente
<b>Medida</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor</b>
Duração de concordâncias	2907,64	2450,98
Duração de discordâncias	204,16	660,82
Percentual de concordância	93,44	78,76
Índice de concordância	0,93	0,79
Coeficiente Kappa	0,79	0,67
Sessao11: Dados referentes ao Qualificador tom emocional		
	Terapeuta	Cliente
<b>Medida</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor</b>
Duração de concordâncias	2738,79	2106,00
Duração de discordâncias	371,11	1005,80
Percentual de concordância	88,07	67,68
Índice de concordância	0,88	0,68
Coeficiente Kappa	0,68	0,47
Sessao11: Dados referentes ao Qualificador gestos ilustrativos		
	Terapeuta	Cliente
<b>Medida</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor</b>
Duração de concordâncias	2934,69	2743,91
Duração de discordâncias	175,21	367,89
Percentual de concordância	94,37	88,18
Índice de concordância	0,94	0,88
Coeficiente Kappa	0,82	0,64

Verificou-se então a consistência da concordância entre o pesquisador e o mesmo Observador 1, utilizando o mesmo método de cálculo de concordância, em outra sessão que ainda não havia sido categorizada por ambos (a sessão 17). Novamente, para esta etapa, não ocorreu treino formal, embora o observador em questão tenha participado de todo o processo anteriormente descrito, inclusive das decisões sobre aperfeiçoamentos na definição e delimitação de critérios. Os resultados no teste de concordância da sessão 17 encontram-se na Tabela 6 a seguir:

Tabela 6. Valores obtidos no cálculo de concordância entre o pesquisador e o Observador 1 referente às categorias verbais e qualificadores, na sessão 17.

Sessao17: Dados referentes ao Comportamento verbal vocal		
	Terapeuta	Cliente
<b>Medida</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor</b>
Duração de concordâncias	2697,79	2223,53
Duração de discordâncias	343,97	818,23
Percentual de concordância	88,69	73,10
Índice de concordância	0,89	0,73
Coefficiente <i>Kappa</i>	0,67	0,60
Sessao17: Dados referentes ao Qualificador Tom Emocional		
	Terapeuta	Cliente
<b>Medida</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor</b>
Duração de concordâncias	2451,44	1557,47
Duração de discordâncias	587,25	1484,29
Percentual de concordância	80,67	51,20
Índice de concordância	0,81	0,51
Coefficiente <i>Kappa</i>	0,52	0,23
Sessao17: Dados referentes ao Qualificador Gestos Ilustrativos		
	Terapeuta	Cliente
<b>Medida</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor</b>
Duração de concordâncias	2836,32	2900,04
Duração de discordâncias	202,37	141,72
Percentual de concordância	93,34	95,34
Índice de concordância	0,93	0,95
Coefficiente <i>Kappa</i>	0,79	0,82

Os índices de concordância com relação ao *tom emocional* foram novamente insatisfatórios, quando considerado o índice Kappa. Estes dados indicaram problemas na definição destes qualificadores, o que levou a uma última reformulação em sua definição.

### (3) Revisões a partir do uso do sistema em trabalhos de graduação e pós-graduação

Paralelamente ao processo descrito no tópico anterior, o sistema preliminar de categorias proposto no presente projeto de pesquisa foi utilizado em estudos desenvolvidos por alunos de graduação e pós-graduação.

Na Universidade São Judas Tadeu, nos anos de 2005 e 2006, seis estudos de sessões de psicoterapia, utilizando como instrumento a versão preliminar do sistema de categorias para as *Respostas Verbais Vocais* do terapeuta, foram conduzidos como trabalhos de conclusão de curso na Faculdade de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu, sob orientação do Prof. Dr. André Luis Jonas. Baldivia e Souza (2005), Carvalho e Henrique (2005) e Lima e Lopes (2006) estudaram correlações entre a ocorrência das categorias do terapeuta e do cliente e o questionário de avaliação de sessões de Stiles (1980), traduzido por Delitti (2002). No estudo de Araldi e Martins, (2005) foi comparada a frequência de ocorrência de cada categoria do terapeuta e do cliente entre terapeutas formandos e recém formados. Barros e Bistocchi (2006) e Rubba e Leite (2006) estudaram relações funcionais entre verbalizações do cliente e do terapeuta em um conjunto de sessões de terapia analítico-comportamental conduzidas por alunos de quinto ano psicologia. Ao longo do desenvolvimento destes estudos, o pesquisador do presente trabalho acompanhou o processo de treinamento dos alunos pesquisadores e os resultados da pesquisa. Os dados referentes à concordância entre observadores para cada categoria estudada, bem como informações referentes às dúvidas e dificuldades encontradas pelos pesquisadores envolvidos nestes estudos, foram utilizados para o aperfeiçoamento do sistema de categorização.

Na Universidade de São Paulo, o sistema de categorias de respostas verbais vocais de terapeuta e cliente foi adaptado por Del Prette (2006) para o estudo de sessões de terapia analítico-comportamental infantil. A pesquisadora havia participado de boa parte do processo de construção do presente sistema de categorização e seu trabalho de adaptação levantou questões referentes a critérios de classificação, definições e generalidade do sistema de categorias. Seu trabalho foi feito a partir da filmagem e transcrição de oito sessões de dois atendimentos analítico-comportamentais infantis,

conduzidas pela própria pesquisadora. Inicialmente foi utilizado o sistema de categorização proposto por Zamignani (2006, versão preliminar), obtendo-se a frequência dos comportamentos em cada categoria. Constatou-se, então, a necessidade de elaborar subcategorias. Estas foram classificadas em: (a) *diferentes modalidades do comportamento especificado pela categoria*: Por exemplo, a categoria do terapeuta RECOMENDAÇÃO tinha como subcategorias “Desafio e solução de problema”, “Direcionamento e dica” e “Modelo”; (b) *funções observadas de outra categoria*: Por exemplo, DISCORDÂNCIA no sistema de Zamignani teve, como uma das subcategorias, “Desafio e solução de problema”, cuja função analisada pela autora não era de discordância, mas sim de recomendação; (c) *procedimentos inferidos*: Esta inferência só era possível pelo conhecimento que o categorizador tinha do caso. Por exemplo, SOLICITAÇÃO DE RELATO, quando ocorria subseqüentemente à emissão de um comportamento-queixa e inseria um tópico que não estava a ele relacionado, foi subcategorizado como “Extinção”. A combinação do uso de categorias pré e pós-definidas permitiu verificar quantas ocorrências das categorias de Zamignani coincidiam com a função definida pela terapeuta-pesquisadora (85%) e quantas implicavam outra função (13% + 2% de outras funções inferidas), ou seja, as categorias pré-definidas propostas pelo sistema de Zamignani (2006, versão preliminar) permitiram a predição correta de sua função em 85% das ocasiões. A Tabela 7, a seguir, mostra a percentagem de ocorrência de comportamentos do terapeuta, em subcategorias propostas por Del Prette (2006), que tinham a mesma função de cada categoria proposta por Zamignani (2006, versão preliminar), e as que tinham função diferente. Considerou-se que o índice encontrado de 85% é um indicador de que o sistema de categorização é capaz de mensurar aquilo que ele se propôs a medir. Em média, entre 10 e 15% das verbalizações do terapeuta teriam sido classificadas de forma equivocada,

caso o sistema de Zamignani (2006, versão preliminar) tivesse sido usado sem adaptações. A categoria que produziu o índice mais baixo, a Solicitação de relato qualificativo (43,9%) foi mudada no sistema atual, dando origem à categoria Solicitação de reflexão, com bastantes alterações. Foi também retirada a categoria de Estruturação, tendo sido mantidas as oito categorias restantes. É digno de nota que, das categorias não alteradas, Interpretação foi a que teve o menor índice de “concordância” (65,9%), indicando a necessidade de aperfeiçoamento na sua definição, o que foi feito posteriormente.

Tabela 7. Percentagem de coincidência entre as funções propostas pelas categorias pré-definidas do sistema preliminar de Zamignani (2006, versão preliminar) e as categorias definidas pela terapeuta-pesquisadora a partir da análise das sessões, no trabalho de Del Prette (2006).

Categorias Zamignani (2006, versão preliminar)	Subcategorias de Del Prette com mesma função que Zamignani	Subcategorias de Del Prette com função diferente de Zamignani	Subcategorias de Del Prette com função inferida
(1) Solicitação de relato	82,6	15,8	1,6
(2) Solicitação de relato qualificativo	43,9	45,8	2,8
(3) Estruturação	96,3		3,7
(4) Facilitação	100,0		
(5) Empatia	87,8	12,2	
(6) Aprovação	97,9	2,1	
(7) Informação	84,4	15,6	
(8) Interpretação	65,9	26,8	7,3
(9) Recomendação	98,3	1,7	
(10) Discordância	96,8	3,2	
<i>Porcentagem média</i>	<i>85,4</i>	<i>15,4</i>	<i>3,9</i>

Também na Universidade de São Paulo, o eixo do sistema referente às categorias verbais do terapeuta serviu como base para o desenvolvimento de um instrumento de avaliação desempenho do terapeuta analítico-comportamental em sessões de psicoterapia, realizado por Ireno (2007).

No primeiro semestre de 2007, uma disciplina denominada Questões metodológicas na análise comportamental de sessões de psicoterapia foi conduzida pela orientadora do presente trabalho, na qual a utilização do presente sistema fez parte da atividade prática dos alunos. As dificuldades e questões trazidas por eles foram consideradas no aperfeiçoamento do sistema.

Pinto (2007) utilizou algumas das categorias de respostas verbais vocais do terapeuta para o estudo do efeito de relatos de auto-descrição de um terapeuta sobre seu próprio desempenho. A pesquisadora adaptou as categorias e as agrupou em classes mais amplas, as quais foram utilizadas para a categorização de sessões de terapia analítico-comportamental. A categorização serviu para a obtenção de medidas de desempenho do terapeuta na sessão. O terapeuta então foi entrevistado, com *feedback* do pesquisador sobre sua atuação na sessão e, após a entrevista, foram estudadas mudanças em seu desempenho em cada uma das classes.

Silveira (2007) está conduzindo um estudo sobre sessões de terapia em grupo com mães que apresentam dificuldades de interação social com seus filhos, cujo objetivo é investigar o efeito de diferentes classes de respostas do terapeuta sobre o responder dos clientes, em diferentes momentos do processo. Para a análise das interações, a autora utiliza o sistema de categorias desenvolvido no presente trabalho, com adaptações para o estudo de intervenção em grupo.

Os dados produzidos por este conjunto de pesquisas colaboraram também para o aperfeiçoamento do sistema de categorização do presente trabalho, tanto por meio de avaliações pessoais dos pesquisadores, quanto pela obtenção de medidas de concordância, que permitiram analisar a adequação, inteligibilidade e clareza das definições adotadas. Além disso, foi possível verificar, por meio dos dados obtidos, a adequação do sistema para o estudo de diferentes questões de pesquisa clínica.



(4) *Desenvolvimento da versão final do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica*

A partir dos dados de observação de diferentes sessões, de estudos desenvolvidos por diferentes pesquisadores e dos estudos de concordância entre observadores, uma versão final do *Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica* foi proposta. Uma vez que, da forma como a terapia é conduzida na atualidade, grande parte da interação que nela ocorre é verbal (Pérez-Álvarez, 1996), optou-se por assumir como eixo principal de categorização o eixo verbal vocal, a partir do qual as outras dimensões de interesse do comportamento são categorizadas.

(5) *Desenvolvimento e aplicação de um treino sistemático para observadores e novo estudo de concordância*

Para propiciar a padronização no uso do instrumento, um treino sistemático de observadores foi desenvolvido, bem como um último teste de concordância entre observadores.

Após o desenvolvimento do treino de observadores, um novo observador, denominado Observador 2 (que ainda não havia participado do processo de elaboração e avaliação das categorias) foi a ele submetido. O software de treino foi instalado em um *Notebook*, de modo que o observador realizou o treino em sua própria residência. A execução de todas as etapas do treino teve a duração aproximada de doze horas (este tempo foi estimado a partir do relato do observador, uma vez que não foi feito o registro exato do tempo de treino). Após o treino padronizado, o Observador 2 foi orientado para o manuseio do software *The Observer*. Nesse momento, não foi apresentada

nenhuma instrução adicional sobre o sistema de categorização propriamente dito, além do treino padronizado.

A aplicação da categorização pelo Observador 2 foi realizada na residência do pesquisador. O observador categorizou o Eixo I - Respostas verbais do terapeuta e do cliente, com seus respectivos Qualificadores, em trinta minutos de uma sessão terapêutica (sessão 17). Foi realizado, então, um cálculo de concordância entre a categorização deste observador e a do pesquisador.

A seção *Resultados* deste trabalho apresenta a versão final do instrumento desenvolvido, bem como do treino padronizado para observadores e os dados referentes à concordância entre observadores obtida a partir do treino.

## **Resultados**

*Versão final do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica*<sup>2</sup>

O *Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica* tem como elemento central para categorização os *comportamentos verbais* de terapeuta e cliente, que contemplam *Respostas verbais vocais* e *Gestos comunicativos* (respostas motoras cuja função é análoga a respostas verbais vocais), a partir dos quais outras dimensões do comportamento são também categorizadas. É composto por três *Eixos de categorização*<sup>3</sup>, cada um deles representando uma dimensão ou aspecto do comportamento dos participantes: *Comportamento verbal*, *Temas e*

---

<sup>2</sup> A última página da presente tese apresenta um resumo das categorias que compõem o sistema em uma página destacada para consulta.

<sup>3</sup> Vale lembrar que as categorias referentes aos Eixos II e III não foram submetidas a testes de concordância e foram testadas apenas nas etapas iniciais do desenvolvimento do projeto, não tendo sido testada a categorização de sua versão final. Sua apresentação no presente trabalho é inserida a cargo de sugestão para futuras pesquisas.

*Respostas motoras*. Além dos *Eixos* principais, os dois primeiros são compostos também por *Qualificadores*, que especificam algumas propriedades do comportamento categorizado. O eixo de categorização referente ao comportamento verbal vocal tem como qualificadores o *Tom emocional* e a presença ou ausência de *Gestos ilustrativos*. O eixo *Tema* tem como qualificadores o *Enfoque no tempo* e a *Condução do tema* pelos participantes. Os *Eixos* e *Qualificadores* desenvolvidos foram organizados da seguinte forma:

- Eixo I: Categorias referentes ao comportamento verbal do terapeuta e do cliente;
  - Qualificador 1: Tom emocional da interação (envolve variáveis paralingüísticas e expressão facial);
  - Qualificador 2: Gestos ilustrativos (indica a presença ou ausência de gestos ilustrativos que acompanham uma Resposta verbal vocal)
- Eixo II: Tema. A categorização deste eixo não é realizada individualmente para cada participante; ele indica o tema corrente na interação, independentemente do falante.
  - Qualificador 1: Enfoque no tempo (tempo no qual o tema é tratado na interação terapêutica);
  - Qualificador 2: Condução do tema (especifica o falante que deu início ao tema em questão).
- Eixo III: Comportamentos motores (postura corporal e movimentos motores) do terapeuta e do cliente.

Todos os Eixos e Qualificadores do Sistema são compostos por categorias exaustivas e mutuamente exclusivas. Cada categoria está organizada em torno dos seguintes elementos:

(a) Nome da categoria - um rótulo que descreve em poucas palavras o essencial da categoria;

- (b) Sigla - duas ou três letras por meio das quais a categoria é identificada pelo software utilizado para categorização;
- (c) Nome resumido da categoria;
- (d) Especificação do tipo de categoria como evento ou estado;
- (e) Definição - descrição detalhada das variáveis que devem controlar o pesquisador para a identificação do segmento da interação na referida categoria, com sugestões de subcategorias e exemplos de trechos de interações terapêuticas relacionadas;
- (f) Caracterização geral da categoria - síntese dos elementos que a constituem, com comentários ao observador sobre o contexto típico no qual a classe de verbalizações ocorre;
- (g) Critérios de inclusão ou exclusão - critérios por meio dos quais a categoria é diferenciada de outras categorias que descrevem fenômenos semelhantes (os critérios de inclusão/exclusão são apresentados gradualmente, à medida que as categorias vão sendo apresentadas – cada categoria só é comparada com relação a categorias previamente apresentadas no decorrer do manual). Para o Eixo Verbal, o Anexo 3 apresenta sugestões sobre forma (forma verbal ou gramatical da verbalização) e contexto típico no qual cada categoria pode ocorrer (verbalizações tipicamente precedentes e subseqüentes).

#### *Método de categorização adotado*

A categorização de eventos do *Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica*, no presente trabalho, se dá a partir da *função imediata* que cada verbalização exerce na interação terapêutica. Essa função é presumida a partir da forma gramatical (imperativa, interrogativa etc.) e dos eventos imediatamente precedentes e subseqüentes com os quais cada categoria tipicamente se

relaciona. Este método de categorização pode ser relacionado ao que Bardin (1977) denomina categorização *semântica*.

A categorização *semântica* é uma estratégia situada entre a *clássica* e a *pragmática*, de acordo com a classificação de Russel e Stiles (1979). Consiste em dois momentos de condução da pesquisa: em um primeiro momento, são registradas as categorias a partir da observação direta em vídeo para que, em um momento posterior, seja conduzida a análise de padrões de interação e relações funcionais entre eventos. Um exemplo de condução destas etapas pode ser visto no Estudo 3 do presente trabalho.

A *unidade de registro* do sistema é definida como uma *ação* (segmento de verbalização ou resposta verbal não vocal) do terapeuta ou do cliente, classificável em uma das categorias definidas ao longo deste manual. O segmento de verbalização é delimitado por qualquer mudança em características específicas (classe, pausa, tema etc.) da fala, apontadas na definição de cada categoria, ainda que dentro da mesma verbalização desse participante.

O *Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica* é composto por dois tipos de categorias. *Categorias do tipo evento* e *Categorias do tipo estado*. As primeiras contemplam respostas que são tipicamente constituídas por movimentos ou verbalizações pontuais e rápidos. Sua ocorrência é considerada unicamente em termos de frequência e, no ato de sua categorização, não é necessária a inserção de uma categoria indicativa de término do evento. *Categorias do tipo estado* contemplam respostas que, tipicamente, apresentam maior duração. Sua ocorrência é considerada com relação à ocorrência e permanência no tempo, sendo necessário, portanto, sinalizar o instante de início e de fim da ocorrência da referida categoria. No Eixo I (Comportamento verbal), o final de uma categoria do tipo estado

deve ser delimitado pela categoria Silêncio ou pela inserção de uma nova categoria do falante, o mesmo ocorrendo no Eixo II (Tema). Já no Eixo III (Comportamentos motores), o final de uma categoria do tipo Estado deve ser delimitado pela inserção de uma nova categoria ou pela categoria Postura repouso. Uma vez que o sistema é composto por categorias mutuamente exclusivas, a inserção de uma nova categoria do tipo Estado automaticamente anula a categoria anterior. Entretanto, a inserção de uma categoria do tipo *evento* não anula a categoria *estado* em curso.

*Apresentação da versão final do Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica:*

## **EIXO I**

### **CATEGORIAS REFERENTES AO COMPORTAMENTO VERBAL VOCAL E NÃO VOCAL DO TERAPEUTA E DO CLIENTE**

#### **Categorias do Terapeuta:**

- Terapeuta solicita relato (SOLICITAÇÃO DE RELATO)
- Terapeuta facilita o relato do cliente (FACILITAÇÃO)
- Terapeuta demonstra empatia (EMPATIA)
- Terapeuta fornece informações (INFORMAÇÃO)
- Terapeuta solicita reflexão (SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO)
- Terapeuta recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas (RECOMENDAÇÃO)
- Terapeuta interpreta (INTERPRETAÇÃO)
- Terapeuta aprova ou concorda com ações ou avaliações do cliente (APROVAÇÃO)
- Terapeuta reprova ou discorda de ações ou avaliações do cliente (REPROVAÇÃO)
- Outras verbalizações do terapeuta (OUTRAS VOCAL TERAPEUTA)
- Terapeuta permanece em silêncio (T SILÊNCIO)
- Respostas não-vocais de facilitação/concordância (CONCORDÂNCIA TERAPEUTA)
- Respostas não-vocais de discordância (DISCORDÂNCIA TERAPEUTA)
- Respostas não-vocais de pedido/ordem/comando/incentivo (COMANDO TERAPEUTA)
- Outras Respostas não vocais (GESTO OUTROS TERAPEUTA)
- Registro Insuficiente (INSUFICIENTE TERAPEUTA)

### **Categorias do Cliente:**

- Cliente solicita informações, opiniões, asseguramento, recomendações ou procedimentos (SOLICITAÇÃO)
- Cliente relata eventos (RELATO)
- Cliente relata melhora ou progresso terapêutico (MELHORA)
- Cliente formula metas (METAS)
- Cliente estabelece relações entre eventos (RELAÇÕES)
- Cliente relata concordância ou confiança (CONCORDÂNCIA)
- Cliente se opõe, recusa ou reprova (OPOSIÇÃO)
- Outras verbalizações do cliente (OUTRAS VOCAL CLIENTE)
- Cliente permanece em silêncio (C SILÊNCIO)
- Respostas não-vocais de facilitação/concordância (CONCORDÂNCIA CLIENTE)
- Respostas não-vocais de discordância (DISCORDÂNCIA CLIENTE)
- Respostas não-vocais de pedido/ordem/comando/incentivo (COMANDO CLIENTE)
- Outras Respostas não-vocais (GESTOS OUTROS CLIENTE)
- Registro Insuficiente (INSUFICIENTE CLIENTE)

### **Eixo I-1. Categorização do comportamento verbal vocal do terapeuta.**

**As categorias a seguir referem-se a verbalizações do terapeuta dirigidas ao cliente.**

#### *Eventos a respeito dos quais as interações podem ocorrer*

As verbalizações do terapeuta podem se referir a (a) ações do cliente e/ou de terceiros; (b) sentimentos, pensamentos ou tendências à ação do cliente ou do terapeuta; (c) aspectos da história de vida do cliente ou do terapeuta ou (d) eventos ambientais relacionados ou não ao comportamento do cliente.

#### *Origem na sessão dos eventos referidos*

Os eventos referidos em sessão podem ser relatados pelo cliente ou observados pelo terapeuta.

#### *Tempo no qual os eventos referidos podem ter ocorrido:*

Com relação ao tempo em que os eventos ocorreram ou foram relatados, podem existir: (a) eventos ocorridos/relatados imediatamente antes; (b) eventos ocorridos/relatados em outros momentos da mesma sessão ou (c) eventos ocorridos/relatados em um passado recente ou remoto ou em sessões anteriores.

**Terapeuta solicita relato**

**Sigla: SRE**

**Nome resumido: SOLICITAÇÃO DE RELATO**

**Categoria tipo: estado**

### **Estão inclusos nesta categoria<sup>4</sup>**

(1) Solicitação de informações sobre fatos: Terapeuta solicita que o cliente descreva fatos ocorridos, informações específicas, detalhes ou esclarecimentos a respeito de eventos e ações do cliente.

Exemplos:

- T<sup>5</sup>: *Me conta... Por que é que você está procurando terapia?* [SRE]
- T: *E quando é que isso começou?* [SRE]
- T: *Você consegue lembrar-se de um exemplo específico no qual isso aconteceu?* [SRE]

(2) Solicitação de relato de respostas encobertas do cliente: Terapeuta solicita que o cliente relate seus sentimentos, pensamentos, fantasias ou tendências a ação imediata.

Exemplos:

- T: *Como você se sentiu quando ele te falou isso?* [SRE]
- T: *Em que momentos você tem se sentido assim?* [SRE]
- T: *O que você teve vontade de fazer nessa hora?* [SRE]
- T: *E o que você pensou antes de fazer o ritual?* [SRE]

### **Caracterização geral da categoria**

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

#### **Terapeuta facilita o relato do cliente**

**Sigla: FAC**

**Nome resumido: FACILITAÇÃO**

**Categoria tipo: evento**

### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Verbalizações mínimas: Verbalizações curtas que ocorrem durante a fala do cliente.

Exemplos:

- T: certo
- T: sei...

(2) Expressões paralingüísticas: Vocalizações curtas que ocorrem durante a fala do cliente.

Exemplo:

- T: Hum hum

<sup>4</sup> Confira o tópico “Eventos a respeito dos quais as interações podem ocorrer”.

<sup>5</sup> C indica uma fala de cliente, T uma fala do terapeuta. Um novo diálogo é iniciado em cada marcador ➤.



### **Caracterização geral da categoria**

FACILITAÇÃO é caracterizada por verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas que ocorrem durante a fala do cliente. Tipicamente, estas verbalizações indicam atenção ao relato do cliente e sugerem a sua continuidade.

### **Crítérios de inclusão ou exclusão**

(a) FACILITAÇÃO só é categorizada se ocorre enquanto o cliente tiver a palavra. Não é categorizada quando ocorre ao longo de pausas de três segundos ou mais na conversação.

(b) Nunca devem ocorrer duas falas seguidas categorizadas como FACILITAÇÃO. FACILITAÇÃO nunca é categorizada em dobro.

Exemplo:

➤ C: *Eu acho que talvez seja uma coisa nova também, sabe essa coisa de auto-dialogo, então não é assim...*

T: *Hum hum... Sei...* [codificar apenas uma ocorrência de FACILITAÇÃO]

(c) Uma verbalização curta que sugira um pedido de esclarecimento ou complementação sobre algum relato do cliente deve ser categorizada como SOLICITAÇÃO DE RELATO, e não FACILITAÇÃO.

Exemplo:

➤ C: *Ah, as coisas até que tão indo bem...*

T: *...mas...* [SOL]

C: *Mas aqueles pensamentos continuam me incomodando do mesmo jeito... às vezes acho que isso nunca vai ter fim...*

(d) Na dúvida entre SOLICITAÇÃO DE RELATO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

### **Terapeuta demonstra empatia**

**Sigla:** EMP

**Nome resumido:** EMPATIA

**Categoria tipo:** estado

### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Nomeação e inferência de sentimentos: Terapeuta nomeia ou infere sentimentos, valores e/ou a importância de eventos experimentados pelo cliente.

Exemplos:

➤ T: *Imagino o quanto isso te deixa ansioso.* [EMP]

➤ T: *Entendo que você fique muito irritado com isso.* [EMP]

➤ T: *Essa tem sido uma parte crucial da sua vida, né...* [EMP]

(2) Normalizações e validação de sentimentos: Terapeuta afirma que as ações ou sentimentos do cliente são esperados ou apropriados à situação por ele vivida (apenas quando sugerirem validação, compreensão ou cuidado).

Exemplo:

➤ T: *Com tudo isso que está acontecendo, seria estranho que você ficasse tranqüilo, não é mesmo? Acho natural que você tenha se sentido ansioso.* [EMP]

(3) Exclamações e expressões de interesse: Comentários em forma de exclamação, ou interrogação, apresentados após a descrição de eventos que não ações do cliente, consistentes com o assunto relatado e que indicam interesse nele.

Exemplos:

➤ C: *Estou conversando com o P. todo dia por telefone. Conheci pessoalmente...*

T: *sério?* [EMP]

➤ C: *Na quarta feira ele me ligou e não me encontrou... um monte de vezes... o Luciano quando atende fala "minha mãe, como sempre, batendo perna!"* (risos)

T: *Olha só! O Luciano já estabeleceu um contato bom com ele!* [EMP]

(4) Verbalizações de cuidado: Terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente, quando tal preocupação não acompanha crítica ou explicação.

Exemplo:

➤ T: *Como é que você está? Na semana passada você estava super resfriada.* [EMP]

(5) Auto-revelações sobre experiências similares: Terapeuta relata sua experiência em situações semelhantes àquela relatada pelo cliente, quando tal relato sugere validação ou compreensão da condição do cliente.

Exemplo:

➤ T: *Você sabe... eu também já passei por isso... é muito chato quando a gente investe toda a energia em um negócio e ele não dá certo... posso imaginar o quanto você está frustrada...* [EMP]

(6) Validação de discordâncias ou críticas do cliente: Terapeuta revê suas próprias ações durante o processo terapêutico, corrigindo suas intervenções, admitindo seus erros ou pedindo desculpas.

Exemplo:

➤ C: *Estou frustrado. Eu fiz tudo o que você me pediu e você não foi capaz de me ajudar pra que meu filho largasse as drogas.*

T: *Eu gostaria muito de tê-lo ajudado para mudar essa situação. Eu me pergunto o que poderia ter sido diferente, mas o fato é que não foi possível e eu também me sinto frustrado por isso.* [EMP]

(7) Humor: Verbalizações acompanhadas por risadas, que tenham sido humorísticas, mesmo que remotamente (desde que não representem deboche ou ironia com relação ao cliente ou a qualquer comportamento dele).

Exemplo:

➤ C: *É, mas eu não dei o beijo que ele pediu, falei "magina, tô dirigindo, olha o trânsito!", nessas alturas o trânsito ridículo, na Castelo, né? Mas eu nem senti passar...*

T: *Quanto mais trânsito melhor, que cê fica mais tempo com ele.* (risos) [EMP]

(8) Apoio: Terapeuta afirma sua disponibilidade para ajudar o cliente a superar determinada situação.

Exemplos:

➤ T: *Eu não sei qual será a sua decisão nesse caso, mas qualquer que ela seja, eu tô do seu lado.* [EMP]

➤ T: *Conte comigo.* [EMP]

(9) Paráfrases: Terapeuta apresenta de forma resumida o que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente na mesma sessão, por meio de repetição literal ou reorganização das verbalizações do cliente (desde que essa reorganização não mude o sentido do relato do cliente ou não acrescente informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente).

Exemplo:

➤ T: *E você perde seu emprego e está muito difícil encontrar um outro. (resumindo descrição do cliente).* [EMP]

(10) Comentários de entendimento: Comentários breves apresentados após um relato do cliente, constituídos por pequenos fragmentos do próprio relato, ou por palavras que complementam o relato.

Exemplos:

➤ C: *...deixei bem agradável, a cozinha com toalha bonita, e a sala, tal, e no sábado falei pra caseira: "cê lava a varanda, coloca essa toalha na mesa da varanda, nesse tripé de ferro fundido coloca um vasilho". Ela até nem colocou o meu, ela foi pegar um dela, de onze horas amarelas, assim.*

T: *Todo mundo ajudando.* [EMP]

➤ C: *Daí, ficamos até de noite, fiquei lá, falei, vou dar uma ligada*

T: *E ele no plano de sedução...* [EMP]

### **Caracterização geral da categoria**

EMPATIA contempla ações ou verbalizações do terapeuta que sugerem acolhimento, aceitação, cuidado, entendimento, validação da experiência ou sentimento do cliente.

Diferentemente da categoria APROVAÇÃO, que se refere a uma avaliação sobre ações ou características específicas do cliente, a EMPATIA tem um caráter inespecífico, informando essencialmente que o cliente é aceito, “bem vindo”, sem implicar em avaliação ou julgamento (“eu entendo você e aceito como você é”).

Essa classe de verbalizações tem sido associada tipicamente à criação de um ambiente terapêutico amistoso, seguro e não-punitivo, para que o cliente se sinta à vontade para verbalizar eventos que, em outros contextos, poderiam ser alvo de punição.

**Terapeuta Fornece Informações****Sigla: INF****Nome resumido: INFORMAÇÃO****Categoria tipo: estado****Estão inclusos nessa categoria**

(1) Informações factuais: Dados ou fatos relacionados a determinado assunto em discussão.

Exemplos:

➤ C: *Eu penso em fazer uma especialização em biologia.*

T: *Biologia requer vários cursos adicionais de laboratório.* [INF]

➤ C: *Minha prima está tratando da depressão com o psiquiatra X. Você conhece?*

T: *Não. Não conheço um médico com esse nome.* [INF]

➤ C: *Você já atendeu casos como esse?*

T: *Sim, muitos.* [INF]

(2) Explicações de eventos: Descrição de relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", apenas quando não contém uma análise, descrição ou síntese do comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplo:

➤ T: *Um ataque de pânico pode ocorrer independentemente de a pessoa ter síndrome do pânico. Por exemplo, quando a gente entra em contato com alguma coisa da qual a gente tem muito medo, isso pode provocar um ataque de pânico.* [INF] (\*) A explicação dada pelo terapeuta não se refere a um comportamento em particular ou a algum padrão comportamental do cliente identificado, e sim a informações sobre fatos advindos da literatura da área.

(3) Descrição de regularidades ou padrões recorrentes a respeito de eventos: Informações sobre padrões recorrentes de contigüidade temporal entre eventos (relações do tipo "o evento X ocorre quando Y ocorre...") ou correlação (os eventos X e Y costumam ocorrer conjuntamente), apenas quando não dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplos:

➤ T: *Pessoas que têm problemas com álcool, geralmente têm uma má qualidade de sono.* [INF]

➤ T: *É muito comum que a gente tenha um pouco de dor de cabeça ou enjôo logo que começa a tomar o antidepressivo. Mas depois de uns quinze dias tudo volta ao normal.* [INF]

(4) Explicações teóricas e experimentais sobre eventos: Descrição de proposições teóricas ou achados experimentais, relativos ao assunto em discussão.

Exemplos:

➤ T: *Não há a necessidade biológica de se dormir por oito horas. A quantidade de sono necessária para cada pessoa é também aprendida.* [INF]

➤ T: *O desempenho em testes tende a ser melhor depois de uma noite bem dormida.* [INF]

(5) Informações sobre o contrato terapêutico: Descrições do terapeuta sobre o funcionamento da terapia (contrato, regras, objetivos), acordos de horários e local para a realização da sessão, para o estabelecimento do contrato terapêutico (enquadre).

Exemplos:

➤ T: *Nós nos encontraremos duas vezes por semana.* [INF]

➤ T: *Vamos falar sobre a última semana primeiro, então nós vamos falar um pouco mais sobre sua situação em casa e vamos terminar com um exercício de relaxamento.* [INF]

➤ T: *O valor da sessão é \$\$.* [INF]

➤ T: *Não tem nada sistematizado, do tipo “eu vou ter que ir por aqui, depois por aqui, depois ali, tá?” Então, fica à vontade. A gente vai indo.* [INF]

(6) Descrição de estratégias, de procedimentos ou do programa terapêutico: Descrições ou regras sobre o funcionamento de determinadas técnicas, estratégias, jogos, exercícios ou programas terapêuticos ou sobre o andamento da própria sessão.

Exemplos:

➤ T: *Durante a exposição nós vamos trazer para a sessão algo que você teme e você deverá permanecer em contato com ele sem fazer o ritual.* [INF]

➤ T: *O exercício de relaxamento que eu vou te ensinar agora serve para você controlar a sua ansiedade nas situações mais difíceis... você deve respirar em quatro tempos, contando até quatro bem devagar em cada um deles... inspira em quatro... segura quatro... solta em quatro... e segura quatro... mas precisa ser treinado com frequência para que você possa ter um melhor domínio sobre sua ansiedade. Se você deixar pra treinar na hora da crise de ansiedade não vai funcionar.* [INF]

(7) Justificativas de intervenções: Terapeuta explica ou justifica suas intervenções.

Exemplo:

➤ T: *Eu não gosto desse tipo de procedimento, mas é o único que vai te ajudar nesse momento.* [INF].

### **Caracterização geral da categoria**

INFORMAÇÃO contempla verbalizações nas quais o terapeuta relata eventos ou informa o cliente sobre eventos (que não o comportamento do cliente ou de terceiros), estabelecendo ou não relações causais ou explicativas entre eles.

Essa classe de verbalizações é tipicamente associada a intervenções “psicoeducacionais” e ao “enquadre” ou contrato terapêutico.

## **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de INFORMAÇÃO, ou como pedido de confirmação de INFORMAÇÃO dada pelo terapeuta, não é considerada SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a ocorrência de INFORMAÇÃO.

Exemplo:

➤ T: Essa Universidade também é excelente. Ela só não é tão famosa quanto a USP, sabe?[INF]

(b) Verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas, quando emitidas pelo terapeuta após um pedido de confirmação do cliente sobre seu entendimento do que ele está dizendo, são categorizadas como INFORMAÇÃO.

(d) FACILITAÇÃO precede INFORMAÇÃO. Quando em dúvida entre INFORMAÇÃO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

### **Terapeuta solicita reflexão**

**Sigla: SRF**

**Nome resumido: SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO**

**Categoria tipo: estado**

### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Solicitação de análise: Terapeuta solicita ao cliente que ele pense ou reflita a respeito de determinados eventos, estabeleça ou relate relações entre eventos – imediatamente na sessão ou após seu término.

Exemplos:

➤ T: *Gostaria que você pensasse nessa semana sobre o que conversamos hoje... sobre os benefícios que você obtém quando se queixa dessa maneira com sua família* [SRF].

➤ T: *E você tem alguma hipótese de por que isso aconteceu?* [SRF]

➤ T: *Você está me dizendo que todos os seus namorados agem com você de forma muito semelhante ao seu pai. Você acha que isso é apenas uma coincidência?* [SRF]

(2) Solicitação de avaliação: Terapeuta solicita que o cliente relate sua opinião, julgamento ou avaliação a respeito de eventos.

Exemplos:

➤ T: *O que você achou da reação dele?* [SRF]

➤ T: *Você acha correta a forma com que ele agiu?* [SRF]

(3) Solicitação de previsão: Terapeuta solicita que o cliente estabeleça suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos seus ou de outros.

Exemplos:

➤ T: *Tendo em vista os últimos acontecimentos, você pode imaginar como será a próxima tentativa dele?* [SRF]

➤ T: *E agora, o que você acha que vai acontecer?* [SRF]

(4) **Solicitação de observação:** Terapeuta solicita que o cliente observe e/ou registre a ocorrência de eventos. Tais solicitações podem ocorrer como parte de uma técnica terapêutica ou como estratégia para coleta de dados.

Exemplos:

➤ T: *Eu gostaria que você registrasse as situações que te provocam ansiedade, para que possamos discutir na semana que vem.* [SRF]

➤ T: *Vamos fazer uma coisa... eu quero que você anote em um caderninho o que você comeu em cada refeição, a que horas você comeu, e se aconteceu algo relevante naquele dia ou logo antes de você comer.* [SRF]

➤ T: *Então... Eu quero que você anote pra mim as situações dentro da sua casa, nas quais você faz o ritual. Então, escreve assim “quando eu entro no quarto... eu penso em tal coisa e preciso fazer tal coisa...”. Então você pode até anotar só as situações que te deixam ansiosa, tipo, no quarto, a torneirinha do gás que está lá fora... algumas das coisas fixas da sua casa, que ao ver, ou simplesmente saber que estão lá, você inicia o ritual.* [SRF]

### **Caracterização geral da categoria**

SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO contempla verbalizações nas quais o terapeuta solicita ao cliente qualificações, explicações, interpretações, análises ou previsões a respeito de qualquer tipo de evento. Diferentemente de SOLICITAÇÃO DE RELATO, na qual o terapeuta pede que o cliente apenas relate a ocorrência de eventos, sentimentos ou pensamentos, nesse caso o terapeuta solicita que o cliente analise ou estabeleça relações entre os eventos em discussão.

Em sessões de terapia analítico-comportamental, essa classe de verbalizações ocorre tipicamente quando o terapeuta busca facilitar o estabelecimento de relações funcionais e a formação de auto-regras.

### **Crítérios de inclusão ou exclusão**

(a) Quando uma pergunta do terapeuta do tipo “por que” solicita apenas esclarecimento sobre um evento em discussão na sessão, não envolvendo um pedido de interpretação sobre hipóteses ou relações causais por parte do cliente, não categorize SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, e sim SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(b) SOLICITAÇÃO DE RELATO precede SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO Quando em dúvida entre SOLICITAÇÃO DE RELATO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, dê preferência a SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(c) Quando uma SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO do tipo Solicitação de observação é acompanhada de informação sobre razões pelas quais o cliente deve fazer aquela observação, registre a ocorrência de ambas as categorias – SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO e INFORMAÇÃO – cada uma no segmento apropriado da interação.

Exemplo:

➤ T: *Eu vou sugerir uma coisa... quero que você faça um tipo de anotação pra mim, durante essa semana. Eu vou te dar certinho o que você precisa anotar e você vai fazer toda vez que aparecer esse tipo de pensamento [SRF]. Porque se você me descrever na hora o que aconteceu, eu vou ter idéia do tempo que você*

*demorou pra fazer cada ritual, vou ter idéia do que está acontecendo. Com isso, a gente tem uma base boa pra estar trabalhando. Durante uma semana a gente tem uma medida legal de como é que isso ocorre ao longo do dia. [INF]*

**Terapeuta Recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas**

**Sigla: REC**

**Nome resumido: RECOMENDAÇÃO**

**Categoria tipo: estado**

**Estão inclusos nessa categoria**

(1) Conselhos: Terapeuta especifica ações ou conjuntos de ações de caráter aberto (respostas passíveis de serem observadas por outros que não o próprio cliente) ou encoberto (respostas passíveis de serem observadas apenas pelo próprio cliente, tais como pensamentos ou sentimentos) a serem executadas ou que deveriam ser evitadas pelo cliente, dentro ou fora da sessão.

Exemplos:

- T: *Tente conversar com seu pai durante a semana e lhe falar sobre o que você sente nessas situações. [REC]*
- T: *Faça a prova amanhã, antes que você esqueça a matéria. [REC]*
- T: *Você deveria cuidar de sua vida e deixar que seu irmão administre as suas próprias coisas. [REC]*
- T: *Agora me diga o mesmo que você acabou de dizer, só que sem mexer as pernas. [REC]*
- T: *Você não deve se sentir culpado por uma coisa que não foi sua responsabilidade. Lembre-se que nem tudo está sob seu controle. [REC]*
- T: *Quando você for enfrentar a situação, lembre-se de todas as vezes que você teve sucesso. [REC]*
- T: *Então fica combinado para essa semana, de você procurar enfrentar algumas daquelas situações que você classificou como de menor ansiedade. Não importa qual delas, nem se você vai ter sucesso ou não. O mais importante é que você tente enfrentar e fique atento ao que você sente e pensa quando você está enfrentando. [REC]*

(2) Modelo: Terapeuta declaradamente oferece seu comportamento como exemplo de como o cliente deve se comportar.

Exemplos:

- T: *Agora tente fazer um pedido para mim da mesma forma com que acabei de falar. [REC]*
- T: *Tente repetir a seqüência do jogo assim como eu fiz. [REC]*
- T: *Eu vou falar como eu acredito que você deveria conversar com o seu chefe. [REC]*



➤ T: *Observe agora como eu estou fazendo, para depois você fazer o mesmo.* [REC]

(3) **Incentivo:** Terapeuta sugere que o cliente pode ou é capaz de agir de determinada maneira ou mudar determinado comportamento.

Exemplos:

➤ T: *Tenho certeza que você é capaz de fazer isso.* [REC]

➤ T: *Faça dessa forma e muito em breve você estará livre disso.*[REC]

(4) **Estruturação de atividade:** Terapeuta solicita que o cliente se engaje em atividades, técnicas ou exercícios a serem executados, durante a interação terapêutica no consultório ou extraconsultório.

Exemplos:

➤ T: *Vamos experimentar praticar isso em uma representação? Dessa vez, tente dizer diretamente o que você sente.* [REC]

➤ T: *Agora vamos fazer um exercício de exposição: experimente pegar na maçaneta dessa porta e ficar por quinze minutos sem lavar as mãos.* [REC]

➤ T: *Esse assunto é bastante importante. Vamos voltar a falar sobre ele na próxima sessão.* [REC]

(5) **Permissão, proibição ou solicitação de parada:** Ordens, autorizações ou pedidos de parada ou mudança de comportamento do cliente dentro da sessão.

Exemplos:

➤ C: *Eu posso anotar tudo à noite, antes de dormir ou tenho que fazer na hora em que acontece?*

T: *Faça como você achar melhor. O importante é que você registre o máximo de situações que ocorrerem ao longo do dia.* [REC]

➤ T: *Por favor, preste atenção enquanto eu estou falando.* [REC]

➤ T: *Eu gostaria que você não colocasse os pés no sofá.* [REC]

➤ T: *Sente-se em sua cadeira enquanto conversamos. Eu não consigo conversar com você andando pela sala.* [REC]

### **Caracterização geral da categoria**

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

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Confirmações, em resposta a perguntas do cliente sobre como proceder, são consideradas RECOMENDAÇÃO.

(b) Qualquer permissão ou proibição do terapeuta, a respeito de ações a serem executadas dentro ou fora da sessão, é categorizada como RECOMENDAÇÃO.

(c) Verbalizações do terapeuta que ocorrerem durante uma atividade ou técnica desenvolvidas dentro da sessão terapêutica são categorizadas de acordo com sua forma e

função características, devendo apenas a solicitação para que o cliente se engaje na técnica/exercício ser categorizada como RECOMENDAÇÃO.

(d) Solicitações que requerem uma ação dentro da sessão são consideradas RECOMENDAÇÃO, com exceção de perguntas que solicitam explicitamente a descrição ou confirmação de eventos (que são categorizadas como SOLICITAÇÃO DE RELATO).

(e) Perguntas do terapeuta ou falas em forma imperativa que solicitam que o cliente descreva eventos, mesmo que sobre temas diferentes daquele em curso na sessão, ou que mudam a direção da conversação, não são considerados RECOMENDAÇÃO, e sim SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(f) SOLICITAÇÃO DE RELATO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE RELATO, dê preferência a SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(g) Verbalizações nas quais o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizada EMPATIA.

(h) EMPATIA precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e EMPATIA, categorize EMPATIA.

(i) Quando uma RECOMENDAÇÃO é acompanhada de informações que justificam o porquê o cliente deve segui-la ou sugerem que o cliente poderá melhorar caso realize as ações ou tarefas propostas, são categorizadas ambas as categorias: RECOMENDAÇÃO e INFORMAÇÃO, cada uma no respectivo segmento da verbalização.

(j) Verbalizações do terapeuta durante um exercício ou atividade, tal como *role-playing* ou viagem de fantasia, são categorizadas de acordo com suas categorias correspondentes, sendo categorizada INFORMAÇÃO para as instruções do terapeuta e RECOMENDAÇÃO para a solicitação para o cliente se engajar no exercício.

(k) INFORMAÇÃO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e INFORMAÇÃO, categorize INFORMAÇÃO.

(l) Orientações para a emissão de respostas de caráter encoberto (tais como pedidos do terapeuta para que o cliente pense ou reflita sobre um determinado tema ou questão) são consideradas RECOMENDAÇÃO quando a verbalização do terapeuta especifica a topografia da resposta a ser emitida pelo cliente, de modo a modificar o seu desempenho final em uma situação, atividade ou tarefa. Tais orientações são consideradas SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO quando não é especificada a topografia da resposta encoberta a ser emitida, tendo como foco melhorar ou aprofundar a análise do tema em discussão por meio de respostas de observação e de descrição de eventos.

Exemplos:

➤T: *Quero que você reflita sobre o que estava ocorrendo todas as vezes que você obteve sucesso no enfrentamento.* [SRF] (\*) Trata-se de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO porque o que é solicitado pelo terapeuta é a obtenção de informações mais aprofundadas sobre o tema e não o engajamento do cliente em uma resposta encoberta de topografia especificada.

➤T: *Quando você estiver em uma situação semelhante, antes de reagir atacando, pense nas possíveis razões pelas quais a pessoa pode ter feito aquilo que te*

*desagradou.* [REC] (\*) Nesse caso, trata-se de um pedido do terapeuta que especifica a topografia da resposta e visa modificar o desempenho final do cliente em determinada condição, caracterizando-se, portanto como uma RECOMENDAÇÃO.

(m) SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, categorize SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO.

**Terapeuta interpreta**

**Sigla: INT**

**Nome resumido: INTERPRETAÇÃO**

**Categoria tipo: estado**

**Estão inclusos nessa categoria**

(1) Descrições de relações explicativas entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos: Relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", apenas quando dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplos:

➤ T: *Porque quando você faz isso, você fica mais em contato com você. Porque se você começa a negar... .. Você começa a perder contato com aquilo que você sente. Assim: "como é que as coisas que acontecem no mundo me afetam?" Entendeu?* [INT]

➤ C: *...não estou conseguindo... tudo aquilo que eu me propus a fazer eu fico enrolando... acho que eu to muito desmotivado...*

T: *Talvez o seu problema não seja de motivação, mas que até agora as coisas ainda não deram certo. Muito do que a gente faz, pra que a gente se mantenha fazendo depende da consequência daquilo que a gente faz. Quando a gente faz uma coisa que tem um a consequência boa imediata, legal, a tendência é que a gente continue fazendo. Quando a consequência não é muito legal, a gente tende não fazer mais.* [INT]

➤ T: *Você se cobra em melhorar o desempenho sexual com seu marido, mas da maneira como você descreve a relação sexual, ela não é satisfatória para você. Portanto, não existe nada que te motive a continuar procurando.* [INT]

(2) Descrição de regularidades ou padrões recorrentes entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos ou ações: Terapeuta explica a ocorrência do comportamento do cliente ou de terceiros em termos de padrões recorrentes, relações temporais ou de contigüidade ou aponta a existência de temas recorrentes nos eventos relatados pelo cliente;

Exemplos:

➤ T: *A impressão que eu tenho é que sempre que ele te faz um elogio, ele é seguido por uma crítica, do tipo... "você foi ótimo na apresentação, mas..."* [INT]

➤ T: *Você já notou que, sempre que há alguma situação muito difícil pela frente, você fica doente?* [INT]

➤ T: *Essa é uma dúvida que te persegue, né? Se é por você ou pela gravidez que ele está mudando...* [INT]

➤ T: *Você se dá conta de que suas obsessões sempre são relacionadas a situações nas quais você age por impulso com outras pessoas e depois se arrepende? Aí você fica ruminando sobre o que poderia ter sido diferente...* [INT]

(3) Diagnóstico: Apresentação de diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas descritos pelo cliente ou observados pelo terapeuta.

Exemplos:

➤ C: *Você acha que eu estou deprimido?*

T: *Você parece mais ansioso que deprimido* [INT]

➤ T: *Isso que você acabou de descrever é conhecido pela psiquiatria como Transtorno Obsessivo-Compulsivo.* (após a descrição do cliente de sua queixa) [INT]

(4) Devolutiva de avaliação padronizada: Apresentação de conclusão relativa a algum teste, escala ou instrumento de avaliação psicológica.

Exemplo:

➤ T: *O teste indica que você tem maior interesse por profissões relacionadas ao cuidado e atendimento de pessoas.* [INT]

(5) Estabelecimento de sínteses: Verbalizações nas quais o terapeuta apresenta sínteses, conclusões ou reorganização do que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente a respeito de seu comportamento ou de terceiros. A síntese deve apresentar uma INTERPRETAÇÃO diferente daquela descrita no relato do cliente ou acrescentar informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente.

Exemplo:

➤ T: *Então, você está dependente de álcool... já deve estar começando a beber de manhã, eu suponho.* [INT]

(6) Metáforas ou analogias explicativas: Descrições sobre padrões de interação do cliente ou de terceiros por meio de apresentação de situações semelhantes, análogas ou simbólicas.

Exemplos:

➤ T: *Quando você falou que tinha dor de cabeça, eu me lembrei daquelas mulheres que na hora de transar dizem "ah, eu não posso, estou com dor de cabeça".* [INT]

➤ C: *De fato, ele é muito baixinho... eu acho que não ia dar certo mesmo...*

T: *É... as uvas estão verdes...* [INT]

(7) Inferências: Suposições sobre a ocorrência de relações ou eventos até então não relatados pelo cliente ou não descritos pelo terapeuta, apenas quando essa inferência não diz respeito a sentimentos e emoções do cliente. (esse critério diferencia essa subcategoria de interpretação da categoria EMPATIA).

Exemplo:

➤ T: *Imagino que ele tenha sido extremamente gentil nas primeiras semanas e depois...* [INT]

(8) Previsões: suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos do cliente ou de terceiros.

Exemplo:

➤ T: *Acredito que a próxima coisa que ele vai fazer é te convidar para sair...* [INT]

(9) Confrontações: Terapeuta aponta discrepâncias ou contradições no discurso do cliente.

Exemplo:

➤ T: *Você estava dizendo há pouco que seu marido não lhe dá a menor atenção, mas agora você está me dizendo uma série de cuidados que ele tem com você.* [INT]

(10) Normalizações: Terapeuta sugere que algo que o cliente ou terceiros sentem ou fazem é normal, ou esperado.

Exemplo:

➤ T: *Isso é normal... adolescentes tendem a agir dessa forma. Daqui a pouco ele vai voltar a se aproximar...* [INT]

(11) Descrição de processo: Terapeuta descreve ao cliente sua análise a respeito de um processo que vem ocorrendo ou de transformações que ele percebe ao longo desse processo.

Exemplo:

➤ C: *Por que às vezes as coisas empacam entendeu?*

T: *É eu sei, e não é de hoje, né? Não é de hoje a coisa vem e vai piorando, piorando, não sei, acho até que hoje você convive melhor.* [INT]

### **Caracterização geral da categoria**

INTERPRETAÇÃO contempla verbalizações nas quais o terapeuta descreve, supõe ou infere relações causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais, ou de contigüidade) a respeito do comportamento do cliente ou de terceiros, ou identifica padrões de interação *do cliente e/ou de terceiros*. (\*) Este critério diferencia esta categoria de INFORMAÇÃO que, por sua vez, contém explicações a respeito de outros eventos que não o comportamento do cliente e/ou de terceiros.

Na literatura clínica analítico-comportamental, a análise de contingências ou análise funcional apresentada pelo terapeuta envolve, em parte, essa classe de verbalizações.

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) A categorização de um trecho como INTERPRETAÇÃO independe da precisão ou correção da análise feita pelo terapeuta, ou de sua concordância por parte do cliente.

(b) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de INTERPRETAÇÃO ou como pedido de confirmação de INTERPRETAÇÃO dada pelo terapeuta, não é considerada SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a ocorrência da categoria em questão.

(c) Verbalizações do terapeuta que repetem ou confirmam para o cliente o conteúdo de uma INTERPRETAÇÃO que o terapeuta acabou de apresentar (por meio de repetição, verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas) são categorizadas como INTERPRETAÇÃO.

(d) Um segmento de verbalização do terapeuta é categorizado como INTERPRETAÇÃO apenas se a relação apresentada, de alguma forma, acrescenta informações novas ou muda o significado do relato apresentado pelo cliente. Quando um resumo ou síntese não muda o sentido do que foi dito pelo cliente, classifique como EMPATIA.

(e) Quando uma inferência por parte do terapeuta refere-se à ocorrência de sentimentos ou emoções do cliente, sua fala é categorizada como EMPATIA.

(f) Verbalizações que sugerem que algum evento é normal, ou esperado, quando têm como ênfase a validação de um sentimento relatado pelo cliente, categorize EMPATIA. Quando ocorrem de forma a explicar algum comportamento do cliente ou de terceiros, categorize INTERPRETAÇÃO. Quando se referem a outros eventos, que não o comportamento do cliente ou de terceiros, categorize INFORMAÇÃO.

(g) Verbalizações nas quais o terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente são tipicamente categorizadas como EMPATIA, mas quando são acompanhadas de explicação, codifique apenas a categoria INTERPRETAÇÃO.

Exemplo:

➤ T: *O que me preocupa é a função que o álcool está exercendo em sua vida. O uso do álcool em situações sociais é tranquilo, mas você o está usando para alívio da ansiedade, como se fosse um remédio. E essa função do álcool é perigosa porque favorece a dependência.* [INT].

(h) EMPATIA precede INTERPRETAÇÃO. Quando em dúvida entre EMPATIA e INTERPRETAÇÃO, categorize EMPATIA.

(i) Quando o terapeuta fornece descrições de relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", a respeito de outros eventos, que não o comportamento do cliente ou de terceiros, é categorizada INFORMAÇÃO.

(j) Quando o terapeuta retoma assuntos ou diálogos discutidos anteriormente, estabelecendo alguma relação explicativa sobre o comportamento do cliente ou de terceiros, não é registrada a categoria INFORMAÇÃO, e sim INTERPRETAÇÃO.

(k) Quando em dúvida entre INFORMAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize INFORMAÇÃO.

(l) Quando uma verbalização do tipo "se... então" sugere que o cliente pode melhorar caso realize determinadas ações ou tarefas propostas pelo terapeuta, são categorizadas ambas as categorias: INTERPRETAÇÃO e RECOMENDAÇÃO, cada uma no respectivo segmento da verbalização, a depender dos critérios estabelecidos para cada categoria.

(m) Quando uma RECOMENDAÇÃO é acompanhada de explicações do por que o cliente deve segui-la, é registrada a ocorrência de ambas as categorias – RECOMENDAÇÃO e INFORMAÇÃO ou RECOMENDAÇÃO E INTERPRETAÇÃO - cada uma no segmento apropriado da interação, a depender dos critérios estabelecidos para cada categoria.

(n) Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize INTERPRETAÇÃO. INTERPRETAÇÃO precede RECOMENDAÇÃO.

**Terapeuta aprova ou concorda com ações ou avaliações do cliente**

**Sigla: APR**

**Nome resumido: APROVAÇÃO**

**Categoria tipo: estado**

**Estão inclusos nessa categoria**

(1) Elogios ou avaliações positivas sobre o cliente: Terapeuta expressa julgamento favorável a ações, características ou aparência do cliente (sejam estas relatadas pelo cliente ou observadas pelo terapeuta).

Exemplos:

- T: *Você tomou a decisão certa. Está lidando com isso muito bem!* [APR]
- T: *Você está de parabéns! Sua condução foi perfeita!* [APR]
- T: *Que lindo esse teu colarzinho!* [APR]

(2) Descrição de ganhos terapêuticos: Terapeuta descreve os progressos ou sucessos do cliente.

Exemplo:

- T: *Puxa, C., eu estava me lembrando da época em que a gente começou a trabalhar juntos. Como as coisas estão mudadas! Você lembra que era difícil pra você até mesmo vir sozinha para cá? E agora você está se virando sozinha, com o maior desprendimento... acho muito legal isso!* [APR]

(3) Verbalizações de concordância: Terapeuta confirma ou relata estar de acordo com afirmações verbalizadas pelo cliente.

Exemplo:

- T: *Com certeza! Você tem toda a razão.* [APR]

(4) Pseudo discordância: Terapeuta discorda do cliente, mas o faz de forma a ressaltar características ou ações do cliente que ele considera positivas.

Exemplo:

- C: *Eu só melhorei por causa da medicação.*

T: *De fato, a medicação pode te ajudar, mas se você não tivesse agido, tudo estaria igual.* [APR]

(5) Relato de sentimentos positivos: Terapeuta relata gostar do cliente, ou sentir-se bem em sua presença ou relata estar satisfeito com alguma ação realizada pelo cliente ou com o andamento da sessão.

Exemplos:

- T: *Gostei muito da nossa sessão de hoje. Acho que falamos de assuntos bastante importantes.* [APR]

➤ T: *Você conversa super bem! É muito agradável conversar com você.* [APR]

(6) Exclamações e expressões de aprovação: Verbalizações exclamativas ou comentários em forma de exclamação ou interrogação, apresentados após a descrição de ações do cliente, sugerindo que tal ação foi aprovada pelo terapeuta.

Exemplos:

➤ C: *Consegui recuperar a minha nota de matemática.*

T: *Que máximo!!!* [APR]

➤ C: *Consegui caminhar todos os dias essa semana.*

T: *É mesmo?* [APR]

➤ C: *Daí, fomos para a capela e me chamou a atenção o Bill, o cachorro do caseiro, porque desde pequeno ele me acompanha na capela... só que ele não entra. Então ele... põe o pezinho, ele só olha para mim, ele tira o pé do piso e fica no cimento do lado de fora parado olhando, ele não entra ... é uma coisa bárbara você ver!*

T: *Nossa, e você ensinou ele...* [APR]

(7) Agradecimentos: Terapeuta agradece o cliente por alguma ação deste ou após um elogio.

Exemplo:

➤ C: *Não, você é uma das responsáveis, eu tinha que dizer, não, eu faço questão, eu sou muito franca, sabe, de extrema transparência, é, você, de uma forma assim, muito inteligente, tá sabendo me conduzir assim, entre aspas, porque eu to tendo mais discernimento, sabendo o que é mais conveniente e o que não é e tô tentando encontrar o caminho, não é?, Sem tanto medo de ser feliz.*

T: *Que bom, obrigada, fico muito contente.* [APR]

### **Caracterização geral da categoria**

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

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Quando aprovação é acompanhada de descrição do comportamento do cliente que foi alvo da aprovação, registre unicamente a ocorrência da categoria APROVAÇÃO

Exemplo:

➤ C: *Ele quis mudar e eu fiquei com medo de tomar, não comprei...*



T: *Porque você está ótima, né C., independentemente de estar tomando três ou quatro comprimidos, você está conseguindo fazer muito mais coisas, tomar decisões...* [APR]

C: *É... e eu achei melhor ficar só com três.*

(b) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de APROVAÇÃO ou como pedido de confirmação de APROVAÇÃO dada pelo terapeuta, não é considerada SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a ocorrência da categoria APROVAÇÃO.

(c) Verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas de concordância emitidas pelo terapeuta após solicitação do cliente, ou imediatamente após o cliente terminar uma fala, são categorizadas como APROVAÇÃO (quando após o relato de ações do cliente) ou EMPATIA (quando após a descrição de outros eventos). FACILITAÇÃO só é categorizada se acontece enquanto o cliente tem a palavra. Não é codificada quando ocorre durante pausas de três segundos ou mais na conversação.

(d) FACILITAÇÃO precede APROVAÇÃO. Quando em dúvida entre APROVAÇÃO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

(e) Comentários em forma de exclamação, quando apresentados após a descrição de outros eventos, que não ações do cliente, são categorizados como EMPATIA. Quando estes comentários são apresentados após a descrição de ações do cliente, são categorizados como APROVAÇÃO.

(f) AUTO-REVELAÇÃO: Verbalizações nas quais o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizada EMPATIA. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir concordância, é categorizada APROVAÇÃO.

(g) EMPATIA precede APROVAÇÃO. Quando em dúvida entre APROVAÇÃO e EMPATIA, categorize EMPATIA.

(h) Orientações para a emissão de respostas de caráter encoberto (tais como pedidos do terapeuta para que o cliente pense ou reflita sobre um determinado tema ou questão) são consideradas APROVAÇÃO quando a verbalização do terapeuta recomenda explicitamente que o cliente observe, entre em contato ou tome consciência de um ganho terapêutico, conquista ou progresso que ele (o cliente) tenha alcançado. São consideradas SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO quando não for especificada a resposta encoberta a ser emitida, tendo como foco melhorar ou aprofundar a análise do tema em discussão por meio de respostas de observação e de descrição de eventos. Tais orientações são consideradas RECOMENDAÇÃO quando especificam a resposta a ser emitida pelo cliente, de modo a alterar o seu desempenho final em uma situação, atividade ou tarefa.

Exemplo:

➤T: *Quero que você reflita sobre o que estava ocorrendo todas as vezes que você obteve sucesso no enfrentamento.* [SRF] (\*) Trata-se de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, porque o que é solicitado pelo terapeuta é a obtenção de informações

mais aprofundadas sobre o tema e não o engajamento do cliente em uma resposta encoberta de topografia especificada.

➤T: *Quando você estiver em uma situação semelhante, antes de reagir atacando, pense nas possíveis razões pelas quais a pessoa pode ter feito aquilo que te desagradou.* [REC] (\*) Nesse caso, trata-se de um pedido do terapeuta que especifica a topografia da resposta e visa modificar o desempenho final do cliente em determinada condição, caracterizando-se, portanto como uma RECOMENDAÇÃO.

➤T: *Presta atenção em como as coisas têm sido diferentes... olha quantas vezes você tem conseguido fazer as coisas sem a ajuda do seu marido... acho que isso é super importante...* [APR] (\*) Trata-se de APROVAÇÃO, porque a verbalização do terapeuta recomenda explicitamente que o cliente tome consciência de um ganho terapêutico que ele (o cliente) alcançou.

(i) SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO precede APROVAÇÃO. Na dúvida entre APROVAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, categorize SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO.

(j) APROVAÇÃO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e APROVAÇÃO, categorize APROVAÇÃO.

(k) Quando uma aprovação é acompanhada de explicações de porque aquela ação foi boa ou correta, registre a ocorrência de ambas as categorias – APROVAÇÃO E INTERPRETAÇÃO, cada uma no segmento apropriado da interação.

Exemplo:

➤ C: *Ela: “então você não fica preocupada. Eu vou sair com o A.”. Eu digo: “ah! Que bom! Vai, sim! Foi legal a senhora ter ligado!”*

T: *Ótimo... [APR] Você notou que, das últimas conversas que você teve com ela, essa é a primeira em que você fica do lado dela? Você deu um apoio, e o engraçado é que a reação dela foi assim: “é... acho que é isso mesmo...”. O contrário do que sempre fez.* [INT]

C: *O contrário do que sempre fez.*

(l) Quando a descrição pelo terapeuta de algum ganho, progresso ou conquista do cliente é analisada como relacionada a algum outro evento, tal como a análise de conseqüências que poderiam ser obtidas por meio daquele comportamento ou análise de variáveis que propiciaram aquela mudança do cliente, categorize apenas INTERPRETAÇÃO. Em casos nos quais o terapeuta parabeniza ou elogia o cliente antes ou depois de apresentar a análise do evento, categorize APROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, cada qual no seu respectivo segmento, conforme descrito no critério anterior (k).

(m) INTERPRETAÇÃO precede APROVAÇÃO. Na dúvida entre APROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize a segunda.

**Terapeuta reprova ou discorda de ações ou avaliações do cliente**

**Sigla: REP**

**Nome resumido: REPROVAÇÃO**

**Categoria tipo: estado**

### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Discordância: Terapeuta discorda ou expressa julgamento desfavorável sobre ações, avaliações afirmações propostas ou características do cliente (sejam estas relatadas pelo cliente ou observadas pelo terapeuta).

Exemplos:

- T: *Eu não acho que seja assim.* [REP]
- T: *As coisas são muito mais simples do que você pinta.* [REP]

(2) Crítica: Terapeuta descreve falhas do cliente ou critica suas ações, características ou aparência.

Exemplo:

- T: *Eu penso que você faz bem algumas coisas tais como supervisionar, monitorar [APR], entretanto às vezes você entra em uma escalada de castigo, castigo, castigo.* [REP]

(3) Ironia: Comentários de qualquer natureza feitos em tom sarcástico ou hostil com relação ao cliente. Comentários do terapeuta que sugerem incredulidade a respeito de relatos do cliente sobre o que disse ou fez. (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

Exemplos:

- T: *Você de fato pensa que sua mãe deveria deixá-lo vir para casa quando você quer?* [REP]
- T: *Eu vou pegar uma xícara de café. Eu estou perdido.* [REP]
- T: *Você tá fumando com essa tosse? (sorrindo).* [REP]

(4) Ameaça: Terapeuta prevê conseqüências negativas ou aversivas para uma ação (ou pela não ação) do cliente em forma de ameaça.

Exemplos:

- T: *Você pode escolher fazer isto desse modo ou ser miserável o resto de sua vida.* [REP]
- T: *Eu acho que a gente faz escolhas... você pode continuar fugindo de escolher uma profissão... há tantas pessoas que preferem ser donas de casa e lavar as roupas do marido o resto da vida...* [REP]

(5) Paráfrase crítica: Terapeuta apresenta de forma resumida o que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente na mesma sessão, por meio de repetição literal ou reorganização das verbalizações do cliente, explicitando uma crítica ou apontando uma falta ou erro do cliente.

Exemplos:

- T: *Eles pegaram a recompensa mesmo quando eles não a tinham merecido?* (pergunta apresentada em tom hostil após a cliente dizer que prometeu recompensa aos filhos após uma tarefa e que os filhos não cumpriram a tarefa, mas ela os recompensou). [REP]
- T: *Você quer dizer que você o deixa dormir em sua cama e ele a molha toda noite? (risada)* [REP]

➤ T: *Você o deixou escolher seu próprio castigo?* [REP]

(6) Auto-revelações desafiadoras: Terapeuta relata sua experiência com relação a um evento do qual o cliente se queixa, sugerindo que sua atuação foi melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir.

Exemplo:

➤ T: *Quando eu resolvi sair da casa de meus pais eu tinha plena consciência de que eu deveria me sustentar, e não ficar esperando que meus pais me ajudassem.* [REP]

(7) Relato de sentimentos negativos: Terapeuta relata que não gosta do cliente ou de algo que ele faça ou que está insatisfeito com algum aspecto relativo ao seu comportamento.

Exemplos:

➤ T: *Eu vou continuar a atendê-lo por que para mim é um desafio, mas eu não gostei de você.* [REP]

➤ T: *Eu fico muito irritado quando você fala comigo dessa forma, e quando isso acontece, a vontade que eu tenho é de te tratar da mesma forma.* [REP]

(8) Advertência: Terapeuta diz ao cliente que ele está impedindo o progresso terapêutico ou o andamento da sessão.

Exemplo:

➤ T: *Eu quero ajudá-la, mas é impossível fazermos alguma coisa com tantos atrasos... hoje você chegou 40 minutos atrasada... o que nós podemos fazer em dez minutos?* [REP]

### **Caracterização geral da categoria**

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

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de REPROVAÇÃO ou como pedido de confirmação de reprovação apresentada pelo terapeuta, não é considerada a ocorrência de SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a categoria REPROVAÇÃO.

(b) Quando uma pergunta do terapeuta é apresentada em tom irônico ou desafiador, sugerindo crítica, descrença ou discordância do terapeuta com relação ao cliente, categorize REPROVAÇÃO, e não SOLICITAÇÃO DE RELATO. (\*) Nesse caso, registre também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

(c) SOLICITAÇÃO DE RELATO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre SOLICITAÇÃO DE RELATO e REPROVAÇÃO, dê preferência a SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(d) A verbalização “certo”, quando dita sarcasticamente, sugerindo discordância, deve ser categorizada como REPROVAÇÃO. (\*) Nesse caso, registre também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

(e) FACILITAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

(f) Verbalizações tais como “é mesmo?” ou “não acredito”, quando sugerem descrença no relato do cliente ou crítica ao seu comportamento, são categorizadas como REPROVAÇÃO, e não EMPATIA.

(g) Quando o terapeuta ri do relato de ações do cliente, não sugerindo ironia, mas sim interesse em seu relato (ele ri com o cliente, e não do cliente), categorize EMPATIA.

(h) Verbalizações exclamativas após o relato de alguma ação por parte do cliente, quando apresentadas em tom sarcástico ou hostil, são categorizadas como REPROVAÇÃO e não EMPATIA ou APROVAÇÃO. (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

(i) Em caso de síntese ou paráfrase que explicita uma crítica ou aponta uma falta ou erro do cliente, registre REPROVAÇÃO.

(j) quando uma verbalização na qual o terapeuta demonstra reocupação pessoal com o cliente é acompanhada de crítica, codifique apenas a categoria REPROVAÇÃO.

Exemplo:

➤ T: *Fiquei preocupado com você a semana passada...* [EMP] *como é que ficaram as coisas com seus pais?* [SRE]

➤ T: *Não é possível que você continue bebendo essa quantidade. Fico preocupado com as conseqüências disso.* [REP]

(k) Verbalizações nas quais o terapeuta relata sua experiência com relação a um evento, sugerindo que sua atuação foi melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir, são categorizadas como REPROVAÇÃO. Verbalizações nas quais o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizado EMPATIA. Quando ele revela informações pessoais de forma a sugerir concordância, é categorizada APROVAÇÃO. Em qualquer outro caso, registre a categoria OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(l) Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e EMPATIA, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(m) Quando uma REPROVAÇÃO é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da reprovação, é registrada unicamente a ocorrência da categoria REPROVAÇÃO.

(n) A correção de um engano do cliente, quando não realizada em tom hostil, não é categorizada como REPROVAÇÃO, mas sim como INFORMAÇÃO.

(o) INFORMAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre INFORMAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize INFORMAÇÃO.

- (p) Quando sugestões são apresentadas de modo sarcástico, categorize REPROVAÇÃO.  
(\*). Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).
- (q) RECOMENDAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize RECOMENDAÇÃO.
- (r) Quando uma REPROVAÇÃO é acompanhada de explicações de porque o terapeuta discorda ou de por que não funcionará determinada proposta do cliente, registre a ocorrência de ambas as categorias – REPROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, cada uma no segmento apropriado da interação.
- (s) Quando uma verbalização do tipo “se... então” é emitida em tom de ameaça, sugerindo que o cliente pode sofrer conseqüências negativas ou aversivas caso realize (ou não) determinadas ações ou tarefas, é categorizada como REPROVAÇÃO. (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.
- (t) Quando o terapeuta descreve algum tipo de retrocesso, recaída ou insucesso do cliente, a verbalização é categorizada como REPROVAÇÃO apenas quando é apresentada em tom de crítica, ameaça ou ironia. Caso contrário, categorize INTERPRETAÇÃO ou EMPATIA, dependendo do conteúdo e do teor da descrição apresentada pelo terapeuta. (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.
- (u) A previsão de conseqüências negativas ou aversivas para uma ação (ou não ação) do cliente só é considerada REPROVAÇÃO quando o terapeuta explicita julgamento ou avaliação contrários à ação do cliente. A mera descrição de conseqüências aversivas a uma ação do cliente por parte do terapeuta, quando não indica ameaça e/ou não sugere um julgamento ou avaliação negativos por parte do terapeuta, é categorizada como INTERPRETAÇÃO.
- (v) Em caso de síntese que muda o sentido da descrição do cliente, mas explicita uma crítica ou aponta uma falta ou erro deste, codifique como REPROVAÇÃO.
- (w) INTERPRETAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Na dúvida entre INTERPRETAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize a primeira.
- (x) Verbalizações nas quais o terapeuta discorda do cliente, mas o faz de forma a ressaltar características do cliente que ele considera positivas, caracterizam pseudo discordância, e são categorizadas como APROVAÇÃO.
- (y) Diferentemente de APROVAÇÃO, que deve ser codificada apenas quando o relato do cliente não está em curso, um simples “não” proferido pelo terapeuta enquanto o cliente está falando pode ser codificado como REPROVAÇÃO, se implica em discordância do cliente.
- (z) Na dúvida entre APROVAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.
- (aa) Opiniões, avaliações ou julgamentos emitidos pelo terapeuta podem exercer diferentes funções na interação. Quando uma opinião, avaliação ou julgamento é emitido a respeito de uma ação, verbalização ou avaliação do cliente, do próprio cliente ou da sessão em curso, ela deve ser categorizada como INTERPRETAÇÃO, APROVAÇÃO, REPROVAÇÃO ou EMPATIA, aquela que for mais apropriada, de acordo com o teor e o alvo da avaliação. Quando diz respeito a outros tipos de eventos que não se encaixam em nenhuma dessas três categorias, a verbalização deve ser categorizada como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

## **Outras verbalizações do terapeuta**

**Sigla:** TOU

**Nome resumido:** OUTRAS VOCAL TERAPEUTA

**Categoria tipo:** estado

### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Verbalizações do terapeuta não classificáveis nas categorias anteriores: Comentários ocasionais alheios ao tema em discussão, verbalizações do terapeuta ao cumprimentar o cliente em sua chegada ou partida, anúncios de interrupções por motivos não relacionados ao tema em discussão.

Exemplos:

- T: *Aceita uma balinha?* [TOU]
- T: *Só um minutinho, que eu vou pedir uma água para a secretária.* [TOU]
- T: *Desculpe, eu me esqueci de desligar o celular.* [TOU]

(2) Acertos ocasionais: Acertos ocasionais de horário e/ou local da sessão.

Exemplo:

- T: *Então, a gente, na semana que vem, faz a sessão na terça-feira, das três às quatro.* [TOU]

(3) Recuperação de assunto: Descrição de diálogos ou assuntos anteriormente discutidos, somente em casos nos quais essa descrição foi solicitada pelo cliente devido a este ter perdido ou esquecido o rumo da discussão ou após alguma interrupção, para retomada do assunto.

Exemplos:

- C: *Onde é que eu estava mesmo?*
- T: *Você estava falando sobre sua viagem de férias.* [TOU]
- T (após interrupção da sessão): *Então, você estava me falando sobre o seu receio de prestar o vestibular.* [TOU]

(4) Opiniões pessoais sobre eventos externos: Opiniões, avaliações ou julgamentos a respeito de eventos, apenas quando não dizem respeito a uma ação emitida pelo do cliente, ao cliente propriamente ou à sessão em curso.

Exemplo:

- C: *Eu fiquei realmente chocado com aquela cena.* [TOU]
- T: *Eu acho que a televisão não deveria mostrar esse tipo de coisa. Não acrescenta em nada a vida das pessoas.* [TOU]

Não-exemplo:

- T: *Eu penso que você poderia, sim, ter comprado o livro. Afinal, o dinheiro é seu, não é?* [REC] (\*) Não é uma verbalização do tipo Opiniões pessoais sobre eventos externos porque se refere ao comportamento do cliente.

## **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Em estudos de terapia individual, quando há uma terceira pessoa envolvida na sessão, tal como em situações de orientação de pais, sessões incluindo cônjuge ou familiar, as falas do terapeuta dirigidas exclusivamente a esta terceira pessoa, ou nas quais há dúvida sobre a quem a verbalização se dirige (se apenas cliente, se apenas terceiro ou ambos) são categorizadas como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA. Já falas do terapeuta claramente dirigidas a ambos os participantes (cliente e terceiro) são categorizadas na categoria correspondente.

(b) Afirmções ou comentários são considerados SOLICITAÇÃO DE RELATO apenas se não podem ser classificados em nenhuma outra categoria, com exceção de OUTRAS VOCAL TERAPEUTA. SOLICITAÇÃO DE RELATO tem precedência sobre OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(c) Opiniões, avaliações ou julgamentos emitidos pelo terapeuta podem exercer diferentes funções na interação. Quando uma opinião, avaliação ou julgamento são emitidos a respeito de uma ação, verbalização ou avaliação do cliente ou da sessão em curso, deve ser categorizado APROVAÇÃO, REPROVAÇÃO ou EMPATIA, aquela que for mais apropriada de acordo com o teor e o alvo da avaliação. Quando diz respeito a outros tipos de eventos que não se encaixam em nenhuma dessas três categorias, a verbalização deve ser categorizada como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(d) Verbalizações nas quais o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizada EMPATIA. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir concordância, é categorizada APROVAÇÃO. Verbalizações nas quais o terapeuta relata sua experiência com relação a um evento, sugerindo que sua atuação foi melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir, são categorizadas como REPROVAÇÃO. Relatos do terapeuta de algum evento de sua própria experiência, quando não sugerem a solução de problema ou queixa, a compreensão ou entendimento da experiência do cliente, ou desafios, são categorizados como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(e) Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e EMPATIA, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(f) Na dúvida entre APROVAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

### **Terapeuta permanece em silêncio**

**Sigla:** TSL

**Nome resumido:** T SILÊNCIO

**Categoria tipo:** estado

Esta categoria deve ser selecionada quando uma resposta verbal do tipo estado do terapeuta é encerrada sem que uma nova resposta verbal do tipo estado do mesmo falante seja iniciada.



Quando não há outra resposta verbal do terapeuta do tipo estado, a categoria T SILÊNCIO deve ser mantida ativada, mesmo se outra categoria verbal do tipo evento do terapeuta ocorrer.

**Eixo I-2. Categorização do comportamento verbal não vocal do terapeuta.**  
**As categorias a seguir referem-se à comunicação não vocal (Gestos comunicativos).**

Entende-se por comunicação não vocal as respostas motoras, gestos ou expressões faciais que são substitutas comuns de verbalizações, isto é, ações cujos significados são compartilhados entre emissor e receptor.

Gestos comunicativos e expressões faciais são considerados como comunicação não vocal apenas quando ocorrem na ausência de qualquer verbalização, nitidamente como signos da interação terapeuta-cliente. São categorizados por meio das categorias a seguir, com função análoga à de seus correspondentes verbais.

**Respostas não-vocais de facilitação/concordância**

**Sigla: GCT**

**Nome resumido: CONCORDÂNCIA TERAPEUTA**

**Categoria tipo: evento**

**Estão inclusos nessa categoria**

- (1) Meneios com a cabeça: Fazer que “sim” com a cabeça, sugerindo concordância, interesse no assunto ou ação do interlocutor e/ou solicitando a continuidade da fala do interlocutor.
- (2) Gestos de aprovação: Consistem, por exemplo, em levantar o polegar enquanto os outros dedos permanecem fechados (“jóia”, “ok”).
- (3) Gestos ou expressões faciais de aprovação concordantes: Gestos ou expressões que concordam com o relato do outro falante ou que sugerem cuidado/acolhimento.
- (4) Gestos ou expressões faciais de negação ou preocupação: Gestos ou expressões de negação ou preocupação, mas que sugerem concordância com relação a uma verbalização do interlocutor ou cuidado/acolhimento.

**Caracterização geral da categoria**

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

**Crítérios de inclusão ou exclusão**

Quando ocorrem gestos ou expressões faciais de negação ou preocupação e há dúvida sobre seu significado ser relacionado a cuidado/acolhimento ou a discordância, categorize GESTO OUTROS.

**Respostas não-vocais de Discordância****Sigla: GDT****Nome resumido: DISCORDÂNCIA TERAPEUTA****Categoria tipo: evento****Estão inclusos nessa categoria**

- (1) Balançar a cabeça lateralmente: Fazer que “não” com a cabeça, sugerindo discordância, descrença, reprovação com relação à fala ou ação do interlocutor.
- (2) Gesto com as mãos: Gestos que indicam reprovação, discordância ou descrença com relação à fala ou ação do cliente.
- (2) Gestos ou expressões faciais de reprovação, negação ou preocupação: Gestos ou expressões que sugerem discordância, descrença, reprovação com relação a uma fala ou ação do interlocutor.

**Caracterização geral da categoria**

DISCORDÂNCIA TERAPEUTA contempla respostas motoras, gestos ou expressões faciais do terapeuta que ocorrem na ausência de qualquer verbalização, cujo significado é compartilhado pela cultura como relacionado a oposição, discordância, descrença ou reprovação com relação a uma verbalização ou ação do interlocutor e que ocorrem nitidamente como signos da interação terapeuta-cliente.

**Crítérios de inclusão ou exclusão**

- (a) Quando ocorrem gestos ou expressões faciais de negação ou preocupação e há dúvida sobre seu significado ser relacionado a reprovação, negação ou discordância, categorize GESTO OUTROS.
- (b) COMANDO precede DISCORDÂNCIA. Quando em dúvida entre gestos de COMANDO ou DISCORDÂNCIA, categorize COMANDO.

**Respostas não-vocais de pedido/ordem/comando/incentivo****Sigla: – GMT****Nome resumido: COMANDO TERAPEUTA****Categoria tipo: evento****Estão inclusos nesta categoria**

- (1) Qualquer gesto com as mãos ou a cabeça: Gestos apontando ou indicando algum objeto ou evento, sugerindo que o cliente olhe em direção, pegue o objeto ou se dirija ao ponto indicado.

(2) Gestos com as mãos espalmadas: Gestos com a palma da mão dirigida ao interlocutor, sugerindo ordem de parada ou interrupção da verbalização ou ação em curso.

(3) Gestos ou expressões de pedido, ordem, comando ou incentivo: Gestos ou expressões faciais que sugerem pedido, ordem, comando ou incentivo com relação a uma ação ou verbalização do cliente.

### **Caracterização geral da categoria**

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

### **CrITÉRIOS de inclusão ou exclusão**

COMANDO precede DISCORDÂNCIA. Quando em dúvida entre gestos de COMANDO ou DISCORDÂNCIA, categorize COMANDO.

### **Outras Respostas não vocais**

**Sigla: GOT**

**Nome resumido: GESTO OUTROS TERAPEUTA**

**Categoria tipo: evento**

### **Estão inclusos nesta categoria**

Respostas motoras, gestos ou expressões faciais do terapeuta que ocorrem na ausência de qualquer verbalização, cujo significado não é contemplado nas categorias anteriores. Devem ocorrer nitidamente como signos da interação terapeuta-cliente.

### **CrITÉRIOS de inclusão ou exclusão**

(a) GESTO OUTROS só deve ser categorizado quando ocorrem gestos claramente comunicativos e relevantes. Mudanças sutis na expressão facial do terapeuta não devem ser consideradas nessa categoria.

(b) Quando ocorrem gestos ou expressões faciais de negação ou preocupação e há dúvida sobre seu significado ser relacionado a reprovação, negação ou discordância ou a cuidado/acolhimento, categorize GESTO OUTROS.

**Registro Insuficiente****Sigla: TIN****Nome resumido: INSUFICIENTE TERAPEUTA****Categoria tipo: estado****Estão inclusos nesta categoria**

Qualquer ação do terapeuta cuja identificação está impossibilitada devido a qualquer problema no áudio do filme.

**Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Verbalizações são categorizadas como INSUFICIENTE TERAPEUTA apenas quando não podem ser identificadas mesmo depois de observadas por três vezes.

(b) Falas interrompidas do terapeuta, cujo conteúdo identificável não é suficiente para a categorização em uma das categorias anteriores, são classificadas como INSUFICIENTE TERAPEUTA.

A seguir, é apresentada a versão preliminar do conjunto de categorias desenvolvidas para o Eixo I – Comportamento verbal vocal do cliente.

**Eixo I-3. Categorização do comportamento verbal vocal do cliente.**  
**As categorias a seguir referem-se a verbalizações do cliente dirigidas ao terapeuta.**

*Tipo de evento aos quais as ações do cliente podem se referir*

Os eventos podem incluir ações do cliente e/ou de terceiros, sentimentos, emoções, pensamentos, ações públicas, interações com terceiros e fatos diversos, o comportamento do cliente, do terapeuta ou de terceiros.

*Origem do evento na sessão*

Os eventos aos quais as ações do cliente se referem podem ter sido relatados ou observados, pelo terapeuta ou pelo cliente.

*Tempo no qual o evento em questão foi observado/relatado pelo cliente*

A ação ou verbalização do cliente pode se referir a (a) eventos ocorridos/relatados imediatamente antes, na sessão; (b) eventos ocorridos/ relatados em outros momentos da mesma sessão; (c) eventos ocorridos/ relatados em sessões anteriores; (d) eventos ocorridos no passado ou (e) especulações sobre eventos futuros.

**Cliente solicita informações, opiniões, asseguramento, recomendações ou procedimentos**

**Sigla: SOL**

**Nome resumido: SOLICITAÇÃO**

**Categoria tipo: estado**

**Estão inclusos nessa categoria**

(1) Solicitação de informações ou esclarecimentos: Cliente solicita ao terapeuta informações, confirmações ou esclarecimentos a respeito de eventos, da racional da terapia ou do andamento da sessão.

Exemplos:

➤ C: *Quanto tempo você acha que a terapia vai durar?* [SOL]

➤ C: *Só que eu não entendi muito bem, como é que é?* [SOL]

➤ C: *E comecei. Fui estudar à noite, e... comecei a fumar maconha, foi indo, foi indo, foi indo e, deu no que deu.* [REL]. *Mas porque que a gente falou dessa história toda?* [SOL]

(2) Solicitação de avaliação: Cliente solicita ao terapeuta que avalie seu comportamento ou o comportamento de terceiros, emita um diagnóstico sobre o seu problema ou o problema de terceiros ou, ainda, solicita que o terapeuta analise seu problema ou de terceiros.

Exemplos:

➤ C: *Aí tinha uns versinhos que eu escrevi para ele que eu trouxe pra você pra ver se eu não estou exagerando na pedida...* [SOL]

➤ C: *Você acha que isso é possível para mim?* [SOL]

(3) Solicitação de recomendações: Cliente solicita ao terapeuta que este sugira alternativas de resposta ou cursos de ação possíveis.

Exemplo:

➤ C: *O que eu poderia fazer se ela começar com isso novamente?* [SOL]

(4) Solicitação de procedimentos: Cliente solicita que o terapeuta utilize determinados procedimentos ou técnicas, maneje determinada questão ou tema ou sugere ao terapeuta o que este deve fazer com relação ao seu tratamento.

Exemplos:

➤ C: *O Z. falou que tem que ser trabalhado isso, viu?...* [SOL]

➤ C: *Eu quero que você me ensine a aplicar a exposição para pânico.* [SOL]

➤ C: *Eu vim aqui porque meu psiquiatra me disse que eu preciso de uma terapia de exposição para o TOC.* [SOL]

(5) Solicitação de asseguramento: Cliente solicita ao terapeuta asseguramento sobre a ocorrência (ou não ocorrência) de determinados eventos, sobre fatos ou sobre a correção de sua (do cliente) avaliação ou opinião a respeito de eventos.

Exemplos:

➤ C: *Aí eu falei pra ele que isso é por causa de algum trauma de infância.* [REL]  
*Você não acha que pode ser isso?* [SOL]

➤ C: *Eu não estou ficando louco, estou?* [SOL]

(6) Apresentação da demanda: Cliente descreve comportamentos, estados ou situações que ele gostaria de atingir com a ajuda do terapeuta.

Exemplo:

➤ C: *Eu quero aprender como eu posso melhorar a minha relação com meu filho.* [SOL]

### **Caracterização geral da categoria**

SOLICITAÇÃO é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente apresenta pedidos ou questões ao terapeuta.

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Perguntas do cliente sobre a experiência ou vida pessoal do terapeuta são categorizadas como SOLICITAÇÃO.

**Cliente relata eventos**

**Sigla: REL**

**Nome resumido: RELATO**

**Categoria tipo: estado**

**Estão inclusos nessa categoria**

(1) Relato de informações sobre eventos: Cliente descreve fatos ocorridos, informações específicas, detalhes, ou esclarecimentos a respeito de eventos.

Exemplos:

➤ C: *Ele falou "é, mas pra sair com a F. você sai, né?". Bom, daí no sábado eu fui lá, conversei porque eu estava bem e tal, sábado e domingo eu não fui para a chácara porque na quinta era semana santa tal eu já ia, né, ele me ligou sábado e domingo, ligou segunda tal, ligou todas as vezes que eu te falei. [REL]*

➤ T: *E como foi que você descobriu que estava contaminado?*

C: *Na verdade assim: Eu fazia um... Faço ainda um acompanhamento de hepatite. Que eu tenho hepatite crônica, sei lá... desde 80. E... aí nesse acompanhamento eu pedi para o médico fazer um teste de HIV, porquê... meu parceiro não era lá muito confiável. Comissário, cê sabe como que é. Aí, não sei, bateu. Falei, "Não". Quero fazer, quero ver o que que tá pegando aqui. Não que tivesse algum problema. Pelo contrário. Não tinha nada, me sentia muito bem. [REL]*

➤ C: *Ficou 8 x 3,5... oito por três e meio... daí eu suava frio tá... daí eu fui ao cardiologista de manhã. Fiz eletrocardiograma, fiz eletro. Ele fez eu ficar de soutien e calcinha, ele mediu todo o pulso desde a veia terminal, desde o pé na virilha até aqui na carótida, foi medindo tudo onde tinha pulso, ele falou; olha o coração está bom... [REL]*

(2) Relato de eventos anteriormente registrados: Cliente relata sobre seus registros efetuados sobre a ocorrência de eventos, como parte de uma técnica terapêutica ou coleta de dados solicitados pelo terapeuta.

Exemplo:

➤ C: *Eu marquei aquelas coisas que você me pediu, mas não deu pra fazer em todas as vezes... olha... na segunda-feira, eu tive uma crise pequena, e o grau de ansiedade foi sete... foi no dia que eu tinha que fazer aquela entrevista. [REL]*

(3) Relato de sentimentos e emoções: O cliente relata ao terapeuta ter vivenciado, estar vivenciando ou prevê que poderá vivenciar uma resposta emocional.

Exemplos:

➤ C: *E ele caiu fora... então, assim: a cabeça vai a milhão. Eu passei o sábado assim, que nem um leão feroz na jaula. Aí, quando, foi à noite eu falei "não, pára com isso. Não vai se deprimir agora por uma pessoa que você mal conhece, nem sabe da onde veio". Não é a primeira vez, aliás, todas as vezes me acontece isso. Fico mal prá cacete. Aí, depois eu vou me reabilitando. [REL]*

➤ C: *Então... eu não sei exatamente o porque eu estou aqui... eu sei que eu ando sem muito ânimo pra fazer as coisas... e parece que está tudo bem... não sei.* [REL]

➤ T: *Você conseguiria me dizer em que momentos essa angústia aparece?* [SRF]

C: *É sempre que eu me dou conta da quantidade de coisas que eu poderia ter feito e que ficaram pra trás... [CER] dói muito saber que eu perdi tanta coisa por causa de uma doença idiota como essa.* [REL]

➤ C: *Nossa... eu já tô imaginando a minha alegria na hora em que ele chegar!* [REL]

➤ C: *Estou triste, T. To mal... To perdidinha de novo... Na semana passada achei que estava um pouquinho mais firme assim, em relação às mágoas, às coisas passadas, mas não estou não.* [REL]

➤ C: *Então, assim: eu já vi que eu não gosto de fazer o que eu faço. Eu não gosto de estar ali participando daquilo (...) Fazer o quê? ... Eu não tenho estudo. Não gosto de estudar. (...) Eu sei que está errado. Está super, super, super errado. Eu sei que eu tenho capacidade. Eu sei que eu tenho. Mas eu não consigo ir para uma escola, eu não consigo estudar, ali sentado.* [REL]

➤ C: *Aí a gente acabou discutindo feio... aí quando acontece isso eu fico pensando... de que adiantou tanto investimento nessa história? Eu me dedico, me dedico, pra isso? Me dá uma tristeza...* [REL]

(4) Relato de estados motivacionais ou tendências a ação: Verbalizações que sugerem a "força" ou a probabilidade da ocorrência de alguma resposta possivelmente relacionada com uma emoção.

Exemplos:

➤ C: *Naquela hora eu só queria gritar e sair correndo dali...* [REL]

➤ C: *Eu tenho uma vontade de pegar ele no colo e encher de palmadas...* [REL]

➤ C: *É inútil. Eu me pergunto por que eu vim aqui hoje. Seria melhor eu parar a terapia.* [REL]

➤ C: *Chegou ao ponto no qual eu não pensei que eu pudesse viver com ele mais porque ele era tão difícil (se referindo a seu filho). Eu até tive vontade de matá-lo. Ele é tão ruim...* [REL]

➤ C: *Aquela vaca da minha irmã continua fazendo as mesmas coisas. Estou tão cansada de ficar tendo que provar o tempo todo pras pessoas que as coisas que ela diz são tudo mentira. Às vezes tenho vontade de sumir, pra eles sentirem um pouco a minha falta.* [REL]

(5) Julgamento ou avaliação: Cliente relata sua opinião, julgamento ou avaliação a respeito de eventos.

Exemplos:

➤ C: *É... foi até engraçado. Chega com um calhamaço de flores (risos). Nunca recebi flores na minha vida. (risos) Achei aquilo o absurdo do absurdo.* [REL]

➤ C: *O M. é mesmo uma pessoa risível... fica o tempo todo posando de bonzinho e não passa de um incompetente metido a besta. É incrível como ele consegue enganar todo mundo com aquela cara de boi sonso...* [REL]



### **Caracterização geral da categoria**

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

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

- (a) RELATO inclui respostas para perguntas do terapeuta ou informações factuais sobre eventos passados ou presentes.
- (b) RELATO pode ser categorizado tanto em situações nas quais o terapeuta solicita maiores detalhes ou esclarecimentos sobre a queixa do cliente ou eventos relatados pelo cliente como em situações de conversa ou “bate-papo” sobre assuntos diversos.
- (c) Caso o pesquisador tenha como objetivo analisar as emoções no processo terapêutico, deve considerar tanto as ocorrências das subcategorias de RELATO de Relato de estados motivacionais ou tendências a ação quanto as classes relativas ao qualificador Tom emocional.

<b>Cliente relata melhora ou progresso terapêutico</b>
--

<b>Sigla: MEL</b>
-------------------

<b>Nome resumido: MELHORA</b>
-------------------------------

<b>Categoria tipo: estado</b>
-------------------------------

### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Relatos de ganhos terapêuticos: Cliente relata ganhos em metas importantes ou positivas, ou diminuição de problemas com relação a queixas médicas ou à suas queixas terapêuticas.

Exemplos:

➤ C: *Eu fiquei muito orgulhoso quando eu vi que eu dei conta de fazer aquilo.*

[MEL]

➤ C: *Estou me sentindo muito bem. Depois da internação assim: todos os meus problemas acabaram, sabe - fisicamente falando.* [MEL]

(2) Relatos de mudanças positivas no comportamento de terceiros: Cliente relata melhoras com relação ao comportamento de terceiros que têm relação com a queixa apresentada pelo cliente.

Exemplo:

➤ C: *As coisas estão bem mais tranquilas... O P. está mais atencioso... ele está entendendo que eu preciso de alguns momentos nos quais eu preciso cuidar das minhas coisas, ficar um pouco comigo mesma...* [MEL]

(3) Relatos de autocontrole: Relato de medidas de autocontrole ou medidas que o cliente tomou por conta própria para mudar certos comportamentos ou situações.

Exemplos:

- C: *então eu comecei a caminhar toda noite, antes de ir dormir.* [MEL]
- C: *Você vê que eu estou bem mais controlada.* [MEL]
- C: *Ao contrário do que eu vinha fazendo, ontem eu imaginei cenas calmas, e isso me ajudou a relaxar e pegar no sono mais rapidamente.* [MEL]
- C: *É como eu te disse, na semana passada. Eu tô começando a fazer isso, sabe. Eu tô me impondo mais pra sair, pra conhecer gente, entendeu? Tô conhecendo mais gente.* [MEL]

(4) Relatos de autoconsciência: Cliente relata que descobriu, tomou consciência ou passou a aceitar ou compreender eventos dos quais ele até então não havia se dado conta ou não havia compreendido, sugerindo explicitamente um ganho do ponto de vista terapêutico (com verbalizações do tipo “agora eu entendo”, ou “agora faz sentido”, “é isso!”, “é claro!” etc.). Esse tipo de verbalização é conhecido na literatura clínica sob o termo *insight*.

Exemplo:

- C: *Depois da sessão passada eu fiquei pensando em tudo o que a gente conversou e vi que, de fato, o casamento acabou há muito tempo... acho que eu estou com medo de assumir isso e correr todo o risco.* [MEL]

### **Caracterização geral da categoria**

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

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

Quando o cliente descreve fatos ocorridos que exemplificam a situação descrita por ele como MELHORA, categorize MELHORA.

**Cliente formula metas**

**Sigla: MET**

**Nome resumido: METAS**

**Categoria tipo: estado**

### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Planejamento de estratégia: Cliente contribui com planos para mudar sua estratégia de ação por conta própria.

Exemplo:

➤ C: *Eu acho que um primeiro passo deve ser eu ir com uma amiga a um restaurante.* [MET]

(2) Proposta de ações futuras: Cliente propõe ações futuras (solicitadas ou não pelo terapeuta) para a solução de problemas específicos.

Exemplos:

➤ T: *E o que você pretende fazer a respeito disso?* [SRE]

C: *Vou ligar para ela e conversar sobre o que aconteceu.* [MET]

➤ C: *Tomei uma decisão... eu vou pedir a dissolução da sociedade com meus irmãos* [MET]

### **Caracterização geral da categoria**

METAS contempla verbalizações do cliente nas quais ele descreve seus projetos, planos ou estratégias para a solução de problemas trazidos como queixas para a terapia.

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Verbalizações que começam com “eu acho que...”, “penso que o melhor a fazer é...”, quando se referem a projetos e ações futuras do cliente, devem ser classificadas como METAS, e não RELATO.

(b) Relatos de desejos ou vontades são considerados como descrição de Estados motivacionais e/ou tendências a ação e, portanto, categorizados como RELATO apenas quando se referem a tendências imediatas a ação. Quando se referem a projetos futuros ou propostas de ações a serem executadas fora da terapia, devem ser categorizada como METAS.

Exemplo:

➤ C: *Tenho uma vontade de falar umas poucas e boas para aquela fulaninha* [REL].

C: *Um dia ainda vou conseguir fazer isso* [MET].

(c) Na dúvida entre RELATO e METAS, categorize RELATO.

(d) METAS diferencia-se de MELHORA porque a última é apenas um relato de eventos e medidas já ocorridos, enquanto a primeira inclui descrição de planos e ações a serem executados.

### **Cliente estabelece relações entre eventos**

**Sigla:** CER

**Nome resumido:** RELAÇÕES

**Categoria tipo:** estado

**Estão inclusos nessa categoria**

(1) Estabelecimento de relações explicativas: Cliente fornece razões para seu comportamento ou de terceiros ou estabelece relações explicativas ou causais - relações do tipo "se... então".

Exemplos:

➤ C: *Eu acho que eu trabalho tanto porque assim eu evito discussões em casa.* [CER]

➤ C: *É um bloqueio, estou lutando contra isso.* [CER]

(2) Identificação de regularidades, relações de contigüidade ou de correlação entre eventos: Cliente descreve sua observação sobre padrões recorrentes de comportamentos seus ou de terceiros ou identifica eventos correlacionados ou temporalmente próximos, sem explicitar caráter causal.

Exemplos:

➤ C: *É engraçado... todas as vezes que eu quero as coisas de verdade, elas acabam não dando certo.* [CER]

➤ C: *É sempre assim... todas as vezes que ele chega em casa tarde, ele arruma algum motivo pra brigar, e aí eu não consigo dizer pra ele o quanto me deixa nervosa a hora que ele chega...* [CER]

(3) Atribuição de diagnóstico: Cliente atribui diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas de terceiros, dele mesmo ou do terapeuta.

Exemplos:

➤ C: *Eu acho que estou deprimindo...* [CER]

➤ C: *Essa história de ficar desviando a atenção o tempo inteiro me parece muito com o Déficit de Atenção. Eu acho que meu pai tinha isso também...* [CER]

➤ C: *Hoje eu acho até que ela tá com Síndrome do Pânico, porque ela tá com umas coisas...* [CER]

(4) Estabelecimento de síntese: Sínteses ou conclusões formuladas sobre seu comportamento ou sobre outros eventos, independentemente da concordância do terapeuta (desde que tal síntese sugira uma razão ou explicação para algum comportamento do cliente ou de terceiros).

Exemplo:

➤ C: *Aí eu fico pensando... Quem mais me deixa tão irritada dessa forma? Só pode ser a minha mãe... eu estou agindo com ele da mesma forma como eu ajo com a minha mãe.* [CER]

(5) Inferências: Suposições sobre a ocorrência de sentimentos de terceiros que não tenham sido relatadas ou descritas por qualquer pessoa.

Exemplos:

➤ C: *Eu fiquei com dó... fiquei preocupada com ele... um sentimento que eu acho que ele não tem por mim...* [CER]

➤ C: *Ele tá fazendo aquilo obrigado, pra não me chatear, porque naturalmente ele não faria isso...* [CER]

(6) Previsão sobre eventos futuros: Cliente supõe a ocorrência futura de eventos ou comportamentos seus ou de terceiros.

Exemplo:

➤ C: *Meu único receio é quer isso mascare uma situação entende? Que a gente possa sentir depois de um ano ou dois que a gente tiver nosso filho...* [CER]

(7) Reflexões que conduzem a razões, a explicações ou a análises de conseqüências: Cliente discorre a respeito de seus pensamentos ou reflexões sobre determinado tema, elaborando algum tipo de relação explicativa, causal ou de regularidade entre eventos, ou levantando alternativas de ação e suas possíveis conseqüências (análise de conseqüências).

Exemplos:

➤ C: *Eu fico pensando... pra que serve tudo isso? A gente trabalha, trabalha, aí porque a gente trabalha tanto, acha que tem o direito de comprar tudo o que é bobagem... e aí se endivida até não poder mais... e precisa trabalhar mais e mais... que sentido tem?* [CER]

➤ C: *Eu até tava lendo uma reportagem lá na sala de espera dizendo o porquê que mulher chora tanto... eu pensei... será que é uma coisa de mulher então?* [CER]

➤ C: *Aí a gente acabou discutindo feio... [REL] aí quando acontece isso eu fico pensando... de que adiantou tanto investimento nessa história? Eu me dedico, me dedico, pra isso? Me dá uma tristeza isso...* [CER]

### **Caracterização geral da categoria**

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

### **Critérios de inclusão e exclusão**

(a) RELAÇÕES inclui todo o raciocínio apresentado dentro de uma mesma verbalização, imediatamente antes da formulação de uma conclusão ou de uma explicação, incluindo a descrição de eventos que dão elementos para a relação estabelecida.

(b) O início de ocorrência de uma verbalização do tipo RELAÇÕES é marcado tipicamente por palavras do tipo “porque”, “então”, “assim...”, “é que...”, “eu acho que...”, “eu fico pensando...”. Entretanto, o simples uso de tais termos, ou a descrição de eventos em seqüência ou eventos temporalmente próximos não caracteriza necessariamente a ocorrência de um estabelecimento de RELAÇÕES. Uma verbalização deste tipo só é categorizada como RELAÇÕES quando faz referência a padrões recorrentes, relações de contigüidade ou explicações.

(c) Verbalizações do cliente que ocorrem imediatamente após uma solicitação de reflexão por parte do terapeuta são tipicamente caracterizadas como RELAÇÕES, a não ser que o cliente desvie o assunto ou solicite mais informações.

(d) Quando o cliente afirma que não consegue ou que tem dificuldade em entender o porquê algum evento ocorre, embora não contenham nenhuma relação estabelecida, indicam uma tentativa de estabelecimento de relações ou sugerem que esse é um evento irregular e que, portanto, não haveria explicação para sua ocorrência. Em qualquer dos casos, a verbalização do cliente deve ser categorizada como RELAÇÕES.

(e) Quando uma pergunta é feita como parte de uma relação estabelecida pelo cliente, ou como pedido de confirmação de relação estabelecida pelo cliente, não é registrada a categoria SOLICITAÇÃO; apenas registre a ocorrência da categoria RELAÇÕES.

(f) Na dúvida entre RELAÇÕES e SOLICITAÇÃO, categoriza SOLICITAÇÃO.

(g) Reflexões do cliente que apenas discorrem sobre pensamentos ou sentimentos do cliente com relação a eventos, mas sem estabelecer nenhum tipo de relação causal, explicativa, correlacional ou de contigüidade entre eventos não são categorizadas como RELAÇÕES, e sim em RELATO.

(h) Em uma verbalização que estabelece relações de contigüidade entre eventos, deve estar explícito no relato do cliente que ele estabelece relação entre os eventos. Caso contrário, categorize RELATO. A mera descrição de eventos em seqüência temporal não caracteriza o estabelecimento de RELAÇÕES. Na dúvida entre RELAÇÕES e RELATO, categorize RELATO.

(i) Na dúvida entre RELAÇÕES e RELATO, categorize RELATO.

### **Cliente relata concordância ou confiança**

**Sigla: CON**

**Nome resumido: CONCORDÂNCIA**

**Categoria tipo: estado**

### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Avaliações favoráveis sobre o terapeuta: Cliente expressa julgamento ou avaliação favorável a respeito de sugestões, análises ou afirmações emitidas pelo terapeuta, sejam estas imediatamente antecedentes ou não.

Exemplos:

➤ C: *É. Você tem razão. Eu ando evitando muito certas coisas.* [CON]

C: *Legal.. boa idéia...* [CON] *Ainda hoje vou ligar pro meu orientador... aí vou conversar sobre a data da defesa com ele.* [REL]

(2) Relatos de esperança: Cliente relata que está esperançoso de que o trabalho terapêutico poderá ajudá-lo.

Exemplo:

➤ C: *sabe... eu não sou muito de acreditar em terapia... mas dessa vez estou achando que eu vou conseguir resolver meus medos* [CON]

(3) Relatos de satisfação: Cliente relata satisfação ou contentamento com os resultados alcançados com a ajuda do terapeuta.

Exemplo:

➤ C: *Você é uma das responsáveis, é, você, de uma forma assim, muito inteligente, tá sabendo me conduzir assim, entre aspas* [CON], *porque eu to tendo mais discernimento, sabendo o que é mais conveniente e o que não é e to tentando encontrar o caminho, não é? Sem tanto medo de ser feliz.* [REL].

(4) Relatos de seguimento de solicitação de reflexão: Cliente relata ter refletido a respeito de interpretações ou recomendações dadas pelo terapeuta.

Exemplo:

➤ C: *Essa semana eu pensei bastante naquilo que a gente conversou na última sessão [CON]... de fato, a melhor coisa a fazer é eu ficar em casa por mais um tempo, e depois eu penso se quero me separar ou não [MET]... você tinha mesmo razão. [CON]*

(5) Indicações de atenção: Comentários breves ou expressões vocais curtas emitidas pelo cliente, que sugerem que ele está prestando atenção e que o terapeuta deveria continuar falando. Comentários apresentados após uma descrição do terapeuta, que inferem a continuidade da descrição, sugerindo interesse no assunto e demonstrando que está atento ao relato.

Exemplos:

➤ C: *claro...* [CON]

➤ C: *Certo...* [CON]

➤ T: *é importante que você procure se concentrar nas datas dos...*

C: *nos prazos de inscrição...* [CON]

(6) Indicações de entendimento: Verbalizações que sugerem compreensão ou entendimento de uma informação, interpretação ou recomendação apresentada pelo terapeuta, seguidas ou não da descrição de eventos que corroboram a análise ou descrição apresentada.

Exemplo:

➤ C: *é... faz sentido... sou eu quem devo escolher as minhas coisas... deixar os outros decidirem por mim é fácil, mas eu só adio o problema* [CON]

(7) Exclamações de concordância: Comentários em forma de exclamação, apresentados após a descrição de eventos por parte do terapeuta, consistentes com o assunto relatado e que indicam interesse nele.

Exemplos:

➤ C: *É mesmo?* [CON]

➤ C: *Não acredito!*[CON]

➤ C: *Nossa!* [CON]

### **Caracterização geral da categoria**

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

### **Critérios de inclusão / exclusão**

- (a) Quando, imediatamente após uma análise ou recomendação do terapeuta, o cliente apresenta uma descrição de eventos que corroboram a análise ou concordam com a recomendação do terapeuta, categorize CONCORDÂNCIA, e não RELATO.
- (b) Quando a concordância é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da concordância, é registrada unicamente a ocorrência da categoria CONCORDÂNCIA.
- (c) Na dúvida entre CONCORDÂNCIA e RELATO, categorize RELATO.
- (d) Quando o cliente relata uma MELHORA e, na mesma sentença, atribui ao terapeuta a responsabilidade ou o mérito por esta melhora, cada trecho da sentença deve ser categorizado de acordo com a categoria apropriada.
- (e) Na dúvida entre MELHORA E CONCORDÂNCIA, categorize MELHORA.
- (f) Quando o cliente relata concordância com uma verbalização do terapeuta e, em seguida, relata algum projeto de mudança ou de ação (META), cada trecho da sentença deverá ser categorizado de acordo com a categoria apropriada.
- (g) Na dúvida entre META E CONCORDÂNCIA, categorize META.

**Cliente se opõe, recusa ou reprov**

**Sigla: OPO**

**Nome resumido: OPOSIÇÃO**

**Categoria tipo: estado**

**Estão incluídos nesta categoria**

(1) Queixas ou reclamações sobre a terapia: Cliente queixa-se do terapeuta ou do tratamento, descreve falhas deste ou critica suas ações, características ou aparência.

Exemplo:

➤ C: *Esta técnica de time-out não está funcionando com meu filho.* [OPO]

(2) Relatos de descontentamento: Cliente relata seu descontentamento com o terapeuta, a terapia e/ou certos pontos da terapia ou diz ao terapeuta que ele não o está ajudando em sua queixa.

Exemplo:

➤ C: *Eu acho que você e seu programa de tratamento não atingem os meus padrões para a terapia.* [OPO]

(3) Indicações de contradição: Cliente aponta discrepâncias ou contradições no discurso do terapeuta (seja em tom confrontativo ou agradável). (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

Exemplo:

➤ C: *Até a semana passada, você disse que eu deveria respeitar o meu ritmo e agora você vem me cobrar que eu estou indo devagar demais...* [OPO]

(4) Relatos de sentimentos negativos: Relato do cliente de que não gosta do terapeuta ou de algo que ele faça ou que não está sentindo-se bem com algum aspecto relativo ao comportamento do terapeuta.



Exemplo:

➤ C: *Eu não gosto do jeito que você me olha... parece que tem dois faróis na minha cara...* [OPO]

(5) Ironia dirigida ao terapeuta: Comentários de qualquer natureza feitos em tom sarcástico ou hostil com relação ao terapeuta. Cliente ri de algo que o terapeuta disse ou fez. (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

Exemplo:

➤ C: *Se você pensa que isto vai funcionar, você está louco.* [OPO]

(6) Relatos de incredulidade: Comentários do cliente que sugerem incredulidade a respeito de qualquer verbalização ou ação do terapeuta ou que sugerem que o terapeuta não tem conhecimento ou experiência suficiente para ajudá-lo.

Exemplos:

➤ C: *Que idade você tem?* [SOL] *Você parece tão novinha...* [OPO]

➤ C: *Eu vi no seu currículo Lattes que você tem bastantes publicações.* [REL] *Você tem experiência mesmo ou é daqueles acadêmicos que fica atrás da escrivantina?* [OPO]

(7) Pedidos de interrupção: Ordens ou pedidos de parada ou mudança do comportamento do terapeuta dentro da sessão ou da própria sessão.

Exemplo:

➤ C: *Pare de perguntar sobre isso. Eu não quero mais falar sobre esse assunto.* [OPO]

(8) Ameaças: Cliente apresente qualquer tipo de ameaça ao terapeuta.

Exemplo:

➤ C: *Acho que você não ta entendendo... sabe porque eu parei a minha última terapia? Porque eu arrebentei todo o consultório dele...* [OPO]

(9) Recusas: Cliente se nega a falar a respeito de um tema solicitado pelo terapeuta ou se recusa a se engajar em algum exercício.

Exemplo:

➤ *Eu não estou interessado em ensaio comportamental. Eu não sou um ator.* [OPO]

(10) Desvios do assunto: Verbalizações do cliente que ocorrem imediatamente após uma solicitação de relato por parte do terapeuta e que fogem completamente do assunto solicitado, quer o cliente explicita ou não seu interesse em mudar de assunto.

Exemplo:

➤ T: *Você já se deu conta que o seu único critério para a escolha de um curso é o que ele tem de chato?* [INT] (situação na qual terapeuta e cliente discutem a escolha de um curso universitário)

C: *Minha cabeça está doendo...* [OPO]

(11) Recusas de elogios: Cliente discorda ou se opõe a um elogio feito pelo terapeuta.

Exemplo:

➤ T: *Você está muito bonita hoje.* [APR]

C: *Não to bonita. Tô com uma roupinha velha que eu achei.*[OPO]

(12) Relatos de não seguimento: Cliente relata o não seguimento de alguma recomendação do terapeuta ou que fez algo que o terapeuta havia desaconselhado, em tom hostil ou de desafio ou acompanhado de crítica à tarefa proposta. (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

Exemplos:

➤ C: *Eu falei pra você que eu não ia fazer o que você me pediu.* [OPO]

➤ C: *Não consegui fazer aquele exercício. Aliás, eu o achei muito idiota.* [OPO]

### **Caracterização geral da categoria**

OPOSIÇÃO é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente expressa discordância, julgamento ou avaliação desfavoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta.

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Simples correção de fatos não é codificada como OPOSIÇÃO.

Exemplo:

➤ T: *Você mora na Rua Cardoso de Almeida, né?* [SRE]

C: *Não, é na Rua Tupi.* [REL]

(b) A categoria OPOSIÇÃO deve se referir apenas a afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta. Não inclui reclamações e observações negativas sobre outros assuntos, pessoas etc., dentro ou fora da sessão de terapia. Estas declarações entram em outras categorias, conforme sua adequação.

(c) OPOSIÇÃO também é codificada para comportamentos não verbais de não seguimento. Estes comportamentos devem acontecer em seguida a uma recomendação ou a um comando de parada do terapeuta dentro da sessão.

Exemplo:

➤ T: *Vamos ver se a gente se concentra no exercício?*[REC]

C: *Levanta para pegar uma bala.* [OPO]

(d) Se um pedido é apresentado ao terapeuta em tom claramente hostil, sarcástico, de desafio ou como uma ordem, não categorize SOLICITAÇÃO, e sim OPOSIÇÃO, ainda que esta resposta tenha sido solicitada pelo terapeuta. Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(e) Na dúvida entre OPOSIÇÃO e SOLICITAÇÃO, categorize SOLICITAÇÃO.

(f) Quando o cliente culpa o terapeuta por qualquer tipo de problema que ele está descrevendo, não é categorizado RELATO, mas sim OPOSIÇÃO.

(g) Quando OPOSIÇÃO é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da OPOSIÇÃO, é registrada unicamente a ocorrência da categoria OPOSIÇÃO. OPOSIÇÃO inclui todas as declarações que explicam o porquê o cliente discorda do terapeuta.

(h) O relato do cliente de que não fez alguma tarefa, ou de que fez algo que o terapeuta desaconselha, é considerado OPOSIÇÃO apenas quando em tom hostil ou desafiador, ou quando acompanhado de crítica à tarefa ou recomendação proposta. Quando não há essas características, utilize a categoria RELATO. Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(i) Na dúvida entre OPOSIÇÃO e RELATO, categorize OPOSIÇÃO.

(j) Quando, imediatamente após uma análise ou recomendação do terapeuta, o cliente verbaliza concordância, mas sugere que apesar disso, não consegue mudar ou fazer o que foi proposto ou que é culpa sua (do cliente) das coisas estarem assim, categorize OPOSIÇÃO. OPOSIÇÃO inclui verbalizações do tipo “Sim, mas...”.

Exemplo:

➤ T: *Você pode imaginar como ela deve ter se sentido?* [SRE]

C: *Sim, mas eu a conheço melhor que qualquer um e acho que não foi nada demais.* [OPO]

(k) Uma resposta do cliente que preencha os critérios anteriormente descritos é considerada OPOSIÇÃO, mesmo que tenha sido solicitada pelo terapeuta.

(l) Verbalizações como “certo”, “hmm hmm”, “ok”, quando ditas sarcasticamente, em tom hostil, desafiador ou sugerindo que o terapeuta seja mais rápido ou conclua logo seu raciocínio, não devem ser categorizada como CONCORDÂNCIA, e sim como OPOSIÇÃO. (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(m) Quando o cliente retoma uma análise apresentada anteriormente pelo terapeuta (ou mesmo quando ele afirma que concordou com a análise) como justificativa para o seu fracasso em efetuar uma mudança desejada, ou para o não engajamento em algo que havia sido planejado, classifique OPOSIÇÃO.

(n) Na dúvida entre OPOSIÇÃO e CONCORDÂNCIA, categorize OUTRAS.

### **Outras verbalizações do cliente**

**Sigla:** COU

**Nome resumido:** OUTRAS VOCAL CLIENTE

**Categoria tipo:** estado

### **Estão incluídos nesta categoria**

(1) Acertos ocasionais: Acertos ocasionais de horário e/ou local da sessão.

Exemplo:

➤ C: *Então fica as quatro na semana que vem?* [COU]

(2) Recuperações de assunto: Descrição de diálogos ou assuntos anteriormente discutidos, somente em casos nos quais essa descrição foi solicitada pelo terapeuta devido a este ter perdido ou esquecido o rumo da discussão ou após alguma interrupção, para retomada do assunto.

Exemplos:

➤ T: *Do que mesmo que a gente tava falando?* [TOU]

C: *Sobre a minha mãe.* [COU].

➤ C: (após interrupção da sessão): *Então, você estava me falando sobre a medicação...* [TOU].

(3) Outras respostas verbais do cliente: Verbalizações ocasionais alheias ao tema em discussão e que não cabem em nenhuma categoria anterior.

Exemplos:

➤ C: *Posso fumar?*[COU]

➤ C: *Nossa, que calor.* [COU]

➤ C: *Acho melhor marcar o endereço aqui.* [COU]

### **Caracterização geral da categoria**

Esta categoria contempla verbalizações do cliente não classificáveis nas categorias anteriores. Inclui também verbalizações do cliente ao cumprimentar o terapeuta em sua chegada ou partida, anúncios de interrupções ou comentários ocasionais alheios ao tema em discussão.

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) São considerados OUTRAS VOCAL CLIENTE comentários ocasionais, ou seja, verbalizações do cliente que não acarretam em continuidade do assunto (seja por parte do terapeuta ou do cliente). Um comentário desse tipo deve ser seguido por continuidade do assunto que estava em discussão anteriormente.

Exemplo:

➤ C: *Esse quadro é novo? Eu nunca havia notado ele aqui.*

### **Cliente permanece em silêncio**

**Sigla:** CSL

**Nome resumido:** C SILÊNCIO

**Categoria tipo:** estado

Esta categoria deve ser selecionada quando uma resposta verbal do tipo estado do cliente é encerrada sem que uma nova resposta verbal do tipo estado do mesmo falante seja iniciada.

Quando não há outra resposta verbal do cliente do tipo estado, a categoria C SILÊNCIO deve ser mantida ativada, mesmo se outra categoria verbal do tipo evento do terapeuta ocorrer.

**Eixo I-4. Categorização do comportamento verbal não vocal do cliente.**  
**As categorias a seguir referem-se à comunicação não vocal (Gestos comunicativos).**

Comunicação não vocal do cliente implica em respostas motoras, gestos ou expressões faciais que são substitutas comuns de verbalizações, isto é, ações cujo significado é compartilhado entre emissor e receptor. Gestos comunicativos e expressões faciais são considerados apenas quando ocorrem na ausência de qualquer verbalização e ocorrerem nitidamente como signos da interação terapeuta-cliente; por exemplos: balançar a cabeça como sim ou não; apontar.

São categorizados por meio das categorias abaixo, semelhantes às de seus correspondentes verbais:

**Respostas não-vocais de facilitação/concordância**

**Sigla: CCN**

**Nome resumido: CONCORDÂNCIA CLIENTE**

**Categoria tipo: evento**

**Estão inclusos nesta categoria**

- (1) Aceno com a cabeça: Fazer que “sim” com a cabeça, sugerindo concordância, interesse no assunto ou ação do interlocutor e/ou solicitando a continuidade da fala do interlocutor.
- (2) Gesto de aprovação: Consiste em levantar o polegar enquanto os outros dedos permanecem fechados (“jóia”, “ok”).
- (3) Gestos ou expressões faciais de aprovação: Gestos ou expressões que concordam com o relato do outro falante ou que sugerem cuidado/ acolhimento.
- (4) Gestos ou expressões faciais de negação ou preocupação: Gestos ou expressões que sugerem concordância ou compreensão com relação a uma verbalização do interlocutor ou cuidado/ acolhimento.

**Caracterização geral da categoria**

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

**Respostas não-vocais de discordância**

**Sigla: DC**

**Nome resumido: DISCORDÂNCIA CLIENTE**

**Categoria tipo: evento**

### **Estão inclusos nesta categoria**

- (1) Balançar a cabeça lateralmente: Fazer que “não” com a cabeça, sugerindo discordância, descrença, reprovação com relação à fala ou ação do interlocutor.
- (2) Gesto de reprovação: Consiste em abaixar o polegar enquanto os outros dedos permanecem fechados.
- (3) Gestos ou expressões faciais de reprovação, negação ou preocupação: Sugerem discordância, descrença, reprovação com relação a uma verbalização do interlocutor.

### **Caracterização geral da categoria**

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

### **Respostas não-vocais de pedido/ordem/comando/incentivo**

**Sigla:** COM

**Nome resumido:** COMANDO CLIENTE

**Categoria tipo:** evento

### **Estão inclusos nesta categoria**

- (1) Movimentos da cabeça: Em sentido ascendente em direção a algum objeto ou evento (como se apontando o objeto com a cabeça), sugerindo que o terapeuta olhe em direção ou pegue o objeto.
- (2) Gestos com o indicador: Apontando algum objeto ou evento.
- (3) Gesto com as mãos espalmadas: Mãos espalmadas em direção a algum objeto ou evento, sugerindo que o terapeuta olhe ou se dirija ao ponto indicado;
- (4) Gesto com as mãos espalmadas, com a palma da mão dirigida ao interlocutor: Mãos espalmadas, com a palma dirigida ao interlocutor, sugerindo ordem de parada ou interrupção da verbalização ou ação em curso.
- (5) Gestos ou expressões de pedido, ordem, comando ou incentivo: Gestos ou expressões faciais que sugerem pedido, ordem, comando ou incentivo com relação a uma verbalização ou a uma solicitação de confirmação por parte do terapeuta.

### **Caracterização geral da categoria**

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

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

COMANDO CLIENTE precede DISCORDÂNCIA CLIENTE. Quando em dúvida entre gestos de COMANDO CLIENTE ou DISCORDÂNCIA CLIENTE, categorize COMANDO CLIENTE.

#### **Outras Respostas não-vocais**

**Sigla:** GCO

**Nome resumido:** GESTOS OUTROS CLIENTE

**Categoria tipo:** evento

### **Caracterização geral da categoria**

Respostas motoras, gestos ou expressões faciais do cliente que ocorrem na ausência de qualquer verbalização, cujo significado não é contemplado nas categorias anteriores. Devem ocorrer nitidamente como signos da interação terapeuta-cliente.

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

- (a) GESTO OUTROS CLIENTE só deve ser categorizado quando ocorrerem gestos claramente comunicativos e relevantes. Mudanças sutis na expressão facial do terapeuta não devem ser consideradas nessa categoria.
- (b) Quando ocorrem gestos ou expressões faciais de negação ou preocupação, e houver dúvida sobre seu significado ser relacionado a reprovação, negação ou discordância ou a cuidado/acolhimento, categorize GESTO OUTROS.

#### **Registro Insuficiente**

**Sigla:** CIN

**Nome resumido:** INSUFICIENTE CLIENTE

**Categoria tipo:** estado

### **Caracterização geral da categoria**

Verbalizações do cliente cujo conteúdo está ininteligível devido a problemas no áudio do filme, ou qualquer outro problema que impeça sua identificação e categorização.

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

- (a) Verbalizações são categorizadas como INSUFICIENTE CLIENTE apenas quando são ininteligíveis, ou seja, não puderem ser identificadas mesmo depois de terem sido observadas por pelo menos três vezes.
- (b) Falas interrompidas do cliente cujo conteúdo identificável não é suficiente para a categorização em uma das categorias anteriores são classificadas como INSUFICIENTE CLIENTE.

## **Eixo I-5. Categorização do Qualificador 1: TOM EMOCIONAL**

**As categorias a seguir referem-se ao tom emocional do comportamento verbal do terapeuta e do cliente (Qualificador 1).**

Este qualificador descreve variações na topografia da resposta verbal do terapeuta ou do cliente, codificadas com base no afeto sugerido pelas propriedades dinâmicas do comportamento verbal vocal (tom e inflexão da voz, alterações em sua velocidade ou força) e pelas expressões faciais que acompanham a fala ou os gestos comunicativos (em especial movimentos dos lábios e sobrancelhas). A figura que acompanha cada qualificador tem como objetivo ilustrar o tom emocional descrito.

A categorização deste qualificador deve ser feita especificamente a partir das propriedades dinâmicas da fala e das expressões faciais, mesmo que elas sejam discordantes do conteúdo expresso na verbalização. Uma fala que relate tristeza, por exemplo, caso seja apresentada acompanhada de sorrisos, será categorizada em seu TOM EMOCIONAL como EMOÇÃO POSITIVA.

Não há especificação, neste Qualificador, sobre a categoria ser do tipo Evento ou Estado, uma vez que ela é indexada a uma Categoria de resposta verbal.

Para a melhor compreensão da categorização do tom emocional, segue-se um glossário de termos (adaptado a partir de Vieira, 1975 e Crystal, 1980):

Aproximação palpebral: Operação que consiste no deslocamento da pálpebra superior em direção à pálpebra inferior e no deslocamento da pálpebra inferior em direção à pálpebra superior, no sentido do eixo transversal mediano da superfície visível do globo ocular, de tal forma que resulta na diminuição da distância interna entre as pálpebras e na diminuição da superfície visível (para o observador) do globo ocular.

Canto da boca para baixo: Os cantos da boca são deslocados para baixo no sentido do eixo transversal mediano da abertura bucal. Geralmente observado no chorar.

Cenho triste: As pontas internas das sobrancelhas são torcidas e ligeiramente levantadas e as extremidades externas são abaixadas.

Intensidade da voz: Quantidade de energia acústica de um som. A intensidade depende das variações na pressão do ar. A sua unidade de medida corrente é o decibel.

Lábios apertados: Os lábios superior e inferior ficam em contato ao longo do eixo longitudinal da abertura bucal, pressionados, juntos e voltados para dentro da boca.

Lábios trêmulos: O lábio inferior é deslocado para cima e para baixo, no sentido do eixo transversal mediano da abertura bucal, seguidamente (geralmente a boca está entreaberta). Observado no chorar ou antecedendo as vocalizações de choro.

Pálpebras comprimidas: Consiste no fechamento do olho e concomitante deslocamento dos cantos interno e externo do olho em direção ao centro da área visível do globo ocular, resultando num enrugamento das pálpebras.

Sobrancelhas abaixadas: As extremidades internas das sobrancelhas são aproximadas e abaixadas em direção à base do nariz, ocorrendo um deslocamento para baixo, em direção à pálpebra, da sobrancelha em toda a sua extensão.



Sobrancelhas erguidas: Consiste no deslocamento das sobrancelhas para cima em direção à testa. O deslocamento pode ser da sobrancelha em toda a sua extensão ou mais freqüentemente das extremidades internas.

Sorrisos largos: Sorrisos nos quais os lábios encontram-se afastados, sendo tipicamente acompanhados de vocalizações de risadas.

Sorrisos fechados: Sorrisos nos quais os lábios são mantidos em contato ao longo do eixo longitudinal da abertura bucal.

Testa franzida: A testa apresenta rugas no sentido horizontal, formando linhas transversais ao eixo longitudinal da face (observada concomitantemente com “sobrancelhas erguidas”).

Tom da voz: Termo usado em fonética perceptiva para designar uma sensação auditiva ligada à ordenação dos sons numa escala de "baixo" a "alto" (conhecido também como grave a agudo) em correspondência com a ordenação das respectivas freqüências.

**+2 Emoção positiva intensa**

**Sigla: PO2**

**Nome resumido: POSITIVO2**



#### **Caracterização da categoria**

Caracteriza-se por fala em tom e intensidade elevados, eventualmente acelerada, acompanhada de risadas ou gargalhadas, sugerindo animação, alegria, diversão, exclamação, grata surpresa, encantamento, excitação ou euforia. A expressão facial tipicamente é caracterizada por sorrisos largos e sobrancelhas erguidas.

**+1 Emoção positiva leve**

**Sigla: PO1**

**Nome resumido: POSITIVO1**



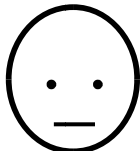
#### **Caracterização da categoria**

Caracteriza-se por falas em tom e intensidade regulares ou levemente elevados e/ou expressão facial com sorrisos fechados, sugerindo afeto, afabilidade, simpatia, solicitude, interesse, empatia, preocupação. A expressão facial pode também exibir testa franzida, sobrancelhas erguidas ou sobrancelhas abaixadas ou cenho triste, desde que tal expressão seja consistente com o conteúdo da mensagem relatada pelo interlocutor, sugerindo interesse, cuidado, empatia, preocupação. Na dúvida entre POSITIVO1 e NEUTRO, categorize NEUTRO.

**+0 Emoção neutra**

**Sigla: NTR**

**Nome resumido: NEUTRO**



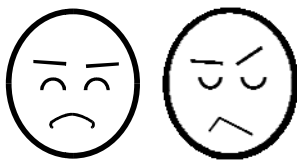
**Caracterização da categoria**

Caracteriza-se por falas em volume e intensidade regulares e/ou expressão facial com sobrancelhas em repouso ou levemente abaixadas e boca fechada. Sugere afeto neutro, direto, calmo. Na dúvida entre POSITIVO1, NEGATIVO1 e NEUTRO, categorize NEUTRO.

**-1 Emoção negativa leve**

**Sigla: NE1**

**Nome resumido: NEGATIVO1**



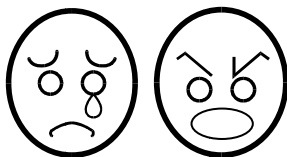
**Caracterização da categoria**

Caracteriza-se por padrão de fala entrecortada, trêmula, apresentando variações leves de tom e intensidade. Podem ocorrer interrupções entre palavras, sugerindo que a pessoa está fazendo uma pausa para controlar os efeitos da emoção sobre o padrão da fala. A expressão facial pode ser caracterizada por olhos lacrimejados, cenho triste, cenho franzido, sobrancelhas abaixadas, pálpebras comprimidas, lábios apertados ou trêmulos, os cantos da boca para baixo, ou os olhos levemente arregalados. Sugere leve tristeza ou comoção, medo, ansiedade, irritação, aflição, desconforto, aborrecimento, vergonha ou constrangimento. Quando há ocorrência de choro, acompanhada de ruídos característicos e/ou verbalizações ou expressões faciais que sugerem intensa reprovação, acusação, raiva, ira ou desprezo, categorize NEGATIVO2. Na dúvida entre NEGATIVO1 e Neutro, categorize NEUTRO.

**-2 Emoção negativa intensa**

**Sigla: NE2**

**Nome resumido: NEGATIVO2**



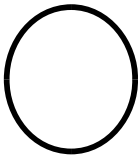
**Caracterização da categoria**

Caracteriza-se por falas em tom e intensidade elevados, podendo ocorrer gritos e/ou voz trêmula ou acelerada, apresentando variações bruscas de tom e intensidade. A expressão facial é caracterizada tipicamente por lábios apertados ou trêmulos, aproximação palpebral ou sobrancelhas abaixadas. Pode ser acompanhado de choro moderado ou intenso. Sugere intensa hostilidade, raiva, ira, desprezo, reprovação, tristeza ou desespero. Pode ser acompanhada de choro intenso. Qualquer verbalização apresentada em tom de ironia dirigida ao outro participante deve ser categorizada nesse qualificador.

**Emoção Outros**

**Sigla: UTT**

**Nome resumido: OUTROS**



**Caracterização da categoria**

Esta categoria é utilizada quando não é possível identificar qual das categorias anteriores corresponderia ao tom, a voz ou a expressão facial do participante.

**Eixo I-6. Categorização do Qualificador 2: GESTOS ILUSTRATIVOS**

**As categorias a seguir referem-se aos gestos ilustrativos que acompanham o comportamento verbal do terapeuta e do cliente (Qualificador 2).**

Assim como o Qualificador Tom Emocional da Interação, não há especificação neste Qualificador sobre a categoria ser do tipo Evento ou Estado.

**Gestos ilustrativos**

**Sigla: GIL**

**Nome resumido: ILUSTRATIVOS**

**Caracterização da categoria**

Qualquer movimento das mãos, dos braços ou da cabeça que acompanha a fala e que está diretamente relacionado à fala, mas que, isoladamente, não é um substituto de uma verbalização. Caracterizado por movimentos motores: movimentos simples, repetitivos, rítmicos, que não apresentam uma relação óbvia com o conteúdo semântico da fala que ele acompanha.

**Descanso de gestos**

**Sigla: DSC**

**Nome resumido: DESCANSO GESTOS**

**Caracterização da categoria**

Esta categoria é utilizada quando não há a ocorrência de gestos ilustrativos.

## **EIXO II CATEGORIAS REFERENTES AO TEMA DA SESSÃO.**

### **Eixo II-1. Categorização do tema da sessão.**

Este eixo de categorização deve ser categorizado independentemente do falante. No caso do software *The Observer*, isso é obtido configurando-se no item *sujeitos* um terceiro sujeito, denominado *Sessão*.

O Eixo II prevê adaptações de modo a responder às especificidades do caso clínico estudado. Quando há algum tema central tratado pelo cliente nos dados da sessão, que não consta na presente de categorias, o tema deve ser acrescentado ao rol e considerado na análise. As categorias referentes ao tema são descritas a seguir:

#### **Relação terapêutica**

**Sigla: RTR**

**Nome resumido: REL TER**

**Categoria tipo: estado**

#### **Caracterização da categoria**

O assunto corrente diz respeito a eventos que ocorreram dentro da sessão, na interação do cliente com o terapeuta, ou diz respeito a sentimentos ou impressões do cliente ou do terapeuta um com relação ao outro.

#### **Relações com cônjuge/parceiro**

**Sigla: RCP**

**Nome resumido: REL CÔNJUGE**

**Categoria tipo: estado**

#### **Caracterização da categoria**

O assunto corrente diz respeito ao relacionamento do cliente fora da sessão, que se refira a envolvimento afetivo amoroso com um parceiro/parceira, ou a busca de um parceiro/parceira, independentemente de haver correspondência por parte da outra pessoa. Pode envolver questões de relacionamento tais quais: dificuldades de convivência, queixas, reclamações ou acusações, bem como qualquer tipo de interação – amigável ou não - com pessoas com as quais haja interesse amoroso por parte do cliente, ou com o(a) namorado(a), cônjuge ou companheiro(a).

#### **Critério de inclusão ou exclusão**

Caso o interesse amoroso referir-se ao terapeuta, deve ser categorizado o tema relação terapêutica (REL TER).

**Relações com filhos ou enteados****Sigla: RFI****Nome resumido: REL FILHOS****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

O assunto corrente diz respeito ao relacionamento do cliente fora da sessão com um filho ou enteado. Pode envolver questões de relacionamento tais quais: dificuldades de convivência, queixas, reclamações ou acusações, orientação de pais, bem como o relato de qualquer tipo de interação – amigável ou não.

**Critério de inclusão ou exclusão**

Caso assunto trate de dificuldades com o cônjuge/companheiro em função de qualquer tipo de questão relacionada aos filhos ou enteados, dê preferência ao tema Relação com cônjuge/parceiro (REL CÔNJUGE).

**Relações com pais ou padrastos****Sigla: RPA****Nome resumido: REL PAIS****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

O assunto corrente diz respeito ao relacionamento do cliente fora da sessão, com pais ou padrastos. Pode envolver questões de relacionamento tais quais: dificuldades de convivência, queixas, reclamações ou acusações, bem como qualquer tipo de interação – amigável ou não.

**Critério de inclusão ou exclusão**

Caso assunto trate de dificuldades com o cônjuge/companheiro em função de qualquer tipo de questão relacionada aos pais/padrastos, dê preferência ao tema Relação com cônjuge/parceiro (REL CÔNJUGE).

**Relações com outros familiares****Sigla: RFA****Nome resumido: REL FAM****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

O assunto corrente diz respeito ao relacionamento do cliente com familiares. Pode envolver dificuldades de convivência, queixas, reclamações ou acusações, bem como qualquer tipo de interação – amigável ou não - com familiares que não o cônjuge/companheiro.

**Critério de inclusão ou exclusão**

Caso o assunto trate de dificuldades com o cônjuge/companheiro em função de qualquer tipo de questão relacionada aos familiares, dê preferência ao tema Relação com cônjuge/parceiro (REL CÔNJUGE).

**Trabalho, estudo e/ou carreira****Sigla: TRB****Nome resumido: TRAB EST****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

O assunto corrente diz respeito a questões do cliente relacionadas a trabalho, estudo ou carreira, tanto no que se refere a projetos, decisões, dúvidas, planejamento, problemas de trabalho ou estudo, dificuldades de relacionamento interpessoal que interferem no trabalho ou estudo ou relacionamentos com colegas de trabalho que têm implicações diretas (implicações sugeridas no relato presente do cliente) no trabalho ou estudo.

**Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Quando o assunto se refere a envolvimento afetivo amoroso com qualquer pessoa do trabalho, independentemente de haver correspondência por parte desta, deve ser categorizado o tema Relações com cônjuge/parceiro (REL CÔNJUGE).

(b) Quando o tema se refere a algum familiar ou cônjuge/companheiro(a) com o qual o cliente vivencia relações de trabalho ou estudo, é categorizado o tema Trabalho, estudo e/ou carreira (TRAB EST) apenas quando o assunto em questão disser respeito exclusivamente ao desenvolvimento do trabalho ou estudo; caso contrário, é categorizado o tema correspondente – Relações familiares (REL FAM) ou Relações com cônjuge/parceiro (REL CÔNJUGE ). Na dúvida, dê prioridade a essas categorias.

**Religião****Sigla: RLG****Nome resumido: RELIGIÃO****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

O assunto corrente diz respeito a questões do cliente relacionadas ao seu engajamento em uma determinada crença ou grupo religioso, tanto no que se refere a atividades, cultos, crenças, dúvidas, problemas, dificuldades de relacionamento interpessoal relacionadas às atividades religiosas (relação sugerida no relato presente do cliente).

**Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Quando o assunto se refere a envolvimento afetivo amoroso com qualquer pessoa do grupo religioso, independentemente de haver correspondência por parte da outra pessoa, deve ser categorizado o tema Relações com cônjuge/parceiro (REL CÔNJUGE ).

(b) Quando o tema se refere a algum familiar ou cônjuge/companheiro(a) com o qual o cliente vivencia atividades religiosas, é categorizado o tema RELIGIÃO apenas quando o assunto em questão diz respeito exclusivamente ao desenvolvimento da atividade religiosa; caso contrário, é categorizado o tema correspondente – Relações familiares (REL FAM) ou Relações com cônjuge/parceiro (REL CÔNJUGE ). Na dúvida, dê prioridade a essas categorias.

**Relações interpessoais****Sigla: RIT****Nome resumido: REL INTERP****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

O assunto corrente diz respeito ao relacionamento do cliente com pessoas com as quais ele convive fora da sessão, com exceção da família, relações amorosas e relações profissionais. Pode envolver dificuldades de convivência, queixas, reclamações ou acusações, bem como qualquer tipo de interação – amigável ou não - com outras pessoas que não o terapeuta, família ou cônjuge/companheiro ou relações de trabalho.

**Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) São categorizadas aqui apenas relações interpessoais que não se encaixam em nenhuma das categorias interpessoais anteriores.

(b) Quando o assunto se refere a qualquer tipo de envolvimento afetivo que sugira interesse amoroso ou relações sexuais consentidas, mesmo que não haja efetivamente um relacionamento, deve ser categorizado o tema Relações com cônjuge/parceiro (REL FAM).

(c) Quando o assunto refere-se a questões de relacionamento com pessoas do trabalho ou estudo, mas sem relação direta com o trabalho ou estudo, categorizar-se á o tema Relações Interpessoais (REL INTERP).

(d) Quando o assunto refere-se a questões de relacionamento com pessoas do grupo religioso, mas sem relação direta com a atividade religiosa, categoriza-se o tema Relações Interpessoais (REL INTERP).

**Sentimentos em geral, julgamentos ou tendências a ação****Sigla: STM****Nome resumido: SENTIMENTOS****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

O assunto corrente diz respeito a sentimentos experimentados pelo cliente e eventos a eles relacionados.

**Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Deve ser classificado esse tema apenas quando o foco principal da interação é o sentimento propriamente dito, e não quando um sentimento é citado ou relatado como parte de uma descrição relacionada ao terapeuta, outras pessoas ou queixas psiquiátricas.

(b) A simples menção a um sentimento do cliente ou o relato de um sentimento relacionado a algum evento não é suficiente para sua categorização nesse tema, devendo ser utilizada a categoria correspondente ao evento em questão. Na dúvida, dê prioridade a outras categorias.

(c) O tema Sentimentos em geral, julgamentos ou tendências a ação (SENTIMENTOS) geralmente apresenta algum termo que se refira direta ou indiretamente a um estado emocional ou motivacional e/ou um julgamento ou avaliação. O Esquema básico de palavras emocionais, adaptado de Shaver *et al.* (1987) – readaptado por Brandão (2003),

apresentado na Tabela 8, sugere alguns termos que podem referir-se a estados emocionais.

Tabela 8. Esquema básico de palavras emocionais (adaptado de Shaver *et al.*, 1987 – readaptado por Brandão, 2003).

Amor	Raiva	Alegria
Adoração; Afeição; Amar; Apreciação; Atração; Carinho; Compaixão; Desejo; Estimular; Gamado; Louco de paixão; Gostar; Luxúria, Desejo Ardente; Paixão; Prazeroso; Proteção; Sentimentalidade; Ser cuidado por; Ternura; Vontade	Abominação; Agitação; Amargura; Aversão; Ciúmes; Desdenho; Desgostar (não gostar); Desprezo; Exaltação; Exasperação; Feroz; Frustração; Fúria; Hostilidade; Incomodado; Inveja; Ira; Irritação; Ódio; Raiva; Rancor; Repugnação; Resmungar; Ressentimento; Ser rabugento; Ser zangado; Tormento; Ultrajar; Vingança	Alegria; Alívio; Ânsia; Bem (estar bem); Contentamento; Deleite; Distração (prazer); Ditoso; Diversão; Elação; Emoção; Encanto; Enfeitiçada; Enlevo; Entusiasmo; Esperança; Euforia; Excitação; Êxito; Êxtase; Exultar; Felicidade; Gozo; Jovialidade; Júbilo; Orgulho; Otimismo; Prazer; Relaxado; Satisfação; Sentir-se melhor; Sortudo (feliz); Ventura; Zelo
Tristeza	Medo	Culpa/vergonha
Agonia; Abatido; Alienação; Angústia; Arrasado; Chateado; Chocado; Compaixão; Depressão; Derrota; Desagrado; Desanimado; Desapontado; Desesperança; Desespero; Desgostoso; Desgraçado; Doloroso; Estar na escuridão/tristeza profunda; Fracassado; Infelicidade; Isolado; Machucado; Melancolia; Miséria; Negligenciado; Pena; Pesar; Rejeição; Ruim (estar ruim/estar mal); Saudade; Sofrimento; Solidão; Tristeza	Alarmado; Ansiedade; Apreensão; Assustado; Choque; Confuso; Desgosto; Histeria; Horror; Intranquilidade; Medo; Nervosismo; Pânico; Pavor; Pesaroso; Preocupado; Tensão; Terror	Embaraçado; Arrependimento; Culpado; Humilhado; Inseguro; Insultado; Remorso; Vergonha; Constrangido; Deslocado.

### Questões existenciais

**Sigla:** EXT

**Nome resumido:** EXISTENCIAL

**Categoria tipo:** estado

### Caracterização da categoria

O assunto em pauta diz respeito a questões do cliente sobre a existência, sobre o sentido de determinadas experiências ou de sua própria vida. Assuntos de natureza filosófica ou existencial, em geral, devem ser categorizados nessa temática.

### Critério de inclusão ou exclusão

Essa categoria deve ser utilizada apenas quando o assunto se refere explicitamente a temas de natureza existencial. Na dúvida, dê prioridade a outras categorias temáticas.



**Eventos traumáticos****Sigla:** TRA**Nome resumido:** TRAUMA**Categoria tipo:** estado**Caracterização da categoria**

O assunto corrente diz respeito a eventos experimentados pelo cliente como traumáticos, em especial a situações de violência, eventos que implicaram em risco sério de morte ou lesão, perda de entes queridos, ameaça séria à sua integridade física ou emocional ou eventos a eles relacionados.

**Critério de inclusão ou exclusão**

Deve ser classificado esse tema apenas quando o foco principal da conversação é o evento propriamente dito ou suas decorrências, e não quando o evento é citado ou relatado como parte de uma descrição de outros eventos. Na dúvida, dê prioridade a outras categorias.

**Atividade de fantasia ou jogo****Sigla:** FTS**Nome resumido:** FANT JOGO**Categoria tipo:** estado**Caracterização da categoria**

O assunto em curso trata de eventos que ocorrem durante uma atividade lúdica, de viagem de fantasia, *role-playing*, desenho ou qualquer atividade que envolva arte ou fantasia como recursos terapêuticos.

**Critério de inclusão ou exclusão**

Atividades de fantasia ou jogo (FANT JOGO) deve ser categorizado durante a atividade propriamente dita e/ou a qualquer momento em que o assunto tratado na interação terapêutica se refere diretamente a uma atividade ou jogo realizado ou a ser realizado.

**Desenvolvimento de técnicas/procedimentos ou entrevistas padronizados****Sigla:** TEC**Nome resumido:** TÉCNICA**Categoria tipo:** estado**Caracterização da categoria**

O assunto em curso trata de eventos que ocorrem durante a aplicação de uma técnica ou procedimento padronizado (com exceção de viagens de fantasia, *role-playing*, desenho ou qualquer atividade que envolva arte ou fantasia como recursos terapêuticos) ou ainda durante a aplicação de entrevistas ou de escalas de avaliação padronizadas.

**Critério de inclusão ou exclusão**

A categorização nesse tema deve ser feita apenas durante a aplicação ou desenvolvimento da técnica ou entrevista ou quando da apresentação do resultado de

alguma avaliação por parte do terapeuta decorrente desses procedimentos ou escalas/entrevistas. Qualquer outro momento em que o terapeuta ou o cliente se referem a essas técnicas ou procedimentos deve ser categorizado no tema correspondente da conversação. Na dúvida, dê prioridade a outras categorias.

### **Queixas psiquiátricas e sintomas médicos**

**Sigla: QXS**

**Nome resumido: QUEIXAS**

**Categoria tipo: estado**

#### **Caracterização da categoria**

O assunto corrente diz respeito a (a) desconforto físico, descontentamento, desprazer ou dor relacionados a problemas de saúde - doenças ou sintomas físicos, estímulos interoceptivos ou proprioceptivos - incluindo a descrição de procedimentos médicos relacionados; (b) sintomas relacionados a quadros psiquiátricos, bem como tratamentos e procedimentos médicos e psicológicos, medicação, bem como procedimentos tomados pelo paciente, familiares ou outros em situações de crise.

#### **Critério de inclusão ou exclusão**

A categorização nesse tema deve ser feita apenas quando esse é o foco principal da conversação. Qualquer outro momento em que o terapeuta ou o cliente se referem a essas queixas, sintomas ou diagnóstico, deve ser categorizado o tema correspondente da conversação. Na dúvida, dê prioridade a outras categorias.

### **Silêncio**

**Sigla: SLC**

**Nome resumido: SILÊNCIO**

**Categoria tipo: Estado**

#### **Caracterização da categoria**

Essa categoria é utilizada quando ambos os participantes se encontram em silêncio.

### **Outros temas**

**Sigla: OTM**

**Nome resumido: OUTROS**

**Categoria tipo: estado**

#### **Caracterização da categoria**

Essa categoria é utilizada quando não é possível identificar o tema principal da conversação ou quando o tema em curso não se refere a nenhum dos anteriormente previstos.

**Eixo II-2. Categorização do Qualificador 1: Tempo no qual o assunto é tratado.**

Este eixo contém categorias que modificam o tema da verbalização, em função do tempo no qual o assunto é tratado.

**Aqui e agora na sessão**

**Sigla: AGR**

**Nome resumido: AQUI AGORA**

**Categoria tipo: estado**

**Caracterização da categoria**

O assunto em curso trata de eventos que estão ocorrendo no momento da sessão, na interação terapêutica ou em qualquer evento presente no momento da sessão.

**Tempo atual fora da sessão**

**Sigla: PRE**

**Nome resumido: PRESENTE**

**Categoria tipo: estado**

**Caracterização da categoria**

O assunto em curso é tratado em tempo presente e se refere a eventos ocorridos na semana do cliente ou eventos recentes tratados pelo cliente e/ou pelo terapeuta no tempo presente. Assuntos tratados como referidos à “semana passada” ou “esses dias” são considerados como Tempo atual fora da sessão (PRESENTE).

**Tempo passado**

**Sigla: PAS**

**Nome resumido: PASSADO**

**Categoria tipo: estado**

**Caracterização da categoria**

O assunto em curso se refere a eventos tratados pelo terapeuta e/ou pelo cliente no tempo passado, com exceção de relatos de eventos recentes (ocorridos nas semanas anteriores ao relato). Na dúvida entre PRESENTE ou PASSADO, categorize PRESENTE.

**Tempo futuro**

**Sigla: FUT**

**Nome resumido: FUTURO**

**Categoria tipo: estado**

**Caracterização da categoria**

O assunto em curso refere-se a eventos tratados pelo terapeuta e/ou pelo cliente no tempo futuro. Podem se referir a projetos, planejamento, fantasias, questões existenciais, etc., desde que sejam eventos que ainda não ocorreram.

**Outros****Sigla: OTT****Nome resumido: OUTROS****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

O assunto em curso se refere a um tempo não previsto nas categorias anteriores.

**Eixo II-3. Categorização do Qualificador 2: Condução do tema da sessão.**

Este modificador tem como objetivo identificar qual dos membros da díade introduz temas novos e em que momento isso ocorre ou, ainda, se o terapeuta ou o cliente mudam de tema ou derivam a partir do assunto corrente.

Para sua categorização, deve ser identificada se a verbalização em questão consiste em tema novo introduzido pelo participante ou se é a continuidade de um assunto em pauta. No caso de tema novo, deve ser identificado se a introdução do tema consiste em novo assunto após esgotamento ou encerramento do assunto anterior, derivação a partir de tema anterior ou mudança de tema.

Em caso de períodos de silêncio de ambos os participantes, deve ser categorizado Ausente (no *The Observer*, usa-se a categoria *Missing*).

**Terapeuta inicia/muda****Sigla: TIN****Nome resumido: T INICIA****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

O terapeuta introduz um assunto novo. Inclui episódios nos quais o terapeuta inicia assunto após finalização do assunto anterior, com ou sem um período de silêncio intermediário, ou episódios nos quais ele muda de assunto, quando o tema em discussão anterior ainda não havia sido encerrado, seja por meio de verbalizações explícitas solicitando a mudança de assunto, seja pela introdução de outro tema não derivado do anterior.

**Cliente inicia/muda****Sigla: CIN****Nome resumido: C INICIA****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

O cliente introduz um assunto novo. Inclui episódios nos quais o cliente inicia assunto após finalização do assunto anterior, com ou sem um período de silêncio intermediário, ou episódios nos quais ele muda de assunto, quando o tema em discussão anterior ainda não havia sido encerrado, seja por meio de verbalizações explícitas solicitando a mudança de assunto, seja pela introdução de outro tema não derivado do anterior.

**Terapeuta deriva****Sigla: TDR****Nome resumido: T DERIVA****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

Terapeuta muda o assunto por derivação do tema que estava em curso anteriormente. O novo tema inserido pelo participante deve ter uma relação explícita com o tema tratado anteriormente. Comumente, a derivação pode se iniciar com expressões como, por exemplo, “isso me lembra aquele episódio...”, “falando nisso...” etc.

**Cliente deriva****Sigla: CDR****Nome resumido: C deriva****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

O cliente muda o assunto por derivação do tema que estava em curso anteriormente. Inclui episódios nos quais é explícita a relação entre o tema tratado anteriormente e o tema novo inserido.

**Continuidade do tema****Sigla: CTN****Nome resumido: CONTINUIDADE****Categoria tipo: estado****Caracterização da categoria**

Este qualificador é categorizado em casos nos quais a inserção de uma nova categoria de tema deu-se por mudança de enfoque no tempo, mas não há mudança de tema da sessão.

**EIXO III****Categorias de registro respostas motoras do terapeuta e do cliente.**

O Eixo III contém categorias referentes a respostas motoras ou outros comportamentos não vocais do terapeuta e do cliente. No presente eixo, são incluídas apenas respostas motoras que não têm nenhuma relação direta com a comunicação vocal. Enquanto os Gestos ilustrativos e os Gestos comunicativos são respostas motoras que, respectivamente, complementam ou substituem a resposta verbal vocal, as respostas motoras do presente eixo ocorrem de forma independente da resposta vocal em curso.

Sua categorização deve ser realizada para cada um dos participantes, individualmente. A seguir, são descritas as categorias componentes do Eixo III.

#### **Auto-estimulação**

**Nome resumido: AST**

**Nome resumido: AUTO ESTIMUL**

**Categoria tipo: estado**

#### **Caracterização da categoria**

Comportamento tais como morder ou lamber os lábios, brincar com os cabelos, beliscar ou manipular a pele com os dedos, coçar, segurar a si mesmo, movimento de bater com as mãos, fricção ou massagem.

#### **Movimentos repetitivos ou de extremidades**

**Sigla: MRP**

**Nome resumido: MOVIM REPET**

**Categoria tipo: estado**

#### **Caracterização da categoria**

(1) Movimentos repetitivos ou estereotipados: Movimentos com o tronco e/ou a cabeça (típicos movimentos autísticos).

(2) Movimentos de extremidades: Movimentos de extremidades geralmente são repetitivos, rápidos e não têm nenhuma relação com a fala. Podem ser (a) movimentos de mãos e braços – movimentos randômicos de mãos e braços, não relacionados à comunicação, por exemplo, não usados para enfatizar, acompanhar ou ilustrar o conteúdo da fala. Por exemplo, tamborilar com os dedos, bater com as mãos nas pernas ou nos braços da cadeira ou (b) movimentos de pés ou pernas - movimentos randômicos de pés e pernas, não relacionados à comunicação, por exemplo, não usados para enfatizar, acompanhar ou ilustrar o conteúdo da fala. Por exemplo, balançar dos pés com as pernas cruzadas; bater repetitivamente com os pés no chão.

#### **Espreguiçar/alongar/bocejar**

**Sigla: BCJ**

**Nome resumido: BOCEJAR**

**Categoria tipo: evento**

#### **Caracterização da categoria**

Movimento que consiste em um alongamento dos membros superiores, acompanhados ou não por alongamento dos membros inferiores. Pode também ser acompanhado de bocejo.

**Outros movimentos ou mudanças gerais de postura****Sigla: OPT****Nome resumido: POSTURA OUTROS****Categoria tipo: evento****Caracterização da categoria**

Esta categoria é utilizada quando o participante realiza qualquer movimento do tronco, da cabeça ou dos membros, não identificado nas categorias anteriores.

Inclui também qualquer troca de posição do tronco, incluindo inclinação do tronco para frente ou para trás ou (re)cruzamento de pernas.

É também categorizada aqui qualquer tipo de ação do participante (terapeuta ou cliente) que implica em saída de sua poltrona para acender as luzes, abrir janelas, ligar algum aparelho etc.

**Postura em repouso****Sigla: EST****Nome resumido: POSTURA REPOUSO****Categoria tipo: estado**

Esta categoria é utilizada quando o participante se encontra, qualquer que seja a posição do tronco ou da cabeça, sem nenhuma mudança de postura, movimento repetitivo ou de auto-estimulação.

A ocorrência de comportamentos motores contemplados nos outros eixos (tais como gestos) não cancela a ocorrência de postura em repouso, devendo permanecer, nesse caso, o registro de ambas as categorias.

*O desenvolvimento de um treino sistemático para observadores*

Uma vez que o *Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica* havia sido plenamente definido e testado com relação à concordância entre observadores, considerou-se necessário o desenvolvimento de um treino sistemático de observadores. Tal proposta tinha em vista a padronização do treino para o uso do sistema em outras condições ou equipes de pesquisadores.

Para o desenvolvimento do treino, optou-se por uma metodologia compatível com as propostas analítico-comportamentais de ensino individualizado (Holland & Skinner, 1969/1975; Skinner, 1968/1972). Tinha-se em vista uma condição de treino na qual o observador pudesse emitir respostas de escolha, simultaneamente à apresentação das categorias. Esta condição de treino condiz com a noção de aprendizagem ativa, na

qual respostas do indivíduo, a partir de uma instrução, seriam seguidas por conseqüências imediatas (Skinner, 1972) e o conteúdo é apresentado de forma que o nível de dificuldade é implementado gradualmente.

O treino foi elaborado de forma a conter dois pacotes de atividades sequenciais (433 atividades divididas em 15 séries para treino das categorias referentes ao terapeuta e 265 atividades divididas em 9 séries para as categorias referentes ao cliente)<sup>6</sup>. As atividades foram desenvolvidas utilizando-se o software *Clic*®.

As definições e especificações de cada categoria são apresentadas subdivididas em segmentos ao longo do treino. Cada tela do treino é composta por um segmento da definição de uma categoria, conforme a Figura 2.

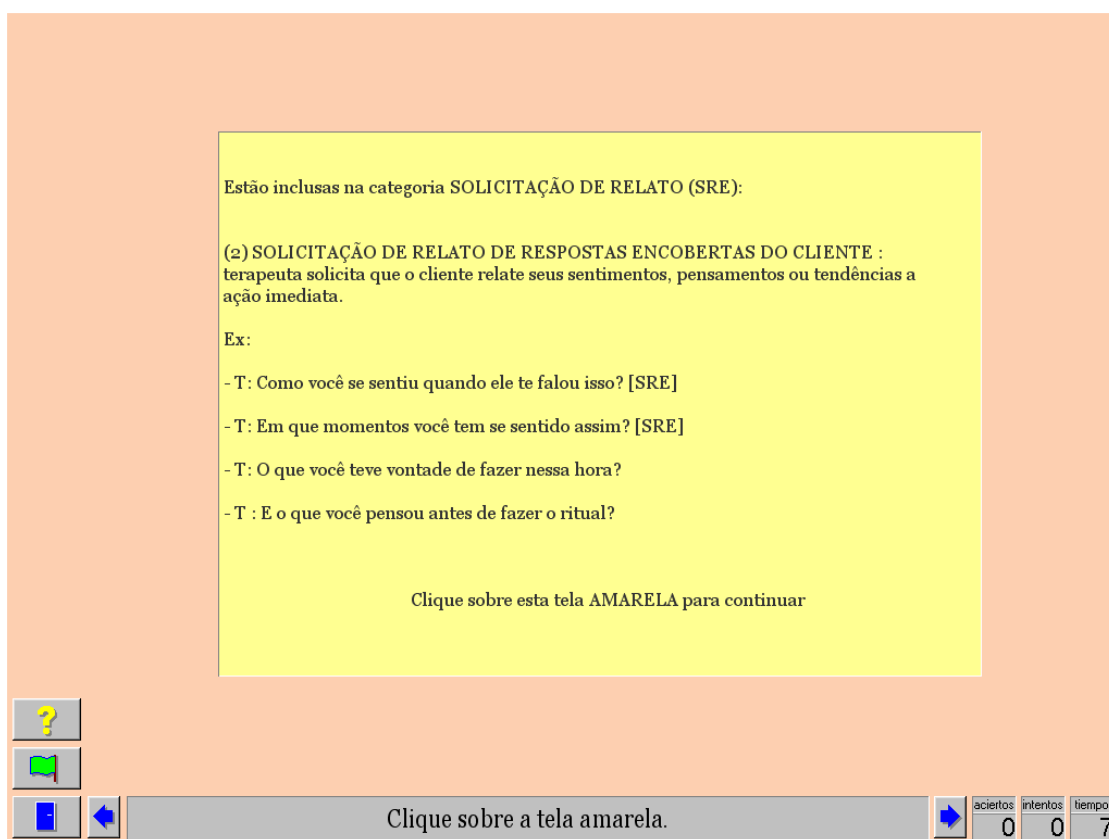


Figura 2. Exemplo de tela de treino no qual é apresentado um segmento de definição da categoria SOLICITAÇÃO DE RELATO do terapeuta.

<sup>6</sup> O software de treinamento de observadores desenvolvido para este trabalho encontra-se em um Mini-CD anexo a esta tese.



Após a leitura de um segmento de definição, o observador deve selecionar com o *mouse* sobre a tela de instrução, tendo acesso a um exercício correspondente ao trecho da categoria instruído. No exercício, ele é apresentado a uma situação de escolha entre dois trechos de transcrição de sessão, no qual deve selecionar aquela que corresponde à definição apresentada, conforme a Figura 3. O trecho de transcrição utilizado para comparação com o trecho correto é claramente diferente da categoria em questão, ou refere-se a outra categoria, previamente apresentada na seqüência do treino.

The screenshot shows a training interface with a light green background. At the top, it reads: "T1.2. O segmento de verbalização do terapeuta que caracteriza SOLICITAÇÃO DE RELATO é:" followed by a dropdown menu. Below this, two options are presented: (A) and (B). Option (A) contains a dialogue between a therapist (C) and a client (T) about a grandfather's shouting. Option (B) contains a dialogue about family problems and feelings of guilt. At the bottom of the green area, it says "CONSULTE O RESUMO DA DEFINIÇÃO DA CATEGORIA NA BARRA INFERIOR". Below the green area is a toolbar with icons for help, a flag, and a blue square. At the very bottom, a grey bar contains the category definition: "SOLICITAÇÃO DE RELATO contempla verbalizações do terapeuta nas quais ele solicita ao cliente descrições a respeito de ações, eventos, sentimentos ou pensamentos." To the right of this bar are three small boxes labeled "aciertos", "intentos", and "tiempo", with values 0, 0, and 1 respectively.

Figura 3. Exemplo de tela de treino na qual é apresentada uma atividade de identificação da categoria SOLICITAÇÃO DE RELATO do terapeuta.

No exercício em questão, em caso de erro, a casela de escolha torna-se vermelha e a tela de exercício permanece aberta. Em caso de acerto, a tela muda automaticamente para o próximo segmento de instrução. Ao final de cada série (uma série compreende a apresentação integral de uma categoria), alguns exercícios adicionais são apresentados,

aumentando a dificuldade da resposta de escolha, por meio da apresentação de trechos de interação que envolvem maior similaridade entre categorias. Ao final da série, são também apresentados alguns exercícios de comparação a partir de trechos de sessão gravados em vídeo (os trechos em questão representam episódios fictícios de sessão, que foram gravados por atores especialmente para este fim), conforme a Figura 4.

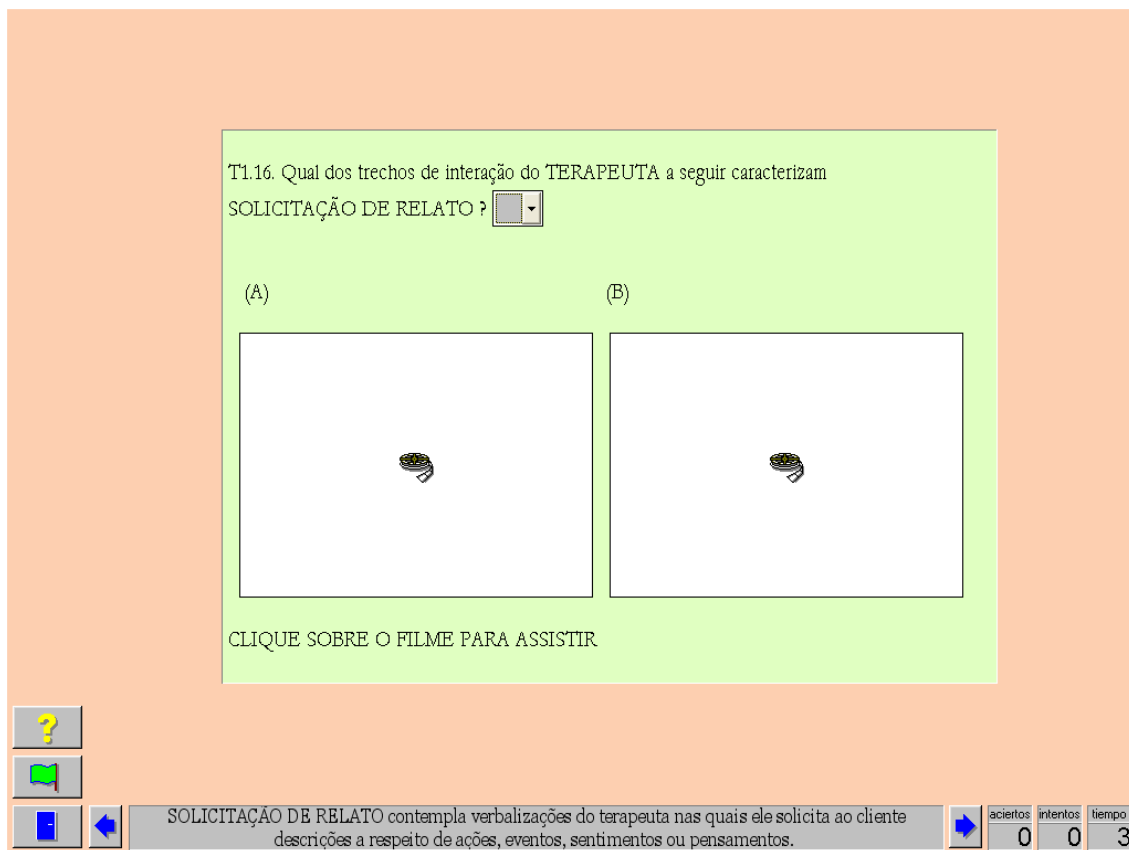


Figura 4. Exemplo de tela de treino no qual é apresentada uma atividade de identificação da categoria SOLICITAÇÃO DE RELATO do terapeuta a partir de trechos fictícios de sessão terapêutica, gravados em vídeo.

Ao final da apresentação de todas as categorias verbais e qualificadores, uma série de exercícios é apresentada, na qual o observador deve selecionar, dentre todas as categorias disponíveis, aquela que melhor representa o trecho de transcrição ou vídeo apresentado, conforme as Figuras 5 e 6.

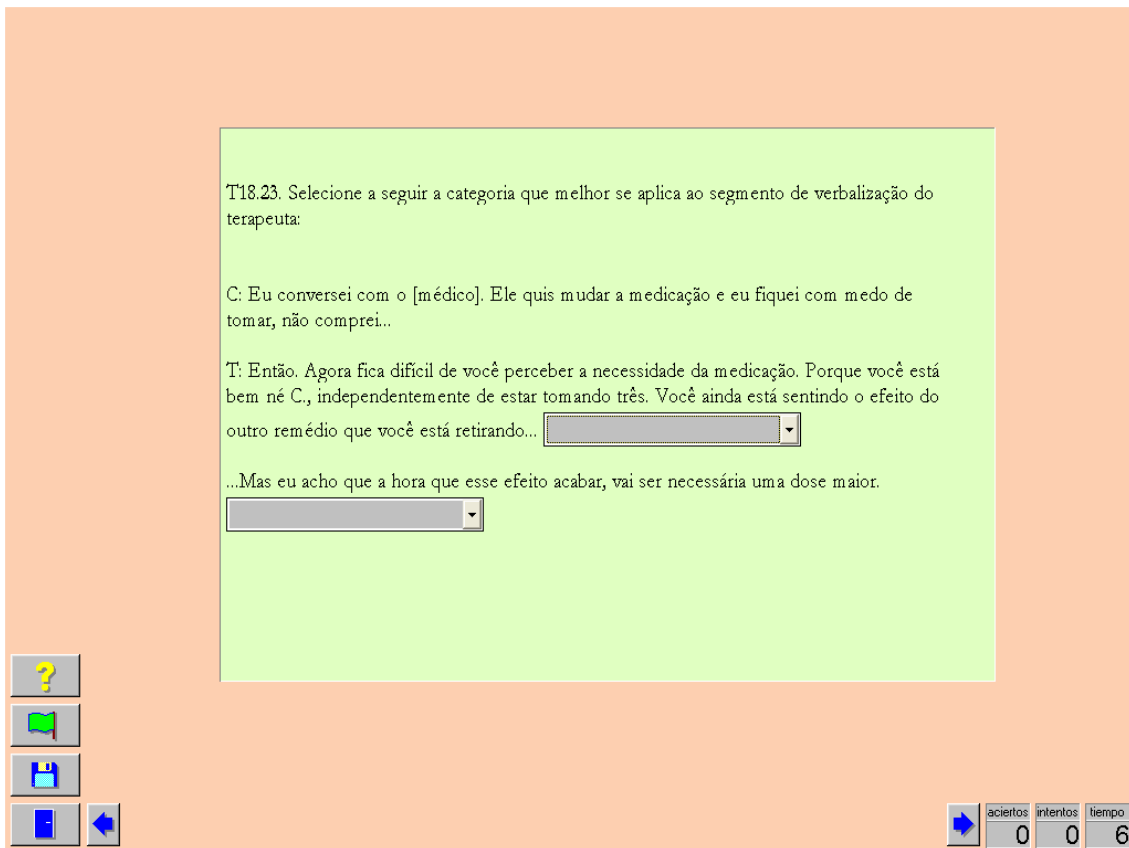


Figura 5. Exemplo de tela referente aos exercícios finais do treino do terapeuta.

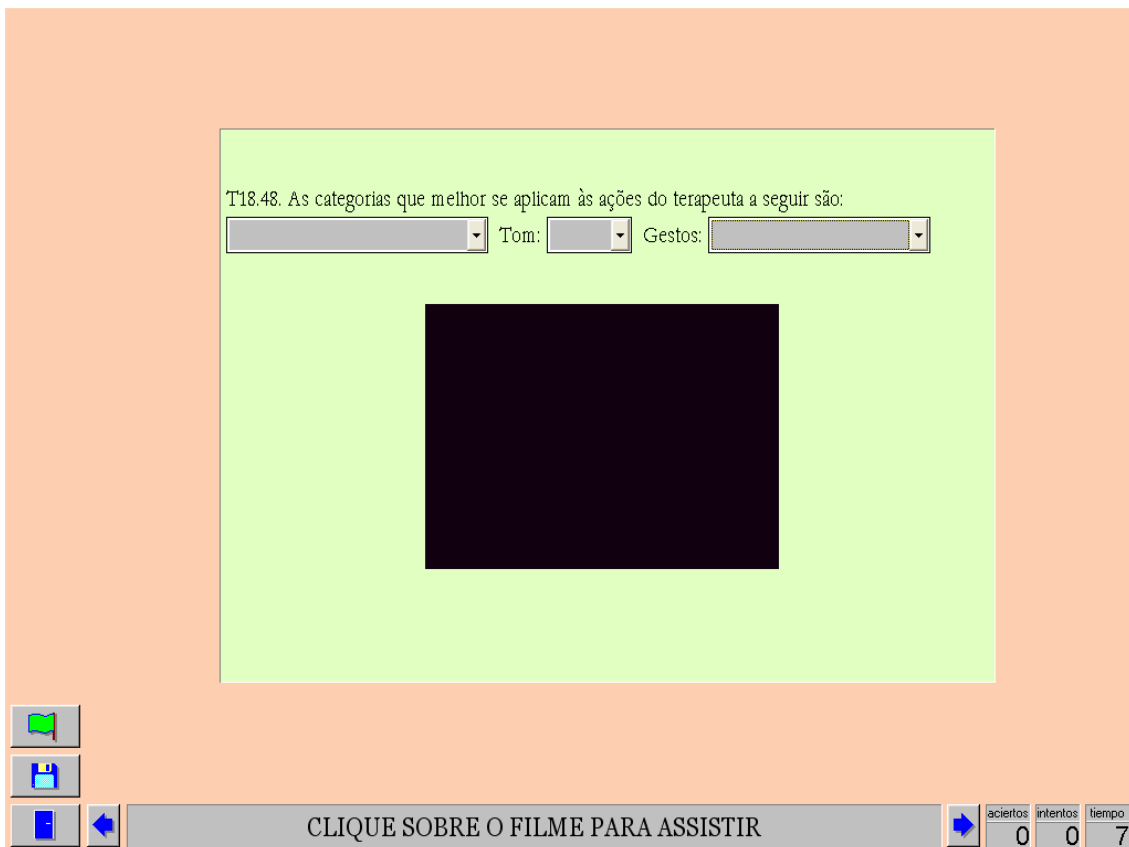


Figura 6. Exemplo de tela referente aos exercícios finais do treino do terapeuta.

A série final do treino apresenta instruções e critérios para a inserção das categorias no software *The Observer*®, incluindo o momento no qual deve se dar o início de categorização dos eventos, especificações de categorias do tipo evento ou estado, quando inserir a categoria Silêncio etc.

#### *Aplicação do treino sistemático para observadores e novo estudo de concordância*

Após o desenvolvimento do treino de observadores, um novo observador (Observador 2) foi a ele submetido e orientado para o manuseio do software *The Observer*. O observador então categorizou as respostas verbais do terapeuta e do cliente, com seus respectivos qualificadores, em trinta minutos de uma sessão terapêutica (sessão 17). Os dados de concordância entre a categorização deste observador e a do pesquisador encontram-se na Tabela 9

Pode-se notar, na Tabela 9, altos índices de concordância entre observadores com relação às categorias do terapeuta, enquanto as categorias do cliente apresentam, em todas as dimensões, índices abaixo do satisfatório. Devido à relevância deste dado, um estudo mais aprofundado sobre as categorias do cliente foi desenvolvido, em busca de se identificar as categorias de maior discordância e possíveis causas.

Tabela 9. Valores obtidos no cálculo de concordância entre o Observador 2 e o pesquisador referente às categorias de Respostas Verbais e Qualificadores, na categorização final de 30 minutos da sessão 17.

<b>Sessao17: Dados referentes ao Comportamento verbal vocal</b>		
	Terapeuta	Cliente
<b>Medida</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor</b>
Duração de concordâncias	1749,07	1105,90
Duração de discordâncias	50,93	767,80
Percentual de concordância	97,17	59,02
Índice de concordância	0,97	0,59
Coeficiente Kappa	0,84	0,36
<b>Sessao17: Dados referentes ao qualificador Tom emocional</b>		
	Terapeuta	Cliente
<b>Medida</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor</b>
Duração de concordâncias	1699,48	656,16
Duração de discordâncias	100,52	1217,54
Percentual de concordância	94,42	35,02
Índice de concordância	0,94	0,35
Coeficiente Kappa	0,73	-0,09
<b>Sessao17: Dados referentes ao qualificador Gestos ilustrativos</b>		
	Terapeuta	Cliente
<b>Medida</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor</b>
Duração de concordâncias	1750,64	1529,3
Duração de discordâncias	49,36	237,27
Percentual de concordância	97,26	86,57
Índice de concordância	0,97	0,87
Coeficiente Kappa	0,84	0,19

*Estudo aprofundado sobre as categorias de comportamentos do cliente*

A Tabela 10, a seguir, contém uma matriz de concordância na qual cada categorização do comportamento da cliente pelo pesquisador é comparada à categorização dos mesmos dados pelo Observador 2, na sessão 17.

Tabela 10. Matriz de concordância (em segundos) entre a categorização de pesquisador (linhas) e o Observador 2 (colunas), referente a cada categoria de respostas verbais da cliente, em 30 minutos da sessão 17.

Pesquisador	Observador 2									
	Solicita	Relata	Melhora	Est Rel	Concord	Oposição	Outras	Insufic	Silencio	Total
Solicita	0	0,97	0	0,2	0	0	0	0,17	0	1,34
Relata	0	696	0	527,3	16,93	0	0,93	0	0	1241
Melhora	0	18	0	59,33	0	0	0	0	0	77,4
Est Rel	0	11,7	0	349	4,34	0	0	0,07	0	365
Concorda	0	0	0	5,2	8,31	0	0	0	0	13,5
Oposição	0	0	0	1,2	0,13	3,23	0	0	0	4,56
Outras	0	0	0	0	0	0	49,84	0	0	49,8
Insuficiente	0	0	0	0	0,16	0	0	0	0	0,16
Silencio	0	9	0	44,1	61,94	0	3,26	2,83	0	121
Total	0	735	0	986,4	91,81	3,23	54,03	3,07	0	1874

Pode-se notar, na Tabela 10, que as maiores discordâncias encontradas foram referentes às categorias RELATO, ESTABELECE RELAÇÕES, SILÊNCIO e MELHORA. De 1240 segundos de interação registrados pelo pesquisador na categoria RELATO, 527 foram categorizados pelo Observador 2 como ESTABELECE RELAÇÕES e 16 como CONCORDÂNCIA. Já o Observador 2 categorizou 986 segundos como ESTABELECE RELAÇÕES, dos quais o pesquisador categorizou 527 como RELATA, 59 como MELHORA, 5 como CONCORDÂNCIA e 44 como SILÊNCIO. Nota-se também que a categoria MELHORA foi registrada pelo pesquisador em 77 segundos, dos quais 18 segundos foram registrados pelo Observador 2 como RELATO e 59 como ESTABELECE RELAÇÕES.

Outro dado que merece atenção é a ausência de registro de SILÊNCIO pelo Observador 2 (rótulo que identifica quando nenhuma categoria de resposta verbal está ocorrendo). Este dado sugere que houve falhas no treino de observadores ou que o Observador 2 deixou de registrar o término dos eventos, uma vez que esta categoria

deve ser utilizada sempre que uma resposta verbal é encerrada sem o início de uma nova resposta do mesmo falante.

Os dados registrados por cada um dos observadores revelam panoramas bastante diversos da sessão, conforme apresentado na Figura 7.

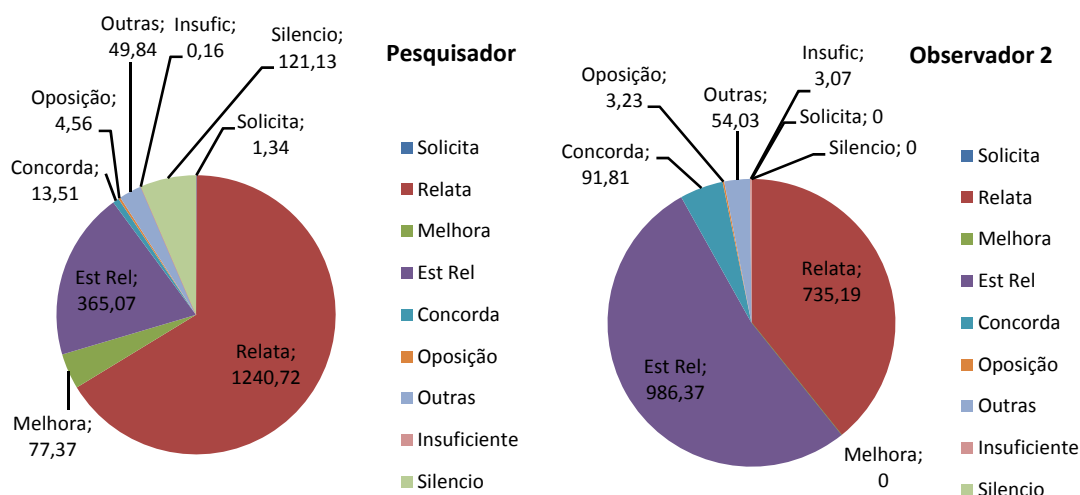


Figura 7. Distribuição das categorias de respostas verbais da cliente de acordo com cada um dos observadores, em 30 minutos da sessão 17.

Nota-se, na Figura 7, que o registro dos dados feito pelo Observador 2 foi muito diferente daquele efetuado pelo pesquisador. De forma a verificar se a origem da discordância foi o treino de observadores ou alguma característica do próprio sistema de categorias, um novo cálculo de concordância com relação a esse mesmo trecho da sessão foi realizado, agora entre o pesquisador e o Observador 1.

Tabela 11. Valores obtidos no cálculo de concordância entre o pesquisador e o Observador 1, referente às categorias de respostas verbais e qualificadores da cliente, na categorização de 30 minutos da sessão 17.

<b>Sessao17: Dados referentes ao comportamento verbal vocal da cliente</b>	
<b>Medida</b>	<b>Valor</b>
Duração de concordâncias	1260,09
Duração de discordâncias	509,31
Percentual de concordância	71,22
Índice de concordância	0,71
Coeficiente Kappa	0,47
<b>Sessao17: Dados referentes ao Qualificador Tom Emocional</b>	
<b>Medida</b>	<b>Valor</b>
Duração de concordâncias	830,68
Duração de discordâncias	938,72
Percentual de concordância	46,95
Índice de concordância	0,47
Coeficiente Kappa	0,12
<b>Sessao17: Dados referentes ao Qualificador Gestos Ilustrativos</b>	
<b>Medida</b>	<b>Valor</b>
Duração de concordâncias	1718,65
Duração de discordâncias	50,75
Percentual de concordância	97,13
Índice de concordância	0,97
Coeficiente Kappa	0,78

Pode-se notar na Tabela 11 que, embora os índices de concordância do pesquisador com o Observador 1 ainda sejam insuficientes, eles são maiores que aqueles obtidos com o Observador 2. Uma análise da concordância com relação a cada categoria encontra-se na Tabela 12, a seguir.

Nota-se que, também com o Observador 1, o maior tempo no qual há divergência na categorização envolve as categorias RELATO e ESTABELECE RELAÇÕES. Dos 1192.32 segundos registrados pelo pesquisador na categoria RELATO, 246 foram registrados pelo Observador 1 em ESTABELECE RELAÇÕES e 38 em OPOSIÇÃO. A pesquisadora, por sua vez, registrou 575 segundos da interação em ESTABELECE RELAÇÕES, dos quais 246 foram registrados pelo pesquisador em RELATO e 77 em



MELHORA. Dos 1011 segundos registrados pelo Observador 1 em RELATO, 93 foram registrados pelo pesquisador em ESTABELECE RELAÇÕES.

Tabela 12. Matriz de concordância (em segundos) entre a categorização de Pesquisador (linhas) e o Observador 1 (colunas) referente a cada categoria de respostas verbais da cliente, na sessão 17.

		Observador 1									
		Solicita	Relata	Melh	Est Rel	Conc	Opos	Outras	Silenc	S/ Reg	Total
Pesquisador	Solicita	0.97	0	0	0	0	0	0	0.37	0	1.34
	Relata	0	903.44	0	246.34	0	37.71	0	4.83	0	1192.32
	Melh	0	0	0	77.37	0.00	0	0	0	0	77.37
	Est Rel	0	93.37	0	250.36	15.34	0	0	6.00	0	365.07
	Conc	0	1.10	0	0	9.83	0	0	2.04	0	12.97
	Opos	0	0	0	0	0	4.56	0	0	0	4.56
	Outras	0	11.20	0	0	0.00	0	3.21	4.77	0.06	19.24
	Silenc	0.16	2.44	0	0	1.12	0.80	3.26	87.72	0	96.37
	S/ Reg	0	0	0	0	0	0.16	0	0	0	0.16
			1.13	1011.55	0	574.94	26.29	43.23	6.47	105.73	0

A Figura 8 mostra a distribuição das categorias conforme registrado pelo Observador 1.

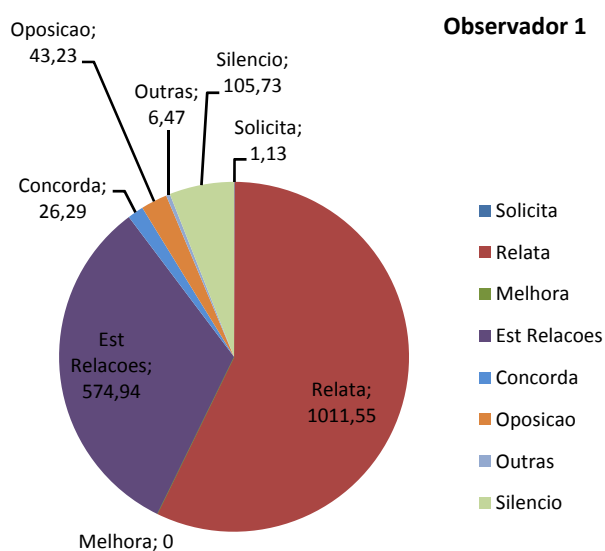


Figura 8. Distribuição das categorias de respostas verbais da cliente pelo Observador 1, em 30 minutos da sessão 17.

Pode-se observar na Figura 8 que, embora o registro do Observador 1 seja mais próximo daquele realizado pelo pesquisador, ainda há diferenças importantes nos dados registrados, quando comparados a qualquer um dos Observadores.

Pode-se observar, na Tabela 13, que em todas as categorias o índice de concordância é baixo. Enquanto o Observador 2 atribuiu o tom NEUTRO a 80% das respostas verbais da cliente, apenas 50% das respostas foram atribuídas pelo pesquisador a este qualificador. A concordância nos qualificadores POSITIVO1 e 2 e NEGATIVO1 e 2, por sua vez, foi praticamente zero.

Tabela 13. Matriz de concordância (em segundos) entre a categorização do pesquisador (linhas) e o Observador 2 (colunas) referente a cada categoria do qualificador Tom emocional, em 30 minutos da sessão 17.

		Observador 2					total
		positivo2	positivo1	neutro	negativo1	negativo2	
Pesquisador	positivo2	0	0	1,96	0	0	1,96
	positivo1	0	0	173,80	0	0	173,80
	neutro	0	111,20	721,00	105,96	0	938,16
	negativo1	0	20,73	647,32	5,24	0	673,29
	negativo2	0	0	52,10	0	0	52,10
	Total	0	131,93	1596,18	111,20	0	1839,31

Os dados referentes ao qualificador Tom emocional revelam a dificuldade para se obter concordância entre observadores em medidas inferenciais. Embora existam alguns marcadores físicos que deveriam identificar a interação em um ou outro tom emocional (por exemplo, a presença de sorrisos fechados em POSITIVO1), parte importante do critério para categorização depende de aspectos mais subjetivos, o que diminui a fidedignidade do dado. Esta característica pode ter sido responsável pelo baixo índice de concordância no registro deste qualificador com relação ao comportamento da cliente, em todos os testes de concordância realizados.

Tabela 14. Matriz de concordância (em segundos) entre a categorização do pesquisador (linhas) e o Observador 2 referente a cada categoria do Qualificador Gestos Ilustrativos, em 30 minutos da sessão 17.

Pesquisador	Observador 2			
	Descanso Gestos	Ilustrativos	Sem Registro	Total
Descanso Gestos	31,35	0	0,56	31,91
Ilustrativos	142,77	1497,95	0,24	1640,96
Sem Registro	8,36	85,34	0	93,7
Total	182,48	1583,29	0,80	1766,57

Pode-se observar, na Tabela 14, que a maior discordância ocorreu em episódios nos quais um dos observadores deixou de registrar a ocorrência de gestos ilustrativos. Uma vez que o software não permite a inclusão de uma categoria verbal vocal sem a inserção da categoria referente a gestos ilustrativos, pode-se depreender que a discordância neste qualificador foi decorrente da discordância no registro de silêncio ou de gestos comunicativos no Eixo I – Respostas Verbais.

#### *Algumas considerações sobre a categorização do comportamento da cliente*

Uma análise dos possíveis fatores responsáveis pela inconsistência dos dados obtidos entre diferentes observadores, com relação ao comportamento da cliente, faz-se necessária.

Um primeiro aspecto que merece ser apontado com relação ao Observador 2 é de ordem operacional. Por motivos pessoais, este Observador teve apenas um final de semana disponível para a categorização, data na qual ocorreu um problema no software, cujo conserto ocupou grande parte do tempo. Os comportamentos e qualificadores do terapeuta e da cliente foram registrados em um curto intervalo de tempo, sendo categorizados primeiramente os comportamentos do terapeuta e em seguida os da cliente. É possível que parte da discordância seja devida à fadiga do observador ao

categorizar os dados da cliente, uma vez que estes foram finalizados após uma jornada de cerca de oito horas. Algumas características dos dados registrados, tais como a ausência de registro de SILÊNCIO da cliente, sugerem que este também pode ter sido um fator relevante. Considerada esta condição de registro do dado, a alternativa mais apropriada seria a disposição de uma nova oportunidade para categorização, o que não foi possível, uma vez que esta disparidade dos dados só foi identificada no momento final de análise.

Outra questão diz respeito à natureza da interação nas sessões estudadas. Enquanto o terapeuta apresentava falas curtas e pontuais, as verbalizações da cliente eram muito longas, e os assuntos eram apresentados em seqüência quase ininterrupta, dificultando a delimitação de mudanças na natureza da fala. Além da complexidade do conteúdo da fala, é possível que o tom pouco variável e as longas falas tenham favorecido a distração dos observadores, podendo induzir a erro na categorização do comportamento desta participante.

Outro fator que deve ser considerado é a necessidade de aperfeiçoamento de critérios de exclusão, principalmente entre as categorias RELATA, ESTABELECE RELAÇÕES e MELHORA. Ambos os observadores (1 e 2) relataram dificuldade em diferenciar trechos nos quais a cliente estava relatando eventos de trechos nos quais ela apresentava elementos para o ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES. Problema semelhante ocorreu com a categoria MELHORA: houve dificuldade para a diferenciação entre MELHORA e RELATO, especialmente quando o relato de melhora consistia na descrição do evento que foi considerado pelo cliente como MELHORA.

Estas questões levantam a necessidade de uma nova revisão do Sistema de categorias verbais do cliente. Faz-se necessário, também, incluir no treino de observadores, instruções mais destacadas sobre a necessidade de se categorizar

SILÊNCIO sempre que uma resposta verbal não for seguida por outra classe de resposta. Um aperfeiçoamento do treino de observadores, especialmente com relação às categorias do cliente parece ser, portanto, necessário.

Com relação ao tom emocional, as diferenças encontradas parecem ser devidas ao caráter inferencial das categorias, já que há poucos marcadores físicos que delimitam uma ou outra categoria. Uma sugestão para o uso deste qualificador é que a equipe de pesquisa estabeleça critérios específicos de delimitação a partir do conjunto de dados disponível, tendo como referência as variações de comportamento de cada participante.

Cabe ainda ressaltar a necessidade de que a categorização das sessões, para fins de concordância ou de análise de dados, seja feita em condições favoráveis. No presente trabalho, o número de horas investidas no trabalho de categorização foi de duas a quatro horas para cada eixo de categorização, para cada um dos participantes, o que implica um tempo considerável e requer atenção e concentração. O categorizador deve também estar ciente da necessidade de rever definições e critérios de exclusão continuamente, a cada dúvida levantada, o que requer disponibilidade para discussões e revisões com a equipe de pesquisa.

Quando forem encontradas diferenças muito importantes entre observadores, há a necessidade do desenvolvimento de treinos adicionais dos pesquisadores e a revisão em equipe dos critérios para categorização. Diferentes tipos de erro podem levar a inconsistência na categorização; quando a discordância parece ser decorrente de entendimento equivocado da definição, é importante a revisão em equipe dos critérios de categorização e nova categorização. No caso de diferenças devido a características e conceitos do observador a respeito dos eventos categorizados – especialmente no caso do tom emocional – deve ser discutida a melhor condução: ou a equipe estabelece

critérios consensuais caso a caso, ou as diferenças individuais entre categorizadores devem ser consideradas e analisadas.

### **Estudo 3. Aplicação do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica em um conjunto de sessões de terapia analítico-comportamental.**

O presente estudo visa à observação, categorização e análise de três sessões de terapia analítico-comportamental, de modo a ilustrar a aplicação do Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos.

#### **Método**

##### *Participantes*

Foram participantes dessa etapa da pesquisa:

(1) uma díade terapeuta-cliente para a gravação de sessões de atendimento, composta de (a) um terapeuta analítico-comportamental do sexo masculino, com vinte e cinco anos de experiência clínica e (b) uma cliente de 32 anos, grávida, com queixa relacionada a problemas matrimoniais, sem diagnóstico psiquiátrico prévio.

##### *Participantes*

Tanto o participante cliente quanto o terapeuta assinaram um termo de consentimento, no qual autorizaram a utilização dos dados para a pesquisa, conforme consta no Anexo 1.

##### *Material e equipamentos*

Os materiais e equipamentos utilizados neste estudo foram:

(1) Duas filmadoras digitais da marca Sony;

- (2) Um Kit Observer Video-Pro Complete, Set-up, Noldus Information Technologies. Trata-se de um sistema informatizado para análise comportamental. É composto pelo *Video-Pro Software*, um *decoder MPEG2 High Quality Encode* e um computador DELL. MM01 Dell PC com monitor 17”;
- (3) Softwares *Microsoft Word e Excel* e
- (4) Três sessões de terapia registradas por meio de gravação em vídeo.

#### *Procedimento de coleta de dados*

O procedimento de coleta dos dados do Estudo 3 foi análogo ao procedimento utilizado para a realização do Estudo 2.

##### *(1) Seleção dos dados para análise*

Foram selecionadas, para o presente estudo, as sessões 3, 11 e 17 de modo a se obter uma amostra de três diferentes momentos do processo terapêutico.

##### *(2) Preparação dos dados para categorização*

A preparação dos dados para a categorização do Estudo 3 foi análoga à preparação realizada no Estudo 2.

##### *(3) Procedimento para categorização*

Cada uma das sessões foi observada e categorizada por meio do software *The Observer®* pelo pesquisador, utilizando o *Sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica*. A configuração do software foi realizada previamente, sendo inseridos cada um dos eixos do sistema na seção *Behaviorial classes* (classes de comportamentos) e cada um dos qualificadores na seção *Modifier classes* (classes de modificadores).



Cada eixo de categorização (com seus respectivos qualificadores) foi categorizado separadamente, sendo também categorizados em separado os participantes: terapeuta e cliente. O processo de observação e categorização de cada um dos eixos para cada um dos participantes ocupou de duas a quatro horas, dependendo da complexidade do dado, uma vez que era necessária a observação do trecho e o retorno da imagem para o ponto da categorização em cada evento identificado.

Assim, a seqüência de categorização foi: (1) Comportamento verbal do terapeuta com seus respectivos qualificadores (tom emocional da interação e gestos ilustrativos); (2) comportamento verbal do cliente com seus respectivos qualificadores (tom emocional da interação e gestos ilustrativos); (3) comportamentos motores do terapeuta; (4) comportamentos motores do cliente. O sistema previa também a categorização do eixo referente ao tema da sessão, o que não foi possível nesta etapa da pesquisa, uma vez que foi priorizado o investimento na análise e revisão de outros Eixos de categorização.

#### *Procedimento de análise de dados*

A partir da categorização, uma breve análise dos dados foi realizada, tendo em vista apenas a ilustração de algumas possibilidades de utilização do sistema de categorias. Uma vez que não há uma pergunta de pesquisa específica, trata-se de uma análise descritiva, em busca de se identificar alguns padrões de interação no andamento das três sessões selecionadas.

Os dados dos eixos Comportamento verbal e Respostas motoras foram sistematizados em diferentes etapas. Primeiramente, foi tabulado o total de tempo de ocorrência das respostas da cliente e do terapeuta em cada sessão e na soma do total das sessões. Em segundo lugar, foi apresentado o total de ocorrência de cada categoria de

comportamentos do terapeuta e da cliente, a partir do qual uma figura de frequência acumulada foi elaborada, contendo as principais categorias do terapeuta e da cliente. Nesta mesma figura, os dados referentes ao Eixo III (Respostas motoras) do terapeuta e da cliente foram representados em barras inferiores (gráficos de fluxo comportamental), distribuídas de modo que o tempo de ocorrência de cada um dos eixos fosse coincidente.

A partir da análise das categorias mais frequentes e da observação dos dados em frequência acumulada, uma análise foi conduzida visando identificar a probabilidade de ocorrência de algumas seqüências de comportamentos. Para tanto, foram selecionadas as categorias que ocorreram em maior frequência e/ou tempo para ambos os participantes e que sugeriram ter alguma relação temporal. As respostas de FACILITAÇÃO e GESTOS DE CONCORDÂNCIA não foram tabuladas, por terem ocorrido regularmente ao longo de toda a sessão sempre que o interlocutor tinha a palavra e, portanto, não estariam relacionadas a nenhuma categoria específica do interlocutor. A análise foi realizada por meio do recurso *Lag Sequential Analysis* (análise seqüencial num intervalo de tempo) do software *The Observer*®, sendo selecionado o modo de análise *Time Lag* (intervalo específico de tempo), com um intervalo de até 4 segundos entre cada transição.

## **Resultados**

*Sistematização dos dados referentes ao Eixo I-1: Comportamento verbal dos participantes, e ao Eixo III: Respostas motoras*

A Figura 9 apresenta o tempo, em segundos, de ocorrências de respostas verbais do terapeuta, em comparação com o tempo de ocorrência de verbalizações do cliente.

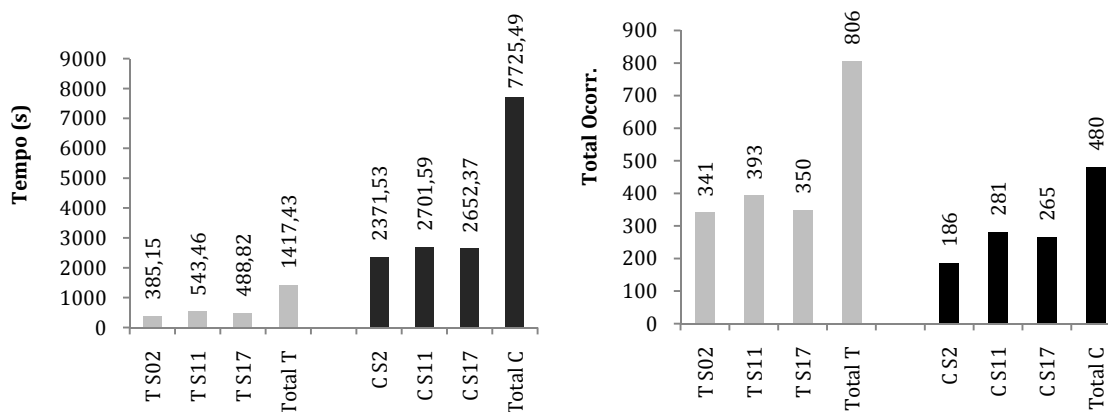


Figura 9. Soma das categorias do Eixo I: Respostas verbais do terapeuta e do cliente (incluindo respostas verbais vocais e gestos comunicativos) em ocorrências e duração (segundos), em cada uma das três sessões e no total das três sessões analisadas.  
 Legenda: T = Terapeuta; C = Cliente; S02 = Sessão 2; S11 = Sessão11; S17 = Sessão 17.

Nota-se que as respostas verbais da cliente ocuparam cerca de oito vezes o tempo de fala do terapeuta. Isso indica que uma única fala da cliente tendia a ser maior que as falas do terapeuta enquanto que, em número de ocorrências, as respostas do terapeuta superaram as do cliente, diferença esta que se mostra consistente em todas as três sessões analisadas. A Figura 10, a seguir, apresenta a duração média das falas do terapeuta e da cliente com relação ao tempo de duração de cada sessão.

Nota-se na Figura 10 que, na Sessão 2, a duração média das falas da cliente foi maior do que nas sessões seguintes e a duração média das falas do terapeuta, embora muito menor que a do cliente, foi aumentando ligeiramente no decorrer das três sessões.

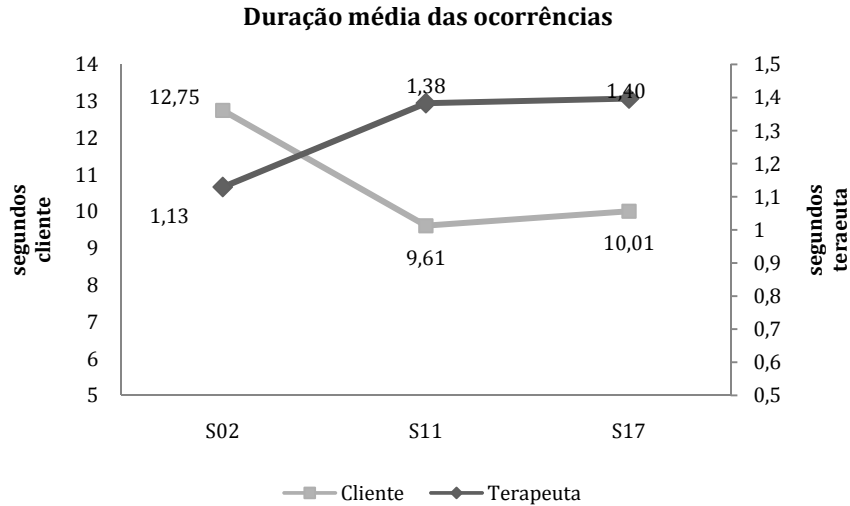


Figura 10. Duração média das respostas verbais do terapeuta e da cliente (incluindo respostas verbais vocais e gestos comunicativos) em cada uma das três sessões e no total das três sessões analisadas.

Legenda: S02 = Sessão 2; S11 = Sessão11; S17 = Sessão 17.

### Sistematização dos dados referentes à sessão 2

A Figura 11 apresenta o percentual de ocorrências e duração de cada categoria do Eixo I para o terapeuta.

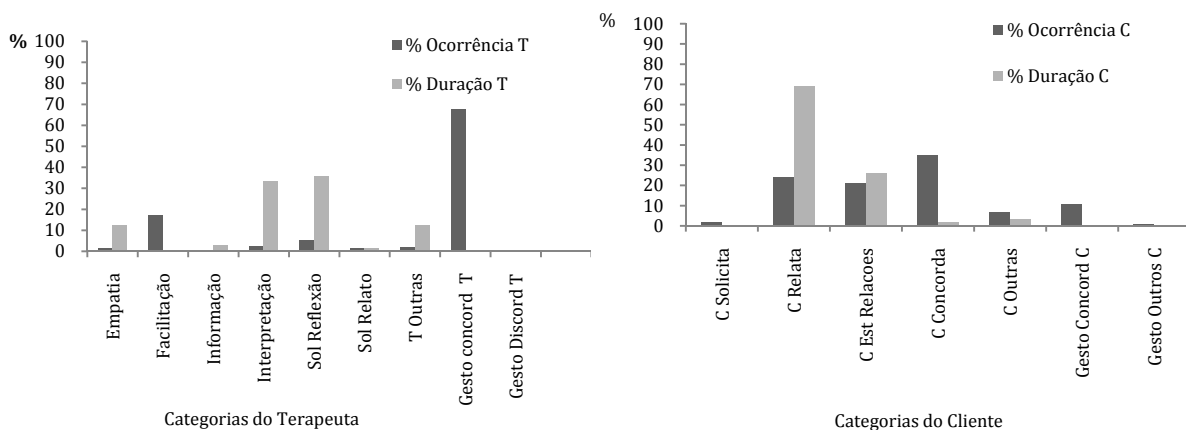


Figura 11. Percentual de ocorrência e de tempo ocupado por cada categoria de comportamento verbal do terapeuta e da cliente na sessão 2, com relação ao total de verbalizações do próprio participante.

Pode-se observar, na Figura 11, que as categorias do terapeuta que ocorreram em maior frequência foram GESTO DE CONCORDÂNCIA (67,8 % das verbalizações do terapeuta) e FACILITAÇÃO (17%), seguidas por SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO (5,4 %), INTERPRETAÇÃO (2,4 %) e Empatia (1,7%). Para a cliente, em maior frequência ocorreram as categorias CONCORDÂNCIA (35%), RELATO (25%) e RELAÇÕES (20,8%), seguidas por GESTOS DE CONCORDÂNCIA (10,8%).

Já os dados referentes ao tempo mostram outro panorama: as categorias do terapeuta que ocuparam a maior parte do tempo foram SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO (35,7 %) e INTERPRETAÇÃO (33,4%), seguidas por EMPATIA e OUTRAS (ambas com 12,5 %). As categorias da cliente, por sua vez, mostram 68% do tempo de fala da cliente ocupado por RELATO, seguido por RELAÇÕES (26%), enquanto cada uma das outras categorias ocupam menos de 2% das falas da cliente.

A Figura 11 permite verificar também que cada forma de apresentação dos dados oferece diferentes tipos de informação sobre a interação terapêutica. Pode-se notar, nas duas colunas de cada categoria, a comparação entre o total de ocorrência de cada categoria e o tempo ocupado por cada uma delas. Nota-se que ações do tipo FACILITAÇÃO e GESTO DE CONCORDÂNCIA ocorreram em alta frequência, dado este que seria negligenciado, se a medida utilizada fosse apenas o tempo. Por outro lado, pode-se notar em outras categorias de comportamento, tais como INTERPRETAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, que a medida de frequência unicamente poderia ocultar informações significativas sobre o tempo no qual o participante se engaja nos comportamentos em questão.

A Figura 12 a seguir apresenta a distribuição dos comportamentos do terapeuta e da cliente ao longo da sessão. Foram selecionadas, para compor a figura, as categorias com maior frequência e tempo de ocorrência de cada participante. Uma vez que os

comportamentos do terapeuta de FACILITAÇÃO e de GESTOS DE CONCORDÂNCIA ocorrem de forma regular sempre que o outro participante tem a palavra e, supostamente, exercem funções semelhantes na interação, eles foram agrupados em torno de um único rótulo (TFAC + GESTO CONC); o mesmo foi feito com as categorias do cliente CONCORDÂNCIA e GESTOS DE CONCORDÂNCIA, sendo agrupadas no rótulo CCONC + GESTO CONC. Além disso, optou-se por apresentar as curvas de frequência acumulada do terapeuta em um eixo secundário, em maior escala, para facilitar a visualização da distribuição das respostas, que ocorrem em frequência muito menor que as respostas da cliente. Outro procedimento realizado para a elaboração do gráfico foi a atribuição do tempo de um segundo para cada ocorrência das categorias do terapeuta e da cliente que são do tipo evento (FACILITAÇÃO e GESTOS COMUNICATIVOS para o terapeuta; GESTOS COMUNICATIVOS para a cliente), para as quais não há um registro de tempo de ocorrência. Essa mudança se deu para que a ocorrência destes eventos pudesse ser visualizada no gráfico de frequência acumulada.

Nota-se, na Figura 12, que verbalizações de RELATO da cliente ocorreram ao longo de toda a sessão, acompanhadas regularmente por respostas de FACILITAÇÃO do terapeuta. Pode-se notar também que as respostas da cliente de ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES ocorreram em períodos específicos da sessão, geralmente antecidos por respostas do terapeuta de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO. As respostas do terapeuta de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO e INTERPRETAÇÃO ocorreram próximas temporalmente e, quando da sua ocorrência, a resposta motora do terapeuta tende a ser de REPOUSO. Respostas de EMPATIA ocorreram poucas vezes e durante respostas da cliente de RELATO ou ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES.

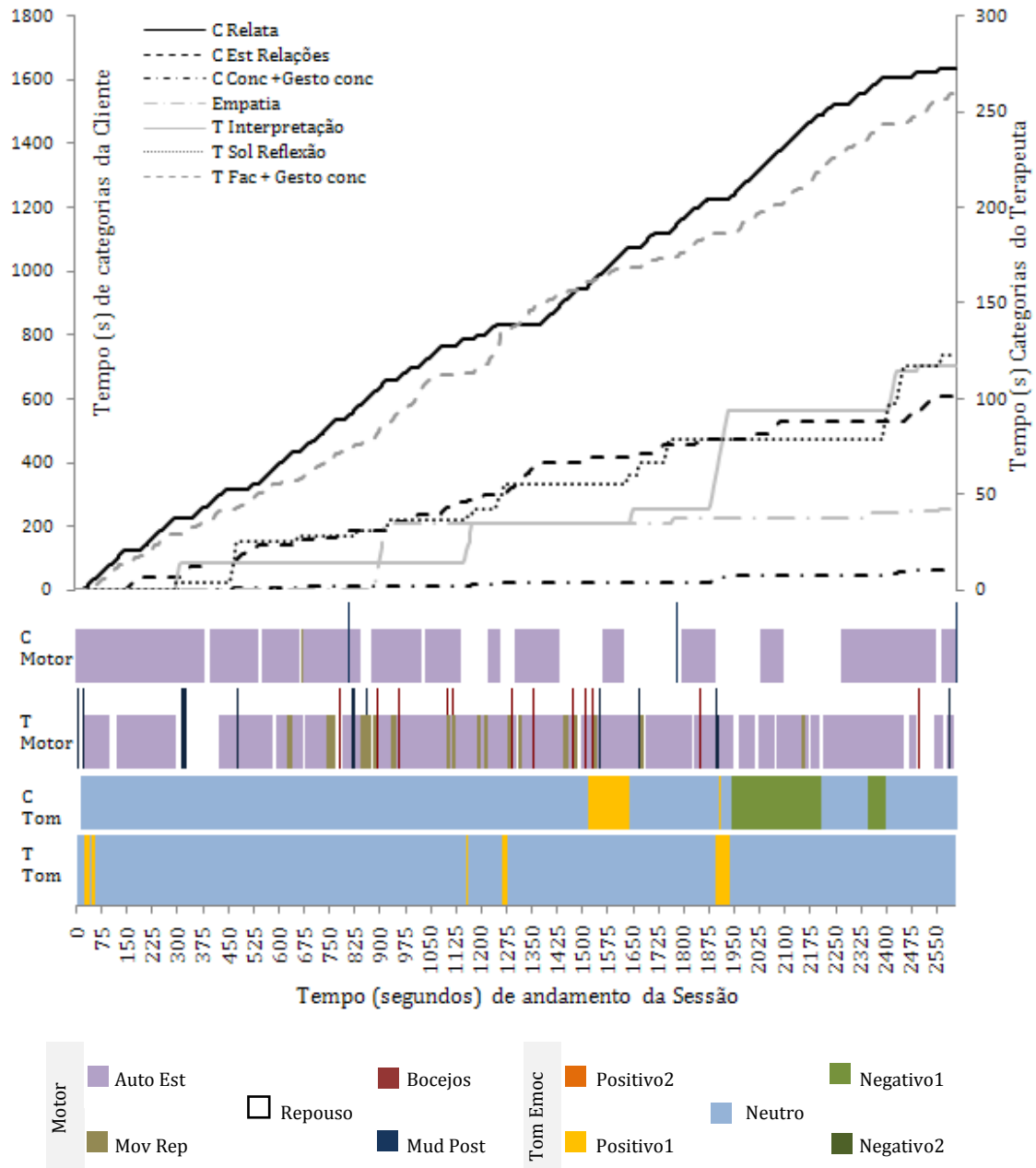


Figura 12. Distribuição das categorias mais frequentes do terapeuta e da cliente ao longo da sessão 2, em frequência acumulada de tempo de ocorrência (segundos). As barras coloridas abaixo do eixo horizontal representam a distribuição no tempo do Eixo III: Respostas motoras de T e C e do qualificador do Eixo I: Tom emocional da interação.

O terapeuta e a cliente permaneceram, durante grande parte do decorrer da sessão, emitindo respostas de AUTO-ESTIMULAÇÃO (no caso da cliente, mexendo nos cabelos enquanto fala). O terapeuta apresentou também muitos BOCEJOS e MOVIMENTOS REPETITIVOS, especialmente no segundo terço da sessão, que foi o período

no qual houve menos respostas verbais deste e a cliente se engajou em longas verbalizações de RELATO.

É possível observar também, na Figura 12, que o tom emocional da interação, tanto para cliente quanto terapeuta, oscilou, na maior parte do tempo, entre NEUTRO e POSITIVO1. Apenas no final da sessão houve dois episódios nos quais a fala da cliente teve o tom NEGATIVO1. Vale ressaltar que, em ambos os episódios, a mudança de tom emocional da cliente foi precedida por intervenções do terapeuta; na primeira, uma fala de INTERPRETAÇÃO e, na segunda, por uma fala de EMPATIA. Além disso, nestes episódios, o terapeuta não emitiu respostas motoras de BOCEJO nem de MUDANÇA DE POSTURA, além de ser menor a ocorrência de AUTO-ESTIMULAÇÃO.

A partir da análise das categorias mais frequentes e da observação dos dados em frequência acumulada, uma análise foi conduzida visando identificar a probabilidade de ocorrência de algumas seqüências de comportamentos. A Figura 13 mostra, então, a probabilidade de transição de cada resposta selecionada do cliente em seqüência às principais respostas verbais do terapeuta.

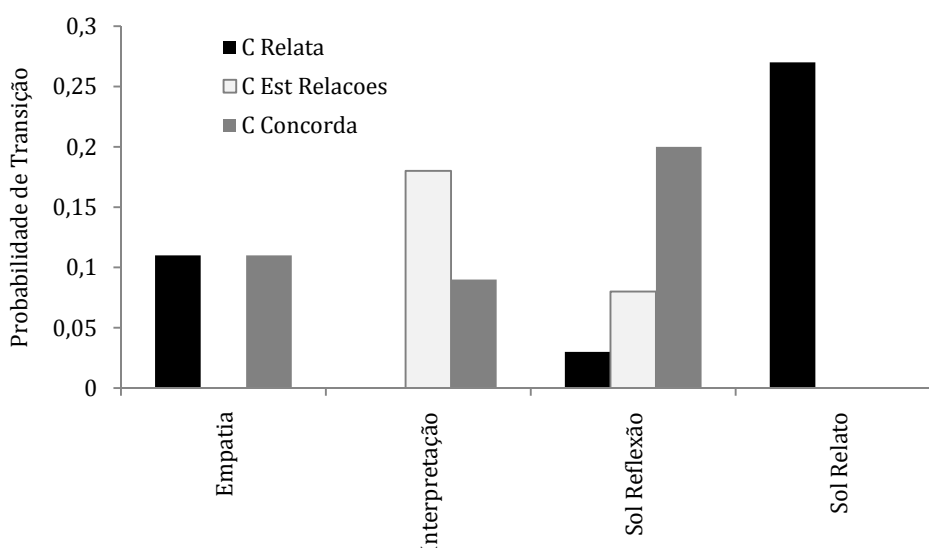


Figura 13: Probabilidade de transição de categorias de respostas verbais do terapeuta (EMPATIA; INTERPRETAÇÃO; SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO; SOLICITAÇÃO DE RELATO) para categorias do cliente (RELATA; ESTABELECE RELAÇÕES e CONCORDA), com um intervalo de até 4 segundos, na sessão 2.



Nota-se, na Figura 13, que a maior probabilidade de ocorrência foi da transição SOLICITAÇÃO DE RELATO – RELATO (27%). A categoria SOLICITA REFLEXÃO foi seguida por CONCORDÂNCIA em 20% das ocorrências, entretanto, a categoria CONCORDÂNCIA ocorreu também na presença de outras categorias do terapeuta. No caso, em muitas das ocorrências, a categoria CONCORDÂNCIA do cliente consistiu em verbalizações mínimas, do tipo “hum hum”, “sei”, parecendo exercer função semelhante à categoria FACILITAÇÃO do terapeuta. A categoria INTERPRETAÇÃO do terapeuta foi, em 20% das ocorrências, seguida por respostas do cliente de ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES, enquanto a categoria EMPATIA foi seguida por respostas de RELATO e CONCORDÂNCIA da cliente.

As Figuras 11 a 13 mostram um padrão de interação no qual o terapeuta agiu de forma não diretiva no que se refere ao direcionamento da sessão. Nota-se, nas Figuras 11 e 12, um número pequeno – e de respostas curtas - de SOLICITAÇÃO DE RELATO. O terapeuta passou a maior parte do tempo da sessão ouvindo o relato da cliente e emitindo respostas de EMPATIA, FACILITAÇÃO ou GESTOS DE CONCORDÂNCIA (aparentemente para manter a conversação ou demonstrar entendimento e aceitação). É possível inferir que a fala prolongada e em tom pouco variável possa produzir um efeito desconfortável no terapeuta, dada a alta frequência de respostas motoras de AUTO-ESTIMULAÇÃO, MOVIMENTOS REPETITIVOS e BOCEJOS deste, que eram interrompidas quando o tom emocional da cliente era NEGATIVO1. O RELATO da cliente continuava até que, em alguns momentos específicos da sessão, o terapeuta apresentasse alguma INTERPRETAÇÃO sobre o conteúdo relatado e SOLICITAVA REFLEXÃO da cliente. Estas respostas do terapeuta, na maioria das vezes, foram seguidas por respostas da cliente de CONCORDÂNCIA ou ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES e, então, por nova SOLICITAÇÃO

DE REFLEXÃO pelo terapeuta. Pode-se notar também que, na maioria das ocasiões em que o terapeuta teve a palavra, ocorreram respostas de CONCORDÂNCIA da cliente.

### Sistematização dos dados referentes à sessão 11

A Figura 14, a seguir, apresenta os dados de frequência e duração de cada categoria na 11ª sessão.

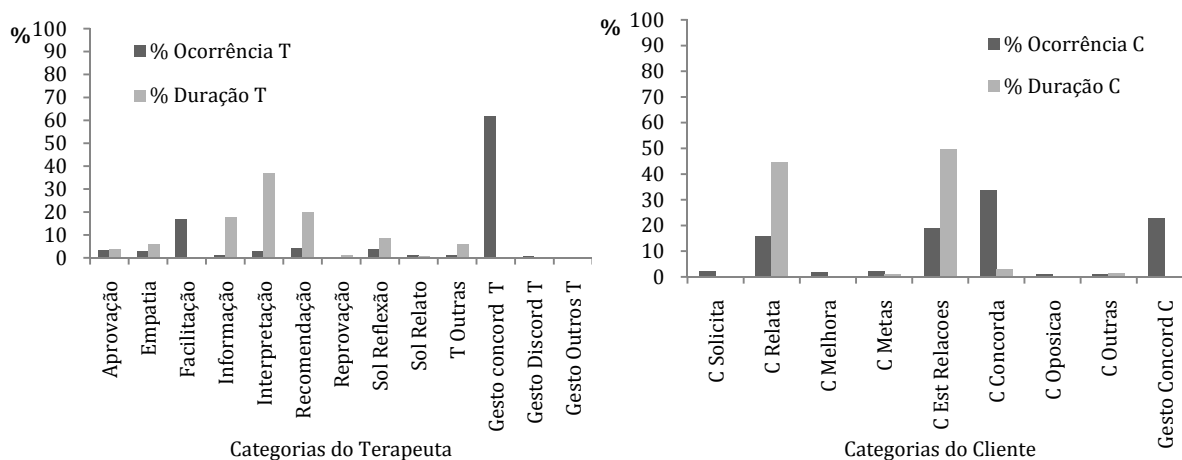


Figura 14. Percentual de ocorrência e de tempo ocupado por cada categoria de comportamento verbal do terapeuta e da cliente na sessão 11, em relação ao total de verbalizações do próprio participante.

Nota-se, na Figura 14, que GESTO DE CONCORDÂNCIA (61,7 %) foi a categoria do terapeuta que ocorreu em maior frequência (semelhante à sessão 2), seguida por FACILITAÇÃO (16,9%), RECOMENDAÇÃO (4%), SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO (4%) e APROVAÇÃO (3,3 %). As outras categorias ocorreram em menos de 3% das falas do terapeuta.

Já no que se refere à duração, a categoria que ocorreu na maior parte do tempo foi INTERPRETAÇÃO (37%), RECOMENDAÇÃO (20%) e INFORMAÇÃO (17,5%), seguidas por SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO (8,3%) e EMPATIA (5,7%). Quanto às verbalizações da cliente, a que ocorreu em maior frequência foi CONCORDÂNCIA (33,7%), seguida por

GESTO DE CONCORDÂNCIA (22,8%), ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES (19%) e RELATO (15%). Já os dados de tempo de ocorrência mostram que a categoria ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES (49,6%) ocupou a maior parte do tempo, sendo seguida por RELATO (44%). Em menor proporção, ocorreram as respostas CONCORDÂNCIA (2,8%) e METAS (0,8%).

Podem-se notar algumas diferenças nesta sessão, quando comparada à sessão 02. Enquanto, na sessão 02, SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO foi a categoria do terapeuta com maior duração, na sessão 11 foram poucas as suas ocorrências, ocupando pouco tempo da sessão. A categoria INFORMAÇÃO, por sua vez, ocorreu uma única vez na segunda sessão, com pouca duração, enquanto na sessão 11 foi a terceira em termos de tempo de ocorrência.

Com relação à cliente, também houve diferenças entre as duas sessões analisadas. Enquanto na sessão 2 a categoria RELATO ocupou o dobro de tempo da categoria ESTABELECE RELAÇÕES, na sessão 11 é esta última que ocorreu em maior frequência.

A Figura 15, a seguir, mostra a distribuição das categorias do terapeuta e do cliente ao longo da sessão 11.

Pode-se observar, na Figura 15, que a sessão 11 foi iniciada por respostas de RELATO e ESTABELECIMENTO DE RELAÇÃO da cliente, categorias que se alternaram durante a primeira metade da sessão. O terapeuta, por sua vez, acompanhou o discurso da cliente com respostas de FACILITAÇÃO e GESTOS DE CONCORDÂNCIA e com breves verbalizações de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO. É também a primeira metade da sessão o período no qual ocorreu a maior parte das respostas motoras do terapeuta do tipo MOVIMENTOS REPETITIVOS e BOCEJOS que, assim como na sessão 2, coincidiram com períodos de menor ocorrência de respostas verbais do terapeuta.

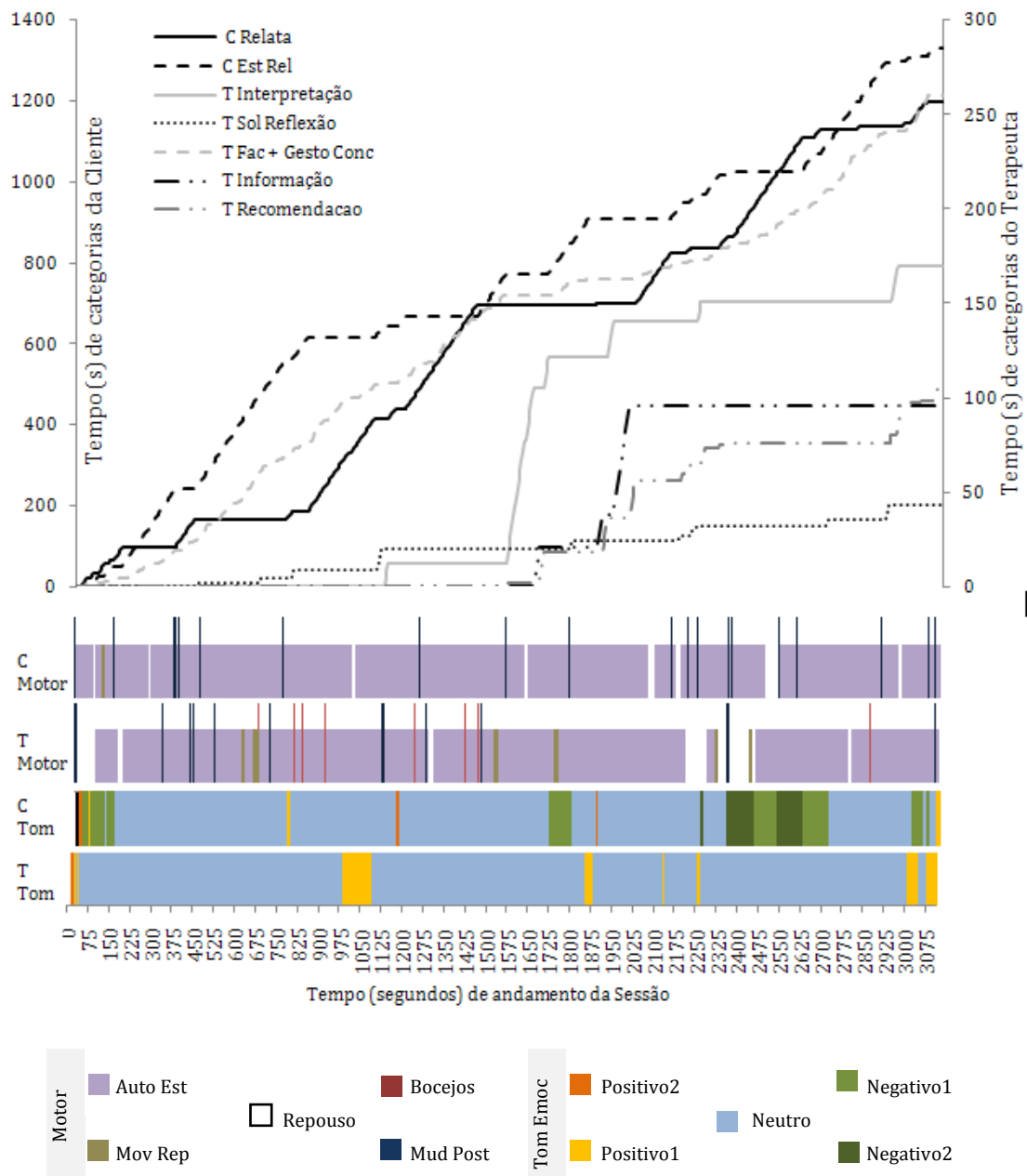


Figura 15. Distribuição das categorias mais frequentes do terapeuta e da cliente ao longo da sessão 11, em frequência acumulada de tempo de ocorrência (segundos). As barras coloridas abaixo do eixo horizontal representam a distribuição no tempo do Eixo III - Respostas motoras de T e C e do qualificador do Eixo I - Tom emocional da interação.

Foi no início da segunda metade da sessão que o terapeuta teve uma participação mais intensa, apresentando INTERPRETAÇÕES e fornecendo INFORMAÇÕES e RECOMENDAÇÕES, o mesmo ocorrendo nos minutos finais da sessão. Também na segunda metade da sessão, a ocorrência das categorias FACILITAÇÃO e GESTOS DE

CONCORDÂNCIA teve aceleração positiva, que parece acompanhar o ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES pela cliente. A segunda metade da sessão foi também o período no qual houve maior variação de tom emocional da cliente. Assim como ocorreu na sessão 2, mudanças de tom da cliente para NEGATIVO foram precedidas por respostas de INTERPRETAÇÃO do terapeuta e acompanhadas por uma diminuição de respostas de BOCEJO e MUDANÇA DE POSTURA do terapeuta.

Quanto ao tom emocional, pode-se notar que, assim como na segunda sessão, a fala do terapeuta ao longo de toda a sessão oscilou entre NEUTRO e POSITIVO1. Esse padrão coincidiu com as recomendações da literatura de que o terapeuta deve se apresentar de maneira cordial ou neutra, não sendo desejáveis manifestações emocionais intensas (Banaco, 1993). Já a fala da cliente “transitou” por todas as intensidades ao longo da sessão, sendo notável a ocorrência de um número maior de episódios de tom NEGATIVO1 e NEGATIVO2, quando comparada com a segunda sessão. Pode-se supor que, nesse momento do processo, o terapeuta já tivesse mais conhecimento sobre o caso da cliente e, ao apresentar suas interpretações, estivesse se referindo a temas de difícil manejo pela cliente ou, ainda, que ao longo das sessões anteriores, a expressão de emoção pela cliente tenha sido modelada e/ou fortalecida.

A Figura 16 mostra a probabilidade de transição entre as principais respostas verbais do terapeuta em seqüência às repostas selecionadas do cliente. Devido à maior variedade de verbalizações do terapeuta, a Figura 16 apresenta um maior número de categorias deste participante. As categorias REPROVAÇÃO do terapeuta e OPOSIÇÃO do cliente, embora tenham poucas ocorrências (uma e duas, respectivamente), foram acrescentadas devido à sua importância na compreensão de interações aversivas (por exemplo, Kohlenberg & Tsai, 1991; Sidman, 1989/1995; Skinner, 1953/1993; Sturmey, 1996).

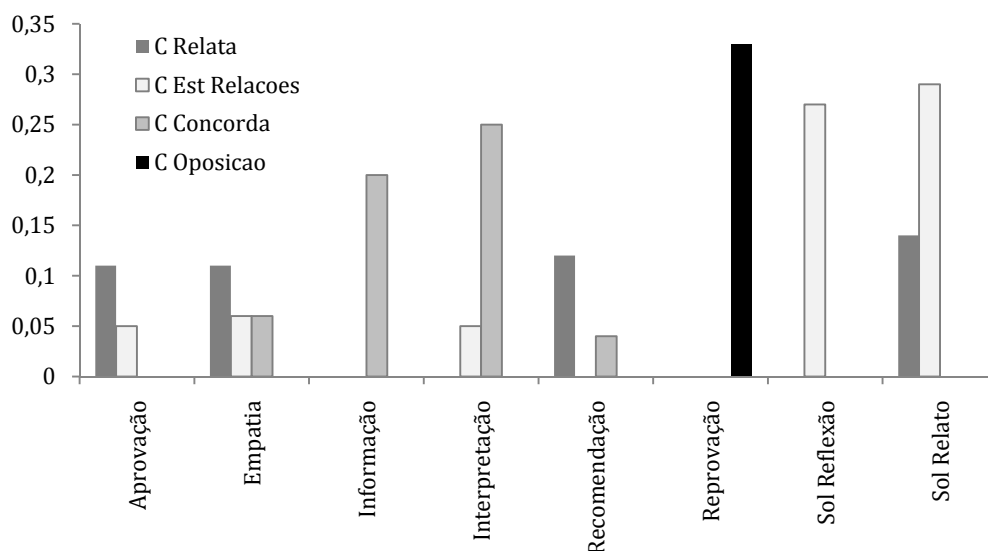


Figura 16. Probabilidade de transição de categorias de respostas verbais do terapeuta (APROVAÇÃO, EMPATIA; INFORMAÇÃO, INTERPRETAÇÃO; RECOMENDAÇÃO, REPROVAÇÃO, SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO e SOLICITAÇÃO DE RELATO) para cada uma das respostas verbais do cliente selecionadas (RELATA; ESTABELECE RELAÇÕES, CONCORDA e OPOSIÇÃO), com um intervalo de até 4 segundos, na sessão 11.

Nota-se, na Figura 16, que a maior probabilidade de transição foi da seqüência REPROVAÇÃO – OPOSIÇÃO (33%). Foi também alta a ocorrência de ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES do cliente após verbalizações do terapeuta de SOLICITAÇÃO DE RELATO ou SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO (29% e 27%, respectivamente), apesar da baixa ocorrência desses comportamentos do terapeuta. A categoria CLIENTE CONCORDA ocorreu após 20% das verbalizações de INFORMAÇÃO do terapeuta. Já a categoria do cliente RELATO ocorreu após APROVAÇÃO, EMPATIA, RECOMENDAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE RELATO de forma bastante semelhante (entre 11% e 14%), o que sugere que sua ocorrência seja independente do tipo de verbalização emitida pelo terapeuta.

A modelagem de um repertório do cliente de auto-descrição e de estabelecimento de relações entre eventos pareceu ser um dos objetivos da intervenção

visto que, assim como na sessão 2, ocorreram respostas de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO seguidas por ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES por parte do cliente.

Nota-se que cerca de 20% das falas do terapeuta na Sessão 11 foram de RECOMENDAÇÃO, falas estas que foram, em sua maioria, precedidas por INFORMAÇÃO, o que sugere que as informações providas pelo terapeuta tenham como função justificar ou contextualizar as recomendações apresentadas. Tanto as INTERPRETAÇÕES, quanto as RECOMENDAÇÕES e INFORMAÇÕES providas pelo terapeuta foram seguidas por CONCORDÂNCIA ou RELATOS do cliente, o que sugere uma boa aceitação das propostas do terapeuta pela cliente.

É também notável que, consistentemente com a literatura (Sturmeý, 1996; Patterson & Forgatch (1985), a reprovação do terapeuta foi seguida por OPOSIÇÃO da cliente, enquanto que respostas de APROVAÇÃO foram seguidas por novos RELATOS e ESTABELECIMENTOS DE RELAÇÕES.

#### *Sistematização dos dados referentes à sessão 17*

A Figura 17, a seguir, apresenta os dados referentes à frequência e duração de cada categoria da Sessão 17.

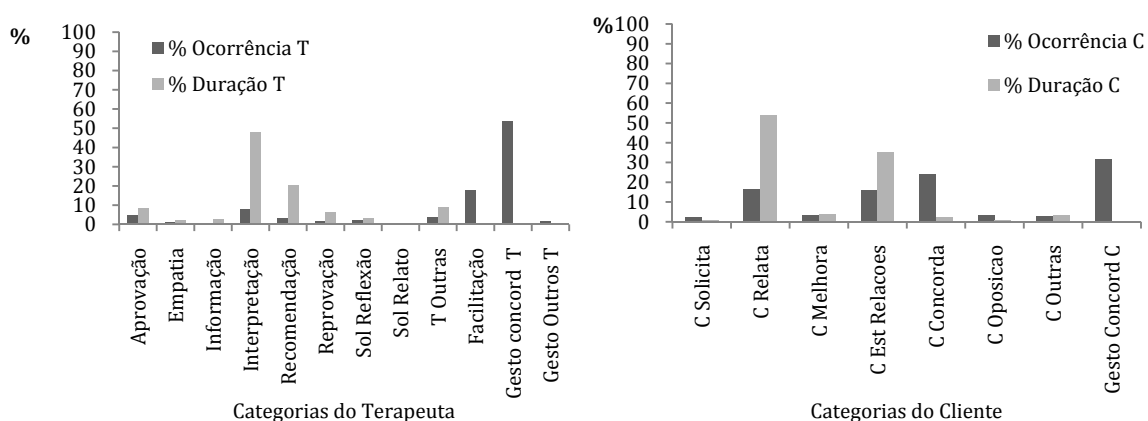


Figura 17. Percentual de ocorrência e de tempo ocupado por cada categoria de comportamento verbal do terapeuta e do cliente na sessão 17, com relação ao total de verbalizações do próprio participante.

Nota-se, na Figura 17, que as categorias mais freqüentes do terapeuta nesta sessão foram GESTO DE CONCORDÂNCIA (53,5%), FACILITAÇÃO (18%), INTERPRETAÇÃO (8,2%), APROVAÇÃO (4,7%) e RECOMENDAÇÃO (3,5%). Quanto à duração, destacaram-se as categorias INTERPRETAÇÃO (48%), RECOMENDAÇÃO (20,4%), APROVAÇÃO (8,5%) e REPROVAÇÃO (6,6%). Outras categorias ocorreram em menos de 3,5 % das falas do terapeuta (em ambas as medidas).

Já no que se refere às verbalizações da cliente, as categorias mais freqüentes foram GESTO DE CONCORDÂNCIA (31,6%), CLIENTE CONCORDA (24,2%), RELATO (16,3%), ESTABELECE DE RELAÇÕES (15,8%), OPOSIÇÃO e MELHORA (ambas 3,1%). As respostas verbais de maior duração foram o RELATO (53,7%), ESTABELECE RELAÇÕES (35,3%) e MELHORA (3,8%).

A Figura 18, a seguir, mostra a distribuição das categorias de resposta verbais, tom emocional e respostas motoras do terapeuta e do cliente ao longo da sessão 17.

Nota-se, na Figura 18, que o primeiro terço da sessão foi quase todo ocupado por respostas de RELATO da cliente. Este padrão mudou quando, próximo ao segundo 800, o terapeuta emitiu uma resposta de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, a partir do que a cliente passou A ESTABELECER RELAÇÕES, que foram seguidas por INTERPRETAÇÕES e RECOMENDAÇÕES do terapeuta. Esta seqüência de eventos (cliente ESTABELECE RELAÇÕES, terapeuta INTERPRETA e RECOMENDA) ocorreu várias vezes até o final da sessão, sendo intercalada por respostas de RELATO da cliente.



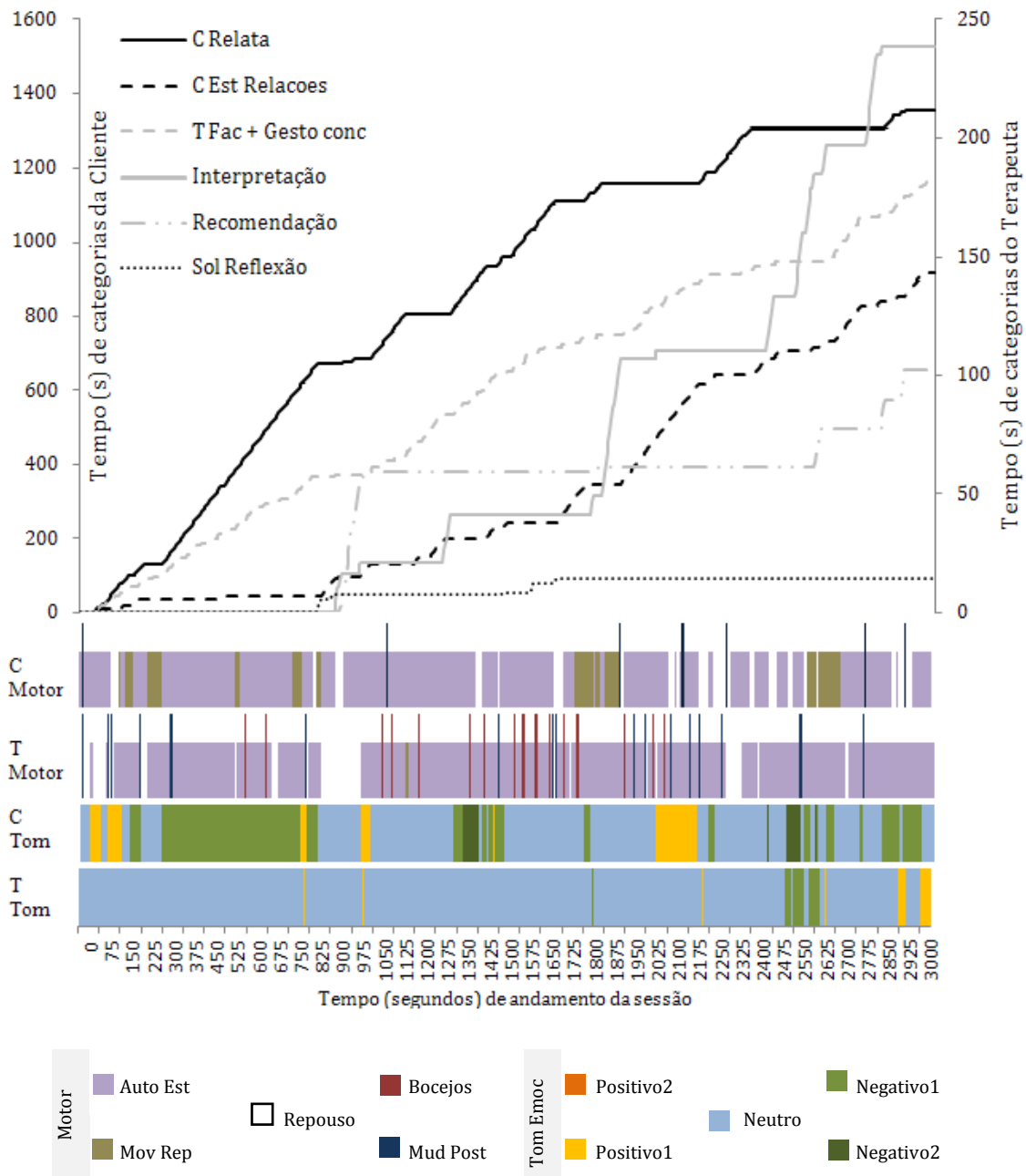


Figura 18. Distribuição das categorias mais frequentes do terapeuta e da cliente ao longo da sessão 17, em frequência acumulada de tempo de ocorrência (segundos). As barras coloridas abaixo do eixo horizontal representam a distribuição no tempo do Eixo III - Respostas motoras de T e C e do qualificador do Eixo I - Tom emocional da interação.

Semelhantemente ao ocorrido nas duas sessões anteriores, nesta sessão houve muitas ocorrências de BOCEJOS e AUTO-ESTIMULAÇÃO do terapeuta, sendo que respostas de BOCEJO ocorreram principalmente durante longas falas (em tom emocional

NEUTRO) por parte da cliente (seja de RELATO, seja de ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES).

O tom emocional do terapeuta, nesta sessão, apresentou maior variação do que nas sessões anteriores, principalmente ao final da sessão, onde ocorreu um período de tom NEGATIVO1. Este período compreendeu um episódio no qual ocorreram INTERPRETAÇÕES e REPROVAÇÕES do terapeuta, seguidas por OPOSIÇÃO da cliente (informação esta verificada diretamente nos dados brutos, uma vez que REPROVAÇÃO e OPOSIÇÃO não foram tabuladas na Figura 18, devido à sua baixa frequência e duração), período este no qual o tom emocional da cliente também foi NEGATIVO.

A Figura 19, a seguir, apresenta a probabilidade de transição entre as principais respostas verbais do terapeuta em seqüência às repostas selecionadas do cliente.

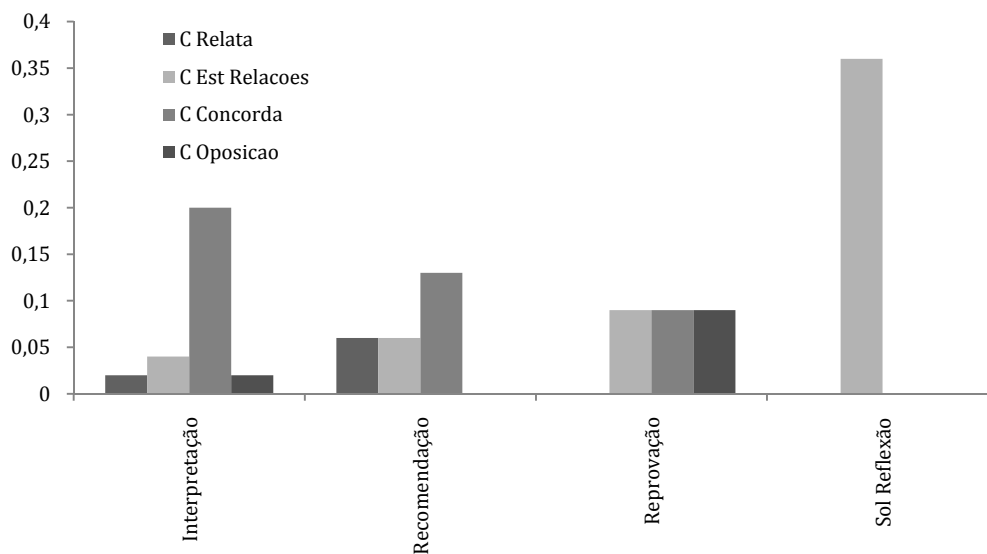


Figura 19: Probabilidade de transição de categorias de respostas verbais do terapeuta (APROVAÇÃO, EMPATIA; INFORMAÇÃO, INTERPRETAÇÃO; RECOMENDAÇÃO, REPROVAÇÃO, SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO e SOLICITAÇÃO DE RELATO) para cada uma das respostas verbais do cliente selecionadas (RELATA; ESTABELECE RELAÇÕES, CONCORDA e OPOSIÇÃO), com um intervalo de até 4 segundos, na sessão 17.

Nota-se na Figura 19 que, nesta sessão, a maior probabilidade de transição de categorias foi da seqüência SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO – ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES (36%), seguida por INTERPRETAÇÃO – CONCORDÂNCIA (20%) e RECOMENDAÇÃO – CONCORDÂNCIA (13%). A ocorrência de REPROVAÇÃO do terapeuta teve igual probabilidade de ser seguida por OPOSIÇÃO, CONCORDÂNCIA ou ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES (9% cada).

### *Sobre o Qualificador Gestos Ilustrativos do Eixo I*

Os dados referentes ao Qualificador Gestos Ilustrativos para as três sessões estudadas encontram-se na Figura 20.

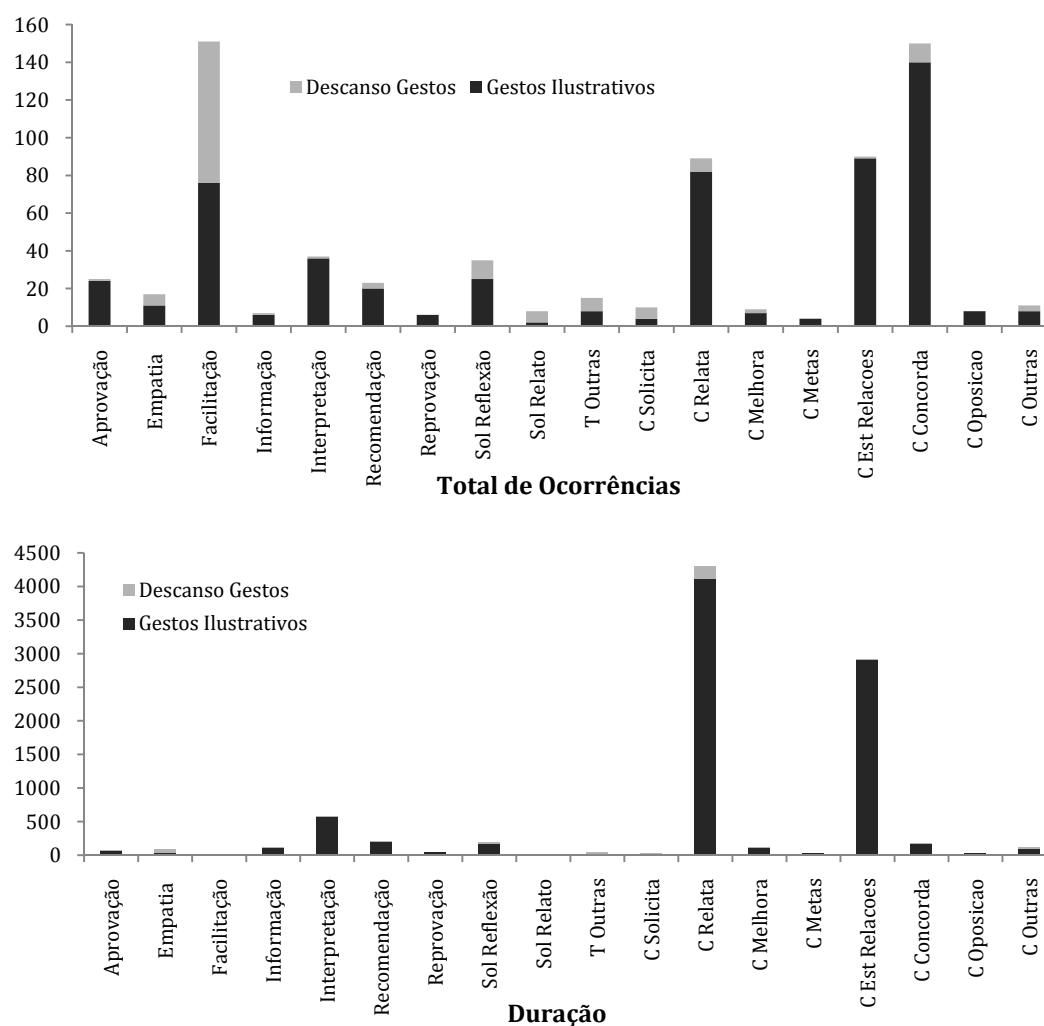


Figura 20: Ocorrência e duração do Qualificador Gestos Ilustrativos em cada uma das categorias no conjunto de sessões.

Pode-se notar, na Figura 20, que com exceção das categorias do terapeuta FACILITAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE RELATO, e do cliente SOLICITA, o qualificador GESTOS ILUSTRATIVOS acompanha a maior parte das ocorrências de respostas verbais do terapeuta e do cliente. As categorias APROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO do Terapeuta, bem como a categoria ESTABELECE RELAÇÕES do cliente são as nas quais é maior a proporção de ocorrência de Gestos Ilustrativos. Quando a medida é a duração, DESCANSO GESTOS tem uma ocorrência mínima nas interações (3,7% no total). Esta proporção é semelhante também quando analisada sessão a sessão.

Foi realizada também uma análise da correlação entre os GESTOS ILUSTRATIVOS ou os DESCANSOS GESTOS com as categorias do qualificador Tom emocional e também com categorias do Eixo III, não tendo sido obtida nenhuma correlação significativa. Assim, os dados referentes a este qualificador não permitiram estabelecer qualquer relação com outras variáveis da sessão.

#### *Comparação entre as sessões*

De modo a se obter um panorama comparativo dos diferentes momentos do processo terapêutico, os dados referentes às três sessões foram reorganizados na Figura 21. As respostas de FACILITAÇÃO e GESTOS DE CONCORDÂNCIA do terapeuta não foram tabuladas em função de sua ocorrência constante, independentemente de qualquer categoria da cliente.

Pode-se notar, na Figura 21, que as categorias de resposta verbal do terapeuta SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO e SOLICITAÇÃO DE RELATO tenderam a diminuir de frequência e duração ao longo das sessões, assim como ocorreu com a categoria EMPATIA.

A categoria INFORMAÇÃO, por sua vez, ocorreu em todas as sessões com frequência semelhante, embora com maior duração na sessão 11.

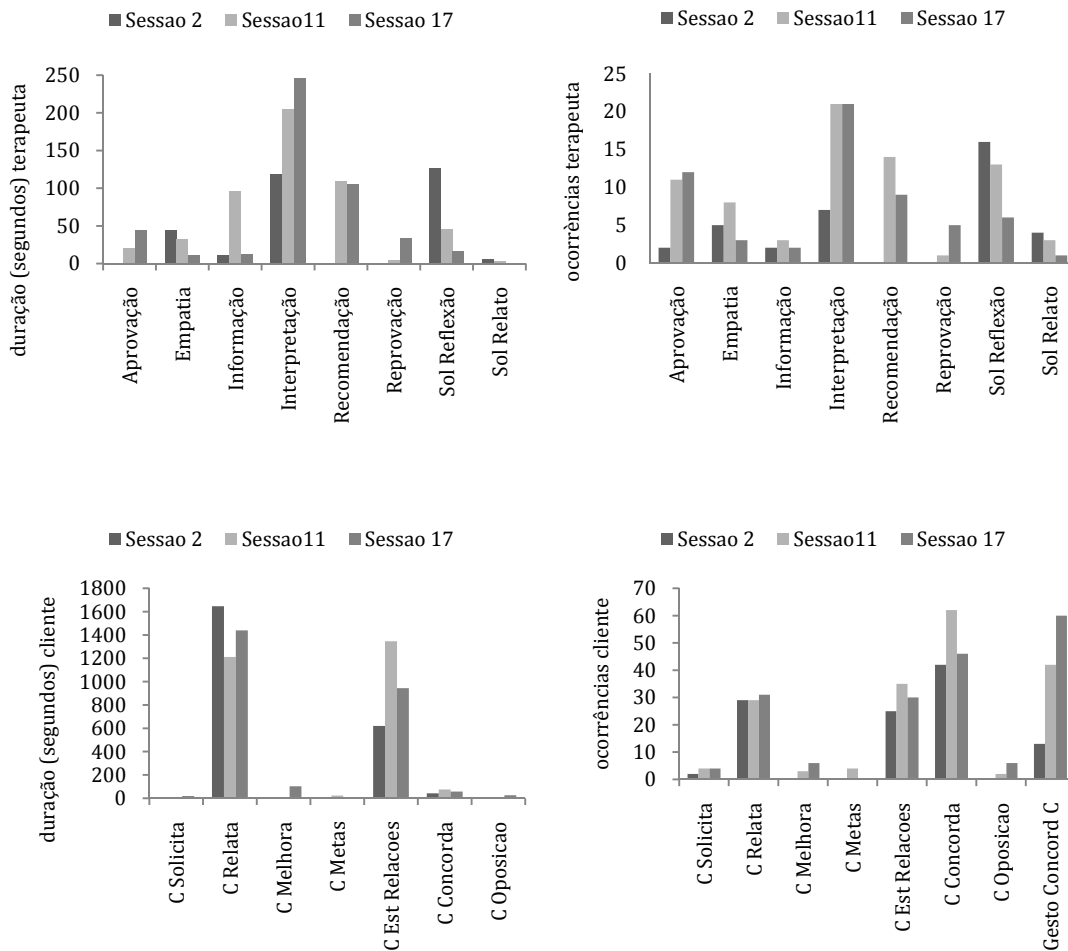


Figura 21. Duração e frequência de cada uma das categorias de terapeuta e cliente nas três sessões analisadas.

A categoria do terapeuta mais frequente e de maior duração foi INTERPRETAÇÃO, que tendeu e aumentar em ambas as medidas com o decorrer das sessões. A categoria RECOMENDAÇÃO, que não ocorreu na segunda sessão, foi uma das mais frequentes e de maior duração nas sessões 11 e 17. O mesmo ocorre com a categoria APROVAÇÃO, que teve sua ocorrência próxima de zero na segunda sessão, até que na sessão 17 foi a segunda categoria mais frequente, embora envolvesse respostas de curta duração A

categoria REPROVAÇÃO, semelhantemente, ocorreu apenas nas sessões 11 e 17, mostrando tendência de aumento.

Já com relação às categorias da cliente, pode-se notar que, nas três sessões, foram basicamente V, ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES, CONCORDÂNCIA e GESTOS DE CONCORDÂNCIA. A categoria RELATO tendeu a ocorrer em frequência e tempo de ocorrência relativamente constantes ao longo das sessões, enquanto a categoria ESTABELECE RELAÇÕES tendeu a aumentar da segunda sessão para as seguintes. É interessante notar também que a categoria GESTO DE CONCORDÂNCIA da cliente aumentou consideravelmente da segunda para a última sessão, o que ocorreu de forma consistente com o aumento da duração do total de verbalizações do terapeuta.

O padrão apresentado nas três sessões estudadas pareceu ser consistente com os períodos do processo terapêutico em que elas ocorreram. Na segunda sessão, supostamente, o terapeuta teria poucas informações sobre a cliente e necessitava coletar dados. Entretanto, como a cliente verbalizava bastante desde o início da sessão, foram poucas as respostas de SOLICITAÇÃO DE RELATO por parte do terapeuta, que apresentou algumas respostas de FACILITAÇÃO e emitiu respostas de EMPATIA, solicitando então o estabelecimento de relações (SOLICITA REFLEXÃO) a respeito do conteúdo relatado. A partir dos elementos relatados pela cliente, o terapeuta formulou algumas INTERPRETAÇÕES.

A partir da sessão 11, pode-se notar maior variação nas verbalizações do terapeuta. Houve um aumento relevante nas respostas de INTERPRETAÇÃO, INFORMAÇÃO e RECOMENDAÇÃO que, somadas, duraram mais de 75% do tempo das falas do terapeuta. Acredita-se que, nesta sessão, o terapeuta já tivesse levantado dados suficientes para estabelecer algumas relações sobre o comportamento do cliente, e estivesse em pleno desenvolvimento das estratégias terapêuticas, daí a maior ocorrência

destas categorias, assim como das categorias APROVAÇÃO e REPROVAÇÃO. A partir desses dados, portanto, pode-se inferir que, nesta sessão o terapeuta utilizou diversas estratégias de intervenção, seja no que se refere ao uso de regras, descrevendo contingências ou apresentando orientações, seja na seleção de respostas por meio de aprovação e reprovação.

Na sessão 17 (a última do processo terapêutico), aparentemente, a intervenção do terapeuta foi menos voltada para a modelagem de respostas de auto-descrição, e mais para a orientação de estratégias de ação da cliente. Essa hipótese é fortalecida quando se considera a ocorrência de vários episódios de INTERPRETAÇÃO seguidos de RECOMENDAÇÃO, além da existência de um número significativo de respostas de APROVAÇÃO e REPROVAÇÃO do terapeuta. Tal postura pode estar relacionada ao momento de encerramento do processo, que ocorreu pela iminência do nascimento do filho da cliente, quando o terapeuta, supostamente, deu algumas orientações para que a cliente pudesse dar continuidade às mudanças que começaram com o processo terapêutico.

### *Considerações a respeito do Estudo 3*

A partir da categorização e análise de uma amostra de sessões terapêuticas, realizada no presente estudo, foi possível verificar algumas possibilidades de aplicação do sistema de categorias desenvolvido ao longo do presente trabalho. Este sistema parece apropriado para o estudo de episódios que ocorrem em diferentes momentos do processo terapêutico. A possibilidade de se retratar diferentes dimensões da interação que se estabelece permite a identificação de nuances da interação terapêutica, que não seriam acessíveis caso a única classe de eventos estudada fosse a interação verbal vocal. Um exemplo que ilustra essa questão é a grande quantidade de respostas de

concordância não-verbal chegando a, em algumas sessões, ser a categoria do terapeuta com maior número de ocorrências. Outro exemplo, no presente conjunto de sessões, que oferece contribuições importantes, é a grande quantidade de comportamentos motores do terapeuta, que retrata, em parte, o impacto do comportamento da cliente sobre o seu desempenho.

Provavelmente, uma análise estatística mais aprofundada, acompanhada da categorização do Eixo II, referente ao tema em curso na sessão, poderia apontar outras especificidades da interação.



## Discussão

O presente trabalho teve como objetivo o desenvolvimento de um instrumento para a investigação de eventos da interação terapêutica. Para tanto, três estudos foram desenvolvidos. O primeiro deles, visando o levantamento e sistematização da literatura a respeito da categorização terapêutica, de modo a identificar os eventos relevantes desta interação. O segundo estudo consistiu na apresentação e na avaliação de concordância entre observadores e de algumas evidências de validade de um instrumento de observação, denominado *Sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica*. Por último, um estudo de sessões terapêuticas foi desenvolvido de modo a ilustrar a aplicabilidade do instrumento.

A discussão a seguir visa à retomada de pressupostos e decisões assumidos ao longo da pesquisa, bem como a análise das etapas cumpridas pelo pesquisador na construção de um instrumento de observação, com vistas à sua validação. Por último, um exercício de descrição do processo terapêutico analítico-comportamental será apresentado, visando à ilustração das possíveis aplicações das categorias que compõem o instrumento desenvolvido, bem como a sugestão de questões de pesquisa para trabalhos futuros.

### *Alguns dos pressupostos assumidos ao longo do presente trabalho.*

Cabe, neste momento, recuperar algumas das decisões que foram tomadas ao longo da elaboração e desenvolvimento desta pesquisa. Recuperar esta trajetória permite discutir alguns dos conceitos, pressupostos e decisões metodológicas que resultaram no presente instrumento.

A primeira decisão que merece ser discutida envolve o próprio tema da pesquisa. A escolha por aprofundar o estudo sobre a categorização de eventos e, mesmo, desenvolver um novo sistema, quando o assunto já vem sendo estudado por tantos autores, tem como origem a percepção de algumas inconsistências encontradas na literatura de pesquisa – nacional e estrangeira. Há uma diversidade de categorias construídas para o estudo da interação terapêutica, mas tentativas de comparação entre estudos que utilizaram diferentes sistemas de categorias são frustradas pela incompatibilidade entre eles, em função da diferença entre os elementos destacados por cada um dos pesquisadores. Uma das possibilidades para solucionar esta questão foi a de dar continuidade ao aperfeiçoamento e validação de algum sistema já existente. Esta alternativa, entretanto, se mostrou insatisfatória, conforme as justificativas apresentadas no Estudo 1 do presente trabalho.

As categorias verbais vocais que compõem o instrumento desenvolvido foram elaboradas a partir do levantamento da literatura, descrito no Estudo 1, e também da observação em vídeo e da leitura de transcrições de sessões terapêuticas. Seu processo de construção tinha em vista a descrição do processo terapêutico para pesquisa (e, portanto, não visava o desenvolvimento de categorias prescritivas), embora a própria organização do sistema de categorias implique uma concepção sobre os eventos relevantes em terapia analítico-comportamental.

Optou-se pela adoção de categorias cuja função é presumida a partir de sua forma e de sua relação com eventos imediatamente precedentes e subseqüentes, em uma estratégia de categorização que situa-se entre a *clássica* e a *pragmática* (Russel & Stiles, 1979), conforme discutido no Estudo 2 do presente trabalho. Esta escolha pautou-se na preferência pela categorização de eventos diretamente observáveis, porém estes eventos

não poderiam ser identificados meramente por sua topografia, sem nenhuma relação com seu contexto (estratégia também adotada por Hill, 1986).

Outra decisão importante foi o estudo de outras dimensões da interação terapêutica, que não apenas a verbal vocal. O estudo de respostas verbais vocais vem sendo conduzido desde o final da década de 1960 e tem trazido importantes contribuições, mas sabe-se que parte importante da interação terapêutica é de natureza não-vocal (Mahl, 1987). Os dados obtidos no Estudo 3 do presente trabalho apresentam uma amostra da importância de se observar outras dimensões da interação. A primeira informação que salta aos olhos é a alta frequência de respostas não-vocais ao longo da interação: as Figuras 11, 14 e 17 (páginas 209, 215 e 220, respectivamente) mostram que a categoria de respostas mais frequente do terapeuta ao longo das sessões foi GESTO DE CONCORDÂNCIA, gesto este que não foi acompanhado por nenhum tipo de resposta vocal. As figuras 12, 15 e 18 (páginas 212, 217 e 222, respectivamente), por sua vez, mostraram o quanto a apresentação de dados referentes ao TOM EMOCIONAL e RESPOSTAS MOTORAS enriqueceu a análise apresentada.

Tal consideração remete a outra decisão tomada, que foi a análise de dados em *vídeo*, e não de transcrições de sessões terapêuticas. É fato que, do ponto de vista do referencial analítico-comportamental, grande parte das respostas motoras e das variáveis paralingüísticas estudadas se tratam de comportamento verbal, entretanto, o seu registro em uma transcrição de sessão seria bastante difícil, exigindo um sistema de notação especialmente desenvolvido para esse fim.

Ainda a respeito das dimensões não-vocais, haveria muitas possibilidades de “eixos de categorização”, incluindo expressões faciais, variáveis paralingüísticas, disfluências na fala etc. O levantamento da literatura da área (por exemplo, Mahl, 1987) revelou muitas possibilidades neste sentido. Algumas delas (tais como a análise de

expressões faciais) mostraram-se, por sua complexidade, inviáveis para o objetivo da presente pesquisa. Outras, tais como o estudo de disfluências da fala, parecem ser voltadas para questões muito específicas da interação, o que seria incompatível com a proposta generalista do instrumento. Optou-se, então por alguns elementos que, a partir de um levantamento inicial da literatura, pareciam dar subsídios para o estudo de alguns tópicos gerais e relevantes, mas que fossem de fácil registro a partir de sua observação em vídeo.

Para esse propósito, foram elaboradas categorias de GESTOS COMUNICATIVOS e GESTOS ILUSTRATIVOS. Primeiramente, estas respostas haviam sido agrupadas juntamente com outros comportamentos motores, tais como auto-estimulação, mudanças de postura, etc., mas, aos poucos, esta alternativa se mostrou pouco apropriada. A observação das sessões em vídeo, juntamente com o estudo da literatura (por exemplo, Caballo, 1993) sugeria que tais gestos tinham relação estreita com a comunicação verbal vocal, ora exercendo função análoga às respostas verbais vocais (o caso dos GESTOS COMUNICATIVOS), ora ilustrando e complementando essas respostas (o caso dos GESTOS ILUSTRATIVOS). Por esta razão, decidiu-se por alocar os GESTOS COMUNICATIVOS como categorias do Eixo I, Verbal, que deixou então de ser exclusivamente Vocal.

Vale, entretanto, acrescentar uma observação quanto a algumas de suas categorias: enquanto os GESTOS COMUNICATIVOS de CONCORDÂNCIA e REPROVAÇÃO mostraram-se importantes para ilustrar a interação verbal não-vocal (inclusive o primeiro foi a categoria de maior frequência em algumas sessões do Estudo 3), outros parecem ocorrer em frequência muito baixa para merecerem uma categoria à parte (é o caso de GESTOS DE COMANDO e GESTO OUTROS), parecendo mais adequada sua inclusão na categoria OUTRAS

Já os GESTOS ILUSTRATIVOS, em função de seu caráter complementar com relação à fala, foram incluídos em um qualificador do Eixo I, de Respostas verbais. Esta decisão, embora acertada no que se refere à conexão deste tipo de evento com as respostas verbais, não se mostrou relevante para a discriminação de eventos que ocorrem no processo. Estudos que se referem a esta classe de respostas associam a sua presença ou ausência a diferentes estados emocionais e motivacionais (Schefflen, 1996; Waxer, 1978). Porém, o desenvolvimento do Estudo 3 e a observação informal de outras sessões gravadas sugerem que a variação nestes qualificadores não seja relevante para qualquer inferência a este respeito. É possível que diferenças nestes qualificadores sejam encontradas em casos mais extremos de transtornos psiquiátricos com maior agitação psicomotora (como alguns casos de mania ou esquizofrenia) ou restrição ou lentificação motora (como casos de depressão severa ou esquizofrenia), o que torna as categorias muito específicas e, portanto, não condizentes com o objetivo do presente instrumento. Talvez seja uma alternativa interessante a eliminação deste Qualificador, em busca de se facilitar o processo de categorização.

O qualificador TOM EMOCIONAL DA INTERAÇÃO foi criado de modo a ilustrar variações na emoção, expressas na fala e na expressão facial. Variações no tom emocional da interação podem revelar episódios-chave para a compreensão do processo terapêutico, de modo que sua inclusão no sistema parecia imprescindível. Sua categorização em torno de categorias inferenciais deu-se em função da extrema complexidade envolvida da categorização de expressões faciais e de variáveis paralingüísticas. O levantamento da literatura referente a estas dimensões da interação social revelou campos enormes de estudo, cujo domínio seria inviável, dadas as condições operacionais e equipamentos disponíveis. Além disso, alguns trabalhos (por exemplo, Chamberlain, & Ray, 1988) sugeriam a categorização destas respostas por

meio de escalas que indiquem um continuum da intensidade da emoção (no caso, de -2 a +2), o que pareceu satisfatório para o presente trabalho, e se mostrou bastante útil, conforme pode ser observado no Estudo 3.

Quanto às respostas motoras, foram selecionadas para fazer parte do sistema de categorização aquelas que, de acordo com a literatura da área (por exemplo, Beier & Young, 1998; Caballo, 1993; Scheflen, 1996), são relacionadas a eventos significativos da interação terapêutica. Além disso, tinha-se como pressuposto que as categorias não deveriam ser excessivamente topográficas (por exemplo, movimentos horizontais dos braços, movimentos verticais com a cabeça), mantendo o caráter semântico da categorização (Bardin, 1977). RESPOSTAS DE AUTO-ESTIMULAÇÃO, MOVIMENTOS REPETITIVOS DE EXTREMIDADES, MUDANÇAS GERAIS DE POSTURA e RESPOSTAS DE ALONGAMENTO ou BOCEJAR são respostas que não têm uma função de comunicação e, por isso, ficaram alocadas em um eixo separado do grupo de GESTOS. Por outro lado, como podem revelar condições emocionais (Caballo, 1993) do indivíduo ou situações especialmente desconfortáveis da interação, foram incluídas na categorização.

O resultado do Estudo 3 do presente trabalho mostra que tais categorias fornecem informações importantes sobre o processo. Vale levantar uma questão com relação à categoria BOCEJAR, cuja inclusão se deu em função de sua alta incidência nos episódios analisados, o que não parece comum em sessões de psicoterapia. Tal incidência pode se tratar de uma especificidade deste conjunto de sessões, e estudos posteriores podem levar à decisão pela retirada desta categoria do Eixo II ou por incluí-la com um caráter opcional.

Considerou-se importante também a inclusão de um eixo de categorização referente ao tema da sessão. Esta decisão se deu a partir dos resultados obtidos em outros estudos (por exemplo, Baptistussi, 2001; Garcia, 2001), nos quais a identificação

do tema da interação favoreceu a delimitação de episódios nos quais ocorreram fenômenos relevantes, bem como a busca por episódios significativos com relação à queixa do cliente. Os temas incluídos neste eixo foram selecionados considerando eventos típicos da interação do indivíduo em seu cotidiano, assim como aspectos relevantes da própria interação terapeuta-cliente. Entretanto, não foi possível seu estudo, nem com relação à concordância entre observadores, nem à aplicação em sessões terapêuticas. Decidiu-se por sua apresentação como sugestão para estudos futuros.

Neste momento, cabe uma observação com relação ao qualificador referente ao TEMPO no qual o assunto é tratado. Este qualificador pode ser uma importante ferramenta para a análise de alguns tópicos que têm sido destacados na terapia analítico-comportamental contemporânea, especialmente no que se refere à relação terapêutica. Kohlenberg e Tsai (1991) sugerem que o terapeuta deva dirigir sua intervenção a comportamentos do cliente que ocorrem dentro da sessão terapêutica, na interação com o terapeuta, e que se constituem em amostras de seu comportamento-problema. É parte desta intervenção a discussão com o cliente de aspectos desta interação. Este tópico tem sido discutido na terapia analítico-comportamental, juntamente com o questionamento a respeito da adequabilidade ou não da descrição de contingências e do uso de instruções no processo terapêutico (por exemplo, Pérez-Álvarez, 1996; Thomaz & Nico, 2007). Por esta razão, a diferenciação em termos do tempo no qual o assunto é discutido na sessão terapêutica (aqui agora na sessão, passado, presente etc.) pode ser uma informação essencial para a compreensão do processo e para o destaque de alguns aspectos relativos a estas questões. Além disso, talvez seja importante acompanhar ponto a ponto nas intervenções dos participantes, qual o enfoque temporal da resposta verbal. Sugere-se, então, que este qualificador seja incluído no Eixo I, de Respostas Verbais, em substituição ao qualificador GESTOS ILUSTRATIVOS.

O último aspecto que merece ser retomado neste tópico diz respeito à aplicação do instrumento desenvolvido. A categorização de eventos é (e deve ser) apenas uma etapa da pesquisa, que oferece um mapeamento inicial de processos “genéricos” que ocorrem na interação terapêutica. A proposta que levou ao desenvolvimento do instrumento apresentado no presente trabalho, de abarcar múltiplas dimensões do fenômeno clínico, aumenta o alcance e a complexidade deste mapeamento. Entretanto, o contato com a pesquisa clínica e a avaliação de diferentes trabalhos neste campo têm mostrado que, quando a categorização de eventos não é associada a nenhum outro tipo de medida, ela oferece, no máximo, uma descrição da interação em curso, mas esta descrição não permite a identificação de variáveis de controle ou a inferência de generalizações sobre o fenômeno estudado. Devido ao avanço, nas últimas décadas, das pesquisas de processo em psicoterapia, hoje, temos instrumentos disponíveis para a avaliação dos mais diversos aspectos da interação, e a associação de categorias descritivas com outros instrumentos de medida de resultado (Rice & Kerr, 1986), de impacto da sessão (Stiles, 1980) ou outras, pode proporcionar informações muito mais ricas a respeito da interação estudada.

#### *Construção e validação de um sistema de categorização*

O desenvolvimento de instrumentos para a categorização de comportamentos (por exemplo, Hill, 1986; Rice & Kerr, 1986) envolve algumas etapas, que devem ser cumpridas de modo a garantir a sua validação e fidedignidade.

De acordo com Rice e Kerr (1986), a primeira destas etapas implica na consolidação de uma base teórico-clínica, que deve dar sustentação para a construção de categorias de acordo com o campo de estudo adotado pelo pesquisador. Esta etapa envolveria, de acordo com esses autores, extensiva observação clínica e intensivas



análises de registros em áudio ou vídeo, além de consulta à teoria e ao julgamento clínico de terapeutas envolvidos.

A construção do presente sistema de categorização teve como ponto de partida uma extensiva análise da literatura em diferentes campos, incluindo um estudo das pesquisas clínicas até então desenvolvidas, da literatura para a formação de terapeutas analítico-comportamentais e de textos de metodologia para o desenvolvimento de instrumentos de observação. Além deste levantamento bibliográfico, uma análise dos sistemas de categorização existentes foi desenvolvida no Estudo 1 do presente trabalho, visando à identificação de elementos relevantes da interação terapêutica, a partir dos quais as categorias que compõem o sistema foram elaboradas.

Além de ter como base outros sistemas já estudados, a construção do presente sistema de categorização foi pautada em repetidas tentativas de categorização de sessões terapêuticas - transcrições de sessões utilizadas em trabalhos anteriores, além de sessões registradas em vídeo especialmente para o presente trabalho (vide Estudo 2). Vale ressaltar ainda as muitas consultas a grupos de pesquisadores que acompanharam e discutiram os muitos critérios de categorização envolvidos. Considerando todos estes aspectos, pode-se afirmar que esta primeira etapa proposta por Rice e Kerr (1986) foi cumprida.

A segunda etapa, proposta por Rice e Kerr (1986), consiste na especificação detalhada dos elementos por meio dos quais os comportamentos em cada classe podem ser reconhecidos. Esta etapa envolveria uma descrição precisa destes comportamentos, o que, segundo estes autores, exige um cuidado para que o instrumento seja o mais descritivo e envolva o mínimo de inferência possível. Quanto mais descritivo, afirmam, menor será a complexidade da observação e maior a possibilidade de uso do sistema em

diferentes campos e abordagens de estudo. O produto concreto desta segunda fase, de acordo com Rice e Kerr (1986), seria um manual detalhado para treino de observadores.

Pode-se observar no Estudo 2 do presente trabalho, o cuidado ao se definir cada categoria na apresentação do instrumento, o que visa corresponder à segunda etapa proposta por Rice e Kerr (1986). Foi especificado detalhadamente cada elemento que compõe as categorias, com sugestões de rótulos de subcategorias, caso haja interesse do pesquisador (vale lembrar que não foi parte da proposta do presente trabalho estabelecer subcategorias mutuamente exclusivas não tendo havido nenhum teste neste sentido), além de vários exemplos para cada uma delas. Quanto ao caráter descritivo do instrumento, com exceção do Qualificador TOM EMOCIONAL, houve um cuidado de se estabelecer categorias que exigiriam o mínimo de inferência. Embora as categorias propostas não sejam de natureza exclusivamente topográfica, sua definição estabelece uma série de critérios formais que orientam a sua identificação. Pode-se afirmar que a segunda etapa proposta por Rice e Kerr (1986) também foi cumprida.

Estes autores sugerem ainda que esta segunda etapa seja proximamente relacionada à terceira, que envolve a obtenção de um grau adequado de concordância entre observadores, já que o pesquisador precisa transitar diversas vezes entre as duas etapas. Quanto à terceira etapa, foi avaliada a concordância entre observadores apenas com relação ao EIXO I: RESPOSTAS VERBAIS DE TERAPEUTA E CLIENTE e seus qualificadores e, portanto, este critério foi cumprido apenas com relação a este eixo de categorização. Ainda, os resultados de concordância obtidos na categorização do comportamento do cliente, mostram a necessidade de aperfeiçoamento, tanto do próprio instrumento, quanto do treino de observadores, além de novos estudos de concordância.

Com relação às categorias do terapeuta, entretanto, pode-se afirmar que os dados de concordância foram bastante consistentes, com ambos observadores. Este dado,

entretanto, não dispensa a necessidade de novos estudos de concordância com outros conjuntos de sessões. As interações estudadas no presente trabalho envolveram sessões de um único terapeuta, atendendo uma única cliente, com algumas características que parecem pouco usuais em um processo terapêutico como, por exemplo, o excesso de respostas de auto-estimulação e bocejos do terapeuta, juntamente com uma participação muito pequena deste na sessão.

A criação de um extenso treino sistemático se mostrou um empreendimento proveitoso (pelo menos para as categorias do terapeuta) na medida em que produziu um bom índice de concordância nas categorias do terapeuta com o Observador 2, que havia sido exposto unicamente ao treino sistemático. Vale ressaltar, ainda com relação ao treino, o cuidado tomado com relação à inclusão de trechos filmados nos exercícios. Uma vez que o instrumento de observação foi desenvolvido tendo em vista a categorização a partir de dados em vídeo, seria, no mínimo, insuficiente, incluir apenas exemplos transcritos. A suficiência do treino sistemático ainda não foi demonstrada para as categorias do cliente, mas o baixo índice de concordância pode ter tido outros determinantes.

Uma consideração deve ainda ser feita com relação às categorias verbais do cliente. Ao longo do processo de desenvolvimento destas categorias, ocorreram muitas mudanças nas propostas de agrupamento dos eventos observados em torno de categorias. Entre tentativas descartadas, o recurso a propriedades dinâmicas da resposta foi experimentado, ora para a diferenciação de relatos queixosos de outros tipos de relatos (semelhantemente ao proposto por Chamberlain & Ray, 1988), ora para a especificação de relatos mais ou menos “emocionais”, sugerindo maior ou menor contato do cliente com eventos privados. Outras tentativas implicariam uma individualização do instrumento, tal como a diferenciação entre o relato de eventos

relacionados ou não à queixa do cliente (conforme proposto por Zamignani, 2001), o que exigiria categorias específicas para cada caso, inviabilizando a padronização do instrumento. Após estudar e descartar estas possibilidades, foi testada também a alternativa de se diferenciar as respostas do cliente apenas entre as categorias SOLICITA, RELATA, ESTABELECE RELAÇÕES, CONCORDA, DISCORDA e OUTRAS – alternativa esta que inflou a categoria RELATA (ela representou, em alguns testes de aplicação, mais de 80% do comportamento verbal do cliente). A solução encontrada foi a diferenciação em torno de alguns aspectos da resposta do cliente de relatar, dando origem à categoria METAS (relata metas) e MELHORA (relata melhora). Esta solução, entretanto, ainda é fonte de inconsistência na categorização, como se pode observar nas Tabelas 9 e 10 do Estudo 2 (páginas 194 e 196 respectivamente).

Talvez a principal origem desta inconsistência seja a própria natureza do dado com o qual se lida ao categorizar comportamentos do cliente. Enquanto a literatura apresenta descrições muito precisas do que se espera (e do que não se espera) do terapeuta no decorrer de uma sessão terapêutica, o comportamento do cliente neste contexto é praticamente uma condição de operante livre, na qual pode ocorrer (quase) qualquer coisa. Hill (1986) afirma que terapeuta e cliente exercem diferentes papéis no processo terapêutico; enquanto o papel do terapeuta é facilitar a mudança do cliente, havendo para isso um conjunto de procedimentos e estratégias pré-definidos, o papel do cliente é “discutir e mudar”, termos que revelam a pouca precisão do que se espera do cliente na terapia. A tentativa de previsão de classes de comportamentos neste contexto resultará, muito provavelmente, em categorizações incompletas e insuficientes.

Respostas do cliente, tais como as agrupadas em SOLICITAÇÃO, podem ocorrer em um pedido de ajuda, em uma instrução ou ordem para o terapeuta, em um pedido por atenção especial etc. Da mesma forma, um RELATO pode ser apresentado de forma

queixosa, pode ser “emocional” ou descritivo, pode ser uma amostra do problema ou da melhora do cliente ocorrendo na interação com o terapeuta, etc. Um ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES, por sua vez, pode envolver relações operantes, respondentes, relações “mágicas” ou metafísicas etc. Cada uma destas possíveis verbalizações exercerá uma função específica na interação, merecendo análises particulares, a depender do contexto e da questão de pesquisa. Neste sentido, mesmo que sejam aprimoradas as definições das categorias aqui propostas, caberá à equipe de pesquisa que adotar o presente sistema de categorização a proposição de categorias complementares, de acordo com a questão de pesquisa. O caráter idiossincrático das interações do cliente, entretanto, não deve ser um obstáculo a inibir esforços no sentido de se identificar padrões mais gerais, que permitam uma sistematização inicial do papel deste participante na interação, e este trabalho procurou estabelecer alguns passos neste sentido.

A quarta etapa de desenvolvimento de um instrumento, de acordo com Rice e Kerr (1986), diz respeito ao estabelecimento da validade preditiva do sistema. Esta tarefa envolveria a aplicação do instrumento na investigação de interações terapêuticas, relacionando os dados com resultados. Quanto ao estudo de sessões, houve uma preocupação no presente trabalho de se aplicar o conjunto de categorias desenvolvidas a diferentes sessões terapêuticas, o que foi feito desde as etapas iniciais, na aplicação a transcrições de sessões desenvolvidas anteriormente, até o Estudo 3 do presente trabalho. Entretanto, considera-se que os estudos realizados não são suficientes para assegurar a validade do instrumento, merecendo ainda maiores investigações.

Quanto à recomendação de se associar a categorização a resultados do processo, não houve ainda nenhuma tentativa no presente estudo. Essa, de acordo com Rice e Kerr (1986), é a questão mais problemática envolvendo instrumentos de observação, já que o resultado final do processo terapêutico é remoto no tempo e determinado por um

conjunto complexo de variáveis. Estes autores afirmaram que a abordagem usual da correlação entre categorias e resultados pode ocultar mais relações do que revelar, além de que as relações encontradas provavelmente terão uma força apenas moderada e muitas vezes ambígua. Isso porque nesse tipo de estudo são categorizadas amostras de sessões terapêuticas e sumarizadas taxas de ocorrência por categoria, a despeito do contexto no qual o comportamento ocorre. Tal equívoco, afirmam Greenberg e Pinsof (1986), advém de uma supersimplificação dos aspectos complexos que envolvem o processo terapêutico, o que remete ao que estes autores denominam *mito da homogeneidade*. O equívoco central que caracterizaria este “mito” seria a concepção de um resultado final, definitivo na psicoterapia, cuja medida seria suficiente para determinar a eficácia dos procedimentos terapêuticos. Greenberg e Pinsof (1986) defendem que o resultado é constituído por uma série de pequenos resultados e que, portanto, o estudo visando à correlação entre padrões de interação terapêutica e resultados, deveria estabelecer momentos intermediários de avaliação do processo, ao invés de uma medida única ao seu final.

A última etapa do desenvolvimento de um instrumento de observação, segundo Rice e Kerr (1986), consiste em estabelecer a validade de construto de suas categorias. No presente instrumento, entretanto, as categorias não se referem a construtos hipotéticos. Inferências só foram permitidas na relação de um comportamento com eventos imediatamente precedentes e subseqüentes. Por exemplo, a categoria Empatia descreve um conjunto de fenômenos cuja função inferida de acolhimento é obtida a partir de um conjunto de indicadores. Já se o processo de audiência não-punitiva fosse uma das categorias do sistema, sua validade de construto deveria ser estudada.

Embora esta medida não seja aplicável na presente etapa do desenvolvimento do instrumento, vale discutir algumas evidências referentes a outros tipos de validade. Para

tanto, se recorrerá ao conceito de *mecanismo de mudança*, conforme desenvolvido por Kazdin e Nock (2003). Segundo estes autores, tão importante quanto o estudo do resultado de um processo terapêutico, é saber *o que* (qual mecanismo), dentro do processo ocorreu *e como* este mecanismo foi responsável pela mudança.

*Mecanismos de mudança* referem-se, portanto, a processos ou eventos que levam a ou que causam a mudança terapêutica. A organização dos fenômenos que ocorrem ao longo do processo terapêutico em torno de categorias de registro pressupõe a concepção, por parte do pesquisador, de alguns mecanismos de mudança, e propõe categorias de eventos que deveriam favorecer a ilustração destes mecanismos. A qualidade destas categorias, enquanto recursos que visam este objetivo, deve ser colocada à prova, à medida que diferentes estudos são conduzidos. Isto implica em estudar a extensão à qual o sistema de observação parece medir o que ele se propõe a medir, o que é denominado *Validade Aparente* (Donald & Suen, 1989).

A evidência mais consistente no sentido de uma validade aparente das categorias desenvolvidas no presente trabalho advém do trabalho de Del Prette (2006), conforme descrito no Estudo 2. A alta correspondência entre as categorias estudadas pela autora e os processos comportamentais identificados sugere que o instrumento mede aquilo que ele se propõe a medir. O conjunto de trabalhos que utilizaram de forma satisfatória o sistema de categorias aqui desenvolvido (especificamente o Eixo I: Respostas Verbais), fornece também evidências neste sentido (conforme apresentado no Estudo 2 do presente trabalho).

Outra evidência de validação do presente instrumento advém de seu processo de construção. De modo semelhante ao caminho traçado por Hill (1986), o desenvolvimento deste sistema de categorização, baseou-se no estudo cuidadoso de outros sistemas, cujas categorias foram posteriormente reorganizadas em um novo

esquema. Este processo, segundo a autora, assegura um tipo de validade de conteúdo. É importante lembrar que tais evidências não são suficientes para se estabelecer com segurança a validade do instrumento, mas elas se somam neste sentido, e evidências provenientes de novos estudos podem fortalecer este indicador de validade.

A constituição do *Sistema multidimensional de categorização de comportamentos na interação terapêutica*, portanto, visa um estudo amplo da interação terapêutica, abarcando algumas das dimensões importantes desta interação. As características do sistema correspondem, em parte, às proposições de Hill (1986) sobre o estudo do processo terapêutico. De acordo com esta autora, um completo panorama do processo terapêutico deveria compreender seis níveis (ou dimensões) da interação: (1) comportamentos auxiliares (extralingüísticos, lingüísticos, não-verbais e fisiológicos), (2) modos de resposta verbal; (3) conteúdo (tópico em discussão); (4) taxas de comportamento (atitudes, envolvimento); (5) comportamentos encobertos (pensamentos, percepções, sentimentos, atitudes); (6) estratégias clínicas (intervenções, técnicas). O presente sistema de categorização abarca algumas destas dimensões. Outros estudos podem avançar nesta direção, construindo recursos metodológicos que contribuam para uma investigação cada vez mais aprofundada do fenômeno clínico.

*Etapas da terapia e as categorias de comportamento do terapeuta e cliente: Um exercício de descrição do processo terapêutico analítico-comportamental*

O *Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica* tem como objetivo o estudo da interação na terapia analítico-comportamental. Embora os fenômenos destacados nas categorias que o compõem não sejam exclusivos desta abordagem de psicoterapia, ela é a base para a organização do sistema e para a elaboração de suas definições.



Tendo em vista essa finalidade do instrumento, foi elaborado o presente tópico, que visa contribuir para o desenvolvimento da pesquisa, por meio da ilustração de possíveis aplicações do sistema para o estudo da terapia analítico-comportamental.

Em um artigo de revisão da área de pesquisas de processo em psicoterapia, Greenberg e Pinsof (1986) afirmam que a falta de uma “micro-teoria da psicoterapia” teria retardado o desenvolvimento da pesquisa na área. Esta teoria, segundo os autores, deveria ser suficientemente clara, de modo a especificar *o que* deve ocorrer, e *quando*, nas diferentes etapas de seu desenvolvimento, além de explicitar as relações entre os diferentes processos que ocorrem em pontos específicos, dentro e fora da sessão terapêutica. Seria a base na qual os pesquisadores buscariam apoio para especificar quando e para onde olhar no curso da terapia, o que favoreceria a identificação de padrões de mudança que ocorrem ao longo do processo terapêutico.

Hill (1986), ao propor uma categorização dos modos de resposta verbal, afirma que diferentes classes de comportamento refletem estilos de comunicação ou padrões do terapeuta, que são relacionados à orientação teórica e ao tipo de treinamento que ele recebeu. De acordo com esta autora,

...um terapeuta que queira ser passivo e acolhedor, mas forçar seu cliente a tomar a iniciativa [na conversação], pode responder primariamente por meio de silêncios, encorajamento mínimo e reafirmações. Por outro lado, um terapeuta que seja mais diretivo e orientado para a ação, pode usar com mais frequência orientação direta, informação e confrontação... Para o cliente, o modo de resposta verbal descreve o estilo de seu envolvimento na interação e prevê a habilidade de participar em uma interação terapêutica verbal. Um cliente que se engaja mais frequentemente em silêncio ou descrição de problemas, provavelmente terá mais dificuldade com terapias orientadas para o *insight* que teria um cliente mais prontamente engajado em experienciar e insight. (p. 131)

Nas últimas décadas, muitos autores (por exemplo, Kohlenberg & Tsai, 1991; Hayes, 1987, Dougher, 1999; Pérez-Alvarez, 1996) avançaram no desenvolvimento de uma descrição dos processos do decorrer de uma terapia de base analítico-comportamental, especialmente no que se refere à interação terapeuta-cliente em terapia verbal<sup>1</sup>. O presente tópico tem como objetivo apresentar um exercício de descrição de alguns desses processos, relacionando-os com as categorias que compõem o sistema multidimensional de categorização.

Entre as muitas tentativas de sistematização do processo terapêutico analítico-comportamental, merece destaque o trabalho de Follette, Naugle e Callaghan (1996). Estes autores apresentaram uma descrição bastante detalhada das diferentes etapas que ocorrem ao longo do processo de interação terapeuta-cliente, incluindo análises conceituais que relacionam os processos que ocorrem na terapia a possíveis mudanças do cliente fora da terapia. A proposta destes autores será utilizada como referência para a discussão a seguir.

A relação terapêutica, além de ser a base para o desenvolvimento de qualquer estratégia terapêutica, é considerada por Follette *et al.* (1996) o principal mecanismo de mudança que ocorre na psicoterapia. Entende-se, deste ponto de vista, que o comportamento do cliente na sessão é uma amostra de padrões de interação que ele estabelece em seu ambiente social e que, ao interagir com o terapeuta, são desenvolvidos novos padrões de interação. A *modelagem* de repertório social, por meio de *reforçamento diferencial* na interação terapêutica, seria então a principal técnica a ser desenvolvida pelo terapeuta. Para isso, supõe-se o terapeuta como alguém que pode

---

<sup>1</sup> Grande parte da interação que ocorre em psicoterapia é eminentemente verbal (Pérez-Álvarez, 1996) e a investigação do processo terapêutico necessariamente deve passar por uma compreensão dos processos verbais e de sua interação com eventos não verbais que ocorrem ao longo da terapia e no cotidiano do cliente.

dispor de reforçadores sociais. O processo por meio do qual o terapeuta torna-se uma potencial fonte de reforçadores sociais e a maneira com que ele dispõe dessa característica da interação para produzir mudanças, conforme descritos por Follette *et al.* (1996) serão apresentados a seguir.

*O processo de reforçamento social nas sessões terapêuticas iniciais.* De acordo com Follette *et al.* (1996), a experiência direta que ocorre entre terapeuta e cliente é o *comportamento de interesse* do terapeuta, e a história de aprendizagem que ocorre ao longo dessa interação é o *mecanismo de mudança* que ocorre na terapia. Este processo começa nas primeiras sessões, quando o cliente procura o terapeuta.

Nas sessões iniciais, é importante que o simples fato de o cliente ter procurado ajuda, independentemente de qualquer padrão de comportamento que ele apresente, seja alvo de reforçamento social. O que faz do terapeuta, nesse momento, alguém que pode dispor de reforçamento social, é o seu *status* profissional que, segundo Follette *et al.* (1996), serve como um *estímulo estabelecedor*, que pode evocar respostas do cliente de se engajar no tratamento.

Follette *et al.* (1996) afirmam que, nesta etapa do processo, o terapeuta provê expressões gerais de suporte ao fato de o cliente estar em terapia, dados os problemas que ele está enfrentando, e dado que a terapia pode ser uma experiência difícil para o cliente. A dificuldade inicial pode vir do fato de que, para alguns clientes, é difícil falar a respeito de incidentes constrangedores, pensamentos, fraquezas pessoais ou erros (Sturmey, 1996).

O reforçamento social<sup>2</sup> que o terapeuta deve prover nesse momento parece “não-contingente”, uma vez que não é direcionado a nenhuma classe de respostas específica

---

<sup>2</sup> Vale ressaltar que, ao se falar sobre *reforçamento social*, assume-se uma possível função de um conjunto de ações do terapeuta. Isso porque, culturalmente, essas ações costumam exercer função reforçadora para as classes de resposta que a produzem. Entretanto, não se pode perder de vista a noção

do cliente. Entretanto, ele é relacionado a uma ampla classe de comportamentos do cliente de se engajar em um processo de mudança. As classes de resposta a serem emitidas pelo terapeuta são aquelas necessárias para o processo terapêutico ocorrer e são constituídas tipicamente por ações e verbalizações do terapeuta que sugerem cuidado e *suporte geral contingente* (Follette *et al.*, 1996).

A audiência não-punitiva é parte importante desse processo inicial. Skinner (1953/1993) afirma que, para constituir-se como uma alternativa a uma história de interação com eventos aversivos, o terapeuta ouve o relato do cliente sem nenhum tipo de crítica ou julgamento. Supõe-se que esse tipo de interação favoreça que o cliente fale sobre assuntos “difíceis” – temas ou ações cujo contato ele vinha evitando porque teriam sido punidos em sua história de vida (Skinner, 1954; Sturmey, 1996; Vermes, Zamignani & Kovac, 2007). Como efeito desse conjunto de contingências – o terapeuta se estabelece como ocasião para interações reforçadoras e para a remoção do controle aversivo –, o terapeuta, por si só, pode tornar-se um evento reforçador condicionado, e o contexto da terapia pode tornar-se algo “desejável”.

O processo por meio do qual o terapeuta se estabelece como um reforçador condicionado é chamado por alguns autores de *constituição da aliança terapêutica*. Sturmey (1996) afirma que uma *aliança terapêutica* entre terapeuta e cliente deve ser estabelecida desde muito cedo na terapia: “*deve estar claro para o cliente que suas preocupações estão sendo levadas a sério e tratadas de maneira profissional*” (p. 73).

A característica inespecífica do reforçamento social que ocorre neste momento do processo terapêutico sugere a emissão, por parte do terapeuta, de respostas do tipo EMPATIA, incluindo algumas de suas subcategorias - NOMEAÇÃO E INFERÊNCIA DE SENTIMENTOS, NORMALIZAÇÕES E VALIDAÇÃO DE SENTIMENTOS, EXCLAMAÇÕES E

---

de que a função reforçadora de determinados estímulos é idiossincrática, dependendo da história de interação do cliente com cada classe de ações do terapeuta.

EXPRESSÕES DE INTERESSE, HUMOR, APOIO, PARÁFRASES e COMENTÁRIOS DE ENTENDIMENTO. Outras respostas vocais, tais como respostas de FACILITAÇÃO e não-vocais, tais como sorrisos (identificados no presente trabalho como TOM EMOCIONAL +1), gestos de concordância e expressões faciais consistentes com o conteúdo relatado pelo cliente compõem o necessário contexto de acolhimento, compreensão e interesse (Sturmey, 1996; Vermes, Zamignani & Kovac, 2007).

Alguns autores defendem que, mesmo nestes momentos iniciais, respostas de acolhimento e compreensão, sozinhas, não são suficientes para conduzir uma boa intervenção. Banaco (1997), por exemplo, afirma que, além de o terapeuta oferecer um contexto de acolhimento e compreensão, ele deve demonstrar seu entendimento sobre as relações descritas pelo cliente e que dispõe de estratégias para ajudá-lo. Tal habilidade, portanto, pode envolver a emissão de algum tipo de resposta de INTERPRETAÇÃO ou INFORMAÇÃO por parte do terapeuta já nas sessões iniciais.

Sturmey (1996), inclusive, aponta que, para alguns clientes, altos níveis de acolhimento e empatia podem ser contraprodutivos, ofensivos ou culturalmente inapropriados. A especificação, entretanto, a respeito dos contextos nos quais respostas de EMPATIA são mais ou menos apropriadas ou mesmo em que medida, é algo que necessita maiores investigações; algumas contribuições neste sentido podem ser encontradas em Garfield (1995).

*A coleta de informações necessárias para a avaliação comportamental.* Paralelamente ao processo de estabelecimento da *aliança terapêutica*, desde as primeiras sessões, é necessário que o terapeuta colha informações sobre o cliente, de modo a construir um panorama geral sobre sua queixa e outros aspectos de seu repertório comportamental. Esse processo de coleta de informações e tomada de decisões sobre as intervenções a serem desenvolvidas é denominado *avaliação*

*comportamental* e visa à *análise de contingências* relacionadas à instalação e manutenção dos problemas trazidos pelo cliente como queixa.

A Figura 22 a seguir, baseada no texto de Follette, Naugle e Linnerooth (1999), apresenta as etapas que compõem, tipicamente, a avaliação comportamental conduzida na terapia analítico-comportamental. Vale lembrar que o trabalho clínico não é um processo linear e que as etapas apresentadas não representam necessariamente uma seqüência temporal de eventos. Follette *et al.* (1999) afirmaram que este ciclo de eventos vai ocorrer quantas vezes for necessário para levantar análises que levem a intervenções úteis ou a resultados desejáveis, já que os resultados das intervenções são constantemente avaliados, podendo levar a mudanças no curso da intervenção.

A primeira etapa da avaliação, destacada por Follette *et al.* (1999), diz respeito à identificação dos problemas apresentados pelo cliente e de sua organização em torno de algum tipo de critério de importância clínica. Habilidades e déficits comportamentais do cliente, bem como aspectos ambientais facilitadores e problemáticos (tais como suporte social, saúde, recursos financeiros, disponibilidade e diversidade do ambiente para prover reforçadores, questões legais envolvidas etc.) são então levantados em busca de se estudar as condições disponíveis para a mudança (Follette & cols., 1999).

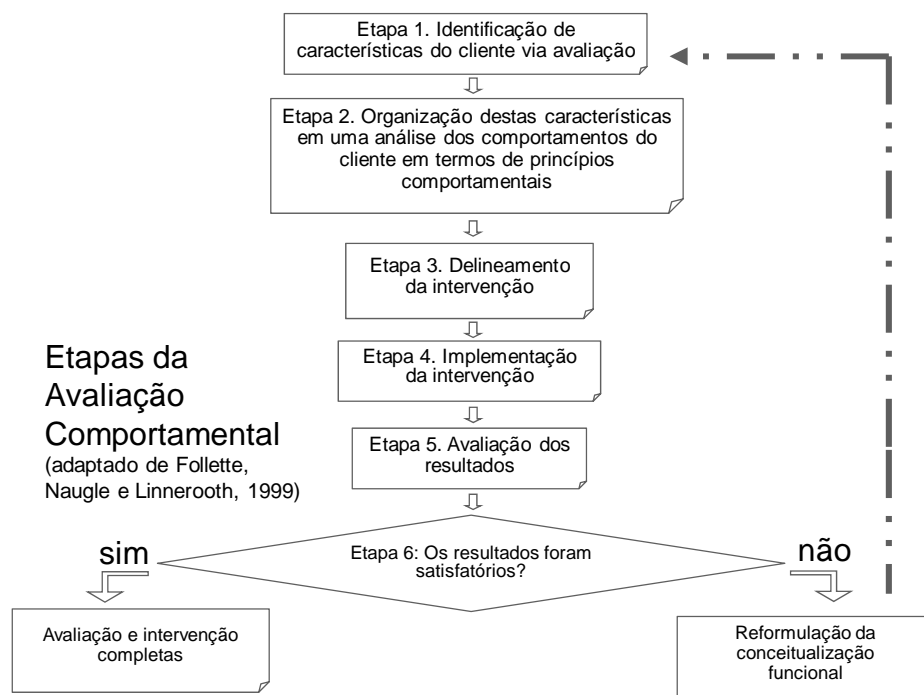


Figura 22. Representação esquemática das Etapas da Avaliação Comportamental (adaptado de Follette, Naugle & Linnerooth, 1999)

A coleta das informações no trabalho clínico pode ser feita por meio de três diferentes estratégias (Carr, Langdon & Yarbrough, 1999): a *entrevista*, a *observação direta* e a *análise funcional*. Barker, Pistrang e Elliott (1994) apontam ainda outro tipo de estratégia para o levantamento de informações: as *escalas de comportamento*. Cada uma dessas estratégias pode envolver diferentes ações do terapeuta e do cliente. No presente trabalho será dado destaque a dois destes processos: a *entrevista* e a *observação*, visto que são as práticas mais frequentemente utilizadas em terapia verbal. A análise funcional, por seu caráter de maior controle experimental, tem sido reservada mais a contextos institucionais e a populações com maior déficit comportamental, tais como problemas de desenvolvimento atípico e transtornos psicóticos (Repp & Horner, 1999). Quanto às escalas de avaliação comportamental, há certa oposição a seu uso por terapeutas comportamentais, sendo mais utilizadas em situações de pesquisa.

*A entrevista clínica.* A coleta de dados por meio da entrevista clínica é parte integrante de qualquer modalidade de avaliação e pode ser inclusive a única estratégia utilizada para este fim. É caracterizada inicialmente, por respostas de RELATO do cliente e ações do terapeuta de SOLICITAÇÃO DE RELATO (Sturmey, 1996). É comum também que, concomitantemente ao RELATO do cliente, ocorram respostas de FACILITAÇÃO e GESTOS DE CONCORDÂNCIA do terapeuta, além de verbalizações breves que repetem o que o cliente acabou de dizer (um tipo de FACILITAÇÃO). Estas respostas, apesar da natureza diferente (verbal vocal e verbal não-vocal), aparentemente exercem a mesma função na interação, que é a de indicar que o terapeuta está prestando atenção ao relato do cliente e sugerir a continuidade do relato (Sturmey, 1996). No Estudo 3 do presente trabalho este tipo de interação, na qual o cliente RELATA ou ESTABELECE RELAÇÕES e o terapeuta emite respostas de FACILITAÇÃO e GESTOS DE CONCORDÂNCIA, ocorre continuamente em todas as sessões.

Sturmey (1996) e Hill (1978) distinguem dois tipos de solicitação de relato, com relação à sua forma: perguntas abertas e perguntas fechadas. PERGUNTAS ABERTAS<sup>3</sup>, segundo estes autores, seriam utilizadas para evocar uma ampla gama de respostas, e o material obtido a partir deste tipo de pergunta seria relativamente não-estruturado. Já PERGUNTAS FECHADAS solicitam respostas breves que clarificam algum ponto específico ou provêem respostas a uma questão pontual. Sturmey (1996) defende que, durante a sessão terapêutica, o terapeuta inicia com uma série de perguntas abertas que propiciam um leque de assuntos que, no decorrer da sessão, são clarificados por perguntas fechadas. O autor afirma ainda que o uso excessivo de perguntas fechadas ou o seu uso muito cedo na sessão é um erro comum de terapeutas destreinados ou novatos, o que pode limitar os dados obtidos a respostas breves ou a “sins” e “nãos”, deixando de

---

<sup>3</sup> O anexo 3 apresenta uma descrição de formas típicas que cada categoria do terapeuta e do cliente podem apresentar. PERGUNTAS ABERTAS e PERGUNTAS FECHADAS são subtipos de forma da categoria SOLICITAÇÃO DE RELATO.



proporcionar acesso a amplas áreas de problemas. Merece melhor investigação a forma com que ocorre esta transição de uma série de perguntas abertas para perguntas fechadas e quais os critérios que guiam este processo.

Outra ação comum do terapeuta nas interações iniciais é o pedido para que o cliente observe suas ações e/ou determinados eventos (SOLICITAÇÃO DE OBSERVAÇÃO – subcategoria de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO), em busca de dados adicionais para uma *análise de contingências*. Este pedido pode envolver observações não-estruturadas (o terapeuta apenas pede que o cliente observe determinadas situações, o que ele sente ou faz nestas situações e/ ou o que ocorre após a sua ação), ou registros estruturados (por meio de escalas de avaliação, tabelas de registro ou outras estratégias específicas). No último caso, além de respostas de SOLICITAÇÃO DE OBSERVAÇÃO, o terapeuta deve emitir respostas de INFORMAÇÃO sobre o funcionamento do registro e, eventualmente, sobre as razões pelas quais o registro está sendo solicitado.

Nas sessões iniciais, afirma Sturmey (1996), muitos clientes encontram-se perplexos com seus problemas, por percebê-los como randômicos ou incontroláveis. Em muitos casos, afirma esse autor, o cliente tem suas próprias teorias sobre o problema (ESTABELECE RELAÇÕES), que podem incluir visões personalistas ou moralistas que pouco o ajudam. Banaco (1993) sugere também que o RELATO do cliente, especialmente nas primeiras sessões, pode ser predominantemente a respeito de eventos encobertos (RELATO DE SENTIMENTOS E EMOÇÕES, ou RELATO DE ESTADOS MOTIVACIONAIS OU TENDÊNCIAS À AÇÃO IMEDIATA). É possível ainda que o cliente estabeleça relações que atribuem status causal a eventos encobertos, uma vez que esta seria uma prática comum em nossa cultura (Banaco, 1993, Kohlenberg & Tsai, 1991). Isto ocorre porque, em função de sua interação com a comunidade verbal, o cliente normalmente apresenta um

repertório verbal pouco fortalecido de observação e descrição de variáveis ambientais das quais o comportamento é função.

Neste caso, as verbalizações do terapeuta provavelmente coincidem com as subcategorias de SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE FATOS (ações e eventos ambientais), SOLICITAÇÃO DE RELATOS DE RESPOSTAS ENCOBERTAS DO CLIENTE ou a categoria de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, de modo a produzir informações para uma análise das contingências e construir um novo repertório discriminativo. Esse tipo de interação, na qual o cliente relata e o terapeuta solicita ou solicita reflexão, se mantém ao longo de todo o processo e, supõe-se que, ao longo do tempo, as verbalizações do tipo RELATO, do cliente, passem a envolver o ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES entre suas ações abertas ou encobertas e eventos ambientais relevantes.

As observações de Banaco (1993), sobre a maior ocorrência de relatos de eventos encobertos nas sessões iniciais, são confirmadas pelos estudos de Almásy (2004) e Silva (2001). Nestes estudos, ocorria alta frequência de falas do cliente sobre eventos encobertos em comparação com a descrição de outros tipos de eventos, independentemente do tipo de consequência apresentada pelo terapeuta a estes eventos (em ambos os estudos, este dado foi observado em sessões nas quais o terapeuta apresentava apenas verbalizações mínimas – FACILITAÇÃO - durante qualquer tipo de fala do cliente). Os dados de Martins (1999), por outro lado, sugerem que verbalizações do cliente sobre eventos privados não são tão frequentes. Ambos os dados, entretanto, são baseados no estudo de um número reduzido de casos clínicos e merecem melhor investigação. Uma possível questão de pesquisa poderia envolver uma descrição detalhada, com um número maior de casos clínicos, de como se dá esse processo de mudança e das mudanças na frequência de cada tipo de RELATO e de ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES do cliente ao longo do processo.

O relato de eventos privados pode também ser utilizado como estratégia para obtenção de dados sobre o cliente. Alguns terapeutas solicitam do cliente o relato de sentimentos, sonhos e fantasias (SOLICITAÇÃO DE RELATO DE RESPOSTAS ENCOBERTAS) como estratégias para acesso a informações difíceis de serem obtidas por meio de relato direto (Banaco, 1993; Delitti & Meyer, 1995; Nalin, 1993; Otero, 1993). Uma vez que o cliente tenha descrito eventos deste tipo, o terapeuta pode então solicitar que o cliente estabeleça relações ou analogias entre estes eventos e episódios por ele vividos (TERAPEUTA SOLICITA REFLEXÃO), estabelecendo, então, interpretações (INTERPRETAÇÃO) a partir das contingências em vigor.

Ao solicitar informações sobre a queixa do cliente e sobre outros aspectos a ela relacionados, é importante também que o terapeuta obtenha informações sobre suas habilidades e suas METAS de mudança. Tais informações ajudam no planejamento de comportamentos alternativos ou incompatíveis com a resposta-queixa, além de proporcionar informações sobre possíveis fontes de reforçamento que estariam subutilizadas ou indisponíveis (Sturmey, 1996).

Alguns terapeutas têm como prática, ao final de cada sessão terapêutica, fechar a sessão resumindo brevemente os principais pontos da sessão (por meio de ESTABELECIMENTO DE SÍNTESES ou DESCRIÇÃO DE PROCESSO) ou solicitando que o cliente observe (SOLICITAÇÃO DE OBSERVAÇÃO), até a sessão seguinte, alguns aspectos que precisam de maiores informações ou não ficaram claros no decorrer da entrevista (Sturmey, 1996).

Sturmey (1996) aponta que a entrevista, na terapia comportamental, tem sido negligenciada, devido à ênfase dada pelos behavioristas radicais na observação direta e na manipulação experimental como parte do processo de avaliação. Este autor defende que, a despeito desta forte inclinação em direção à metodologia experimental, a maioria

dos clínicos raramente observa o comportamento de seus clientes em ambiente natural, e é ainda mais improvável que conduzam uma análise empírica dos problemas dos seus clientes. Tal fato torna o clínico fortemente dependente dos dados de entrevista, o que exigiria maior atenção dos pesquisadores a este aspecto da atividade clínica. Sturmei (1996) aponta ainda que boa parte das pesquisas tem enfatizado a entrevista inicial de avaliação, mas habilidades de entrevista são utilizadas ao longo de todo o processo. Este autor propõe uma série de questões que mereceriam maior investigação: (1) como o terapeuta lida com situações nas quais o cliente não responde às suas questões; (2) como o terapeuta lida com deslizes ou lapsos do cliente ao longo da entrevista; (3) como são feitas reformulações a partir de novas informações ou quando as hipóteses iniciais são rejeitadas; (4) quais as habilidades necessárias para lidar com clientes evasivos, difíceis ou irritadiços; (5) como lidar com situações nas quais o relato do cliente é distorcido, especialmente quando tal contexto envolve questões legais; (6) como é conduzida a entrevista com mais de um cliente e, por último; (7) quais seriam as variáveis a serem consideradas para transpor os dados de entrevista em uma formulação comportamental e, desta formulação, para uma estratégia de intervenção.

*A observação no contexto da terapia verbal.* Como já apontado no início desta seção, o comportamento do cliente na interação terapêutica é considerado, na terapia analítico-comportamental, uma amostra de padrões de interação que ele estabelece em seu ambiente social. Desta forma, o interesse do terapeuta não deve se resumir aos eventos descritos no RELATO verbal do cliente, mas também à forma com que o cliente interage com ele durante a sessão terapêutica.

Banaco (1993) afirma que, assim como é possível “aprimorar” o autoconhecimento do cliente a partir do seu relato verbal sobre estados internos,

respostas abertas sutis do cliente podem ser indicativas de estados emocionais. É importante, por esta razão, a identificação, por parte do terapeuta, de manifestações corporais externas do cliente que podem ser indicativas de sentimentos e emoções e, por conseguinte, de contingências de reforçamento em vigor na relação terapêutica ou relacionadas ao tema relatado. Estas respostas podem também sugerir ao terapeuta informações sobre o impacto que determinados eventos exercem sobre seu comportamento e sobre a qualidade da relação terapêutica.

A este respeito, De Rose (1997) afirma:

A psicoterapia pode ser entendida, ao menos em parte, como uma metodologia para refinar o autoconhecimento, especialmente no que diz respeito ao controle discriminativo exercido pelo mundo privado do indivíduo. Um dos requisitos para isto provavelmente é que o terapeuta desenvolva uma sensibilidade para as correlações entre eventos privados e comportamentos manifestos. Isto permite ao terapeuta inferir aspectos do mundo privado do cliente a partir de manifestações sutis; com base nestas inferências, ele pode auxiliar o cliente no treino das discriminações que ajudam a desenvolver o autoconhecimento... (p.156)

A observação do terapeuta deve ser dirigida a vários aspectos verbais vocais e não vocais da interação. Sturmev (1996) sugere diversas propriedades de interesse do comportamento do cliente que podem trazer informações relevantes para a avaliação comportamental: a duração dos episódios de interação, a frequência de comportamentos de interesse – vocais ou não vocais, a intensidade, a seqüência com que diferentes classes de ações ocorrem ao longo da interação e os produtos permanentes de suas ações (por exemplo, marcas referentes a comportamentos autolesivos, ou aumento ou ganho de peso como indicadores de comportamento alimentar).

As propriedades dinâmicas (Skinner, 1957/1992) da fala do cliente também podem prover informações importantes. A intensidade com a qual uma resposta verbal é emitida, a velocidade com a qual respostas verbais sucessivas são emitidas, repetições, a frequência com que determinadas classes de resposta verbal ocorrem são, então, objetos

da observação do terapeuta. O qualificador Tom emocional da fala, que compõe o presente sistema de categorização, tem como alvo algumas destas propriedades.

Outros comportamentos não-vocais do cliente, tais como MUDANÇAS DE POSTURA, a presença de GESTOS ILUSTRATIVOS, MOVIMENTOS REPETITIVOS DE MEMBROS, AUTO-ESTIMULAÇÃO também merecem atenção por parte do terapeuta. O qualificador GESTOS ILUSTRATIVOS, do presente sistema de categorização, bem como o eixo de categorização referente a RESPOSTAS MOTORAS, visa identificar a ocorrência destes tipos de eventos.

*A organização do problema do cliente em termos de conceitos comportamentais.* O segundo passo da avaliação comportamental, de acordo com Follette *et al.* (1999), é a elaboração de uma análise de contingências, na qual os problemas e características do cliente são organizados de acordo com princípios da análise do comportamento. A partir dessa organização, o terapeuta pode ter um panorama geral do caso clínico, envolvendo a análise tanto da função exercida pelas respostas-problema do cliente quanto de respostas do cliente que sejam desejáveis (pois produziriam reforçadores se emitidas em maior frequência e em um contexto apropriado) e que precisariam ser fortalecidas.

Essa etapa da intervenção é tratada por alguns autores como *análise funcional*. O termo análise funcional, entretanto, tem sido alvo de discussão. Tradicionalmente, na literatura analítico-comportamental, o termo análise funcional diz respeito a demonstrações experimentais de relações funcionais entre eventos. Uma vez que, na terapia de cunho verbal, o que temos são “*análises funcionais não experimentais, isto é, a identificação (ou tentativa) de (...) processos de interação em exemplos de comportamento humano*” (Meyer, 1995, p. 2), seria mais apropriado o uso do termo *interpretação funcional* ou, como vem sendo denominado por terapeutas analítico-comportamentais, *análise de contingências*.

Meyer (1995) afirma que o conhecimento e a aplicação dos princípios básicos do comportamento, assim como a relação desses princípios com as práticas (técnicas e procedimentos), devem existir para que um trabalho terapêutico seja considerado consistente com a análise do comportamento. Conceitos tais como reforçamento, extinção, punição, controle de estímulos, generalização e outros, segundo a autora, devem fornecer a estrutura conceitual para o desenvolvimento da prática do terapeuta analítico comportamental.

Zamignani (2001) estudou dois terapeutas analítico-comportamentais atendendo casos que envolviam queixas de transtorno obsessivo-compulsivo, em busca de verificar a consistência da prática destes terapeutas com a sua teoria de referência. Para tanto, analisou as ações do terapeuta relacionadas a *explicações* de eventos ou *conselhos* (categorizadas no presente trabalho como INTERPRETAÇÃO ou INFORMAÇÃO, no primeiro caso e RECOMENDAÇÃO, no segundo). Nesse trabalho, a categorização das verbalizações de terapeuta e cliente e o desenvolvimento posterior de categorias de análise, permitiram discutir alguns aspectos importantes da prática dos terapeutas estudados. Por exemplo, foi possível identificar dois estilos de intervenção bastante diversos, ambos compatíveis com o referencial teórico analítico-comportamental, o primeiro deles voltado para a emissão de regras por meio de análise de contingências e aconselhamento e o segundo voltado para a conseqüenciação diferencial de respostas do cliente dentro da sessão. Estudos envolvendo diferentes terapeutas, atendendo clientes com uma maior variedade de queixas clínicas, poderiam elucidar variáveis da interação relacionadas à maior ou menor consistência teórica da prática do terapeuta analítico-comportamental, além de identificar a relação de diferentes estilos de intervenção com resultados do processo.

O modelo teórico analítico-comportamental descreve o comportamento em termos de um processo de seleção pelas conseqüências. Nesse processo, pelo menos quatro elementos básicos são importantes para a compreensão de um determinado comportamento: as operações estabelecedoras (OE), que estabelecem determinados estímulos como momentaneamente reforçadores; os estímulos discriminativos ( $S^D$ ), que estabelecem a ocasião na qual, caso a resposta venha a ser emitida, o reforçador estará disponível; a emissão da resposta pelo indivíduo (R); e a apresentação de estímulos como efeito da (contingentes à) resposta emitida ( $S^R$ ). Este modelo teórico é representado pelo paradigma apresentado na Figura 23.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{OE} \\ S^D \end{array} \right\} \bullet R \Rightarrow S^R.$$

Figura 23. Esquema representando o paradigma do comportamento operante, no qual “OE” é uma operação estabelecadora, “ $S^D$ ” é um estímulo discriminativo, o símbolo “•” representa uma função probabilística na qual, dadas determinadas circunstâncias, há uma probabilidade de que uma resposta seja emitida; “R” é a resposta, a seta à direita indica uma relação de contingência entre resposta e conseqüência e “ $S^R$ ” é o estímulo produzido pela resposta que, ao retroagir sobre o organismo, altera a probabilidade de que respostas da mesma classe venham a ser emitidas (Follette *et al.* 1999).

Partindo desse modelo teórico, pode-se imaginar como um episódio ideal de interação do indivíduo com o ambiente, aquele no qual o indivíduo (1) está suficientemente motivado (há uma operação estabelecadora que torna algum evento momentaneamente reforçador e, portanto, evoca alguma resposta do indivíduo para produzi-lo - OE); (2) sabe a ocasião apropriada para agir (houve uma história anterior que estabeleceu um controle de estímulos apropriado sobre o responder -  $S^D$ ); (3) sabe o que fazer (apresenta em seu repertório a resposta a ser emitida - R) e (4) sua ação produz reforçadores ou evita o contato com aversivos (conseqüências providas pelo ambiente mantêm a classe de respostas).

A queixa trazida pelo cliente para o consultório pode apontar problemas em cada um dos elos desta seqüência de eventos. Assim, o cliente (1) pode não estar



suficientemente motivado para a emissão das respostas necessárias em determinadas condições. Pode não haver (2) um controle de estímulos apropriado que estabeleça a ocasião para responder quando o reforçador está disponível (história insuficiente ou ineficaz de reforçamento diferencial). O indivíduo (3) pode não apresentar o repertório necessário para que sua ação produza estímulos reforçadores. O ambiente (social ou mecânico) pode dispor conseqüências de maneira inconsistente ou pode dispensar reforçadores para respostas que, em médio ou longo prazo, podem produzir estimulação aversiva.

Considerando análise semelhante, Kanfer e Grimm (1977) e Follette *et al.* (1999) classificam os problemas a partir de sua relação com eventos antecedentes, comportamentos ou conseqüências.

Com relação aos eventos antecedentes, a queixa do cliente pode envolver a *falta de eventos antecedentes apropriados para a emissão de respostas* que produziriam reforçadores (devido à falta de oportunidade para a emissão de comportamentos desejados ou a um ambiente restritivo); pode *não existir um controle discriminativo* (o cliente não é capaz de identificar as condições sob as quais certas classes de comportamentos produziram reforçadores); ou pode haver um *controle discriminativo inapropriado* (é o caso de comportamentos que produzem conseqüências desejáveis para o cliente, mas que não são apropriados ao contexto no qual ocorrem). Kanfer e Grimm (1977) acrescentam ainda o caso de *controle inapropriado por estímulos auto-gerados* (o indivíduo nomeia e responde incorretamente a estados internos).

Com relação ao responder do cliente, podem existir problemas relacionados a *excessos comportamentais* (comportamentos que ocorrem com frequência ou intensidade excessivos); *déficits comportamentais* (falta de repertórios importantes, tais como habilidades sociais, expressão de intimidade etc.) ou a *comportamentos*

*intervenientes* (comportamentos que impedem a emissão de outras respostas mais efetivas para a produção de reforçadores).

Por último, com relação às conseqüências, podem *inexistir as conseqüências que seriam apropriadas* para a manutenção do comportamento-alvo; podem ocorrer *conseqüências concorrentes* (a mesma ação pode produzir diferentes conseqüências, gerando situações de conflito) ou pode ocorrer um *controle inapropriado pelas conseqüências* (é o caso de comportamentos que produzem conseqüências reforçadoras para o indivíduo, mas que podem ser inapropriadas para o grupo, tais como situações de abuso sexual).

*A transposição da análise de contingências para a intervenção.* Follette *et al.* (1996) afirmam que, a partir de uma etapa inicial de reforçamento aparentemente não contingente a nenhuma classe de resposta específica (etapa na qual o tipo de reforçamento provido pelo terapeuta é mais próximo da categoria EMPATIA), gradualmente ocorre um afunilamento do foco das conseqüências providas pelo terapeuta durante a sessão terapêutica. Aos poucos, então, o terapeuta passa a dirigir sua intervenção a aspectos mais específicos do responder do cliente, com vistas à instalação e manutenção de comportamento e à construção de condições para a mudança. Esta etapa coincide com a aplicação de procedimentos por parte do terapeuta a partir da análise de contingências.

Problemas em cada um dos elos da relação comportamental exigem, do terapeuta, diferentes estratégias de intervenção apropriadas.

No caso de *não existirem eventos antecedentes apropriados para a emissão de respostas*, Kanfer e Grimm (1977) propõem a modificação direta do ambiente atual (o que, segundo Zamignani, Kovac & Vermes, 2007, é viável apenas por meio de intervenção extraconsultório) ou a busca por novos ambientes que disponibilizem

reforçadores de uma forma mais apropriada. Follette *et al.* (1999), nesse sentido, sugerem que o terapeuta facilite esta descoberta pelo cliente e incentive sua participação em ambientes mais ricos em oportunidades de interação. O terapeuta pode dispor de diferentes estratégias para conduzir o cliente em busca de novos ambientes ou grupos sociais. Uma das possibilidades é por meio da apresentação de uma análise de contingências (INTERPRETAÇÃO), na qual ele pode explicitar as variáveis do ambiente que impedem a mudança. Outra possibilidade é a RECOMENDAÇÃO direta de busca por ambientes alternativos. Esta é, provavelmente, a forma mais “diretiva” e, talvez, a que produziria mais rapidamente a mudança necessária. Meyer (2004) aponta que um dos fatores responsáveis pela ampla aceitação da terapia comportamental é a rapidez com que ela consegue resultados, especialmente em função do recurso a procedimentos estruturados baseados em comportamentos governados por regras. Entretanto, alguns autores (inclusive Meyer, 2004) têm questionado esse tipo de estratégia pela pouca oportunidade que ela dá para a construção do repertório necessário para o desenvolvimento de autonomia do cliente. Alguns estudos apontam ainda uma maior frequência de respostas de resistência ou OPOSIÇÃO do cliente quando o terapeuta age de forma mais diretiva. Beutler, Moleiro e Talebi (2002) realizaram uma revisão de 20 estudos que verificaram os efeitos diferenciais da diretividade do terapeuta, tendo em vista a resistência dos clientes. Foi constatado que 80% desses estudos demonstraram que intervenções diretivas funcionaram melhor entre clientes com baixo nível de resistência, enquanto intervenções não diretivas funcionaram melhor entre clientes com graus mais altos de resistência, sugerindo que os efeitos da resistência podem ser circundados pelo uso de intervenções não-diretivas e autodirecionadas.

As pesquisas que indicaram uma forte correlação entre a resistência do cliente e um resultado negativo da terapia e/ou abandono da mesma, e entre a resistência do

cliente e comportamentos diretivos do terapeuta (Ablon & Jones, 1999; Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002; Bischoff & Tracey, 1995) sugerem que o uso de estratégias diretivas, tal como a orientação, não deva estar vinculado apenas à linha teórica e à preferência do terapeuta. A história de seguimento de regras e instruções do cliente deve ser levada em consideração.

Vermes, Kovac e Zamignani (2007) discutem que o trabalho do terapeuta deveria almejar, como parte de seus objetivos, que o cliente não precise mais do terapeuta e, para tanto, este deveria favorecer que o cliente apresentasse a sua própria análise e suas propostas de mudança. Tal estratégia poderia se dar por meio de SOLICITAÇÃO DE RELATO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, seguidas por respostas de APROVAÇÃO do terapeuta quando o cliente ESTABELECE RELAÇÕES, formula METAS ou, posteriormente, relata MELHORA.

Quando *não há um controle discriminativo* ou há um *controle discriminativo inapropriado*, Follette *et al.* recomendam a modelagem de um repertório discriminativo, de modo que o cliente passe a responder em contextos apropriados ou desenvolva repertórios comportamentais funcionalmente equivalentes àqueles que ocorriam em ambientes inapropriados. Kanfer e Grimm (1977) sugerem ainda, no caso de *controle inapropriado por estímulos auto-gerados*, o desenvolvimento de treinos discriminativos, de modo que o cliente venha a nomear mais apropriadamente seus estados internos. Em todos os casos relacionados a controle discriminativo, os autores sugerem o desenvolvimento de algum tipo de treino discriminativo, no qual ocorreria reforçamento diferencial de respostas, quando na presença dos estímulos apropriados (por meio de verbalizações de APROVAÇÃO, EMPATIA ou outro tipo de consequência que funcione como reforço ao comportamento em questão – Follette *et al.*, 1996). Na terapia verbal, isto se aplica apenas a episódios que envolvem o controle discriminativo sobre

respostas sociais e, mesmo assim, em alguns casos, não é possível dispor, na terapia, de contextos sociais funcionalmente equivalentes àqueles nos quais ocorre a resposta-problema do cliente, de modo a fornecer diferencialmente as conseqüências. Resta ao terapeuta, nestes casos, o recurso verbal, intervindo por meio de análises interpretativas (INTERPRETAÇÃO), apontamentos (INFORMAÇÃO) e *feedback* sobre a adequação dos eventos relatados verbalmente pelo cliente (APROVAÇÃO, REPROVAÇÃO ou INFORMAÇÃO).

No caso de *excessos comportamentais*, Kanfer e Grimm (1977) sugerem os procedimentos de parada de pensamento ou de saciação de respostas (no caso deste tipo de procedimento, o terapeuta provê INFORMAÇÃO ao cliente sobre o funcionamento e a racional da técnica e então RECOMENDA que o cliente se engaje na técnica - ESTRUTURAÇÃO DE ATIVIDADE). Outra estratégia sugerida pelos autores é o desenvolvimento de respostas incompatíveis com a resposta que ocorre em excesso, o que poderia ser aplicado utilizando-se qualquer um dos procedimentos utilizados para o ensino de repertório. Sturmey (1996) defende que, mais do que meramente remover uma resposta indesejada, o tratamento analítico-comportamental deve ter em vista aumentar a freqüência de comportamentos desejáveis. Considerando este aspecto, esta última proposta de Kanfer Grimm (1977) parece mais apropriada.

Para casos nos quais o problema do cliente envolve *déficits comportamentais*, Kanfer e Grimm (1977) sugerem como intervenção que o terapeuta proveja INFORMAÇÃO sobre o desempenho correto ou sobre padrões sociais para o comportamento apropriado a determinadas situações. Além da estratégia proposta por esses autores, poderíamos considerar a *modelagem* por aproximações sucessivas, estratégia na qual, repostas que se aproximam daquela a ser aprendida, são reforçadas socialmente pelo terapeuta até que o cliente apresente o repertório desejado e produza

os reforçadores naturais que manteriam a ocorrência do comportamento (Zamignani & Jonas, 2007). O reforçamento destas respostas pode se dar por meio de APROVAÇÃO, FACILITAÇÃO, GESTOS DE CONCORDÂNCIA ou mesmo de SOLICITAÇÃO DE RELATO – que podem funcionar como reforçadores para a verbalização anterior do cliente. Outra estratégia comumente usada no ensino de repertório novo é a *modelação*, que consiste em o terapeuta oferecer MODELOS (um subtipo de RECOMENDAÇÃO) de respostas para que o cliente o imite.

Quando o terapeuta identifica a existência de *comportamentos intervenientes* que impedem a emissão de outras respostas mais efetivas para a produção de reforçadores, Follette *et al.* (1999) sugerem que o terapeuta observe a ocorrência destes comportamentos intervenientes em exercícios de representação ou mesmo em observação *in-vivo*. Estas circunstâncias devem, então, ser apontadas para o cliente (por meio de INFORMAÇÃO ou INTERPRETAÇÃO) e o terapeuta deve alterá-las, antes que alternativas mais eficazes de respostas venham a ser estabelecidas. Caso estes comportamentos intervenientes sejam constituídos por excessos comportamentais, estas classes de respostas que ocorrem em excesso poderiam ser substituídas por comportamentos mais úteis, utilizando-se para isso as estratégias já descritas anteriormente para a redução e instalação de novas respostas.

Quando o problema do cliente envolve um arranjo de contingências problemático, Follette *et al.* (1999) afirmam que o terapeuta deve prever que, se tais condições ambientais não forem alteradas, o comportamento tenderá a não se manter e a ser substituído por comportamentos mais problemáticos. Para lidar com esta condição, Kanfer e Grimm (1977) propõem que o terapeuta estabeleça um rearranjo de contingências. Para isso, o terapeuta deve estabelecer com o cliente objetivos de curto prazo (o que envolve INTERPRETAÇÕES e RECOMENDAÇÕES) e reforçadores arbitrários

(APROVAÇÃO) intermediários, até que respostas de autogerenciamento do cliente venham a ser fortalecidas por meio de conseqüências naturais.

No caso de *conseqüências concorrentes* ou *controle inapropriado pelas conseqüências*, Follette *et al.* sugerem que intervenções em ambiente natural sejam desenvolvidas de modo a restringir o acesso ou aumentar o custo de respostas que envolvam a emissão de comportamentos inapropriados.

*Uma taxonomia das intervenções típicas do terapeuta.* Meyer (2004) propôs uma classificação dos procedimentos básicos empregados pelos terapeutas para promover mudança de comportamento. De acordo com esta autora, estes procedimentos básicos seriam: (1) Terapeuta fornece regras; (2) Terapeuta favorece auto-regras; (3) Terapeuta fornece estimulação suplementar; (4) Terapeuta modela repertórios.

Os dois primeiros procedimentos descritos por Meyer (2004) envolvem a especificação de alternativas de ação ou a elaboração de descrições de contingências, seja por meio do fornecimento de conselhos, ordens e descrições de contingências, seja por meio de incentivo para a construção de auto-regras por parte do cliente.

A terceira estratégia refere-se ao *Fornecimento de estimulação suplementar* pelo terapeuta. De acordo com Meyer (2004), uma situação complexa é composta por um grande número de estímulos e, em alguns casos, a queixa do cliente envolve um responder sob controle discriminativo de apenas uma parte destes estímulos, gerando uma ação ineficaz para a produção de reforçadores.

O terapeuta então identifica uma propriedade do estímulo discriminativo que controla uma resposta e torna mais salientes outras propriedades do mesmo estímulo físico, que já controlam outras respostas. Essas instruções do terapeuta para que o cliente preste atenção a outros aspectos da mesma situação pode aumentar a probabilidade de que novos aspectos passem a controlar o comportamento (pp. 154-155).

Vale ressaltar que, embora tal estratégia não envolva a descrição de todos os elos da contingência, ela supõe um responder do cliente sob controle de regras, uma vez que o terapeuta descreve elementos da contingência os quais o cliente não havia observado (regra enquanto descrição de contingências – INFORMAÇÃO ou INTERPRETAÇÃO) ou instrui o cliente a observar estes aspectos (regras enquanto instrução - RECOMENDAÇÃO ou SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO).

O último dos procedimentos descritos por Meyer (2004) consiste na modelagem de repertórios por meio da consequenciação direta dos comportamentos do cliente que ocorrem na interação com o terapeuta. Parte do pressuposto de que os comportamentos do cliente que ocorrem durante a sessão terapêutica são uma amostra de sua forma de agir em outros contextos (Follette *et al.*, 1996; Kohlenberg, 1986). A modelagem direta de comportamentos envolve desde a audiência não punitiva do terapeuta, que seleciona e fortalece respostas de aproximação e auto-exposição do cliente, até a seleção de outras respostas sociais do cliente, por meio de reforçamento diferencial.

É possível agrupar as estratégias descritas por Meyer (2004) em duas classes principais. As três primeiras estratégias seriam relacionadas ao controle por regras, enquanto que a última diz respeito à modelagem de comportamento a partir das conseqüências sociais dispensadas pelo terapeuta na sessão terapêutica. Zamignani (2001), de forma semelhante, identificou entre os profissionais por ele estudados, dois padrões distintos de intervenção: o primeiro enfatizando o fornecimento de regras e conselhos, de modo a construir um repertório de autoconhecimento enquanto o outro privilegiava o *feedback* após verbalizações do cliente, visando à modelagem de repertório.

As diferenças nas estratégias propostas por Meyer e nos padrões de intervenção dos terapeutas estudados por Zamignani (2001) apontam para o debate, dentro da



aplicação da análise do comportamento, referente ao controle por regras. Alguns autores defendem que o controle por regras é uma forma eficaz de controle do comportamento humano (por exemplo, Catania, 1992); outros questionam a ênfase nesse tipo de controle na relação terapêutica (por exemplo, Guedes, 1993). Meyer (2004) afirma que este tipo de procedimento é especialmente importante nos casos em que *“as conseqüências do comportamento são muito adiadas ou escassas, tornando-se, portanto, ineficazes na modificação de comportamentos, ou quando os comportamentos que seriam modelados pelas contingências em vigor são indesejáveis”* (p. 152). A autora afirma que as regras apresentadas pelo terapeuta podem especificar claramente uma ação que o cliente deveria seguir ou prescrever uma tarefa terapêutica (nesses casos, se tratariam de regras específicas) ou, de forma mais genérica, especificar o resultado a ser atingido, em vez da topografia da ação a ser executada (regra genérica). Em estudos desenvolvidos por Meyer e Donadone (2002), estas diferentes utilizações das regras são comparadas em sessões de terapeutas experientes e inexperientes, com algumas diferenças importantes entre ambos. Estudos que relacionem estas diferenças de procedimento a resultados clínicos seriam de grande utilidade para o desenvolvimento da área.

Sturmei (1996), discutindo as diferentes possibilidades de utilização da análise funcional no contexto clínico, considera que a interpretação funcional pode ser utilizada como tratamento em si ou como um dos componentes do tratamento. Posição semelhante é adotada por Meyer (2004), ao afirmar que a análise funcional feita pelo terapeuta com seu cliente seria um procedimento de fornecimento de regras. O terapeuta, neste caso, deveria trabalhar com o cliente para que este desenvolva uma análise funcional do próprio comportamento e ajudá-lo a usar a análise funcional para mudar seu próprio comportamento. Para isso, ele pode apresentar a análise para o

cliente (INTERPRETAÇÃO) ou trabalhar colaborativamente com o cliente para desenvolver uma análise funcional compartilhada. Goldiamond (1975), recomendou que o cliente fosse conduzido a elaborar sua própria análise funcional, ao invés de recebê-la pronta do terapeuta (nesse caso, o terapeuta SOLICITA RELATO, SOLICITA REFLEXÃO e conseqüência diferencialmente respostas de solução, por meio de respostas de APROVAÇÃO, FACILITAÇÃO ou EMPATIA). Isso implicaria numa participação mais ativa do cliente no próprio tratamento. Esse tipo de proposta é consonante com os dados de Matthews, Catania e Shimoff (1985), que defende que a modelagem do comportamento verbal aumenta a probabilidade de mudança no comportamento não verbal correspondente.

Guedes (1993), por sua vez, critica o modelo de intervenção baseado no controle por regras. Esta autora afirmou que “contingências artificiais da sessão têm pouca chance de competir com as contingências, em geral, mais antigas, mais significativas e mais freqüentes na vida do sujeito” (1993, p. 84), e que a generalização a partir de conselhos ou regras só é possível para pacientes cujo repertório de comportamentos de “seguir regras” é bastante fortalecido.

Meyer (2004) e Zamignani e Jonas (2007) acrescentam outros problemas que podem envolver o seguimento de regras. Um destes problemas é o risco de que o indivíduo venha a responder sob controle da regra e deixe de emitir respostas de observação aos eventos que controlariam naturalmente a resposta em questão. Tal fenômeno tem sido denominado na literatura de pesquisa básica como *insensibilidade às contingências*. Estes autores apontam também que, quando conseqüências sociais (implícitas ou claramente descritas na regra), competem com as conseqüências naturais do comportamento descrito na regra, as primeiras podem sobrepujar as conseqüências naturais do responder, fazendo com que o indivíduo siga regras sob controle de

aprovação social e não da contingência natural do comportamento especificado pela regra.

O *feedback* diferencial, por sua vez, com vistas a manter certos padrões de comportamento e diminuir a probabilidade de ocorrência de outros, não garante a generalização do comportamento para outros contextos, que não a interação terapêutica. Especialmente quando se trata de conseqüências providas à descrição de comportamentos do cliente que não ocorrem na sessão, há certa dificuldade técnica para que o comportamento verbal (fortalecido na sessão) venha a controlar o comportamento não verbal em outro contexto. A discussão sobre o uso das regras ou do controle por conseqüências imediatas na interação terapêutica revela a ausência de consenso entre analistas do comportamento sobre quais as melhores maneiras de desenvolver um tratamento a partir da perspectiva analítico-comportamental. A resposta a esta questão depende de pesquisas que demonstrem experimentalmente a superioridade de um ou outro procedimento.

O presente tópico teve como objetivo levantar alguns dos processos que ocorrem na terapia analítico-comportamental e as possibilidades de uso das categorias propostas para o seu estudo. É importante ressaltar que as categorias desenvolvidas, por seu caráter generalista, visam um mapeamento geral das respostas típicas que ocorrem ao longo do processo, mas não têm como objetivo a discriminação precisa de especificidades que ocorrem dentro de cada classe de eventos. Por exemplo, uma INTERPRETAÇÃO, pode envolver o estabelecimento de relações explicativas compatíveis ou não com os pressupostos da terapia analítico-comportamental, e não é parte da proposta deste sistema fazer essa diferenciação. O pesquisador cujo problema de pesquisa envolve questões deste tipo pode, em um segundo momento de análise, propor subcategorias ou categorias de análise que permitam esta diferenciação.

## Conclusão

O estudo da interação terapêutica por meio do registro em vídeo e categorização de episódios de comportamentos tem produzido dados bastante esclarecedores para o entendimento das relações que ocorrem na psicoterapia. Nas últimas décadas, o número de pesquisadores que tem se dedicado a este tipo de pesquisa é expressivo, e os temas investigados, bem como os recursos desenvolvidos para a análise dos dados são diversos.

Luna (1997) observa que a clínica é um ambiente privilegiado para o desenvolvimento da pesquisa. Nesta situação, temos acesso a dados de relato verbal que, de outra forma, dificilmente poderiam ser acessados. O pesquisador, neste ambiente de pesquisa, pode ter grande controle sobre o contexto no qual esse tipo de comportamento ocorre, além de contar com participantes de pesquisa “cativos”, que se apresentam com regularidade por longos períodos de tempo, permitindo repetidas observações do fenômeno de interesse.

Essas características do ambiente com as quais nos deparamos na pesquisa clínica, aliadas a estratégias criativas de sistematização e análise de dados pode proporcionar novas descobertas sobre os fenômenos de interesse na atividade clínica. O sucesso do empreendimento da pesquisa clínica analítico-comportamental vai depender da forma com que os desafios metodológicos são encaminhados. A natureza do fenômeno com o qual se está lidando na clínica, bem como especificidades da teoria analítico-comportamental na interpretação destes fenômenos, impõem a busca por novas metodologias e o reconhecimento do alcance e limitações de cada método utilizado. As perguntas de pesquisa que temos condições de responder devem ser cuidadosamente selecionadas de forma a garantir a obtenção de respostas úteis tanto para a teoria quanto para a prática da terapia analítico-comportamental. Muitos passos já foram dados na

direção da compreensão da interação clínica e os caminhos já abertos sugerem direções promissoras de investigação a serem exploradas.

O desafio assumido no presente trabalho, de se aperfeiçoar a metodologia para o estudo da interação terapêutica, não se resume aos três estudos que o compõem. Há muito ainda por desenvolver e as etapas aqui apresentadas são o retrato de um instante em um projeto muito maior.

## Referências

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 64-75.
- Abramowitz, C. V., Abramowitz, S. I., Roback, H. B. & Jackson, C. (1974). Differential effectiveness of directive and nondirective group therapies as a function of client internal-external control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 849-853.
- Almásy, C. (2004). *Efeitos da consequência na sessão terapêutica*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Araldi, S. & Martins, T. C. (2005). *A interação verbal terapeuta-cliente: Categorização e análise da fala de terapeutas formandos e recém formados*. Trabalho de conclusão de curso. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu.
- Azevedo, Y. L. (2001). *Verbalizações sobre eventos privados em terapia analítico-comportamental: Uma análise de intervenções do terapeuta*. Dissertação de mestrado. Belém: Universidade Federal do Pará.
- Baldivia, F. M. & Souza, M. V. (2005). *A avaliação da sessão terapêutica e sua relação com as intervenções do terapeuta*. Trabalho de conclusão de curso. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu.
- Banaco, R. A. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em psicologia*, 2, 71-79.
- Banaco, R. A. (1997). Tendências neo-behavioristas na terapia comportamental: Uma análise sobre a relação terapêutica. In: P. F. Castro (Coord.), *Anais do I Encontro sobre Psicologia Clínica da Universidade Mackenzie*, 36-43.
- Bänninger-Huber, E. & Widmer, C. (1997). Patterns of interaction and psychotherapeutic change. *20 th Ulm Workshop of Empirical Research in Psychoanalysis* [on line]. Disponível: {HIPERLINK “<http://www.uni-saarland.de/philfak/fb6/krause/ulm97/>”}
- Baptistussi, M. C. (2001). *Comportamentos do terapeuta na sessão que favorecem a redução de efeitos supressivos sobre comportamentos punidos do cliente*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Barbosa, D. R. (2001) *Relação entre mudanças de peso e competência social em dois adolescentes obesos durante intervenção clínica comportamental*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Barbosa, J. I. C. (2006). *Análise das funções de verbalizações de terapeuta e cliente sobre sentimentos, emoções e estados motivacionais na terapia analítico-comportamental*. Tese de doutorado. Belém: Universidade Federal do Pará.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barker, C., Pistrang, N. & Elliott, R. (1994). *Research methods in clinical and counselling psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Barros, A. R. & Bistocchi, A. (2006). *A fala do cliente em diferentes abordagens: Categorização e análise das relações funcionais*. Trabalho de conclusão de curso. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu.
- Batista, C. G. (1980). Elaboração de um catálogo de comportamentos motores observados na interação entre pais e filhos. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 6(3), 47-81.
- Batista, C. G. (1985). Objetivos da avaliação da fidedignidade em estudos observacionais. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 1(3), 205-214.
- Beier, E. G. & Young, D. M. (1998). *The silent language of psychotherapy*. New York: Aldine De Gruyter.
- Beneke C., Merten J. & Krause R. (1998) The intersubjective field: Behavioral basis of therapeutic relationships and their mental representation. *20 th Ulm Workshop of Empirical Research in Psychoanalysis* [on line]. Disponível: {HIPERLINK “<http://www.uni-saarland.de/philfak/fb6/krause/ulm97/>”}
- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research. *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 58, 207-217.
- Billings, A. G.; & Moss, R. H. (1984). Treatment experiences of adults with unipolar depression: The influence of patient and life context factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 119-131.
- Bischoff, M. M. & Tracey, T. J. G. (1995). Client resistance as predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 487-495.
- Brandão, F. S. (2003). *O manejo das emoções por terapeutas comportamentais*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Britto, I. G. S., Oliveira, J. A. & Sousa, L. F. D. (2003). A relação terapêutica evidenciada através do método de observação direta. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 139-149.
- Brunnik, S. S. & Schroeder, H. E. (1979). Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, gestalt and behavior therapy. In: M. Hersen, R. M. Eisler e P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 1). New York: Academic Press.
- Burgoon, J. K.; Buller, D. B. & Woodall, W. G. (1996). *Nonverbal communication: The unspoken dialogue*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- Callaghan, G. M. (2006). Functional Analytic Psychotherapy and supervision. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(3), 416-431.
- Campbell, N. (2004). Listening between the lines: A study of paralinguistic information carried by tone-of-voice [on line]. Disponível: {HIPERLINK "http://feast.his.atr.jp/nick/pubs/tal-Campbell.pdf"}
- Carvalho, A. & Henrique, C. T. (2005). *As intervenções do terapeuta e sua relação com os estados internos relatados pelo cliente e terapeuta*. Trabalho de conclusão de curso. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Chamberlain, P., & Ray, J. (1988). The Therapy Process Code: A multidimensional system for observing therapist interactions in family treatment. In: R. J. Prinz (Ed.), *Advances in behavioral assessment of children and families* (cap. 4, pp. 189-217). Greenwich. CT: JAI.
- Chamberlain, P.; Patterson, G.; Reid, J.; Kanavagh, K. & Forgatch, M. (1984). Observation of client resistance. *Behavior Therapy*, 15, 144-155.
- Chequer, M. A. A. (2002). *Estudo metodológico da medida de fidedignidade entre juízes na categorização de respostas verbais-vocais de terapeuta e cliente em duas condições de trabalho*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.
- Cowie, R., 2000. *Describing the emotional states expressed in speech*. In: Proc. ISCA Workshop on Speech and Emotion (pp. 11-18). Northern Ireland. [on line]. Disponível: {HIPERLINK



- “<http://www.qub.ac.uk/en/isca/proceedings/pdfs/cowie.pdf>”. Recuperado em 18/04/2004.
- Cronbach, L. J. & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological bulletin*, 52, 281-302.
- Crystal, D. (1980). A first dictionary of linguistics and phonetics. Boulder, C. O.: Westview.
- Cunha, W. H. A. (1975). Alguns princípios de categorização, descrição e análise do comportamento. *Ciência e Cultura*, 28(1), 15-24.
- Danna, M. F. e Matos, M. A. (1999). *Ensinando observação: Uma introdução*. São Paulo: Edicon.
- De Rose, J. C. C. (1997). O relato verbal segundo a perspectiva da análise do comportamento: Contribuições conceituais e experimentais. In: R. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 1, pp. 148-163). Santo André: ESETEC.
- De Vito, J. A. (1989). *The Interpersonal Communication Book*. New York: Harper & Row Publishers.
- Del Prette G. (2006). *Terapia Analítico-Comportamental Infantil: Relações entre o brincar e comportamentos da terapeuta e da criança*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Delitti, A. M. C. (2002). Avaliando sessões de terapia comportamental: um questionário pós-sessão é instrumento suficiente? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4 (2), 119-133.
- Donadone, J. C. (2004). *O uso da orientação em intervenções clínicas por terapeutas comportamentais experientes e pouco experientes*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo.
- Dougher, M. J. (1999). *Clinical Behavior Analysis*. Reno, Nevada: Context Press.
- Dreher, M., Mengele, U., Krause, R. & Kämmerer, A. (2001). Affective indicators of the psychotherapeutic process: An empirical case study. *Psychotherapeutic Research*, 11(1), 99-117.
- Eells, T. D., Kendjelic, E. M. & Lucas, C. P. (1998). What's in a case formulation? Development and use of a content coding manual. *Journal of Psychotherapy and Practice and Research*, 7, 144-153.
- Eklund, R. (2004). *Disfluency in Swedish human-human and human-machina travel booking dialogues*. Dissertação de mestrado. Linköping Studies in Science and Technology.

- Ekman, P. & Friesen, W.V. (1978). *Facial action coding system*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Ekman P., Friesen W. V., & O'Sullivan M. (1988). Smiles when lying. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 414-420.
- Ekman, P. (1989). The argument and evidence about universals in facial expressions of emotion. In: Wagner & A. Manstead (Eds.), *Handbook of psychophysiology: The biological psychology of emotions and social processes* (pp. 143-164). London: John Wiley Ltd.
- Eldred, S. H. & Price, D. B. (1958). The linguistic evaluation of feeling states in psychotherapy. *Psychiatry*, 21, 115-121.
- Fagundes, A. J. F. M. (1978). Definição e análise de respostas de sorrir em situação de leitura de textos humorísticos. *Psicologia*, 4(3), 53-108.
- Fagundes, A. J. F. M. (1992). *Descrição, definição e registro de comportamento*. São Paulo: Edicon. (Publicação original: 1976)
- Fiorini, H. J. (1995). *Teorias e Técnicas de Psicoterapia*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Follette, W. C., Naugle, A. E. & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Follette, W. V., Naugle, A. E. & Linnerooth, P. J. (1999). Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. In: M. J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp. 99-125). Reno, Nevada: Context Press.
- Ford, J. D. (1978). Therapeutic relationship in behavior therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(6), 1302-1314.
- Garcia, M. R. (2001). *Uma tentativa de identificação de respostas de esquiva e da utilização do procedimento de bloqueio de esquiva através da análise de uma relação terapêutica*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Geerts, E. A. H. M. (1997). *An ethological approach of interpersonal theories of depression*. Tese de doutorado. Holanda: Rijksuniversiteit Groningen.

- Gobl, C. & Chasaide, A. N. (2000). Testing affective correlates of voice quality through analysis and resynthesis. In: ISCA Workshop on Speech and *Emotion*. Belfast. [online]. Disponível: {HIPERLINK “<http://www.qub.ac.uk/en/isca/proceedings/>}}
- Goldberg, D.P., Hobson, R. F., Maguire, G. P., Margison, F. R., Osborn, M. & Moss, S. (1984). The clarification and assessment of a method of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 144, 567-580.
- Goldiamond, I. (1975). Alternate sets as a framework for behavioral formulation and research. *Behaviorism*, 3, 49-86.
- Greenberg, L. & Korman, L. (1993). Assimilating emotion into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3(3), 249-265.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research book*. New York: The Guilford Press.
- Guedes, M. L. (1993). Equívocos da terapia comportamental. *Temas em psicologia*, 2, 81-85.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In: N. S. Jacobson (Org.), *Psychoterapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford Press.
- Hickson, M. III. & Stacks, D. W. (1989). *Nonverbal communication: Studies and applications*. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Publishing.
- Highlen, P. S. (1986). Analyzing patterns and sequence in counseling: Reactions of a counseling process researcher. *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 186-189.
- Hill, C. E. (1978). The development of a system for classifying counselor responses. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.
- Hill, C. E. (1986). An overview of the hill counselor and client verbal response mode category systems. In: L. S. Greenberg e W. M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A research handbook*. New York: The Guilford Press.
- Hill, C. E. (2001). *Helping skills: The empirical foundation*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Hill, C. E., Corbett, M. M., Kanitz, B., Rios, P., Lightsey, R. & Gomez, M. (1992). Client behavior in counseling and therapy sessions: Development of a pantheoretical measure. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 539-549.
- Hill, C. E. & O'Brien, K. M. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration insight and action*. Washington, D. C.: American Psychological Association.

- Hill, C. E. & O'Grady, K. E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32 (1), 3-22.
- Hill, C. E., Siegelman, L., Gronsky, B. R., Sturniolo, F. S. & Fretz, B. R. (1981). Nonverbal communication and counseling outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 203-212.
- Hill, C. E. & Stephany, A. (1990). Relation of nonverbal behavior to client reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 22-26.
- Holland, J. G. & Skinner, B. F. (1975). A análise do comportamento. São Paulo: EPU. (Publicação original: 1969).
- Hutt, S. J. & Hutt, C. (1974). *Observação direta e medida do comportamento*. São Paulo: EPU.
- Ireno, E. M. (2007). *Formação de terapeutas analítico-comportamentais: Lista para verificação de desempenho*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade De São Paulo.
- Johnston, J. M. & Pennypacker, H. S. (1993) *Strategies and tactics of behavioral research*. New Jersey: Erlbaum .
- Kanfer, F. H. & Grimm, L. G. (1977). Behavior analysis: Select target behaviors in the interview. *Behavior Modification*, 1, 7-28.
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park Press.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2002). Methodology: General lessons to guide research. In: A. E. Kazdin (Org.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (Vol. 3, pp. 877-888). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. & 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), 1116-1129.
- Keeley, M. P. (2005). The nonverbal perception scale. In: V. Manusov (Org.), *The sourcebook of nonverbal measures: Going beyond words*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Kim, B. S. K., Liang, C. T. H., & Li, L. C. (2003). Counselor ethnicity, counselor nonverbal behavior, and session outcome with Asian American clients: Initial findings. *Journal of Counseling and Development*, 81(2), 202-207.
- Knapp, M. L. & Hall, J. A. (1999). *Comunicação não-verbal na interação humana*. São Paulo: JSN Editora.
- Kohlenberg & Tsai, (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kolb, D. L., Beutler, L. E., Davis, C. S., Crago, M. & Shanfield, S. B. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 702-710.
- Kovac, R. (1995). *A atuação do terapeuta comportamental: um estudo sobre as variáveis de controle que podem operar durante uma sessão terapêutica*. Trabalho de conclusão de curso. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Kovac, R. (2001). *Uma comparação entre duas propostas metodológicas para a análise de registros de uma interação verbal em uma situação aplicada: O setting clínico*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Krauss, R. M., Chen, Y. & Chawla, P. (1997). Nonverbal behavior and nonverbal communication: What do conversational hand gestures tell us? In: M. Zanna. (Org.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 389-450). San Diego: Academic Press.
- Lichtenberg, J. W. & Heck, E. J. (1986). Analysis of sequence and pattern in process research. *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 170-181.
- Lichtenberg, J. W. & Heider-Barke, K. H. (1981). Investigation of transational communication relationship patterns in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 310-315.
- Lima, M. N. & Lopes, R. T. (2006). *A avaliação da sessão terapêutica em diferentes abordagens: Uma análise da percepção e sentimentos do terapeuta e do cliente*. Trabalho de conclusão de curso. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu.
- Luna, S. V. (1997). *O terapeuta é um cientista?* Em: R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 1). Santo André: ESETec.
- Luna, S. V. (2002). *Planejamento de pesquisa: Uma introdução*. São Paulo: EDUC.
- Maciel, J. M. (2004). *Terapia analítico-comportamental e ansiedade: Análise da interação verbal terapeuta-cliente*. Dissertação de mestrado. Belém: Universidade Federal do Pará.

- Mahl, G. F. (1968). Gestures and body movements in interviews. In: J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy (Vol. 3)*. Washington, D.C.: American Psychological Association N.A.
- Mahl, G. F. (1987). *Exploration in nonverbal and vocal behavior*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Margotto, A. (1998). *Identificando mudanças na interação verbal em situação clínica*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Marinotti, M. (2000). *Categorização: Agrupando comportamentos ou eventos em classes*. Texto elaborado para uso interno na disciplina ‘ observação como fonte de dados na análise do comportamento’. Programa de Estudos Pós-Graduados em Análise do Comportamento da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- Martins, P. (1999). *Atuação de terapeutas estagiários com relação a falas sobre eventos privados em sessões de psicoterapia comportamental*. Dissertação de Mestrado. Belém: Universidade Federal do Pará.
- Marturano, E. M. (1978). Um método para a observação e análise do comportamento da criança em sala de aula. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 4(2), 37-73.
- Marturano, E. M., Bertoldo, A. A. & Camelo, A. L. P. (1982). Estudo descritivo do intercâmbio verbal em sala de aula através da análise de contingência – uma contribuição metodológica. *Psicologia*, 8(3), 19-36.
- Matthews, B. A., Catania, A. C. & Shimoff, E. (1985). Effects of uninstructed verbal behavior on nonverbal responding: Contingence descriptions versus performance descriptions. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 43 (2), 155-164.
- Merten, J. & Brunnhuber, S. (2004). Facial expression and experience of emotions in psychodynamic interviews with patients suffering from a pain disorder. Indicators of disorders in self- and relationship-regulation in the involuntary facial expression of emotions. *Psychopathology*, 37(6), 266-271.
- Merten, J., Ullrich, B., Anstadt, T., Krause, R. & Buchheim, P. (1996). Emotional experiencing and facial expression in the psychotherapeutic-process and its relation to treatment outcome: A pilot-study. *Psychotherapy Research*, 6 (3), 198-212.
- Meyer, S. B. (1995). *Quais os requisitos para que uma terapia seja considerada comportamental?* [on-line] Disponível: {HIPERLINK “<http://www.inpaonline.com.br/artigos> Retirado em 04/2005”}.

- Meyer, S. B. (2004). Processos comportamentais na psicoterapia. In: A. C. Cruvinel, A. L. F. Dias, E. N. de Cillo (Orgs.), *Ciência do comportamento: Conhecer e avançar* (Vol. 4). Santo André: ESETec.
- Meyer, S. B. & Donadone, J. (2002). O emprego da orientação por terapeutas comportamentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4 (2), 79-90.
- Meyer, S. B. & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. In: B. Range (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. São Paulo: Artmed.
- Miller, W. R., Benefield, R. G. & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Monteiro, M. E. S. (2000). *Adesão ao tratamento psiquiátrico: Análise comportamental de pacientes com diagnóstico de transtornos de ansiedade*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Monti, P. M., Kolko, D. J., Fingeret, A. L. & Zwick, W. R. (1984). Three levels of measurement of social skill and social anxiety. *Journal of nonverbal behavior*, 8(3), 187-194.
- Moreira, S. B. S. (2001). *Descrição de algumas variáveis em um procedimento de supervisão de terapia analítica do comportamento*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.
- Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H. & Solomon, J. (1982). Predicting the outcome of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating method. *Archives of General Psychiatry*, 39, 397-402.
- Nardi, R. (2004). *Proposta de método de interpretação da interação terapeuta-cliente: Análise comportamental da esquivia através do comportamento verbal de terapeuta e cliente em um caso de dor crônica*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Nichols, M. P. (1974). Outcome of brief cathartic psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 42, 403-410.
- Novaki, P. (2003). *Influência da experiência e de modelo na descrição de intervenções terapêuticas*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Oliveira, S. C. (2002). *A Interpretação na terapia comportamental: Um estudo exploratório com uma terapeuta em treinamento*. Dissertação de mestrado. Brasília: Universidade de Brasília.
- Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846-851.
- Pereira, C. (2000). *Dimensions of emotional meaning in speech*. In: Proc. ISCA Workshop on Speech and Emotion (pp. 25-28). Northern Ireland. [on-line]. Disponível: {HIPERLINK "http://www1.cs.columbia.edu/~julia/cs6998/pereira00.pdf"} Recuperado em 18/04/2004.
- Pérez-Álvarez, M. P. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Pinto, M. G. A. (2007). *Um estudo sobre relações entre o dizer e o fazer: Algumas variáveis que operam no controle do planejamento de sessões terapêuticas*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Pope, K. & Tabachnick, B. (1993). Therapist's anger, hate, fear and sexual feelings: National survey of therapists responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 142-152.
- Quintana, S. M. & Holahan, W. (1992). Termination in short-term counseling: Comparison of successful and unsuccessful cases. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 299-305.
- Repp, A. C. & Horner, R. H. (1999). *Functional analysis of problem behavior: From effective assessment to effective support*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Rice, L. N. & Kerr, G. P. (1986). Measures of client and therapist vocal quality. In: L. S. Greenbert e W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Rodrigues, M. E. (1997). Estudo exploratório: Similaridades e diferenças na situação psicoterapêutica: Comportamento não-verbal do psicoterapeuta em diferentes abordagens teóricas. *Interação*, 1, 95-122.



- Rubba, G. A. & Leite, J. P. (2006). *As intervenções do terapeuta em diferentes abordagens: Categorização e análise das relações funcionais*. Trabalho de conclusão de curso. São Paulo: Universidade São Judas Tadeu.
- Russel, R. L. & Stiles, W. B. (1979). Categories for classifying language in psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 86(2), 404-419.
- Russel, R. L. & Trull, T. (1986). Sequential analyses of language variables in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 16-21.
- Schaffer, N. D. (1982). Multidimensional measures of therapist behavior as predictors of outcome. *Psychological Bulletin*, 92, 670-681.
- Schaffer, N. D. (1983). The context of therapist behavior and outcome prediction. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 656-669.
- Scheflen A. E. (1966). Natural history method in psychotherapy: Communication research. In: L. A. Gottschalk e A. H. Auerbach (Eds.), *Methods and research in psychotherapy*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E. & Hahlweg, K. (1989). Observing client-therapist interaction in behavior therapy: Development and first application of an observational system. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 213-226.
- Shaver, P., Schwartz, J. Kirson, D. & O'Connor, C. (1987). Emotion knowledge: Further exploration of a prototype approach. *Journal of personality and social psychology*, 52, 1061-1086.
- Sidman, M. (1976). *Táticas da pesquisa científica*. Brasília: Brasiliense.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. São Paulo: Psy II. (Publicação original: 1989)
- Silva, A. S. (2001). *Investigação dos efeitos do reforçamento na sessão terapêutica sobre os relatos de eventos privados, relatos de relações entre eventos privados e variáveis externas e relatos de relações entre eventos ambientais e respostas abertas*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Silveira, F. F. (2007). *Intervenção com cuidadoras em grupo: Descrição da atuação do terapeuta sob uma perspectiva comportamental*. Projeto de dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Skinner, B. F. (1972). *Tecnologia do ensino*. São Paulo: Herder. (Publicação original: 1968).
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf.
- Skinner, B. F. (1992). *Verbal behavior*. Acton, Massachusetts: Copley Publishing Group. (Publicação original: 1957).
- Skinner, B. F. (1993). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes. (Publicação original: 1953).
- Souza Filho, R. C. (2001). *Assertividade e passividade na terapia analítico-comportamental: Análise de um atendimento clínico em estágio supervisionado*. Dissertação de mestrado. Belém: Universidade Federal do Pará.
- Staddon, J. E R. (1967). Asymptotic behavior: The concept of operant. *Psychological Review*, 74, 377-391.
- Steimer-Krause, E., Krause, R. & Wagner, G. (1989). Interaction regulations used by schizophrenic and psychosomatic patients: Studies on facial behavior in dyadic interactions. *Psychiatric: Interpersonal and Biological Processes*, 53, 209-228.
- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 48, 176-185.
- Stiles, W. B. (1992). *Describing talk: A taxonomy of verbal response modes*. Newbury Pak, CA: Sage.
- Stiles, W. B. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy research*, 9(1), 1-21.
- Strauss, A. & Glaser, B. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Street, Jr. R. L. & Buller, D. B. (1987). Nonverbal response patterns in physician-patient interactions: A functional analysis. *Journal of nonverbal behavior*, 11(4), 234-253.
- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: John Wiley & sons.
- Suen, H. K. & Ary, D. (1989). *Analyzing quantitative behavioral observation data*. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey.

- Taccola, P. A. (2004). *A psicoterapia analítico-funcional e relato de sentimentos: Um estudo de caso quase experimental*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Talley, P. F., Strupp, H. H. & Morey, L. C. (1990). Matchmaking in psychotherapy: Patient-therapist dimensions and their impact on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 182-188.
- Tepper, D. T. Jr. & Haase, R. F. (1978). Verbal and nonverbal communication of facilitative conditions. *Journal of counseling psychology*, 25, 35-44.
- Tickle-Degnen, L. & Rosenthal, R. (1990). The nature of rapport and its nonverbal correlates. *Psychological Inquiry*, 1(4), 285-293.
- Tourinho, E. Z, Garcia, M. G. & Souza, L. M. (2003). *Avaliação ampliada de categorias para análise de verbalizações de terapeutas*. Projeto de pesquisa. Belém: Universidade Federal do Pará.
- Tracey, T. J. (1985). Dominance and outcome: a sequential examination. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 119-122.
- Tryon, G. S. (1990). Session depth and smoothness in relation to the concept of engagement in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37(3), 248-253.
- Tunes, E. (1984). Considerações a respeito dos relatos verbais como dados. *Psicologia*, 10(1), 1-10.
- Ulian, A. L. (2007). *Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental: Subsídios para a formação*. Tese de doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Vermes, J. S. (2000). *Uma avaliação dos comportamentos do terapeuta durante a sessão: Relatos verbais do terapeuta e do cliente*. Pesquisa de iniciação científica. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Vermes, J. S., Kovac, R. e Zamignani, D. R. (2007). A relação terapêutica no atendimento clínico em ambiente extra-consultório. In: D. R. Zamignani, R. Kovac e J. S. Vermes (Orgs.), *A clínica de portas abertas: Experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extra-consultório*. São Paulo: Paradigma/ESETec.
- Vieira, T. A. M. (1975). *Elaboração de um catálogo de categorias de comportamento: Uma contribuição para o estudo etológico do homem*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Wagner H. L. (1990). The spontaneous facial expression of differential positive and negative emotions. *Motivation and Emotion*, 14, 27-43.
- Wampold, B. E. (1986). State of the art in sequential analysis: Comment on Lichtenberg and Heck. *Journal of Counseling Psychology*, 33(2), 182-185.
- Waxer P. H. ( 1978). *Nonverbal aspects of psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Wielenska, R. C. (1989). *A investigação de alguns aspectos da relação terapeuta-cliente em sessões de supervisão*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Wiseman, H. & Rice, L. N. (1989). Sequential analyses of therapist-client interaction during change events: A task-focused approach. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 281-286.
- Yano, Y. (2003). *Tratamento padronizado e individualizado no transtorno do pânico*. Tese de doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Zamignani, D. R. (1995). *Comportamentos encobertos do terapeuta durante a sessão: Uma análise de relato verbal*. Relatório final de projeto de iniciação científica. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Zamignani, D. R. (2001). *Uma tentativa de caracterização da prática clínica do analista do comportamento no atendimento de clientes com e sem o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Zamignani, D. R. (2006, versão preliminar). O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapeuta-cliente. Projeto de qualificação de doutorado. Universidade de São Paulo.
- Zamignani, D. R. & Andery, M. A. P. A. (2005). Interação entre terapeutas comportamentais e clientes diagnosticados com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 21(1), 109-119.
- Zamignani, D. R. & Jonas, A. L. (2007). Variando para aprender e aprendendo a variar: Variabilidade comportamental e modelagem na clínica. In: D. R. Zamignani, R. Kovac e J. S. Vermes. *A clínica de portas abertas: Experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extra-consultório*. São Paulo: Paradigma/ESETec.

**Anexo 1:**

**Termos de Consentimento de Terapeuta e Cliente para Pesquisa**

## 1.1. Termos de Consentimento do Cliente para Pesquisa

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

NOME DO CLIENTE \_\_\_\_\_

Documento de identidade nº: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: DDD: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL LEGAL \_\_\_\_\_

Natureza (grau de parentesco, tutor, curador) \_\_\_\_\_

Documento de identidade nº \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data nasc \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: DDD: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ LEGAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Natureza (grau de parentesco, tutor, curador): \_\_\_\_\_

Documento de identidade nº: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data nasc: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: DDD: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Proposta de Pesquisa

Estamos realizando uma pesquisa em Psicologia Clínica, cuja proposta é compreender os diferentes aspectos da interação verbal existentes na relação terapêutica. Para o desenvolvimento da pesquisa, é

necessária a colaboração de duplas de terapeuta e cliente que estejam dispostos a serem participantes nesta pesquisa. Para isso, é preciso que o terapeuta e o cliente estejam de acordo com as seguintes condições e garantias propostas a partir de códigos de ética do Conselho Nacional de Saúde:

- a) Dez ou mais sessões de terapia serão observadas e filmadas;
- b) Será possível o esclarecimento de dúvidas sobre o trabalho realizado, antes e durante a pesquisa, sempre que considerar necessário;
- e) Haverá a liberdade de recusar ou abandonar a participação em qualquer fase da pesquisa (o mesmo vale para o cliente)
- f) Os participantes poderão ter acesso ao material coletado, bem como à análise dele derivada, em qualquer momento da elaboração da pesquisa.
- g) Qualquer material obtido durante o curso dos atendimentos poderá ser utilizado exclusivamente para pesquisa e ensino, bem como para publicações científicas, desde que preservados os direitos de absoluto sigilo dos indivíduos envolvidos.
- h) Haverá sigilo do nome do terapeuta e do cliente, e sobre todas as informações fornecidas tanto na sessão clínica, como na entrevista, assim como de dados que possam identificá-los, não podendo ser explicitados em nenhuma circunstância. As características pessoais de ambos os sujeitos serão modificadas, para garantir que não haja a indicação identidade;
- i) O material que contém os dados será guardado em local protegido no laboratório de terapia comportamental do departamento de psicologia clínica da Universidade de São Paulo, com acesso exclusivo dos pesquisadores envolvidos no projeto de pesquisa. Após a realização do projeto o material permanecerá em arquivo e sua utilização em qualquer novo projeto deverá ser precedida de autorização por escrito dos participantes.
- j) Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins científicos, de pesquisa, e, portanto não serão feitos aproveitamentos pessoais dos materiais coletados.

São Paulo, \_\_\_\_\_.

---

CLIENTE

---

PESQUISADOR: DENIS ROBERTO ZAMIGNANI  
RG 19.506.527-x

---

RESPONSÁVEL

## **1.2. Termo de Consentimento do Terapeuta para Pesquisa**

### **1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TERAPEUTA**

NOME DO TERAPEUTA: \_\_\_\_\_

Documento de identidade nº: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data nasc: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: DDD: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### **Proposta de Pesquisa**

Estamos realizando uma pesquisa em Psicologia Comportamental, cuja proposta é compreender os diferentes aspectos da interação verbal existentes na relação terapêutica. Para o desenvolvimento da pesquisa, é necessária a colaboração de duplas de terapeuta e cliente que estejam dispostos a serem participantes nesta pesquisa. Para isso, é preciso que o terapeuta e o cliente estejam de acordo com as seguintes condições e garantias propostas a partir de códigos de ética do Conselho Nacional de Saúde:

- a) Dez ou mais sessões de terapia serão observadas e filmadas;
- b) Será possível o esclarecimento de dúvidas sobre o trabalho realizado, antes e durante a pesquisa, sempre que considerar necessário;
- e) Haverá a liberdade de recusar ou abandonar a participação em qualquer fase da pesquisa (o mesmo vale para o cliente)
- f) Os participantes poderão ter acesso ao material coletado, bem como à análise dele derivada, em qualquer momento da elaboração da pesquisa.
- g) Qualquer material obtido durante o curso dos atendimentos poderá ser utilizado exclusivamente para pesquisa e ensino, bem como para publicações científicas, desde que preservados os direitos de absoluto sigilo dos indivíduos envolvidos.
- h) Haverá sigilo do nome do terapeuta e do cliente e sobre todas as informações fornecidas tanto na sessão clínica, como na entrevista, assim como de dados que possam identificá-los, não podendo ser explicitados em nenhuma circunstância. As características pessoais de ambos os sujeitos, serão modificadas, para garantir que não haja a indicação identidade;
- i) O material que contém os dados será guardado em local protegido no laboratório de terapia comportamental do departamento de psicologia clínica da Universidade de São Paulo, com acesso exclusivo dos pesquisadores envolvidos no projeto de pesquisa. Após a realização do projeto o material permanecerá em arquivo e sua utilização em qualquer novo projeto deverá ser precedida de autorização por escrito dos participantes.
- j) Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins científicos, de pesquisa, e, portanto não serão feitos aproveitamentos pessoais dos materiais coletado.

São Paulo, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
PESQUISADOR: DENIS ROBERTO ZAMIGNANI  
RG 19.506.527-x



**Anexo 2:**

**Termo de Compromisso e Responsabilidade**

## **Termo de Compromisso e Responsabilidade**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, realizando a atividade de \_\_\_\_\_, para a pesquisa “O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização e análise de comportamento em sessões de psicoterapia”, comprometo-me a respeitar as seguintes condições: apenas eu poderei ter acesso ao conteúdo dos registros; guardá-los e manejá-los apenas em local seguro, protegido da observação de terceiros; manter sigilo absoluto sobre toda e qualquer informação mantida nos registros a mim confiados (ex: identidade do terapeuta ou do cliente, dados pessoais de ambos, entre outros). Também me comprometo a devolver o material a mim confiado sem efetuar nenhum tipo de cópia ou duplicação e sem qualquer tipo de violação do material original. Declaro estar ciente que este material faz parte da pesquisa de doutorado do psicólogo Denis Roberto Zamignani, sob orientação da professora Doutora Sonia Beatriz Meyer, da Universidade de São Paulo.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável:

### **Anexo 3**

#### **ADENDO ÀS CATEGORIAS VERBAIS DO TERAPEUTA E DO CLIENTE**

Inclui a especificação a Forma e o Contexto típico de ocorrência de cada categoria do Eixo I: Respostas Verbais do terapeuta e do Cliente.

As informações incluídas neste anexo são sugestões baseadas em experiência clínica e verificadas a partir dos dados obtidos no Estudo 3 do presente trabalho. Estudos sistemáticos devem ser desenvolvidos de modo a verificar sua validade.

#### **Adendo às Categorias Verbais do Terapeuta**

##### **Terapeuta Solicita Relato**

**Sigla: SRE**

**Nome resumido: SOLICITAÇÃO DE RELATO**

**Categoria tipo: estado**

#### **Forma**

Solicitações de relato apresentam tipicamente a forma interrogativa, podendo constituir-se em:

**(A)** perguntas fechadas - que solicitam respostas curtas, confirmações ou respostas do tipo “sim” ou “não”.

Ex: ➤ T: Ontem você foi à aula de capoeira? [SRE]

➤ T: E você se sente bem com isso? [SRE]

➤ T: Você tem se sentido assim todo o tempo ou só em algumas situações? [SRE]

**(B)** perguntas abertas - que solicitam que o cliente descreva, relate ou discorra livremente sobre determinado assunto.

Ex: ➤ T: Sobre o que você gostaria de falar hoje? [SRE]

➤ T: Você teria algum exemplo de uma situação na qual você não conseguiu responder ao seu chefe? [SRE]

➤ T: Como você se sente quando seu irmão faz essas coisas? [SRE]

➤ T: Teve uma vez que você falou comigo que nunca tinha feito terapia com homem. Que, era uma experiência nova. Que era legal de experimentar, de ver como é que era... Agora que a gente já ta trabalhando junto há um tempinho, como você está se sentindo? [SRE]

**(C)** podem também ser apresentadas no modo imperativo.

➤ T: Fale-me um pouco mais sobre isso. [SRE]

➤ T: Me conte o que aconteceu mais recentemente. [SRE]

➤ T: Estive pensando sobre o que conversamos na semana passada e gostaria que você me falasse um pouco mais sobre aquele assunto. [SRE]

➤ T: Agora eu preciso que você me fale um pouco sobre a convivência com sua família. [SRE]

➤ T: Me diz o que você sente quando isso ocorre. [SRE]

(D) afirmações ou comentários de clarificação, que sugerem a continuidade da descrição do cliente.

➤ T: Eu ainda não entendi. [SRE]

➤ T: Você me disse o que você pensa. Eu ainda não sei como você se sente com relação a isso. [SRE]

➤ C: Fui lá na loja do Luís ontem...

T: E...? [SRE]

## **Contexto**

### Precedente

Pode ser precedido por RELATO do cliente ou por períodos de silêncio.

### Subseqüente

Tipicamente, esta categoria é seguida por RELATOS do cliente. Pode também ser seguida por respostas do Cliente de ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES.

## **Terapeuta facilita o relato do cliente**

**Sigla: FAC**

**Nome resumido: FACILITAÇÃO**

**Categoria tipo: evento**

## **Forma**

(A) Expressões para-lingüísticas (do tipo “Hum hum”, “Ahã”), ou afirmações curtas (tais como “Sei”, “certo”, “sim”).

## **Contexto**

### Precedente

Verbalizações de FACILITAÇÃO costumam ocorrer simultaneamente a verbalizações de RELATO ou ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES do cliente ou imediatamente após estas, entre pequenas pausas (menores que três segundos).

### Subseqüente

Verbalizações de FACILITAÇÃO sugerem a continuidade da Resposta Verbal do cliente em curso e, portanto, são tipicamente seguidas por RELATO ou ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES do cliente.

**Terapeuta demonstra empatia****Sigla: EMP****Nome resumido: EMPATIA****Categoria tipo: estado****Forma**

(A) EMPATIA pode apresentar a forma de verbalizações breves que resumem, comentam ou recuperam assunto em discussão.

(B) Pode também apresentar a forma afirmativa, contendo menos, mas semelhantes palavras àquelas utilizadas pelo cliente e sendo tipicamente mais diretas e claras que a verbalização do cliente.

**Contexto**Precedente

Verbalizações de EMPATIA tipicamente são precedidas por Relato do cliente, especialmente eventos de valor afetivo.

Subseqüente

Empatia é seguida, principalmente por Relato ou Estabelecimento de Relações. Pode também ser seguida por respostas de CONCORDÂNCIA ou METAS do cliente.

**Terapeuta Fornece Informações****Sigla: INF****Nome resumido: INFORMAÇÃO****Categoria tipo: estado****Forma**

INFORMAÇÃO apresenta tipicamente a forma afirmativa descritiva.

**Contexto**Precedente

Pode ser antecedido ou não por SOLICITAÇÃO do cliente.

Subseqüente

É comum que uma INFORMAÇÃO seja seguida por RECOMENDAÇÃO por parte do terapeuta ou por SILÊNCIO, CONCORDÂNCIA ou GESTOS DE CONCORDÂNCIA por parte do cliente. Eventualmente, em caso de não-entendimento da Recomendação, pode ser seguida por SOLICITAÇÃO do cliente.

**Terapeuta Solicita Reflexão****Sigla SRF****Nome resumido: SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO****Categoria tipo: estado****Forma**

Solicitações de Reflexão apresentam tipicamente a forma interrogativa, podendo constituir-se em:

(A) perguntas fechadas - que solicitam respostas curtas, confirmações ou respostas do tipo “sim” ou “não”.

Ex: ➤ T: E você se sente bem com isso? [SRF]

➤ T: E para você isso é certo? [SRF]

(B) perguntas abertas - que solicitam que o cliente descreva, relate ou discorra sobre relações, julgamentos ou avaliações a respeito de determinado assunto.

Ex: ➤ T: Você tem alguma explicação para tanta cobrança em seu trabalho? [SRF]

➤ T: Há várias semanas você vem relatando problemas com seu chefe. Você vê alguma relação entre todos esses eventos? [SRF]

(C) Podem também ser apresentadas no modo imperativo.

Ex: ➤ T: Eu gostaria que você pensasse sobre isso na próxima semana. [SRF]

➤ T: Veja se esses acontecimentos têm alguma relação. [SRF]

(D) afirmações, comentários ou “dicas”, que sugerem como continuidade algum tipo de reflexão por parte do cliente.

Ex: ➤ T: Eu acho que você deveria pensar mais a respeito. [SRF]

**Contexto**Precedente

Tipicamente essa categoria é precedida por RELATO do cliente.

Subseqüente

Tipicamente, esta categoria é seguida por ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES do cliente.

**Terapeuta Recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas****Sigla: REC****Nome resumido: RECOMENDAÇÃO****Categoria tipo: estado****Forma**

(A) Recomendações podem ser apresentadas no modo imperativo, consistindo em instruções, sugestões, conselhos, avisos, comandos ou ordens.

Ex: ➤ T: Experimente fazer... faça... Quero que você vá...

(B) Podem ser apresentadas em forma interrogativa, como uma pergunta que sugere uma ação:

Ex: ➤ T: Você não acha que seria melhor...? E se você fizesse...? Seria possível...?

(C) Podem também apresentar a forma afirmativa.

Ex: ➤ T: Acredito que você deveria... Penso que a melhor alternativa seria...

(D) Confirmações em resposta a perguntas do cliente sobre como proceder podem ter a forma de verbalizações mínimas ou respostas curtas do tipo sim ou não.

Ex: ➤ C: Então eu tenho que ficar na situação, mesmo com medo? [SOL]

T: Hum Hum [REC]

## **Contexto**

### Precedente

Em algumas interações, pode ser observada a ocorrência de seqüências de INFORMAÇÕES e/ou INTERPRETAÇÕES, seguidas por RECOMENDAÇÃO.

RECOMENDAÇÕES podem ser precedidas por verbalizações de RELATO, ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES e METAS do cliente.

Podem também ser precedidas por SOLICITAÇÃO por parte do cliente.

### Subseqüente

Tipicamente, RECOMENDAÇÕES são seguidas por CONCORDÂNCIA, RELATO OU ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES do cliente. Em alguns casos, podem ser seguidas por OPOSIÇÃO.

<b>Terapeuta interpreta</b>
<b>Sigla: INT</b>
<b>Nome resumido: INTERPRETAÇÃO</b>
<b>Categoria tipo: estado</b>

## **Forma**

(A) Explicações ou Interpretações apresentam tipicamente a forma afirmativa.

(B) Podem, eventualmente, ser apresentadas em forma interrogativa ou ainda...

(C) como uma afirmação seguida de uma pergunta de confirmação.

## **Contexto**

### Precedente

INTERPRETAÇÕES são tipicamente precedidas por RELATO OU MELHORA do cliente. Outra situação característica é o uso desse tipo de verbalização ao final da sessão, como forma de encerramento.

### Subseqüente

Interpretações tipicamente são seguidas por CONCORDÂNCIA, ESTABELECE RELAÇÕES ou RELATO do cliente. Em alguns casos, pode ser seguido por OPOSIÇÃO.

Em algumas interações pode ser observada a ocorrência de seqüências de INTERPRETAÇÃO, seguidas por RECOMENDAÇÃO do terapeuta.

### **Terapeuta aprova ou concorda com ações ou avaliações do cliente**

**Sigla: APR**

**Nome resumido: APROVAÇÃO**

**Categoria tipo: estado**

### **Forma**

(A) Verbalizações de aprovação apresentam tipicamente a forma exclamativa ou afirmativa (do tipo descritiva).

(B) Podem também ser acompanhadas por perguntas de confirmação por parte do terapeuta.

### **Contexto**

#### Precedente

Verbalizações de aprovação tipicamente são precedidas por verbalizações do tipo RELATO, MELHORA ou ESTABELECE RELAÇÕES por parte do cliente.

#### Subseqüente

Tipicamente, respostas de Aprovação são seguidas por novo Relato ou Estabelecimento de Relações do cliente.

### **Terapeuta reprova ações ou avaliações do cliente**

**Sigla: REP**

**Nome resumido: REPROVAÇÃO**

**Categoria tipo: estado**

### **Forma**

(A) Verbalizações do tipo REPROVAÇÃO tipicamente apresentam a forma afirmativa (do tipo descritiva).

(B) Podem assumir a forma de pergunta, com entonação sarcástica ou hostil.



(C) Podem também ser apresentadas no modo imperativo quando implicam em um comando para mudança de comportamento dentro da sessão.

### **Contexto**

#### Precedente

Verbalizações de REPROVAÇÃO tipicamente são precedidas por verbalizações do tipo RELATO, MELHORA ou ESTABELECE RELAÇÕES por parte do cliente.

#### Subseqüente

Respostas de Reprovação são seguidas tipicamente por OPOSIÇÃO do cliente. Podem ser seguidos também por respostas do tipo RELATO ou ESTABELECE RELAÇÕES.

### **Outras verbalizações do Terapeuta**

**Sigla: TOU**

**Nome resumido: OUTRAS VOCAL TERAPEUTA**

**Categoria tipo: estado**

### **Forma**

Qualquer formato

### **Contexto**

#### Precedente

Indefinido

#### Subseqüente

Indefinido.

### **Registro Insuficiente**

**Sigla: TIN**

**Nome resumido: INSUFICIENTE TERAPEUTA**

**Categoria tipo: Estado**

### **Forma**

Qualquer formato.

### **Contexto**

#### Precedente

Indefinido

#### Subseqüente

Indefinido

**Respostas não-vocais de Facilitação / Concordância**

**Sigla:** CCN

**Nome resumido:** CONCORDÂNCIA TERAPEUTA

**Categoria tipo:** evento

**Forma**

(A) Aceno com a cabeça (fazer que “sim” com a cabeça) sugerindo concordância, interesse no assunto ou ação do interlocutor e/ou solicitando a continuidade da fala do interlocutor.

(B) Gesto de aprovação que consiste em levantar o polegar enquanto os outros dedos permanecem fechados (“jóia”, “ok”).

(C) Gestos ou expressões faciais de aprovação concordantes com o relato do outro falante ou que sugerem cuidado/ acolhimento.

(D) Gestos ou expressões faciais de negação ou preocupação que sugerem concordância com relação a uma verbalização do interlocutor ou cuidado/ acolhimento.

**Contexto**

Precedente

Respostas não-vocais de concordância do terapeuta ocorrem tipicamente simultaneamente ou após respostas de RELATO ou ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES do Cliente.

Subseqüente

Tipicamente essa resposta é seguida por continuidade do RELATO ou ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES do cliente.

**Respostas não-vocais de Discordância**

**Sigla:** DC

**Nome resumido:** DISCORDÂNCIA TERAPEUTA

**Categoria tipo:** evento

**Forma**

(A) Balançar a cabeça lateralmente (fazer que “não” com a cabeça) sugerindo discordância, descrença, reprovação com relação à fala ou ação do interlocutor.

(B) Gesto de reprovação que consiste em abaixar o polegar enquanto os outros dedos permanecem fechados.

(C) Gestos ou expressões faciais de reprovação, negação ou preocupação que sugerem discordância, descrença, reprovação com relação uma verbalização do interlocutor.

## **Contexto**

### Precedente

Respostas não-vocais de discordância do terapeuta ocorrem tipicamente simultaneamente ou após respostas de RELATO ou ESTABELECIMENTO DE RELAÇÕES do Cliente.

### Subseqüente

Respostas de Discordância são seguidas tipicamente por OPOSIÇÃO do Cliente. Podem ser seguidos também por Relato ou Estabelecimento de Relações.

## **Respostas não-vocais de Pedido/Ordem/Comando/Incentivo**

**Sigla: COM**

**Nome resumido: COMANDO TERAPEUTA**

**Categoria tipo: evento**

## **Forma**

(A) Movimento da cabeça em sentido ascendente em direção a algum objeto ou evento (como se apontando o objeto com a cabeça) sugerindo que o cliente olhe em direção ou pegue o objeto;

(B) Gesto com o indicador apontando algum objeto ou evento;

(C) Gesto com as mãos espalmadas em direção a algum objeto ou evento sugerindo que o cliente olhe ou se dirija ao ponto indicado;

(D) Gesto com as mãos espalmadas, com a palma da mão dirigida ao interlocutor, sugerindo ordem de parada ou interrupção da verbalização ou ação em curso;

(E) Gestos ou expressões faciais que sugerem pedido, ordem, comando ou incentivo com relação a uma verbalização ou a uma solicitação de confirmação por parte do cliente.

## **Contexto**

### Precedente

Respostas não-vocais de COMANDO podem ocorrer em qualquer momento da interação.

### Subseqüente

Essa resposta pode ser seguida por qualquer Resposta Verbal.

**Outras Respostas não-vocais****Sigla: GCO****Nome resumido: GESTO OUTROS TERAPEUTA****Categoria tipo: evento****Forma**

Indefinida

**Contexto**

Indefinido

*ADENDO ÀS CATEGORIAS VERBAIS DO CLIENTE:***Cliente solicita informações, opiniões, asseguramento, recomendações ou procedimentos:****Sigla: SOL****Nome resumido: SOLICITAÇÃO****Categoria tipo: estado****Forma**

SOLICITAÇÕES apresentam tipicamente a forma interrogativa, podendo constituir-se por:

(A) perguntas fechadas - solicitam respostas curtas, confirmações ou respostas do tipo “sim” ou “não”.

(B) perguntas abertas - que solicitam que o terapeuta descreva, relate ou discorra.

Mas podem também constituir-se por:

(C) forma imperativa, solicitando ou que o terapeuta faça algo, informe, descreva ou relate eventos.

(D) afirmações ou comentários de clarificação, que sugerem a continuidade da descrição do terapeuta.

**Contexto**Precedente

Pode ser precedido por qualquer categoria de verbalizações do terapeuta ou por períodos de silêncio.

Subseqüente

Tipicamente, esta categoria é seguida por categorias do terapeuta do tipo INFORMAÇÃO, RECOMENDAÇÃO ou INTERPRETAÇÃO.

**Cliente relata eventos**

**Sigla: REL**

**Nome resumido: RELATO**

**Categoria tipo: estado**

### **Forma**

(A) RELATO apresenta tipicamente a forma afirmativa descritiva.

(B) RELATOS de Sentimentos, Julgamentos ou Tendências a Ação podem ser acompanhados de respostas emocionais, ou comportamentos não vocais indicativos de sentimentos (por exemplo, suspiros audíveis, punhos apertados, cabeça baixa, choro, ou posição de corpo inconstante). \*nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

### **Contexto**

#### Precedente

Pode ser antecedido ou não por solicitação do terapeuta.

#### Subseqüente

Qualquer verbalização do cliente ou do terapeuta.

**Cliente relata melhora ou progresso terapêutico**

**Sigla: MEL**

**Nome resumido: MELHORA**

**Categoria tipo: estado**

### **Forma**

MELHORA apresenta tipicamente a forma afirmativa descritiva.

### **Contexto**

#### Precedente

Pode ser antecedido por SOLICITAÇÃO De RELATO ou RECOMENDAÇÃO por parte do terapeuta.

#### Subseqüente

Tipicamente, descrições de melhora são seguidas por Silêncio ou verbalizações de APROVAÇÃO por parte do terapeuta.

**Cliente formula metas****Sigla: MET****Nome resumido: METAS****Categoria tipo: estado****Forma**

METAS apresenta tipicamente a forma afirmativa descritiva.

**Contexto**Precedente

Pode ser antecedido por qualquer verbalização.

Subseqüente

Pode ser seguido por qualquer verbalização.

**Cliente estabelece relações entre eventos****Sigla: CER****Nome resumido: RELAÇÕES****Categoria tipo: estado****Forma**

(A) Explicações apresentam tipicamente a forma afirmativa.

(B) Podem, eventualmente, ser apresentadas em forma interrogativa.

(C) Podem ainda apresentar a forma afirmativa, seguida por uma pergunta de confirmação.

**Contexto**Precedente

RELAÇÕES são tipicamente precedidas por relato do cliente ou SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO por parte do terapeuta ou por verbalizações de Relato do cliente.

Subseqüente

RELAÇÕES são tipicamente seguidas por INTERPRETAÇÃO ou SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO do terapeuta.

**Cliente relata concordância ou confiança**

**Sigla: CON**

**Nome resumido: CONCORDÂNCIA**

**Categoria tipo: estado**

### **Forma**

(A) Verbalizações de concordância apresentam tipicamente a forma afirmativa. Podem também apresentar a forma exclamativa.

(B) Podem ocorrer também na forma de expressões paralinguísticas ou afirmações curtas do tipo “Hum hum”, “Ahã”, “Sei”, “certo”, “sim”.

### **Contexto**

#### Precedente

Verbalizações de CONCORDÂNCIA tipicamente são precedidas ou ocorrem simultaneamente a verbalizações de INTERPRETAÇÃO, RECOMENDAÇÃO ou INFORMAÇÃO por parte do terapeuta.

#### Subseqüente

São tipicamente seguidas pela categoria de verbalização do terapeuta que estava em curso antes da verbalização.

**Cliente se opõe, recusa ou reprova**

**Sigla: OPO**

**Nome resumido: OPOSIÇÃO**

**Categoria tipo: estado**

### **Forma**

(A) Verbalizações do tipo OPOSIÇÃO tipicamente apresentam a forma afirmativa.

(B) Podem assumir a forma de pergunta, com entonação sarcástica ou hostil.

(C) Podem também ser apresentadas no modo imperativo quando implicam em um comando para mudança de comportamento do terapeuta dentro da sessão.

### **Contexto**

#### Precedente

Verbalizações de OPOSIÇÃO tipicamente são precedidas por verbalizações de Reprovação do terapeuta. Pode também ser antecedidas por INTERPRETAÇÃO, RECOMENDAÇÃO ou INFORMAÇÃO por parte do terapeuta.

#### Subseqüente

Podem ser seguidos por qualquer tipo de verbalização.

**Outras verbalizações do Cliente**

**Sigla:** COU

**Nome resumido:** OUTRAS VOCAL CLIENTE

**Categoria tipo:** estado

**Forma**

Indefinida.

**Contexto**

Precedente

Indefinido

Subseqüente

Indefinido.

**Registro Insuficiente**

**Sigla:** CIN

**Nome resumido:** INSUFICIENTE CLIENTE

**Categoria tipo:** estado

**Forma**

Qualquer formato.

**Contexto**

Precedente

Indefinido

Subseqüente

Indefinido



## COMUNICAÇÃO NÃO-VOCAL DO CLIENTE

### **Respostas não-vocais de Facilitação / Concordância**

**Sigla:** CCN

**Nome resumido:** CONCORDÂNCIA CLIENTE

**Categoria tipo:** evento

#### **Contexto**

##### Precedente

Respostas não-vocais de concordância do cliente ocorrem tipicamente durante verbalizações terapeuta.

##### Subseqüente

Tipicamente essa resposta é seguida por continuidade da verbalização do terapeuta em curso.

### **Respostas não-vocais de Discordância**

**Sigla:** DC

**Nome resumido:** DISCORDÂNCIA CLIENTE

**Categoria tipo:** evento

#### **Contexto**

##### Precedente

Respostas não-vocais de discordância do cliente ocorrem tipicamente durante ou após INFORMAÇÃO, INTERPRETAÇÃO ou RECOMENDAÇÃO por parte do terapeuta.

##### Subseqüente

Essa resposta pode ser seguida por qualquer verbalização.

### **Respostas não-vocais de Pedido/Ordem/Comando/Incentivo**

**Sigla:** COM

**Nome resumido:** COMANDO CLIENTE

**Categoria tipo:** evento

#### **Contexto**

##### Precedente

Respostas não-vocais de COMANDO podem ocorrer em qualquer momento da interação.

##### Subseqüente

Essa resposta pode ser seguida por qualquer categoria do terapeuta.

**Outras Respostas não-vocais**

**Sigla: GCO**

**Nome resumido: GESTO OUTROS CLIENTE**

**Categoria tipo: evento**

**Contexto**

Indefinido

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)