



**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

**Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do  
Comportamento**

*Uma Tentativa de Caracterização da Prática Clínica do Analista do  
Comportamento no Atendimento de Clientes com e sem o Diagnóstico de  
Transtorno Obsessivo-Compulsivo.*

DENIS ROBERTO ZAMIGNANI

**São Paulo, 2001.**



**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

**Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento**

*Uma Tentativa de Caracterização da Prática Clínica do Analista do Comportamento no Atendimento de Clientes com e sem o Diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo.*

DENIS ROBERTO ZAMIGNANI

*Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amália Pie Abib Andery.*

**\* Trabalho financiado pela FAPESP por meio do processo nº 99/07316-4.**

**São Paulo, 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.*

***Denis Roberto Zamignani***

**Banca examinadora**

---

Prof. Dr. Emmanuel Zagury Tourinho

---

Prof. Dr. Sérgio Vasconcelos de Luna

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Amália Pie Abib Andery

Dissertação defendida e aprovada em 22 de fevereiro de 2001.

Ao meu irmão Vitor e  
meu sobrinho Eder...

Como seria bom tê-  
los por perto  
agora...

"Pequena  
mosca,  
Com minha  
mão  
Bruta,  
cortei  
Teu jogo  
vão,

Não serei,  
mosca,  
Um igual  
teu?  
Ou não és  
tu

**Homem, como  
eu?**

**Pois amo a  
dança,  
Canções,  
bebida,  
Até que a  
mão cega  
Me corta a  
vida.**

Songs of Experience,  
"The Fly", estrofes  
1-3. William Blake  
(1795).

## Agradecimentos

... um trabalho como esse é resultado de uma história. História esta que não se resume a dois anos de trabalho acadêmico apenas. Muitas são as pessoas que ajudaram a torná-la real, algumas ocupando papéis principais... algumas coadjuvantes... mas todas inesquecíveis...

Agradeço aos meus pais, por tornarem tudo isso possível.

À Amália, pelo enorme carinho, paciência e dedicação com que me orientou...

Ao Beto, por seu precioso apoio e agradável companhia, "roubados" de seu tempo tão escasso...

À Márcia, que nesses últimos anos tem sido muito mais que supervisora...

À minha família "postiça": Dona Alice, Sueli, Reinaldo, Fernando, Elza, João, Renato, Walmy, Carlão... por me receber com tanto carinho...

À Marina e Renata, por quem eu tenho um carinho e admiração especiais... por tornarem a vida mais divertida...

À Joana. Grande amiga... não fosse você e sua sempre pronta colaboração... lhe devo essa!

Aos professores Teia, Amália, Roberto, Fátima, Nilza, Ziza, pelo carinho e disposição com que dividiram seu conhecimento...

Ao Emmanuel e ao Sérgio, pela valiosa contribuição...

À Gisa, minha irmãzinha (e agora afilhada). Pela amizade deliciosa e por todo o incentivo...

À Fabiana, amiga que eu admiro mais a cada dia... pela ajuda preciosa...

À Robertinha, grande amiga e companheira de estudos...

À Marina Mazer, que, embora distante, está sempre em meu coração...

À Regina, pelas dicas precisas e pela companhia sempre deliciosa...

Aos terapeutas e clientes participantes dessa pesquisa, por permitirem a sua realização...

Ao Caê, pela nova amizade pela disposição em ajudar...

À Maria Cecília, grande amiga... pelos anos de trabalho conjunto e pela colaboração nesse projeto...

Ao Geraldo Busatto, pelo conhecimento compartilhado e pela pessoa admirável...

Ao Eurípedes e todos do PROTOC, por me abrirem tantas portas...

A toda a equipe da ASTOC, pelo enorme respeito e reconhecimento...

Aos amigos do pós - Maira, Cris, Lizandra (Milu), Paola, Yara, Paula, Maria Júlia, Marcos, Cacilda, Sandra, Eric, e tantos outros que fizeram da PUC uma extensão de minha casa.

À conceição, Neusa e Maurício, pela prontidão em ajudar sempre que necessário...

À FAPESP, pelo financiamento desta pesquisa.

*"O comportamento é uma matéria difícil, não porque seja inacessível, mas porque é extremamente complexo. Desde que é um processo e não uma coisa, não pode ser facilmente imobilizado para observação. É mutável, fluido e evanescente, e por esta razão, faz grandes exigências técnicas de engenhosidade e energia do cientista. Contudo não há nada essencialmente insolúvel nos problemas que surgem deste fato". (Skinner, 1953/1993, p. 27).*

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. São Paulo (188 p.) Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental – Análise do Comportamento, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

## RESUMO

Os manuais de psiquiatria, no caso do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), atribuem a um evento privado – a obsessão - o status de causa iniciadora do comportamento compulsivo e a literatura especializada propõe para o tratamento do TOC procedimentos baseados na sua classificação topográfica. A análise do comportamento enfatiza a relação funcional estabelecida entre o responder e as consequências ambientais. Essa diferença entre os modelos explicativos pode levar a dificuldades na aplicação da análise do comportamento à terapêutica de casos psiquiátricos. A presente pesquisa teve como objetivo caracterizar a atuação verbal de terapeutas Analistas do Comportamento no atendimento de clientes com diferentes tipos de queixa: Método: Foram comparados os desempenhos verbais de dois terapeutas Analistas do Comportamento, atendendo um cliente com e um sem o diagnóstico de TOC. Foram gravadas e transcritas de quatro a cinco sessões de atendimento com cada cliente. As verbalizações foram classificadas, segundo a presença ou ausência de verbalizações de queixa, em categorias de descrição, explicação, aconselhamento, feedback, inferência, perguntas e outras verbalizações. O percentual de ocorrência por sessão, as verbalizações do terapeuta subsequentes a verbalizações do cliente relacionadas ou não à queixa e as sequências de verbalizações nas quais o terapeuta descrevia relações causais/explicativas entre eventos e aconselhava o cliente foram analisados. . Resultados: A análise dos dados indicou que um dos terapeutas consequenciava diferencialmente determinadas classes de verbalizações do cliente, teve percentual elevado de verbalizações de aprovação para ambos os clientes e teve mais verbalizações de aconselhamento para o cliente “com TOC”. Já o outro terapeuta apresentou predominantemente verbalizações de aconselhamento e explicação com ambos os clientes e com a cliente “com TOC” sua intervenção foi mais focada na queixa. Ambos os terapeutas tenderam a dar explicações com ênfase em relações resposta-consequência, coerentemente com os pressupostos da análise do comportamento. Os tipos de aconselhamento foram diferentes para cada cliente atendido, indicando relação com o tipo de queixa apresentada.



Zamignani, D. R. (2001). An attempt to characterize the clinical practice of the behavior analyst with clients with and without an Obsessive-Compulsive diagnosis. São Paulo (188 p.) Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental – Análise do Comportamento, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

## ABSTRACT

The psychiatry manuals, in the case of OCD, assign to a private event - obsession - the status of the initiating cause of the compulsive behavior, and the specialized literature suggests procedures that are based upon the topography of the responses involved in OCD. An approach based on behavior analysis, on the other hand, emphasizes the need for a functional analysis of the relationships between a client's responses and environmental consequences. These two distinct explanatory models may bring about difficulties for the behavior analyst dealing with psychiatric patients. This work aimed at characterizing the behavior analyst performance in a therapeutic setting with clients with or without a diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) Method: The verbal interactions of two therapists identified as behavior analysts - each one with one client with and one client without an OCD diagnosis - were compared. Four to five sessions of each pair (therapist - client) were recorded. The therapist and clients' verbalizations were classified according to their relation to the client's complaint, and were categorized as: questions, descriptions, explanations, advices, feedback, inferences or other. Therapist's verbalizations that immediately followed client's verbalizations related or not to complaint were analyzed. Therapist's verbalizations classified as explanations and advices were also analyzed in order to verify their consistency with the radical behaviorist approach. Results: Results indicated differences between the two therapists: the first therapist had a high percentage of her verbalization categorized as feedback while the other therapist had a high percentage of verbalizations classified as giving advice and explaining. For both therapists, the majority of their explanations were classified as having emphasizing the response-consequence relationship, indicating a performance coherent with the analysis of the behavior. Finally, results indicated that the clients' problems did not seem lead to significant differences in terms of the therapists' verbal behavior.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	1
INTRODUÇÃO .....	2
A prática do terapeuta analista do comportamento .....	2
Análise Funcional: dificuldades na sua aplicação .....	6
Ecletismo: uma alternativa a ser evitada .....	10
O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): Diferenças entre os Modelos Diagnóstico/Topográfico e Funcional/Comportamental .....	11
A queixa obsessivo-compulsiva na clínica .....	19
Alternativas Metodológicas para a Pesquisa em Prática Clínica .....	20
MÉTODO .....	24
Participantes .....	24
Material .....	25
Procedimento .....	26
Procedimento de coleta de dados .....	26
Preparação do material para análise .....	26
Preparação para categorização .....	27
Categorias de registro .....	28
Categorização das sessões .....	42
Teste de fidedignidade da categorização das sessões .....	43
Análises realizadas por meio do software Ethnograph .....	44
RESULTADOS .....	46
Segmentos e linhas categorizadas .....	46
Categorização das sessões – terapeuta A .....	47

Categorização das sessões: Terapeuta B .....	53
Análise de seqüência de verbalizações: terapeuta A .....	60
Analisando a interação terapeuta-cliente na sessão Terapeuta A .....	68
Análise de seqüência de verbalizações: terapeuta B .....	72
Analisando a interação terapeuta - cliente na sessão – Terapeuta B .....	77
Categorias de Análise .....	83
Analisando o aconselhamento por parte do terapeuta .....	84
Analisando as explicações do terapeuta .....	88
Contingências analisadas pelo terapeuta .....	93
DISCUSSÃO .....	98
Algumas questões relativas ao método adotado .....	98
Sobre as interações estudadas .....	101
A respeito do nível tecnológico .....	102
A respeito do nível metodológico .....	108
A respeito dos níveis conceitual e filosófico .....	109
Por uma prática menos intuitiva .....	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	113
ANEXOS .....	123
Anexo 1: termos de consentimento de Terapeuta e Cliente para a pesquisa.	
Anexo 2: descrição de cada um dos clientes.	
Anexo 3: trechos de uma sessão categorizada referente a cada d'ada.	
Anexo 4: exemplo de seqüência categorizada do tipo “Conselho”.	
Anexo 5: exemplo de seqüência categorizada do tipo “Explicação”.	
Anexo 6: exemplo de seqüência categorizada como “Explicação com ênfase em relações resposta-consequência”.	

## APRESENTAÇÃO

Nos últimos anos, diversos aspectos da prática clínica têm sido objeto de estudo de pesquisadores da análise do comportamento. A metodologia necessária para a compreensão de suas múltiplas nuances é ainda um campo em desenvolvimento. Pesquisadores brasileiros, engajados no objetivo de construir um conhecimento sólido que possa sustentar sua prática, têm apresentado alternativas criativas e promissoras para a identificação de aspectos relevantes da relação terapêutica. Skinner (1953/1993) salientou que a complexidade do comportamento humano não deve ser entendida como uma barreira para o conhecimento científico, mas um desafio para que sejam desenvolvidos métodos de investigação capazes de capturar as suas mais variadas especificidades. Cabe àqueles que acreditam que a análise do comportamento tem algo a dizer a respeito, a investigação de alternativas eficazes e a produção de dados consistentes. Esse trabalho é mais uma tentativa de contribuição nessa direção.

Uma das questões de maior relevância para a prática do terapeuta diz respeito à teoria que embasa sua prática. É importante para uma prática adequada que o terapeuta, além de apresentar um repertório de atendimento clínico consistente, esteja sob controle preciso das regras advindas da teoria que adotou.

### **A Prática do Terapeuta Analista do comportamento.**

Entre as inúmeras propostas de aplicação do conhecimento à prática clínica encontra-se a Terapia Analítico-Comportamental<sup>1</sup> - prática fundamentada na Análise do Comportamento, ciência desenvolvida a partir dos pressupostos filosóficos do Behaviorismo Radical. O terapeuta que trabalha com esta abordagem encontra na literatura especializada uma enorme variedade de técnicas e procedimentos e uma grande diversidade de construtos teóricos que fundamentam estas práticas. Frente a essa diversidade, torna-se difícil caracterizar o que seria um atendimento de base analítico comportamental.

De acordo com Hayes (1991), não haveria uma definição única do que vem a ser a terapia analítico-comportamental, mas sim quatro níveis de análise que, em conjunto, formariam um paradigma que caracterizaria uma prática consistente com a Análise do Comportamento – os níveis tecnológico, metodológico, conceitual e filosófico. Meyer

---

<sup>1</sup> Diversos são os termos que têm sido utilizados para denominar a prática clínica do analista do comportamento. O termo mais utilizado na literatura – Terapia Comportamental – tem sido associado ao movimento cognitivista. Para caracterizar a terapia apoiada nos princípios do behaviorismo radical, diferenciando-a das terapias cognitivas, alguns autores adotaram o termo terapia analítico-comportamental (Cavalcante, 1999) - termo que será utilizado neste trabalho. No entanto, mesmo o termo analítico-comportamental poderia ser alvo de discussão, uma vez que torna o método - a análise (experimental, algumas vezes) - e o objeto - o comportamento – da análise do comportamento adjetivos.

(1995) baseou-se nesse trabalho de Hayes (1991) para apresentar os requisitos para que uma terapia fosse considerada analítico comportamental.

Segundo Meyer (1995), o primeiro desses quatro níveis de análise do trabalho, o nível tecnológico, diz respeito ao conjunto de técnicas e procedimentos utilizados, derivados de estudos realizados por pesquisadores da área, que vão desde a manipulação direta de eventos antecedentes e conseqüentes até técnicas terapêuticas como a dessensibilização sistemática e o treino assertivo. A autora sugere o uso das técnicas de forma assistemática na terapia e defende que a sua aplicação não deve se dar de forma desvinculada de outros níveis de análise. Fulton (1982), assim como Meyer (1995), critica o uso das técnicas desviadas de seu contexto teórico e metodológico e afirma que uma intervenção bem sucedida não diz respeito apenas ao uso adequado de uma ou outra técnica, mas a decisões corretas sobre ocasiões apropriadas para seu uso e a uma interpretação acurada de seus efeitos. Ainda segundo Fulton, separar as técnicas das análises que acompanharam seu desenvolvimento poderia levar a interpretações errôneas de seus efeitos e a falsas conclusões sobre sua efetividade. Fulton (1982) afirma, finalmente, que a complexidade dos problemas humanos limita a possibilidade de desenvolvimento de pacotes de técnicas que possam ser utilizadas de forma generalizada no atendimento terapêutico.

No segundo nível, o nível metodológico, Meyer (1995) destaca a análise de contingências por meio da Análise Funcional<sup>2</sup> como aspecto fundamental para que o trabalho terapêutico seja considerado como de Análise do Comportamento. Banaco

---

<sup>2</sup> O termo Análise Funcional tem sido também alvo de discussão. Inúmeras definições podem ser encontradas na literatura, bem como o uso de diversos termos, como se fossem sinônimos de análise funcional – avaliação comportamental, análise de contingências, etc. (Cavalcante, 1999). Segundo Meyer (1995), o termo análise funcional refere-se a “*análises funcionais não experimentais, isto é, a*

(1999) também defende o uso da Análise Funcional<sup>3</sup> como necessário para o desenvolvimento de um trabalho terapêutico consistente com a análise do comportamento e aponta, entre outros riscos decorrentes do uso inadequado das técnicas comportamentais, o fenômeno conhecido na literatura psicológica como “substituição de sintomas”. Segundo esse autor, muitos terapeutas comportamentais partem de descrições meramente topográficas do problema do cliente (contidas em manuais psiquiátricos) e aplicam a técnica recomendada pela literatura específica para aquela topografia. Banaco (1999) afirma que a aplicação da técnica a partir de uma definição topográfica do problema geralmente desconsidera a função da resposta em questão na relação do cliente com seu ambiente. Uma técnica assim aplicada mudaria apenas a topografia da resposta, mantendo a relação funcional estabelecida entre o responder e o ambiente no qual o indivíduo está inserido, o que poderia levar ao desenvolvimento de novas respostas da mesma classe, tão ou mais prejudiciais que a resposta alvo da intervenção. Johnston, em 1991, já questionava a ênfase dada pela literatura de pesquisa aplicada ao que identificava como similaridades topográficas superficiais do comportamento. Este autor acusava que muitos dos “pesquisadores aplicados” recorriam à terminologia dos processos básicos de forma mais nominal (partindo da descrição topográfica) que experimentalmente funcional (baseada em relações funcionais experimentalmente demonstradas) para o entendimento do comportamento e aplicação de técnicas. A ênfase na topografia do comportamento, em detrimento da análise de

---

*identificação (ou tentativa) de variáveis dependentes [respostas do indivíduo] e independentes [variáveis ambientais] e de processos de interação em exemplos de comportamento humano” (p. 2).*

<sup>3</sup> Banaco (1999) caracteriza a análise funcional a partir do conceito de tríplice contingência. Para este autor, através da análise funcional, frente a determinada resposta do cliente, o terapeuta “*tenta descrever dentro de quais determinadas circunstâncias (A) o indivíduo responde daquela forma (R), e quais conseqüências se seguem a esta resposta, de forma a mantê-la (C)*” (p. 78).

relações resposta-consequência por parte do profissional que se declara analista do comportamento é também questionada por Cavalcante e Tourinho (1998), que afirmam:

A ênfase na topografia do comportamento deixa de ser adequada para uma análise funcional quando se constata que um mesmo padrão de resposta pode ser resultado de histórias diversas de interação e pode, ainda, ter funções adaptativas distintas (além disso, histórias semelhantes podem produzir padrões muito variados). (p. 143).

No nível conceitual, Meyer (1995) afirma que o conhecimento e 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 analítico comportamental. Conceitos 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. Meyer (1995) questionou o que considerava pouca ênfase dada pelos psicólogos analistas do comportamento à relação de sua prática com os conceitos da ciência do comportamento.

Esse mesmo tema foi objeto de um debate publicado no JABA (*Journal of Applied Behavior Analysis*), que envolveu diversos autores americanos (Baer, Iwata, Johnston, Mace, Morris, Redmon e Reid) no ano de 1991, quando Hayes (1991), respondendo a uma pergunta do editor (Geller, 1991) de por que as propostas da análise do comportamento para problemas humanos não haviam obtido reconhecimento e aceitação na sociedade americana, afirmou que o campo teria sido dominado pela tecnologia, sem a devida atenção ao desenvolvimento teórico.



O quarto nível de análise do trabalho do terapeuta analista do comportamento apresentado por Meyer - o nível filosófico - envolveria os pressupostos filosóficos do behaviorismo radical. Micheletto (1997) aponta como principais pressupostos filosóficos presentes na obra de Skinner: (1) O estabelecimento do comportamento como objeto de estudo; (2) a suposição de que o comportamento é determinado; (3) a defesa do estudo científico do comportamento nos moldes das ciências naturais; (4) o dado empírico como fonte de estudo; (5) o afastamento da metafísica do saber científico; (6) a proposta de previsão e controle. Considerando que a análise do comportamento foi constituída tendo como base o behaviorismo radical, seriam estes os supostos que deveriam guiar a prática clínica do terapeuta analítico comportamental.

Meyer (1995) defendeu, ainda, a interação destes quatro níveis de análise na prática da terapia e que os seguintes critérios seriam essenciais para uma abordagem consistente com os pressupostos da análise do comportamento:

(...) no nível metodológico a análise de contingências; no nível conceitual, o conhecimento e aplicação, mesmo que assistemática, dos princípios do comportamento; e no nível filosófico, pelo menos a rejeição ao mentalismo (p. 3).

### **Análise Funcional: dificuldades na sua aplicação**

A análise funcional é apontada por diversos autores (Hayes, 1991; Meyer, 1995, 1997b; Sturmey, 1996; Banaco, 1999) como a ferramenta básica de trabalho do analista do comportamento, especialmente no contexto terapêutico. Segundo Sturmey (1996), a análise funcional pode ser usada na clínica (1) ela própria como instrumento de

intervenção, ou (2) como um componente do tratamento ou, ainda, (3) pode ser utilizada para a análise que guiará o delineamento do tratamento.

Na prática de analistas do comportamento podemos observar formas de ação e, até mesmo, procedimentos decorrentes desses diferentes entendimentos (ou usos) do termo análise funcional. Muitos dos trabalhos publicados por terapeutas comportamentais enfatizam a descrição de relações funcionais para o cliente como fator que levaria à mudança comportamental (Delitti, 1997; Guilhardi e Queiroz, 1997; Meyer, 1997a). Outros autores, que também afirmam utilizar a análise funcional (Kohlenberg e Tsai, 1987; 1991 e Hayes e Wilson, 1994, Follette, Naugle e Callaghan, 1996), têm enfatizado as contingências da relação terapêutica e as conseqüências dispensadas pelo terapeuta ao responder do cliente na sessão como importante fator de mudança na terapia comportamental, em vez do uso da descrição de contingências - por meio de regras e conselhos - para o cliente.

Apesar da importância dada por muitos autores à análise funcional como ferramenta de análise e intervenção do terapeuta analista do comportamento, parece, como se viu, que o que vem sendo apontado como uma característica básica do trabalho é entendido de maneiras distintas na própria comunidade de analistas do comportamento, além de haver controvérsias quanto à sua fidedignidade e validação para uso na clínica.

Mesmo que se tome Análise Funcional como sendo o uso da relação de tríplice contingência - seja na descrição para o cliente de relações entre eventos conforme descrita por Banaco (1999), seja na identificação da função do responder do cliente para a intervenção segundo Follette, Naugle e Callaghan (1996) - há problemas importantes quando se avalia, deste ponto de vista, a prática do analista do comportamento em

terapia. Cavalcante e Tourinho (1998), baseados em um artigo de Hayes e Follette de 1992, apontaram alguns dos problemas metodológicos que envolvem o uso da Análise Funcional, nestes termos, por terapeutas comportamentais. Segundo os autores,

(...) não há regras partilhadas para as diversas etapas da intervenção. Não há consenso sobre o que levar em conta para a avaliação (e por isso o DSM [APA, 1994] tornou-se uma alternativa para os terapeutas comportamentais); não está claro até que ponto a literatura contemporânea da análise do comportamento (...) está sendo incorporada na análise das dificuldades dos clientes; não há clareza sobre quais regras foram seguidas pelo terapeuta comportamental numa intervenção particular; e não há medidas para avaliar se o tratamento direcionado pela análise funcional foi a melhor alternativa para o caso.(p. 144)

Entre as razões que explicariam a falta de consenso entre os analistas do comportamento, Meyer (1997b) aponta a própria obra de Skinner, na qual haveria poucas formulações explícitas sobre análise funcional ou sobre que eventos considerar numa contingência comportamental. Para ilustrar os problemas de explicitação, a autora destaca que o termo contingência comportamental pode ser definido em termos de (1) uma regra que especifica uma relação condicional entre uma resposta e suas conseqüências; (2) relações do tipo “se... então”; (3) relações de dependência entre eventos: no caso do operante, entre a resposta e o reforço; no caso do operante discriminado entre antecedente, resposta e conseqüente; numa discriminação condicional, entre uma condição ou estímulo modelo, um antecedente, resposta e conseqüência; ou, numa contingência de atraso do reforço, uma relação entre uma resposta, um intervalo de tempo e a conseqüência. Assim, diz Meyer, ainda que se tomasse a noção de contingência como central para uma análise funcional, seria

necessário especificar qual seria a unidade de análise - que elementos de uma relação de contingência deveriam ou não ser contemplados por uma análise funcional.

As questões que envolvem a noção de contingência complicam-se ainda mais, segundo Meyer (1997b), quando se trata de analisar operantes complexos que envolvem múltiplas contingências operando em diferentes combinações - simultânea e/ou sucessivamente - dificultando a identificação da classe de eventos antecedentes e conseqüentes envolvidos no problema-queixa.

Problemas como esses têm levado, segundo Haynes e O'Brien (1990) a um desacordo a respeito da definição de análise funcional, bem como de seus supostos subjacentes, seu domínio e sua utilidade, o que impediria a comunicação entre analistas do comportamento sobre as características da análise funcional e seu papel na terapia comportamental. A inespecificidade envolvida na definição de uma relação de contingência, bem como a difícil aplicabilidade da análise funcional fariam, por seu turno, com que a descrição de contingências que o terapeuta utiliza o fosse em grande parte, modelada pelas contingências da prática clínica (Meyer, 1997b), o que implicaria na diversidade e pouca especificidade de sua definição / caracterização.

A complexidade da própria situação de terapia - cada cliente apresenta um repertório de comportamentos que é único, com uma história de reforçamento única, e à qual o terapeuta não tem acesso em boa parte - e a dificuldade das questões teóricas que o terapeuta tem que enfrentar, tornariam, de princípio, muito difícil atingir os critérios estabelecidos para que uma terapia pudesse ser caracterizada, sem nenhuma ressalva, como analítico comportamental. Mesmo que se tomasse como critério quase único para caracterizar a praticado analista do comportamento sua prática de fazer análise funcional, ou mesmo análise de contingências, essa dificuldade se manteria.

### **Ecletismo: uma alternativa a ser evitada.**

Frente à multiplicidade de variáveis envolvidas no caso clínico e à inespecificidade do seu principal instrumento de trabalho – a análise funcional – e deparando-se com problemas que envolvem repertórios de comportamento altamente complexos, é comum o terapeuta lançar mão de recursos advindos de outras teorias, ou mesmo da própria experiência, de forma a lidar com o problema imediato que a ele se apresenta. Wilson e Evans (1983), realizaram um estudo sobre operacionalização do comportamento-alvo na clínica, no qual 118 terapeutas associados à AABT (*American Association of Behavior Therapy*) receberam por escrito a descrição de três casos fictícios relacionados a desordens da infância. Entre os resultados obtidos, os pesquisadores verificaram que 80% dos participantes atribuíram status de causa a eventos internos, tais como timidez. Além disto, foram encontradas, entre os participantes, referências a processos intrapsíquicos tais como “hostilidade internalizada”. Este tipo de resultado levaria, entre outras conclusões, ao questionamento dos procedimentos utilizados até então para a formação de analistas do comportamento.

Guilhardi (1995) comenta que respostas insatisfatórias à questão da transposição do conhecimento teórico para a prática clínica teriam levado um importante contingente de estudiosos a abandonar a proposta comportamental para a atuação clínica. Segundo o autor, Skinner teria desenvolvido uma ampla teoria a respeito do comportamento humano complexo e dos seus processos de interação, no entanto,

(...) não se propôs, e não fez incursões sistemáticas, pelo universo clínico, não fornecendo, portanto, um modelo teórico-experimental diretamente voltado à prática clínica. Sua proposta é abrangente e inclui a atuação

terapêutica, se assim se desejar, de forma que a transposição das análises skinnerianas para o contexto terapêutico ficou como uma tarefa a ser desenvolvida por aqueles diretamente interessados nesse desafio. (Guilhardi, 1995, p. 257)

Por esta razão, aponta o autor, tem crescido entre os terapeutas comportamentais a preocupação com o ecletismo, mesclando-se linguagens, conceitos e objetivos de diferentes linhas teóricas. Essa tendência, segundo Guilhardi, é perigosa, equivocada e deve ser evitada:

Sua [do terapeuta] dificuldade (devido a treinamento terapêutico inadequado e embasamento teórico deficiente) em encontrar, dentro do seu próprio modelo conceitual, respostas para lidar com fenômenos psicológicos internos, deixam-no [ao terapeuta] desamparado para manejar concretamente boa parte do material clínico trazido pelos clientes. A busca de alternativas em outras propostas teóricas parece ser um comportamento do tipo fuga-esquiva em que se engaja o terapeuta, diante da situação aversiva de ter que lidar com as pressões práticas, por parte do cliente, e conceituais, por parte da comunidade profissional (Guilhardi, 1995, p.258).

Considerando-se que muitos profissionais, a despeito de toda a problemática relacionada ao conceito e aplicação da análise funcional, exercitam a prática clínica a partir da análise do comportamento – autodenominando-se analistas do comportamento – caberia investigar como se caracteriza essa prática e em que medida ela se relaciona ao modelo conceitual fornecido pela análise do comportamento.

### **O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): Diferenças entre os Modelos Diagnóstico/Topográfico e Funcional/Comportamental.**

A problemática relativa à ênfase em aspectos topográficos do comportamento, em contraposição à noção de análise funcional encontra nos problemas psiquiátricos

uma de suas maiores fontes de controvérsia. Os modelos vigentes de diagnóstico psiquiátrico (DSM, CID) estabelecem critérios diagnósticos para os chamados transtornos psiquiátricos de acordo com a topografia de respostas apresentada pelos pacientes. A partir desta classificação topográfica é que são estabelecidos o prognóstico e a terapêutica. Este modelo é chamado quase-médico, já que não há uma especificação etiológica da doença, da qual se diz que os sintomas são manifestação (Cavalcante e Tourinho, 1998).

Apesar disto, os manuais de classificação diagnóstica psiquiátrica, que têm categorias diagnósticas construídas com base no modelo topográfico, oferecem importantes contribuições para o trabalho do terapeuta comportamental. As descrições dos diversos transtornos psiquiátricos, tal como apresentadas nestes manuais, permitem, entre outras vantagens, a padronização na identificação dos problemas, a troca de informações entre os profissionais, guiam a pesquisa – embora pesquisas que partem deste tipo de descrição tenham sido predominantemente estatísticas e enfatizem aspectos que pouco contribuem para uma análise individual - e permitem a predição e o desenvolvimento de algumas estratégias de tratamento (Cavalcante e Tourinho, 1998), já que especificam a resposta-queixa e algumas das instâncias nas quais ela pode ocorrer. Até mesmo algumas estratégias para tratamento de problemas específicos segundo a descrição/caracterização psiquiátrica, utilizadas por terapeutas analistas do comportamento, foram desenvolvidas com base nestes critérios.

Uma das categorias diagnósticas de maior prevalência na população (1 a 3%, segundo Del Porto, 1996) é o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). O TOC é um transtorno que se caracteriza por obsessões e compulsões (APA, 1994). Obsessões são, de acordo com a caracterização dos manuais de psiquiatria, pensamentos, idéias ou

imagens (visuais ou auditivas), recorrentes e persistentes, que são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento. A pessoa tenta ignorar ou suprimir estas obsessões ou neutralizá-las com algum outro pensamento ou ação e, quando obtém sucesso, esse sucesso é apenas transitório (APA, 1994). Compulsões são comportamentos (abertos ou encobertos) repetitivos, que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão. A compulsão pode ou não ser realizada de forma preestabelecida (estereotipada), e em geral tem a função de prevenir a ocorrência de evento com conotação ameaçadora ou de fuga/esquiva de estímulo ou obsessão incômodos. Após o ato compulsivo, o paciente experimenta, em geral, alívio temporário da ansiedade (APA, 1994).

Nos últimos anos, a efetividade das terapias comportamental<sup>4</sup> e cognitiva no tratamento de problemas relacionados aos TOC vem sendo comprovada por diversos estudos (por exemplo, Marks, 1987; Marks, Lelliot, Basoglu, Noshirvani, Monteiro, Cohen & Kasvikis, 1988; Schwartz, 1998; Hohagen, Winkelmann, Rasse-Ruchle, Hand, Konig, Munchau, Hiss, Geiber-Kabisch, Kappler, Rey, Schramm, Aldenhoff & Berger, 1998; O'Connor, Todorov, Robillard, Borgeat & Brault, 1999). Por esta razão, grande parte da literatura psiquiátrica reconhece, hoje, as terapias comportamental e cognitiva (ao lado do tratamento farmacológico) como as abordagens psicológicas mais eficazes no tratamento do TOC (Bouvard, 1995; March, 1995; March & Leonard, 1996; Greist, 1998; Goodman, 1999).

---

<sup>4</sup> Vale lembrar que, em grande parte da literatura entende-se terapia comportamental como estritamente a aplicação de um determinado procedimento – no caso o procedimento de exposição com prevenção de respostas.



O procedimento de “exposição com prevenção de respostas” é a estratégia mais utilizada para o tratamento deste tipo de problema por terapeutas comportamentais e consiste, segundo Riggs & Foa (1999), de:

Exposições prolongadas (45 min a 2 H) e repetidas dos pacientes às situações que provocam desconforto e instruções para absterem-se da ritualização durante o programa terapêutico, independentemente da força dos impulsos para fazê-la. As exposições geralmente são graduais, de modo que os estímulos que produzem sofrimento moderado são enfrentados antes daqueles mais perturbadores, e as sessões terapêuticas incluem, tipicamente, tanto os exercícios de exposição imaginária, como os de exposição real (ao vivo), aos indícios ligados à ameaça. Os pacientes são instruídos a engajar-se em exercícios de exposição adicionais, entre as sessões terapêuticas. (p. 226)

O critério para a escolha do procedimento de exposição com prevenção de respostas geralmente é o diagnóstico psiquiátrico e o procedimento é, em geral, aplicado de forma padronizada. Este tipo de critério, no entanto, por razões já discutidas aqui, é incompatível com a noção de análise de contingências, bem com o é a aplicação padronizada do procedimento.

A própria descrição do fenômeno contida na nomenclatura psiquiátrica apresenta incompatibilidades com a conceituação da análise do comportamento. O primeiro problema diz respeito ao status causal atribuído à obsessão e à ansiedade na determinação da resposta aberta (compulsão). De acordo com o behaviorismo radical, obsessões e ansiedade são eventos comportamentais (abertos ou privados) e, como tal, não poderiam ser caracterizados como agentes causadores, tomados aqui como causa iniciadora de respostas abertas. O behaviorismo radical adota um modelo externalista de análise e busca nas variáveis ambientais externas as condições responsáveis pela instalação e manutenção do comportamento (Tourinho, 1997).

Um segundo problema decorre da classificação topográfica contida nos manuais de psiquiatria e na conseqüente aplicação de procedimentos padronizados para o tratamento de categorias diagnósticas específicas. A análise do comportamento parte de um modelo funcional para a compreensão do problema-queixa e estabelecimento de estratégias terapêuticas. Desta forma, o problema apresentado pelo cliente deveria ser entendido de acordo com as relações ambientais, e a topografia das respostas apresentadas ocuparia um lugar secundário na análise (Cavalcante e Tourinho, 1998). O terapeuta analista do comportamento deveria investigar as possíveis conseqüências ambientais que manteriam uma classe de respostas e não apenas dar atenção ao aspecto topográfico. A adoção de técnicas padronizadas para o tratamento de transtornos psiquiátricos, sem uma análise das outras relações funcionais possíveis caracterizaria-se como uma atuação incoerente com os pressupostos do behaviorismo radical. Esta questão é discutida por Queiroz, Motta, Madi, Sossai e Boren (1981):

(...) nós não encontramos um único tratamento que possa ser aplicado com sucesso baseado no diagnóstico de 'neurose obsessivo-compulsiva'. Este resultado é uma expectativa lógica de uma análise funcional. Por outro lado, os procedimentos terapêuticos que temos avaliado como mais úteis são baseados em um esforço deliberado de identificar as variáveis mantenedoras de cada problema de comportamento. (...) Para nós, a questão tem sido que variáveis independentes (tratamento terapêutico) são requeridas para mudar um problema específico de comportamento (obsessão) dependendo das variáveis de controle. Nossa ênfase é nas variáveis e no comportamento, e não na personalidade obsessivo-compulsiva ou no transtorno obsessivo-compulsivo. (p. 378)

Um terceiro problema da classificação psiquiátrica é o fato de que ao apresentar o transtorno obsessivo-compulsivo como envolvendo dois eventos (obsessão e compulsão), com o primeiro termo necessariamente interno e considerado causa iniciadora da compulsão (sendo este último o único elo da cadeia caracterizado como

comportamento), está implícita a suposição de que o fenômeno é composto de dois eventos de naturezas diferentes. Esta suposição torna difícil para um analista do comportamento trabalhar tendo como base este tipo de classificação, mesmo que se pretenda "traduzi-la" em termos comportamentais.

Alguns autores, tais como Salkovskis e Kirk (1997) e Yaryura-Tobias e Neziroglu (1997), na tentativa de realizar uma análise funcional do comportamento obsessivo-compulsivo, apresentam-no como um comportamento de esquiva. A resposta compulsiva, segundo este modelo, seria mantida por eliminar a ansiedade, eliciada pela obsessão, ou por estímulos aversivos que desencadeariam obsessões.

Por exemplo, para Salkovskis e Kirk (1997) as características centrais do problema obsessivo-compulsivo seriam : a) evitação<sup>5</sup> de objetos ou situações que desencadeiam obsessões - os autores defendem que toda obsessão seria desencadeada por estímulos ambientais; b) obsessões; e c) comportamentos compulsivos e/ou rituais encobertos.

Os comportamentos compulsivos ou rituais e as respostas de evitação seriam respostas de fuga-esquiva à estimulação aversiva gerada pela obsessão e pela ansiedade e a proposta de tratamento teria como foco esta resposta de esquiva. Para tanto, o procedimento de exposição com prevenção de respostas seria a principal estratégia de intervenção (Salkovskis & Kirk, 1997).

De acordo com esta análise, um evento público (estímulo aversivo ou estímulo pré-aversivo) desencadeia um evento privado (obsessão), que desencadeia um outro evento privado (sofrimento, ansiedade, repugnância...) e o paciente então executa uma

---

<sup>5</sup> “Evitação” aqui não está sendo utilizado como sinônimo de esquiva, apenas descreve que o cliente evita “entrar em contato com”.

resposta aberta ou encoberta (compulsão) para eliminar (supostamente) a estimulação aversiva gerada por estes estímulos públicos e privados. Para o behaviorismo radical, de fato, uma resposta encoberta (obsessão) pode ser desencadeada por um estímulo público (estímulo aversivo ou pré-aversivo). Esta mesma resposta encoberta pode ser estímulo eliciador de respostas emocionais (ansiedade) e/ou estímulo discriminativo para respostas abertas ou encobertas (compulsões). Da mesma forma, se a resposta compulsiva levar à eliminação da estimulação aversiva, esta mesma resposta tenderia a aumentar de frequência, caracterizando uma contingência de reforçamento negativo (Moore, 1984).

No entanto, o problema com esse tipo de análise é que se dá uma atenção privilegiada e quase exclusiva a variáveis de natureza encoberta (ansiedade, obsessões), a despeito de outras variáveis ambientais importantes (Zamignani, 2000), além de ter como foco apenas o aspecto de fuga/esquiva (da estimulação aversiva) do comportamento obsessivo-compulsivo. A análise também não considera que, além da consequência de eliminação da estimulação aversiva, outras consequências podem exercer controle operante sobre a resposta chamada de compulsiva ou mesmo sobre toda a cadeia de comportamentos - a obsessão, a ansiedade e a resposta de esquiva - agindo na sua seleção e manutenção. Como exemplo disso, podemos citar um profissional que por apresentar um comportamento compulsivo de “hiper-responsabilidade”, tenha um desempenho profissional superior, ou uma criança que, em função de seu comportamento “estranho”, receba maior atenção dos pais, ou ainda uma pessoa que, em função de seu problema, venha a ser afastada do trabalho com o qual está insatisfeita. Considerando-se que a resposta aberta – compulsão – pode ocorrer sob controle dessas outras consequências, ela pode inclusive prescindir do seu componente

encoberto - ansiedade, medo, obsessão etc. – para ser emitida e selecionada (Zamignani, 2000).

Além disso, ao longo do tempo, o controle operante exercido pelos eventos antecedentes e conseqüentes pode ser transferido para outros estímulos por meio de generalização de estímulos ou formação de classes de estímulos equivalentes (Zamignani, 2000). Com o passar do tempo, devido à exposição a diferentes conseqüências, bem como ao pareamento dos antecedentes e conseqüentes da resposta com outros estímulos, a resposta compulsiva poderia não ter quase que mais nenhuma conexão com a contingência original de esquiva (Skinner, 1953/1993).

Nesta direção, o trabalho de Guedes (1997a) aponta para algumas variáveis familiares que poderiam agir sobre o comportamento obsessivo-compulsivo. Essa autora pesquisou o envolvimento da família em casos de pacientes com diagnóstico de TOC, mostrando que a família age com estes pacientes de forma inconsistente, ora participando do ritual juntamente com o paciente, ora antecipando o ritual, ora ignorando ou mesmo punindo a sua realização. Guedes (1997a) aponta que este tipo de padrão da família tende a manter o comportamento obsessivo-compulsivo. A atenção às variáveis familiares no tratamento do TOC é também defendida por Shaffran, Ralph e Tallis (1995) e Pollock e Carter (1999), e o papel de outras variáveis sociais na manutenção do quadro é também defendido por Silverman (1977) e Munford, Hand e Liberman (1994).

Vermes (2000) realizou um levantamento de artigos que se referiam ao tratamento de transtorno obsessivo-compulsivo em artigos dos periódicos “*Behavior Therapy*”, “*Behaviour Research & Therapy*” e “*Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*” e encontrou que a grande maioria das publicações relacionadas dá pouca ou

nenhuma atenção às variáveis sociais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. Esse resultado indicaria que, apesar de alguns estudos apontarem a importância de variáveis sociais na instalação e na manutenção do quadro obsessivo-compulsivo, a literatura em geral parece ter desconsiderado esse aspecto. Tendo em vista que a formação de profissionais baseia-se em grande parte na literatura disponível, pode-se supor que a formação do profissional clínico analista do comportamento tem sido falha, ao menos neste aspecto.

### **A queixa obsessivo-compulsiva na clínica.**

Devido a questões como essas, envolvidas na prática do analista do comportamento, mais especificamente na situação de terapia e, mais especialmente ainda, na análise e no tratamento de distúrbios ditos psiquiátricos, é possível que o terapeuta analítico comportamental encontre dificuldade para desenvolver o seu trabalho de forma coerente com os pressupostos teóricos da análise do comportamento especialmente ao atender clientes com este tipo de queixa. A utilização de critérios diagnósticos topográficos para a identificação do problema, bem como a utilização de técnicas padronizadas para seu tratamento não são recursos adequados a uma prática que enfatiza o caráter idiossincrático do responder de cada cliente e, conseqüentemente, da análise de contingências a ser desenvolvida. O instrumento que permitiria o acesso às variáveis outras que não apenas a topografia da resposta – a análise funcional – implica em todas as dificuldades e imprecisões já discutidas. Por último, a própria definição dos quadros é, em si, incoerente com os preceitos teóricos da análise do comportamento por partir de pressupostos dualistas.

Apesar de todas estas dificuldades, analistas do comportamento são solicitados a atenderem clientes com queixas psiquiátricas e, especificamente, com diagnóstico de TOC. Uma caracterização das interações verbais entre terapeutas e clientes, entendidas como descritivas do(s) tipo(s) de atendimento que vêm sendo desenvolvidos por analistas do comportamento na prática clínica e, especialmente, no caso de clientes com diagnóstico psiquiátrico de TOC, pode lançar luz sobre alguns aspectos até então pouco conhecidos – ou pouco compartilhados – da prática clínica.

O presente trabalho teve como objetivo caracterizar a prática verbal / vocal do terapeuta analista do comportamento em diferentes condições de atendimento. Para tanto, comparamos o desempenho do mesmo terapeuta no atendimento a um cliente diagnosticado como portador de Transtorno obsessivo-compulsivo com o atendimento a um cliente cuja queixa não envolvia este diagnóstico psiquiátrico. Através deste trabalho, pretendíamos identificar elementos necessários à formação do terapeuta para uma atuação consistente com os pressupostos do behaviorismo radical.

### **Alternativas Metodológicas para a Pesquisa em Prática Clínica**

Nos últimos anos, alguns autores têm enfatizado as contingências da relação terapêutica como importante fator de mudança na terapia comportamental. Haccoun & Lavigne (1979) investigaram o efeito do tempo de experiência do terapeuta e do tipo de emoção relatada pelo cliente no comportamento do terapeuta. Outros trabalhos investigaram características do terapeuta e do cliente que poderiam ser fatores de predição de resultado do tratamento (Schaffer, 1982; Schaffer, 1983; Talley, Strupp & Morey, 1990; Quintana & Holahan, 1992). Miller, Benefield e Tonigan (1993) compararam dois terapeutas com dois estilos de atendimento diferentes com relação ao

resultado do tratamento de pessoas com alcoolismo. Em busca de identificar possíveis variáveis presentes na relação terapêutica que poderiam ser determinantes do resultado da terapia, algumas pesquisas desenvolvidas por pesquisadores de outras abordagens terapêuticas, procuraram investigar aspectos do comportamento do cliente e seu efeito sobre o comportamento do terapeuta, utilizando o método de dependência seqüencial (por ex: Bischoff & Tracey, 1995; Wiseman & Rice, 1989).

Recentemente, pesquisadores brasileiros passaram a estudar o processo clínico e de supervisão clínica com o objetivo de identificar variáveis relevantes para a descrição do processo terapêutico, utilizando a análise do comportamento verbal do terapeuta, cliente ou supervisor, obtido através de registros em áudio e/ou vídeo das sessões terapêuticas e/ou de supervisão ou de relato verbal.

Wielenska (1989), estudando o processo de supervisão clínica, utilizou a análise de cadeias de verbalizações do terapeuta para analisar o comportamento do terapeuta. Outros estudos partiram da gravação das sessões em vídeo e utilizaram o procedimento de Wielenska (1989) e a categorização de verbalizações do terapeuta para identificar possíveis variáveis encobertas que controlariam o comportamento do terapeuta (Zamignani, 1995 e Kovac, 1995). A gravação das sessões em vídeo e a categorização de verbalizações foram utilizadas também por Margotto (1998) para estudar as mudanças observadas no curso da sessão terapêutica e por Martins (1999) para estudar as falas a respeito de eventos privados na sessão terapêutica.

Os trabalhos citados têm como principal característica a tentativa de desenvolvimento de procedimentos e métodos para o tratamento de interações verbais, utilizando a categorização de verbalizações de terapeuta e cliente e/ou da análise de seqüências de verbalizações para o estudo de questões relevantes presentes na relação



terapêutica. Os resultados obtidos têm lançado luz sobre questões teóricas e metodológicas importantes para o entendimento do processo terapêutico, entre as quais se destacam: a classificação de verbalizações do terapeuta e cliente como forma de organização do registro do comportamento vocal para análise (Margotto, 1998, Zamignani, 1995; Kovac, 1995; Martins 1999); a análise de seqüências de verbalizações como forma de identificar a função de comportamentos relevantes do terapeuta, do cliente ou do supervisor (Wielenska, 1989; Margotto, 1998; Bischoff & Tracey, 1995; Wiseman & Rice, 1989); a teoria e as regras de atendimento como possíveis fatores determinantes da tomada de decisão do terapeuta (Zamignani, 1995; Kovac, 1995; Margotto, 1998); o processo de estabelecimento de relações causais por parte do terapeuta sobre o comportamento do cliente como um dos principais focos da terapia (Margotto, 1998); possíveis funções dos eventos privados na terapia comportamental (Martins, 1999).

Através do presente trabalho, pretendeu-se realizar uma caracterização inicial do trabalho do terapeuta analista do comportamento. Para isso, foram categorizadas e analisadas verbalizações de terapeutas e clientes em duas situações distintas: relações terapêuticas que envolveram queixas relacionadas a transtorno obsessivo-compulsivo e relações nas quais esse tipo de queixa não era apresentado.

A escolha dessas situações para análise teve como pressuposto o fato de que as descrições do fenômeno obsessivo-compulsivo pela literatura especializada, bem como as propostas de tratamento vigentes – ambas incompatíveis com os pressupostos teóricos da análise do comportamento – poderiam ser variáveis controladoras do comportamento do terapeuta quando atendia clientes com diagnóstico de TOC que dificultariam o desenvolvimento de uma prática consistente com os pressupostos da

análise do comportamento. Também foi suposição deste trabalho que boa parte da relação terapêutica se dá por meio da interação verbal / vocal<sup>6</sup> entre terapeuta e cliente, e que a caracterização desta interação forneceria contribuições para a compreensão não apenas do processo terapêutico, mas também das interações verbais em outros contextos.

Finalmente, este trabalho foi conduzido tomando-se como suposto a definição de Skinner sobre comportamento verbal (1957/1992a). Esta definição assume que o comportamento verbal “*é efetivo somente através da mediação de outra pessoa*” (1957/1992, p.2), e que, portanto, envolve necessariamente a interação entre um falante e ouvinte (ainda que na mesma pele). Além disso, assume que comportamento verbal é um operante – selecionado e mantido pelas suas conseqüências (Skinner, 1957/1992a). Apesar disto, não se tentou qualquer classificação em termos de operantes verbais (Skinner, 1957/1992a) por se tratar ainda de um trabalho que pretendeu iniciar uma análise e uma categorização de interações verbais na situação de terapia.

---

<sup>6</sup> Sabe-se que comportamento verbal não se confunde e não se resume a seu componente vocal. No entanto, ba parte do comportamento verbal cotidiano é vocal. Neste trabalho considerou-se, por razões técnicas, apenas respostas vocais - de clientes e terapeutas. Para facilitar a redação (e a leitura) freqüentemente se utiliza o termo verbal sem qualquer referência a esta restrição.

## MÉTODO

### **Participantes**

Foram participantes deste trabalho (a) dois terapeutas autodenominados analistas do comportamento, cada um deles atendendo dois clientes com diferentes queixas: um cliente diagnosticado por um médico psiquiatra como portador de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e um cliente cuja queixa não envolvia diagnóstico de TOC<sup>7</sup>. Os clientes atendidos pelo terapeuta A estavam há mais de um ano em atendimento, enquanto os clientes do terapeuta B estavam nas sessões iniciais.

Clientes e terapeutas deram seus consentimentos por escrito (conforme termos de consentimento constantes no Anexo 1), depois de informados sobre o trabalho, para a gravação das sessões e posterior utilização das transcrições<sup>8</sup>.

O participante denominado Terapeuta A (TA) era psicólogo, autodenominado analista do comportamento, do sexo feminino, com aproximadamente 30 anos e três anos de experiência clínica no momento da coleta de dados.

O Terapeuta B (TB), também era psicólogo, autodenominado analista do comportamento, do sexo masculino, com aproximadamente 30 anos e dois anos de experiência clínica no momento da coleta de dados.

O participante chamado de Cliente “não TOC” do terapeuta A – CAN - era uma mulher de 46 anos, viúva. O participante chamado de Cliente “com TOC”, do terapeuta

---

<sup>7</sup> Para fins de facilitação da redação, ao longo desse trabalho os clientes com e sem diagnóstico de TOC poderão ser identificados ora como “com TOC” e “sem TOC”, ora como “TOC” e “não TOC”.

<sup>8</sup> Uma cópia do projeto foi encaminhada para a avaliação do comitê de ética da PUC-SP, que aprovou a continuidade do projeto.

A – CAT - também era uma mulher, de 50 anos, casada pela 2ª vez. O Cliente “sem TOC” do terapeuta B – CBN - era um homem de 33 anos, solteiro. A cliente “com TOC” do terapeuta B – CBT - era mulher, de 23 anos, solteira. Os dados referentes ao histórico de cada um dos clientes encontram-se no Anexo 2.

### **Material**

Foram utilizados um gravador de áudio para gravação das sessões e um toca-fitas para a transcrição dos dados da sessão, com exceção das sessões com o terapeuta A e o Cliente "sem TOC". Nestas sessões foi utilizada uma câmera VCR para o registro das sessões em áudio e vídeo e um reproduutor de vídeo-cassete e um aparelho de TV para a transcrição dos dados.

Para a transcrição e análise dos dados foi utilizado um computador equipado com o software *Etnograph 5.0*.

O material com o qual se trabalhou foi a transcrição de sessões de atendimento terapêutico individual.

As sessões com o terapeuta A e o cliente “sem TOC” (TAN) e todas as sessões do terapeuta B foram gravadas nas salas de atendimento da clínica-escola das respectivas faculdades às quais os terapeutas estavam filiados. Já as sessões do terapeuta A com a cliente “com TOC” foram gravadas na casa da cliente ou em outros ambientes variados (rua, carro, lojas, bares etc.) devido às atividades terapêuticas serem propostas nesses ambientes.

### **Procedimento:**

a) Procedimento de coleta de dados:

Foram gravadas cinco ou mais sessões de cada dupla terapeuta - cliente. O critério de seleção das sessões a serem analisadas com o terapeuta A foi a existência de uma seqüência de pelo menos cinco sessões ocorridas consecutivamente. Já a gravação das sessões do terapeuta B se deu desde a primeira sessão de entrevista. As sessões ocorreram com intervalo de uma semana cada uma, com exceção das sessões do terapeuta A com o cliente “TOC” (Sessões TAT), que ocorriam três vezes por semana. Foram selecionadas para análise quatro sessões consecutivas, com exceção do cliente com TOC do terapeuta B (sessões TBT), do qual foram selecionadas cinco sessões. Neste caso, uma quinta sessão foi analisada por causa da ocorrência de duas sessões anteriores muito curtas (menos que 20 minutos). Ao todo, portanto, foram utilizadas as gravações de 17 sessões de terapia. Todas as sessões foram então transcritas.

b) Preparação do material para análise:

Todas as transcrições foram revistas pelo pesquisador, omitindo-se os dados identificatórios dos participantes – informações que poderiam identificar os sujeitos foram substituídas por sua descrição entre parênteses (p. ex: faculdade).

Cada transcrição de sessão foi identificada de acordo com os participantes (terapeuta e cliente) e a seqüência de ocorrência. As sessões foram identificadas de acordo com a seqüência em que ocorreram e os seus participantes: assim, por exemplo, a primeira sessão com o terapeuta A e o cliente sem diagnóstico de TOC (“não TOC”) foi identificada como S1 TAN, a segunda como S2 TAN etc.

Em todas as sessões foram identificadas verbalizações nas quais o terapeuta era o falante e verbalizações nas quais o cliente era o falante. Considerou-se uma verbalização tudo o que um participante dizia entre as falas do outro participante, independentemente do número de períodos gramaticais. Também foram identificadas verbalizações de outros participantes quando estes participaram da(s) sessão(ões).

As transcrições foram então formatadas para uso no software *Etnograph* e inseridas no software. Com o uso do *Etnograph*, as linhas das transcrições foram numeradas e preparadas para a inserção das categorias de registro.

#### c) Preparação para Categorização:

Inicialmente foram propostas 23 categorias para sistematização do comportamento vocal do terapeuta e 16 categorias para o comportamento do cliente, baseadas na categorização proposta por Margotto (1998). As categorias foram testadas classificando-se a transcrição da sessão 3 do terapeuta T1 com o cliente “sem TOC” (S3 TAN).

Para esta categorização o pesquisador efetuava a leitura da transcrição diretamente na tela do computador, utilizando o *software Etnograph* e, quando identificava um segmento de verbalização do terapeuta ou cliente como pertencente a uma categoria, este segmento era categorizado via *software*, conforme a categoria proposta.

Terminada a categorização da sessão, concluiu-se que havia problemas nas categorias e um novo conjunto de categorias foi definido e proposto. Uma vez reformuladas, as categorias foram novamente testadas, sendo utilizada a mesma sessão S3 TAN.

Foi realizado também um teste preliminar de fidedignidade da categorização, com um registro feito independentemente por um outro pesquisador treinado para a utilização das categorias. Nesta ocasião, a divisão das verbalizações dos participantes em segmentos a serem categorizados foi feita previamente pelo pesquisador, fazendo-se o teste de fidedignidade apenas com relação à categorização dos segmentos já identificados. Para o cálculo da fidedignidade foi utilizada a fórmula:

$$F = \frac{(\text{N}^\circ \text{ de segmentos corretamente categorizados} \times 100)}{\text{N}^\circ \text{ total de segmentos categorizados}}$$

A fidedignidade obtida foi de 82,1%. No entanto, o teste permitiu a identificação de categorias com definição imprecisa. As categorias foram então novamente revistas.

Com este procedimento foram criadas 12 (doze) categorias de registro do comportamento vocal do terapeuta e 14 (quatorze) categorias de registro do comportamento vocal do cliente..

#### d) Categorias de registro

Na proposta final de categorização, as verbalizações que diziam respeito ao comportamento do cliente, para algumas categorias, foram subdivididas em verbalizações relacionadas à queixa e verbalizações relacionadas a eventos diversos, que eram verbalizações que não diziam respeito a eventos diretamente relacionados à queixa do cliente. Como cada cliente apresentava problemas bastante diferentes, o “comportamento-queixa” foi definido a partir do problema específico apresentado como queixa por cada um. Os critérios utilizados para caracterizar as verbalizações como se referindo à queixa de cada cliente foram:

Verbalizações relacionadas à queixa: Cliente “sem TOC” do terapeuta A (Sessões

TAN): (1) Relatos de desconforto físico, como descontentamento, desprazer ou dor relacionados aos sintomas físicos - estímulos interoceptivos ou proprioceptivos - incluindo-se a descrição de procedimentos médicos relacionados; (2) eventos relacionados à queixa de depressão, tais como insônia ou hipersonia, desânimo, tristeza, autodepreciação, dificuldades em iniciar respostas, ou relatos de depressão propriamente dita; (3) relatos de sentimento de descontentamento, desprazer, ressentimento, mágoa, ofensa ou dor, relacionados a eventos diversos, que incluíam o comportamento de terceiros ou eventos ambientais diversos.

Verbalizações relacionadas à queixa: Cliente “com TOC” do terapeuta A (Sessões

TAT): (1) descrição ou esclarecimento a respeito de eventos relacionados ao comportamento obsessivo-compulsivo, tais como antecedentes médicos, respostas relacionadas ao TOC, eventos desencadeantes, ansiedade etc.; (2) relatos de sentimento de descontentamento, desprazer, ressentimento, mágoa, ofensa ou dor, relacionados a eventos diversos, que incluíam o comportamento de terceiros ou eventos ambientais diversos.

Verbalizações relacionadas à queixa: Cliente “sem TOC” do terapeuta B (Sessões

TBN): (1) descrição de eventos relacionados à contaminação por HIV, tais como antecedentes médicos, tratamento, aspectos biológicos, respostas do cliente com relação ao tratamento, ou ao fato de estar contaminado, eventos ambientais desencadeados pelo fato de ser soropositivo e respostas do cliente com relação a esses eventos; (2) eventos



relacionados à queixa de depressão, tais como insônia ou hipersonia, desânimo, tristeza, autodepreciação, dificuldade em iniciar atividades ou depressão propriamente dita; (3). relatos de sentimento de descontentamento, desprazer, ressentimento, mágoa, ofensa ou dor, relacionados a eventos diversos, que incluíam o comportamento de terceiros ou eventos ambientais diversos.

Verbalizações relacionadas à queixa: Cliente com diagnóstico de TOC do terapeuta B (Sessões TBT): (1) descrição ou esclarecimento a respeito de eventos relacionados ao comportamento obsessivo-compulsivo, tais como antecedentes médicos, respostas relacionadas ao TOC, eventos desencadeantes, ansiedade, etc.; (2). relatos de sentimento de descontentamento, desprazer, ressentimento, mágoa, ofensa ou dor, relacionados a eventos diversos, que incluíam o comportamento de terceiros ou eventos ambientais diversos.

As categorias de registro do comportamento vocal do terapeuta foram, então, definidas como segue:

**Terapeuta Descreve:** Verbalizações nas quais o terapeuta relatava ou informava o cliente sobre eventos ou sobre aspectos relativos a eventos, estabelecendo ou não relações causais ou explicativas entre eles, com ou sem a solicitação do cliente. Esta categoria foi subdividida em três sub-categorias: Terapeuta Descreve Queixa, Terapeuta Descreve Eventos Diversos e Terapeuta Explica.

**Terapeuta descreve eventos relacionados à queixa - TDESQUE:** Verbalizações nas quais o terapeuta descrevia eventos relacionados à queixa do cliente, sem estabelecer relações funcionais ou explicativas. Exemplo:

- *Quer dizer que seu cabelo está todo cheio de chã...de contato com o chã?* (após cliente contar que deitou no chã na aula de biodança - Cliente CAT)
- *Tava falando desse teu jeito de se relacionar. Meio que de, se afastar.E, aí você foi contando de porquê que quer dizer: não é, esse teu jeito mais quieto, mais recolhido, mais na sua, não é de sempre...* (a respeito de relato do cliente de que está se afastando das pessoas – cliente CBN)

**Terapeuta descreve eventos diversos – TDESDIV:** Verbalizações nas quais o terapeuta descrevia eventos diversos não relacionados ao comportamento-queixa do cliente ou aspectos relativos à relação terapêutica sem estabelecer relações funcionais ou explicativas. Inclui respostas do cliente ou de terceiros em eventos tais como lazer, familiares, trabalho, estudo, relacionamento afetivo etc., quando estes não estavam relacionados ao comportamento-queixa do cliente. Exemplos:

- *Eu fico aqui na (universidade)*
- *Olha! A cor da tua blusa... Esse é o batom novo?*
- *Falei porque é assim: você até citou ele. Uma coisa que ele te arrumou lá pra transcrever a fita, tal, tal, tal.*

**Terapeuta Explica: - TDESEXP:** Verbalizações nas quais o terapeuta descrevia ou deixava 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; (3) sínteses ou conclusões formuladas a partir de eventos relatados pelo cliente, ou observados pelo terapeuta. Estas relações podiam dizer respeito a eventos privados, respostas públicas, eventos ambientais, eventos comportamentais - públicos ou privados -

e podiam incluir o comportamento do cliente, do terapeuta, ou de terceiros.

Exemplos:

- *Quando você falou que tinha dor de cabeça, eu lembrei daquelas mulheres que na hora de transar "ah, eu não posso, estou com dor de cabeça".*
- *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?*
- *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 imediata, legal. A tendência é que a gente continue fazendo. Quando a consequência não é muito legal, a gente tende a continuar não fazendo.*

**Terapeuta 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. Se uma pergunta fosse feita como parte de uma explicação ou como pedido de confirmação de explicação dada pelo terapeuta, registrava-se unicamente a ocorrências da categoria TDESEXP. Esta categoria foi subdividida em duas subcategorias: Terapeuta Pergunta Sobre a Queixa e Terapeuta Pergunta sobre Eventos Diversos.

**Terapeuta pergunta sobre eventos relacionados à queixa – TPERQUE:** verbalizações nas quais o terapeuta fazia perguntas cujo tema estava relacionado ao comportamento-queixa do cliente.

- *T: Então eu acho assim: Algumas informações que eu gostaria... É... Assim: Que tratamento é esse que ce ta fazendo; pra onde ce ta indo; porque que você está indo. Daí eu já começo a ter uma idéia, em geral, de como é que está sua vida em relação a isso, entendeu? (cliente CBT)*
- *T: Aí você descobriu que estava... Que era HIV positivo... Por conta do quê? Ficou doente? Foi internado...? (cliente CBN)*

**Terapeuta pergunta sobre eventos diversos: - TPERDIV:** Verbalizações nas quais o terapeuta fazia perguntas cujo tema estava relacionado a eventos diversos e não relacionados ao comportamento-queixa. Foram incluídas nessa categoria respostas do cliente ou de terceiros em eventos tais como lazer, familiares, trabalho, estudo, relacionamento afetivo etc., quando estes não estavam relacionados ao comportamento-queixa do cliente.

- *Aliás, você pegou aquele trabalho... De transcrição, que você estava falando?*
- *Hm, hm. Me conta uma coisa, como é que ... A gente tava conversando... Como é que é de final de semana. Sua mãe fica em casa de final de semana?*

**Terapeuta aconselha – TACO:** Verbalizações nas quais o terapeuta sugeria ao cliente que emitisse uma ou um conjunto de respostas ou cursos de ação, fossem 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). Foram 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 extra-consultório. Exemplos:

- *T: Você seria capaz... De durante a semana, fazer... A gente tentar montar uma hierarquia de... O que te causa mais e menos ansiedade, tipo assim ó: "se eu ver um "X", aí você dá uma nota de zero a dez... se vir um "4"... "se eu ver uma cruz mesmo..."você vai juntando, enfim, alguns estímulos são mais recorrentes, são mais difíceis... Vai colocando em graus... Do gosto ruim.*
- *T: N., pega a mão dela e fecha com a mão da CTA, deixa "N.", deixa a "N." pegar a sua mão... Não deixa não?*

**Terapeuta dá FEEDBACK:** Verbalizações nas quais o terapeuta expressava julgamento sobre verbalizações do cliente e/ou indicava compreensão ou interesse para a

continuidade do assunto. Essa categoria foi subdividida em três subcategorias: Terapeuta Aprova, Terapeuta Reprova e Verbalizações Mínimas.

***Terapeuta aprova - TFBAPR:*** Verbalizações nas quais o terapeuta expressava julgamento favorável a eventos de qualquer natureza, relatados pelo cliente ou observados pelo terapeuta, ou concordava com afirmações verbalizadas pelo cliente, ou, ainda, verbalizações em forma de exclamação ou risos - que indicavam interesse no assunto relatado. Quando aprovação foi acompanhada de descrição do evento que foi alvo da aprovação, foi registrada unicamente a ocorrência da categoria TFBAPR. Exemplos:

- *Gente, que delícia!;*
- *Puxa vida;*
- *Humm, completamente oposto!;*

***Terapeuta reprova – TFBREP:*** Verbalizações nas quais o terapeuta expressava discordância, ou julgamento ou avaliação desfavorável a respeito de afirmações ou outros comportamentos do cliente, fossem eles relatados pelo cliente ou observados pelo terapeuta. Quando reprovação foi acompanhada de descrição do evento que foi alvo da reprovação, foi registrada unicamente a ocorrência da categoria TFBREP. Exemplos:

- *Hm... Não concordo. Obrigada a comprar você não é não...*
- *Bom, você já sabe o que eu acho disso... né?*

***Verbalizações mínimas – TFBVM:*** Verbalizações mínimas do terapeuta do tipo "hm hm", "sei" etc..

**Terapeuta Infere – TINF:** Verbalizações nas quais o terapeuta parecia 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 pelo terapeuta.

Exemplos:

- *Isso é paixão heim?*
- *Eu acho que você está com vergonha de mim. (risos)*

**Outras verbalizações do terapeuta: TOUT:** Verbalizações do terapeuta não classificadas nas categorias anteriores. Foram incluídas nessa categoria falas do terapeuta a respeito de acerto de horários e local para a realização da sessão. Da mesma forma, quando houve uma terceira pessoa envolvida na sessão - como foi o caso das sessões SAT (cliente com diagnóstico de TOC – terapeuta A), falas do terapeuta dirigidas exclusivamente a esta terceira pessoa, ou nas quais havia dúvida sobre a quem a verbalização se dirigia (se apenas cliente, se apenas terceiro ou ambos) foram categorizadas como Outras Verbalizações. Já falas do terapeuta que eram claramente dirigidas a ambos os participantes (cliente e terceiro) foram classificadas nas categorias já descritas. Exemplo:

- *Tem esse ventiladorzinho aqui*
- *Não tem problema... Fique à vontade...*
- *Até quarta, tchau.*

**Registro Insuficiente – TREGINS:** Verbalizações do terapeuta cujo conteúdo era ininteligível devido a problemas na transcrição, ou outros problemas, impedindo sua categorização.

As categorias de registro do comportamento vocal do cliente foram definidas como segue:

**Cliente Descreve:** Verbalizações nas quais o cliente relatava ou informava 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 foi subdividida em quatro sub-categorias: Cliente Descreve Queixa, Cliente Descreve Eventos Diversos, Cliente Explica e Cliente Descreve Melhora.

**Cliente queixa-se ou descreve eventos relacionados à queixa – CDESQUE:**

Verbalizações nas quais o cliente descrevia eventos relacionados ao comportamento-queixa. Exemplo:

- *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... (cliente CAN)*
- *Por isso. 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. (cliente CBN)*

**Cliente descreve eventos diversos – CDESDIV:** Verbalizações nas quais o cliente descrevia eventos diversos não relacionados ao comportamento-queixa ou aspectos relativos à relação terapêutica, sem estabelecer relações funcionais ou explicativas. Foram incluídas nessa categoria respostas do cliente ou de terceiros em eventos tais como lazer, familiares, trabalho, estudo, relacionamento afetivo

etc., quando estes não estavam relacionados ao comportamento-queixa do cliente. Exemplos:

- *Ah. Um exemplo fácil: 19 anos, casa de pai e mãe. Roupa lavada, passada. Não tinha preocupação com absolutamente nada. Surgiu um emprego em São Paulo. "Eu vou embora. Tchau!" E vim embora. Isso foi na sexta. Na segunda-feira eu estava trabalhando.* (cliente CBN)
- *São hermafroditas, mas existem as fêmeas para a maternidade, aquelas que vão... botar, é... vão reproduzir.* (cliente CAN)

**Cliente descreve relações explicativas ou "causais" – CDESEXP:** Verbalizações nas quais o cliente descrevia ou deixava 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 podiam dizer respeito a eventos privados, respostas públicas, eventos ambientais, eventos comportamentais - públicos ou privados e podiam incluir o comportamento do cliente, do terapeuta ou de terceiros. Exemplos:

- *É um bloqueio, eu estou lutando contra isso...;*
- *Ah! Pois é, não sei porquê? Não sei porque. Eu acho que é... É resistência minha contra a medicação mesmo, ta...*
- *Em casa é só mulher. Minha mãe, eu e era minha vó. Morava só nós três. Então acho que é por isso.*

**Cliente descreve melhora – CDESMLHORA:** Verbalizações nas quais o cliente relatava 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). Exemplos:

- *Você vê que eu estou bem mais controlada.*
- *Estou me sentindo muito bem. Depois da internação assim: todos os meus problemas acabaram, sabe - fisicamente falando.*

**Cliente Pergunta:** Verbalizações nas quais o cliente solicitava ao terapeuta que relatasse, fornecesse informações específicas, detalhes, ou esclarecimentos a respeito de eventos relatados pelo cliente ou pelo terapeuta, ou de eventos ocorridos na sessão. Se uma pergunta fosse feita como parte de uma explicação, ou como pedido de confirmação de explicação dada pelo cliente, era registrada unicamente a ocorrência da categoria CDESEXP. Esta categoria foi subdividida em duas sub-categorias: Cliente Pergunta Sobre a Queixa e Cliente Pergunta sobre Eventos Diversos e Cliente Pede Conselhos.

**Cliente pergunta sobre eventos relacionados à queixa – CPERQUE:** Verbalizações nas quais o cliente fazia perguntas cujo tema estava relacionado ao comportamento-queixa. Exemplos:

- *T: Tudo depende de um contrato... se você tiver coragem... chega e fala: "N., por mais que eu reclame faz..."*
- *C: E quando eu estou sozinha? (trecho em que conversam sobre a participação da empregada na prevenção de respostas obsessivo-compulsivas – cliente CAT).*

**Cliente pergunta sobre eventos diversos – CPERDIV:** Verbalizações nas quais o cliente fazia perguntas cujo tema estava relacionado a eventos diversos, não relacionados ao comportamento-queixa. Foram incluídas nessa categoria respostas do cliente ou de terceiros em eventos tais como lazer, familiares,

trabalho, estudo, relacionamento afetivo etc., quando estes não estavam relacionados ao comportamento-queixa do cliente. Exemplos:

- *Você já esteve aqui hoje ou não?*
- *Eu não sei se tem alguma relação com isso... porque o sonho é do inconsciente, né, da gente?*

**Cliente pede conselhos: CPERCONS:** Verbalizações nas quais o cliente solicitava ao terapeuta avaliação, alternativas de resposta, ou cursos de ação possíveis, fossem 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, sugeria ao terapeuta o que este deveria fazer. Exemplos:

- *Aí tinha uns versinhos que eu escrevi para ele que eu trouxe pra você pra ver se eu não estou exagerando na pedida...*
- *O Z. falou que tem que ser trabalhado isso, viu?...*

**Cliente dá "Feedback":** Verbalizações nas quais o cliente expressava julgamento sobre verbalizações do terapeuta e/ou indicava compreensão ou interesse para a continuidade do assunto. Essa categoria foi subdividida em três subcategorias: Cliente Aprova, Cliente expressa dúvida. Cliente Reprova e Verbalizações Mínimas.

**Cliente aprova – CFBAPR:** Verbalizações nas quais o cliente expressava julgamento ou avaliação favorável a respeito de sugestões, análises ou afirmações emitidas pelo terapeuta, fossem estas imediatamente antecedentes ou não, ou, ainda, verbalizações em forma de exclamação ou risos - que indicavam interesse no

assunto relatado. Quando aprovação foi acompanhada de descrição do evento que foi alvo da aprovação, foi registrada unicamente a ocorrência da categoria CFBAPR. Exemplos:

- *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 to tentando encontrar o caminho, não é? Sem tanto medo de ser feliz.*
- *Nossa! Que beleza!*

**Cliente expressa dúvida – CFBDUV:** Verbalizações nas quais o cliente expressava dúvida quanto à concordância, ao seu julgamento ou avaliação a respeito de sugestões, análises, ou afirmações emitidas pelo terapeuta. Exemplos:

- *Será?*
- *Não sei não...*

**Cliente reprova – CFBREP:** Verbalizações nas quais o cliente expressava discordância, ou julgamento, ou avaliação desfavorável a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta. Quando reprovação foi acompanhada de descrição do evento que foi alvo da reprovação, foi registrada unicamente a ocorrência da categoria CFBREP. Exemplo:

- *É e... não, não é nada!*

**Verbalizações Mínimas – CFBVM:** Verbalizações mínimas do cliente do tipo "hum hum", "sei", etc.

***Outras Verbalizações do Cliente – COUT:*** Verbalizações do cliente não classificadas nas categorias anteriores. Foram incluídas nessa categoria falas do cliente a respeito de acerto de horários e local para a realização da sessão. Da mesma forma, quando houve uma terceira pessoa envolvida na sessão - como foi o caso das sessões TAT e uma sessão TBT (clientes “com TOC” – terapeutas A e B), falas do cliente dirigidas exclusivamente a esta terceira pessoa, ou nas quais havia dúvida sobre a quem as verbalizações se dirigiam (se apenas terapeuta, se apenas terceiro ou ambos) foram categorizadas como Outras Verbalizações. Já falas do terapeuta que eram claramente dirigidas a ambos os participantes (cliente e terceiro) foram classificadas nas categorias já descritas. Exemplo:

- *Nossa, que calor.*
- *Acho melhor marcar o endereço aqui.*

***Cliente se engaja em comportamento obsessivo-compulsivo – CENGTOC:*** (Categoria aplicada unicamente nas sessões com o terapeuta A e a cliente “com TOC” - Sessões TAT). Verbalizações da cliente que indicavam o engajamento em algum tipo de comportamento obsessivo-compulsivo, ou demora excessiva em algum tipo de tarefa (caracterizando lentidão obsessiva primária). Exemplo:

- *O quê? Limpar? Não mais é... sabe por quê? Aqui é muito corrimento... às vezes fica até um fiozinho aqui. Ai tem que por duas vezes, tenho que por...*
- *Espera um pouco... deixa eu fazer uma coisa aqui, espera aí..*
- *E saio, faço um, dois três... não...*

**Registro Insuficiente de falas do cliente – CREGINS:** Verbalizações do cliente cujo conteúdo era ininteligível devido a problemas na transcrição ou outros.

e) Categorização das sessões:

Como cada verbalização do terapeuta ou do cliente podia ser classificada em uma ou mais categorias, as verbalizações foram subdivididas em segmentos, de acordo com as categorias propostas.

Considerava-se um segmento um trecho de verbalização classificável conforme uma determinada categoria. Um segmento terminava quando se iniciava uma nova categoria do mesmo falante na mesma verbalização, ou quando o próximo falante iniciava sua fala.

Cada segmento identificado foi classificado, assim, exclusivamente em uma determinada categoria. No entanto, devido a uma limitação do software utilizado para a categorização, o menor período possível a ser selecionado era uma linha. Dessa forma, se numa mesma linha ocorriam dois segmentos categorizados diferentemente, a mesma linha era classificada com duas categorias sobrepostas.

Para a categorização das verbalizações, o pesquisador efetuava a leitura da transcrição diretamente na tela do computador, utilizando o *software Ethnograph*. À medida que cada trecho de verbalização do terapeuta ou cliente era identificado como pertencente a uma categoria, ele era selecionado como um segmento e categorizado via *software*.

Após a categorização, a transcrição e a categorização eram revisadas e o pesquisador iniciava então a sessão seguinte, até a última sessão categorizada. O Anexo 3 contém um trecho de sessão categorizada referente a cada díade pesquisada.

f) Teste de fidedignidade da categorização das sessões.

Uma vez definidas as categorias, e depois que todas haviam sido categorizadas pelo pesquisador foram realizados testes de fidedignidade da seleção dos segmentos, bem como de sua categorização propriamente dita, utilizando-se um avaliador independente, que foi treinado pelo pesquisador para este fim. Para o cálculo de um índice de fidedignidade, foram considerados: o número de linhas cuja classificação foi discordante ou concordante em relação ao total de linhas da sessão, de acordo com a seguinte fórmula:

$$F = \frac{\text{(No de linhas corretamente categorizadas x 100)}}{\text{No total de linhas da sessão}}$$

As sessões para a aplicação do teste foram selecionadas aleatoriamente – sessões S3 TAN, S4 TAT, S3 TBN e S5 TBT - com exceção da sessão S3 TAN, a mesma utilizada para a criação das categorias e utilizada no primeiro teste de fidedignidade. As porcentagens de acordos obtidas foram 92,1%; 87,2%; 78,1%; 82,3% em cada uma das sessões, respectivamente. Foi calculado também um índice de fidedignidade na categorização das verbalizações de cada um dos participantes – terapeuta e cliente, para as mesmas sessões. Para tanto, utilizou-se a fórmula:

$$F = \frac{\text{(No de linhas de verbalizações do terapeuta (ou cliente) corretamente categorizadas x 100)}}{\text{No total de linhas ocupadas por verbalizações do terapeuta (ou cliente)}}$$

Os índices obtidos em relação às verbalizações do terapeuta foram 90,7%; 79,5%; 83,3% e 83,4%, respectivamente. Já os índices na categorização das verbalizações do cliente foram 91,6%; 88,2%; 72,4% e 82,3%.

g) Análises realizadas por meio do *software Etnograph*.

Depois de categorizadas, diferentes conjuntos de dados puderam ser obtidos com o uso do *software Etnograph*.

Primeiramente, foi realizada uma busca do total de verbalizações do terapeuta e do cliente nas sessões, do número de linhas ocupadas e do número total de segmentos categorizados para cada um dos participantes, por sessão.

O número de linhas ocupadas por verbalizações do terapeuta e do cliente foi escolhido como a unidade principal de quantificação das verbalizações ocorridas na sessão por ser considerado mais representativo da ocorrência do comportamento verbal dos participantes ao longo do tempo, dentre os possíveis no presente trabalho.

Em seguida, analisou-se o número de linhas ocupadas pelas diferentes categorias de registro do terapeuta e do cliente, em cada uma das sessões. Esses resultados foram transformados em percentual, considerando o total de linhas ocupadas pela categoria, em relação ao total de linhas ocupadas por verbalizações daquele participante na sessão.

Com o objetivo de analisar o tipo de consequências fornecidas pelo terapeuta para diferentes tipos de verbalizações por parte do cliente, foi realizada uma busca das verbalizações do terapeuta que se seguiram a verbalizações do cliente do tipo “Cliente Descreve Queixa” (CDESQUE) e “Cliente Descreve Eventos Diversos” (CDESIV). O resultado foi transformado em percentual, considerando-se o número de ocorrências de

cada categoria de verbalização do terapeuta em seguida a CDESQUE ou CDESDIV com relação ao total de segmentos do cliente do tipo CDESQUE ou CDESDIV.

Para permitir uma visualização geral do andamento das sessões, foram construídas figuras com ocorrência acumulada de algumas verbalizações do terapeuta e cliente, por linha, em sessões específicas.

Por último, foram criadas categorias para a análise das verbalizações do terapeuta classificadas como “Explicações” e “Conselhos”. As categorias construídas, assim como as figuras referentes ao percentual de ocorrência de cada categoria criada constam na seção Resultados desse trabalho.



## RESULTADOS

### Segmentos e linhas categorizadas:

Dezessete sessões foram categorizadas e divididas em 5.244 segmentos. Destes, 2532 segmentos foram de falas dos terapeutas e 2.712 dos clientes.

O total de linhas ocupadas por falas dos terapeutas foi 5.259, enquanto que 12.076 linhas foram ocupadas por falas dos clientes, totalizando 17.335 linhas categorizadas. Estes resultados mostram que, apesar do número de ocorrência de segmentos de verbalizações do terapeuta e do cliente ser bastante semelhante, as verbalizações dos clientes foram mais prolongadas que as verbalizações dos terapeutas (quase 70% das linhas das transcrições).

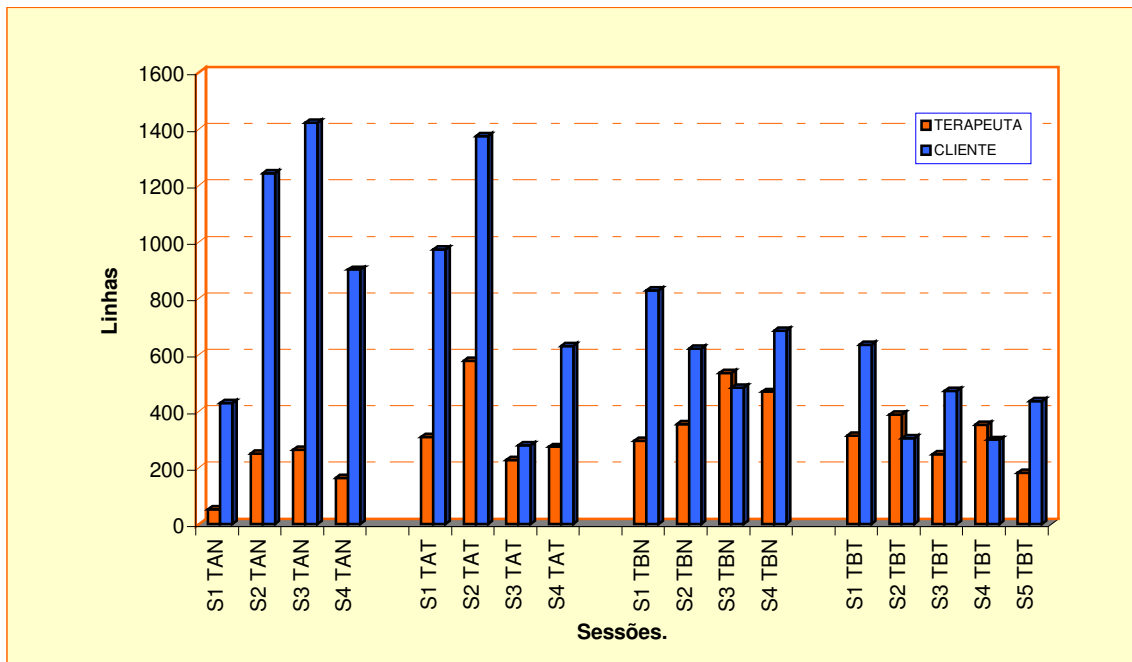


Figura 1. Total de linhas ocupadas por verbalizações do terapeuta e cliente em cada uma das sessões.

A Figura 1 apresenta, por sessão, o total de linhas ocupadas por verbalizações de cada um dos participantes. Pode-se observar na figura que, apesar da prevalência de verbalizações do cliente em quase todas as sessões, nas sessões do terapeuta A a diferença entre o número de linhas ocupadas por falas do terapeuta e do cliente foi bem superior à do terapeuta B com ambos os clientes.

#### Categorização das sessões - Terapeuta A:

A Figura 2 apresenta a porcentagem de linhas transcritas, segundo as categorias de verbalizações do terapeuta e cliente em cada uma das 4 sessões analisadas, para o **Terapeuta A com o cliente sem diagnóstico de TOC** (sessões S1 a S4 TAN).

As verbalizações do terapeuta com maior porcentagem de linhas nestas sessões foram “Terapeuta Aprova” (TFBAPR – 25% A 45%), seguida por “Terapeuta Pergunta sobre Eventos diversos” (TPERDIV – 15% A 28%) e por “Terapeuta Descreve Eventos Diversos” (TDESDIV – 8% A 19%). Nota-se também ausência de verbalizações de “Reprovação” (TFBREP), bem como baixa porcentagem de verbalizações de "Pergunta" ou "Descrição" sobre temas relacionados à queixa (TPERQUE e TDESQUE – menos que 2% das linhas). Quanto às verbalizações de "Aconselhamento" (TACO) e "Explicação" (TDESEXP) – consideradas neste trabalho como categorias de especial interesse para a análise da consistência teórica da atuação do terapeuta - ambas ocorreram muito pouco, chegando a, no máximo, 8% das linhas categorizadas. Também as linhas categorizadas como "Verbalizações Mínimas" (TFBVM), "Inferências" (TINF) e "Outras verbalizações" (TOUT), ocorreram em um percentual que não excedeu 12% das linhas categorizadas.

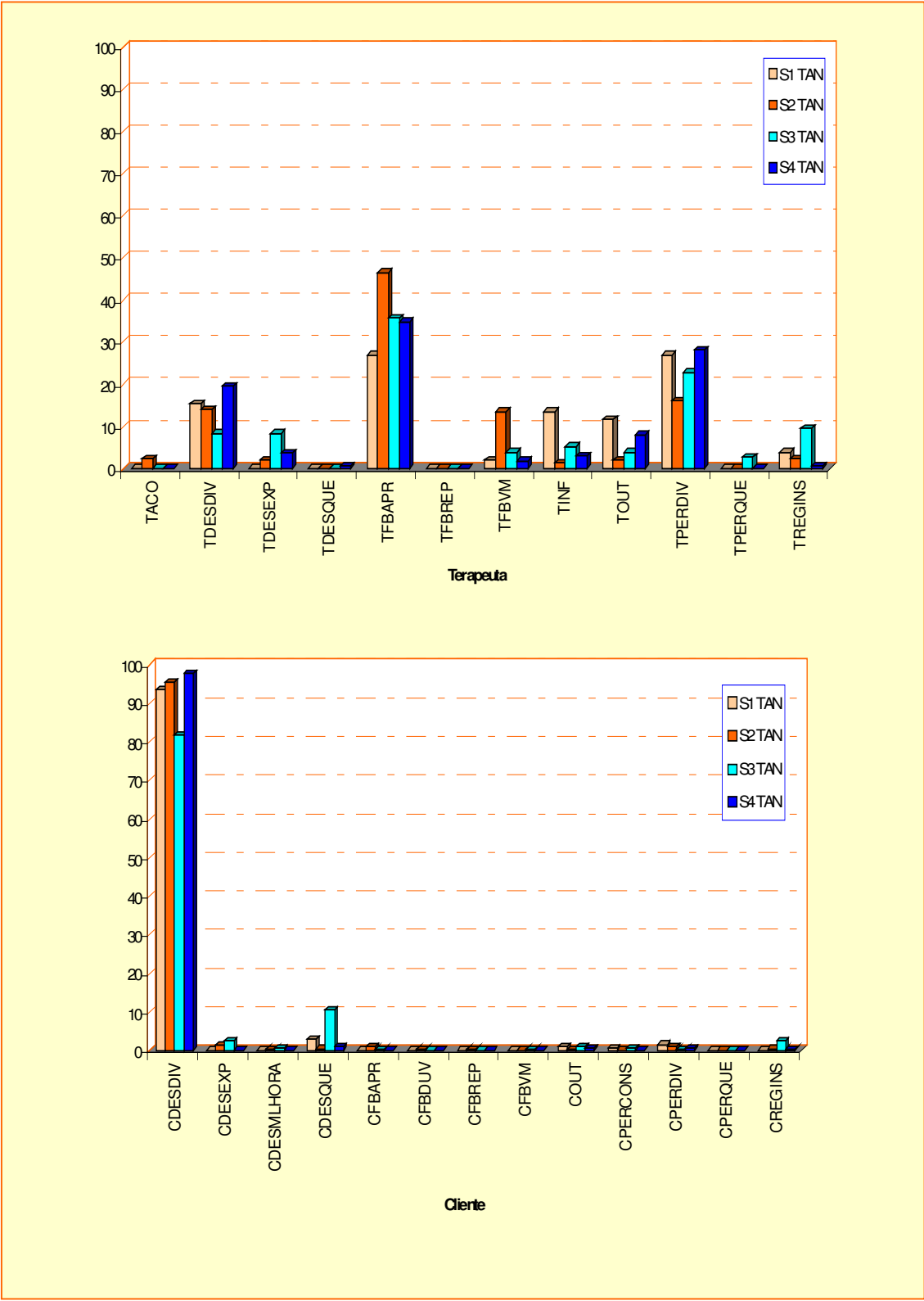


Figura 2. Percentual de linhas ocupadas por categoria de registro para terapeuta e cliente nas sessões TAN (Terapeuta A – Cliente “não TOC”).

Quanto às verbalizações do cliente, em todas as quatro sessões as verbalizações de “Descrição de Eventos Diversos” (CDESDIV), ocuparam entre 80% e 95% das linhas categorizadas. A segunda categoria com maior porcentagem de linhas foi “Cliente Descreve Queixa” (CDESQUE), com maior ocorrência, na sessão 3, com 10% de linhas.

As categorias “Cliente Explica” (CDESEXP), “Cliente Descreve Melhora” (CDESMLHORA), “Cliente Aprova” (CFBAPR), “Cliente Expressa Dúvida” (CFBDUV), “Cliente Reprova” (CFBREP), “Verbalizações Mínimas” (CFBVM), “Outras Verbalizações” (COUT), “Cliente Pede Conselhos” (CPERCONS), “Cliente Pergunta Diversos” (CPERDIV) e “Cliente Pergunta sobre Queixa” (CPERQUE) ocorreram em um percentual de linhas inferior a 4 % em todas as sessões.

A Figura 3 apresenta a porcentagem de linhas da transcrição segundo as categorias de verbalizações do terapeuta e cliente em cada uma das 4 sessões analisadas, para o **terapeuta A com o cliente com diagnóstico de TOC** (sessões S1 a S4 TAT). As categorias com maior porcentagem de ocorrência, em linhas, foram “Terapeuta Aconselha” (TACO – 10% a 26%), “Terapeuta Descreve Eventos Diversos” (TDESDIV – 1% a 30%) e “Outras verbalizações” (TOUT – 11% a 31%).

Vale ressaltar a distribuição irregular da categoria “Terapeuta Descreve” (TDESDIV) ao longo das sessões; embora sua porcentagem de ocorrência por linha tenha variado de 20 a 30% nas três últimas sessões, na primeira sessão (S1 TAT) sua porcentagem de ocorrência foi menor que 5%.

As linhas categorizadas como “Terapeuta Pergunta sobre Eventos Diversos” (TPERDIV), “Terapeuta Aprova” (TFBAPR) e “Terapeuta Explica” (TDESEXP)

variaram em torno de 10% das linhas categorizadas, sendo que parece ter havido uma tendência de decréscimo para a categoria "Terapeuta Explica" (TDESEXP) ao mesmo tempo em que uma tendência inversa de aumento de porcentagem das linhas categorizadas como "Terapeuta Pergunta sobre Eventos Diversos" e "Terapeuta Aprova" (TPERDIV e TFBAPR). Assim como nas sessões do cliente sem diagnóstico de TOC, as categorias relacionadas ao comportamento-queixa ("Terapeuta Descreve Queixa" - TDESQUE e "Terapeuta Pergunta Queixa" - TPERQUE) apareceram em menor porcentagem de linhas, o mesmo ocorrendo com "Verbalizações mínimas" (TFBVM), com porcentagem de linhas menor que 5%. Ocorreu uma baixa porcentagem de reprovação (TFBREP) em todas as sessões, assim como a de verbalizações de inferência (TINF) e falas com registro insuficiente (TREGINS).

Quanto às verbalizações do cliente "com TOC" do terapeuta A, de forma semelhante ao ocorrido nas sessões do cliente sem TOC, o maior percentual foi de linhas categorizadas como "descrição de eventos diversos" (CDESDIV); no entanto, neste caso, este percentual variou entre 40% e 63% das verbalizações, enquanto com o outro cliente esteve acima de 80%. A Categoria "Outras Verbalizações" (COUT) foi a segunda categoria com percentual mais elevado de linhas, seguida por "Descrição de Eventos Relacionados à Queixa" (CDESQUE). Essa última categoria, no entanto, distribuiu-se de modo a indicar uma tendência decrescente, variando de 35%, na primeira sessão, para 1,5%, na sessão 4.

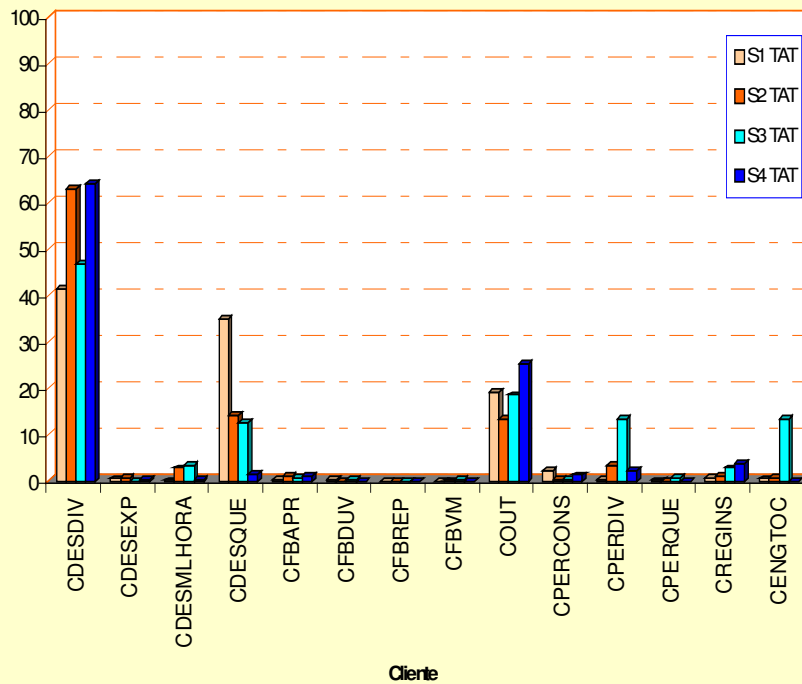
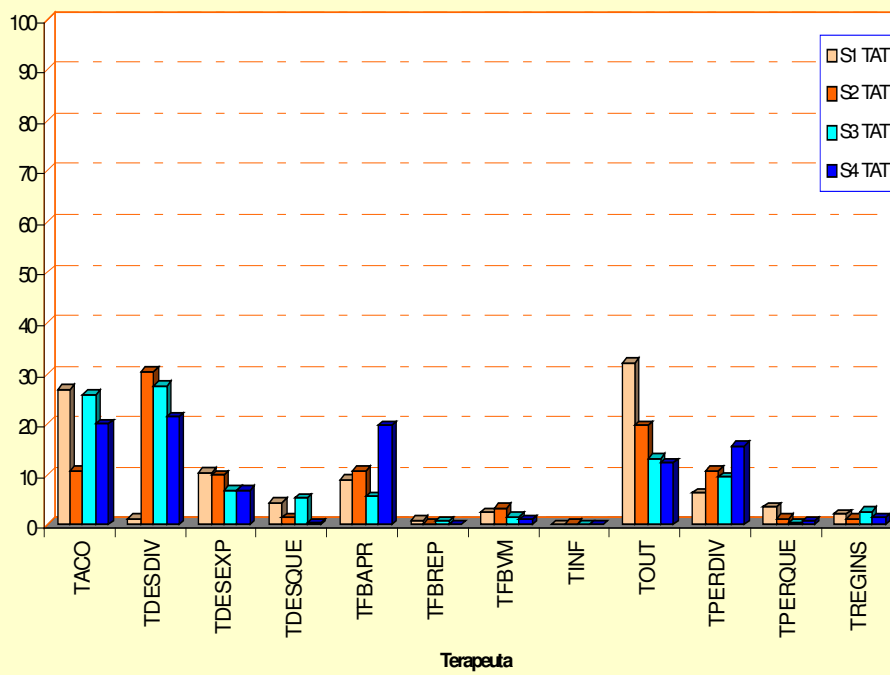


Figura 3. Percentual de linhas ocupadas por categoria de registro para terapeuta e cliente nas sessões TAT (Terapeuta A – Cliente “TOC”).

As categorias “Cliente Pergunta sobre Eventos Diversos” e “Cliente se engaja em Comportamento Obsessivo-Compulsivo” (CPERDIV e CENGTOC, respectivamente), ocorreram de forma aparentemente significativa apenas na sessão 3 – cerca de 11% da sessão, enquanto que nas outras sessões sua porcentagem de ocorrência em linhas foi menor que 3%. As categorias “Cliente Descreve Melhorar” (CDESMLHORA) e “Cliente pede Conselhos” (CPERCONS) ocorreram com frequência menor que 4%. Por último, as categorias “Cliente Aprova” (CFBAPR), “Cliente Explica” (CDESEXP) e “Cliente Pergunta sobre Queixa”, assim como as categorias de “Feedback” do cliente (CFBAPR, CFBDUV, CFBREP e CFBVM) tiveram ocorrência próxima de zero.

A comparação do desempenho do terapeuta entre as sessões dos diferentes clientes, mostra para ambos os clientes um percentual elevado de verbalizações categorizadas como de aprovação (TFBAPR) e de perguntas e descrições sobre eventos diversos (TDESDIV e TPERDIV), bem como baixa incidência de reprovação (TFBREP) e verbalizações relacionadas à queixa (TDESQUE e TPERQUE). Vê-se, no caso do cliente “com TOC”, uma maior porcentagem de verbalizações categorizadas como de aconselhamento (TACO), diferença provavelmente devida ao tipo de problema apresentado pela cliente - dificuldade em iniciar respostas – o que exigiria uma postura mais diretiva por parte do terapeuta. Para o cliente "TOC" também foi maior a quantidade de linhas categorizadas como “outras verbalizações” (TOUT), diferença que pode ser devida ao tipo de atendimento (fora do consultório), visto que as categorias foram elaboradas para sessões “de gabinete”.

Quanto às verbalizações dos clientes, para ambos houve um elevado percentual de verbalizações categorizadas como de descrição de eventos diversos (CDESDIV) e baixo percentual de verbalizações categorizadas como de queixa (CDESQUE), embora o cliente “com TOC” tenha tido registrado um percentual um pouco mais elevado de linhas rotuladas como desta última categoria. As linhas categorizadas como “outras verbalizações do cliente” também aparecem em um percentual mais elevado para o cliente TOC, provavelmente devido ao tipo de atendimento.

#### Categorização das sessões: Terapeuta B

A Figura 4 apresenta a porcentagem de linhas da transcrição segundo as categorias de verbalizações do terapeuta e cliente em cada uma das 4 sessões analisadas **do terapeuta B com o cliente sem diagnóstico de TOC** (sessões S1 a S4 TBN).

As categorias relativas ao terapeuta com maior percentual de ocorrência nestas sessões foram “Terapeuta Explica” (TDESEXP – 19% a 55%) e “Terapeuta Aconselha” (TACO – 4% a 35%), com aparente tendência crescente de ambas as categorias ao longo das sessões. Em seguida, as categorias com maior percentual de linhas registradas na sessão foram “Terapeuta pergunta sobre eventos diversos” (TPERDIV), e “Terapeuta Pergunta sobre a queixa” (TPERQUE) que, ao contrário do que ocorreu com "Terapeuta Explica" (TDESEXP) e "Terapeuta Aconselha" (TACO), diminuíram da primeira à quarta sessão. O mesmo ocorreu com as linhas categorizadas como “Outras Verbalizações do Terapeuta” (TOUT) que variaram de 16% a 1% da primeira à quarta sessão. As categorias “Verbalizações Mínimas” (TFBVM), “Aprovação” (TFBAPR), “Terapeuta Descreve Queixa” (TDESQUE) e “Terapeuta Descreve Eventos Diversos”



(TDESDIV) foram registradas em menos de 10% das linhas das sessões. Note-se a ausência de registro das categorias de reprovação e Inferência.

Quanto às categorias de verbalização do cliente sem TOC - Terapeuta B, as categorias com maior percentual de linhas neste conjunto de sessões foram “Descrição de Eventos Relacionados à Queixa” (CDESQUE - 42 a 55% das verbalizações), e “Descrição de Eventos Diversos” (CDESDIV - 30 a 45% das linhas). Essas duas categorias de verbalizações mantiveram seu percentual alto ao longo das quatro sessões, sem nenhuma tendência evidente de queda ou aumento de ocorrência. Em seguida, as categorias mais freqüentemente registradas foram “Cliente Descreve Relações Explicativas” (CDESEXP - 5% a 10%), “Cliente Descreve Melhora” (CDESMLHORA), “Outras Verbalizações” (COUT) e “Aprovação” (CFBAPR), as três últimas com ocorrência menor que 5% das verbalizações do cliente. Outras categorias do cliente tiveram ocorrência menor que 1% das sessões.

Vale observar, nas primeiras sessões, o baixo percentual de verbalizações do terapeuta do tipo explicações e aconselhamento (TDESEXP e TACO), bem como o percentual elevado de perguntas sobre eventos diversos e sobre a queixa (TPERDIV e TPERQUE) e a inversão que ocorreu entre essas categorias da primeira à quarta sessão; na última sessão, a soma de explicações e aconselhamento chegou a quase 90% da sessão, enquanto a ocorrência de perguntas não chegou a 5% das linhas.

O comportamento do cliente, por sua vez, manteve-se constante ao longo das sessões, descrevendo tanto eventos diversos quanto temas relacionados à sua queixa. Esse resultado pode ser devido à coleta dos dados da pesquisa ter sido realizada nas primeiras sessões de atendimento. O que parece ter ocorrido é que o terapeuta teria feito mais perguntas nas primeiras sessões de forma a obter dados sobre o comportamento do

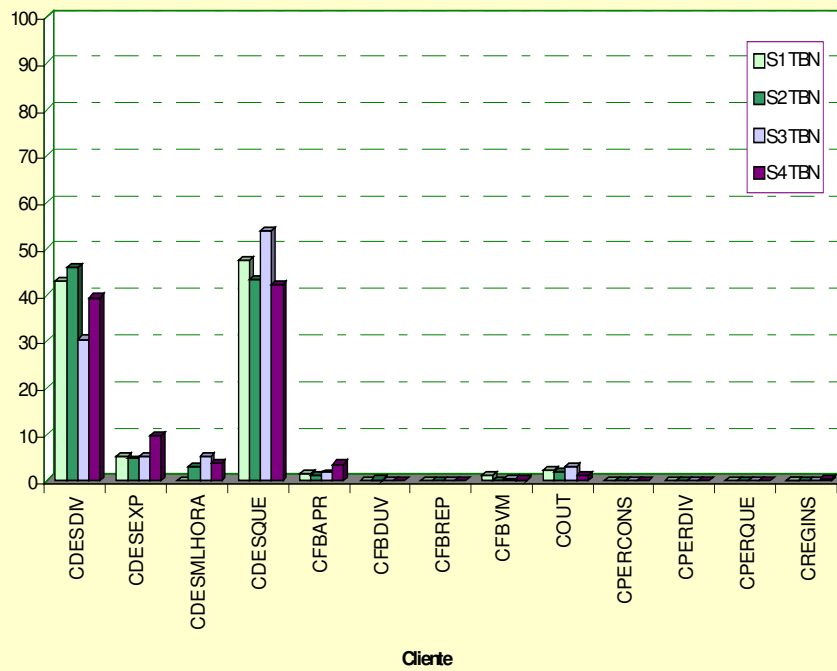
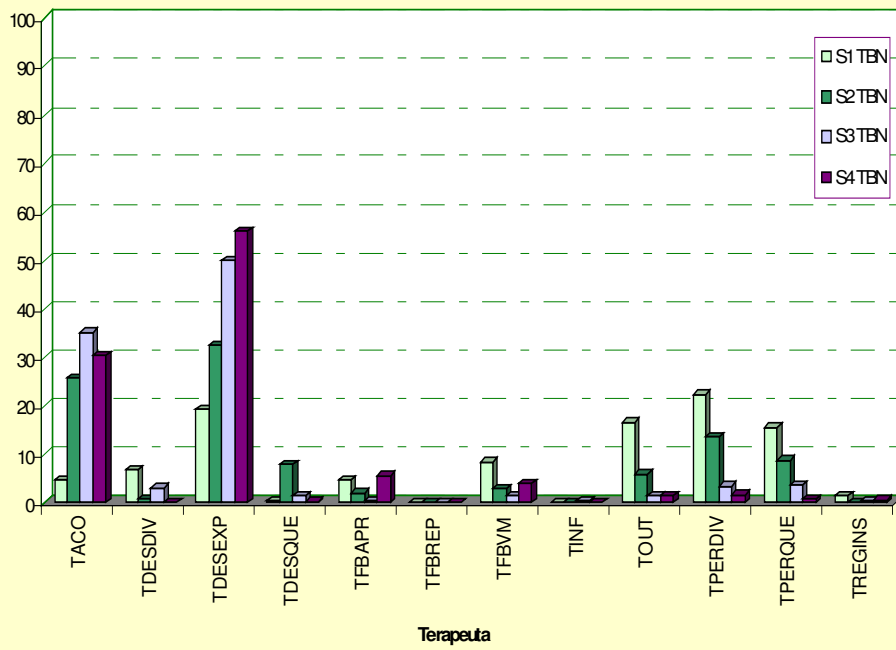


Figura 4. Percentual de linhas ocupadas, por categoria de registro para terapeuta e cliente nas sessões TBN (Terapeuta B – Cliente “não TOC”).

cliente e, tendo obtido parte desses dados, teria passado a fazer relação entre eles e aconselhar o cliente já a partir da segunda sessão. Aparentemente, tanto as perguntas feitas nas primeiras sessões quanto as explicações e aconselhamentos que passaram a aumentar de frequência, mantiveram o comportamento do cliente de descrever (mais de 80% das linhas) que, ora era solicitado através da pergunta antecedente, ora era conseqüenciado pelas explicações e aconselhamentos do terapeuta.

A Figura 5 apresenta a porcentagem de linhas da transcrição, segundo as categorias de verbalizações do terapeuta e cliente em cada uma das 5 sessões analisadas com o **terapeuta B e o cliente com diagnóstico de TOC** (sessões S1 a S5 TBT). Nota-se o percentual elevado de linhas categorizadas como “Terapeuta Pergunta sobre a queixa” (TPERQUE). A ocorrência dessa categoria foi crescente da primeira à quarta sessão (40% na primeira sessão a 64% na quarta), o que é inversamente proporcional à ocorrência de linhas categorizadas como “Terapeuta Pergunta Sobre Eventos Diversos” (TPERDIV - 8% na primeira sessão a 0,3% na quarta). Essa tendência pareceu se inverter na quinta sessão, na qual ocorreu uma queda no percentual de verbalizações de pergunta sobre a queixa (TPERQUE – 32%) e um aumento em perguntas sobre eventos diversos (TPERDIV – 40%). A segunda categoria com maior percentual de registros por linha, no total das sessões, foi "Terapeuta Aconselha" (TACO), que, entretanto teve uma distribuição ao longo das cinco sessões bastante irregular (variação entre 1% e 35% nas sessões). Em seguida, as categorias com maior percentual de linhas registradas foram “Outras verbalizações” (TOUT), “Verbalizações Mínimas” (TFBVM), “Explicação” (TDESEXP) e “Aprovação” (TFBAPR).

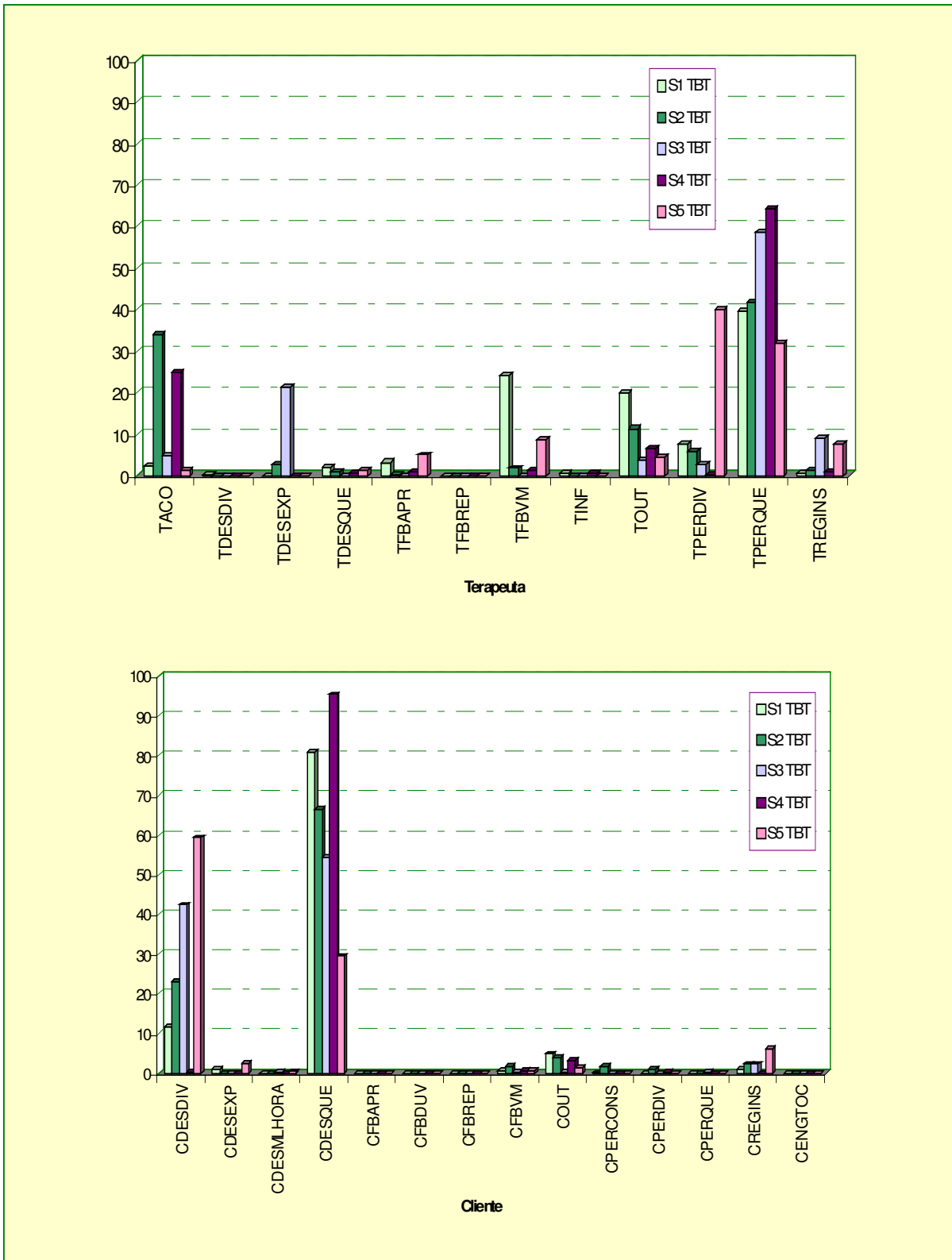


Figura 5. Percentual de linhas ocupadas, por categoria de registro, para terapeuta e cliente nas sessões TBT (Terapeuta B – Cliente “TOC”).

As categorias “Terapeuta Descreve Eventos Diversos” (TDESDIV), “Terapeuta Descreve Queixa” (TDESQUE), “Terapeuta Reprova” (TFBREP) e “Terapeuta Infere” (TINF) ocorreram em menos de 5% das linhas das sessões.

As verbalizações do cliente neste conjunto de sessões se dividiram quase unicamente entre “Cliente Descreve Queixa” (CDESQUE), e “Cliente Descreve Eventos Diversos” (CDESDIV), com uma diferença importante entre elas. Entre as sessões 1 a 4 houve prevalência de linhas categorizadas como descrição de queixa (CDESQUE), que chegou a 95% das verbalizações do cliente na sessão 4, com apenas 0,3% de verbalizações do cliente categorizadas como descrição de outros temas/acontecimentos (CDESDIV). Já na quinta sessão, apenas 30% das linhas de verbalizações foram registradas como da categoria “Cliente Descreve Queixa” CDESQUE, enquanto o percentual de linhas com registros da categoria CDESDIV chegou a quase 60%. As outras categorias de verbalizações do cliente foram registradas em menos de 5% das linhas das sessões.

Comparando o desempenho dos participantes (terapeuta B e clientes) nas sessões do terapeuta B com os clientes "com TOC" (TBN) e "Sem TOC" (TBT), observa-se padrões bastante semelhantes, tanto no comportamento do terapeuta quanto no do cliente. O terapeuta, em todas as onze sessões, teve sua fala registrada principalmente nas categorias de verbalizações que se referiam a perguntas, aconselhamento e explicações, com a diferença de que no caso do cliente “não TOC” houve maior percentual de linhas registradas como de aconselhamento e explicações, enquanto que com o cliente “TOC” houve mais registros de perguntas. Também o tipo de pergunta registrado foi diferente para cada cliente: no caso do cliente “não TOC” o terapeuta

perguntava tanto sobre eventos diversos quanto sobre eventos relacionados à queixa, com percentual bastante semelhante, enquanto que com o cliente “com TOC”, houve um maior percentual de linhas registradas como de perguntas sobre a queixa. Ambos os clientes, por sua vez, parecem ter passado a maior parte das sessões descrevendo eventos, fossem eles relacionados à queixa, fossem relacionados a outros eventos. Essas semelhanças entre o desempenho do terapeuta e dos clientes podem ser devidas ao período no qual foram coletadas as sessões: as primeiras sessões, quando a coleta de dados por parte do terapeuta costuma ser o principal aspecto das sessões. Quanto à diferença no comportamento do terapeuta com os diferentes clientes, a ênfase em perguntas sobre a queixa no caso da cliente “com TOC” parece estar relacionada principalmente à queixa apresentada pela cliente. Boa parte das verbalizações de pergunta do terapeuta, conforme mostra a transcrição das sessões, foram pedidos de descrição sobre aspectos relativos ao TOC - descrição da topografia dos rituais, descrição de eventos que antecedem os rituais e avaliação sobre o grau de ansiedade envolvido em cada um dos rituais<sup>9</sup> – o que aparentemente seria uma preparação para a aplicação do procedimento de exposição com prevenção de respostas.

O padrão de respostas do terapeuta e do cliente, observado nas quatro primeiras sessões do cliente “com TOC” foi bastante diferente daquele observado na quinta sessão. Nessa última, aumentou consideravelmente o número de verbalizações categorizadas como perguntas do terapeuta e descrição do cliente a respeito de eventos diversos (TPERDIV

---

<sup>9</sup> O trecho a seguir ilustra o tipo de investigação realizada pelo terapeuta B a respeito do comportamento obsessivo-compulsivo da cliente “com TOC”:

*“T: Hm hm. Mas a gente vai... quer dizer... eu acho que você tem dificuldades em explicar. Eu compreendo isso. Mas vai ser preciso que você explique e que eu entenda não só como acontece. Mas também assim... quantas vezes acontece, hm... como é cada vez que acontece, quanto tempo dura, o que que você faz. Quer dizer, por mais trabalhoso que possa parecer você*

e CDESDIV), bem como o percentual de linhas ocupadas por “aprovação” por parte do terapeuta (TFBAPR).

#### Análise de seqüência de verbalizações: terapeuta A

A Figura 6 apresenta o percentual de ocorrência, por sessão, das categorias de registro de verbalizações, do **terapeuta A**, que se seguiram a verbalizações do cliente sobre sua queixa e sobre eventos diversos, para o **cliente sem diagnóstico de TOC**. Verbalizações do cliente que não foram seguidas por verbalizações do terapeuta, mas sim por outra verbalização do cliente estão indicadas na figura como "SEM VERB".

O total de ocorrência de verbalizações sobre queixa por parte deste cliente foi 44, sendo que 37 delas ocorreram em uma única sessão (S3 TAN); nas sessões S1 TAN, S2 TAN e S4 TAN houve apenas 3, 2 e 2 ocorrências, respectivamente. Das ocorrências de queixa, no total das sessões, a grande maioria (em torno de 65%) não foi seguida por verbalizações do terapeuta (SEM VERB). As verbalizações do terapeuta que se seguiram à queixa com maior percentual de ocorrência foram “Aprovação” (TFBAPR- 50%, na sessão 2 e 5%, na sessão 3), “Descrições sobre a Queixa” (TDESQUE – 50%, na sessão 4) e “Descrição de Eventos Diversos” (TDESDIV – 33%, na sessão 1).

---

*relatar tudo isso, vai ser preciso que você relate tudo isso. Pra que eu possa entender melhor o seu problema.”*

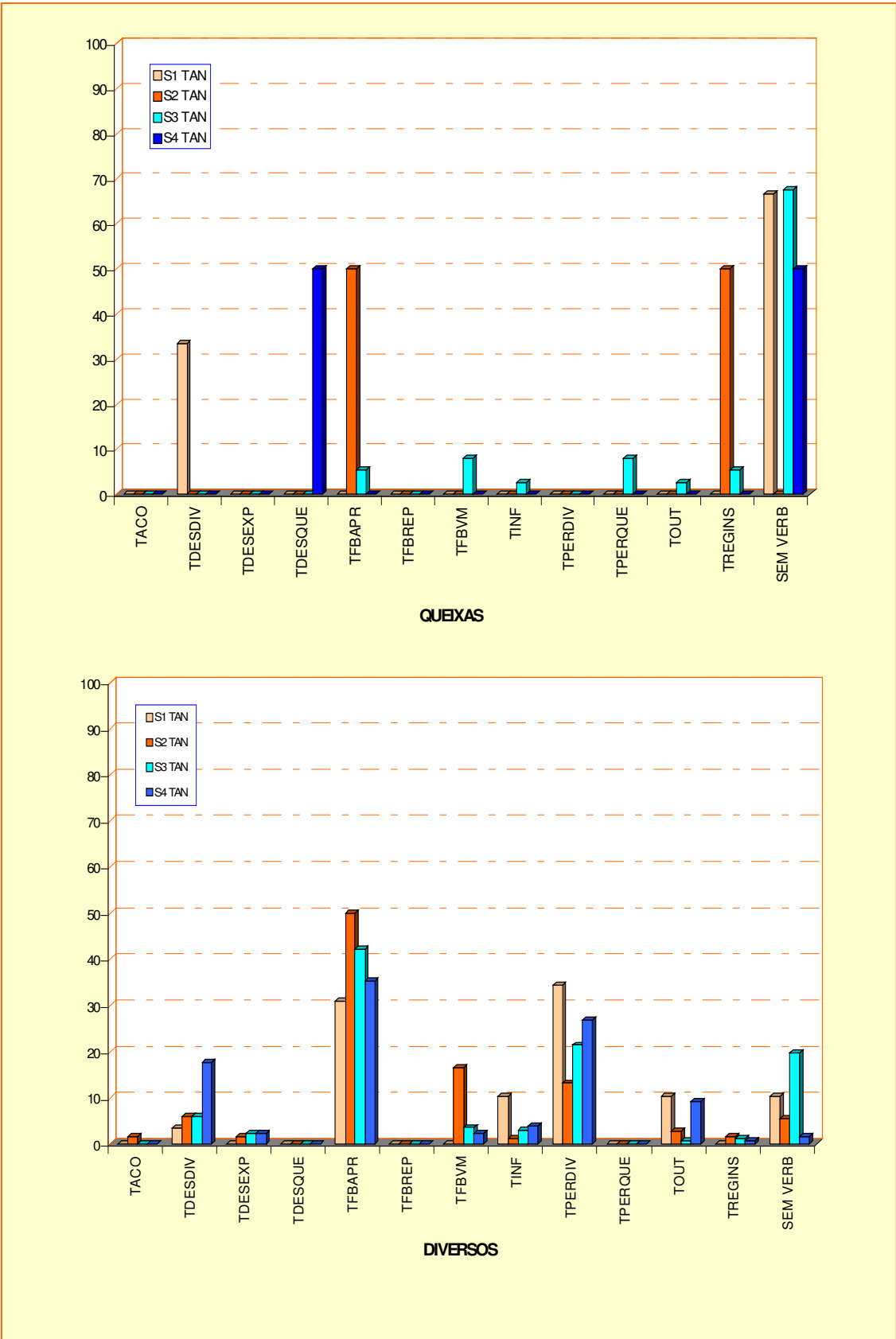


Figura 6. Percentual de ocorrência das categorias de registro de verbalizações do **terapeuta A** que se seguiram a verbalizações do **cliente “sem TOC”** sobre sua queixa e sobre eventos diversos.



As categorias “Verbalizações Mínimas” (TFBVM), “Inferência” (TINF), “Perguntas sobre a Queixa” (TPERQUE) e “Outras Verbalizações” (TOUT) seguiram menos de 8% das ocorrências de descrição de queixa por parte do cliente e ocorreram apenas na sessão 3.

Foram registradas 509 verbalizações registradas como de descrição de eventos diversos (CDESDIV) por parte do **cliente sem diagnóstico de TOC, do Terapeuta A** no total das sessões, sendo 29, 182, 168 e 130 em cada uma das sessões, respectivamente.

A categoria de verbalização do terapeuta que mais frequentemente se seguiu a CDESDIV foi “Aprovação” (TFBAPR – 30% a 49%), seguida por “Perguntas sobre Eventos Diversos” (TPERDIV - 12% a 34%) e “Descrição de Eventos Diversos” (TDESDIV –3% a 18%). As falas seguidas por “Verbalizações Mínimas” (TFBVM), “Outras verbalizações”, “Inferência” (TINF) e “Explicação” (TDESEXP) ocorreram em menor frequência (variaram entre 0% e 18%), enquanto as categorias “Terapeuta Aconselha” (TACO), “Terapeuta Explica” (TDESEXP), “Terapeuta Descreve Queixa” (TDESQUE), “Terapeuta Pergunta sobre a Queixa” (TPERQUE) e “Terapeuta Reprova” (TFBREP) ocorreram após verbalizações do cliente categorizadas como “Descrição de Eventos Diversos” (CDESDIV) em menos de 3% das ocorrências. As verbalizações CDESDIV que não foram seguidas por verbalizações do terapeuta (SEM VERB) variaram entre 1% e 19% das ocorrências.

Pode-se observar, portanto, que no atendimento do cliente “sem TOC” o terapeuta reagiu de modo bastante diferenciado às verbalizações de queixa e de eventos diversos. No primeiro caso, na maioria das ocorrências ele parece ter aguardado que o cliente emitisse novas classes de verbalizações para então emitir uma verbalização. Já em seguida a verbalizações do cliente relativas a eventos diversos, as verbalizações do terapeuta foram de aprovação ou descrição, ou foram perguntas sobre eventos diversos:

parecem ter sido verbalizações que, provavelmente, tinham a função de manter (por serem um evento reforçador ou por sinalizar que ele continuasse falando sobre o tema) o comportamento do cliente de descrever eventos não relacionados à queixa. Esta interpretação parece fortalecida diante do percentual elevado de verbalizações do cliente sobre eventos diversos.

A Figura 7 apresenta o percentual de ocorrência, por sessão, das categorias de registro de verbalizações do **terapeuta A** que se seguiram a verbalizações do cliente sobre sua queixa e sobre eventos diversos para o **cliente com diagnóstico de TOC**.

O cliente “com TOC” emitiu 101 verbalizações de “descrição sobre a queixa” (CDESQUE), sendo 44, 40, 12 e 5 ocorrências em cada uma das sessões, respectivamente. As verbalizações do terapeuta que se seguiram a verbalizações do cliente categorizadas como “Descrição de Eventos Relacionados à Queixa” (CDESQUE) com maior percentual de ocorrência foram “Explicação” e “Aconselhamento” (TDESEXP e TACO). Observa-se uma possível tendência decrescente de ocorrência de verbalizações de aconselhamento, com percentual de 22%, na primeira sessão e zero verbalizações, na quarta sessão. O oposto acontece com falas do cliente que não foram seguidas por verbalização do terapeuta, que ocorrem em 8% das oportunidades na sessão 1 e na sessão 4 chegaram a 19%. Verbalizações categorizadas como de “Descrição sobre a Queixa” (TDESQUE), “Perguntas sobre a queixa” (TPERQUE), “Outras Verbalizações” (TOUT), “Verbalizações Mínimas”

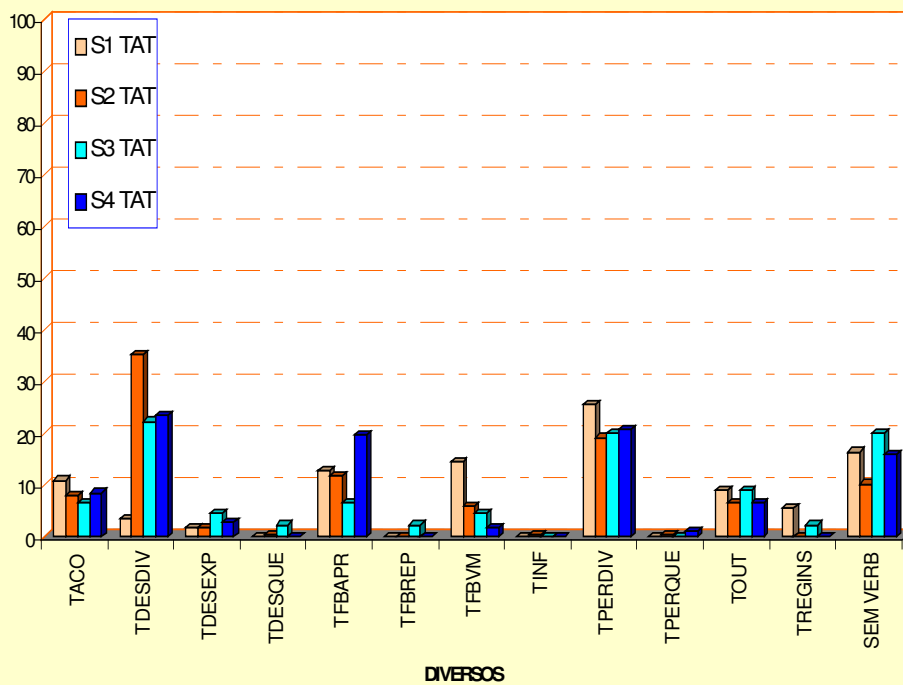
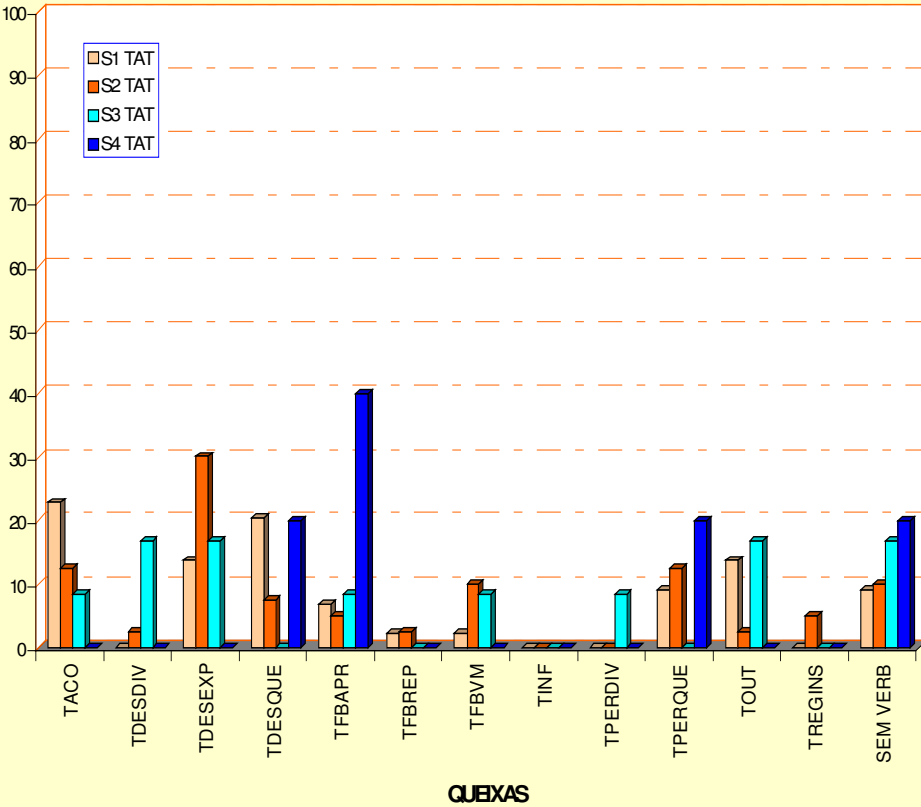
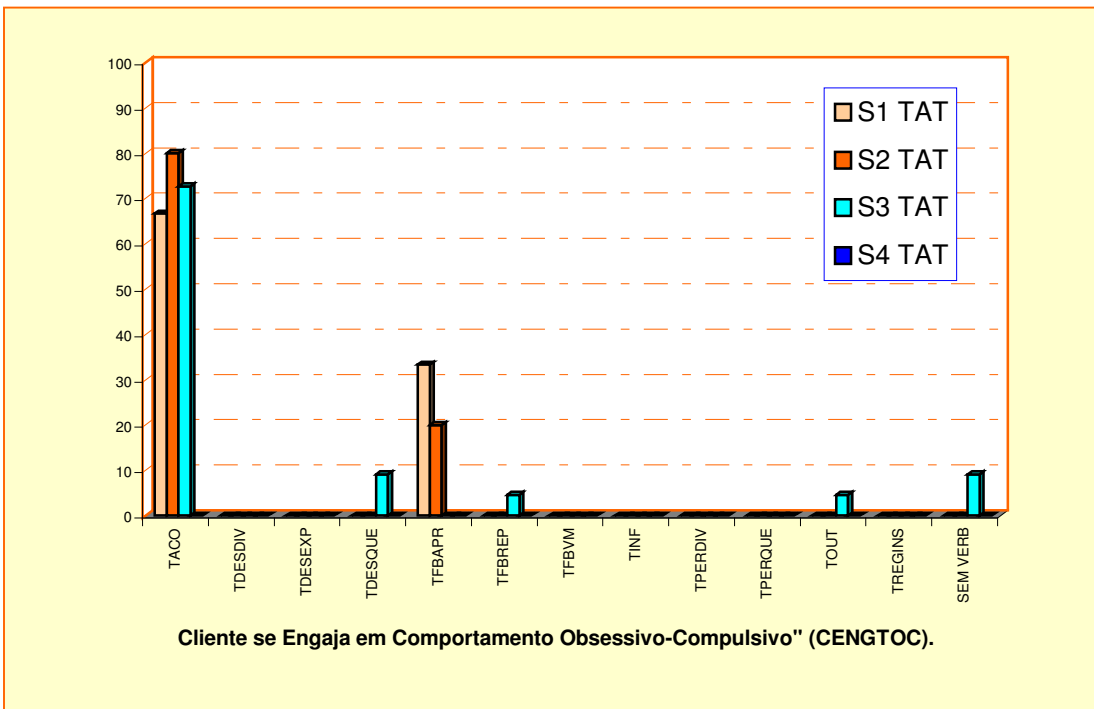


Figura 7. Percentual de ocorrência das categorias de registro de verbalizações do **terapeuta A** que se seguiram a verbalizações do **cliente “com TOC”** sobre sua queixa e sobre eventos diversos.

(TFBVM) e “Aprovação” (TFBAPR) ocorreram, após verbalizações do cliente categorizadas como CDESQUE, com percentual um pouco inferior a 20% em todas as sessões. As categorias “Descrição de Eventos Diversos” e “Perguntas sobre Eventos Diversos” (TDESDIV e TPERDIV) foram registradas em um número de instâncias que poderia ser significativo apenas na sessão 3 – 18% e 8%, respectivamente.

Foram registradas 431 verbalizações do cliente com diagnóstico de TOC a respeito de eventos diversos (CDESDIV), sendo 55, 224, 45, e 107 ocorrências em cada uma das sessões, respectivamente. A ocorrência destes registros foi muito superior àqueles feitos para a descrição de queixas (CDESQUE), resultado que é semelhante ao ocorrido nas sessões do cliente sem TOC com o mesmo terapeuta.

As verbalizações do terapeuta que se seguiram a falas de “Descrição de Eventos Diversos”, do cliente “com TOC”, com maior percentual de registro foram de descrição e perguntas sobre eventos diversos (TDESDIV variou de 4% a 35% e TPERDIV variou de 19% a 25% de ocorrências). De 10% a 20% das ocorrências das descrições de queixa do cliente não foram seguidas por qualquer verbalização do terapeuta (SEM VERB). Verbalizações do terapeuta do tipo “Aprovação” (TFBAPR), “Aconselhamento” (TACO), “Outras Verbalizações” (TOUT), “Verbalizações Mínimas” (TFBVM) e “Explicações” (TDESEXP), foram categorizadas como seguindo verbalizações do cliente sobre queixa entre 3% e 15% das ocorrências. A Figura 8 apresenta o percentual de ocorrências de cada categoria de registro de verbalizações do **terapeuta A**, que se seguiram a verbalizações do cliente “**com TOC**”, que indicaram a ocorrência de comportamento obsessivo-compulsivo (CENGTOC). Ocorreram verbalizações deste tipo (CENGTOC) apenas nas três primeiras sessões, no total de 30 ocorrências, sendo 3, 5 e 22 ocorrências, respectivamente. Destas, a grande maioria – 68% a 80% - foi seguida por verbalizações do terapeuta categorizadas como de “Aconselhamento” (TACO).



**Figura 8. Percentual de ocorrência das categorias de registro de verbalizações do terapeuta A que se seguiram a verbalizações do cliente “com TOC” que indicam engajamento em comportamento obsessivo-compulsivo.**

Nas sessões 1 e 2, além de aconselhamento, a única categoria de verbalização do terapeuta categorizada como seguindo a CENGTOC foi “Aprovação”, com percentual de 32% e 20%, respectivamente. Na sessão 3, as categorias “Terapeuta Descreve Queixa” (TDESQUE), “Reprovação” (TFBREP) e “Outras Verbalizações” (TOUT), assim como falas não seguidas por verbalização do terapeuta, seguiram-se a CENGTOC em menos de 10% das ocorrências,

Nas sessões da cliente com diagnóstico de TOC, ao contrário do que ocorreu com a cliente “sem TOC”, não houve registro de nenhuma categoria que se seguisse a descrições sobre a queixa ou eventos diversos que se destacasse visivelmente das demais. Apenas a categoria “Aconselhamento” (TACO) apareceu com uma porcentagem um

pouco maior, relacionada a verbalizações do cliente que indicavam engajamento em comportamento obsessivo-compulsivo (CENGTOC). Essa mesma categoria ocorreu de forma aparentemente significativa em seguida a verbalizações CDESQUE e CDESDIV, o que provavelmente se deve ao tipo de atendimento envolvido e ao tipo de dificuldade que a cliente apresentava (dificuldade em iniciar atividades).

Por outro lado, a ocorrência maior de verbalizações do cliente “com TOC” do terapeuta A categorizadas como “Descrição de Eventos Diversos” (CDESDIV), se comparada com “Descrição de Queixa” (4 vezes mais ocorrências que CDESQUE) conferem importância especial às verbalizações do terapeuta que se seguiram a essa categoria. Tanto para o cliente “sem TOC” quanto para o cliente “com TOC”, as verbalizações do terapeuta com maior percentual de ocorrência após “Cliente Descreve Diversos” foram as mesmas – Verbalizações categorizadas como “Aprovação” (TFBAPR) e “Perguntas” e “Descrições” sobre “Eventos Diversos” (TPERDIV e TDESDIV). Já as verbalizações do cliente sobre queixa (CDESQUE) foram preferencialmente seguidas por aconselhamento e explicação – no caso da cliente “com TOC” – ou não foram seguidas por verbalização do terapeuta – ambas as clientes. Embora tenha havido um percentual relativamente alto de verbalizações de aprovação (TFBAPR) em seguida a falas do cliente relacionadas à queixa nas sessões com o cliente “com TOC”, este índice diz respeito a um número de ocorrências muito pequeno – principalmente na quarta sessão, na qual ocorreram somente cinco verbalizações de queixa. No entanto, é uma diferença que merece destaque, visto que com a cliente “sem TOC” houve um percentual muito baixo de aprovação em seguida à queixa do cliente. Podemos notar, entretanto, que com ambos os clientes a terapeuta dispensou atenção diferenciada a verbalizações relacionadas à queixa e verbalizações sobre outros eventos, embora no caso da cliente “sem TOC” isso tenha sido mais evidente.

## **Analisando a interação terapeuta-cliente na sessão – Terapeuta A**

A partir da observação dos resultados relativos ao desempenho do **terapeuta A** com ambos os clientes, foram selecionadas as verbalizações do terapeuta e do cliente relacionadas a queixas e eventos diversos, assim como as categorias do terapeuta que apareceram como mais freqüentes – “Terapeuta Aprova” (TFBAPR) nas sessões TAN e “Terapeuta Aconselha” (TACO) nas sessões TAT para uma análise de freqüência acumulada de linhas da transcrição dessas categorias , em uma sessão para cada cliente (sessão 3 do cliente “não TOC” e sessão 2 do cliente “TOC”). O resultado está apresentado na Figura 9.

Pode-se observar na figura, na sessão com o cliente "sem TOC" (S3 TAN) uma tendência crescente de ocorrência da categoria “Cliente descreve Queixa” - CDESQUE até a linha 750 da sessão, a partir da qual esta tendência começa a diminuir em uma curva semelhante a uma curva de extinção.

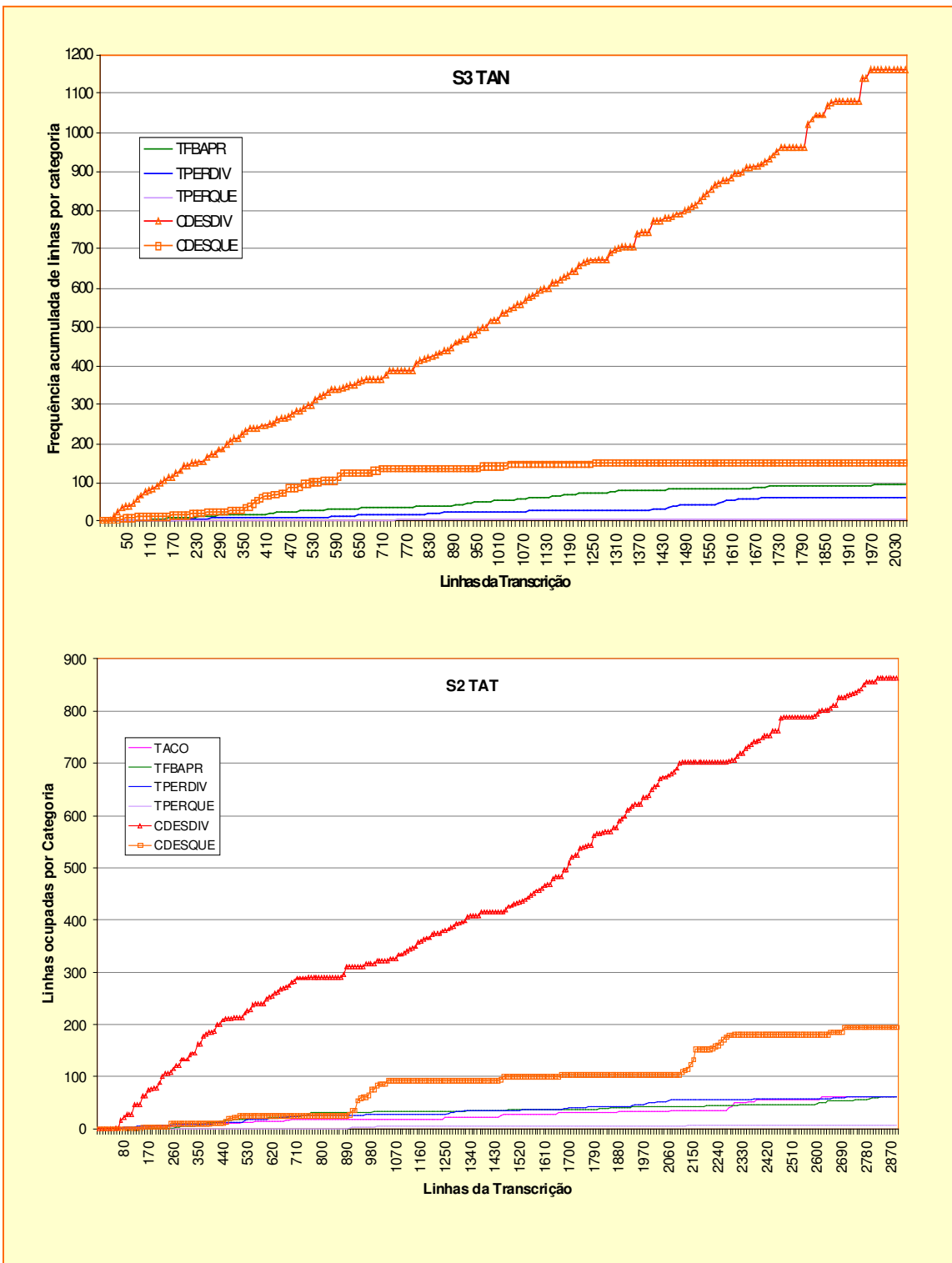


Figura 9 – Frequência acumulada de linhas da transcrição ocupadas por categoria do cliente e terapeuta na sessão 3 TAN e sessão 2 TAT.



Já a curva que se refere às verbalizações do cliente “sem TOC” sobre eventos diversos (CDESDIV) mostra uma tendência de ocorrência constante até o final da sessão (com exceção do trecho entre a linha 2000 e o final da sessão, cujo registro foi insuficiente - CREGINS e TREGINS). Na sessão do cliente “com TOC” (sessão 2 TAT) a ocorrência da categoria CDESDIV é também constante durante quase toda a extensão da sessão, enquanto a categoria CDESQUE se mantém constante até a linha 1070, a partir da qual deixa de ocorrer, voltando a ocorrer a partir da linha 2150 até a linha 2330, quando então deixa de ocorrer novamente.

As verbalizações do terapeuta, por sua vez, em ambas as sessões são predominantemente de “Aprovação” (TFBAPR) – subseqüentes a verbalizações do cliente de “Descrição de Eventos Diversos” (CDESDIV) – e “Perguntas sobre eventos Diversos” (TPERDIV), com pequena ocorrência de verbalizações do terapeuta sobre a queixa (TPERQUE).

As figuras mostram um padrão bastante semelhante no comportamento dos participantes em ambas as sessões, com ocorrência de verbalizações de terapeuta e cliente sobre eventos diversos durante toda a extensão das sessões, assim como a ocorrência regular de verbalizações de aprovação por parte do terapeuta. Considerando que os dois clientes estavam em atendimento há mais de um ano, o padrão de responder do cliente – ocorrência quase contínua de verbalizações sobre eventos não relacionados à queixa – poderia ser efeito de um procedimento de reforçamento diferencial por parte do terapeuta.

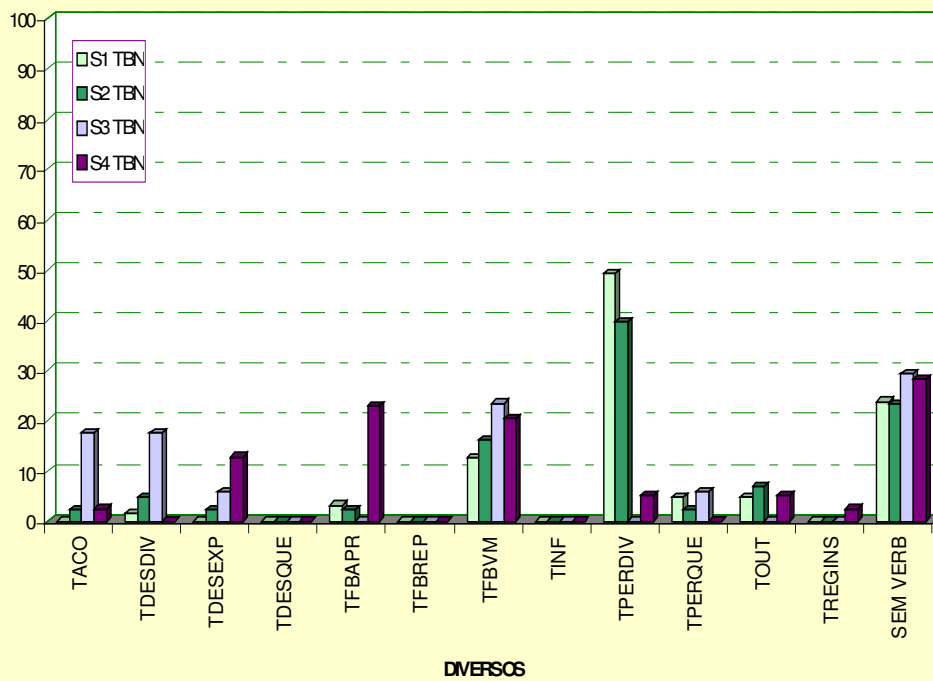
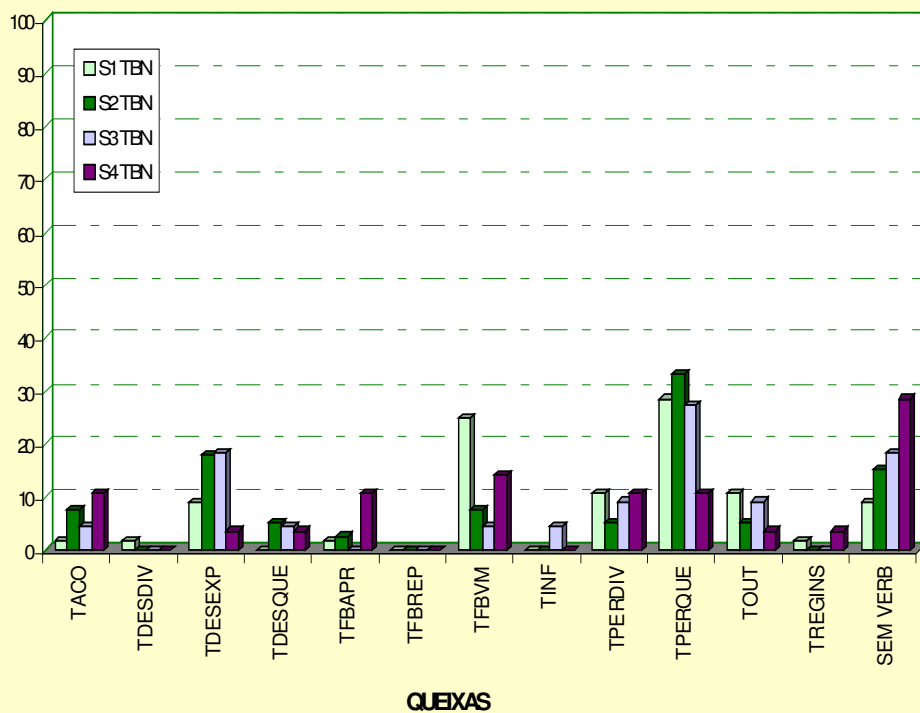


Figura 10. Percentual de ocorrência das categorias de registro de verbalizações do **terapeuta B** que se seguiram a verbalizações do **cliente “sem TOC”** sobre sua queixa e sobre eventos diversos.

A sessão 3 com o cliente "não TOC", que começou com o cliente apresentando muitas verbalizações de queixa – seguidas por silêncio do terapeuta – verbalizações estas que diminuíram ao longo da sessão, enquanto o terapeuta aprovava verbalizações de descrição de outros eventos, ilustra a provável ocorrência desse procedimento e do efeito deste sobre o comportamento do cliente.

#### Análise de seqüência de verbalizações: terapeuta B

A Figura 10 apresenta o percentual de ocorrência de cada categoria de registro de verbalizações do **terapeuta B** que se seguiram a verbalizações de descrição sobre a queixa (CDESQUE) e sobre eventos diversos (CDESDIV) do **cliente “sem TOC”**, em cada uma das sessões.

O total de ocorrências de verbalizações de descrição sobre a queixa por parte desse cliente foi 145, das quais 122 foram seguidas por verbalizações do terapeuta e 23 por outras verbalizações do cliente. As verbalizações do terapeuta que se seguiram com maior frequência a falas do cliente sobre a queixa foram “Perguntas Sobre a Queixa” (TPERQUE – 10% a 33% das sessões), “Explicações” (TDESEXP – 5% a 18%) e “Verbalizações Mínimas” (TFBVM – 5% a 23%). Em seguida, com distribuição bastante semelhante, ocorreram as verbalizações “Pergunta sobre eventos diversos” (TPERDIV), “Outras verbalizações” (TOUT), “Aconselhamento” (TACO), com ocorrência entre 5% e 10% das sessões. As seqüências nas quais as falas do cliente sobre a queixa não foram seguidas por verbalização do terapeuta (SEM VERB) parecem mostrar uma tendência crescente ao longo das sessões (8% na primeira sessão e 28% na última), de forma inversa ao que ocorreu com a categoria TPERQUE – que, de 38% na terceira sessão, começou a diminuir o percentual de ocorrência com que se seguiu a verbalizações do cliente sobre queixa, chegando a 10% na última sessão.

O total de verbalizações de descrição sobre eventos diversos (CDESQUE), do cliente “não TOC” foi 162, das quais 121 foram seguidas por verbalizações do terapeuta e 41 por outras verbalizações do próprio cliente.

Como indica a Figura 10, nas duas primeiras sessões (S1 e S2 TBN) as verbalizações sobre eventos diversos foram mais freqüentemente seguidas por verbalizações do tipo “Perguntas sobre eventos diversos” (TPERDIV 48% e 38% respectivamente), por verbalizações do próprio cliente (23% e 22%) e por “Verbalizações Mínimas” (TFBVM – 13% e 16%).

A partir da terceira sessão esse padrão mudou, sendo então as verbalizações CDESDIV seguidas mais freqüentemente por falas do próprio cliente (29% e 28%) e por “Verbalizações Mínimas” (TFBVM – 22% e 20%). Diferenças também foram constatadas entre as sessões S3 TBN e S4 TBN. Na sessão S3 TBN, além de emitir verbalizações mínimas, o terapeuta mais freqüentemente “Aconselhou” (TACO) ou “Descreveu Eventos Diversos” (TDESDIV), enquanto na sessão S4 TBN o terapeuta “Aprovou” (TFBAPR), ou “Explicou” (TDESEXP). As categorias “Terapeuta Pergunta sobre Queixa” (TPERQUE) e “Outras Verbalizações do Terapeuta” (TOUT) seguiram descrições de eventos diversos (CDESDIV) em menos de 8% das emissões, enquanto as demais categorias do terapeuta ocorreram após CDESDIV em menos de 4% das emissões.

Comparando o desempenho do terapeuta frente a cada tipo de descrição por parte do cliente “sem TOC” - “Cliente Descreve Eventos Diversos” e “Cliente Descreve”.



Figura 11. Percentual de ocorrência das categorias de registro de verbalizações do **terapeuta B** que se seguiram a verbalizações do **cliente “sem TOC”** sobre sua queixa e sobre eventos diversos.

Queixa “. (CDESDIV e CDESQUE) – é possível constatar que, em ambos os casos, o comportamento do terapeuta foi semelhante: ele tendia a perguntar sobre o respectivo evento (queixa ou diversos), ou, então, explicar e aconselhar o cliente.

A Figura 11 apresenta o percentual de ocorrência de cada categoria de registro de verbalizações do **terapeuta B** que se seguiram a verbalizações de descrição sobre eventos relacionados à queixa (CDESQUE) e a eventos diversos (CDESDIV) do **cliente com diagnóstico de TOC**, em cada uma das sessões. O total de verbalizações de descrição sobre eventos relacionados à queixa nestas sessões foi 395, das quais 384 foram seguidas por verbalizações do terapeuta e 11 por outras verbalizações do próprio cliente.

Na primeira sessão (S1 TBT), as verbalizações do terapeuta que mais se seguiram a CDESQUE foram verbalizações categorizadas como “Verbalizações Mínimas” (TFBVM – 43%), seguidas por “Perguntas sobre a queixa” (TPERQUE – 36%). Já a partir da segunda sessão, verbalizações do cliente do tipo CDESQUE foram seguidas preponderantemente por “Perguntas sobre Eventos Relacionados à Queixa” (TPERQUE – 70% a 80%). A ocorrência de falas do cliente do tipo CDESQUE que não foram seguidas por verbalizações do terapeuta (SEM VERB) foi menor que 5%.

O total de verbalizações de descrição sobre eventos diversos (CDESDIV), do cliente “com TOC”, nestas sessões, foi 120 (25, 20, 10, 1 e 64 ocorrências, respectivamente). Na sessão S4 TBT, a única ocorrência da categoria CDESDIV foi seguida por “Aconselhamento” (TACO). Já nas sessões S1 TBT e S2 TBT as verbalizações do terapeuta que mais freqüentemente se seguiram à descrição de eventos diversos por parte do cliente (CDESDIV) foram categorizadas como “Perguntas sobre eventos diversos” (TPERDIV - 45% e 50% das verbalizações) e “Verbalizações

Mínimas” (TFBVM – 31% e 4%), seguidas por falas que não são conseqüenciadas por falas do terapeuta (10% na sessão 1 e 0 na sessão 2).

Na sessão S3 TBT, o percentual de ocorrência de falas do terapeuta que se seguiram a falas do cliente do tipo CDESDIV foi distribuído uniformemente entre as categorias “Explicação” (TDESEXP), “Perguntas sobre Eventos Diversos” (TPERDIV), “Outras verbalizações” (TOUT) e verbalizações do próprio cliente – 20 % das ocorrências. Perguntas sobre a queixa (TPERQUE) foram registradas em seguida a verbalizações do cliente sobre eventos diversos em 10% dos registros.

Na sessão S5 TBT, o padrão do terapeuta foi muito semelhante ao seu padrão nas sessões 1 e 2, com maior ocorrência da categoria TPERDIV (46%), seguida por TFBVM (20%). No entanto, aumentaram as seqüências nas quais as falas do cliente sobre temas diversos foram seguidas por “Aprovação” (TFBAPR ocorreu em 10% das seqüências).

Um aspecto que chama a atenção nestas sessões foi a pouca ocorrência de verbalizações do cliente de descrição de eventos que não foram seguidas por verbalizações do terapeuta. Isso parece relacionado à não ocorrência de verbalizações espontâneas por parte do cliente, principalmente quando o tema era a queixa. A transcrição das sessões mostrou que quando o terapeuta investigava aspectos relacionados à queixa ou outros eventos, em boa parte das vezes o cliente respondia apenas o que o terapeuta havia perguntado e fazia silêncio, ou respondia de maneira evasiva, o que possivelmente levava o terapeuta a formular novas perguntas. Vale lembrar que as sessões gravadas eram iniciais do atendimento e o terapeuta necessitava, assim, “conhecer o cliente” para poder desenvolver qualquer procedimento. Daí talvez a predominância de verbalizações do terapeuta de perguntas sobre eventos (queixas ou diversos) e verbalizações mínimas.

Isso também talvez explique as diferenças entre as sessões do cliente “com e sem TOC”. No caso do cliente “sem TOC”, foi bem maior o número de “verbalizações espontâneas” do cliente (verbalizações do cliente que foram seguidas por novas verbalizações do próprio cliente), o que provavelmente permitiu ao terapeuta obter mais dados a respeito do cliente e, com isso, apresentar um maior número de falas de explicação ou aconselhamento. Com exceção da diferença com relação às verbalizações de aconselhamento e de explicação, o padrão do terapeuta foi bastante semelhante com ambos os clientes. Após a descrição do cliente, o terapeuta tendia a perguntar sobre os respectivos eventos, ou fazia silêncio, ou emitia verbalizações mínimas enquanto o cliente descrevia eventos.

### **Analisando a interação terapeuta - cliente na sessão – Terapeuta B**

A partir dos resultados do desempenho do terapeuta B nas sessões com ambos os clientes, foram selecionadas as categorias do terapeuta e do cliente relacionadas a queixas e eventos diversos, assim como as categorias mais frequentes de verbalizações do terapeuta – TDESEXP e TACO – e construída uma curva de frequência acumulada de ocorrência das categorias por linha da transcrição em uma sessão para cada cliente (sessão 3 do cliente “não TOC” e sessão 2 do cliente “TOC”, Figura 12). Devido à diferença de desempenho aparentemente significativa na última sessão com o terapeuta B atendendo o cliente com TOC (S5 TBT), optou-se por representar também esta sessão em curva acumulada (Figura 13).

As figuras mostram padrões de comportamento de terapeuta e cliente bastante diferentes daqueles observados com o terapeuta A. A própria seleção de categorias do terapeuta (as mais frequentes) já é um indicativo da diferença entre os terapeutas: enquanto nas sessões com o terapeuta A categoria mais frequente foi “Aprovação”, o



terapeuta B apresentou mais verbalizações de “Aconselhamento” e “Explicação”. Também foi bastante diferente o número de linhas ocupadas por falas do terapeuta: enquanto o terapeuta A teve falas muito curtas distribuídas ao longo de toda a sessão, o terapeuta B teve longos períodos de silêncio seguidos por falas muito prolongadas, chegando a superar o número de linhas de verbalizações do cliente. Na sessão 3 do cliente “sem TOC”, com o Terapeuta B, nota-se que falas do cliente de descrição sobre a queixa (CDESQUE) foram intercaladas por longos períodos de explicação e aconselhamento por parte do terapeuta (linhas 150 a 440, linhas 710 a 980). Nota-se também a pequena ocorrência de verbalizações de perguntas do terapeuta (TPERQUE e TPERDIV). Perguntas relacionadas à queixa (TPERQUE) ocorreram principalmente no começo da sessão (linhas 80 a 250). No entanto, antes disso, já havia uma ocorrência elevada de verbalizações sobre do cliente sobre a queixa. Este dado permite inferir que o repertório de queixa do cliente teria sido bastante fortalecido antes do contato com o terapeuta – o que coincide com a descrição de quadro de depressão – e as falas do terapeuta de pergunta sobre queixa e de explicações - que ocorreram aparentemente seguidas a queixas – poderiam ter tido um efeito de manutenção da resposta de queixa do cliente. Diferentemente do ocorrido com verbalizações de queixa, as verbalizações do cliente de descrição de eventos não relacionados à queixa (CDESDIV) só começaram a ocorrer (a partir da linha 440) após o terapeuta perguntar sobre estes eventos (TPERDIV linhas 410 a 430), embora tenham ocorrido bastante a partir desse ponto.

A figura da sessão com o cliente “com TOC” (Figura 12 – Sessão 2 TBT) mostra um padrão diferente do cliente “sem TOC”. As verbalizações de descrição do cliente “com TOC” só ocorreram antecedidas por verbalizações de perguntas do terapeuta, durante toda a sessão. As curvas das categorias “Terapeuta Pergunta sobre Queixa” (TPERQUE) e “Cliente Descreve Queixa” (CDESQUE) pareceram caminhar lado a lado,

o que indicaria que o cliente emitia poucas verbalizações espontâneas, levando a longas seqüências de “Terapeuta Pergunta”, “Cliente Descreve”, "Terapeuta Pergunta", "Cliente Descreve"... O mesmo padrão foi observado com relação a eventos diversos, como mostram as curvas de “Perguntas” do terapeuta (TPERDIV) e “Descrição” do cliente (CDESDIV) que também ocorreram juntas.

Semelhante ao ocorrido na sessão com o cliente “sem TOC”, os períodos de perguntas e descrições de eventos do cliente “com TOC do terapeuta B” foram intercalados por períodos longos de aconselhamento e explicação, embora tenha havido muito menos linhas de explicação e aconselhamento nas sessões deste cliente. Na quinta sessão do cliente “com TOC” (Figura 13), no entanto, o padrão da sessão mudou sensivelmente. Nessa sessão, o terapeuta começou perguntando a respeito de eventos não relacionados à queixa (TPERDIV), e o cliente descreveu estes eventos (CDESDIV). O cliente, então, passou a queixar-se a partir da linha 90, enquanto o terapeuta continuava a perguntar sobre outros eventos.

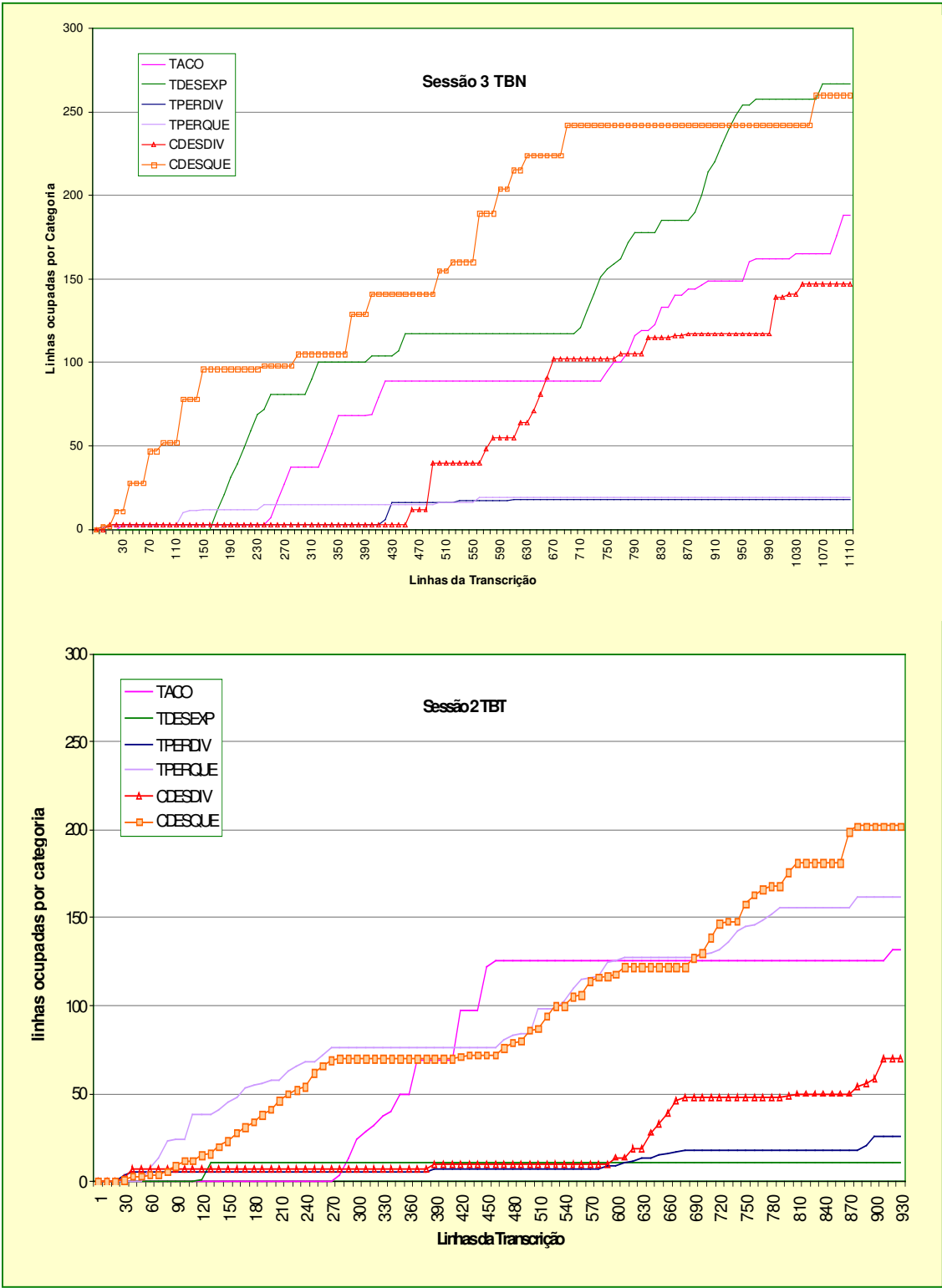


Figura 12 – Frequência acumulada de linhas da transcrição ocupadas por categoria do cliente e terapeuta na sessão 3 TBN e sessão 2 TBT.

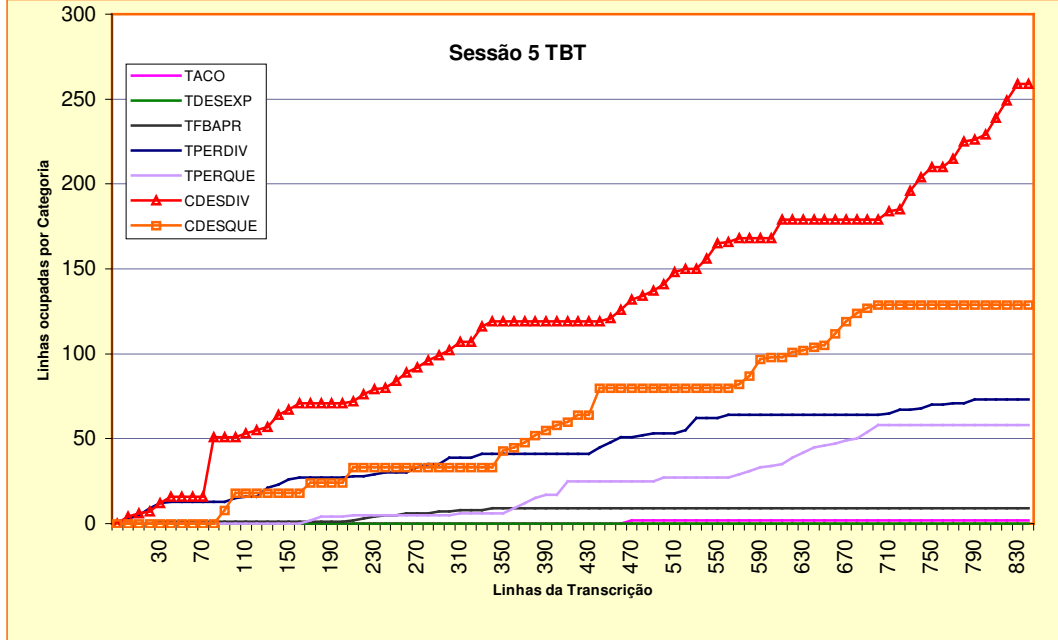


Figura 13 – Frequência acumulada de linhas da transcrição ocupadas por categoria do cliente e terapeuta na sessão 5 TBT.

A partir da linha 170 o terapeuta passou a perguntar sobre ambos – queixa e diversos (TPERDIV e TPERQUE) - e o cliente a descrever também ambos os eventos (CDESDIV e CDESQUE). Nota-se também a baixa ocorrência de explicações (TDESEXP) e conselhos (TACO), diferentemente do ocorrido na sessão 2. É possível observar também, na sessão 5 com terapeuta B e o cliente “com TOC”, um aumento na ocorrência de verbalizações de aprovação (TFBAPR), com relação à sessão 2, até a linha 350, período da sessão em que foi maior a ocorrência de descrição de eventos diversos por parte do cliente. Os resultados apresentados nas Figuras 12 e 13 - juntamente com as figuras que apresentam o percentual de verbalizações do cliente e terapeuta por sessão (Figuras 4 e 5) – podem indicar que, até a sessão 4 (S4 TBT), o terapeuta basicamente coletou dados a respeito do problema da cliente (TOC) e, a partir da sessão 5, teria começado a mudar seu procedimento. Aparentemente, a Figura 13 mostra um padrão intermediário entre o padrão observado na sessão 2 TBT e as sessões com a terapeuta A

(Figura 9). Pode-se inferir que o terapeuta B, na sessão 5 TBT estaria começando um procedimento de reforçamento diferencial de verbalizações não relacionadas à queixa, semelhante ao que aparentemente ocorria com a terapeuta A. O aumento da ocorrência de verbalizações de aprovação na sessão 5, em um período da sessão no qual era grande a ocorrência de descrição sobre eventos diversos poderia ser compreendido como parte deste procedimento de reforçamento diferencial. A ocorrência ainda elevada de verbalizações da cliente sobre a queixa (CDESQUE) talvez se devesse ao fato desse tipo de verbalização ter sido muito solicitado nas sessões anteriores. Vale observar que nas sessões 1 a 4, a alta ocorrência de perguntas sobre a queixa (TPERQUE) feitas pelo terapeuta pode ter tido uma função reforçadora para as respostas de descrição de queixa da cliente (CDESQUE), além da possível função de estímulo discriminativo (Sd) para a descrição de queixas. Se isso ocorreu, as respostas de queixa da cliente, ao menos no ambiente da sessão, estariam bastante fortalecidas – o que poderia explicar o fato de a descrição de queixas passar a ocorrer a partir da linha 90 da sessão 5 sem a solicitação do terapeuta. Um acompanhamento do que ocorreu nas sessões seguintes à sessão 5 seria importante para esclarecer as diferenças encontradas nas sessões 2 e 5 com o terapeuta B e o cliente “com TOC”.

## **Categorias de Análise**

A fim de analisar os tipos de “Explicação” (TDESEXP) e “Aconselhamento” (TACO) dos terapeutas, foram desenvolvidas o que aqui se convencionou chamar de categorias de análise de seqüências de verbalizações. Para a elaboração das categorias, primeiramente foi realizado um levantamento de todas as ocorrências das categorias TDESEXP e TACO.

Em seguida, para cada ocorrência, foi realizada uma busca (na transcrição das sessões) da verbalização inicial do tema relacionado à explicação ou ao aconselhamento em questão. Foi considerado como verbalização inicial a fala do terapeuta ou do cliente na qual se observou uma mudança de assunto para o tema que foi foco da explicação ou aconselhamento. Após identificar a verbalização inicial, foi realizada a busca da verbalização final do tema – verbalização do terapeuta ou do cliente na qual se identificou o encerramento do tema, ou a última verbalização antes de verbalização do cliente ou terapeuta sobre um novo tema. O trecho da transcrição compreendido entre a verbalização inicial e final do tema que foi foco da explicação ou aconselhamento constituiu uma “Seqüência de Verbalizações”.

Assim, uma mesma seqüência de verbalizações podia conter mais de uma ocorrência da categoria de registro TDESEXP ou TACO. Quando o terapeuta emitia uma verbalização de aconselhamento ou explicação que dizia respeito a mais de um tema, foram selecionadas as verbalizações inicial e final relativas a cada tema que foi foco da explicação ou aconselhamento e foram consideradas tantas ocorrências quantos foram os temas em questão.

A partir da identificação das seqüências de verbalizações, as seqüências relativas a TDESEXP e TACO foram, então, classificadas de acordo com o tipo de explicação ou aconselhamento. Um exemplo de seqüência categorizada do tipo “Conselho” encontra-se

no anexo 4 e um exemplo de seqüência categorizada do tipo “Explicação” encontra-se no anexo 5.

### **Analisando o aconselhamento por parte do terapeuta**

As seqüências inicialmente categorizadas como “Terapeuta Aconselha o Cliente” foram, então, categorizadas como:

- a) Solução de Problemas - SOLPROBLEMA: Seqüências nas quais o terapeuta sugeria ao cliente alternativas de resposta a uma situação-problema, descrita pelo cliente, ou ocorrida no andamento da sessão.
  
- b) Terapeuta propõe atividade incompatível com a resposta-queixa - ATIVIDADE: Seqüências nas quais o terapeuta propunha que o cliente, sozinho ou com ele, se engajasse em atividades (ou emitisse respostas), que seriam – supostamente - incompatíveis com o problema-queixa.
  
- c) Exposição e/ou prevenção de respostas – EXPOSIÇÃO: (1) Seqüências nas quais o terapeuta utilizava – de forma sistemática ou assistemática - o procedimento de exposição com prevenção de respostas, ou um de seus componentes: a exposição (descrevendo eventos relacionados às obsessões do cliente, colocando-o em contato com as situações que provocam ansiedade), ou a prevenção de respostas (impedindo que o cliente emitisse respostas de esquiva frente a situações eliciadoras de ansiedade). (2) Seqüências nas quais o terapeuta recomendava ao cliente que realizasse registros de seu comportamento como parte do preparo para o procedimento de exposição com prevenção de respostas.
  
- d) Ensino de Procedimentos – ENSINOPROC: Seqüências nas quais o terapeuta instruía o cliente em procedimentos decorrentes da análise do comportamento, tais como o reforçamento, extinção, modelagem por aproximações sucessivas etc..

e) Coleta de Dados – COLETADADO: Seqüências nas quais o terapeuta solicitava ao cliente que realizasse observações e/ou registros, de forma sistemática ou assistemática. Não foram incluídos nesta categoria registros para o desenvolvimento do procedimento de exposição com prevenção de respostas.

f) Terapeuta recomenda que cliente se comporte de modo a evitar ou expressar EP – PRIVADO: Seqüências nas quais o terapeuta solicitava ao cliente que alterasse pensamentos ou sentimentos<sup>10</sup>.

g) Seqüência Insuficiente para classificação - INSUFICIENTE: Seqüências cujo conteúdo era insuficiente para a identificação do tipo de aconselhamento envolvido.

A Figura 14 apresenta o percentual de ocorrência de cada uma das categorias de análise das interações verbais nas quais os terapeutas aconselharam cada um de seus clientes (TACO). Nas sessões com o terapeuta A e o cliente sem diagnóstico de TOC, ocorreram apenas 3 segmentos categorizados como TACO, todos na segunda sessão (S2 TAN), inseridos em duas seqüências de verbalizações. As duas seqüências diziam respeito a propostas de atividades incompatíveis com o problema-queixa e foram categorizadas como “Atividade”. Devido ao pequeno número de instâncias, o percentual referente a esse grupo de sessões não foi inserido na Figura 14.

Nas sessões com o **terapeuta A e o cliente com diagnóstico de TOC** (SAT1 a S4 TAT) o número de ocorrência de conselhos por parte do terapeuta foi mais elevado: 40, 35, 31 e 26 ocorrências, respectivamente, totalizando 132 segmentos em 47 seqüências de verbalizações. Os registros de categorias com percentual mais elevado foram “Terapeuta



sugere atividade” (ATIVIDADE – 49%), “Exposição com prevenção de respostas” (PREVRESP – 21%) e “Solução de Problemas” (SOLPROBLEMA – 19%). A categoria “Ensino de procedimento” (ENSINOPROC) foi registrada em 2 seqüências, e em outras 2 seqüências não foi possível identificar o tipo de aconselhamento envolvido (INSUFICIENTE).

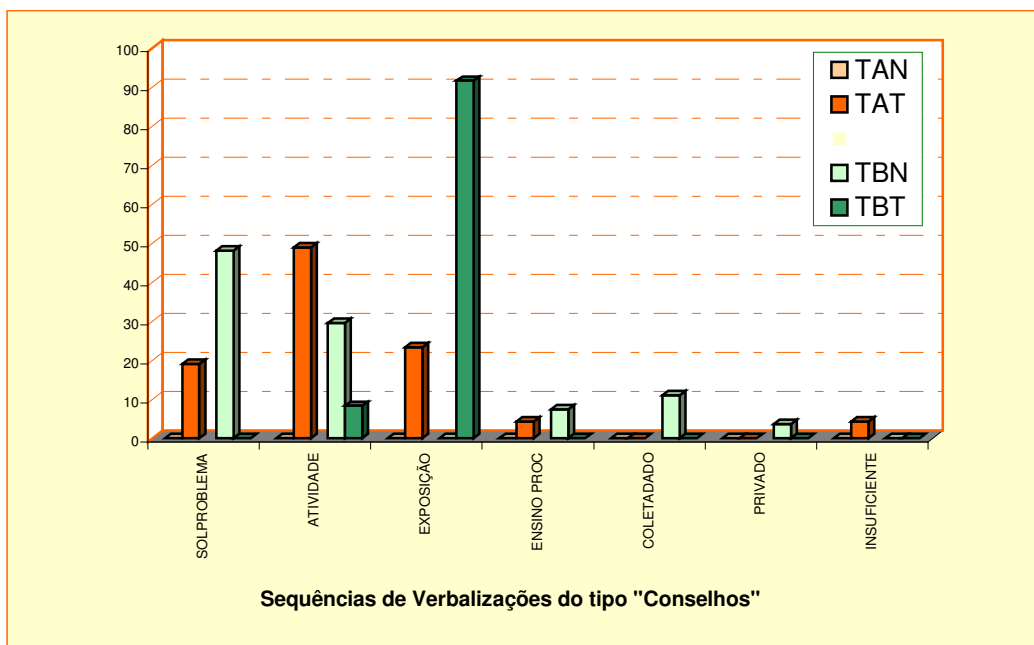


Figura 14. Percentual de ocorrências das categorias da análise dos segmentos categorizados como “Terapeuta Aconselha o Cliente”.

Nas sessões com o **terapeuta B e o cliente “sem TOC”** (S1 S4 TBN), ocorreram 50 segmentos categorizados como TACO (4, 13, 20 e 13 segmentos, respectivamente) em 27 seqüências de verbalizações. Tomados em seu conjunto, os registros de seqüências de aconselhamento mais freqüentes foram do tipo “Solução de Problemas” (SOLPROBLEMA – 48%), seguidos por “Sugestão de Atividade” (ATIVIDADE – 30%) e “Coleta de Dados” (COLETADADO – 10%). A categoria “Ensino de Procedimento” (ENSINOPROC) foi atribuída a duas seqüências e a categoria “Terapeuta recomenda que

<sup>10</sup> Esta categoria foi baseada em uma das categorias proposta por Martins (1999).

cliente se comporte de modo a evitar ou expressar EP” (PRIVADO) foi registrada em uma única seqüência.

Nas sessões com o **terapeuta B e o cliente com diagnóstico de TOC** (S1 TBT a S5 TBT) ocorreram 34 segmentos categorizados como “Aconselhamento” (3, 12, 2, 16 e 1 segmentos, respectivamente), resultando em 12 seqüências de verbalizações analisadas. Dessas, 90% diziam respeito à preparação para o procedimento de exposição com prevenção de respostas (Exposição), enquanto 1 seqüência foi categorizada como “Terapeuta propõe atividade” (ATIVIDADE).

A partir da Figura 14, é possível observar que, além do tipo de aconselhamento ser diferente entre cada um dos terapeutas, ele foi diferente para o mesmo terapeuta entre cada cliente atendido. Aparentemente, o tipo de aconselhamento dado pelos terapeutas estava relacionado à queixa do cliente e ao procedimento terapêutico adotado pelo terapeuta. A terapeuta A, com o cliente sem diagnóstico de TOC, aparentemente utilizou o procedimento de reforçamento diferencial de comportamentos incompatíveis com o comportamento-queixa. É coerente com esse procedimento a existência de poucos episódios de aconselhamento, enquanto se dava uma atenção maior à conseqüenciação (feedback) diferencial frente a diferentes respostas verbais do cliente. A ocorrência de dois episódios de aconselhamento categorizados como propostas de atividades incompatíveis com o problema-queixa (ATIVIDADE) também parece relacionada a este tipo de procedimento. No caso do cliente “com TOC”, a terapeuta A parece utilizar procedimento semelhante – o que seria indicado pela presença de um número superior de propostas de atividades incompatíveis com a resposta-queixa, além dos resultados já discutidos relativos ao percentual de verbalizações categorizadas do terapeuta e cliente e à análise de seqüências de verbalizações. Além disso, a terapeuta utilizou o procedimento

de exposição com prevenção de respostas de modo assistemático apenas – o que pôde ser observado na transcrição. O número maior de aconselhamentos, nesse caso, pode ser devido ao tipo de problema da cliente – dificuldade em iniciar respostas, o que exigiria da terapeuta uma postura mais diretiva.

Com relação ao terapeuta B, nas sessões do cliente “sem TOC”, ele pareceu adotar uma postura bastante diretiva, com um percentual alto de aconselhamento em todas as sessões. Pode-se observar que os tipos de aconselhamento foram mais freqüentemente relacionados à solução de problemas apresentados pelo cliente, mas outros tipos de aconselhamento também ocorreram com freqüência aparentemente significativa. O tipo de atendimento deste terapeuta pareceu estar sob controle de parte da literatura que defende a descrição de contingências e a apresentação de regras (em forma de conselhos) como estratégia para a mudança comportamental (Delitti, 1997; Guilhardi e Queiroz, 1997; Meyer, 1997a). Já com o cliente “com TOC”, os tipos de conselhos do terapeuta B foram, em sua grande maioria, voltados para a coleta de informações para o desenvolvimento do procedimento de exposição com prevenção de respostas. Embora na quinta sessão tenha ocorrido uma mudança que parece indicar a utilização de um outro procedimento, conforme já discutido anteriormente.

### **Analisando as explicações do terapeuta**

As seqüências inicialmente categorizadas como “Terapeuta Descreve/ Explica” foram, então, categorizadas como:

a) Explicações baseadas em dados Demográficos ou probabilísticos - **DEMOGPROB**: Seqüências nas quais o terapeuta descrevia relações entre eventos com ênfase em dados demográficos ou probabilísticos. Não foram consideradas explicações baseadas em dados probabilísticos as verbalizações do terapeuta nas quais ele ressaltava a probabilidade de

ocorrência de uma resposta a partir da identificação de uma determinada relação de contingência entre eventos. O termo probabilístico aqui se refere a dados estatísticos;

b) Fisiológico como causa – **FISIOCAUSA**: Seqüências nas quais o terapeuta descrevia relações que recorrem a aspectos fisiológicos como agentes causadores do comportamento;

c) Funcionamento do organismo – **FUNCORGAN**: Seqüências nas quais o terapeuta descrevia o funcionamento do organismo, sem atribuição de causa do comportamento;

d) História como critério – **HISTORIA**: Seqüências nas quais o terapeuta recorria à história passada do indivíduo para inferir a probabilidade de emissão de determinada resposta por parte do cliente;

e) Diagnóstico como causa – **DIAGNOST**: Seqüências nas quais o terapeuta atribuía ao diagnóstico do cliente a causa de seu comportamento;

f) Eventos Internos como causa – **INTERNA**: Seqüências nas quais o terapeuta atribuía a eventos internos, do tipo pensamentos ou sentimentos, a causa do comportamento;

g) Descrição imprecisa – **IMPRECISO**: Seqüências nas quais não era clara a relação descrita, devido a descrições imprecisas do terapeuta;

h) Terapeuta aponta variáveis relevantes – **VARIÁVEIS**: Seqüências nas quais o terapeuta descrevia variáveis relevantes para o entendimento do comportamento, mas não estabelecia a relação entre estas variáveis e o comportamento explicado;

i) Explicações com ênfase em relações resposta-consequência – **CONSEQUÊNCIA**: Sequências nas quais o terapeuta descrevia relações entre eventos com ênfase em relações resposta-consequência;

A Figura 15 apresenta o percentual de ocorrência para cada uma das categorias de seqüências de verbalizações nas quais o terapeuta descreveu relações explicativas e/ou causais entre eventos (TDESEXP).

Nas sessões do **terapeuta A com o cliente sem diagnóstico de TOC** (S1 TAN a S4 TAN), ocorreram 0, 3, 8 e 3 segmentos categorizados como TDESEXP, respectivamente, totalizando 14 segmentos, em oito seqüências de verbalizações. Já nas sessões do mesmo terapeuta com o **cliente “com TOC”** (S1 TAT a S4 TAT), o número de ocorrência de explicações por parte do terapeuta foi mais elevado: 12, 24, 6 e 6 ocorrências, respectivamente, totalizando 48 segmentos, em 25 seqüências de verbalizações. Pode-se observar na Figura a prevalência de explicações do terapeuta A com ênfase na consequência, para ambos os clientes (Consequência - 61% e 43%). Também ocorreram, com ambos os clientes do terapeuta A, explicações que recorriam a aspectos fisiológicos para explicar o comportamento (FISIOCAUSA – 11% das ocorrências). Explicações nas quais não ficou clara a relação descrita (IMPRECISO) ocorreram em 23% das seqüências nas sessões TAN e em 15% nas sessões TAT. As demais categorias de explicação do terapeuta A ocorreram apenas nas sessões do cliente “com TOC”, com exceção da categoria “Variáveis”, da qual não foi registrada nenhuma ocorrência para este terapeuta.

Nas sessões do **terapeuta B com o cliente sem diagnóstico de TOC** (S1 TBN a S4 TBN), ocorreram 13, 15, 23 e 26 segmentos categorizados como TDESEXP, respectivamente, totalizando 67 segmentos, em 38 seqüências de verbalizações. Já nas sessões do **cliente com diagnóstico de TOC** (S1 TBT a S5 TBT), o número de

ocorrência de explicações por parte do terapeuta foi menor: 0, 1, 3, 0, e 0 ocorrências respectivamente, totalizando 4 segmentos em 3 seqüências de verbalizações, duas delas nas quais o terapeuta descreveu relações do tipo consequência entre eventos (CONSEQUÊNCIA) e uma na qual não ficou clara a relação descrita (IMPRECISO).

Houve nas sessões do terapeuta B com o cliente “sem TOC” um percentual elevado de explicações com ênfase na consequência (79% das seqüências). A segunda maior ocorrência foi de seqüência de verbalizações nas quais o terapeuta apontava variáveis relevantes (Variáveis - 15%), seguida por uma ocorrência de “Explicações sobre o Funcionamento do Organismo” (5%).

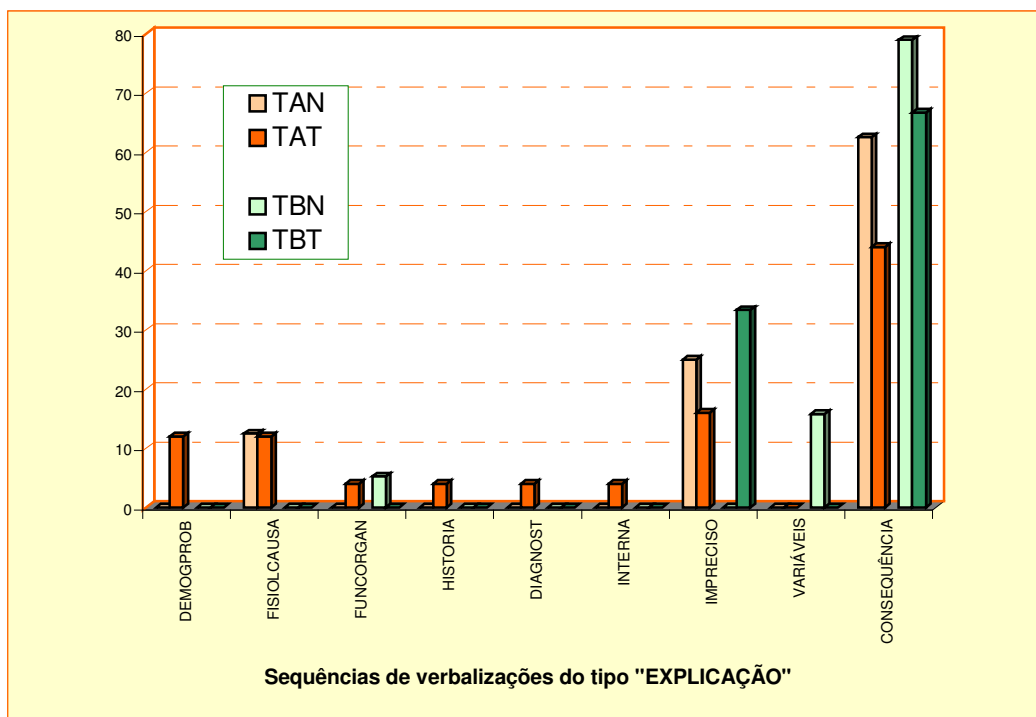


Figura 15. Percentual de ocorrências das categorias da análise dos segmentos categorizados como “Terapeuta descreve Relações Explicativas e/ou causais entre Eventos”.

Ambos os terapeutas, com ambos os clientes, apresentaram predominantemente explicações com ênfase na consequência, o que pode indicar uma atuação consistente com os princípios teóricos da análise do comportamento. Por outro lado, ocorrência de explicações imprecisas foi verificada com ambos os terapeutas, o que pode, no entanto, ser devido às condições de registro, que não permitiram o acesso do pesquisador a outros comportamentos verbais (não vocais). Quanto às outras categorias de seqüências de verbalizações, o terapeuta A apresentou maior variabilidade entre os tipos de explicação utilizados, enquanto as explicações do terapeuta B variaram menos. Esta característica das explicações do terapeuta A poderia apontar para problemas com relação à sua consistência teórica – principalmente no que se refere a eventos privados como causa e diagnóstico como causa. No entanto, a complexidade da situação envolvida não permite conclusões seguras a esse respeito. É exemplo da complexidade envolvida na afirmação de consistência ou não do terapeuta, o trecho no qual a terapeuta utilizou explicação categorizada como recorrendo a eventos internos como causa do comportamento. Este trecho ocorreu após uma longa seqüência de explicações da terapeuta na qual ela descrevia para a cliente as consequências envolvidas na resposta de sair de casa com o marido (ir ao shopping). Nessa seqüência, após a terapeuta analisar diversas consequências aversivas das quais a cliente se esquivava ao não sair de casa, ocorreu a seguinte seqüência:

*“C: ... faz tanto tempo que eu não vou num shopping, toda vez que ele vai no shopping agora, vai sozinho com o G. Também não tenho muita vontade de ir em shopping.*

*T: É, porque você não tem ânimo, né CAT.? Nem... não tem um programa que te interesse. “.*

O trecho transcrito pode indicar uma explicação mentalista, mas pode também ser uma tentativa, por parte da terapeuta, de adaptar a explicação a termos que a cliente compreendesse, ou, ainda, poderia ser uma verbalização irônica.

O tipo de atendimento utilizado pela terapeuta A no caso da cliente com TOC também merece atenção com relação a este aspecto. As intervenções terapêuticas foram feitas em ambiente natural, em condições muito próximas daquelas interações do dia a dia da cliente. Estas situações exigiam um linguajar menos preciso que a situação de atendimento em gabinete, o que pode justificar a ocorrência de verbalizações do terapeuta menos compatíveis com as explicações “típicas” de um analista do comportamento.

### **Contingências analisadas pelo terapeuta:**

Ainda na tentativa de analisar as verbalizações dos terapeutas, especialmente no que diz respeito às suas explicações, as seqüências de verbalizações identificadas como explicações com ênfase em relações resposta-conseqüência (Conseqüência) foram classificadas segundo os tipos de relação envolvidos na descrição apresentada pelo terapeuta. Um exemplo de seqüência de verbalizações categorizada como “explicação com ênfase em relações resposta-conseqüência” encontra-se no anexo 6. Foram identificadas as seguintes relações:

- 1) Esquiva – Seqüências na quais o terapeuta descrevia o comportamento do cliente recorrendo ao conceito de fuga/ esquiva: ou seja; explicando a manutenção do responder pelo afastamento / diminuição / atraso de conseqüências aversivas.
- 2) Conflito – Seqüências nas quais o terapeuta descrevia o comportamento do cliente ou de terceiros, como uma relação na qual o responder produzia conseqüências



aversivas e positivas, ou incompatíveis e efeitos dessa contingência, tais como sentimentos ambivalentes, dúvida ou dificuldade em responder.

- 3) Relações de contingência - Sequências nas quais o terapeuta descrevia relações entre respostas, abertas ou encobertas, do cliente ou de terceiros e outros eventos, enfatizando a relação se... então entre resposta e consequência como determinante do responder e dos sentimentos do cliente, em oposição à noção de evento privado como causa - excluindo-se descrições de contingências de esquiva.
- 4) Relações de Contigüidade - Sequências nas quais o terapeuta descrevia relações cujo evento explicado não era consequência do responder do cliente, mas apenas ocorria temporalmente próximo.
- 5) Controle de Estímulos – Sequências nas quais o terapeuta apontava para eventos antecedentes como controladores de uma resposta emitida pelo cliente, ou por terceiros, cuja manipulação poderia alterar o próprio responder.
- 6) Prazo - Sequências nas quais o terapeuta descrevia consequências a curto, médio e/ou longo prazo envolvidas no controle do responder.
- 7) História de vida – Sequências nas quais o terapeuta descrevia princípios do processo de variação e seleção e a relação entre a história de reforçamento e o repertório atual do cliente, em oposição à noção de personalidade como invariável e determinante do comportamento.

A Figura 16 apresenta o número de ocorrências de seqüência de verbalizações nas quais o terapeuta descrevia relações explicativas ou causais do tipo “Conseqüência”. Nas sessões do terapeuta A com o cliente sem TOC (S1 TAN a S4 TAN), ocorreram 5 segmentos categorizados como Explicações do tipo “Conseqüência”, sendo 2 descrições de relações de esquiva, 1 de conflito, 1 de contigüidade e 1 de contingência entre eventos. Já nas sessões com o cliente com TOC (S1 TAT a S4 TAT) ocorreram 11 seqüências, sendo 8 descrições de relações de contingência entre eventos, 2 de esquiva e 1 de conflito.

Nas sessões do terapeuta B com o cliente sem TOC (S1 TBN a S4 TBN), ocorreram 15 segmentos categorizados como Explicações do tipo CONSEQUÊNCIA, sendo 9 descrições de relações de contingência entre eventos (“Contingência”) e 3 seqüências categorizadas como “Controle de Estímulo”. As seqüências categorizadas como “Esquiva”, “Prazo”, e “História de Vida” ocorreram em uma seqüência cada uma. Nas sessões do cliente com TOC (S1 TBT a S5 TBT) as 2 seqüências caracterizadas como “Explicação” do tipo “Conseqüência” diziam respeito a relações de contigüidade entre eventos.

As diferenças entre os terapeutas e entre cada terapeuta com diferentes clientes com relação ao tipo de contingência descrita parecem ser devidas menos ao modelo de atendimento do terapeuta que à temática abordada nas sessões. A cada sessão o/a cliente podia apresentar como tema para discussão eventos diferentes das sessões anteriores e/ou eventos bastante diversos durante uma mesma sessão, conduzindo análises de contingências também diversas.

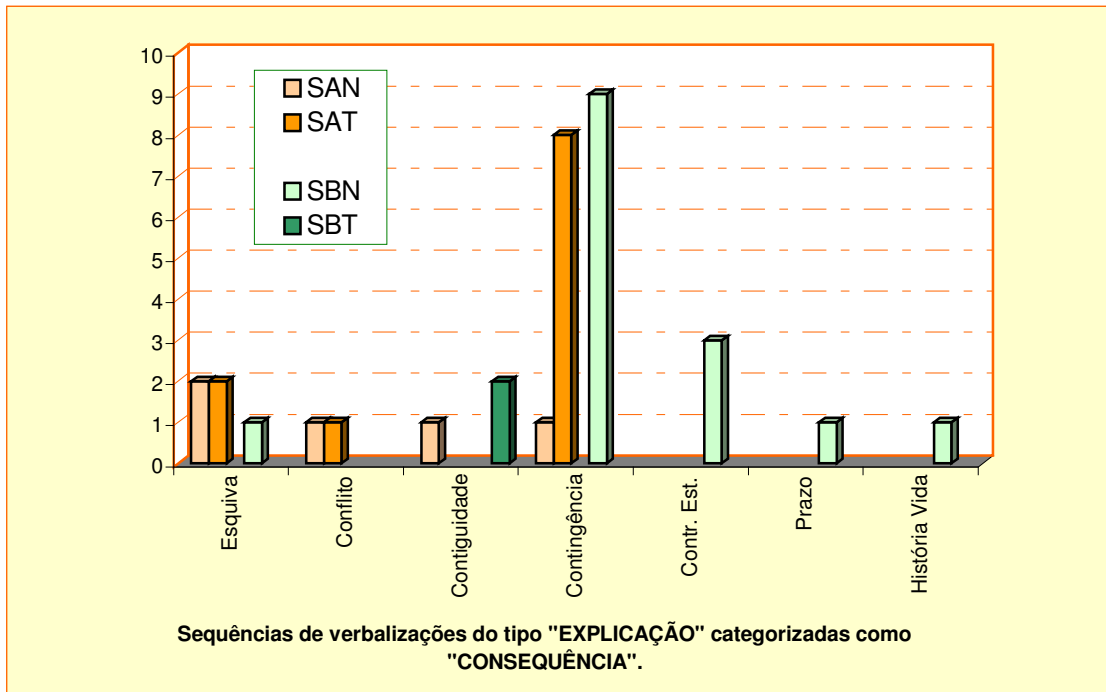


Figura 16. Percentual de ocorrências das categorias da análise dos segmentos categorizados como “Terapeuta descreve Relações Explicativas e/ou causais entre eventos com ênfase em relações resposta-conseqüência”.

A categoria que caracteriza explicações do terapeuta do tipo “esquiva” merece destaque no que diz respeito ao atendimento de clientes com diagnóstico de TOC. Um atendimento que privilegiasse esse tipo de análise a despeito de outras contingências presentes poderia indicar uma atuação inconsistente por parte do terapeuta. No entanto, os resultados mostram que nenhum dos terapeutas parece ter atribuído ênfase privilegiada a este tipo de relação de contingência. Um aspecto digno de nota foi a ocorrência maior de seqüências identificadas como “contingência” nas sessões do terapeuta A com o cliente “TOC” e do terapeuta B com o cliente “não TOC”. Nessas sessões, a queixa de ambos os clientes envolvia dificuldade em iniciar respostas - aspecto envolvido na queixa de “lentificação obsessiva primária” do cliente “CAT” e na queixa de “depressão” do cliente CBN - e os terapeutas descreveram relações nas quais a mudança de eventos

ambientais dependia do responder do cliente para ocorrer. Esta postura semelhante dos terapeutas frente a respostas que, numa classificação psiquiátrica, indicaria diferentes diagnósticos, pode ser um indicador da ênfase dos terapeutas na função do comportamento, e não apenas em sua descrição topográfica.

## DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo caracterizar a prática clínica do analista do comportamento, sob certas condições. Para tanto, o desempenho de dois terapeutas, em diferentes condições, foi investigado. Tinha-se como “variável de interesse” a presença ou não de diagnóstico de TOC na queixa do cliente, como possível fonte de dificuldade para que o terapeuta desenvolvesse um trabalho consistente com os pressupostos da análise do comportamento. Esta hipótese se deve principalmente ao fato de que a definição do TOC nos manuais de psiquiatria parte de pressupostos dualistas, atribuindo a um evento interno – obsessão – a causa necessária de uma resposta aberta – compulsão. Além disso, a literatura especializada, em sua maior parte, sugere a adoção de procedimentos padronizados, desenvolvidos unicamente a partir da classificação topográfica do transtorno, como está contida nos manuais.

Para melhorar a confiança nos resultados tentou-se controlar algumas variáveis: ambos os terapeutas tinham aproximadamente a mesma idade e o mesmo tempo de experiência em atividade clínica. Ambos os clientes de cada terapeuta tinham idades aproximadas e o tempo em que se encontravam em tratamento era semelhante. No entanto, sabe-se que um enorme conjunto de variáveis importantes não pôde sequer ser identificado, dada a complexidade das situações estudadas. A complexidade da situação de pesquisa em clínica impõe uma série de desafios, para alguns dos quais foram desenvolvidas tentativas de superação.

### **Algumas questões relativas ao método adotado:**

Uma primeira dificuldade encontrada, diz respeito à informação que foi coletada: apenas o comportamento vocal dos participantes. Esta limitação dos registros obtidos

certamente limita o enfoque, além de poder levar a possíveis equívocos na interpretação destes, já que parcela importante da interação verbal e não verbal se perdeu, tal como o comportamento gestual, expressão facial etc. O desenvolvimento de instrumentos que permitam o registro e o tratamento desse tipo de interação verbal e não verbal poderia fornecer contribuições importantes para o desenvolvimento da área.

Por outro lado, o registro das interações vocais utilizado e o tratamento dos dados – através da categorização e análise de dados – parecem ter produzido resultados promissores. Por meio da análise desenvolvida neste trabalho, características importantes do padrão de comportamento do terapeuta puderam ser identificadas, bem como alguns possíveis efeitos destas características sobre a interação terapeuta-cliente.

A ausência de informações sobre "elementos externos" ao processo terapêutico – tanto no que se refere ao cliente, quanto ao terapeuta – também foi um limite importante, dada a possível distorção de interpretação que poderia decorrer deste fato. Mesmo ciente do problema, optou-se, neste trabalho, por não buscar mais informações além daquelas relativas à transcrição da sessão de atendimento. Considerou-se que a alternativa que parecia mais viável - a realização de entrevistas com os terapeutas para coleta de informações sobre "eventos externos" à interação registrada - não seria uma solução satisfatória. A entrevista não garantiria a obtenção do relato de todos (ou da maioria) os eventos relevantes e poderia, ainda, ser mais uma fonte de distorção de interpretação. Sabe-se que o relato verbal não tem uma correlação perfeita com o evento relatado (Engelman, 1985) e que inúmeras podem ser as variáveis que o controlam<sup>11</sup> e a análise dos dados assim obtidos teria que levar em conta estas variáveis. Desse ponto de vista, parece importante para a realização de futuros estudos, o desenvolvimento de técnicas de

---

<sup>11</sup> Uma discussão aprofundada a respeito do relato verbal como dado de pesquisa pode ser encontrada em de Rose (1997).

coleta de dados que permitam a obtenção de informações relevantes e fidedignas a respeito de variáveis “extra-sessão”.

Por outro lado, o acompanhamento das interações terapeuta-cliente por várias sessões consecutivas parece ter sido importante, pois permitiu a observação de padrões de interação terapeuta – cliente ao longo do tempo, minimizando em parte o risco de que os padrões observados fossem relativos a um episódio isolado.

Uma terceira dificuldade encontrada nesse trabalho diz respeito à própria dificuldade de “produção do dado”. A necessidade de desenvolver categorias, a partir do registro obtido – a transcrição das sessões -, conduz a questões teóricas e tecnológicas de difícil manejo, tais como o tipo de categorias a ser desenvolvido (categorias funcionais ou topográficas, gerais ou específicas), os critérios para a definição da unidade de análise (segmentos, verbalizações, seqüências de verbalizações, etc.) e mesmo a própria definição das categorias (qual a melhor forma de descrever as variáveis que controlariam o pesquisador para a identificação de um dado segmento como uma dada categoria). Ainda, as categorias desenvolvidas, para análise de sessões individuais e de consultório apresentaram alguns problemas quanto à sua aplicação nas interações em ambiente natural, o que exigiria o seu aperfeiçoamento para futuras pesquisas nesse campo. A presença de outras pessoas além do terapeuta e cliente em algumas interações também levou a dificuldades na categorização das falas de terapeuta e cliente nestas situações.

No entanto, mesmo considerando os problemas de categorização, também neste aspecto os procedimentos utilizados pareceram promissores. Foi possível identificar, por meio da categorização utilizada, uma certa regularidade nos resultados, tanto com relação ao comportamento dos terapeutas quanto dos clientes. Este poderia ser um indicador de que a categorização adotada foi útil para a sistematização das informações obtidas.

Além disso, a categorização permitiu a construção de um tipo de análise de dados que, a cada passo, lançou luz sobre diferentes aspectos da relação terapêutica das díades estudadas. Deste modo, à medida que a análise prosseguia, aumentava o “conhecimento” sobre os processos observados, permitindo a identificação de regularidades que levaram à descrição de possíveis variáveis (ainda que poucas) controladoras envolvidas na interação terapeuta-cliente.

Da mesma forma, as diferentes possibilidades de apresentação e quantificação dos dados das sessões, aqui desenvolvidas, parecem ter permitido superar alguns dos limites impostos pela complexidade da interação verbal.

Assim, apesar dos problemas ainda por serem resolvidos com este tipo de registro e procedimento de análise, as diferentes etapas no processo de elaboração das categorias de registro e análise e a própria categorização parecem ser uma contribuição para o desenvolvimento de novas pesquisas.

Devido a todas as características e limitações envolvidas no presente estudo, as conclusões aqui apresentadas devem ser entendidas como tentativas de análise e interpretação, ficando em aberto diversos aspectos que merecem análises mais aprofundadas e/ou instrumentos mais precisos para o seu estudo.

### **Sobre as interações estudadas:**

Na Introdução deste trabalho apontou-se para um conjunto de características que deveriam marcar o trabalho do analista do comportamento na terapia. Segundo Meyer (1995) e Hayes (1991), para o desenvolvimento de uma prática terapêutica fundamentada na análise do comportamento deveriam ser considerados quatro níveis de análise: os níveis tecnológico, metodológico, conceitual e filosófico. Os resultados encontrados nesse trabalho podem ser interpretados, na tentativa de caracterizar o trabalho dos



terapeutas estudados, segundo essa perspectiva. Neste sentido, conforme Meyer (1995), o critério tecnológico diria respeito às técnicas utilizadas; o metodológico, ao uso (ou não) da análise funcional e a forma com que ela foi utilizada; os níveis conceitual e filosófico diriam respeito à adequação das análises e intervenções realizadas segundo os princípios teóricos e filosóficos da análise do comportamento e do behaviorismo radical.

***A respeito do nível tecnológico:***

Quanto às técnicas utilizadas, Meyer (1995) e Banaco (1999) salientam que o uso indiscriminado de uma técnica, desvinculada de outros níveis de análise seria incoerente com as propostas da análise do comportamento. Os resultados mostram, a este respeito, que os desempenhos dos terapeutas não apenas eram diferentes entre si, como eram diferentes perante cada cliente. Esse “tratamento individualizado” possivelmente se deu a partir de diferentes hipóteses formuladas pelos terapeutas sobre as contingências que manteriam o responder do cliente – portanto uma análise de contingências –, o que seria um indicador de que a aplicação de técnicas, para estes terapeutas, não é desvinculada de outros níveis de análise.

Assim, por exemplo, a queixa da cliente “sem TOC” da Terapeuta A era de depressão provocada por uma doença grave e a perda de entes queridos. O procedimento utilizado pelo terapeuta, nesse caso, parecer ter consistido basicamente de ações para consequenciar diferencialmente verbalizações do cliente não relacionadas à queixa (Reforçamento Diferencial de Outros Comportamentos- DRO). Esta hipótese tem como origem: (a) a alta frequência de verbalizações de aprovação em seguida a verbalizações sobre eventos não relacionados à queixa – o que poderia ter a função de reforçamento da verbalização anterior do cliente; (b) o percentual elevado de perguntas sobre eventos não relacionados à queixa - que poderiam ter a função de estímulos discriminativos para o

cliente emitir verbalizações dessa classe; (c) um percentual elevado de verbalizações da cliente categorizadas como descrição de eventos não relacionados à queixa<sup>12</sup>. O padrão do responder da cliente nas sessões, por sua vez – caracterizado por uma ocorrência elevada de verbalizações não relacionadas à queixa e baixa ocorrência de queixas - é bastante diferente daquele descrito em sua queixa inicial (Anexo 2), o que provavelmente foi efeito da exposição ao procedimento proposto pela terapeuta. Vale notar que estes padrões do responder, de terapeuta e cliente, se mantiveram ao longo de todas as quatro sessões, o que fortalece a hipótese levantada sobre o procedimento utilizado.

Com o cliente “com TOC”, a terapeuta A parece ter utilizado procedimento semelhante àquele utilizado com a cliente “sem TOC”. Esta hipótese é indicada pelo percentual elevado de verbalizações de aprovação em seguida a eventos não relacionados à queixa e percentual também elevado de perguntas sobre eventos não relacionados à queixa. No entanto, notou-se neste caso uma frequência maior de verbalizações categorizadas como aconselhamento, o que pode ser devido às características da queixa da cliente (uma ação “lentificada” no ambiente e dificuldade em iniciar respostas “espontaneamente”). A relação entre as verbalizações de aconselhamentos emitidos pela terapeuta e a queixa apresentada pela cliente parece ainda mais visível, nas Figuras 7 e 8, e indicam que boa parte dos aconselhamentos emitidos pela terapeuta para esta cliente foi em seguida a verbalizações de queixa do cliente ou a comportamentos que indicariam resposta obsessivo-compulsiva. A Figura 14 mostra, entretanto, que o tipo de aconselhamento mais frequente dessa terapeuta dizia respeito a atividades incompatíveis com o problema-queixa, o que é coerente com um procedimento de DRO. A terapeuta

---

<sup>12</sup> Ferster (1982) descreve dois tipos de padrão no responder que caracterizariam parte do quadro de depressão do ponto de vista da análise do comportamento: (1) a redução na frequência do responder (motor, principalmente); (2) o aumento da frequência de queixas. O comportamento da terapeuta, ao reforçar

poderia estar, ao dar sugestões de atividades, promovendo estímulos discriminativos para que a cliente emitisse respostas que produziram reforçadores naturais (e arbitrários fornecidos pela terapeuta). É possível que, por meio deste procedimento, associado ao reforçamento diferencial de respostas de “não-queixa”, a terapeuta estaria promovendo um aumento na densidade de reforçadores, fortalecendo assim o responder da cliente na direção de respostas alternativas à queixa.

Ainda com relação ao nível tecnológico, os resultados parecem indicar que as técnicas utilizadas pelo terapeuta B com o cliente “sem TOC” foram bastante diferentes daquelas utilizadas pela terapeuta A. O alto percentual de verbalizações categorizadas como “aconselhamento” e “explicação” parece indicar uma postura do terapeuta B muito mais diretiva que a da primeira terapeuta - principalmente se comparado ao atendimento da cliente “sem TOC” do terapeuta A.

Foi também importante a diferença entre os dois terapeutas no que se refere a verbalizações de aprovação, que ocorreram em percentual muito menor nos registros do terapeuta B. As conseqüências fornecidas por ele a verbalizações do cliente “sem TOC” foram indistintas para verbalizações de queixa e para verbalizações não relacionadas à queixa. Poder-se-ia afirmar que a atuação desse terapeuta nesse caso foi principalmente voltada para a solução de problemas, por meio da disposição de regras e conselhos. Sua atuação, portanto, parece ter estado mais sob controle de parte da literatura que defende descrição de relações funcionais para o cliente como fator de mudança do comportamento do cliente (Sturmey, 1996, Delitti, 1997).

Já no atendimento do cliente “com TOC”, pôde-se notar diferenças importantes no desempenho do terapeuta B, tanto em relação ao seu próprio desempenho no atendimento da cliente “sem TOC”, quanto em relação à outra terapeuta no atendimento de ambos os

---

diferencialmente o responder da cliente, parece ter como foco exatamente o padrão descrito por Ferster,

clientes. Em suas primeiras sessões houve ênfase do terapeuta nas descrições da queixa por parte da cliente. As perguntas por ele formuladas foram, em geral, voltadas para aspectos relativos à resposta obsessivo-compulsiva - antecedentes médicos, agentes desencadeantes, pensamentos e sentimentos que acompanham etc. – o que parecia indicar uma preparação para o procedimento de exposição com prevenção de respostas. No entanto, o desempenho do terapeuta na quinta sessão pode indicar que ele teria passado a utilizar um procedimento de DRO. Tal mudança pode ter sido devida ao contato com alguma variável extra-sessão – literatura, supervisão etc. De fato, em comunicação informal e espontânea do terapeuta para o pesquisador, após a coleta dos dados, aquele informou que havia entrado em contato com um artigo que sugeria tal abordagem.

Um aspecto que vale ser ressaltado é o percentual relativamente significativo de verbalizações de aconselhamento e explicação apresentadas por esse terapeuta também no atendimento da cliente “com TOC”, o que indicaria que, também para esta cliente, ele utilizou a descrição de relações funcionais por meio de regras e conselhos como estratégia terapêutica.

Ambos os terapeutas, portanto, no que se refere ao aspecto tecnológico, parecem ter mantido um “estilo próprio” de atendimento, embora utilizassem diferentes estratégias de “tratamento”, de acordo com a análise do caso. A primeira terapeuta apresentou um padrão de comportamento que privilegiava o “feedback” após verbalizações do cliente, enquanto o terapeuta B deu mais ênfase ao fornecimento de regras e conselhos. Ambos os estilos de atendimento podem ser encontrados em trabalhos relatados na literatura sobre terapia comportamental.

As diferenças nos padrões dos dois terapeutas estudados apontam para uma questão bastante discutida atualmente – a eficácia do controle por regras. Enquanto

---

“colocando em extinção” as verbalizações de queixa e “reforçando” as outras respostas da cliente.

alguns autores defendem que o controle por regras é uma forma eficaz de controle do comportamento humano (por ex. Catania, 1992), outros questionam a ênfase nesse tipo de controle na relação terapêutica (por ex. Guedes, 1993, 1997b). Catania (1992) defende que a modelagem do comportamento verbal aumenta a probabilidade de mudança no comportamento não verbal correspondente. Guedes, por sua vez, afirma 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.

Por seu turno a ênfase no *feedback* diferencial, que manteria certos padrões de comportamento, pode esbarrar em questões de generalização e até mesmo na discussão de como e em que circunstâncias o comportamento verbal (fortalecido na sessão) controlaria comportamento não verbal.

Outro aspecto dos atendimentos estudados que merece atenção é o atendimento fora do consultório proposto pela terapeuta A, para a cliente “com TOC”. Guedes, em 1993, questionou o que denominou “equívoco da terapia comportamental”. Para essa autora, a tendência de os terapeutas comportamentais atenderem “confinados” em seus consultórios, dando ênfase a aspectos tais como o vínculo terapeuta-cliente, nuances da relação terapêutica, sonhos e fantasias, afastava-os das características que identificavam a prática clínica behaviorista – a solução de problemas concretos, rapidez da terapia, confiabilidade nas relações procedimento/resultado e a possibilidade de submeter à avaliação da sociedade o serviço psicológico. Guedes (1993) afirmou que *“dificilmente os terapeutas serão bem sucedidos em casos graves se continuarem confinados ao espaço verbal (do mundo das regras e cognições) do consultório”* (p. 84). A interação terapeuta cliente em outros ambientes além do consultório, especialmente em alguns tipos de

transtornos psiquiátricos, é defendida também por Ross (1995), Zamignani e Wielenska (1999) e Baumgarth, Guerrelhas, Kovac, Mazer e Zamignani (1999). Por outro lado, Alvarez (1996) afirma que as propostas de atuação fora da terapia (do gabinete) seriam um atestado involuntário de que o terapeuta fracassou em seu poder de controle sobre o problema do cliente e que, ao invés de se utilizar destes artifícios, o terapeuta deveria investir mais no estudo do comportamento verbal e suas possibilidades de manejo como instrumento terapêutico. Parece que as posturas apresentadas – a proposta de Alvarez (1996) de um maior investimento no estudo do comportamento verbal e as propostas de atendimento extra-consultório - caracterizam-se mais como complementares do que como em oposição. Mostram, entretanto, a necessidade de se estudar técnicas que permitam uma melhor utilização do comportamento verbal na terapia – e esse trabalho tem neste um de seus objetivos. Por outro lado, estratégias que permitam obter resultados mais satisfatórios no tratamento de alguns casos, quando o comportamento verbal não é suficiente, também merecem ser estudadas e desenvolvidas.

Tanto o debate a respeito da eficácia do uso das regras no controle do comportamento quanto a discussão sobre o uso ou não de determinados procedimentos revelam a ausência de consenso entre analistas do comportamento sobre qual ou quais as melhores maneiras de desenvolver um tratamento a partir da análise funcional. A resposta a esta questão depende de pesquisas que demonstrem experimentalmente a superioridade de um ou outro procedimento.

Um último aspecto a ser discutido com relação ao nível tecnológico é a adoção por ambos os terapeutas de procedimentos não-aversivos. Este aspecto pode ser observado no baixo percentual de verbalizações de reprovação em todas as sessões analisadas. A escolha pela não utilização de punição é uma característica importante na prática de um analista do comportamento. A adoção de procedimentos que enfatizassem o

controle por reforçamento positivo foi defendida por Skinner (1953/1993, 1968/1975, 1974/1992b, 1989/1995) e Sidman (1995). Esta característica presente nos atendimentos parece apontar para uma coerência dos terapeutas para com os pressupostos da análise do comportamento.

***A respeito do nível metodológico:***

Segundo Meyer (1995), o nível metodológico de análise que caracterizaria um trabalho como de análise do comportamento diz respeito ao uso da análise funcional pelo terapeuta no desenvolvimento de seu trabalho. A caracterização deste aspecto em relação ao desempenho dos terapeutas estudados, no entanto, esbarra na complexidade do fenômeno, bem como na ausência de especificidade na definição do que vem a ser uma análise funcional. Sendo assim, os resultados obtidos permitem apenas a inferência de alguns aspectos que podem estar relacionados a uma tentativa de fazer uma análise funcional por parte dos terapeutas.

Os resultados sugerem que ambos os terapeutas utilizaram análise de contingências – ou análise funcional. Essa hipótese pode ser, em parte, inferida dos tipos de explicação que ocorreram com maior frequência em todos os atendimentos – explicações com ênfase em relações resposta-consequência. A existência de explicações classificadas como explicações com ênfase na relação resposta-consequência também permite inferir que a atuação dos terapeutas estaria sob controle do repertório do cliente em cada situação apresentada e não apenas sob controle de determinado diagnóstico psiquiátrico.

### *A respeito dos níveis conceitual e filosófico:*

O último aspecto a ser discutido neste trabalho diz respeito aos níveis conceitual e filosófico propostos por Meyer (1995). A análise dos tipos de explicações e conselhos por parte dos terapeutas teve como objetivo investigar principalmente a adequação das relações estabelecidas pelos terapeutas entre eventos ambientais e o responder do cliente e dos procedimentos adotados com relação aos níveis conceitual e filosófico da análise do comportamento.

Foi possível concluir, com relação a este aspecto, que ambos os terapeutas parecem ter utilizado, em diferentes momentos, diferentes recursos explicativos na análise dos problemas que lhes eram apresentados. A grande maioria das verbalizações analisadas referiu-se a relações causais ou explicativas consistentes com os pressupostos conceituais e filosóficos da análise do comportamento – principalmente no que diz respeito a verbalizações com ênfase em relações resposta-consequência.

Pode-se considerar, no entanto, que explicações que enfatizassem outros agentes causais na determinação do comportamento - desde que este não fosse o recurso explicativo exclusivo, ou quase exclusivo, por parte do terapeuta - não implicariam necessariamente em inconsistência teórica. Skinner (1989/ 1995) identificou três grandes grupos de eventos determinantes do comportamento – o filogenético, ontogenético e o cultural. Explicações baseadas em eventos fisiológicos, demográficos ou probabilísticos, históricos, ou até mesmo eventos internos, podem ou não estar relacionadas a um ou mais destes três níveis de determinação do comportamento, a depender do tipo de relação estabelecida e da exclusividade ou não da explicação com relação a outros níveis de análise.

Afirmção semelhante pode ser feita com relação a uma verbalização que enfatize a classificação diagnóstica do comportamento. Se neste tipo de verbalização não estiver



contida apenas a topografia do responder, mas forem consideradas também, no processo, as relações funcionais envolvidas no responder, não há, necessariamente, incompatibilidade com os pressupostos da análise do comportamento<sup>13</sup>.

O processo de análise dos dados desenvolvido no presente trabalho levou em conta, para caracterizar o tipo de explicação ou aconselhamento dos terapeutas, trechos de uma sessão nos quais um segmento de fala do terapeuta havia sido emitido. O trecho selecionado era sempre um pequeno episódio com relação a todo um histórico de interação verbal terapeuta-cliente e de interação verbal do terapeuta com seus pares, com a literatura, ou consigo mesmo na análise do evento que foi foco da explicação/aconselhamento. Nestas condições, o risco de incorreção na análise dos episódios aqui apresentada é considerável. Vale ressaltar, no entanto, que a seleção de todo um trecho de interação terapeuta-cliente permite uma representação mais significativa da interação na qual uma explicação ou aconselhamento foi emitido do que a seleção isolada do segmento de verbalização do terapeuta categorizado.

Considerando estas especificidades do comportamento verbal e os devidos limites da análise aqui apresentada, serão discutidos alguns episódios de explicação e aconselhamento dos terapeutas. A ocorrência, nas sessões da terapeuta A, de episódios de explicações que se referiam ao diagnóstico como causa e de explicações que se referiam a eventos internos como causa, ou mesmo a variedade de recursos explicativos utilizados por esta terapeuta no atendimento da cliente “com TOC”, podem indicar problemas com relação à consistência entre suas explicações e a teoria adotada. O mesmo pode ser levantado com relação a ocorrências de aconselhamento nas quais o terapeuta B recomendava que o cliente alterasse pensamentos ou sentimentos – o que poderia indicar

---

<sup>13</sup> Discussão a respeito deste tema pode ser encontrada no capítulo “função versus aspecto”, em Skinner (1953/1993).

uma compreensão internalista da problemática do cliente. Igualmente relevante, nesse caso, foi a presença de explicações imprecisas por parte de ambos os terapeutas.

Esses resultados podem levar a diferentes conclusões, considerando as condições nas quais os dados foram coletados. Por um lado, o número de seqüências categorizadas consideradas explicações/aconselhamentos “inconsistentes” é muito pequeno com relação aos demais episódios de explicação/aconselhamento. Ainda, o número de explicações/aconselhamento é pequeno, se comparado a todas as verbalizações do terapeuta que ocorreram na sessão. Desse ponto de vista, pode ser realmente insignificante o número de ocorrências “inconsistentes”. Por outro lado, as ocorrências analisadas dizem respeito a apenas quatro ou cinco sessões de atendimento com cada díade. Nessas quatro ou cinco sessões os terapeutas em questão sabiam que seriam observados, o que, supõe-se, pode ter controlado o comportamento do terapeuta ao explicar/aconselhar o cliente, no sentido da precisão do vocabulário. Considerando os resultados por este ângulo, podem ser significativas as ocorrências “inconsistentes”.

Um elemento a ser considerado na análise de interações verbais em terapia é a pouca previsibilidade envolvida nessa situação. Embora seja possível o planejamento de grande parte do processo terapêutico, muito pouco das situações específicas que ocorrem a cada sessão pode ser previsto. Possivelmente, devido a essa característica, em muitas ocasiões a análise do terapeuta tem uma certa probabilidade de ser imprecisa, seja com relação à teoria adotada, seja com relação à problemática do cliente. A pouca previsibilidade na interação terapeuta-cliente toma uma dimensão maior em situações de atendimento extra-consultório, na qual as variáveis envolvidas e a diversidade de interações possíveis são multiplicadas, além de exigir muitas vezes respostas mais imediatas do terapeuta do que as situações de “gabinete”. Essa característica do

atendimento extra-consultório talvez explique a maior variabilidade de recursos explicativos utilizados pela terapeuta A no atendimento da cliente “com TOC”.

Uma informação que poderia fornecer dados interessantes sobre a forma com que se desenvolvem as explicações/conselhos do terapeuta, seria analisar nos mesmos moldes as explicações dadas pelos clientes aos eventos. Observar a ocorrência desse tipo de verbalização e seus possíveis efeitos sobre o comportamento do terapeuta poderia responder parte da questão de como as verbalizações do cliente controlam o responder do terapeuta.

### **Por uma prática menos intuitiva:**

Os atendimentos analisados a partir das díades terapeuta-cliente estudadas são uma amostra das inúmeras possibilidades de aplicação do conhecimento desenvolvido pela análise do comportamento na interação clínica. Essa multiplicidade, no entanto, evidencia a imprecisão da análise funcional – ou análise de contingências - enquanto instrumento de trabalho do analista do comportamento. A variabilidade de análises que podem ser derivadas da análise funcional de um problema específico, bem como as múltiplas relações que podem ser estabelecidas entre diferentes respostas de um mesmo cliente a partir dela, dificultam consideravelmente o seu ensino e aplicação.

No entanto, as alternativas aqui desenvolvidas para a superação dos limites metodológicos e conceituais impostos, bem como os resultados encontrados indicam que a pesquisa em clínica é possível e necessária e que o aperfeiçoamento dos instrumentos e métodos disponíveis é tarefa que cabe àqueles que vêm na pesquisa a possibilidade do desenvolvimento de uma prática menos “intuitiva” e mais empiricamente fundamentada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, M. P. (1996). La psicoterapia desde el punto de vista conductista. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Baer, D. M. (1991) Tacting “to a fault”. Journal of Applied Behavior Analysis, 24, 429-431.
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em: R. R. Kerbauy e R. C. Wielenska (Org.) Sobre Comportamento e Cognição, Vol.4, Santo André: Arbytes (Capítulo 9, 75-82).
- Baumgarth, G. C. C.; Guerrelhas, F. F.; Kovac, R; Mazer, M.; e Zamignani, D. R. (1999). A intervenção em equipe de terapeutas no ambiente natural do cliente e a interação com outros profissionais. Em: R. R. Kerbauy e R. C. Wielenska (org.) Sobre Comportamento e Cognição, vol. 4. Santo André: Arbytes. (cap. 19, p. 166 a 173).
- 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.
- Bouvard, M. (1995). Le Trouble Obsessionnel-Compulsif Chez l’Enfant et l’Adolescent: Aspects Développementaux et Stratégies Thérapeutiques. L’Encéphale, XXI, 51-57.
- Catania, A. C. (1992). Learning. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Cavalcante, S. N. (1999). Análise Funcional na Terapia Comportamental: Uma Discussão das Recomendações do Behaviorismo Contextualista. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Pará, Belém.
- Cavalcante, S. N. & Tourinho, E. Z. (1998) Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidades de um modelo analítico-comportamental. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 14, 139-147.
- de Rose, J. C. C. (1997). O relato verbal segundo a perspectiva da análise do comportamento: contribuições conceituais e experimentais. Em: R. Banaco (Org.). Sobre Comportamento e Cognição, Vol. 1. Santo André: Arbytes. (Capítulo 17, pp. 148-163).
- Delitti, M. (1997). Análise funcional: o comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em: M. Delitti (Org.). Sobre Comportamento e Cognição, Vol 2. Santo André: Arbytes. (capítulo 6, pp. 37-44).
- Del Porto, J. A. (1996). Aspectos Transculturais do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Em: E. C. Miguel (Org.) Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan (Cap 2, 17-28).
- Engelman, A. (1985). Comportamento Verbal e Relato Verbal. Psicologia, 11(1), 1-6.
- Ferster, C. B. (1982). Princípios do Comportamento. São Paulo: Hucitec.
- 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.
- Fulton, B. (1982). The importance of analysis in Behavioral Technology: a response to Paine and Bellamy. The Behavior Analyst, 5, 209-211.

- Geller, E. S. (1991). Is applied behavior analysis technological to a fault? Journal of Applied Behavior Analysis, 24, 401-406.
- Goodman, W. K. (1999). Obsessive-compulsive disorder: diagnosis and treatment. Journal of Clinical Psychiatry; 60, 27-32.
- Greist, J. H. (1998). The comparative effectiveness of treatments for obsessive-compulsive disorder. Bulletin of the Menninger Clinical, 62, 65-81.
- Guedes, M. L. (1993). Equívocos da Terapia Comportamental. Temas em Psicologia, 2, 81-85.
- Guedes, M. L. (1997a). Transtorno Obsessivo-compulsivo: Um estudo do processo de acomodação familiar. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Guedes, M. L. (1997b). O comportamento governado por regras na prática clínica. Em: R. A. Banaco (org.) Sobre Comportamento e Cognição, vol. 1. Santo André: Arbytes. (cap. 15, pp 138 a 143).
- Guilhardi, H. J. (1995). Um modelo Comportamental de Análise de Sonhos. Em: B. Rangé (Org.) Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos. Campinas: Workshopsy Editora.
- Guilhardi, H. J. & Queiroz, P. B. P. S. (1997). A análise Funcional no Contexto Terapêutico: O comportamento do terapeuta como foco da análise. Em M. Delitti (Org.) Sobre Comportamento e Cognição, Vol.2. Santo André: Arbytes. (Capítulo 7, 45-97).

- Haccoun, D. M & Lavigueur, H. (1979). Effects of clinical experience and client emotion on therapists' responses. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 416-418.
- Hayes, S. C. (1991) The limits of technological talk. Journal of Applied Behavior Analysis, 24, 417-420.
- Hayes, S. C.; & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: altering the verbal support for experimental avoidance. The Behavior Analyst, 2, 289-303.
- Hayes, S. C. & Follette, W. C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndrome classification? Behavior Assessment, 14, 345-365.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. O. (1990). Functional analysis in behavior therapy. Clinical Psychology Review, 10, 649-668.
- Hohagen, F.; Winkelmann, G.; Rasse-Ruchle, H.; Hand, I.; Konig, A.; Munchau, N.; Hiss, H.; Geiber-Kabisch, C.; Kappler, C.; Schramm, P.; Rey, E.; Aldenhoff, J. & Berger, M. (1998). Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. British Journal of Psychiatry Suppl., 35, 71-78.
- Iwata, B. A. (1991). Applied behavior analysis as technological science. Journal of Applied Behavior Analysis, 24, 421-424.
- Jonhston, J. M. (1991) We need a new model of technology. Journal of Applied Behavior Analysis, 24, 425-426.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. Em: N. S. Jacobson (Ed.) Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives. New York: Guilford Press (pp. 388 443).

- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships. New York: Plenum.
- 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, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Mace, F. C. (1991). Technological to a fault or faulty approach to technologic development? Journal of Applied Behavior Analysis, 24, 433-435.
- March, J. S. (1995). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Children and Adolescents with OCD: A Review and Recommendations for Treatment. Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry; 34, 7-18.
- March, J. S.; Leonard, H. L. (1996). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past ten years. Journal of the American Academic Children and Adolescent Psychiatry, 35, 1265-1273.
- Margotto, A. (1998). Identificando Mudanças na Interação Verbal em Situação Clínica. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Marks, I. M. (1987). Fears, Phobias and Rituals. New York: Oxford.
- Marks, I.M.; Lelliot, P.T.; Basoglu, M.; Noshirvani, H.; Monteiro, W.; Cohen, D. & Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine, Self-exposure and therapist-aided exposure in obsessive-compulsive ritualizers. British Journal of Psychiatry, 152, 522-534.
- Martins, P. (1999). Atuação de Terapeutas Estagiários com Relação a falas sobre eventos privados em sessões de psicoterapia comportamental. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Pará, Belém.



- Meyer, S. B. (1995) Quais os requisitos para que uma terapia seja considerada comportamental? Trabalho apresentado no IV Encontro Paranaense de Psicologia, Curitiba, 1990.
- Meyer, S. (1997a). Sentimentos e emoções no processo clínico. Em: M. Delitti (org.). Sobre Comportamento e Cognição, Vol. 2. Santo André: Arbytes. (Capítulo 21, pp. 188-194).
- Meyer, S. (1997b). O conceito de análise funcional. Em: M. Delitti (org.). Sobre Comportamento e Cognição, Vol 2. Santo André: Arbytes Editora. (Capítulo 5, pp. 31-36).
- Micheletto, N. (1997) Bases Filosóficas do Behaviorismo Radical. In Roberto Alves Banaco (Org.) Sobre Comportamento e Cognição, Vol. 1. Santo André: Arbytes (Capítulo 05, 29-44).
- 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.
- Morris, E. K. (1991). Deconstructing “technological to a fault”. Journal of Applied Behavior Analysis, 24, 411-416.
- Moore, J. (1984). On Privacy, Causes and Contingencies. The Behavior Analyst, 7, 3-16.
- Munford, P. R.; Hand, I.; Liberman, R. P. (1994). Psychosocial treatment for obsessive-compulsive disorder. Psychiatry, 57, 142-152.
- O'Connor, K.; Todorov, C.; Robillard, S.; Borgeat, F.; Brault, M. (1999). Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a controlled study. Canadian Journal of Psychiatry, 44, 64-71.

- Pollock, R. A. & Carter, A. S. (1999). The family and developmental context of obsessive-compulsive disorder. Child and adolescent psychiatric Clinics of North America, 8, 461-443.
- Quintana, S. M. & Holahan, W. (1992). Termination in short-term counseling: comparison of successful and unsuccessful cases. Journal of Counseling Psychology, 39, 299-305.
- Queiroz, L. O. S.; Motta, M. A.; Madi, M. B. B. P.; Sossai, D. L. & Boren, J. J. (1981). A Functional Analysis of Obsessive-Compulsive Problems with Related Therapeutic Procedures. Behavioral Research and Therapy, 19, 377-388.
- Redmon, W. K. (1991). Pinpointing technological fault in applied behavior analysis. Journal of Applied Behavior Analysis, 24, 441-444.
- Reid, D. H. (1991) Technological behavior and societal impact: a human services perspective. Journal of Applied Behavior Analysis, 24, 437-439.
- Riggs, D. S. & Foa, E. B. (1999). Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Em: H David Barlow (Org.): Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. Porto Alegre: Artmed (cap. 5, pp. 217-271).
- Ross (1995). Vencendo o Medo: um Livro para Pessoas com Distúrbios de Ansiedade, Pânico e Fobias. São Paulo: Ágora.
- Salkovskis, P. M. & Kirk, J. (1997). Distúrbios Obsessivos. Em: K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Orgs.) Terapia Cognitivo-Comportamental para problemas psiquiátricos: Um guia prático. São Paulo: Martins Fontes (Capítulo 5, 186-239).

- Schwartz, J. M. (1998). Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioural therapy response in obsessive-compulsive disorder: An evolving perspectiva on brain and behaviour. British Journal Psychiatry Suppl; 35, 38-44.
- 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.
- Shafran, R.; Ralph, J. & Tallis, F. (1995). Obsessive-compulsive symptoms and the family. Bulletin of the Menninger Clinic. 59, 472-478.
- Sidman, M. (1995) Coerção e suas Implicações. Campinas: Editorial Psy.
- Silverman, P. J. (1977). The role of social reinforcement in maintaining an obsessive-compulsive neurosis. Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 8, 325-326.
- Skinner, B. F. (1975). Tecnologia do Ensino. São Paulo: Herder. (publicação original: 1968).
- Skinner, B. F. (1992a). Verbal behavior. Acton, Massachusetts: Copley Publishing Group. (Publicação original: 1957).
- Skinner, B. F. (1992b). Sobre o Behaviorismo. São Paulo: Cultrix. (publicação original: 1974).
- Skinner, B. F. (1993). Ciência e Comportamento Humano. São Paulo: Martins Fontes (Publicação original: 1953).
- Skinner, B. F. (1995). Questões Recentes na Análise Comportamental. Campinas, Papyrus Editora. (Publicação original: 1989).
- Sturme, P. (1996). Functional Analysis in Clinical Psychology. Londres: British Library.

- 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.
- Tourinho, E. Z. (1997). Conseqüências do Externalismo Behaviorista Radical. Trabalho apresentado no VI Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Santos, SP.
- Vermes, J. S. (2000). Análise do Comportamento e Práticas Terapêuticas para O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): Avaliação de uma Amostra da Literatura. Trabalho de Conclusão de Curso, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Wielenska, R. C. (1989). A Investigação de Alguns Aspectos da Relação terapeuta-cliente em sessões de supervisão. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Wilson, F. E. & Evans, I. M. (1983). The reliability of target behavior selection in behavioral assessment. Behavioral Assessment, 5, 15-32.
- 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.
- Yaryura-Tobias, J. A. & Neziroglu, F. A. (1997). Biobehavioral treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders. New York: Norton & Company.
- Zamignani, D. R. (1995). Comportamentos encobertos do terapeuta durante a sessão: uma análise de relato verbal. Relatório Final de Projeto de Iniciação Científica, financiado pelo CNPq. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Zamignani, (2000). Uma tentativa de entendimento do comportamento obsessivo-compulsivo: algumas variáveis negligenciadas. Em: R. C. Wielenska, (org.) Sobre comportamento e cognição, vol 6. Santo André: SET. (cap. 31, p. 256-266).

Zamignani, D. R. & Wielenska, R. C. (1999). Redefinindo o papel do acompanhante terapêutico. Em: R. R. Kerbauy e R. C. Wielenska (org.) Sobre Comportamento e Cognição, vol. 4. Santo André, Arbytes. (cap. 18, p. 157 a 165).

*Anexos*

# *Anexo 1*

# **Termo 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 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) Três 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) 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.
- g) 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 sujeitos serão modificadas, para garantir que não haja a indicação identidade;
- h) 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

# 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 necessário 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) Três 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) 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.
- g) 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 sujeitos, serão modificadas, para garantir que não haja a indicação identidade;
- h) Os dados coletados serão utilizado exclusivamente para fins científicos, de pesquisa, e portanto não serão feitos aproveitamentos pessoais dos materiais coletado.

SãoPaulo, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
PESQUISADOR: DENIS ROBERTO ZAMIGNANI  
RG 19.506.527-x

\_\_\_\_\_  
Terapeuta

## *Anexo 2*

## **Resumo do caso de cada cliente atendido.**

### **1) Cliente “sem TOC” terapeuta A:**

A cliente descreveu em triagem realizada pela terapeuta sofrer de depressão havia praticamente 6 anos, ocasião em que descobriu padecer de um câncer de ovário. Disse que o quadro depressivo se agravou desde o falecimento do marido. A mãe morrera sete meses após o falecimento do marido tendo passado o final da vida com complicações devido ao “Alzheimer”. A cliente foi diagnosticada como portadora de Depressão Maior e iniciou tratamento psiquiátrico. Iniciou terapia e vem sendo acompanhada com anti-depressivos. Desistiu da terapia “por ter tido uma ameaça de AVC de fundo emocional, que parece ter sido desencadeada pelo processo terapêutico” (sic). O psiquiatra recomendou terapia comportamental. Disse que vinha se sentindo um pouco melhor (70%), mas ainda muito triste, sem identidade, insegura, desanimada, com medo de tudo e se acomodando diante dos fatos. Relata também ter tido algumas crises de Pânico com perturbação gastro-intestinal, formigamento nas extremidades, boca amarga, etc., em situações ansiógenas, como sessões de quimioterapia, doença ou lembranças do marido. CNA tem um filho de 15 anos. É formada em curso superior e professora de uma escola estadual. Cursa pós graduação. No momento da triagem estava parando o curso por se sentir desanimada, insegura e ter dificuldade em se concentrar. Mora com o filho e o pai, um senhor de 88 anos, cego e lúcido. Disse que a presença de seu pai é muito importante na criação de seu filho, devido à morte do marido. Disse sentir-se muito só e com medo de tudo. Sentia muita falta do marido por ter sido uma relação de 20 anos muito sólida.

## **2) Cliente “com TOC” – Terapeuta A**

Relato descrito pela terapeuta TA na época em que a cliente estava há um ano em atendimento: “CAN tem dois filhos. Mora com estes e com um sobrinho em São Paulo. Seu marido, com quem tem muitas dificuldades de relacionamento, mora em outra cidade e vem visitar a família nos finais de semana. Os problemas psiquiátricos da cliente tiveram início há mais de 10 anos, quando foi diagnosticada com portadora de Transtorno do Pânico. Desde então vem sendo acompanhada por psiquiatras. Posteriormente, desenvolveu um quadro de Agorafobia, com crises de pânico esparsas. Foi medicada inicialmente com ansiolíticos e depois com antidepressivos, interrompendo espontaneamente o tratamento medicamentoso diversas vezes, o que na maioria das vezes levou a uma recaída. Há cerca de dois anos recebeu o diagnóstico de TOC e Depressão, com lentificação obsessiva primária (tipo de problema obsessivo-compulsivo no qual a pessoa leva muito tempo para sair do lugar onde se encontra ou iniciar qualquer atividade). A cliente apresenta as seguintes dificuldades: (1) geralmente só sai de casa acompanhada. Tem medo de estar sozinha e passar mal; (2) toma banho somente com a ajuda da empregada; (3) executa rituais de lavagem (banho, lavar as mãos, escovar os dentes, etc.); (4) lentificação extrema em quase todas as atividades o que a impede de cumprir compromissos e de fazer tarefas domésticas; (5) quase não vai ao banheiro pois não consegue levantar do vaso. Inclusive, foi necessário o uso de fralda geriátrica por certo tempo; (6) não consegue preencher cheques; (7) não fica em lugares fechados com muita gente (cinema, teatro, shows); (8) não vai a banheiros públicos; (9) tem dificuldade de entrar e sair do carro de pessoas conhecidas; (10) não entra em elevadores; (11) em casa, come em pé pois uma vez sentada, não consegue

levantar; Disse que quando está feliz e não está em sua casa tem menos “problemas com os movimentos” (sic). Há momentos em que a lentificação desaparece por completo e outros em que consegue sair sozinha como por exemplo ir à terapia. Relata também ter conseguido permanecer bastante tempo em um lugar fechado (show do Chico Buarque). A incapacitação decorrente dos momentos de crise tornou-se funcional, ou seja, em episódios de muita pressão a crise funciona como esquiva da situação aversiva. A relação da cliente com seu filho mais novo é um importante fator estressor. Não consegue impor limites por acreditar que sua doença lhe causa sofrimento. Tenta portanto compensar esta perda deixando o menino fazer absolutamente tudo o que deseja, o que está acarretando alguns danos principalmente na área escolar. A cliente é atendida em sua residência três vezes por semana por duas terapeutas em sistema de revezamento. Para a coleta dos dados, a terapeuta atendeu a cliente sozinha por um período de duas semanas.

### **3) Cliente “sem TOC” terapeuta B:**

Homem de 33 anos, solteiro, segundo grau completo, residente na cidade de São Paulo há 13 anos, escriturário de uma instituição pública, portador do vírus HIV. Queixa: Foi encaminhado à terapia, por um amigo com queixa de depressão. Histórico do HIV e da queixa: O paciente é portador do vírus HIV há mais ou menos 12 anos. Descobriu que era portador do vírus em 1989, em decorrência de exames de hepatite. Iniciou tratamento em 1995, depois de ser acometido por Herpes. Trata-se até hoje nesta Instituição Pública de Saúde. Pouco antes de ser encaminhado à terapia esteve internado em decorrência de doenças oportunistas (e.g., meningite, tuberculose). Não

estava tomando as medicações (“coquetel”) adequadamente (i.e., não era rigoroso quanto aos horários, dosagens e alimentação). CNB. Relatou que fuma cigarro (de meio a um maço por dia) e maconha (de vez em quando), mas não bebe. Nos últimos meses, não sentia ânimo para fazer nada (sic). No início da terapia não havia completado o segundo grau (começava a freqüentar as aulas e parava); deixava o trabalho acumular sobre sua mesa até que a outra funcionária do local recolhia o material e despachava; saía de casa raramente com os colegas (“só tenho colegas; não tenho amigos”); procurava evitar relacionamentos interpessoais, pois “sempre sabia como ia acabar” (sic). Família: Os pais e irmãos de CNB moram no interior de São Paulo. Exceto o pai, toda a família sabe da doença. CNB desconfia que o pai sabe, mas não fala sobre o assunto. CNB tem, atualmente, 3 irmãs; um outro irmão faleceu. Toda sua família sabe de sua opção sexual. CNB. Mora sozinho em São Paulo e, às vezes, se queixa que os pais não lhe dão a atenção que gostaria (por exemplo, não sabem das dificuldades financeiras e estado de saúde que ele enfrenta). Relacionamentos interpessoais: O relacionamento mais duradouro que teve foi há mais ou menos 12 anos. Morou com um comissário de bordo, 10 anos mais velho do que ele, por quatro anos. Nesta época recebeu o diagnóstico da doença e, então, o namorado terminou o relacionamento. O namorado não era soropositivo. Desde então não estabeleceu mais relacionamentos duradouros. Geralmente conta para possíveis parceiros que é soropositivo e eles geralmente dizem que isto não é um problema (sic) e depois passam a evita-lo. Quando encontra alguém que não o evita – mesmo após saber que ele é soropositivo – ele (CNB.) passa a evitar a pessoa.

#### **4) Cliente “com TOC” - terapeuta B**

Mulher de 23 anos, solteira, evangélica, segundo grau incompleto, residente na cidade de São Paulo com a mãe. Queixa: Foi encaminhada a uma clínica-escola com diagnóstico de Transtorno Obsessivo Compulsivo. Apresenta reações de medo e ansiedade frente a objetos que cruzam (sic), por exemplo, crucifixo, letras (e.g., t, f, x, etc.), números (e.g., 4, 7), fios, a válvula de uma torneira, placas em postes, os riscos entre azulejos e tacos, desenhos, etc. Quando vê tais objetos emite uma série de comportamentos (rituais) “para desmanchar” as coisas que cruzam. Enquanto não completa o ritual ela não pode engajar-se em outra tarefa, tal como, comer, tomar banho, se trocar, sair de casa, dormir, cuidar da casa ou dos animais, etc. Relata que, se não fizer o ritual, teme que alguém adoeça, morra, seja atropelado ou algo parecido. Caso esteja em público, perto de pessoas que não sabem do problema, ela faz o ritual discretamente (sic). Se tiver de sair, procura tomar banho e se aprontar muito antes para não ter problemas. Histórico da queixa: Este problema começou quando CTB tinha 13-14 anos de idade, época em que veio a primeira menstruação. A ansiedade e a quantidade de tempo que passava engajada nos rituais foram aumentando com o tempo. Até os 16 anos escondeu de todos seu problema. Relata que, nesta época, sempre que cortava as letras ou os números, acontecia algo ruim: alguém a humilhava na escola, sabia de alguém que tinha morrido (sic). Quando parou de cortar sentiu que essas coisas pararam de acontecer e que, quando acontecia ela tinha mais força para enfrentar a situação (sic). Aos 16 anos teve uma crise depressiva e, então, contou para a mãe do seu medo e dos rituais. Iniciou vários tratamentos, mas sem sucesso. A mãe relata que a paciente estava melhor até o falecimento da avó (há cerca de um mês). Deste fato em



diante piorou muito: quase não sai do quarto, chora muito e passa muito tempo engajada nos comportamentos ritualísticos. Tratamentos anteriores: Fez tratamento com dois psiquiatras e três psicólogos. Quanto ao tratamento psiquiátrico, relata ter tido problemas com as medicações: ficava “dopada”, dormia o dia todo – entre 14 e 18 horas por dia. Suspendeu as medicações. Atualmente, toma Cercerin e um remédio homeopático. Em relação aos tratamentos psicológicos, já participou de terapia familiar e terapia individual, sem sucesso. Família: CTB é filha única e mora com a mãe. A avó morava com elas e faleceu em junho deste ano. CTB era muito ligada a avó, pois passava o dia todo com ela em casa. Os pais de CTB são separados há 21 anos. O pai casou novamente e tem uma filha dez anos mais nova que CTB. Relatou que a família de um modo geral (a avó, os tios, o pai, a madrasta) acham que ela é uma vagabunda, preguiçosa (sic) que finge estar doente para não ter de trabalhar, estudar e ajudar nos afazeres domésticos. Relacionamentos interpessoais: CTB diz ter uma amiga desde a época do ginásio. Entretanto, encontra-se pouco com a amiga, pois não quer que ela perceba seu problema. Além da terapia sai apenas para ir à igreja, da qual gosta muito, mas mesmo assim “só vai quando dá”, isto é, quando os rituais estão feitos e “está tudo arrumado, tudo perfeito” (sic). Teve dois namorados. Ambos nunca souberam do seu problema. Relata que a mãe nunca aprovou seus relacionamentos. “Sempre punha defeitos nos meus namorados”. A mãe sempre dizia que os namorados ou paqueras de CTB eram feios, ou pobres, ou que não eram pessoas “sérias” (pra casar). Seu último namoro terminou há 3 ou 4 anos. CTB relatou que “por ele ser casado ele queria algo mais” e ela não queria transar com ele, pois segue a Bíblia e quer casar virgem.

## *Anexo 3*

*Trecho inicial da sessão 3 categorizada  
do terapeuta A com o cliente sem  
diagnóstico de TOC – S3 TAN.*

*Trecho inicial da sessão 2 categorizada  
do terapeuta A com o cliente com  
diagnóstico de TOC – S2 TAT.*

*Trecho inicial da sessão 3 categorizada  
do terapeuta B com o cliente sem  
diagnóstico de TOC – S3 TBN.*

*Trecho inicial da sessão 5 categorizada  
do terapeuta B com o cliente com  
diagnóstico de TOC – S5 TBT.*

## *Anexo 4*

*Exemplo de seqüência de verbalização  
relativa a Aconselhamento do terapeuta.*



## *Anexo 5*

*Exemplo de seqüência de verbalização  
relativa a Explicação do terapeuta.*

## *Anexo 6*

*Exemplo de seqüência de verbalização  
relativa a Explicação do terapeuta com  
ênfase na consequência do responder.*