



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

**Produção de bases empiricamente registradas em terapia Analítico Comportamental no
contexto de Clínica Escola**

Patricia Miranda Fujino

Brasília

Novembro de 2019



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES
Curso de Psicologia

Produção de bases empiricamente registradas em terapia Analítico Comportamental no contexto de Clínica Escola

Patricia Miranda Fujino

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília- UniCEUB como requisito parcial à conclusão do curso de Psicologia.

Professor-Orientador: Dr. Márcio Borges.

Brasília,

Novembro de 2019

Folha de Avaliação

Autora: Patricia Miranda Fujino

Título: Produção de bases empiricamente registradas, em terapia Analítico Comportamental no contexto de Clínica Escola

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Márcio Borges Moreira

Prof. Dr. Carlos Augusto de Medeiros

Prof. Cláudia May Philippi

Brasília,
Novembro de 2019

Agradecimentos

Ao concluirmos uma etapa, é necessário agradecer aqueles que estiveram ao nosso lado, pois, sozinhos, nada somos. Agradeço primeiramente a Deus, que faz brotar dentro de cada um de nós, a fé, a força e a motivação, para seguirmos em frente, com coragem e confiança.

As amizades criadas no decorrer do curso de Psicologia, que ficarão para sempre marcadas. Em especial, ao meu amigo Daniel Francisco B. de Oliveira, oportunidade única de convívio e sobretudo pela amizade em todos os momentos.

Não poderia deixar de mencionar e agradecer ao Robinson, pelo apoio e solicitude nos momentos que precisei.

A todos os professores, por toda dedicação e ensinamentos ao longo do curso. Em especial a professora Ilsimara Moraes pelo ser humano que é, por sua generosidade que sempre lhe foi peculiar; Janice Pereira e Simone Cerqueira pela postura ética e profissional; Claudia May Philippi e Carlos Augusto de Medeiros, pelos valiosos ensinamentos, por consolidar a minha predileção por essa abordagem e por terem aceitado compor a banca examinadora.

Ao meu orientador, Dr. Márcio Borges Moreira, por sua competência teórica, seus ricos ensinamentos, pelas valiosas sugestões, comentários e críticas que tanto contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Por fim, aos meus familiares, em especial a minha mãe, referência de força e determinação, seu apoio foi fundamental nessa jornada. Ao meu pai, por todos os ensinamentos, saudade infinita (in memoriam); A minha filha amada, que com seus quinze anos cheios de vida, ensina-me a ser mãe diariamente e constitui-se na maior responsável pelo meu crescimento pessoal e profissional; A minha irmã Ilka Miranda Fujino e meu cunhado Josimar Ikeda, minha eterna gratidão, por seus gestos solidários, acolhimento, apoio, paciência e compreensão. A minha prima Leila Miranda, por compartilhar de muitas das minhas angustias e alegrias, por me acolher e me apoiar de forma fraternal.

Resumo

O objetivo do presente trabalho foi produzir informações relativas à condução de um caso clínico no qual foram inseridos procedimentos de medidas breves: Inventário de Sessão e o Inventário de Resultados. Desse modo, pretende-se estabelecer uma base pública e empiricamente registrada que possa exercer algum controle sobre a produção verbal clínica do psicoterapeuta de serviços. Os dados foram coletados ao longo das sessões psicoterápicas de orientação analítico-comportamental no contexto de clínica-escola. Participaram desta pesquisa dois clientes, que foram atendidos por uma terapeuta-aluna sob a supervisão de um psicólogo-supervisor. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos, um focado nos resultados do processo terapêutico: o Inventário de Resultados e o outro avaliando a relação terapêutica: o Inventário de Sessão. Os resultados indicaram que os instrumentos constituem como um recurso útil para o clínico de serviços, a partir de um conjunto sistematizado e documentado de estímulos públicos empiricamente registrados, caracterizados pela brevidade e facilidade de aplicação. Além de comprovar sua importância na avaliação dos resultados do processo terapêutico e na avaliação da relação terapêutica.

Palavras-chave: terapia analítico-comportamental, prática por evidências, relação terapêutica.

Sumário

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Sumário.....	v
Lista de Figuras.....	vi
Lista de Tabelas.....	vii
Introdução.....	1
Justificativa.....	17
Objetivo.....	18
Método.....	18
Participantes.....	18
Local e Materiais.....	19
Procedimentos.....	19
Resultados.....	22
Discussão.....	29
Considerações Finais.....	31
Referências.....	33
Anexos	37

Lista de Figuras

Figura 1. Folha de acompanhamento para registro dos dados do IS.....	21
Figura 2. Folha de acompanhamento para registro dos dados do IR.....	22
Figura 3. Gráfico de resultados dos dados do IR: P01.....	24
Figura 4. Gráfico de resultados dos dados do IR: P02.....	24
Figura 5. Gráfico de resultados dos dados do IS: P01.....	26
Figura 6. Gráfico de resultados dos dados do IS: P02.....	26

Lista de Tabelas

Tabela 1. Tempo Utilizado em Segundos para Registro dos dados do IR.....	28
Tabela 2. Tempo Utilizado em Segundos para Registro dos dados do IS.....	29

Watson (1913/2008, p. 289) apontou que a “psicologia como o behaviorista a vê é um ramo experimental puramente objetivo das ciências naturais. Seu objetivo teórico é a previsão e o controle do comportamento”. Esta concepção mantém-se até os dias atuais no que se refere à filosofia behaviorista (Neto, 2002; Skinner, 1974/2009) e à ciência e abordagem psicológica chamada Análise do Comportamento (Neto, 2002). Desse modo, é possível dizer que práticas profissionais ancoradas na filosofia behaviorista e na ciência Análise do Comportamento deveriam refletir as características científicas.

Nesse sentido, Leonardi (2015), ao fazer uma análise do cenário das terapias comportamentais na primeira metade do século XX, aponta para dois tipos de atuação. Por um lado, foi aplicada a prática baseada em evidências realizada em laboratório para tratar de ansiedade, através do condicionamento operante. Essa prática ficou conhecida como terapia comportamental e por outro, os princípios operantes eram aplicados em ambientes institucionais pelos analistas do comportamento onde buscavam alterar a frequência de comportamentos específicos através da manipulação direta das contingências, denominada de modificação do comportamento.

Entre 1970 a 1980 houve um grande aumento das terapias comportamentais e, no final de 1980, culminou na divisão das práticas terapêuticas comportamentais. Nesse cenário, o trabalho dos analistas do comportamento ficou centrado no estudo de problemas severos de comportamento e realizados em ambientes institucionais Por outro lado, os terapeutas cognitivo-comportamentais desenvolveram suas práticas de intervenção no consultório sobre uma diversidade de queixas clínicas no contexto da atuação nos consultórios (Leonardi, 2015).

Ainda de acordo com Leonardi (2015), no início de 1990, alguns analistas do comportamento nos Estados Unidos da América, a partir da crítica ao internalismo das terapias cognitiva e cognitivo-comportamental, desenvolveram novos modelos de psicoterapia baseados nos pressupostos da análise do comportamento. Esse processo de mudanças teve como foco a busca pela distinção das práticas ecléticas da terapia comportamental, culminando com o surgimento da Análise do Comportamento Clínica (CBA, do inglês *Clinical Behavior Analysis*).

Contudo, a CBA não é formada por um só modelo terapêutico, mas engloba várias terapias, como: Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT, do original Acceptance and Commitment Therapy), Psicoterapia Analítica-Funcional (FAP, do original Functional Analytic Psychotherapy), Terapia Comportamental Dialética (DBT, do original Dialectical Behavior Therapy), Ativação Comportamental BA, do original Behavioral Activation).

De acordo com Leonardi (2015) e Vandenberghe (2011), independente das terapias comportamentais que surgiram nos EUA, surgia no Brasil uma inovação autônoma embasada nos fundamentos da Análise do Comportamento denominada de Terapia Analítico-Comportamental (TAC). Nesse sentido, apesar da TAC e a CBA serem baseadas numa mesma abordagem empírica, a CBA diverge em alguns princípios teórico-conceituais da análise do comportamento e fazem uso de uma linguagem mais internalista, apesar de propor uma prática clínica externalista.

Leonardi (2017) afirmou que, de maneira simultânea, a história das terapias comportamentais a partir da década de 1990 ocorreu juntamente com um conjunto de mudanças significativas na psicologia clínica devido aos tratamentos empiricamente sustentados com o surgimento do movimento da Prática Baseada em Evidências (PBE). Desse modo, a PBE foi fundamentada a partir das premissas de que a conduta do profissional

da saúde deve estar relacionada com o valor dos dados empíricos, tendo em vista as exigências na avaliação dos serviços prestados, assim como da diversidade das demandas dos usuários enquanto a segurança e qualidade dos serviços recebidos. No entanto, Leonardi (2017) ressaltou, que ainda que o princípio da PBE pareça estar em concordância com os pressupostos da TAC, faz-se necessário questionar em que medida a TAC e as diferentes propostas terapêuticas ancoradas na Análise do Comportamento produzem ou não evidências de qualidade.

Em 2005, a partir dos estudos com o foco na validade empírica da pesquisa em psicoterapia e preocupada com a lacuna entre ciência e prática, a American Psychological Association (APA) avançou na busca de novas definições e tratamentos empiricamente validados a partir de diferentes abordagens com o objetivo de delinear um paradigma que fosse representativo de diversas perspectivas teóricas, metodológicas, conceituais e práticas (American Psychological Association, 2006).

O conceito de Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) foi definido pela APA “como o processo individualizado de tomada de decisão clínica, que ocorre por meio da integração da melhor evidência disponível com a perícia clínica no contexto das características, cultura e preferências do cliente” (American Psychological Association, 2006, citado por Leonardi & Meyer, 2015, p. 1148).

Leonardi (2016) realizou uma revisão sistemática com estudos empíricos desenvolvidas pela Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) com foco em clientes adultos em ambiente de consultório. Os resultados mostraram a ausência de medida objetiva em oito dos vinte trabalhos, o que resultou na redução de seu valor científico. Sendo assim, para Leonardi e Meyer (2016), o processo de transposição de dados obtidos pela pesquisa básica, de maneira direta para outras problemáticas clínicas, não constitui uma garantia a priori da

eficácia da intervenção. Sendo assim, o conjunto de estratégias, procedimentos e técnicas necessários para uma intervenção analítico-comportamental necessitam ser apresentadas e testadas no próprio contexto da pesquisa clínica.

Levando em consideração a necessidade de controle formal sobre o processo terapêutico de ampliar o número de variáveis estudadas e entender como acontece essa interação, assim como da variedade de manuais que só fornecem diretrizes de caráter geral para os profissionais, Neno (2005) propõe que os analistas do comportamento clínicos deveriam integrar esforços em torno de programas de pesquisa com o intuito de desenvolver processos de avaliação que permitam avaliar a eficácia da intervenção. Nessa perspectiva, Starling (2010) apontou para uma concepção de trabalho clínico que facilite a ação terapêutica e ao mesmo tempo permita trabalhar o estabelecimento e/ou a manutenção da relação terapêutica. Os desenvolvimentos de pesquisas com o uso de questionários permitem avaliar os resultados da intervenção terapêutica como também mostram a relevância da relação terapêutica.

A relação terapêutica é um tema frequentemente abordado em artigos empíricos e conceituais relacionados à prática clínica, tanto de analistas do comportamento quanto de outras abordagens (e.g., Medeiros, 2002; Prado & Meyer, 2004; Rosenfarb, 1992; Zamignani, 2007).

Ford (1978), por exemplo, realizou um estudo com o objetivo de pesquisar os determinantes e a utilidade preditiva da Percepção do Cliente sobre a Relação Terapêutica (CPTR). O estudo foi realizado através de um projeto de pesquisa clínica em terapia comportamental. O autor apontou que a relação terapêutica pode ser abordada por diferentes aspectos: as diferenças individuais dos terapeutas, tipo de terapia, variação da sessão e comportamento do terapeuta como preditor de resultados. Esse estudo demonstrou que a

CPTR é um preditor eficaz de abandono e ganhos a curto prazo de clientes no contexto da terapia comportamental. Assim, como CPTR parece facilitar o processo de mudança na terapia comportamental, ainda não seria uma base suficiente para uma intervenção totalmente eficaz (Ford, 1978).

Rosenfarb (1992) fez uma análise do conceito de relação terapêutica a partir de uma perspectiva analítica- comportamental, focando na forma como o terapeuta molda o comportamento do cliente por meio de sinais não-verbais sutis e análises verbais explícitas. Assim, o objetivo do estudo de Rosenfarb foi estimular os terapeutas comportamentais a olhar mais de perto o relacionamento terapêutico como um mecanismo de mudança clínica e ajudar os mesmos a ver a partir de outra perspectiva como sua eficácia no relacionamento pode ser entendida através dos princípios de aprendizagem. Sendo assim, Rosenfarb apontou uma análise de como o relacionamento terapêutico entre cliente e terapeuta é um mecanismo de mudança importante e útil.

Dando continuidade à análise de Rosenfarb (1992), Follette, Naugle e Callaghan (1996), a partir de uma visão sobre o papel integral do relacionamento na Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), fizeram um exame dos processos comportamentais envolvidos na relação terapêutica, e, para isso, caracterizam a relação terapêutica como um processo terapêutico no qual o terapeuta modela sucessivamente comportamentos mais úteis no cliente, reforçando aproximações de melhoria no comportamento do cliente.

A partir dessa análise, os autores Rosenfarb 1992, Follette, Naugle e Callaghan (1996) consideram que a maioria das mudanças no comportamento do cliente ocorre quando o terapeuta responde contingentemente e diferencialmente, reforçando comportamentos direcionados ao cliente. O clínico precisa identificar comportamentos problemáticos e modelar os comportamentos mais funcionais durante a sessão. Deste modo, a codificação do

comportamento do cliente e a resposta contingente do terapeuta permitiriam que o pesquisador avaliasse se os comportamentos problemáticos dos clientes estão diminuindo e se os comportamentos mais eficazes estão aumentando (Follette, Naugle & Callaghan, 1996).

De acordo com Juliani, Garcia, Neto, Massabki e Arndt (2011) e Nobile, Garcia e Silva (2017), de um ponto de vista analítico-comportamental, a relação terapêutica pode ser descrita como um conjunto de comportamentos verbais, tanto do cliente quanto do terapeuta. Sendo assim, o comportamento verbal é definido como o comportamento estabelecido e mantido por consequências que são mudanças no comportamento de outra pessoa (Skinner, 1957).

Além disso, Juliani et al., (2011) e Nobile et al. (2017) apontaram que a classificação no processo da interação terapêutica, na perspectiva da análise do comportamento, tem como um de seus principais focos a função do comportamento do terapeuta (ouvinte) e do cliente (falante). Destacando-se aqui a importância dos episódios verbais e das análises sequenciais como padrões de comportamentos da interação terapêutica.

Brino e Souza (2006) ao analisar a abordagem skinneriana do comportamento verbal, assinalam que a maioria dos estudos sobre comportamento verbal procuram esclarecer as relações entre os operantes verbais primários (e.g., ecóico, textual, ditado, cópia, intraverbal, tacto e mando) e os comportamentos verbais de segunda ordem que descrevem e qualificam respostas, definidos pelo termo de autoclíticos “(Skinner, 1957)”. Sendo assim acaba categorizando modalidades de respostas verbais que aponta, como o falante (cliente) pode descrever seu próprio comportamento verbal, afirmação, negação e os advérbios, a indicação ou propriedade de uma conduta ou as circunstâncias responsáveis por tal propriedade, assim como o controle das relações pelos operantes básicos como preposições, conjunções e pontuações (Brino & Souza, 2006).

Um exemplo de caracterização da relação terapêutica em termos de comportamentos verbais pode ser encontrado em Fogaca, Silva e Meyer (2014). Esses autores realizaram uma pesquisa com o objetivo de discutir sobre os efeitos dos comportamentos verbais vocais do terapeuta, tais como a orientação, a interpretação e a empatia sobre os comportamentos do cliente.

Nesse estudo de Fogaca, Silva e Meyer (2014) foram examinadas diferentes pesquisas pautadas pelos seguintes eixos de discussão a) sistematização de categorias de comportamentos do terapeuta e cliente; b) relações entre resultados de sucesso ou insucesso de intervenções e frequência de comportamentos do terapeuta; e c) efeitos dos comportamentos do terapeuta sobre comportamentos de cooperação e resistência do cliente.

Os resultados decorrentes da pesquisa de Fogaca, Silva e Meyer (2014) apontaram para o reconhecimento de variáveis terapêuticas importantes como: formação teórica, experiência profissional, técnicas e procedimentos associados com o desempenho do terapeuta no percurso das sessões e o valor heurístico da operacionalização do terapeuta por meio de sistemas de categorização ao permitir a observação sistemática de relações entre comportamentos do terapeuta e cliente. Trata-se de reconhecer que o estudo das interações terapêuticas e sua importância nos processos da mudança em terapia é desenvolvida através de observações sistemáticas de transições, momento a momento, entre comportamentos do terapeuta e cliente e por meio de análises intra e entre sessões.

Contudo, Fogaca, Silva e Meyer (2014) ressaltaram que existem limitações referentes ao apelo único a dados de frequência como medida confiável da efetividade nas diversas intervenções psicoterápicas, assim como a necessidade de incluir análises sobre variáveis contextuais. Portanto, é necessária a realização de novos estudos sobre a relação terapêutica que ofereçam a possibilidade de novas abordagens que incluam outros comportamentos e

dados relativos ao contexto do relacionamento terapeuta/cliente na busca de uma maior confiabilidade a respeito dos possíveis efeitos e resultado obtidos.

Nessa mesma perspectiva, Tozze, Bolsoni, Garcia e Nunes (2015) realizaram uma pesquisa com o objetivo de identificar e analisar a frequência e a duração de comportamentos de terapeutas e clientes em sessões iniciais. Os procedimentos foram desenvolvidos através de uma análise de sessões, utilizando o Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SiMCCIT - Zamignani, 2007). Neste estudo, teve como novidade o fato de ter sido desenvolvido com terapeutas em processo de formação para seu início na prática clínica. Os procedimentos foram desenvolvidos através de sessões realizadas na clínica-escola de uma universidade pública no interior do estado de São Paulo. O processo de seleção dos clientes foi realizado pelos estagiários e pelo supervisor, a partir da realização prévia de um processo de triagem feita pelos psicólogos deste local. A observação e análise das sessões foram desenvolvidas por duas alunas estagiárias, utilizando o Eixo Ido SiMCCIT, desenvolvido por Zamignani (2007), que se refere aos comportamentos vocais de terapeuta e cliente. Nesse sentido, o instrumento foi subdividido em comportamento verbal vocal (falas) e comportamento verbal não vocal (gestos).

Os resultados da pesquisa de Tozze et al. (2015) foram agrupados através do seguinte sistema categorial: Informações/Relações, Informações/Solicitação, Interpretação/concordância, Aprovação/Metas, Empatia/Melhora, Empatia/Solicitação e Informações/Relato. Em termos de frequência e duração, através de análises de correlação as categorias mais frequentes para os terapeutas foram a Facilitação e Solicitação, e o Relato para os clientes. Entre as correlações foram consideradas como positivas: Informações/Relações; Informações/Solicitação e Interpretação/Concordância; e as correlações negativas: Empatia/Melhora; Empatia/Solicitação e Informações/Relato .

De acordo com a avaliação dos comportamentos do terapeuta, a categoria mais frequente foi a facilitação, corroborando com os resultados de outras pesquisas sobre relação terapêutica (Fernandes, 2012; Garcia 2014; Peron & Lubi, 2011), tanto com sessões iniciais de terapeuta-estagiário, sessões iniciais de terapeutas experientes, como também com as demais sessões do processo terapêutico. Em relação ao comportamento dos clientes, as categorias mais frequentes foram de Relato e Concordância. De igual modo, corroborando com outros estudos (Garcia, 2014; Peron & Lubi, 2011; Rossi, 2012).

Para outros exemplos da caracterização da relação terapêutica em termos de comportamentos verbais, ver outras pesquisas que foram desenvolvidas utilizando a análise sequencial da interação verbal terapeuta-cliente com o intuito de compreender os processos implicados na mudança clínica e a qualidade da psicoterapia (e.g., Elliot, 2010; Froján & Domínguez, 2015; Froján, Montaña, Calero, & Ruiz, 2011; Medeiros, 2002; Wampold, 2012).

Cabe ressaltar aqui que o conceito de relação terapêutica é abordado com diferentes denominações como, por exemplo, interação terapeuta-cliente, vínculo terapêutico e aliança terapêutica. Assim, Prado e Meyer (2004) apontaram que, com base em diferentes resultados de pesquisas (Horvath & Symonds, 1991; Luborsky, 1994), a relação terapêutica é substancialmente preditora de resultados em psicoterapia, evidenciando a necessidade de avaliação dos clientes, terapeutas e observadores, assim como a aplicação de questionários nas fases iniciais da terapia como melhor forma de predição de resultados.

Meyer e Vermes (2001) também destacaram que a relação terapêutica acontece através de uma interação de mútua influência entre terapeuta e cliente. Desta forma, tanto os fatores específicos (técnicas) ou não-específicos (relação terapêutica) constituem aspectos articulados no processo de intervenção.

Outros autores como Rangé (1995) e Shinohara (2000) afirmaram que a relação terapêutica constitui um fator determinante no processo terapêutico. Desse modo, ressaltam a importância da participação efetiva do terapeuta através da influência positiva e seus efeitos no comportamento cliente para fornecer informações necessárias para a terapia. Evidenciaram também a importância do estabelecimento de um clima de confiança e de comportamentos gestuais como manter contato visual para uma relação terapêutica satisfatória. Para Horvath (2001), a relação terapêutica é conceituada como vínculo terapêutico, o termo refere-se à qualidade e força do relacionamento colaborativo, um senso de parceria entre cliente e terapeuta. Assim, abarca como definição de vínculo terapêutico, confiança mútua, gostar, respeitar e o cuidar entre cliente e terapeuta. Desse modo, o conceito fornece uma variável importante para clínicos e teóricos, como recurso contextual de terapias eficazes.

Nessa perspectiva, Raue e Goldfried (1994) consideraram o vínculo terapêutico como um importante processo de mudanças. Desta maneira, defenderam o valor reforçador dos comportamentos do terapeuta, através de um maior engajamento, além de ressaltar o papel da modelagem e a busca de soluções para superar resistências.

Por outro lado, o conceito de aliança terapêutica é visto por Kohlenberg e Tsai (2001) como um importante componente da relação cliente-terapeuta a partir dos comportamentos clinicamente relevantes (CCR). Assim, a compreensão da aliança giraria em torno da habilidade do cliente para envolver-se na auto-observação e descrição do próprio comportamento, além de considerar o que ocorre na sessão e na vida diária. Deste modo, para esses autores, o centro do processo terapêutico é a relação terapêutica.

Bordin (1979) especificou que a aplicação do termo aliança terapêutica leva a formulações muito mais específicas sobre a função de características pessoais do cliente e do

terapeuta. Portanto, a colaboração entre cliente e terapeuta envolve um contrato acordado, que leva em consideração diferentes tipos de tarefas atribuídas. Desta forma, os objetivos estabelecidos e a colaboração estabelecida parecem intimamente ligados à natureza do relacionamento humano entre terapeuta e cliente.

Um dos instrumentos comumente utilizados para medir a relação terapêutica é o Inventário de Aliança Terapêutica (Working Alliance Inventory, WAI) –. Este inventário é composto por versões para cliente, terapeuta e observador, compostos por doze questões cada, sendo que as questões são avaliadas num espectro de sete itens (sempre – nunca). São divididos a partir de três subescalas (objetivos, tarefa e vínculo) e é utilizado na avaliação de diversas variáveis (supervisão e treinamento, desenvolvimento temporal da aliança, comportamentos do terapeuta e percepção dos clientes) presentes nas modalidades de terapia e nas várias formas de realizar pesquisa em clínica, independente da abordagem utilizada (Prado & Meyer, 2004, 2006).

A partir de sua prevalência na literatura, Prado e Meyer (2006) analisaram se a relação terapêutica pode ser formada e mantida via Internet de forma assíncrona utilizando o WAI, através dos seguintes critérios: analisar se os resultados e as propriedades psicométricas do WAI eram similares às que foram descritas na literatura. Essa análise foi feita com base a) no momento em que se forma a relação; b) na manutenção da relação no decorrer do processo de terapia; e c) nas diferenças entre terapeutas e clientes relativamente à predição de resultados. Os participantes foram divididos em quatro grupos e a terapia foi desenvolvida via internet a partir da criação de um website onde a pesquisa era respondida pelos participantes através do fórum de discussão.

Foram encontradas correlações positivas entre as subescalas, as quais variaram entre moderada e forte em todos os grupos. Além disso, verificou-se que a partir da 5ª semana de

terapia a relação terapêutica havia se formado, e manteve-se estável no decorrer das 15 semanas de terapia. Ou seja, conclui-se que a relação terapêutica pode ser formada e mantida via Internet e que o WAI foi preditor de participação na terapia, relativamente aos resultados dos clientes (Prado & Meyer, 2006).

Nessa perspectiva, Carvalho e Rocha (2009) desenvolveram um trabalho com o intuito de traduzir e adaptar o Outcome Questionnaire (OQ-45) para o idioma brasileiro. O OQ-45 é um instrumento composto por uma escala de 45 itens e tem como objetivo mensurar o progresso e os ganhos do cliente em psicoterapia. Os itens foram representados por três dimensões: desconforto subjetivo, dimensão dos relacionamentos interpessoais e desempenho de papel social. O processo da pesquisa foi desenvolvido através de cinco estágios: tradução, síntese, back-translation ou tradução regressiva, revisão por especialistas e pré-teste.

Esse estudo foi composto por cinco estudantes de pós-graduação em Psicologia, cinco estudantes do ensino superior e três pessoas com ensino fundamental incompleto e completo. A conclusão dessa pesquisa mostrou que o OQ-45 constitui um instrumento de fácil aplicabilidade, compreensão e leitura. Alguns aspectos foram valorizados a partir da clareza de seus itens: objetivos, ausência de coloquialismos, expressões idiomáticas ou experiências do cotidiano da cultura original. Entretanto, os autores ressaltam a existência de poucas pesquisas no contexto brasileiro para a avaliação de ganhos em psicoterapia (Carvalho & Rocha 2009).

De acordo com Miller, Duncan, Brown, Jacqueline, Sparks e Claud, (2003), embora haja bastante evidência do valor preditivo dos questionários que avaliam a percepção da qualidade da relação terapêutica, como o WAI e O OQ-45, e seus resultados nos diferentes serviços de saúde mental, surgiram vários desafios quanto a sua complexidade metodológica, como duração da administração e custo, o que, com frequência, os tornam pouco viáveis para

os profissionais. Portanto, a necessidade de avaliação sistemática dos resultados, constitui-se em uma demanda de consumidores, fontes de financiamentos e a sobrecarga de trabalho dos clínicos. Dessa forma, se faz necessário a adoção de medidas breves, confiáveis e válidas.

Nessa mesma linha de raciocínio, Campbell e Hamsley (2009) consideraram que muitas medidas atuais de avaliação de resultados necessitam de componentes essenciais tais como: brevidade, facilidade de administração e simplicidade de conteúdo, os quais são vitais para que essas medidas sejam usadas sessão a sessão para aprimorar o atendimento ao paciente.

Decorrente dessas necessidades, na tentativa de fornecer uma medição rápida e válida, Miller et al., (2003) desenvolveram duas breves medidas: O Inventário de Resultados (IR) e o Inventário de Sessão (IS). Os inventários foram desenvolvidos como uma alternativa breve ao Questionário de Resultado (OQ-45). As medidas demonstraram fortes estimativas de confiabilidade e correlações moderadas entre os itens do IR e a subescala OQ-45 e a pontuação total (IR total - OQ-45 total: $r = .59$). Essa correlação atende às expectativas, uma vez que 45 itens foram reduzidos para quatro (Miller et al., 2003).

O IR consiste em quatro itens e são medidos através de uma escala analógica visual. Especificamente, os clientes respondem, a como eles estão se sentindo: Individualmente (bem-estar pessoal); Com outras pessoas (família, relações próximos); Socialmente (trabalho, escola, amigos) e Global (sentimento geral de bem-estar), (Miller & Duncan, 2000).

O segundo inventário, o IS, também é uma escala de analogia visual e avalia a relação terapêutica através de quatro itens: Relação com o Terapeuta (Senti que o terapeuta me ouviu, me entendeu e me respeitou); Metas e temas (Trabalhamos e falamos do que eu queria trabalhar e falar); Método ou Forma (Senti-me bem com a forma do terapeuta

organizar a sessão) e a classificação Global (De maneira geral, a sessão hoje foi boa para mim), (Miller et al., 2002).

As anotações que o terapeuta registra na folha do IS são exclusivamente sobre eventos relacionados à relação terapêutica. O número das sessões fica impresso na última linha da folha de acompanhamento. A escala foi projetada especificamente para o uso clínico diário. Ela demonstra boas estimativas de confiabilidade em várias populações de clientes e é reconhecida como uma medida válida da relação terapêutica. O IS está positivamente correlacionado com medidas de resultado, e indica que funciona da mesma maneira que outras medidas de aliança (Miller et al., 2003).

Miller et al. concluíram que ambos, IR e IS, oferecem benefícios como custo-efetividade, brevidade, administração simples e fácil interpretação dos resultados na mensuração dos resultados clínicos quando comparados aos seus pares mais longos. Esses resultados fornecem suporte claro à adoção de breves medidas de avaliação de resultados na prática psicológica.

Em concordância com Miller et al. (2003), Campbell e Hamsley (2009) consideram que as escalas de analogia visual constituem medida de resultado ultra-breve caracterizadas pela: brevidade, facilidade de administração e pontuação, além de atender aos critérios mínimos de adequação psicométrica. Com um formato analógico visual, apresenta um conjunto de apenas quatro perguntas que levam aproximadamente 1 minuto para serem concluídas, geralmente ausentes nas medidas mais longas e mais técnicas que parecem distantes da experiência do cliente (Campbell & Hamsley, 2009 e Miller et al., 2003).

Campbell e Hemsley (2009), ao compararem a validade e a confiabilidade do IR e do IS em relação às medidas mais longas existentes, incluindo o OQ-45, o WAI, a Escala de Estresse de Ansiedade por Depressão-21, a Escala de Qualidade de Vida, a Escala de

Autoestima de Rosenberg e a Escala Geral de Autoeficácia, observaram que, tanto o IR quanto o IS, demonstraram boa confiabilidade e validade em relação aos concorrentes de alternativas mais longas.

Nesse sentido, as pesquisas sobre medidas continuadas, foram estendidas para investigar como maximizar o uso de resultados. Deste modo, durante as sessões, o terapeuta e o cliente examinam os dados de feedback juntos, avaliando a relação terapêutica a cada sessão. Sendo assim, tanto o IR, quanto o IS são considerados uma vantagem ao avaliar a relação terapêutica a cada seção, particularmente, desde o início do tratamento (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Reynolds & Brown, 2003, Lambert & Shimokawa, 2011).

Nessa perspectiva, Reese, Norsworthy e Rowlands (2009) desenvolveram um estudo sobre o Sistema de Gerenciamento de Resultados para Mudança de Parceiros (PCOMS) visto como parte do processo de terapia, com o objetivo de investigar o uso de um sistema de avaliação de feedback contínuo e acompanhar os resultados durante as sessões em conjunto com o cliente. O PCOMS emprega as duas escalas: uma focada no resultado do processo terapêutico: Escala de avaliação de Resultados (IR) e a outra avaliando a aliança terapêutica: Escala de Classificação de sessões (IS).

Nessa pesquisa de Reese, Norsworthy e Rowlands (2009), dois estudos foram conduzidos, utilizando o PCOMS para avaliar um sistema de medidas continuadas. O primeiro estudo foi realizado usando uma amostra de clientes de psicoterapia em um centro de aconselhamento universitário, e o segundo uma amostra de clientes de psicoterapia em um treinamento de pós-graduação baseado na comunidade de consultório. Os resultados indicaram que os clientes na condição de feedback (clientes onde, a aliança terapêutica foi medida e os resultados foram analisados e revisados), alcançaram uma mudança relevante em

menos sessões do que aqueles na condição sem feedback (clientes que receberam terapia com o formato usual).

Duncan et al. (2003) argumentaram que há vantagens em avaliar o relacionamento a cada sessão, principalmente na fase inicial do tratamento, pois assim permite uma resposta rápida dentro da sessão. Também relataram que as medidas IR e IS geram pontuações confiáveis e válidas.

Starling (2010) realizou uma pesquisa com objetivo, segundo ele, de estabelecer “um primeiro passo na direção da implantação, na clínica de serviços, de uma cultura de medir, deixando para o futuro o problema de refinar as medidas” (p. 79). De especial interesse, para o presente trabalho na pesquisa de Starling (2010), foi à aplicação sistemática do IR e IS na clínica de serviços em Psicologia.

A pesquisa de Starling foi realizada por três terapeutas experientes, com cinco anos de prática clínica e mais de 30 terapias conduzidas na condição de terapias analítico-comportamentais e quatro terapeutas alunos. Participaram desta pesquisa 34 clientes, 28 dos quais eram clientes regulares de três consultórios particulares e atendidos por terapeutas experientes. Outros seis participantes, dos 34 clientes, provieram de um estudo experimental formal, no qual utilizou-se o mesmo material empregado para o grupo naturalístico. Os registros foram realizados num contexto acadêmico de origem do investigador, o que difere das características do contexto clínico e o atendimento recebido foi realizado por terapeutas inexperientes.

De acordo com os propósitos do estudo de Starling (2010), foram usados para a coleta de dados cinco instrumentos, todos do tipo lápis e papel: Dentre eles, o Inventário de Resultados (IR) e o Inventário de Sessão (IS). O objetivo do estudo de Starling (2010), utilizando o IR, foi registrar o que cliente relata do seu estado psicológico geral decorrente

dos efeitos das contingências que atuaram na semana imediatamente anterior em quatro contextos: individual (bem-estar consigo mesmo), com outras pessoas (família, relações próximas), socialmente (trabalho, escola, amigos) e global (sentimento global de bem-estar), assim como avaliar a relação terapêutica através do IS.

Foi demonstrado na pesquisa de Starling (2010) que o uso de medidas breve, como o IR e o IS, constitui um recurso para o clínico de serviços, a partir de um conjunto sistematizado e documentado de estímulos públicos empiricamente registrados, para controlar sua produção verbal, sobre as ações profissionais e também de forma parcial, na produção verbal do seu grupo clínico e da comunidade profissional mais ampla, no percurso das sessões de supervisão ou revisão clínica e até mesmo da apresentação e discussão pública de seus trabalhos.

A combinação dos dados mostrou a variabilidade entre sessões e entre clientes, a partir das variáveis de nível do estado psicológico geral (IR-médio) e avaliação da qualidade da relação terapêutica (IS-médio). Nesse sentido, mostrando por exemplo, a falta de correlação entre o IR e IS. No entanto, o mais importante, a despeito da variabilidade, é que foi possível comparar dados de diferentes sessões do mesmo cliente, de cliente diferentes, assim como e de diferentes psicólogos que focaram na relação terapêutica (Starling, 2010).

Justificativa

Com base nas informações das pesquisas anteriormente analisadas (e.g., Ford, 1978; Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009; Medeiros 2002; Prado & Meyer 2004 2006; Rosenfarb, 1992; Leonardi & Meyer, 2015, 2016, 2017; Neno, 2005; Starling, 2010, Zamignani, 2007) mostra-se a importância da produção de evidências empíricas em psicoterapia.

Ao considerar que a pesquisa desenvolvida por Starling (2010) é a única no Brasil do seu tipo, evidencia-se a necessidade de desenvolver mais pesquisas considerando seus benefícios para os serviços de saúde mental, incluindo sua replicação no contexto de clínica-escola. Além de considerar que a proposta metodológica desenvolvida por Starling (2010) é consistente e replicável ao oferecer formas de controle e evidências públicas sistemáticas, que ajudam a compensar as limitações existentes no repertório clínico do terapeuta.

Objetivo

Dada a relevância do estudo de medidas continuadas, a presente pesquisa consistiu de um estudo de caso e teve como o objetivo principal produzir informações relativas à condução de caso clínico no qual foram inseridos procedimentos de medidas.

Especificamente, foram utilizados os instrumentos Inventário de Resultados (IR) e o Inventário de Sessão (IS). Pretendeu-se, com o uso desses instrumentos, estabelecer uma base pública e empiricamente registrada, que pudesse exercer controle sobre a produção verbal clínica do terapeuta de serviços em relação ao caso clínico em questão.

Os objetivos específicos da presente pesquisa foram: (1) coletar informações sobre tempo em sessão e fora da sessão para aplicação e análise dos instrumentos; (2) coletar informações sobre reações do cliente ao uso desses instrumentos; e (3) verificar a possibilidade de se relacionar eventos clinicamente relevantes a variações nos dados obtidos com os instrumentos.

Método

Participantes

A pesquisa foi composta por dois clientes que receberam atendimento regular pelo serviço oferecido através de uma clínica-escola de uma instituição de ensino superior. Com relação aos dois clientes, destaca-se que o participante um (P01) foi encaminhado pelo

TJDFT, e o participante dois (P02) foi selecionado a partir de lista de espera da clínica-escola, conforme disponibilidade de sala, horário e interesse no processo de psicoterapia. Os principais dados de identificação são: P01, sexo masculino, 49 anos, servidor público, operador de máquinas, casado, um filho queixava-se de superendividamento; P02, sexo masculino, 18 anos, estudante do ensino médio, queixava-se de baixa autoestima e dificuldade de interação social. Os participante assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1C), referente a presente pesquisa aprovada pelo comitê de Ética com parecer número: 3.503.973.

Local e Material

A pesquisa foi realizada em sala típica de psicoterapia com duas poltronas e uma mesa. Durante o processo de intervenção foram utilizados para coleta de dados os seguintes instrumentos, todos do tipo lápis e papel: O inventário de sessão IS (ANEXO 1-A) e o Inventário de Resultados, IR (ANEXO 1-B). Foram utilizadas folhas A4 para impressão dos instrumentos, caneta e prancheta para preenchimento, cronômetro para apuração do tempo e régua e lápis para preparação das linhas.

Procedimento

A coleta de dados foi iniciada a partir da terceira sessão de psicoterapia e foram coletados sessão a sessão ao longo da intervenção. O IS foi aplicado nos cinco minutos finais de cada sessão e o IR foi aplicado no início de cada sessão.

Após o IS ser entregue ao final da sessão, os participantes receberam a seguinte instrução:

Este é um inventário para acompanharmos o desenvolvimento da psicoterapia, para preenchê-lo leia as instruções específicas citadas no topo da folha e indique como foi a sessão

De modo geral, todo e qualquer registro nas folhas de acompanhamento foi feito pela terapeuta-aluna. Ao longo da intervenção, o autorrelato do cliente com relação a cada área devida considerada (individualmente, socialmente, etc.) gerando uma série temporal para cada uma delas.

De igual modo, o espaço em branco à margem direita da folha de acompanhamento foi reservado para o registro cursivo de eventos discretos de interesse clínico, incluindo observações qualitativas do terapeuta. No caso do IR a última linha das células representada através de números sequenciais de 1 a 32 impressos corresponderam ao número das sessões planejadas.

Resultados

A presente pesquisa apresenta informações sobre a temporalidade das sessões, reações dos clientes e algumas questões sobre a relevância dos eventos clínicos observados. De acordo com as quatro séries temporais apresentadas em IR e IS, os dados que a compõem correspondem à mensuração dos valores registrados pelo cliente em cada coleta para cada uma das quatro dimensões do IR e do IS.

Inventário de Resultado

Na Figura 3, no gráfico de resultados do P01, foi observado uma constância desde o início da avaliação até o término, com avaliação 1 na área de vida Q1 (Individualmente). Na área Q2 (Com outras pessoas) após as três primeiras sessões houve uma redução na avaliação, de 3 para 2 e outra redução a partir das outras três sessões seguintes, com avaliação de 2 para 1. Na 9ª sessão, houve um aumento de 1 para 2, porém na sessão seguinte reduziu novamente para avaliação 1. Na área Q3 (Socialmente), após as três primeiras sessões, também foi observado uma redução na avaliação de 3 para 2, e de 2 para 1 na sessão seguinte, porém houve um aumento na avaliação da 7ª sessão, de 1 para 2, e após três sessões

reduziu novamente para 1. Na área Q4 (Global) após a primeira sessão, houve uma redução na avaliação de 3 para 1, mantendo esta avaliação até a última sessão avaliada.

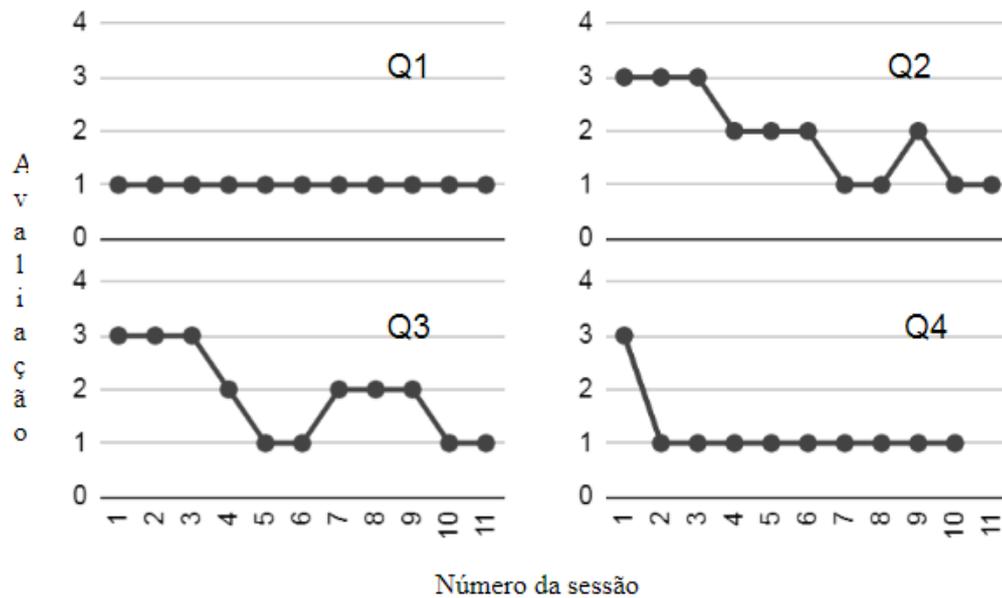


Figura 3. Gráfico de Resultados dos Dados do IR: P01.

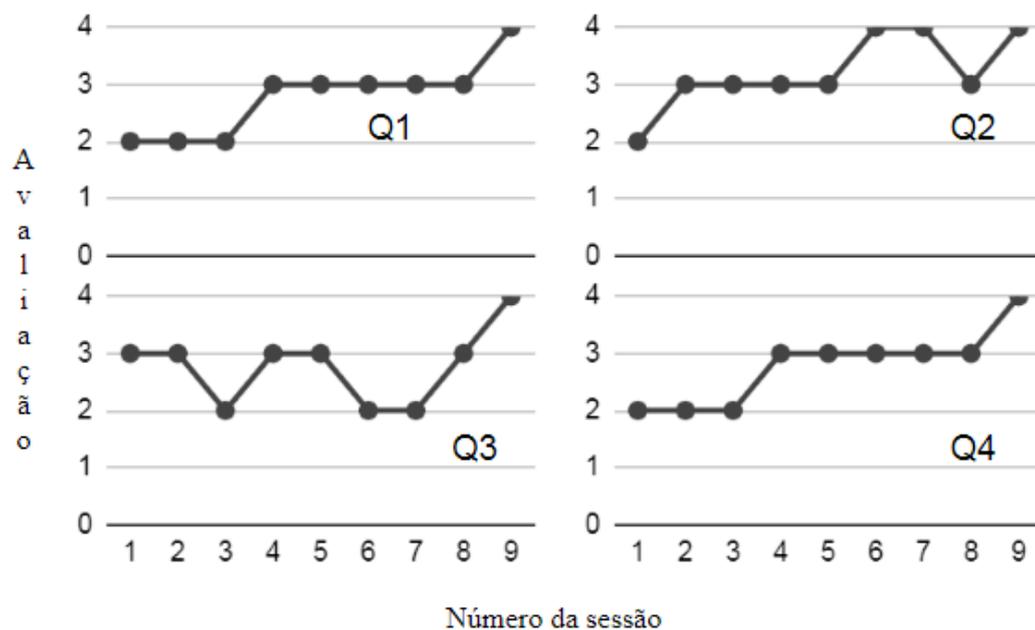


Figura 4. Gráfico de Resultados dos Dados do IR: P02.

Na Figura 4, no gráfico de resultados do P02, foi observado na área de vida Q1 (Individualmente) que após as três primeiras sessões houve um aumento na avaliação, de 2 para 3, mantendo essa avaliação até a 8ª sessão, sendo que na última sessão avaliada houve outro aumento com avaliação 4. Na área Q2 (Com outras pessoas), após a primeira sessão, houve um aumento na avaliação, de 2 para 3. Após quatro sessões consecutivas, aumentou para avaliação 4; após duas sessões reduziu para avaliação 3; voltando para 4 na última sessão avaliada. Na área Q3 (Socialmente), após as duas primeiras sessões, foi observado uma redução de 3 para 2. Na 4ª sessão aumentou para 3, sendo que na 7ª sessão subiu novamente para avaliação 4. Na área Q4 (Global), após as três primeiras sessões houve um aumento na avaliação, de 2 para 3, mantendo essa avaliação até a 8ª sessão, sendo que na última sessão avaliada houve outro aumento com avaliação 4.

Inventário de Sessão

Nas Figuras 5 e 6, relacionadas aos gráficos de resultados dos dados do IS de P01 e P02, respectivamente, observou-se uma constância na avaliação em todas as dimensões que avaliam a relação terapêutica: Q1 (Relação com o Terapeuta), Q2 (Metas e temas), Q3 (Método ou Forma) e Q4 (Global) com avaliação máxima (4), de ambos os participantes.

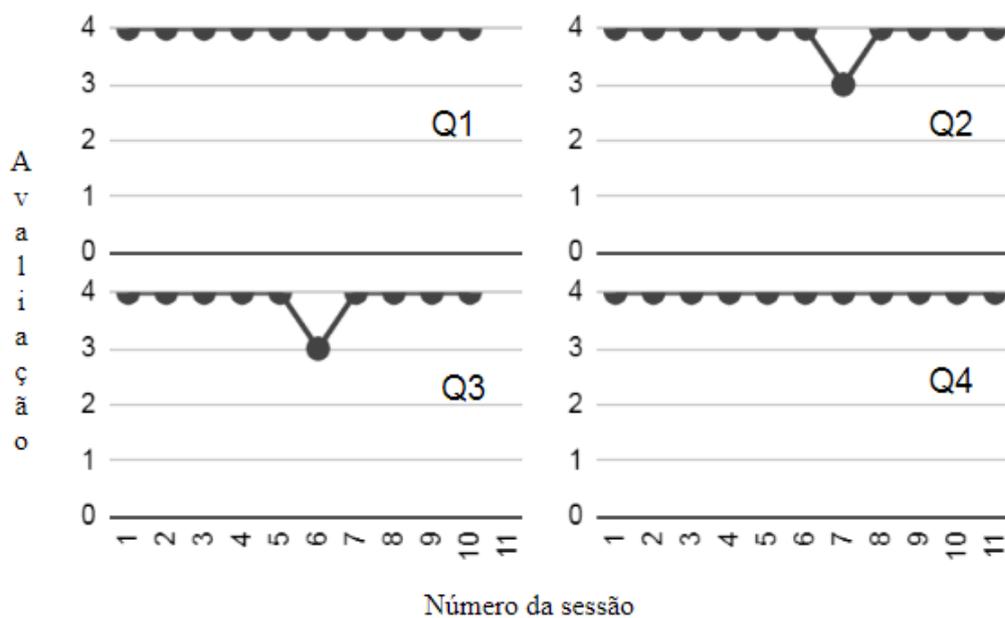


Figura 5. Gráfico de Resultados dos Dados do IS: P01.

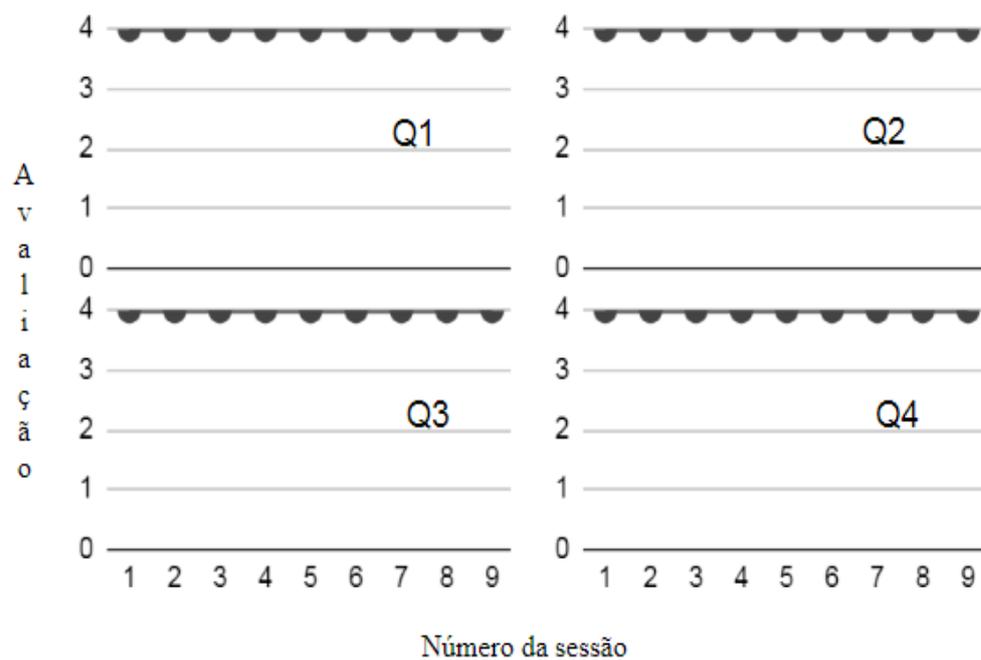


Figura 6. Gráfico de Resultados dos Dados do IS: P02.

Relações entre Eventos Clinicamente Relevantes e Variações nos Dados Obtidos com os Instrumentos

Na avaliação do IR realizado por P01, observou-se quedas consecutivas na avaliação na área de vida Q2 (Com outras pessoas). De acordo com autorrelato, o cliente justificou avaliação mais baixa devido a brigas com a esposa e decepção com o pastor da sua igreja. Na área Q3, observou-se uma queda após as três primeiras sessões devido a insatisfação no trabalho e aos antigos amigos, que segundo relato do participante, os amigos se afastaram dele.

Na avaliação do IS realizada por P01, verificou-se uma redução na avaliação de 4 para 3 na 7ª sessão, o que mostra uma avaliação associada a eventos clinicamente relevantes em correspondência com as dimensões que avaliam a relação terapêutica. Observou-se um relato negativo quanto à Q2 (Relação com o terapeuta) e Q3 (Metas e temas) e relatos positivos para as demais áreas. Nessa sessão, o participante atribui sua avaliação baixa ao fato de não querer falar sobre a sua esposa.

Na avaliação do IR realizada por P02, na área de vida Q1 (individualmente), após várias sessões consecutivas com a avaliação 3, na última sessão subiu para 4. O participante relatou que estava muito feliz por ter ido a uma festa com os colegas e com o resultado do seu tratamento dentário. Na área de vida Q2 (Com outras pessoas) observou-se uma redução na avaliação de 4 para 3 na 8ª sessão, há indicativos que sua baixa avaliação tenha sido decorrente de uma decepção com o pai relatada pelo participante. Na área Q3 (Socialmente), observou-se uma oscilação entre a 3ª e 6ª sessão, com avaliação de 2 e 3. De acordo com os relatos do participante, sua resposta é decorrente de não ter amigos na escola e não conseguir interagir com os colegas. Porém, a partir da 7ª sessão, o participante relatou que estava mais próximo dos colegas, o que resultou no aumento de sua avaliação para 4 nas últimas três sessões avaliadas. Na avaliação do IS do P02, não foi observado nenhum evento clinicamente relevante.

Tempo em Sessão e Fora da Sessão para Aplicação e Análise dos Instrumentos

Durante a coleta de dados foi apurado o tempo do preenchimento do IR no início da sessão e do IS, ao final de cada sessão. Posteriormente, foram registrados em de segundos. Fora da sessão também foi medido o tempo de preparação das linhas das quatro dimensões de cada instrumento. E por fim, foi calculado o tempo de elaboração do gráfico e a discussão do mesmo junto com o participante. Nas três primeiras sessões do P01, o tempo de preenchimento não foi apurado por falha na execução do procedimento da pesquisa.

Tabela 1

Tempo Utilizado em Segundos para Registro dos Dados do IR

Sessão	PO 1			Sessão	PO 2		
	Tempo Preenchimento Cliente	Tempo Preparação linhas	Tempo Gráfico/ Discussão		Tempo Preenchimento Cliente	Tempo Preparação linhas	Tempo Gráfico/ Discussão
1	...	...		1	75	29	
2	...	...		2	70	33	
3	...	...		3	80	40	
4	92	65		4	60	30	381
5	70	44		5	75	28	
6	70	58		6	60	32	
7	92	32	244	7	65	30	
8	84	27		8	62	25	
9	90	30		9	60	45	307
10	119	25		10	..	..
11	53	20	233	11	..	..
12	75	49		12	..	..
Média	82,77	38,88	238,5	Média	67,44	32,44	344

De acordo com a Tabela 1, a média de tempo de preenchimento para P01, para o registro dos dados do IR foi de 82,77 segundos. A média de tempo utilizado para preparação das linhas do IR pela terapeuta foi de 38,88 segundos e o tempo para elaboração do gráfico de resultados dos dados do IR foi de 238,5 segundos. Já para P02, a média de tempo de preenchimento para o registro dos dados do IR foi de 67,44 segundos. A média de tempo utilizado pela terapeuta para preparação das linhas de cada área do IR foi de 32,44 segundos e o tempo para elaboração e discussão do gráfico de resultados dos dados do IR foi de 344 segundos.

Tabela 2

Tempo Utilizado em Segundos para Registro dos Dados do IS

PO 1				PO 2			
Sessão	Tempo Preenchimento Cliente	Tempo Preparação linhas	Tempo Gráfico/ Discussão	Sessão	Tempo Preenchimento Cliente	Tempo Preparação linhas	Tempo Gráfico/ Discussão
1	...	...		1	60	23	
2	...	...		2	70	0	
3	...	...		3	60	0	
4	170	45		4	55	0	48
5	145	0		5	60	0	
6	60	0		6	50	0	
7	125	0		7	67	0	
8	160	0	99	8	65	18	
9	80	30		9	45	0	56
10	65	0		10	..	..
11	50	0		11	..	..
12	41	0	151	12	..	..
Média	99,55	8,33	125	Média	59,11	5,12	52

Conforme com a Tabela 2, a média de tempo de preenchimento para P01, para o registro dos dados do IS foi de 99,55 segundos. A média de tempo utilizado para preparação das linhas do IS pela terapeuta foi de 8,33 segundos e o tempo para elaboração do gráfico de resultados dos dados do IS foi de 125 segundos. Já a média de tempo de preenchimento para P02, para o registro dos dados do IS, foi de 59,11 segundos. A média de tempo utilizado para preparação das linhas do IS pela terapeuta foi de 5,12 segundos e o tempo para elaboração do gráfico de resultados dos dados do IS foi de 52 segundos.

Informações sobre Reações do Participante Relativas ao Uso dos Instrumentos

O participante P02 demonstrou curiosidade sobre os instrumentos utilizados (IR e IS) e pediu para ver os resultados ao final da pesquisa. Não foi identificada nenhuma outra reação dos participantes em relação ao uso desses instrumentos.

Discussão

O presente trabalho teve como objetivo coletar informações sobre tempo em sessão e fora da sessão para aplicação e análise dos instrumentos; coletar informações sobre reações do cliente ao uso desses instrumentos e verificar a possibilidade de se relacionar eventos clinicamente relevantes a variações nos dados obtidos com os instrumento IS e IR. De maneira geral, os resultados corroboram os resultados de estudos anteriores (e.g., Bordin, 1979; Duncan, et al., 2003; Rosenbarf, 1992), pois o conjunto das dimensões e áreas consideradas nesses instrumentos apresentou-se pertinente para avaliar um sistema de influências, que permitem uma melhor compreensão sobre a relação terapêutica, e sobre as mudanças no processo terapêutico. De acordo com os resultados obtidos foi possível registrar sistematicamente, além de permitir a produção de evidências públicas clínica e socialmente relevantes dos resultados das avaliações de IR e IS.

Em relação ao tempo da coleta de dados, em outras pesquisas (e.g., Miller et al., 2003; Starling, 2010) os participantes precisaram de aproximadamente três minutos para o primeiro preenchimento do IR e IS, e a partir da segunda coleta, um minuto e meio para cada (Miller et al., 2003; Starling, 2010).

Com os participantes desta pesquisa, foi seguido o tempo previsto por outros pesquisadores (e.g., Miller et al., 2003; Starling, 2010), na avaliação dos instrumentos utilizados (IR e IS). Vale ressaltar que o P01 levou mais tempo para o preenchimento dos instrumentos que P02. Mesmo antes da sessão se iniciar, P01, ao ler as dimensões avaliadas do IR, falava paralelamente ao preenchimento do mesmo. Ao final, mesmo, após o fechamento da sessão e convidado para o preenchimento do IS, P01 continuava falando sobre outros assuntos. O participante P02 foi mais focado durante o preenchimento dos instrumentos, não ultrapassando o tempo estimado.

Em concordância com outras pesquisas (e.g., Campbell & Hemsley, 2009; Duncan et al., 2003; Miller et al., 2003), os instrumentos IR e IS demonstraram viabilidade neste estudo, pois oferecem benefícios como: custo-efetividade e pode ser explicado, preenchido e interpretado de maneira rápida e fácil. Estes benefícios resultam numa maior adesão ao uso dos instrumentos tanto do clínico de serviços quanto dos clientes. Esses resultados corroboram com a adoção de breves medidas de avaliação de resultados e de avaliação da relação terapêutica na prática psicológica.

Ainda que outros autores (Kohlenberg e Tsai, 2001 ; Miller et al., 2003; Rangé, 1995; Raue & Goldfried, 1994; Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009; Shinohara, 2000) tenham observado a utilidade de aspectos particulares da relação terapêutica associada à mudança clínica, esta pesquisa corrobora com os resultados do estudo de Starling (2010), no qual observou-se que a avaliação da relação terapêutica, medidas pelo IS, mostrou-se desordenada

de ganhos no bem-estar psicológico. Ou seja não foi verificada nesta pesquisa uma relação entre a avaliação que o cliente relata do seu estado psicológico geral e da avaliação que o cliente faz em relação a qualidade da relação terapêutica (especificamente da avaliação da sessão). A alta pontuação na avaliação do IS foi levantado como hipótese, o fato dos participantes terem preenchido o inventário na presença da terapeuta-aluna.

Em conformidade com os resultados encontrados nesta pesquisa, foi possível relacionar eventos clinicamente relevantes a variações nos dados obtidos na avaliação do IR. Dessa forma a avaliação das mudanças no percurso do processo terapêutico, no presente estudo, fornece informações que podem, de fato, servir de fontes para novas pesquisas em clínicas- escolas ou fontes de controle, com os concomitantes emocionais de bem-estar ou de sofrimento emocional, respectivamente. De acordo com outros estudos similares (Tozze, Bolsoni, Garcia e Nunes, 2015 e Starling, 2010), fica evidente a importância e a necessidade da produção de evidências empíricas em psicoterapia.

Considerações Finais

A partir do desenvolvimento da presente pesquisa, foi possível concluir que a produção de informações através de instrumentos de medida breve constitui uma ferramenta importante na clínica de serviços capaz de fornecer informações rápidas e válidas sobre o bem-estar do cliente e sobre suas mudanças no processo terapêutico. Nesse sentido, a correspondência dos resultados obtidos nesta pesquisa, comparados a literatura atual sobre as medidas breves, garante sua implementação e uso sistemático no processo terapêutico a partir de sua validade como base empírica de informações sobre os resultados da terapia, da relação terapêutica e de sua utilidade como variáveis que podem ser coletadas para monitorar a eficácia dos serviços. Esforços têm sido feitos nessa direção por pesquisadores e profissionais com o intuito de preencher a lacuna entre ciência e prática ainda existentes na psicologia

clínica. Entretanto, é importante ressaltar a existência de poucas pesquisas no contexto brasileiro para a avaliação de ganhos em psicoterapia evidenciando a necessidade de novas pesquisas.

Referências

- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Brino, A. L. F., & Souza, C.B.A., (2005). Comportamento verbal: uma análise da abordagem skinneriana e das extensões explicativas de Stemmer, Hayes e Sidman. *Interação em Psicologia*, 9(2), 251-260.
- Campbell, A., & Hemsley, S. (2009). Outcome rating scale and session rating scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures. *Clinical Psychologist*, 13(1), 1–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13284200802676391>
- Carvalho, L. F. & Rocha, G. M. A. (2009). Tradução e adaptação cultural do Questionário de Resultados (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF*, 14(3), 309- 316. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712009000300007>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J. B., et al. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working alliance” measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.
- Duncan, B. L. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 53(2), 93104. doi: <https://doi.org/10.1037/a0027762>
- Elliot, R. (2010). Psychotherapy Change Process Research: Realizing the promise. *Psychotherapy research*, 20(2), 123-135.
- Fernandes, F. A. D. (2012). *Relação terapêutica: uma análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em sessões iniciais de terapia* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Fogaca, F. F. S., Bolsoni-Silva, A. T., & Meyer, S. B. (2014). Interação terapêutica: Considerações sobre os efeitos dos comportamentos de empatia, interpretação e orientação. *Acta Comportamental*, 22(2), 218–226.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27(4), 623–641. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)800475](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)800475)
- Ford, J. D. (1978). Therapeutic relationship in behavior therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(6), 1302–1314. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.6.1302>
- Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A. & Ruiz, E. (2011). Aproximación al estudio funcional de la interacción verbal entre terapeuta y cliente durante el proceso terapéutico

[An approach to the functional study of the interaction between therapist and client during the therapeutic process]. *Clínica y Salud*, 22(1) 69-85.

- Garcia, V. A. (2014). *Análise da interação terapêutica em intervenções com universitários com transtorno de ansiedade social*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, São Paulo.
- Garfield, S. L. (1995) The Therapy Client-Patient. Em Garfield S. L. (Org.) *Psychotherapy - an eclectic and integrative Approach*. (pp 39-65) New York, EUA: Wiley e Sons
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 38 (4), 365–372.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). The relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Juliani, J., Garcia, M. R., Neto, C. A., Massabki, L. G. S., & Arndt, M. F. C. (2011). Episódios verbais como instrumento para a análise da relação terapêutica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(3), 16–33.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas e curativas*. Tradução Organizada por R. R. Kerbauy. Santo André: ESETEc, Editores Associados. (trabalho original publicado em 1991).
- Lambert, M. J. & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48,72-79.
- Leonardi, J. L. (2015). O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: Um panorama histórico. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 6, 119-131. doi:10.18761/pac. 2015.027
- Leonardi, J. L. (2017). Reflexões sobre a terapia analítico-comportamental no contexto da prática baseada em evidências e possibilidades de atuação em análise do comportamento clínica. *Acta Comportamental*, 25(2), 215-230
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a História da Busca pelas Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1139-1156.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2016). Evidências de Eficácia e o Excesso de Confiança Translacional da Análise do Comportamento Clínica. *Temas em Psicologia*, 24(4), 1465-1477: doi: 10.9788/TP2016.4-15Pt.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic Alliances as Predictors of Psychotherapy Outcomes: Factors Explaining the Predictive Success. Em Horvath, A. O., e Greenberg, L. (Orgs.) *The Working alliance: Theory, Research, and Practice*. (pp. 39-50) Nova York, EUA: John Wiley e Sons, Inc.
- Medeiros, C. A. (2002). Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2), 105-118.

- Meyer, S., & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 101 – 110). Porto Alegre: Artmed.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L., (2000). Outcome rating scale. Chicago, IL: Authors.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Johnson, L. (2002). Session rating scale. Chicago, IL: Authors.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Jacqueline, A., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy*, 2(2), 91-100.
- Neno, S. (2005). *Tratamento padronizado: condicionantes históricos, status contemporâneo e (in) compatibilidade com a terapia analítico comportamental*. (Teses de Doutorado), Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
- Neto, M. B. (2002). Análise do comportamento: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. *Interação em Psicologia*. 6(1), 13-18. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v6i1.3188>
- Nobile, G. F. G., Garcia, V. A., & Silva, A. T. B. (2017). Análise Sequencial dos comportamentos do terapeuta em psicoterapia com universitários com transtorno de ansiedade social. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 8(1), 16- 31. <https://doi.org/10.18761/pac.2016.030>
- Peron, F., & Lubi, A. P. L. (2011). Instâncias da relação terapêutica medidas a partir de um instrumento de categorização. *Acta Comportamental*, 20(1), 109-123.
- Prado, O. Z., & Meyer, S.B. (2004). Relação Terapêutica: a Perspectiva Comportamental, Evidências e o Inventário de Aliança de Trabalho (WAI). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6(2), 201- 209. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v6i2.57>
- Prado, O. Z., & Meyer, S.B. (2006) Avaliação da Relação Terapêutica na Terapia Assíncrona Via Internet. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 247-257.
- Rangé, B. (1995). Relação terapêutica. Em Rangé, B. (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva dos Transtornos Psiquiátricos*.(pp. 43-66). Campinas, Editorial Psy.
- Raue, P. J., e Goldfried M. R. (1994) The Therapeutic Alliance in Cognitive-behavior Therapy. Em Horvath, A. O., e Greenberg, L. (Orgs.) *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. pp. 131-152. Nova York, EUA: John Wiley e Sons, Inc.
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 418–431. <https://doi.org/10.1037/a0017901>
- Rosenfarb, I. S. (1992). A Behavior Analytic Interpretation of the Therapeutic Relationship. *The Psychological Record*, 42(3), 341-354. <https://doi.org/10.1007/bf03399606>

- Rossi, P. R. (2012). *Categorização da quarta sessão de psicoterapias bem e mal sucedidas* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ruiz-Sancho, E., Froján-Parga, M. X., & Galván-Domínguez, N. (2015). Verbal interaction patterns in the clinical context: A model of how people change in therapy. *Psicothema*, 27(2), 99–107. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.119>
- Skinner, B. F. (2009). *Clássico traduzido: Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix. (Originalmente publicado em 1974).
- Starling, R. R. (2010). *Prática controlada: medidas continuadas e produção de evidências empíricas em terapias analítico-comportamentais*. (Tese de doutorado), Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Tozze, K. F., Bolsoni-Silva, A. T., Garcia, V. A. & Nunes, P. L. (2015). Análise da interação terapeuta-cliente em sessões iniciais de atendimento. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 6(1), 24- 39. <https://doi.org/10.18761/pac.2015.6.1.a02>
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos? *Boletim Contexto ABPMC*, 34, 33-41.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The relationship - and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4) 601-623.
- Watson, J. B. (2008). Clássico traduzido: a psicologia como o behaviorista a vê. *Temas em Psicologia*, 16(2), 289-301. (Originalmente publicado em 1913)

ANEXO

ANEXO 1A - Inventário de Sessão- Auto-aplicação

NOME: _____ DATA: _____ SESSÃO: _____

Por favor, indique como foi a sessão de hoje, marcando um traço vertical - | - no ponto da linha que mais se aproxime da experiência que teve nesta sessão.

Relação com o/a Terapeuta:

Senti que o/a		Senti que o/a
terapeuta, não me	I-----I	terapeuta me ouviu,
ouviu, não me		me entendeu e/ou
entendeu e/ou não me		me respeitou
respeitou		

Metas e Temas

Não trabalhamos		Trabalhamos e
nem falamos do		falamos do que eu
que eu queria	I-----I	queria trabalhar
Trabalhar e falar		e falar

Método ou Forma

Não me dei bem com		
a Forma que o/a	I-----I	Senti-me bem com
terapeuta usou para		forma do/a terapeuta
Organizar a sessão		organizar a sessão

Global (em geral)

Senti que ficou		De maneira geral,
faltando alguma	I-----I	a sessão hoje foi
coisa na sessão		boa para mim hoje

ANEXO 1 B - Inventário de Resultados – Adultos

NOME: _____ DATA: _____ SESSÃO: _____

Considerando a semana passada, incluindo hoje, ajude-nos a entender como se sentiu nas áreas de vida incluídas neste inventário. Marcas quanto mais à esquerda representam níveis mais baixos ou negativos e quanto mais à direita representam níveis mais altos ou positivos.

Por favor, marque com um traço vertical - | - em qualquer ponto das linhas.

Individualmente:

(Bem-estar pessoal)

I-----I

Com outras pessoas:

(Família, relações próximas)

I-----I

Socialmente:

(Trabalho, Escola, Amizades)

I-----I

Global (em geral):

(Sentimento geral de bem-estar)

I-----I

ANEXO 1 C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título do projeto: Produção de bases empiricamente registradas em terapia analítico-comportamental no contexto de clínica-escola

Instituição dos pesquisadores: Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)

Pesquisador responsável: Dr. Márcio Borges Moreira

Pesquisador assistente: Patricia Miranda Fujino

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar, de livre e espontânea vontade, você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

O objetivo específico deste estudo é produzir informações relativas à condução de um caso clínico no qual serão inseridos procedimentos de prática clínica controlada (registros sistemáticos de dados sobre a psicoterapia).

Você está sendo convidado a participar exatamente por ser cliente da clínica-escola, estando em processo de psicoterapia.

Procedimentos do estudo

Sua participação consiste em preencher, a cada sessão, um breve formulário sobre a própria sessão e sobre os resultados da psicoterapia. Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo. A pesquisa será realizada na clínica-escola do UniCEUB.

Riscos e benefícios

Este estudo possui riscos mínimos, não diferindo dos riscos associados a atividades cotidianas de psicoterapia e preenchimento de questionários. Medidas preventivas, como ambiente reservado e tranquilo serão tomadas durante a pesquisa para minimizar qualquer risco ou incômodo. Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.

Com sua participação nesta pesquisa você terá o benefício de contar com registros sistemáticos de suas avaliações sobre a psicoterapia, o que poderá auxiliar na condução da mesma. Além, disso, ao participar, você estará contribuindo para a produção de conhecimento científico sobre psicoterapia.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis. Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. Os dados e instrumentos utilizados (por exemplo, fitas, entrevistas, questionários) ficarão guardados sob a responsabilidade de Márcio Borges Moreira, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos. Após esse tempo serão destruídos.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 61 3966-1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Caso você aceite participar dessa pesquisa, preencha, por gentileza, os dados abaixo:

Eu, _____, RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____.

—
Assinatura do (a)
Participante

—
Márcio Borges Moreira
(61) 3966-1304
marcio.moreira@ceub.edu.br

—
Patricia Miranda Fujino
patricia.fujino@sempreceub.c
om

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) | (61) 3966-1304 | (61) 3966-1200
SEPN 707/907, Bloco 9, Asa Norte, 70790-075, Brasília-DF