

INSTITUTO PAR – CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
Programa de Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada

MARIA FERNANDA SPINOLA E CASTRO

**APLICAÇÃO DO “SISTEMA MULTIDIMENSIONAL PARA A
CATEGORIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS NA INTERAÇÃO
TERAPÊUTICA” (SIMCCIT) EM SESSÕES DE ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO**

São Paulo

2024

MARIA FERNANDA SPINOLA E CASTRO

**APLICAÇÃO DO “SISTEMA MULTIDIMENSIONAL PARA A
CATEGORIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS NA INTERAÇÃO
TERAPÊUTICA” (SIMCCIT) EM SESSÕES DE ACOMPANHAMENTO
TERAPÊUTICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Análise do Comportamento Aplicada do Instituto Par – Ciências do Comportamento, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre Profissional em Análise do Comportamento Aplicada sob orientação do Prof. Dr. Fernando Albregard Cassas.

São Paulo, 01 de abril de 2024.

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Professor

Avaliação: _____ Assinatura: _____

Professor

Avaliação: _____ Assinatura: _____

Professor

Avaliação: _____ Assinatura: _____

Agradecimentos

Todos somos produto de nossas interações com o ambiente. Dessa forma, a conclusão dessa dissertação é consequência não somente do meu trabalho, mas também da participação de diversas pessoas que estavam ao meu lado. Este momento não seria possível sem o apoio, orientação e encorajamento que recebi ao longo do percurso de mestrado.

À minha mãe Angela, que sempre esteve ao meu lado, oferecendo seu apoio incondicional. Seu incentivo e persistência foram essenciais para que eu superasse todos os obstáculos do caminho.

Ao meu orientador, Fernando Cassas. Sua orientação, conhecimento e paciência foram essenciais nessa jornada. Obrigada por acreditar que eu daria conta. Esse agradecimento, no entanto, não se resume ao período do mestrado, mas se estende por mais de uma década, desde o momento em que fui convidada por você para fazer parte da equipe do curso de AT. Sou imensamente grata por me apoiar e acreditar em meu potencial, por me oferecer as mais diversas oportunidades acadêmicas e profissionais. Não há dúvida de que a psicóloga e professora que sou são um resultado direto da sua presença em minha vida.

À minha amiga, parceira profissional e colega de turma Marina Dantas Pedro. Estamos há 12 anos trilhando essa caminhada juntas, acreditando na importância da formação e atuação de ATes no contexto clínico. Essa é só mais uma etapa das muitas que ainda vamos trilhar juntas!

Às minhas amigas Maricy Gomes e Maria Carolina Telles, por todas as horas de estudos, desabafos, jantares restauradores e por me ajudarem a continuar aguentando quando eu não aguentava mais.

À Barbara, minha namorada, que entrou no meio desse processo caótico e tornou tudo mais organizado e harmonioso.

Ao Instituto Par, minha segunda casa, ambiente de aprendizado, acolhimento e desenvolvimento.

Aos todos os amigos que me acompanharam nesse processo, ouvindo e me incentivando a não desistir.

Sumário

Lista de Gráficos	6
Lista de Tabelas	7
Resumo	8
Abstract	9
Apresentação	10
Introdução	12
O Acompanhamento Terapêutico (AT)	12
Histórico da prática de atendimento fora do contexto de consultório	14
Requisitos necessários para atuar como ATe	17
Acompanhamento Terapêutico e Atendimento em consultório	18
Intervenção em Equipe	21
Comportamento do cliente e comportamento do terapeuta	22
Definição do AT	25
Pesquisas de Processo	27
Eixo 1-1: Categorização do comportamento verbal do terapeuta	29
Eixo 1-3: Categorização do comportamento verbal vocal do cliente	33
Pesquisas realizadas utilizando o SIMCITT	36
Pesquisas utilizando o SIMCITT para demandas específicas	37
Aplicação de Categorias específicas do SIMCITT	38
Pesquisas utilizando o SIMCITT em outras modalidades de terapia	39
Justificativa e objetivo	41
Método	44
Participantes	44
Cliente	44
Terapeuta	45
Local	46
Material e instrumentos	46
Aspectos éticos	47
Instrumento de Análise das Sessões: Proposta de Adaptação do SIMCCIT para o	47
AT	
Procedimento de Coleta dos dados	50

Concordância entre observadores	50
Utilização do SIMCCIT	51
Resultados	52
Resultados Da Sessão 1	53
Terapeuta: Sessão 1	54
Cliente: Sessão 1	56
Participantes Externos: Sessão 1	57
Comparação entre Participantes: Sessão 1	58
Resultados Da Sessão 2	59
Terapeuta: Sessão 2	60
Cliente: Sessão 2	64
Participantes Externos: Sessão 2	66
Comparação entre Participantes: Sessão 2	67
Resultados Da Sessão 3	68
Terapeuta: Sessão 3	69
Cliente: Sessão 3	74
Participantes Externos: Sessão 3	76
Comparação entre Participantes: Sessão 3	80
Comparação entre sessões	82
Terapeutas	83
Clientes	86
Participantes Externos	88
Discussão	91
Considerações Finais	99
Referências	100
Anexo I	107
Anexo II	111

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Porcentagem do total de ocorrências das verbalizações dos terapeutas nas 3 sessões.	84
Gráfico 2	Porcentagem do total de duração das verbalizações do terapeuta nas 3 sessões.	85
Gráfico 3	Porcentagem do total de ocorrências das verbalizações do cliente nas 3 sessões.	87
Gráfico 4	Porcentagem do total de duração das verbalizações do cliente nas 3 sessões.	87
Gráfico 5	Porcentagem do total de ocorrências das verbalizações dos participantes externos nas 3 sessões.	89
Gráfico 6	Porcentagem do total de duração das verbalizações dos participantes externos nas 3 sessões.	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados do total de cada categoria do terapeuta na sessão 1.....	54
Tabela 2	Dados do total de cada subcategoria do terapeuta na sessão 1.....	55
Tabela 3	Dados do total de cada categoria do Cliente, na sessão 1.....	56
Tabela 4	Dados do total de cada subcategoria do Cliente na sessão 1.....	57
Tabela 5	Dados do total de cada categoria do participante externo na sessão 1.....	57
Tabela 6	Divisão por participantes do total de ocorrências e duração da sessão 1..	58
Tabela 7	Dados do total de cada categoria do terapeuta na sessão 2.....	60
Tabela 8	Dados do total de cada subcategoria do terapeuta na sessão 2.....	62
Tabela 9	Dados do total de cada categoria do Cliente na sessão 2.....	64
Tabela 10	Dados do total de cada subcategoria do Cliente na sessão 2.....	65
Tabela 11	Dados do total de cada categoria do participante externo na sessão 2.....	66
Tabela 12	Dados do total de cada subcategoria dos participantes externos na sessão 2	66
Tabela 13	Divisão por participantes do total de ocorrências e duração da sessão 2..	67
Tabela 14	Dados do total de cada categoria do terapeuta na sessão 3.....	69
Tabela 15	Dados do total de cada subcategoria do terapeuta na sessão 3.....	71
Tabela 16	Dados do total de cada categoria do Cliente na sessão 3.....	74
Tabela 17	Dados do total de cada subcategoria do Cliente na sessão 3.....	75
Tabela 18	Dados do total de cada categoria dos participantes externos na sessão 3.	76
Tabela 19	Dados do total de cada subcategoria dos participantes externos na sessão 3.....	78
Tabela 20	Divisão por participantes do total de ocorrências e duração da sessão 3..	81

Resumo: A intervenção em Acompanhamento Terapêutico é uma estratégia muito utilizada por analistas do comportamento. Geralmente o foco são casos graves ou cuja intervenção necessita acontecer no ambiente natural para alteração do repertório comportamental do cliente através da formulação de análises funcionais e ensino de repertório. Existem algumas semelhanças e diferenças entre o atendimento clínico dentro do consultório e extraconsultório, como, por exemplo, a maneira como o terapeuta forma o vínculo, a interação com outros indivíduos que fazem parte da vida do cliente, o constante trabalho em equipe e a aplicação de técnicas específicas. No entanto, apesar dessa modalidade de terapia existir há décadas, não há registro publicado sobre o processo terapêutico (com exceção de atendimento de desenvolvimento atípico e escolar). Uma hipótese para esse fato pode ser que grande parte do trabalho do AT acontece em locais não estruturados, saindo na rua, indo a espaços culturais, onde o registro é de difícil manejo. O SIMCCIT é um instrumento de categorização dos comportamentos do cliente e do terapeuta, durante o processo terapêutico, preenchendo as necessidades de uma pesquisa em AT. O presente trabalho analisou os comportamentos do cliente do terapeuta e de participantes externos em uma intervenção de AT.

Descritores: Acompanhamento terapêutico; AT; SIMCCIT; análise do comportamento; pesquisa de processo.

Abstract: Therapeutic Accompaniment (TA) is highly utilized by Brazilian Behavior Analysts as a therapy model. It is a clinical therapy that occurs at the client's natural environment. It is commonly recommended for severe cases in which client's behavioral repertoire and abilities doesn't improve during traditional clinic therapy. There are some similarities and differences between clinical care inside and outside the office, such as the way therapist and client bond, having an interaction with other individuals who are part of the client's life, therapist's constant need for teamwork, and the application of specific therapeutic techniques. However, despite this therapy model exists for decades, there is no published record of this specific therapeutic process. One hypothesis for this may be that much of the TA's work occurs in unstructured settings, going out into the street, visiting cultural spaces, where tape recording would be difficult. SIMCCIT is a behavior categorizing tool and can be used for both client and therapist behaviors during the therapeutic process, meeting the needs for a TA based research. This study analyzed therapist's, client's and external participant's behaviors during a TA intervention.

Keywords: Therapeutic Accompaniment; SIMCCIT; behavior analysis; therapy; behavioral repertoire.

Apresentação

Desde meu primeiro atendimento como psicóloga tenho atuado como Acompanhante Terapêutica (no presente texto será utilizada a sigla AT para acompanhamento terapêutico e ATe para acompanhante terapêutico). Além disso, desde 2013 tenho participado como monitora e, agora, professora, do curso de formação em Acompanhamento Terapêutico do Instituto Par – Ciências do Comportamento. Acredito que a formação e pesquisa nessa área é de suma importância, pois o Analista do Comportamento é um profissional que lida com o ambiente de seu cliente e, em determinados casos, intervir diretamente no contexto em que a pessoa vive é fundamental para gerar possibilidade de mudança.

Conforme fui adquirindo experiência notei que tal intervenção, apesar de também ser clínica, é muito distinta da terapia que ocorre exclusivamente no consultório. Apesar disso, há poucas publicações sobre Acompanhamento Terapêutico (AT), comparativamente às publicações de clínica de consultório. Tal dado me motivou a estudar mais sobre o AT e produzir conhecimento que leve a comunidade científica a compreender melhor quais são as especificidades do atendimento em AT.

Durante a produção desse projeto, inicialmente, voltei meus estudos para a compreensão de como o AT surgiu e, posteriormente, procurei compreender como diversos autores definem AT e em quais contextos tal prática ocorre.

O acompanhamento terapêutico surgiu no contexto da análise do comportamento início dos anos 90, quando analistas do comportamento começam a realizar um tipo de intervenção clínica que tinha como marca uma atuação fora do consultório. Especificamente, na Análise do Comportamento, no Brasil, tinha como objetivo inicial atender a demanda por intervenções específicas em associação ao tratamento tradicional de consultório (Cassas, 2013). Desde então, publicações teóricas a respeito dessa prática foram feitas. Em geral, trabalhos versam

sobre a definição de AT e sobre as origens históricas, mas nenhum desses dedicou-se a mapear quais são os comportamentos que ocorrem dentro de uma sessão de AT. Ao notar a falta de dados sobre o funcionamento do atendimento extraconsultório a presente proposta é analisar uma sessão de AT com vistas a identificar e mapear quais são os comportamentos que ocorrem nesse tipo de trabalho. Para realizar essa tarefa, será utilizado Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SIMCCIT), desenvolvido por Zamignani e Meyer (2007). Esse sistema contém um conjunto de classificações de comportamento que ocorrem dentro de uma sessão de consultório e será adaptado ao contexto de Acompanhamento Terapêutico.

A presente pesquisa está apresentada da seguinte forma: inicialmente, foi feita uma descrição histórica do surgimento do acompanhamento terapêutico no mundo e no Brasil, contextualizando tal prática: a partir da literatura brasileira foi feita uma análise de quais as definições conceituais de AT existentes no país, assim como sua função, público-alvo e papel na equipe multidisciplinar. Em seguida, foi realizada uma análise dos trabalhos que fizeram adaptações do SIMCCIT em diferentes tipos de sessão (atendimento em grupo, familiar, de casal e coaching), com vistas a subsidiar a proposição de algumas adaptações do sistema para atender as especificidades de uma sessão de AT sugeridas. A seguir, foi realizada uma análise de sessões de AT a luz do sistema adaptado.

INTRODUÇÃO

O Acompanhamento Terapêutico (AT)

A Análise do Comportamento é uma abordagem que estuda o comportamento humano através de uma análise científica, com base no Behaviorismo Radical. Seu desenvolvimento conceitual levou à formação de uma área de prestação de serviços para a resolução de problemas humanos (Tourinho & Sério, 2010). Essa área envolve atuação em diversos contextos como, por exemplo, hospitais, empresas, serviços de saúde, ONGs e clínica. Na presente pesquisa será discutida, especificamente, a atuação clínica.

A psicoterapia é geralmente realizada em ambiente de consultório, como afirma Zamignani, Banaco e Wielenska (2007), e ocorre através da análise que o terapeuta faz a partir do relato do cliente e do seu comportamento em sessão. Com isso, o terapeuta é capaz de intervir tanto na forma como o cliente relata (comportamento emitido na sessão), como na interação desse cliente com o seu ambiente (comportamento emitido no ambiente natural).

No entanto, Zamignani, Banaco e Wielenska (2007) relatam que nem todos os casos se adaptam a esse tipo de intervenção, sendo necessárias intervenções mais diretas ou com mais tempo. Casos definidos como mais graves são, muitas vezes, internados em hospitais psiquiátricos ou necessitam do acompanhamento de diversos profissionais.

Nesse contexto é que se situa o AT, ou seja, como uma forma de intervenção que atende os casos em que o consultório não é uma intervenção eficaz— no sentido de produzir resultados efetivos. Cassas (2013) define que o AT é um tipo de intervenção indicada para aqueles clientes que necessitam de uma mediação com seu ambiente natural. Diz o autor que a intervenção de consultório é suficiente para produzir melhora para os clientes que sozinhos possuem repertório para executar planejamentos, combinados realizados com o terapeuta – e, portanto, não precisam de uma mediação com o ambiente consequenciador de seus comportamentos. No

caso de clientes que, para gerar algum tipo de mudança comportamental, precisam de uma mediação direta no ambiente – seja como condição evocativa, seja como condição consequenciadora –, é necessário que a intervenção aconteça diretamente no ambiente natural do cliente e com um terapeuta presente (nesse caso, designado como Acompanhante Terapêutico).

Para Cassas (2013), essa prática era condizente com o que vinha sendo realizado pela Análise do Comportamento nos Estados Unidos, em especial a Análise do Comportamento Aplicada. O autor fez uma revisão dos trabalhos publicados entre 1968 e 2012, no *Journal of Applied Behavior Analysis (JABA)*, sobre intervenções em ambiente natural e sobre generalização de resultados. Com isso, ele aponta que o AT, descrito pela literatura nacional, em muito se assemelhava às práticas descritas pelos trabalhos do *JABA* que buscavam, na intervenção em ambiente natural, aumentar a probabilidade da generalização dos resultados obtidos nos procedimentos. Portanto, a realização de uma intervenção fora do consultório, pelos analistas do comportamento, é bastante condizente com toda a ciência que vinha sendo desenvolvida na área aplicada.

Zamignani e Wielenska (1997) falam sobre essa atuação, mas, ao analisar as produções brasileiras sobre o tema, desde 1997, Beltramello e Kienen (2017) apontam que a definição do acompanhante terapêutico atualmente é alvo de debates na Análise do Comportamento. Dizem os autores: “Apesar do Acompanhamento Terapêutico ser uma prática comum entre analistas do comportamento, esse fazer também parece ainda não estar claramente definido na própria Análise do Comportamento.” (Beltramello e Kienen, 2017, p. 63)

De encontro a essa afirmação, ao avaliar a literatura nacional sobre AT, encontra-se o ATe definido como um profissional da saúde (Zamignani e Wielenska, 1997; Oliveira, 2000; Viana e Sampaio, 2003; Cruz, Lima e Moraes, 2003; Balvedi, 2004; Marco e Calais, 2012; Moreira e Braga, 2014), há a afirmação de que o AT é apenas uma técnica (Oliveira, 2000),

uma forma de intervenção (Vianna e Sampaio, 2003), apontando para a falta de consenso na área sobre sua definição.

No entanto, diferentemente do que apontam Beltramello e Kienen (2017), Cassas (2013), a partir da leitura desses trabalhos, apresenta uma definição que pode ser sintética com relação aos trabalhos publicados até então. Para o autor, o AT é um tipo de intervenção analítico comportamental que é indicado para aqueles clientes que, sozinhos, não tem repertório para alterar o ambiente em que vivem e que o consultório (como ambiente de aprendizagem) não possui condições suficientes para a construção dessa habilidade. Necessita-se, assim, de alguém que altere o ambiente por ele de maneira a criar condições de aprendizagem suficientes para aquisição de novos repertórios. Sendo assim, o ATe funcionaria como um mediador entre o ambiente natural e o cliente. Aqueles clientes que, sozinhos possuem repertório para alterar o ambiente, ou a condição de consultório é suficiente para o desenvolvimento dessa habilidade, não precisam de uma intervenção desse tipo.

Sendo assim, a revisão feita pelo estudo de Cassas (2013) será atualizado, até 2019, e a definição apontada pelo autor será discutida, ao final. A análise dos trabalhos está dividida nos seguintes temas: histórico da prática de atendimento fora do contexto de consultório, requisitos necessários para atuar como ATe, local de intervenção, comparação do AT com o atendimento de consultório, discussão sobre intervenção em equipe e trabalhos que discutem a análise do comportamento do terapeuta e do cliente.

Histórico da prática de atendimento fora do contexto de consultório

O AT é uma prática que surgiu a partir de uma demanda por profissionais da área da saúde que necessitavam de trabalhadores capazes de aplicar procedimentos no ambiente natural (Zamignani, Banaco e Wielenska, 2007). Segundo Vianna e Sampaio (2003) e Marco e Calais

(2012), tal demanda surgiu durante a década de 1950, época em que iniciou-se, nos Estados Unidos e na Europa, o Movimento Antimanicomial e Antipsiquiatria. Esses dois movimentos tinham por objetivo propor uma mudança na maneira com que casos graves eram tratados, questionando o modelo estritamente biológico de saúde mental, de tratamentos focados em uso da medicação e com pouca intervenção psicológica. Além disso, os movimentos tinham como objetivo propor uma mudança na função asilar dos hospitais psiquiátricos e, com isso, reinserir o cliente em seu contexto natural, tirando-o do isolamento institucional e hospitalar. (Guerrelhas, 2007).

Os profissionais da saúde que partilhavam desse movimento passaram a utilizar diferentes técnicas, fundamentadas na psicanálise (Balvedi, 2003; Marco e Calais, 2012), com a adoção de equipes multiprofissionais e o uso de uma intervenção de grande carga horária (Zamignani e Wielenska, 1997; Balvedi, 2003).

Já na década de 1960, essas propostas também chegaram em países latino-americanos (Balvedi, 2003; Cruz, Lima e Moraes, 2003). Um exemplo disso é a Argentina em que foi designado um profissional que era responsável, exclusivamente, pelo trabalho de reinserção social desses indivíduos, antes internados. Esse profissional era nomeado como Auxiliar Psiquiátrico e tinha como função acompanhar o cliente em todas as suas atividades diárias (desde situações de autocuidado, limpeza de casa, até busca por trabalho) e, com isso, auxiliava na sua reintegração ao contexto natural. (Zamignani e Wielenska, 1997)

No Brasil também houve a abertura de comunidades terapêuticas nesse mesmo período. Assim como na Argentina, essas comunidades tinham como objetivo estabelecer uma mudança na forma de tratamento de pacientes psiquiátricos graves. Em tais comunidades, o tratamento era individualizado e funcionava com regime de internação apenas durante o dia – ou como viria a ser definido posteriormente, Hospital-dia. (Zamignani e Wielenska, 1997).

A partir dos anos 1960, em meio ao contexto político da ditadura militar, houve uma

modificação no panorama da saúde no Brasil que deu espaço para transformação na forma como pacientes psiquiátricos graves eram tratados. Isso resultou no fechamento de comunidades terapêuticas (Veloso & Serpa Júnior, 2006). Com isso profissionais que atuavam na equipe auxiliando os pacientes em suas atividades diárias passaram a ser solicitados para casos particulares. Sua função inicial era assessorar o uso de medicamentos, nas atividades rotineiras e na interação com o terapeuta. No entanto, novas demandas terapêuticas surgiram, uma vez que a inserção do paciente em seu ambiente natural era necessária. Abrem-se novas possibilidades de intervenção e o termo “auxiliar psiquiátrico” torna-se obsoleto e o vocábulo Acompanhante Terapêutico começa a ser utilizado:

“Tal mudança de nome se deu em razão de um novo lugar que esses profissionais desejavam adquirir diante de seus pacientes. Orientados pela clínica psicanalítica, buscavam privilegiar uma escuta do desejo dos sujeitos, e portanto do inconsciente.” (Veloso & Serpa Júnior, 2006, p. 322).

Nota-se que tal mudança surge a partir de uma corrente psicanalítica de intervenção. Esse termo, no entanto, passa a definir não apenas a intervenção psicanalítica fora do consultório, mas todas as intervenções psicológicas que acontecem fora do contexto de consultório, independentemente de sua abordagem.

No Brasil os analistas do comportamento também adotaram esse termo para designar a intervenção em ambiente fora do consultório, conforme aponta Zamignani (1997). Nesse trabalho, o autor descreve um caso clínico em que a intervenção foi toda realizada em ambiente natural e, também, definiu essa prática como Acompanhamento Terapêutico.

Requisitos necessários para atuar como ATe

Uma parte da literatura traz a discussão de quais os requisitos para se atuar como um ATe. Ao discutir o perfil do profissional, Zamignani e Wielenska (1997), Oliveira (2000), Viana e Sampaio (2003) e Moreira e Braga (2014) apontam que o AT pode ser realizado por um estudante ou profissional da área da saúde. Especificamente, Oliveira (2000) afirma ainda que a função de AT também pode ser desempenhada por um familiar treinado e supervisionado pela equipe. Essa ampliação do perfil do ATe é criticada por Zamignani e Wielenska (1997), pois o treino realizado para instruir um caso específico pode não produzir um AT eficiente. Segundo estes autores, a necessidade de o ATe ser um profissional da saúde se dá porque o tipo de relação terapêutica que se estabelece é diferente e, possivelmente, um leigo teria dificuldade em descrever a contingência em vigor, ou a função de determinado comportamento – o que tornaria a sua intervenção menos efetiva. Apesar de criticar a atuação de familiares como ATes, Zamignani e Wielenska (1997) salientam que a família pode participar da manutenção de contingências necessárias para a mudança do comportamento do cliente. O ATe pode ser essencial nessa etapa, conversando sobre os objetivos dos procedimentos, tornando a família uma aliada e, conseqüentemente, aumentando a adesão ao tratamento. Dessa forma, Zamignani e Wielenska (1997) citam uma primeira característica necessária ao ATe: ser um profissional da saúde.

Zamignani e Wielenska (1997) e Oliveira (2000) apontam também que o ATe, geralmente, é um estudante ou profissional recém-formado. Uma justificativa pode ser a questão financeira, pois o valor cobrado por esses profissionais é menor do que o de um terapeuta. Além disso, o maior número de horas necessárias para essa intervenção - quando comparado ao de um clínico de consultório ou outros profissionais – pode contribuir para que a hora/atendimento seja mais barata.

Marco e Calais (2012), ao entrevistarem ATes sobre seu trabalho, apontaram a possível incoerência de profissionais mais experientes trabalharem em um contexto clínico (um ambiente mais controlado) e os ATes, com menor experiência, atuarem em um contexto menos estruturado e com múltiplas variáveis de controle. Uma solução dada para essa incoerência é a diminuição da autonomia do profissional, ou seja, o quanto o acompanhante terapêutico participa do planejamento da intervenção, ou das decisões clínicas sobre o caso. Zamignani e Wielenska (1997) afirmam que o ATe não tem função de planejamento da intervenção, sendo estas funções atribuídas a decisão do clínico, coordenador ou equipe multidisciplinar. Deve-se considerar, porém, como apontam alguns trabalhos (Moreira e Braga, 2014; Cruz, Lima e Moraes, 2003), o ATe e o terapeuta do caso eram a mesma pessoa, atuando com práticas diferentes a depender do setting da intervenção. Apesar de ser incomum o mesmo profissional atuar como ATe e terapeuta de consultório do caso, utilizar denominações diferentes para cada setting clínico sugere que a caracterização da pessoa do ATe não é o bastante para definir a diferença entre essas duas formas de terapia. A seguir, a presente pesquisa analisará as diferenças na intervenção realizada e no público atendido pelo AT e pelo clínico de consultório.

Acompanhamento terapêutico e atendimento em consultório

A literatura nacional sobre o acompanhamento terapêutico menciona a diferenciação entre esse trabalho e o do terapeuta clínico. A distinção mais apontada nos artigos entre o trabalho em consultório e o AT é o tipo de demanda trazida para atendimento. (Baumgarth et al, 1999; Oliveira, 2000; Marinotti e Silva, 2001; Vianna e Sampaio, 2003; Balvedi, 2004; Colombini, Shoji e Pergher, 2011; Cassas, 2013; Moreira e Braga, 2014).

Há, nesse caso, um consenso entre esses trabalhos de que o AT deve atender apenas casos graves, com dificuldade em generalizar comportamentos e déficits importantes em seu

repertório comportamental (Baumgarth et al, 1999; Oliveira, 2000; Marinotti e Silva, 2001; Vianna e Sampaio, 2003; Moreira e Braga, 2014). Quando o caso não é compreendido como grave, é reportado que a intervenção com ATe é sugerida apenas se o cliente tenha dificuldade de locomoção até a clínica, por exemplo, com idosos (Vianna e Sampaio, 2003; Balvedi, 2004), ou existe a necessidade de intervir diretamente em comportamentos que não aparecem em sessão como, por exemplo, a interação social com pares (Marinotti e Silva, 2001).

Os artigos apontam que o ambiente de atuação do AT permite uma maior variabilidade de estímulos, portanto de estimulação. (Baumgarth et al 1999; Vianna e Sampaio, 2003) Além disso, os reforçadores disponibilizados são mais próximos dos já existentes na vida do cliente (Marco e Calais, 2012).

Marinotti e Silva (2001) descrevem que selecionaram uma intervenção em ambiente natural pois poderia:

- facilitar a generalização de repertórios ensinados no contexto de consultório; pois o cliente, diagnosticado com autismo, apresentava padrões restritos de respostas e dificuldade em emitir as respostas condicionadas no atendimento terapêutico em outro local.
- aprimorar o controle de estímulos das respostas existentes; por ter desenvolvido a fala a partir da leitura de livros e revistas, o cliente não discriminava corretamente o que falar em diferentes situações sociais, frequentemente falando algo fora de contexto.
- instalar novas respostas; pois o cliente não apresentava respostas de tato no início da terapia. Acreditou-se que tal déficit de repertório ocorreu porque o tato tem como característica ser reforçado socialmente e o cliente tinha pouca sensibilidade a reforçamento social no início da terapia.

Todos esses objetivos foram realizados de uma forma menos artificial do que a apresentada na clínica. Outra questão que aparece é o caráter acolhedor e seguro que o setting do consultório tem como objetivo proporcionar. Marinotti e Silva (2001) descrevem um caso em que o atendimento em consultório foi útil para desenvolver repertórios sociais básicos que dificilmente seriam desenvolvidos em contexto natural, pois o contato com outros era muito aversivo ao cliente, assim interações em outro ambiente seriam também aversivas. Dizem as autoras que o atendimento em clínica de gabinete também foi útil para análises mais profundas de questões que o cliente trazia, a treino de repertórios sociais e acadêmicos que necessitavam de material específico, e controle maior do ambiente. Nesse exemplo, observa-se que o AT não seria benéfico para o cliente, pois a presença de um ambiente novo, sem o histórico de punição existente em locais que o cliente já frequentava, facilitou a intervenção terapêutica.

Outro problema relacionado ao setting é que no consultório somente participam da sessão o cliente e o terapeuta, exceto casos de terapia de casal ou familiar. No caso do AT, por não ter um setting definido, o profissional irá interagir com família e outras pessoas que participam socialmente da vida do cliente, potencialmente alterando a dinâmica familiar e a privacidade do cliente em relação ao atendimento. (Zamignani e Wielenska, 1997; Balvedi, 2003) Além disso, a intervenção pode incluir a família e outros, possibilitando a existência de conflitos entre ele e o cliente ou a família (Balvedi, 2003).

O vínculo formado com o ATe também é diferente da clínica, pois o ATe tem acesso a reforçadores naturais do cliente (Baumgarth et al, 1999, e Vermes, Zamignani e Kovac, 2007). Balvedi (2003) aponta que essa vinculação nem sempre é uma vantagem, pois o cliente tem maior probabilidade de ficar dependente de um ATe do que de um terapeuta. Oliveira (2000) também afirma que deve-se tomar cuidado com ganhos secundários para o cliente com a presença do ATe, como atenção e companhia, pois podem interferir nos resultados da intervenção.

Portanto, até esse ponto, a partir da literatura, é possível afirmar que existem atributos que definem o AT: ambiente no qual trabalha e tipo de caso que atende. Vianna e Sampaio (2003) afirmam que outra característica ainda é definidora do AT: ser parte de uma equipe. A participação em uma equipe multiprofissional é relevante por diversos motivos, que serão descritos a seguir.

Intervenção em equipe

Segundo Balvedi (2003) o início acompanhamento terapêutico se dá através da indicação de outro profissional. Dessa forma, o trabalho é interdisciplinar desde seu início, pois já existe outro profissional trabalhando com o cliente. Segundo Baumgarth et al (1999), a equipe da qual o ATe faz parte pode ser composta tanto por outros terapeutas quanto por outros profissionais da área da saúde.

Por trabalhar mais próximo à família e ao contexto natural do cliente, o ATe pode se configurar como um “elo” entre profissionais e cliente/família (Oliveira, 2000). Por isso, segundo Zamignani e Wielenska (1997), é necessário que todos os profissionais compreendam as atividades realizadas pelo ATe. Os autores afirmam que, por um lado, é necessário fornecer dados relevantes para toda a equipe, por outro, o vínculo entre o ATe e cliente não pode ser quebrado. Para tanto, os autores recomendam que seja discutido com a família e outros profissionais quais informações podem ou não ser compartilhadas.

Para Zamignani e Wielenska, (1997), a intervenção de todos os profissionais é mais eficiente quando todos estão em contato. Contudo, os autores apontam que isso aumenta o custo de resposta para os profissionais, pois o alinhamento da equipe é, por si só, uma tarefa que exige planejamento e comunicação entre todos os profissionais. Nesse sentido, é imprescindível que todos tenham clareza de cada atribuição, garantindo que duas pessoas não

realizem a mesma tarefa, ou algo deixe de ser realizado. O ATe pode, inclusive, ser parte de uma interação do próprio cliente com os outros profissionais. No relato de caso de Balvedi (2004), por exemplo, a ATe participou das sessões de fisioterapia da cliente, o que foi considerado um benefício para o caso, pois conteúdos que a cliente trazia eram conversados com a ATe.

Sendo assim, a definição de AT – até esse momento – leva em consideração também a possibilidade de um trabalho em equipe. No entanto, como mostra a literatura, isso não pode ser definidor da prática do ATe, ou seja, o fato de trabalhar em equipe não é condição fundamental da prática (apesar de, como mostrou a análise até aqui, trazer benefícios para o trabalho).

Por estar no ambiente natural do cliente, o ATe consegue aplicar diferentes técnicas do clínico, uma vez que o contexto de vida do cliente já é aquele em que a técnica é implementada (Baumgarth et al, 1999, Cassas, 2013). Tais técnicas são utilizadas em clientes com um determinado repertório e necessitam que o AT também tenha um repertório específico de atendimento. Esse tema será descrito mais detalhadamente a seguir.

Comportamento do cliente e comportamento do terapeuta

Como mencionado anteriormente, Balvedi (2003) e Marco e Calais (2012) apontam que clientes de AT, geralmente, são casos psiquiátricos, por exemplo esquizofrenia, transtornos do humor, somatoformes, ansiosos ou TDAH, ou casos neurológicos, como paralisia cerebral, demências, alterações no desenvolvimento, entre outros.

Em termos comportamentais, o cliente-alvo do acompanhamento terapêutico pode ter pouco repertório social e/ou falta de habilidades sociais (Baumgarth et al, 1999; Marinotti e Silva, 2001; Marco e Calais, 2012, Moreira e Braga, 2014), esquiva de situações sociais ou

fobia social (Balvedi, 2004; Moreira e Braga, 2014), pouca variabilidade comportamental (Moreira e Braga, 2014), isolamento (Balvedi, 2004), dificuldade em emitir atos de seus comportamentos (Moreira e Braga, 2014), falta de repertório em atividades de vida diária (AVDs) (Balvedi, 2004; Marco e Calais, 2012), dificuldade em autocontrole (Marco e Calais, 2012), em autonomia (Marinotti e Silva, 2001), ou precisar desenvolver comportamento de estudante, como organização do material escolar, cumprir tarefas no prazo, ler enunciado, pesquisar conteúdo, formular perguntas ao professor, entre outros (Colombini, Shoji e Pergher, 2011). Marco e Calais (2012) mencionam especificamente a necessidade de intervir na manutenção de vínculos sociais do cliente.

Para a intervenção em comportamentos que necessitam ser modificados, algumas técnicas e procedimentos são mencionados em diversos trabalhos:

- modelagem e modelação são citadas por Baumgarth et al (1999), Oliveira (2000), Marinotti e Silva (2001), Balvedi (2003), Cruz, Lima e Moraes (2003), Balvedi (2004), e Moreira e Braga (2014)
- reforçamento diferencial é citado por Baumgarth et al (1999), Marinotti e Silva (2001), Balvedi (2004), Marco e Calais (2012) e Moreira e Braga (2014)
- treino de habilidades sociais é citado por Cruz, Moraes e Lima (2003) e Marco e Calais (2012)
- técnicas de relaxamento e manejo de ansiedade são citados por Cruz, Lima e Moraes (2003) e Balvedi (2003)
- técnicas de exposição a estímulos aversivos são citadas por Balvedi (2003), Cruz, Lima e Moraes (2003), Balvedi (2004), Marco e Calais (2012) e Moreira e Braga (2014)
- controle por regras e controle pelas contingências são citados por Balvedi (2003) e Balvedi (2004)

- extinção é citado por Marinotti e Silva (2001) e Moreira e Braga (2014)
- Fading é citado por Moreira e Braga (2014)
- planejamento de generalização é citado por Marinotti e Silva (2001) e Marco e Calais (2012)
- estabelecer-se como audiência não punitiva é citado por Baumgarth et al (1999)
- economia de fichas é citada por Marco e Calais (2012)
- time-out é citado por Marco e Calais (2012)

No entanto, Marco e Calais (2012) afirmam que a atuação dos ATes não se resume a essas técnicas, sendo necessário observar as contingências em vigor e as variáveis de controle determinantes do comportamento do cliente. Cruz, Lima & Moraes (2003) afirmam que, inicialmente, deve ser realizada uma análise do comportamento-alvo e do ambiente no qual ele ocorre, identificando sua topografia, função e definição da mudança desejada. Segundo Baumgarth et al (1999), o atendimento de AT precisa ser planejado, tanto durante o período da sessão quanto no momento em que o cliente ficará sem o atendimento. As técnicas também precisam ser adaptadas à necessidade do cliente.

Zamignani e Wielenska (1997) mencionam também que é necessário ter conhecimento sobre a análise do comportamento, base para sua intervenção, conseguindo explicar ao cliente e sua família o motivo para utilizá-la. Balvedi (2003) fala que o planejamento do AT também envolve o local de atendimento, pois a localidade do atendimento pode ser modificada ao longo do tempo.

Marco e Calais (2012) afirmam que, se por um lado uma vantagem do AT é a versatilidade no atendimento, por outro a pesquisa dessa modalidade de atendimento é dificultada por ser um ambiente pouco controlado. A pesquisa aplicada, na área clínica, será o foco da segunda parte do presente trabalho.

Definição do AT

A partir da literatura, pode-se compreender melhor como o AT é caracterizado: um profissional em formação ou recém formado (Zamignani e Wielenska, 1997; Oliveira, 2000; Viana e Sampaio, 2003; Moreira e Braga, 2014), que atua geralmente em ambiente natural, mas eventualmente pode conduzir a intervenção em consultório (Zamignani e Wielenska, 1997; Beltramello e Kienen, 2017), geralmente supervisionado por outro profissional ou por uma equipe (Zamignani e Wielenska, 1997; Baumgarth et al, 1999; Oliveira, 2000; Balvedi, 2003). Suas intervenções podem ser protocolos específicos de intervenção ou mais gerais, a depender da demanda do cliente (Cruz, Lima & Moraes, 2003; Marco e Calais, 2012). Os clientes de AT são majoritariamente casos graves ou que necessitam de intervenção no ambiente natural, que não conseguiria ser reproduzida na clínica. Tais definições são as mesmas que as descritas no trabalho de Cassas (2013).

“O AT surge da *necessidade* de uma intervenção em ambiente natural e essa *necessidade* é resultado do tipo de repertório com que o cliente chega ao tratamento; isso caracteriza o AT como diferente daquele atendimento que acontece no consultório, ou seja, o AT é indicado para casos em que o repertório do cliente não garante a mudança fora da sessão.” (p.112, Cassas, 2013)

Além disso, Cassas (2013) afirma existir um “repertório mínimo de cliente” necessário para um atendimento em consultório.

“Essas habilidades, definidas aqui como *repertório mínimo de cliente*, seriam, então, descritas como: repertório de comportamentos verbais ecóicos, mandos,

tatos, intraverbais, isso daria suporte para que o cliente fosse capaz de observar e formular regras sobre o próprio comportamento, analisar os seus eventos privados, além do estabelecimento de uma boa relação terapêutica.” (p.122)

Apesar de conseguirmos definir o cenário de tal prática, não foram encontrados artigos que descreveram em termos operacionais ou que estruturaram contingências que ocorrem durante uma sessão de AT. Tal área de pesquisa carece de resultados empíricos sobre o processo terapêutico que ocorre no AT e resultados dessa modalidade de intervenção. Essa falha na área de pesquisa já foi apontada por Cassas em 2013, e não foram encontrados artigos com tais características até 2020.

Compreender o que ocorre dentro da sessão é relevante para a manutenção e desenvolvimento do trabalho do AT, pois permite seu aperfeiçoamento. Uma área de pesquisa que se dedica a tal descrição operacionalizada dos atendimentos clínicos é o de pesquisas de processo, como será analisado a seguir.

Pesquisas de processo

Pesquisas de processo são aquelas que, ao invés de verificar similaridades entre sujeitos, analisam a interação do terapeuta com seu cliente, tendo como objeto de estudo o processo terapêutico. Para tanto, não são comparados grupos diferentes ou a eficácia de procedimentos específicos, porém o processo terapêutico em si. (Zamignani, 2007).

Em busca de identificar e avaliar os aspectos específicos da relação terapêutica, pesquisadores de diferentes abordagens teóricas e de diferentes áreas do conhecimento têm desenvolvido estratégias metodológicas para a caracterização da interação em sessão terapêutica, por meio da observação direta de sessões gravadas em áudio e/ou vídeo e categorização dos comportamentos observados. Em tais pesquisas, denominadas *pesquisas de processo* (Greenberg & Pinsof, 1986; Russel & Trull, 1986), o dado principal é o que ocorre dentro do processo terapêutico, mais especificamente na interação (verbal e não-verbal) entre terapeuta e cliente e o objetivo é identificar os processos de mudança ao longo dessa interação. (Zamignani, 2007, p.2)

Dos estudos da Análise do Comportamento sobre o processo terapêutico podem ser destacados aqueles descritos por Zamignani e Meyer (2014), em seu livro “Pesquisa de Processo em Psicoterapia: O Desenvolvimento do Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SIMCCIT)”. Nesse trabalho, encontram-se descrições de estudos realizados a partir do sistema desenvolvido por Zamignani (2007) e Zamignani e Meyer (2014). Esse livro será analisado a seguir, como forma de auxiliar a construção do método da presente pesquisa.

No primeiro capítulo os autores descrevem uma análise da literatura sobre sistemas de

categorização de comportamento. Essa sondagem teve o objetivo de verificar se os sistemas realizados por outros autores atendiam a todos os critérios de inclusão definidos pelos autores, a saber:

1. categorias e definições: análise das definições das categorias de cada sistema
2. coerência do conjunto: coerência interna do sistema
3. treino sistemático: existência de manual ou treino sistemático de observadores
4. utilização prévia em pesquisas: utilização em outros estudos e por outros pesquisadores
5. compatibilidade: com a análise do comportamento

Sete sistemas foram selecionados, no entanto, nenhum deles atendia a todos os critérios. Esse resultado indicou para os autores a necessidade de desenvolver-se um novo sistema. Para tanto, analisou-se todas as categorias presentes nos sistemas encontrados, além da inclusão de outros três textos sobre formação de terapeutas (que apresentam descrições de comportamentos), totalizando dez estudos.

Uma segunda etapa, então, investigou as categorias de todos os sistemas, agrupando-as de acordo com similaridade dos itens. Posteriormente, classes de comportamentos foram criadas a partir destes itens. As classes foram divididas em três eixos: I – “Categorias referentes ao comportamento verbal vocal e não vocal do terapeuta e do cliente”, II – “Categorias referentes ao tema da sessão” e III – “Categorias de registro de respostas motoras do terapeuta e do cliente”.

O Eixo I foca em medidas quantitativas referentes ao comportamento verbal vocal e não vocal do terapeuta e do cliente durante a sessão. Ele se divide em:

- 1- categorização do comportamento verbal vocal do terapeuta;
- 2- categorização do comportamento verbal não vocal do terapeuta;
- 3- categorização do comportamento verbal vocal do cliente;

- 4- categorização do comportamento verbal não vocal do cliente;
- 5- categorização do Qualificador 1: tom emocional;
- 6- categorização do Qualificador 2: Gestos Ilustrativos.

A presente pesquisa utilizou os Eixo I-1 e Eixo I-3. As categorias desenvolvidas em tais eixos foram as seguintes:

Eixo 1-1: Categorização do comportamento verbal do terapeuta

- Terapeuta solicita relato (Solicitação de relato - SRE)

SOLICITAÇÃO DE RELATO contempla verbalizações do terapeuta nas quais ele solicita ao cliente descrições de ações, eventos, sentimentos ou pensamentos. Ocorre tipicamente em situações relacionadas a coleta de dados e ao levantamento de informações ao longo de qualquer etapa do processo terapêutico. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 169)

- Terapeuta facilita o relato do cliente (Facilitação – FAC)

FACILITAÇÃO é caracterizada por verbalizações curtas ou expressões paralinguísticas que ocorrem durante a fala do cliente. Tipicamente, essas verbalizações indicam atenção ao relato do cliente e sugerem sua continuidade. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 170)

- Terapeuta demonstra empatia (Empatia – EMP)

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

Diferentemente da categoria APROVAÇÃO, que se refere a uma avaliação sobre características específicas do cliente, a empatia tem um caráter inespecífico, informando

essencialmente que o cliente é aceito, “bem-vindo”, sem implicar em avaliação ou julgamento (“eu entendo você e aceito como você é”).

Essa classe de verbalizações tem sido associada tipicamente à criação de um ambiente terapêutico amistoso, seguro e não punitivo, para que o cliente se sinta à vontade para verbalizar eventos que, em outros contextos, poderiam ser alvo de punição. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 174)

- Terapeuta fornece informações (Informação – INF)

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

Essa classe de verbalizações é tipicamente associada a intervenções “psicoeducacionais” e ao “enquadre” ou contrato terapêutico. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 178)

- Terapeuta solicita reflexão (Solicitação de reflexão – SRF)

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

Em sessões de terapia analítico-comportamental, essa classe de verbalizações ocorre tipicamente quando o terapeuta busca facilitar o estabelecimento de relações funcionais e a formação de autorregras. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 180)

- Terapeuta recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas (Recomendação – REC)

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

(Zamignani & Meyer, 2014, p. 184)

- Terapeuta interpreta (Interpretação – INT)

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

(Zamignani & Meyer, 2014, p. 189)

- Terapeuta aprova ou concorda com ações ou avaliações do cliente (Aprovação – APR)

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

(Zamignani & Meyer, 2014, p. 194)

- Terapeuta reprova ou critica ações ou verbalizações do cliente (Reprovação - REP)

REPROVAÇÃO contempla verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento desfavoráveis a respeito de ações, pensamentos, características ou avaliações do cliente. Assim como APROVAÇÃO, verbalizações de reprovação dirigem-se a ações ou características específicas do cliente e pressupõem o terapeuta como alguém que pode selecionar e fortalecer aspectos de seu comportamento que seriam mais ou menos apropriados. Reprovação tem sido frequentemente associada, na literatura clínica, a interações aversivas em psicoterapia, que podem ameaçar a manutenção da relação terapêutica. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 199)

- Outras verbalizações do terapeuta (Outras vocal terapeuta – TOU)

Inclui-se nessa categoria verbalizações não classificáveis nas categorias anteriores (cumprimentar o cliente na chegada ou partida, comentários ocasionais não relacionados ao tema em discussão, entre outros), acertos ocasionais de horário ou local da sessão, recuperação de assunto (quando o cliente esquece o que estava falando, por exemplo), opiniões pessoais sobre eventos externos (opiniões, avaliações ou julgamentos sobre eventos que não dizem respeito ao cliente ou à sessão). Falas dirigidas a um terceiro também se encaixam nessa categoria. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 203)

- Terapeuta permanece em silêncio (T Silêncio – TSL)

Tal categoria deve ser selecionada quando uma resposta verbal dos tipos Solicitação de relato, Empatia, Informação, Solicitação de Reflexão, Recomendação, Interpretação, Aprovação, Reprovação ou Outros é encerrada sem que uma nova resposta verbal desses tipos seja iniciada pelo mesmo.

A categoria T SILENCIO deve ser mantida ativada, mesmo se ocorrer fala do terapeuta no tipo Facilitação. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 206)

Eixo 1-3: Categorização do comportamento verbal vocal do cliente

- Cliente solicita informações, opiniões, asseguramento, recomendações ou procedimentos (Solicitação – SOL)

SOLICITAÇÃO é categorizada por verbalizações em que o cliente apresenta pedidos ou questões ao terapeuta. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 215)

- Cliente relata eventos (Relato – REL)

RELATO contempla verbalizações em que o cliente descreve ou informa o terapeuta sobre a ocorrência de eventos, ou aspectos relativos a eventos, respostas emocionais suas ou de terceiros, seus estados motivacionais e/ou tendências a ações, sem estabelecer relações causais ou funcionais entre eles. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 218)

- Cliente relata melhora ou progresso terapêutico (Melhora – MEL)

MELHORA é caracterizada por verbalizações em que o cliente relata mudanças satisfatórias com relação a sua queixa clínica, problemas médicos, comportamentos relacionados a sua queixa ou comportamentos considerados pelo cliente ou pelo terapeuta como indesejáveis ou inadequados (independentemente da concordância de ambos quanto à melhora). (Zamignani & Meyer, 2014, p. 221)

- Cliente formula metas (Metas – MET)

METAS contempla verbalizações do cliente nas quais ele descreve seus projetos, planos ou estratégias para a solução de problemas trazidos como queixas para a terapia. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 222)

- Cliente estabelece relações entre eventos (Relações – CER)

RELAÇÕES é caracterizada por verbalizações em que o cliente estabelece relações causais e/ou explicativas (funcionais, correlacionais ou de contiguidade) entre eventos, descrevendo-as de forma explícita ou sugerindo-as por meio de metáforas ou analogias. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 226)

- Cliente relata concordância ou confiança (Concordância – CON)

CONCORDÂNCIA é caracterizada por verbalizações nas quais o cliente expressa julgamento ou avaliação favoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta ou relata satisfação, esperança ou confiança no terapeuta e/ou no processo terapêutico. Inclui também verbalizações em que o cliente complementa ou resume a fala do terapeuta ou episódios nos quais o cliente sorri em concordância com o terapeuta. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 230)

- Cliente se opõe, recusa ou reprova (Oposição – OPO)

OPOSIÇÃO é caracterizada por verbalizações em que o cliente expressa discordância, julgamento ou avaliação desfavoráveis a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos pelo terapeuta. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 233)

- Outras verbalizações do cliente (Outras vocal cliente – COU)

Tal categoria contempla verbalizações do cliente não classificáveis nas categorias anteriores. Inclui verbalizações do cliente, ao cumprimentar o terapeuta em sua chegada ou partida, anúncios de interrupções ou comentários ocasionais alheios ao tema da discussão. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 236)

- Cliente permanece em silêncio (C Silencio – CSL)

Tal categoria deve ser selecionada quando uma resposta verbal do tipo estado do cliente é encerrada sem que uma nova resposta verbal do tipo estado do mesmo falante seja iniciada.

Quando não há outra resposta verbal do cliente do tipo estado, a categoria C SILENCIO deve ser mantida ativada, mesmo se outra categoria verbal do tipo evento do cliente ocorrer. (Zamignani & Meyer, 2014, p. 238)

O Eixo II foca em que assuntos foram discutidos durante a sessão terapêutica. Nesse caso, o foco está no conteúdo e na duração do tema e não em quem falou. Caso o tema seja recorrente e não esteja em nenhuma outra categoria, os autores afirmam que novas categorias podem ser criadas. O Eixo III categoriza atividades motoras que não estão relacionadas à comunicação entre terapeuta e cliente. Inclui-se autoestimulação, movimentos repetitivos, espreguiçar/alongar/bocejar, mudar de postura, entre outros. Os Eixos II e III não foram utilizados na presente pesquisa.

A classificação do Eixo I foi testada por Zamignani (2007), utilizando um terapeuta e dois observadores. Os comportamentos, tanto do terapeuta quanto do cliente, foram gravados e classificados, com a colaboração de dois observadores treinados para classificar os comportamentos através das gravações. Para análise desses dados leva-se em consideração a frequência, duração e ordem em que esses comportamentos ocorrem. Além disso, foi feita uma

análise de sequências específicas de interações, verificando relações de contiguidade. As categorias podem ser rearranjadas de acordo com a análise desejada. Dessa forma, adaptações do Sistema podem ser feitas com o objetivo de adequá-lo a outros contextos terapêuticos.

Nota-se que o SIMCITT permite a análise da sessão terapêutica de diversas maneiras. Pode-se identificar se há padrões em relação ao momento da terapia (início, meio e fim). Nas sessões iniciais, por exemplo, se há a predominância das categorias do terapeuta Solicitação De Relato, Solicitação De Reflexão, Facilitação, Informação, Interpretação, Empatia e Aprovação. Além disso, é possível avaliar, através das categorias, intervenções com foco mais ou menos diretivo, como no caso de aparecer a predominância de Recomendação, Informação, Aprovação e Reprovação, e intervenções com foco mais reflexivo, com predominância de Solicitação De Reflexão e Interpretação.

O Sistema também conta com a complementação de categorias não vocais que auxiliam no processo de análise da terapia. Para a presente pesquisa, apenas as categorias que podem ser obtidas através do comportamento verbal vocal são utilizadas, pois apenas o áudio das sessões será gravado. Dessa forma, não serão analisados o Eixo I-2, o Eixo I-4, o Eixo I-6 e o Eixo III.

A seguir serão apresentadas as pesquisas que utilizaram o SIMCCIT como instrumento de análise da interação terapêutica, tanto replicando-o em contextos específicos, quanto alterando algumas categorias para adaptá-lo a cada contexto de interação terapêutica.

Pesquisas realizadas utilizando o SIMCITT

Desde seu desenvolvimento, o SIMCITT foi replicado em diversas pesquisas e em diversos contextos. Tais publicações auxiliam a verificar a aplicabilidade e confiabilidade do sistema em relação a clientes com características diversas, assim como variados modos de intervenção

terapêutica.

Peron e Lubi (2012) também replicaram o SIMCCIT, analisando o áudio das três primeiras sessões de terapia realizadas por dois terapeutas iniciantes (uma estudante de psicologia e um terapeuta com menos de cinco anos de prática), no início de um processo terapêutico. Utilizou-se o Eixo I de categorização do SIMCITT, tanto para o cliente quanto para o terapeuta. Os dados obtidos mostram que as categorias mais frequentes de ambos os terapeutas foram Facilitação e Solicitação De Relato. Para os clientes as categorias mais frequentes foram Relato, Estabelecimento De Relações e Concordância.

Pesquisas utilizando o SIMCITT para demandas específicas

Pesquisas que utilizam o SIMCITT foram realizadas para verificar se há mudanças ou similaridade em padrões de comportamento, tanto do terapeuta quanto do cliente, ao se trabalhar com demandas específicas ou com diagnósticos psiquiátricos diferentes.

Nobile, Garcia e Bolsoni-Silva (2017) realizaram um estudo avaliando a interação de uma terapeuta em dois casos de universitários com Transtorno de Ansiedade Social. 17 sessões com duração de duas horas foram filmadas e categorizadas a partir do Eixo I do SIMCITT; dessas, 6 sessões foram sorteadas para análise sequencial (três de cada cliente). As categorias mais frequentes nas 17 sessões foram Facilitação e Informação, e as com maior duração foram Informação, Interpretação e Recomendação. Durante a análise sequencial das interações, notou-se um padrão entre Facilitação e Relato, demonstrando que a Facilitação pode ser um fator que aumenta a frequência e duração do relato do cliente. Também observou-se uma relação na sequência Informação-Recomendação-Concordância, mostrando que a terapeuta justificava sua recomendação antes de fazê-la, e tal sequência aumentava a probabilidade do

cliente concordar com a recomendação feita.

Outro estudo de Kanamota, Kanamota e Bolsoni-Silva (2014) trabalhou com a mãe de uma adolescente com problemas de comportamento. Tal estudo utilizou apenas a gravação do áudio para coleta de dados da sessão terapêutica. As autoras concluíram que houve relações entre a frequência de Facilitação do terapeuta e Relações do cliente, assim como de Informação do terapeuta e Melhora do cliente. Tais resultados vão ao encontro aos resultados dos questionários, que demonstram melhora na relação mãe e filha, que passaram a utilizar repertórios menos coercitivos de comportamento. Também foi apontado o aumento da categoria Concordância e diminuição de Oposição da cliente.

Aplicação de Categorias específicas do SIMCITT

Outra aplicabilidade do SIMCITT é a análise de categorias específicas, ao invés da categorização de todas as interações em uma sessão. Donadone e Meyer (2014) analisaram as contingências da categoria Orientação. A análise das autoras foi quantitativa, porém referente à topografia da fala do terapeuta. Notou-se que existe uma diferença na frequência em que terapeutas experientes e não experientes emitem falas de orientação, emitindo mais ou menos orientações a depender do tema proposto. Dessa forma, pode-se concluir que a experiência do terapeuta é um fator que deve ser levado em consideração ao analisar a sessão terapêutica. Para a análise de dados as autoras modificaram a categoria METAS da fala do cliente, adicionando como critério de inclusão a “auto-orientação”.

Pesquisas utilizando o SIMCITT em outras modalidades de terapia

Del Prette e Meyer, (2014) foram as primeiras pesquisadoras a utilizar o SIMCITT para analisar a terapia analítico-comportamental infantil, com o objetivo de verificar se o Sistema é aplicável a outros modelos de terapia, como, por exemplo, a terapia com crianças. Em sua tese, Del Prette (Del Prette e Meyer, 2014) afirma que, para garantir dados mais confiáveis, utilizou duas terapeutas infantis com décadas de experiência nesse tipo de atendimento. Também adaptou o material para sua utilização em crianças, além de usar outros instrumentos de medida (o FAP Rating System – FAPRS; o Sistema de Estratégias para Conversas e Atividades Terapêuticas – SECAT; e o Sistema de Categorização de Objetivos Terapêuticos – SICOT). Ao utilizar o SIMCCIT, a autora utilizou apenas as categorias verbais vocais, incluindo comportamentos verbais não vocais nessas categorias. Dessa forma, não dividiu os dados nos eixos propostos inicialmente, utilizando apenas 10 categorias para classificar o comportamento do terapeuta, e 8 para classificar o do cliente. Assim como na pesquisa de Zamignani (2007), a autora também selecionou sessões aleatórias de um conjunto de sessões gravadas para sua análise.

Ao analisar as sessões, Del Prette (2014) verificou a necessidade de redefinir uma categoria, pois a terapia infantil, diferentemente da terapia de adulto, necessita que o terapeuta descreva o comportamento dele mesmo, dos personagens da brincadeira ou do cliente para o cliente. Tais descrições foram adicionadas à categoria Informação. Os resultados do estudo afirmam que é possível aplicar o SIMCITT para analisar outros formatos de terapia.

Outro estudo realizado é o de Silveira (2009), em que o SIMCITT é utilizado e adaptado para analisar gravações de áudio e vídeo de uma terapia comportamental de grupo. Para tanto, um terapeuta e três clientes participaram das sessões de terapia. Mudanças foram necessárias na classificação do Sistema para abarcar mais de um cliente, assim como interações cliente-

cliente. É importante salientar que as interações cliente-cliente, além de ocorrerem, são parte do próprio processo terapêutico (Silveira, 2009). Para se adequar ao formato de terapia com mais de um cliente, os autores registraram na planilha do software códigos com as novas categorias a serem adicionadas no sistema.

Na categoria do terapeuta Recomendação foram adicionadas três subcategorias, pois a presença de mais de um cliente é contexto para que o terapeuta solicite para um cliente falar sobre o relato de outro. As subcategorias são: Solicitação De Aprovação, Solicitação De Reprovação, Solicitação De Recomendação. Em relação às categorias do cliente, necessitou-se adicionar cinco categorias relacionadas às subcategorias novas do terapeuta. As novas categorias do cliente são: Cliente-Aprovação, Cliente-Reprovação, Cliente-Interpretação, Cliente-Recomendação e Cliente-Empatia. Nota-se que, nos resultados da pesquisa, as categorias Informação, Solicitação De Reflexão e Recomendação são as mais apresentadas pelo terapeuta. Há uma discrepância nas categorias relacionada à frequência de falas do terapeuta emitidas para o grupo e para os clientes individualmente, o que sugere que algumas das categorias necessitam de direcionamento para um cliente específico para que o comportamento do cliente seja consequenciado. Por outro lado, outras tem melhor efeito quando a fala é dirigida ao grupo como um todo. Em relação ao relato dos clientes, em todos as categorias mais frequentes foram Relato, Concordância e Relações.

A partir de tais estudos é possível verificar que o SIMCCIT também é um instrumento útil para analisar diferenças nas estruturações de modalidades de terapia. Sua versatilidade - a possibilidade de modificar, adicionar ou não utilizar categorias – permite que o pesquisador adeque o instrumento à necessidade de seu estudo. Assim, a própria validade do instrumento é verificada em diferentes contextos a partir de sua adaptação, e diferentes modalidades e populações-alvo podem ser analisadas em comparação às já investigadas.

Justificativa e objetivo

Como foi apontado até aqui, a intervenção em Acompanhamento Terapêutico é uma estratégia muito utilizada por analistas do comportamento. Geralmente, o foco são casos graves ou cuja intervenção necessita acontecer no ambiente natural para alteração do repertório comportamental do cliente através da formulação de análises funcionais e ensino de repertório (Cassas, 2013). Tal intervenção pode facilitar a generalização dos repertórios ensinados, aprimorar o controle de estímulos das respostas existentes e instalar novas respostas. (Marinotti e Silva, 2001).

Existem algumas semelhanças e diferenças entre o atendimento clínico dentro do consultório e extraconsultório, como, por exemplo, a maneira como o terapeuta forma o vínculo (Baumgarth et al, 1999, e Vermes, Zamignani e Kovac, 2007), a interação com outros indivíduos que fazem parte da vida do cliente (Zamignani e Wielenska, 1997; Balvedi, 2003), o constante trabalho em equipe (Viana e Sampaio, 2003) e a aplicação de técnicas específicas (Baumgarth et al, 1999; Oliveira, 2000; Marinotti e Silva, 2001; Balvedi (2003), Moreira e Braga, 2014). No entanto, apesar dessa modalidade de terapia existir há décadas, não há registro publicado sobre o processo terapêutico (com exceção de atendimento de desenvolvimento atípico e escolar). Uma hipótese para esse fato pode ser que grande parte do trabalho do AT acontece em locais não estruturados, saindo na rua, indo a espaços culturais, onde o registro é de difícil manejo.

Tal dificuldade poderia ser superada ao utilizar um instrumento que permite a gravação dos comportamentos e sua posterior categorização e análise. O SIMCCIT é um instrumento de categorização dos comportamentos do cliente e do terapeuta, durante o processo terapêutico, preenchendo as necessidades de uma pesquisa em AT.

No entanto, duas diferenças entre a presente e outros trabalhos que utilizaram o

SIMCITT são relevantes de serem destacadas. A primeira é que o Sistema, originalmente, utiliza gravação de vídeo para análise de interações verbais não vocais ou comportamentos motores (Zamignani, 2007). A gravação em vídeo de uma sessão de AT se torna inviável, pois, mesmo que tanto o cliente quanto o terapeuta carregassem câmeras consigo, dificilmente essas câmeras seriam posicionadas corretamente para captar a imagem de ambos o tempo todo. Dessa forma, optou-se por propor utilizar somente o áudio. A utilização do áudio como única maneira de gravação dos dados da pesquisa também ocorreu na pesquisa de Oliveira (2004), Peron e Lubi (2012), Sadi e Meyer (2014).

Outra diferença é que, por ser uma sessão fora de um ambiente mais controlado, há uma alta probabilidade de que outras pessoas, que não o terapeuta ou o cliente, façam parte da sessão. Nota-se que essa interação possivelmente será parte do processo terapêutico, pois o ATe frequentemente trabalha não só com o cliente, mas com todos os indivíduos presentes no ambiente, sendo que a modificação desse ambiente pode, inclusive, ser alvo de intervenção do profissional (Zamignani e Wielenska, 1997; Balvedi, 2003). Além disso, mesmo que o objetivo da sessão ou da intervenção não esteja ligado à interação social, o ATe frequentemente atende em locais públicos, onde outras pessoas podem interagir com a dupla tomar conhecimento de que se trata de uma sessão terapêutica. Essas interações fazem parte da dinâmica de atendimento, e a análise funcional delas é tão importante quanto a da relação terapêutica em si.

Adaptações do SIMCCIT para o atendimento de mais de uma pessoa já foram realizadas. Melo, Aureliano e Zamignani (2014) aplicaram o SIMCCIT em um contexto de terapia de casal, categorizando somente o comportamento do terapeuta. Tal estudo verificou as falas do terapeuta direcionadas para ambos os clientes e para cada um deles. Outro estudo é o de Silveira (2009), que analisou uma terapia em grupo. Adaptações na categorização foram realizadas para abarcar as interações do terapeuta com mais de um cliente, assim

como as interações entre os clientes.

Para a presente pesquisa, foram propostas algumas inserções no SIMCCIT de maneira que as especificidades dos atendimentos fora do consultório sejam atendidas. Todas essas proposições serão apresentadas a seguir na seção método.

Sendo assim, o presente trabalho pretendeu, baseando-se no trabalho do Zamignani (2007), analisar os comportamentos do cliente e do terapeuta em uma intervenção de AT. Foram analisadas quais habilidades são equivalentes, e podem ser transpostas do consultório para o AT, e quais caracterizam apenas o contexto extraconsultório. Para tanto, é apresentada – na seção método - uma proposição de adaptação do SIMCCIT para interações com terceiros, incluindo indivíduos que entrarão em contato com o cliente e o terapeuta.

MÉTODO

Participantes

Cliente

Utilizou-se como critério para seleção do cliente que ele esteja previamente sendo atendido pelo terapeuta participante no momento de início da coleta. Esse critério foi estabelecido para evitar que as sessões iniciais façam parte da coleta, pois sessões iniciais tendem a focar mais na formação de vínculo com o cliente, e não em uma intervenção que possua análise funcional e planejamento de intervenção.

Outro critério estabelecido foi que o cliente deve possuir repertório social suficiente para engajar em uma conversa. Tal repertório define-se como responder perguntas do terapeuta em um tom de voz alto o bastante para ser captado pelo gravador; emitir tatos e mandos com topografia de, ao menos, 3 palavras. A relevância desse critério é referente ao método de coleta de dados (áudio das sessões).

No presente trabalho não poderiam ser selecionados clientes menores de 18 anos; clientes com sintomas alucinatorios ou delirantes que impeçam ou dificultem a realização de um diálogo nos moldes do que foi apontado acima; ou clientes com queixas escolares.

O cliente participante do estudo possui 47 anos, residente de São Paulo e é atendido pela Clínica-Escola do Instituto Par desde 2008. A partir de 2010 se tornou cliente do Curso de Formação em Acompanhamento Terapêutico do Instituto Par. Por esse motivo, não é possível precisar quantos atendimentos ele já fez até o início da coleta de dados. Os atendimentos foram gravados entre outubro e dezembro de 2021, seu décimo primeiro ano de atendimento.

O cliente foi previamente diagnosticado com Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno Obsessivo Compulsivo, porém, em consulta mais recente com psiquiatra obteve uma mudança dos seus antigos diagnósticos para um novo diagnóstico de autismo (nível 1 de suporte).

Durante a coleta de dados suas queixas terapêuticas eram relacionadas a déficit em habilidades sociais, afetando-o em contextos familiar, social e profissional. Também relatou dificuldade em conseguir um emprego.

Terapeutas

Os critérios de seleção para os terapeutas incluíam que os participantes ATes fossem iniciantes na área. Peron e Lubi (2012) utilizaram como critério para definir um terapeuta iniciante que este possua menos de 5 anos em prática clínica, sendo assim um ATe iniciante deve ter menos de 5 anos de formado. Além disso, os participantes deveriam ser formados na área da saúde, com menos de 5 anos de atuação em ambiente extraconsultório e que tenham realizado, pelo menos, um curso de formação em análise do comportamento além da formação da graduação.

Participaram deste estudo dois ATes que atuaram como terapeutas. Tais ATes realizaram e foram aprovados nas disciplinas teóricas do Curso de Formação em Acompanhamento Terapêutico do Instituto Par antes de ingressarem na pesquisa. As disciplinas teóricas somam 24h de formação teórica sobre conceitos da análise do comportamento e 42h de formação teórica sobre estratégias de intervenção clínica em análise do comportamento. Ambos eram psicólogos formados há menos de 5 anos.

Local

Não foi possível prever quais seriam os locais de coleta, pois a delimitação de um local de atendimento dependia da demanda do atendimento. As sessões ocorreram em diversas localidades, sendo elas: Sessão – Padaria; Sessão 2 - Casa do Cliente; e Sessão 3 - Sebo e Confeitaria. Em todas as sessões os terapeutas encontravam o cliente em sua casa, dirigiram-se aos locais e, ao final da sessão, retornaram para a casa do cliente, onde se despediram.

Material e instrumentos

As sessões foram gravadas através do gravador Sony Icd-px470 4gb Mp3, que ficou na mão ou bolso do ATe durante o atendimento. Também foi fornecido um microfone de lapela para o terapeuta utilizar durante a sessão.

Após serem enviados à pesquisadora, os arquivos de áudio com as sessões foram arquivados de maneira anônima em um computador protegido por senha, em uma pasta específica que também é protegida por senha, a fim de manter o sigilo dos dados. Ao término da coleta a pesquisadora analisou três das seis sessões coletadas que foram categorizadas no programa BORIS, considerando tanto a frequência quanto a duração de cada interação. Uma sessão também foi analisada por um observador membro do Laboratório de Estudos de Processo-Resultado em Terapia Analítico-Comportamental do Instituto Par – Ciências do Comportamento. Tal observador teve acesso apenas a sessão analisada, sem receber qualquer informação que possa identificar o participante da pesquisa, armazenando os dados de tal sessão em seu próprio computador, protegido por senha, com pasta também protegida por senha. Após o final da pesquisa os arquivos de áudio foram deletados de ambos os computadores.

Para análise dos dados utilizou-se o programa de computador BORIS (Behavioral Observation Research Interactive Software), no qual é possível categorizar a sessão terapêutica através de seu áudio. Antes da categorização das gravações das sessões a pesquisadora realizou um curso de formação do SIMCCIT que incluía treino de aplicação do SIMCCIT. Tal treino tem o objetivo que o pesquisador esteja apto a categorizar com acurácia e seguindo o padrão proposto por Zamignani (2007) e foi ministrado pelo Grupo de Pesquisa do Centro Paradigma de Análise do Comportamento, do Laboratório de Estudos de Processo-Resultado em Terapia Analítico-Comportamental.

Aspectos éticos

Os clientes e os ATes, antes da gravação, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2 e ANEXO 3), que contém informações sobre a finalidade da pesquisa, assim como a garantia de que os dados coletados não serão usados para outro fim, e garantindo o anonimato dos ATes e clientes. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil para aprovação (Registro Plataforma Brasil: CAAE: 42158920.0.0000.8054)

Instrumento de Análise das Sessões: Proposta de Adaptação do SIMCCIT para o AT

Zamignani (2007) menciona em sua pesquisa que adaptações podem ser realizadas para que seu Sistema seja aplicável a outros contextos. Além disso, é possível utilizar apenas parte do SIMCCIT (Donadone e Meyer, 2014, Del Prette, 2011, Silveira 2009).

Uma das pesquisas que adaptou o sistema foi Silveira (2009). Em sua pesquisa a terapia era realizada em grupo. Para análise das categorias da terapeuta, criou-se subcategorias direcionadas ao grupo ou a cada cliente, como, por exemplo, na categoria Solicitação De Informação: criou-se as subcategorias Solicitação De Informação –G (quando o terapeuta se

direciona ao grupo), Solicitação De Informação – S (quando o terapeuta direciona-se a participante S), Solicitação De Informação – M (quando o terapeuta direciona-se a participante M) Solicitação De Informação – E (quando o terapeuta direciona-se a participante E). O presente estudo seguiu essa adaptação em relação às categorias do cliente, do terapeuta e de outros participantes. Utilizou-se a denominação Participante Externo para pessoas presentes em cada local que falassem com algum dos participantes. Caso não fosse possível discernir se o participante externo era o mesmo ou não (por exemplo, se era o mesmo garçom na padaria) somente um participante externo seria classificado. Caso fosse possível identificar mais de um participante externo eles teriam denominações diferentes (Participante Externo 1, Participante Externo 2, etc). Tais pessoas não se configuram como clientes, pois, apesar de estarem presentes na sessão, não são alvo da intervenção. No entanto, respostas vocais tanto do ATe quanto do cliente podem estar direcionadas a esse participante sendo, inclusive, possível que o alvo da intervenção terapêutica seja interagir com terceiros. Dessa forma, a interação com outros será analisada. O presente projeto teve como proposta também categorizar o comportamento verbal vocal de terceiros, não sendo possível prever quais categorias serão utilizadas - uma vez que não há pesquisas anteriores com a possibilidade de participação de pessoas sem planejamento prévio durante o processo terapêutico. Por esse motivo tanto as categorias do cliente quanto categorias do ATe poderiam ser utilizadas nas categorizações dos comportamentos dos terceiros, pois ele pode atuar na sessão como um outro participante. Nesse caso, as categorias foram descritas da seguinte forma:

Participante externo ao atendimento solicita relato (Solicitação de relato - SRE)

Participante externo ao atendimento facilita o relato do cliente (Facilitação – FAC)

Participante externo ao atendimento demonstra empatia (Empatia – EMP)

Participante externo ao atendimento fornece informações (Informação – INF)

Participante externo ao atendimento solicita reflexão (Solicitação de reflexão – SRF)

Participante externo ao atendimento recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas (Recomendação – REC)

Participante externo ao atendimento interpreta (Interpretação – INT)

Participante externo à terapia aprova ou concorda com ações ou avaliações do cliente (Aprovação – APR)

Participante externo ao atendimento reprova ou critica ações ou verbalizações do cliente (Reprovação - REP)

Participante externo ao atendimento solicita informações, opiniões, asseguramento, recomendações ou procedimentos (Solicitação – SOL)

Participante externo ao atendimento relata eventos (Relato – REL)

Participante externo ao atendimento relata melhora ou progresso terapêutico (Melhora – MEL)

Participante externo ao atendimento formula metas (Metas – MET)

Participante externo ao atendimento estabelece relações entre eventos (Relações – CER)

Participante externo ao atendimento relata concordância ou confiança (Concordância – CON)

Participante externo ao atendimento se opõe, recusa ou reprova (Oposição – OPO)

Outras verbalizações do participante externo à terapia (Outras vocal participante externo– PEOU)

Participante externo ao atendimento permanece em silêncio (PE Silêncio – PESL)

Procedimento de Coleta dos dados

A coleta de dados se realizou através de seis sessões entre cliente e ATe. O áudio foi gravado no gravador Sony Icd-px470 4gb Mp3 pelo participante ATe e disponibilizado à pesquisadora, que categorizou as sessões de acordo com o SIMCCIT. Seguindo o modelo de Zamignani (2007), nem todas as sessões gravadas foram categorizadas, utilizando-se apenas metade delas. O tempo necessário para coleta foi de 8 semanas.

Concordância entre observadores

Para garantir maior fidedignidade dos dados, uma sessão foi categorizada por um observador. O observador é membro do Grupo de Pesquisa do Centro Paradigma de Análise do Comportamento, do Laboratório de Estudos de Processo-Resultado em Terapia Analítico-Comportamental. Tal observador possuía experiência em categorização do SIMCCIT. De acordo com o trabalho de Zamignani (2007) a medida de concordância se baseou na duração e na frequência de cada episódio verbal. A medida de concordância utilizada foi a mesma do estudo de Zamignani (2007), o coeficiente Kappa. O valor mínimo de concordância do Coeficiente Kappa deveria ser 0.6.

Uma sessão aleatória (Sessão 1) foi categorizada pela pesquisadora e pelo observador externo. Ambos realizaram a categorização sem comunicação entre si. Os dados obtidos não obtiveram a pontuação mínima no índice Kappa, com resultado Kappa 0.224. Após tais resultados, a dupla se encontrou em reunião para discutir sobre dúvidas e diferenças entre as categorizações. A discussão é relevante pois possivelmente aponta dificuldades na categorização específica sobre os dados colhidos numa sessão de AT. Deve-se notar que, após a reunião, a pesquisadora encontrou um erro na sua categorização do cliente. Havia uma fala

iniciada categorizada erroneamente como OUTRAS-T, ao invés de OUTRAS-C. essa fala tinha duração de 6624 segundos até ser fechada automaticamente pelo sistema BORIS no final da sessão. Ao corrigir tal erro, a concordância aumentou para $K=0.656$. Pode-se notar que, então, tal erro foi responsável pelo índice muito baixo de concordância. Como a detecção do erro ocorreu após a reunião entre observadores, todas as outras discordâncias conversadas na reunião foram refeitas, o que resultou em um índice de concordância de $K=0.801$ ao final da refacção.

Utilização do SIMCCIT

O instrumento utilizado para categorização dos comportamentos é o “Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SIMCCIT)”. Além de um manual impresso para categorizar os comportamentos na sessão terapêutica, há o programa de computador BORIS, instalado no computador da pesquisadora. Uma adaptação do sistema foi necessária para realização da pesquisa, como descrito anteriormente, incluindo o participante externo e as subcategorias denominando para quem a fala de cada indivíduo foi direcionada. Tal adaptação foi facilmente realizada no software.

Após serem enviados à pesquisadora, os arquivos de áudio com as sessões foram arquivados. Ao término da coleta a pesquisadora analisou três sessões que foram categorizadas no programa BORIS, considerando tanto a frequência quanto a duração de cada interação. Após o final da pesquisa os dados foram deletados.

RESULTADOS

Foram categorizadas e analisadas três sessões terapêuticas do total de seis sessões, sendo a primeira analisada para concordância observadores e outras duas aleatoriamente selecionadas (2 e 6). Os dados foram divididos por participantes e por tipo de participante (terapeuta, cliente, participante externo), e os dados de cada tipo de participante foram divididos por categoria do SIMCCIT. Os objetivos terapêuticos do cliente eram focados em habilidades sociais. Por tal motivo as sessões eram compostas por dois terapeutas, com exceção da primeira sessão, na qual um dos terapeutas faltou. O participante responsável por levar o microfone e gravar a sessão foi o mesmo durante toda a coleta de dados e é denominado como Terapeuta 1. O outro terapeuta participante foi denominado como Terapeuta 2.

Utilizando a mesma variação de categorização que Silveira (2009) optou-se por determinar em cada categoria, tanto quanto possível, para qual participante o falante está se dirigindo. Assim sendo, quando um terapeuta faz uma solicitação de relato para o cliente, categoriza-se como Solicitação de Relato Cliente, para o outro terapeuta Solicitação de Relato Terapeuta, para o participante externo Solicitação de Relato Externo, e quando não fosse possível checar o alvo da fala, ou a fala é dirigida a mais de um participante, utilizou-se Solicitação de Relato Todos. Isso se repetiu para todas as categorias de todos os participantes. Por não haver pesquisas anteriores com Participantes Externos, optou-se por permitir a utilização de todas as categorias, tanto do cliente quanto do terapeuta. Tal decisão baseou-se na descrição de qual categoria se encaixava melhor no contexto.

Em cada categoria do SIMCCIT utilizou-se as seguintes medidas para descrição e análise dos dados:

- Número total de ocorrências
- Porcentagem de ocorrências

- Duração total (em segundos)
- Porcentagem da duração total

A fim de permitir melhor compreensão dos dados e comparação com a literatura os dados abaixo foram apresentados separados por sessão definida pelo tipo de participante, organizada em:

- a) 3 Tabelas identificando todas as categorias, separada pelo tipo de participante (terapeutas, cliente, participantes externos), com dados resumidos que permitam comparação na literatura com outras pesquisas que utilizam somente um terapeuta e um cliente.
- b) 3 Tabelas comparativa entre a participação de cada tipo de participante, utilizando os dados das tabelas anteriores.
- c) 3 Tabelas identificando todas as categorias e utilizando a categorização baseada em Silveira (2009). Nestas tabelas apresentam-se os dados brutos obtidos na categorização de cada sessão, por participante (terapeuta 1, terapeuta 2, cliente e cada participante externo).

Resultados Da Sessão 1

A primeira sessão analisada ocorreu a maior parte do tempo em uma padaria. Nessa sessão apenas um terapeuta estava presente, além do cliente e de um participante externo. Abaixo encontram-se tabelas com os dados obtidos de cada categoria do terapeuta, do cliente e dos participantes externos. Também há uma tabela com a comparação entre os dados totais do cliente, terapeuta e participante externo.

Terapeuta: Sessão 1

Tabela 1.

Dados do total de cada categoria do terapeuta na sessão 1.

Categoria	Número total de Ocorrências	% de ocorrência (aprox.)	Duração total (segundos)	% de duração (aprox.)
APROVAÇÃO	56	10%	264	8%
RECOMENDAÇÃO	62	12%	577	18%
EMPATIA	53	10%	223	7%
FACILITAÇÃO	23	4%	NA	NA
INFORMAÇÃO	83	16%	1053	33%
OUTRAS-T	43	8%	62	2%
REPROVAÇÃO	2	0%	4	0%
INTERPRETAÇÃO	32	6%	522	16%
SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO	51	10%	228	7%
SOLICITAÇÃO DE RELATO	126	24%	301	9%
TOTAL	531		3.234	

Nota-se, a partir da tabela 1, que nessa sessão todas as categorias do SIMCCIT foram emitidas ao menos duas vezes pelo terapeuta. Em relação à frequência observa-se que as 3 categorias com maior ocorrência foram, respectivamente, Solicitação de Relato (126), Informação (83) e Recomendação (65). Essas categorias somadas representam 52% de todas as falas emitidas pelo terapeuta. A categoria menos emitida foi Reprovação (2), seguida por Facilitação (23). Ambas somadas não chegam a representar 5% das falas emitidas pelo terapeuta.

No entanto, ao analisar a duração total de cada categoria, há mudanças nas categorias com maior e menor impacto na sessão. As categorias com maior duração foram, respectivamente, Informação (1053s), Recomendação (577s) e Interpretação (522s). A soma da porcentagem de duração dessas categorias durante a sessão é de aproximadamente 67%. Reprovação (4s) continua sendo a categoria com menor duração, seguida por Outras-T (62s).

Ambas as categorias somadas são correspondentes a menos de 3% da duração de falas do terapeuta.

Nessa sessão um ponto discutido entre os observadores foi a descrição do terapeuta sobre seu próprio comportamento durante a sessão. Durante a sessão houve diversas verbalizações do terapeuta como “eu vou anotar aqui só o título”, pois o terapeuta anotou diversos itens em uma folha de papel que seria entregue para o cliente. Foi acordado que todas essas verbalizações seriam categorizadas como Informação, da mesma forma como foi categorizado na publicação de Del Prette (2014).

Tabela 2.

Dados do total de cada subcategoria do terapeuta, na sessão 1.

Subcategoria	Ocorrências T1	% de ocorrência (aprox.)	Duração T1	Porcentagem Duração
Aprovação Cliente	56	10%	264	8%
Recomendação Cliente	62	12%	577	18%
Empatia Cliente	53	10%	223	7%
Facilitação Cliente	23	4%	NA	NA
Informação Cliente	83	16%	1053	33%
Outras-T Cliente	25	5%	39	1%
Outras-T Externo	18	3%	23	1%
Reprovação Cliente	2	0%	4	0%
Interpretação Cliente	32	6%	522	16%
Solicitação De Reflexão Cliente	51	10%	228	7%
Solicitação De Relato Cliente	126	24%	301	9%
Total	531		3234	

Ao analisar a tabela 2 considerando o direcionamento das falas do terapeuta nota-se que apenas uma categoria (Outras) foi utilizada para falar com o participante externo, ocupando apenas 3% das ocorrências e 1% da duração das verbalizações. Sendo assim, todas as outras

categorias foram direcionadas ao cliente e continuam com os mesmos dados da tabela anterior durante essa sessão.

Cliente: Sessão 1

Tabela 3.

Dados do total de cada categoria do Cliente na sessão 1.

Categoria	Número total de ocorrências	% de ocorrência (aprox.)	Duração total (segundos)	% de duração (aprox.)
RELATA	184	40%	1086	58%
MELHORA	4	1%	57	3%
SOLICITA	11	2%	39	2%
METAS	1	0%	8	1%
OPOSIÇÃO	5	1%	25	1%
RELAÇÕES	51	11%	438	23%
OUTRAS-C	31	7%	38	2%
CONCORDÂNCIA	176	38%	190	10%
TOTAL	463		1881	

Em relação ao cliente, nota-se a partir da tabela 3 todas as categorias foram emitidas, sendo as categorias de maior frequência Relata (184) e Concordância (176), totalizando 78% das ocorrências. As categorias de menor frequência são Metas (1), Melhora (4), Oposição (5) e Solicita (11), totalizando menos de 5% das ocorrências.

Em relação a duração de cada categoria, observa-se que Relata (1086s) é a com maior duração, ocupando, sozinha, 58% do tempo de fala do cliente. A segunda categoria com maior duração é Relações (438s), sendo 23% do total de duração de verbalizações. As categorias com menor duração são Metas (8s), Oposição (25s), Outras-C (38s), Solicita (39s) e Melhora (57s), totalizando somadas aproximadamente 9% da duração das falas do cliente. Assim como

ocorreu com o terapeuta, todas as falas do cliente direcionadas à terceiros foram classificadas como Outras.

Tabela 4.

Dados do total de cada subcategoria do Cliente na sessão 1.

Subcategoria	Ocorrência Cliente	% de ocorrência (aprox.)	Duração Cliente	% de duração (aprox.)
RELATA TERAPEUTA	184	40%	1086	58%
MELHORA TERAPEUTA	4	1%	57	3%
SOLICITA TERAPEUTA	11	2%	39	2%
METAS TERAPEUTA	1	0%	8	1%
OPOSIÇÃO TERAPEUTA	5	1%	25	1%
RELAÇÕES TERAPEUTA	51	11%	438	23%
OUTRAS-C TERAPEUTA	25	5%	29	2%
OUTRAS-C EXTERNO	6	2%	7	0%
CONCORDÂNCIA TERAPEUTA	176	38%	190	10%
Total	463		1881	

Na tabela 4 observa-se que as falas do cliente também foram direcionadas ao Participante Externo somente através da categoria Outras (6). Os resultados, portanto, da participação do Participante externo não foram relevantes nessa sessão, totalizando apenas 2% das ocorrências e 0% da duração das falas do cliente.

Participante Externo: Sessão 1

Tabela 5.

Dados do total de cada categoria do participante externo na sessão 1.

Categoria	Número total de ocorrências	% de ocorrência (aprox.)	Duração total (segundos)	% de duração (aprox.)
OUTRAS-EX	9	100%	9	100%

A tabela 5 mostra que a única categoria falada pelo participante externo durante essa sessão foi Outras-Ex, totalizando 9 ocorrências e 9 segundos. Como os dados são obtidos apenas por áudio, durante a sessão não foi possível verificar se todas as falas foram emitidas pela mesma pessoa, porém todas as interações com o(s) participante(s) externo(s) foram realizadas pelo garçom da padaria, sendo de pouca relevância se emitidas por mais de uma pessoa.

Comparação entre Participantes: Sessão 1

A primeira sessão teve uma duração total de 6759,471 segundos. Desse tempo houve 5122,356 segundos de falas, totalizando, portanto, 1637,115 segundos de silêncio. Deve-se considerar que nem todo o tempo em silêncio ocorreu entre conversas, pois houve o tempo entre o início da gravação e a primeira fala emitida, além do tempo em silêncio em deslocamentos.

Tabela 6.

Divisão por participantes do total de ocorrências e duração da sessão 1.

Participantes	Número total de ocorrências	% de frequência de ocorrências (aprox.)	Duração total (s)	% de duração total (aprox.)
CLIENTE	463	46%	1881	37%
TERAPEUTA	531	53%	3.234	63%
PARTICIPANTES EXTERNOS	9	1%	9	0%
TOTAL	1003		5123	

Na tabela 6 nota-se que houve poucas falas emitidas pelo participante externo e tais falas tiveram, em média, duração de 1 segundo. Considerando que todas as falas foram categorizadas como Outras pode-se concluir que a participação do participante externo nessa

sessão não foi significativa e teve pouco impacto no processo terapêutico. Portanto, a comparação entre dados será realizada apenas com os dados de terapeuta e cliente.

Nota-se que o participante com maior frequência e duração de falas foi o terapeuta, com mais da metade das falas e com mais da metade da duração de tempo da sessão. Ao considerar que as categorias predominantes da fala do terapeuta incluem Solicitação de Relato, Informação e Recomendação pode-se supor que, nessa sessão de AT, o terapeuta passou boa parte da sessão instruindo o cliente, tanto com informações no geral como com recomendações para o contexto de vida dele.

Resultados da Sessão 2

A segunda sessão analisada ocorreu na casa do cliente. A sessão foi voltada a uma demanda específica do cliente em relação ao uso de alguns programas de computador. Portanto, os terapeutas se dedicaram a ensinar recursos tecnológicos ao cliente. Nessa sessão participaram 5 pessoas: o cliente, dois terapeutas e dois participantes externos. Abaixo encontram-se tabelas com os dados obtidos de cada categoria do terapeuta, do cliente e dos participantes externos. Ao final, também, consta uma tabela com a comparação entre os dados totais do cliente, terapeuta e participante externo.

Terapeuta: Sessão 2

Tabela 7.

Dados do total de cada categoria do terapeuta na sessão 2.

Categoria	Número total de Ocorrências	% de ocorrência (aprox.)	Duração total (segundos)	% de duração (aprox.)
Aprovação	88	14%	157	4%
Recomendação	133	22%	1317	33%
Empatia	116	19%	667	17%
Facilitação	18	3%	NA	NA
Informação	84	14%	800	20%
Outras-T	54	9%	150	4%
Reprovação	1	0%	1	0%
Interpretação	17	3%	515	13%
Solicitação De Reflexão	17	3%	96	2%
Solicitação De Relato	84	14%	283	7%
Total	612		3986	

A partir da tabela 7 observa-se que na segunda sessão, assim como na primeira, todas as categorias do SIMCCIT foram emitidas pelo terapeuta. Em relação à frequência observa-se que 4 categorias correspondem a um total de 69% das ocorrências de fala do terapeuta. Elas foram, respectivamente, Recomendação (133), Empatia (116), Aprovação (88) e Informação (84). A categoria menos emitida foi Reprovação (1), seguida por Solicitação de Reflexão (17), Interpretação (17) e Facilitação (18). As categorias com menor número de ocorrências somadas correspondem a 9% das falas emitidas pelo terapeuta.

Em relação a duração das verbalizações de cada categoria, Recomendação (1317s), Informação (800s), Empatia (667s) e Interpretação (515s) foram as mais duradouras, totalizando, somadas, 83% das falas. Reprovação (1s) continua sendo a categoria com menor

duração, seguida por Solicitação de Reflexão (96s) e Outras-T (150s). Tais categorias somadas são correspondentes a 6% da duração de falas do terapeuta.

Durante essa sessão houve situações em que um terapeuta emitiu uma solicitação de relato para o outro terapeuta. Seguindo a lógica da descrição de categorias em Zamignani & Meyer (2014), em uma tentativa de utilizar somente categorias pré-existentes, a fala posterior à solicitação de relato sempre foi categorizada como Informação-Terapeuta.

Tabela 8.*Dados do total de cada subcategoria do terapeuta na sessão 2.*

Subcategoria	Total Ocorrências	Ocorrências T1	Ocorrências T2	Total Duração	Duração T1	Duração T2
Solicitação De Relato Terapeuta	6	2	4	30	12	18
Solicitação De Relato Cliente	78	47	31	253	145	108
Solicitação De Reflexão Cliente	17	12	5	96	68	28
Reprovação Cliente	1	1	0	1	1	0
Recomendação Todos	4	2	2	28	15	13
Recomendação Terapeuta	6	2	4	16	4	12
Recomendação Cliente	123	21	102	1273	246	1027
Outras-T Todos	11	3	8	48	7	41
Outras-T Terapeuta	6	2	4	11	2	9
Outras-T Externo	6	4	2	15	12	3
Outras-T Cliente	31	9	22	76	27	49
Interpretação Cliente	17	15	2	515	504	11
Informação Todos	3	2	1	12	5	7
Informação Terapeuta	6	3	3	18	4	14
Informação Cliente	75	23	52	770	199	571
Facilitação Terapeuta	3	1	2	NA	NA	NA
Facilitação Cliente	15	6	9	NA	NA	NA
Empatia Todos	3	1	2	34	29	5
Empatia Terapeuta	12	5	7	35	23	12
Empatia Externo	1	1		2	2	
Empatia Cliente	100	48	52	596	209	387
Aprovação Todos	1	0	1	2	0	2
Aprovação Terapeuta	9	2	7	11	4	7
Aprovação Cliente	78	12	66	144	17	127
Total	612	224	388	3986	1535	2451

Durante a segunda sessão nota-se, a partir da tabela 8, que as falas dos terapeutas foram direcionadas a todos os outros participantes, separando-as nas subcategorias Terapeuta, Cliente, Participante Externo e Outros. Na presente tabela somente as subcategorias com ao menos uma emissão durante a sessão foram incluídas.

Para analisar o direcionamento das falas, cada categoria de participante foi somada. Observou-se que 48 (8% do total) ocorrências de falas foram direcionadas de um terapeuta para outro, totalizando 121 (3% do total) segundos. Também 7 (1%) ocorrências foram direcionadas para participantes externos, totalizando 17 (0%) segundos. 22 (4%) ocorrências foram a todos os participantes, totalizando 124 (3%) segundos. Por fim, 535 ocorrências foram direcionadas ao cliente, totalizando 3724 segundos. Pode-se concluir que, apesar de outras pessoas estarem presentes durante a sessão, 87% das ocorrências e 93% do tempo de fala dos terapeutas foram direcionados ao cliente. Todas as categorias foram utilizadas na sessão a maioria das verbalizações sempre foi direcionada ao cliente. As categorias Solicitação de Reflexão, Reprovação e Interpretação foram emitidas somente quando os terapeutas falaram com o cliente.

Como mencionado anteriormente, as categorias dos terapeutas mais frequentes durante a sessão foram Recomendação, Empatia, Aprovação e Informação. As categorias com maior duração foram Recomendação, Informação, Empatia e Interpretação. Ao comparar as falas entre os terapeutas, nota-se que o terapeuta 2 emitiu 63% das ocorrências, com 61% da duração de verbalizações.

Observou-se que a subcategoria mais emitida Recomendação Cliente, foi predominantemente emitida pelo terapeuta 2, com 84% das ocorrências e 81% da duração dentro dessa subcategoria. Esses dados são similares na subcategoria Aprovação Cliente, com 85% das ocorrências e 88% da duração emitidas pelo terapeuta 2. Tal diferença é menor na subcategoria Informação Cliente, com 69% das ocorrências e 74% da duração emitidas pelo

terapeuta 2. Em Empatia Cliente as falas foram divididas mais igualmente, com 52% das ocorrências e 61% da duração emitidas pelo terapeuta 2. Por fim, a categoria Interpretação Cliente foi majoritariamente emitida pelo terapeuta 1, que emitiu 88% das ocorrências e 98% da duração das verbalizações.

Um dado relevante é o de que a alta incidência da categoria Empatia pode ser afetada pelo fato de dois terapeutas estarem presentes. Isso acontece porque, quando o cliente emitia alguma fala claramente com a função de reforço social, por exemplo comentários engraçados, ambos os terapeutas reforçavam utilizando esta categoria. Essa foi a única categoria onde esse efeito foi observado.

Clientes: Sessão 2

Tabela 9.

Dados do total de cada categoria do cliente na sessão 2.

Categoria	Número total de ocorrências	% de ocorrência (aprox.)	Duração total (segundos)	% de duração (aprox.)
RELATA	129	41%	566	63%
MELHORA	0	0%	0	0
SOLICITA	28	9%	67	7%
METAS	0	0%	0	0
OPOSIÇÃO	3	1%	7	1%
RELAÇÕES	14	4%	70	8%
OUTRAS-C	30	10%	59	7%
CONCORDÂNCIA	112	35%	128	14%
TOTAL	316		897	

Em relação ao cliente, nota-se na tabela 9 que as categorias Melhora e Metas não foram emitidas. Relata (129) e Concordância (112) foram as mais frequentes, totalizando 76% das ocorrências. As categorias de menor frequência são Oposição (3) e Relações (14), totalizando 5% das ocorrências.

Em relação a duração de cada categoria, observa-se que Relata (566s) é a com maior duração, ocupando, sozinha, 63% das ocorrências de fala do cliente. A segunda categoria com maior duração é Concordância (128s), sendo 14% do total de duração de verbalizações. A categoria com menor duração é Oposição (7s), correspondente a 1% da duração das falas do cliente.

Tabela 10.

Dados do total de cada subcategoria do cliente na sessão 2.

Subcategoria	Ocorrências Cliente	Duração Cliente
SOLICITA TERAPEUTA	28	67
RELATA TERAPEUTA	129	566
RELAÇÕES TERAPEUTA	14	70
OUTRAS-C TERAPEUTA	22	42
OUTRAS-C EXTERNO	8	17
OPOSIÇÃO TERAPEUTA	3	7
CONCORDÂNCIA TERAPEUTA	112	128
TOTAL	316	897

Ao analisar, na tabela 10, a quem as falas do cliente foram direcionadas observa-se que somente a categoria Outras foi direcionada aos Participantes Externos, totalizando 3% das ocorrências e 2% da duração das falas do cliente. Todas as outras categorias de verbalizações ocorreram somente em relação aos terapeutas.

Em comparação aos dados de verbalizações dos terapeutas, nota-se que o cliente emitiu menos verbalizações direcionadas a outros participantes, e não emitiu nenhuma verbalização direcionada a todos os participantes. Uma hipótese pode ser levantada de que tais dados apontam uma necessidade de desenvolvimento de habilidades sociais no repertório do cliente, que é o objetivo da intervenção.

Participantes Externos: Sessão 2

Tabela 11.

Dados do total de cada categoria dos participantes externos na sessão 2.

Categoria	Número total de ocorrências	% de ocorrência (aprox.)	Duração total (segundos)	% de duração (aprox.)
EMPATIA	1	10%	1	0%
OUTRAS-EX	9	90%	35	100%
TOTAL	10		36	

Na tabela 11 percebe-se que houve 2 participantes Externos na segunda sessão. Ambos emitiram verbalizações de apenas duas categorias: Empatia, com uma única ocorrência com 1 segundo de duração, e Outras-Ex, com 9 verbalizações durando um total de 35 segundos.

Tabela 12.

Dados do total de cada subcategoria dos participantes externos na sessão 2.

Subcategoria	Ocorrências PE1	Ocorrências PE2	Duração PE1	Duração PE2
OUTRAS-EX	3	6	7	28
EMPATIA TERAPEUTA	0	1	0	1
TOTAL	3	7	7	29

Na tabela 12 é possível observar que a categoria Empatia foi emitida pelo Participante Externo 2, direcionada aos terapeutas. Nota-se que o Participante Externo 2 participou mais da sessão do que o Participante Externo 1, correspondendo a 70% das ocorrências de verbalizações da sessão e 81% da duração de falas do total emitido por todos os Participantes Externos.

Comparação entre Participantes: Sessão 2

Tabela 13.

Divisão por participantes do total de ocorrências e duração da sessão 2.

Participante	Número total de ocorrências	% de frequência de ocorrências (aprox.)	Duração total (s)	% de duração total (aprox.)
CLIENTE	316	34%	897	18%
TERAPEUTAS	600	65%	4086	81%
PARTICIPANTES EXTERNOS	10	1%	36	1%
TOTAL	926		5019	

Segundo dados apresentados na Tabela 13, a segunda sessão teve uma duração total de 5829 segundos. Desse tempo houve 5019 segundos de falas, totalizando, portanto, 810 segundos de silêncio. A sessão ocorreu integralmente na casa do Cliente, portanto não houve tempo de deslocamento, o que significa que os momentos de silêncio ocorreram no decorrer da sessão. Frequentemente os momentos de silêncio ocorreram em momentos que o cliente ou um dos terapeutas digitava no computador, informação obtida através da captação do áudio das teclas sendo tecladas.

Nota-se que os participantes com maior frequência e duração de falas foram os terapeutas, com 65% das ocorrências de falas e com 81% da duração de falas na sessão. A predominância das verbalizações dos terapeutas também ocorreu na primeira sessão, porém a diferença do total de tempo entre verbalizações dos terapeutas e do cliente é mais discrepante na segunda sessão. Percebeu-se também que Solicitação de Relato não foi uma categoria tão frequente quanto na primeira sessão, sugerindo que o terapeuta passou majoritariamente o tempo de instruindo o cliente (Recomendação e Informação) e reforçando seu comportamento (Empatia e Aprovação). Possivelmente uma razão para que os dados sejam apresentados dessa maneira é que frequentemente o terapeuta emitia uma fala de Recomendação instruindo o

cliente a digitar ou clicar em algo. Tais falas eram conseqüenciadas por sons de teclas ou mouse (sem verbalização do cliente) e por uma aprovação ou outra recomendação do terapeuta.

Nota-se que houve poucas falas emitidas pelos participantes externos, e tais falas tiveram, em média, duração de 3 segundos. Considerando que a maioria das falas foram categorizadas como Outras-Ex pode-se concluir que, assim como na primeira sessão, a participação do participante externo foi pouco impactante no processo terapêutico.

Resultados Da Sessão 3

A terceira sessão analisada ocorreu majoritariamente em dois locais: um sebo e uma confeitaria. Ao todo 8 pessoas participaram dessa sessão: o cliente, dois terapeutas e cinco participantes externos. Abaixo encontram-se tabelas com os dados obtidos de cada categoria do terapeuta, do cliente e dos participantes externos, assim como uma tabela com a comparação entre os dados totais do cliente, terapeuta e participante externo.

Terapeuta: Sessão 3

Tabela 14.

Dados do total de cada categoria do terapeuta na sessão 3.

Categoria	Número total de Ocorrências	% de ocorrência (aprox.)	Duração total (segundos)	% de duração (aprox.)
APROVAÇÃO	39	5%	95	3%
RECOMENDAÇÃO	26	3%	93	3%
EMPATIA	153	20%	374	14%
FACILITAÇÃO	81	11%	NA	NA
INFORMAÇÃO	72	9%	412	15%
OUTRAS-T	167	22%	509	19%
REPROVAÇÃO	1	0%	3	0%
INTERPRETAÇÃO	42	5%	709	26%
SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO	24	3%	95	3%
SOLICITAÇÃO DE RELATO	168	22%	451	16%
TOTAL	773		2741	

A Tabela 14 mostra que na terceira sessão, assim como nas anteriores, todas as categorias do SIMCCIT foram emitidas pelos terapeutas. Em relação ao total de ocorrências observa-se que 3 categorias correspondem a um total de 64% das ocorrências de fala do terapeuta. Elas foram, respectivamente, Solicitação de Relato (168), Outras-T (167), e Empatia (153). A categoria menos emitida foi Reprovação (1), seguida por Solicitação de Reflexão (24) e Recomendação (26). As categorias com menor número de ocorrências somadas correspondem a 6% das falas emitidas pelo terapeuta.

Em relação a duração das verbalizações de cada categoria, Interpretação (709s), Outras-T (509s) e Informação (412s) foram mais duradouras totalizando, somadas, 76% das falas. Reprovação (3s) continua sendo a categoria com menor duração, seguida por Recomendação

(93s), Aprovação (95s) e Solicitação de Reflexão (95s). Tais categorias somadas são correspondentes a 9% da duração de falas dos terapeutas.

Nessa sessão ocorreram conversas entre os dois terapeutas que não estavam relacionadas à intervenção ou ao processo terapêutico. Um exemplo seria quando um terapeuta encontrou um livro e fez uma piada com o outro, longe do cliente. Por não estarem relacionadas ao cliente ou ao processo terapêutico, tais falas foram categorizadas como Outras-T.

Em relação a categoria Interpretação, nota-se na descrição da categoria que as verbalizações de um terapeuta que repetem ou confirmam o conteúdo de uma interpretação falada anteriormente também são classificadas como Interpretação. Seguindo tal lógica, considerou-se que as verbalizações de um terapeuta que confirmam ou repetem o que foi dito durante a interpretação do outro também serão categorizadas como Interpretação, apesar de ocorrerem com indivíduos diferentes.

Tabela 15.

Dados do total de cada subcategoria do terapeuta na sessão 3.

Subcategoria	Ocorrências Total	Ocorrências T1	Ocorrências T2	Duração Total	Duração T1	Duração T2
SOLICITAÇÃO DE RELATO TODOS	5	3	2	5	3	2
SOLICITAÇÃO DE RELATO TERAPEUTA	11	7	4	20	14	6
SOLICITAÇÃO DE RELATO EXTERNO	11	9	2	29	26	3
SOLICITAÇÃO DE RELATO CLIENTE	141	103	38	397	276	121
SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO CLIENTE	24	17	7	95	58	37
REPROVAÇÃO CLIENTE	1	1		3	3	
RECOMENDAÇÃO EXTERNO	1		1	6		6
RECOMENDAÇÃO CLIENTE	25	18	7	87	60	27
OUTRAS-T TODOS	14	5	9	29	7	22
OUTRAS-T TERAPEUTA	59	26	33	147	56	91
OUTRAS-T EXTERNO	46	38	8	80	64	16
OUTRAS-T CLIENTE	48	19	29	253	37	216
INTERPRETAÇÃO CLIENTE	42	27	15	709	171	538
INFORMAÇÃO TODOS	7	3	4	29	7	22
INFORMAÇÃO TERAPEUTA	17	6	11	63	19	44
INFORMAÇÃO EXTERNO	6	5	1	20	18	2
INFORMAÇÃO CLIENTE	42	25	17	300	135	165
FACILITAÇÃO TODOS	2	1	1	NA	NA	NA
FACILITAÇÃO TERAPEUTA	3	0	3	NA	NA	NA
FACILITAÇÃO EXTERNO	10	7	3	NA	NA	NA

Subcategoria Cont.	Ocorrências Total	Ocorrências T1	Ocorrências T2	Duração Total	Duração T1	Duração T2
FACILITAÇÃO CLIENTE	66	20	46	NA	NA	NA
EMPATIA TODOS	6	3	3	14	7	7
EMPATIA TERAPEUTA	22	11	11	41	20	21
EMPATIA EXTERNO	20	10	10	43	19	24
EMPATIA CLIENTE	105	58	47	276	108	168
APROVAÇÃO TERAPEUTA	4	4	0	4	4	0
APROVAÇÃO EXTERNO	3	2	1	4	2	2
APROVAÇÃO CLIENTE	32	12	20	87	23	64
TOTAL	773	440	333	2741	1137	1604

Os dados da terceira sessão apresentados na Tabela 15 apontam que, assim como na segunda sessão, as categorias Solicitação de Reflexão, Interpretação e Reprovação foram direcionadas somente ao cliente.

Somando as falas de ambos os terapeutas, observou-se que 116 ocorrências (15%) de falas foram direcionadas de um terapeuta para outro, totalizando 275 segundos (10%). Também 97 ocorrências (13%) foram direcionadas para participantes externos, totalizando 182 segundos (5%). 27 ocorrências (3%) foram a todos os participantes, totalizando 77 segundos (3%). Por fim, 526 ocorrências (68%) foram direcionadas ao cliente, totalizando 2207 segundos (81%). Nessa sessão é possível perceber que o terapeuta 2 emitiu 57% de todas as ocorrências dos terapeutas e 59% da duração dessas ocorrências.

As categorias dos terapeutas mais frequentes durante a sessão foram Solicitação de Relato, Outras-T e Empatia. Já as com maior duração foram Interpretação, Outras-T e Informação. Ao comparar as verbalizações dos terapeutas nota-se que o terapeuta 1 emitiu 57% das ocorrências, porém o terapeuta 2 utilizou 59% do tempo de verbalizações. Esse padrão de predominância de ocorrências e duração se manteve dentro das seguintes categorias: na

subcategoria Interpretação Cliente, com 62% das ocorrências emitidas pelo terapeuta 1 e 76% da duração emitidas pelo terapeuta 2; Informação Cliente, com 60% das ocorrências emitidas pelo terapeuta 1, porém 55% da duração emitida pelo terapeuta 2; e Empatia Cliente, em que 55% das ocorrências emitidas pelo terapeuta 1 e 61% da duração emitidas pelo terapeuta 2. Observou-se que a subcategoria mais emitida (Solicitação de Relato Cliente) foi predominantemente emitida pelo terapeuta 1, com 73% das ocorrências e 70% da duração dentro dessa subcategoria.

Por fim, notou-se que a categoria Outras foi emitida mais vezes para o outro terapeuta e para participantes externos do que para o cliente (Outras-Todos: 14; Outras Externo: 46; Outras Terapeuta: 48; Outras Cliente: 42). Essa foi a única vez em toda a pesquisa que uma subcategoria do terapeuta não foi direcionada majoritariamente para o cliente. No entanto essa diferença não se mantém ao olhar a duração total de cada subcategoria (Outras-Todos: 29s; Outras Externo: 147s; Outras Terapeuta: 80s; Outras Cliente: 253s). Ao analisar a participação de cada terapeuta nas subcategorias, o resultado obtido foi de que o terapeuta 2 emitiu mais verbalizações, que também tiveram maior duração, direcionadas a Todos, Terapeuta e Cliente. O terapeuta 1 emitiu mais falas, com maior duração, para Externo.

Novamente nessa sessão observou-se que o número de ocorrências e a duração da categoria empatia foi afetada por haver dois terapeutas, pois ambos sempre reforçaram qualquer verbalização do cliente, claramente buscando reforçamento social.

Cliente: Sessão 3**Tabela 16.**

Dados do total de cada categoria do cliente na sessão 3.

Categoria	Número total de ocorrências	% de ocorrência (aprox.)	Duração total (segundos)	% de duração (aprox.)
RELATA	259	59%	1761	73%
MELHORA	0	0	0	0
SOLICITA	11	3%	12	1%
METAS	0	0	0	0
OPOSIÇÃO	5	1%	20	1%
RELAÇÕES	27	6%	356	15%
OUTRAS-C	42	10%	132	5%
CONCORDÂNCIA	93	21%	128	5%
TOTAL	437		2409	

A Tabela 16 mostra os dados da última sessão. Nela o cliente, assim como na segunda sessão, não verbalizou nenhuma vez conteúdos das categorias Melhora e Metas. Relata (259) e Concordância (93) foram as mais frequentes, totalizando 80% das ocorrências. As categorias de menor frequência são Oposição (5), Solicita (11) e Relações (27), totalizando 10% das ocorrências.

Em relação a duração de cada categoria, observa-se que Relata (1751s) é a com maior duração, ocupando, sozinha, 73% das ocorrências de fala do cliente. As categorias com menor duração são Oposição (20s) e Solicita (12s), que somadas são correspondentes aproximadamente 2% da duração das falas do cliente.

Tabela 17.

Dados do total de cada subcategoria do cliente na sessão 3.

Subcategoria	Ocorrências Cliente	Duração Cliente
SOLICITA TERAPEUTA	6	7
SOLICITA EXTERNO	5	5
RELATA TODOS	12	66
RELATA TERAPEUTA	234	1593
RELATA EXTERNO	13	102
RELAÇÕES TERAPEUTA	27	356
OUTRAS-C TODOS	3	4
OUTRAS-C TERAPEUTA	33	112
OUTRAS-C EXTERNO	6	16
OPOSIÇÃO TERAPEUTA	5	20
CONCORDÂNCIA TERAPEUTA	84	117
CONCORDÂNCIA EXTERNO	9	11
TOTAL	437	2409

Ao analisar as subcategorias apresentadas na Tabela 17 nota-se que todas as falas do cliente foram majoritariamente direcionadas aos terapeutas, com um total de 389 ocorrências (89%) e 2205 segundos (92%). As falas direcionadas a participantes externos somam 33 ocorrências (8%) e 134 segundos (5%). Por último, as falas direcionadas a todos os participantes somam 15 ocorrências (3%) e 70 segundos (3%). A categoria Relata, a mais frequente e duradoura da sessão, tem destaque especial na análise.

Participantes externos: Sessão 3

Tabela 18.

Dados do total de cada categoria dos participantes externos na sessão 3.

Categoria	Número total de ocorrências	% de ocorrência (aprox.)	Duração total (segundos)	% de duração (aprox.)
SOLICITAÇÃO DE RELATO	3	3%	11	2%
INFORMAÇÃO	17	16%	81	17%
EMPATIA	7	5%	11	2%
APROVAÇÃO	2	2%	7	1%
RELATA	27	25%	232	48%
OPOSIÇÃO	1	1%	2	0%
CONCORDÂNCIA	6	6%	12	2%
OUTRAS-EX	45	42%	130	27%
TOTAL	108		486	

18 Houve 5 participantes Externos na terceira sessão., Segundo dados da Tabela 18, diferente das sessões anteriores, nota-se que a participação dos Participantes Externos foi mais relevante durante essa sessão. É possível verificar que os participantes emitiram verbalizações de 8 categorias, sendo 4 categorias do Terapeuta (Solicitação de Relato, Informação, Empatia, Aprovação), 3 categorias do Cliente (Relata, Oposição, Concordância) e a única categoria de Participantes Externos, Outras-Ex. A seleção de qual categoria seria utilizada em cada verbalização se deu através da análise da descrição das categorias, conforme descrito por Zamignani & Meyer (2014).

Em relação ao número de ocorrências, nota-se que as categorias mais frequentes foram Outras-Ex (45) e Relata (27), somando 67% das falas dos participantes externos. As categorias menos frequentes, por sua vez, foram Oposição (1), Solicitação de Relato (2), Aprovação (2) e Solicita (2), somando 7% das ocorrências.

Em relação à duração as categorias Relata (231s), Outras-Ex (131s) e Informação (80s) ocuparam 93% do tempo de fala dos participantes externos. Os 7% restantes são a soma das

categorias Oposição (2s), Solicitação de Relato (4s), Aprovação (7s), Empatia (10s) e Concordância (12s).

Tabela 19.

Dados do total de cada subcategoria dos participantes externos na sessão 3.

Categoria	Ocorrências PE1	Ocorrências PE2	Ocorrências PE3	Ocorrências PE4	Ocorrências PE5	Duração PE1	Duração PE2	Duração PE3	Duração PE4	Duração PE5
SOLICITAÇÃO DE RELATO CLIENTE	1					2				
SOLICITAÇÃO DE RELATO TERAPEUTA					1					1
SOLICITAÇÃO DE RELATO TODOS		1					8			
INFORMAÇÃO CLIENTE	3	6				21	21			
INFORMAÇÃO TERAPEUTA		7			1		29			10
EMPATIA TODOS	1					3				
EMPATIA CLIENTE	5					6				
EMPATIA TERAPEUTA		1					2			
APROVAÇÃO CLIENTE	2					7				
RELATA TODOS	10					120				
RELATA TERAPEUTA	4	5			1	10	48			1
RELATA CLIENTE	7					53				
OPOSIÇÃO CLIENTE	1					2				
CONCORDÂNCIA TODOS	1					1				
CONCORDÂNCIA TERAPEUTA	1	1				1	6			
CONCORDÂNCIA CLIENTE	3					4				
OUTRAS-EX	11	11	15	6	2	63	16	41	9	1
TOTAL	50	32	15	6	5	293	130	41	9	13

Ao analisar a tabela 19 com a divisão por Participante Externo e nas subcategorias observa-se a discrepância entre a participação dos Participantes Externos 1 e 2 em relação aos demais. No contexto da sessão, esses participantes estavam presentes no contexto do sebo, em que o cliente e os terapeutas compraram livros e conversaram sobre temas diversos com os atendentes. Em parte desse momento o cliente descobriu que havia um tema de interesse em comum com o participante externo 1, e ambos iniciaram uma conversa, que também incluiu o terapeuta 2. Próximo a eles o Terapeuta 1 e o Participante Externo 2 também emitiram falas, em outra conversa. As verbalizações emitidas pelo Participante Externo durante essa conversa foram predominantemente classificadas como Relata. Outras verbalizações foram classificadas como Informações, quando o Participante explicava informações específicas sobre o tópico de interesse, Oposição, em um momento que o participante abertamente discordou do cliente, e Empatia, quando o participante ria de piadas ou demonstrava empatia pelo cliente. Ao mesmo tempo o Participante 2 deu Informações ao terapeuta 1 sobre o funcionamento do sebo e o enredo de um livro, também Relata sobre suas preferências literárias.

Durante toda a permanência no sebo os participantes externos 1 e 2 realizaram 50 e 32 verbalizações, respectivamente, o que corresponde a 46% e 30% do total de ocorrências de todos os participantes externos. Em relação a duração, também foram os participantes com maior tempo de fala, com 293 e 130 segundos no total, equivalentes a aproximadamente 60% e 27% da duração de todas as falas. Nota-se também que esses participantes são responsáveis por todas as ocorrências das categorias Empatia, Aprovação, Oposição e Concordância.

Os participantes Externos 2 e 3 emitiram 15 e 6 verbalizações, respectivamente. Todas foram categorizadas como Outras. Tais interações acontecerem na confeitaria, e foram realizadas por atendentes. O participante Externo 5 Também era um funcionário da confeitaria, porém não estava atendendo os terapeutas e o cliente. Sua interação se deu após uma solicitação

do terapeuta 1 de que o cliente falasse com ele, porém o cliente se recusou. O Terapeuta 1, então, se dirigiu a ele para perguntar uma informação sobre a confeitaria. Por esse motivo, o participante externo 5 emitiu falas das categorias Solicitação de Relato, Informação e Relata, todas dirigidas ao terapeuta, além da categoria Outras.

As categorias mais frequentes foram Outras, Relata e Informação. Em relação à categoria Outras, o Participante Externo 3 teve o maior número de ocorrências (15), correspondente a 33% do total, porém a maior duração total foi emitida pelo participante externo 1 (63s) correspondente a 48% da duração total dessa categoria.

A categoria Relata foi mais frequente direcionada a Todos e ao Terapeuta, sendo que o Participante Externo 1 foi o único a emitir Relata Todos, com 10 ocorrências e duração de 120s. Relata Terapeuta também obteve 10 ocorrências, divididas entre os participantes externos 1, 2 e 5, com 4, 5 e 1 ocorrência e duração de 10s, 48s e 1s, respectivamente. Por fim, Relata Cliente obteve 7 ocorrências, todas do Participante Externo 1, com duração de 53s.

A categoria Informação foi direcionada ao Cliente e ao Terapeuta. Informação Cliente foi emitida 3 vezes pelo participante externo 1 e 6 vezes pelo participante externo 2. Ambas tiveram duração de 21s cada. Já Informação Terapeuta foi emitida 7 vezes pelo terapeuta 2 e 1 vez pelo terapeuta 5, com duração de 29 e 10 segundos, respectivamente.

Comparação entre Participantes: Sessão 3

A terceira sessão teve uma duração total de 6925 segundos. Desse tempo houve 5797 segundos de falas, totalizando, portanto, 1128 segundos de silêncio. A sessão ocorreu em dois ambientes: um sebo e uma doceria. A maior parte dos momentos de silêncio ocorreram dentro do sebo e durante deslocamentos.

Tabela 20.

Divisão por participantes do total de ocorrências e duração da sessão 3.

Participante	Número total de ocorrências	% de frequência de ocorrências (aprox.)	Duração total (s)	% de duração total (aprox.)
CLIENTE	437	33%	2577	45%
TERAPEUTA	773	59%	2741	47%
PARTICIPANTES EXTERNOS	107	8%	479	8%
TOTAL	1317		5797	

Conforme observa-se na Tabela 20, os terapeutas tiveram maior número de ocorrências (773) e maior duração de tempo de verbalizações (2741). A predominância das verbalizações dos terapeutas nas sessões se assemelha as sessões anteriores, porém essa é a sessão em que a porcentagem do tempo de fala de terapeutas e cliente é menos discrepante.

Nota-se também um aumento no número de ocorrências e na duração de verbalizações dos participantes externos. Durante a categorização dessa sessão houve dificuldade de classificação não indicadas até o momento na literatura. A primeira é que mais de um núcleo de conversa aconteceu ao mesmo tempo. Esse dado é de importante consideração para uma análise utilizando o SIMCCIT, pois o sistema não prevê tal acontecimento. Um exemplo disso é quando o cliente e o terapeuta 2 conversam com um participante externo e, ao mesmo tempo, o terapeuta 1 conversa com outro participante externo. Limitações relacionadas a captação do áudio nesse contexto impediram parcialmente a análise de tais dados. Dessa forma, existe uma categorização de falas do cliente relacionadas a um participante externo, e do participante externo para o cliente, e concomitantemente do terapeuta ao participante externo e do participante externo ao terapeuta. Tais dados podem mascarar o tempo de silêncio, além de dificultar a análise de dados, pois não houve distinção na categorização em relação a qual participante externo ou a qual terapeuta a fala era direcionada.

Além disso, por vezes notou-se que, apesar de ser a única possibilidade durante o atendimento de AT, a obtenção de dados através do áudio não foi suficiente para a análise dos dados. Como as sessões não ocorrem em local fixo, pode-se perceber que possivelmente o SIMCCIT não seja a melhor forma de analisar uma sessão de AT, pois o foco do instrumento é voltado para intervenções com base no comportamento verbal. Um exemplo disso ocorreu durante a sessão 2, no momento em que todos estavam e um sebo:

“Terapeuta: achou alguma coisa interessante?”

Cliente: aí...

T: Interessou?

C: Pelo menos o título achei né?

T: Ó, se você quiser, aqui em cima tá indicando o que é cada sessão ó... Essa aqui que você está é de Sociologia.

C: Ah, Sociologia!

T: se a gente for andando junto a gente deve encontrar essa de mecânica que você falou.”

Comparação entre sessões

Os dados apontam que o tempo de sessão não é igual para as três sessões. A primeira sessão teve uma duração total de 6759 segundos, ou 1:52:39 em horas. A segunda sessão teve uma duração total de 5829 segundos, ou 1:37:09, e a terceira teve uma duração total de 6925 segundos, ou 1:55:25. Tal diferença influencia no número total de ocorrências e de duração de cada categoria, pois sessões mais extensas fornecem maiores oportunidades de fala para os

participantes. Por esse motivo optou-se pela utilização da porcentagem de ocorrências e de duração de cada categoria.

Terapeutas

O gráfico 1 e 2 referem-se à porcentagem de ocorrências e porcentagem de duração de cada categoria dos terapeutas por sessão. É possível observar que em todas as sessões a categoria Reprovação tem pouca relevância, ocupando 0% da porcentagem e da duração. A categoria Solicitação de Reflexão também foi pouco utilizada pelos terapeutas, ocupando 1%, 3% e 3% das ocorrências e 7%, 2% e 3% da duração das sessões.

A categoria Solicitação de Relato possui mais de 10% do número de ocorrências em todas as sessões (14%, 24% e 22%), sendo muito frequente. Porém, ao analisar o tempo gasto com essa categoria observa-se que o número alto de ocorrências não corresponde maior tempo de fala, ocupando 9%, 7% e 16% das falas dos terapeutas. O inverso acontece na categoria Informação, que, apesar de representar 16%, 14% e 9% das sessões, é responsável por 33%, 20% e 15% do tempo de fala dos terapeutas. Além disso, é possível perceber que a categoria Informação é menos utilizada ao longo das sessões, tanto em número de ocorrências quanto em duração. Já a categoria Empatia chega a dobrar seu número de ocorrências ao longo das sessões, aumentando também a duração da categoria.

Nota-se que há variação da utilização de cada categoria a depender da sessão. Um exemplo é a categoria Recomendação, que é a com maior porcentagem de ocorrência (22%) de todas as categorias da sessão 2, porém na sessão 3 representa apenas 3% das ocorrências, e na sessão 1 representa 12%. Tal discrepância é similar na duração das verbalizações da categoria, ocupando 33% das falas na sessão 2, porém apenas 3% na sessão 3, e 18% na sessão 1. Tal discrepância se é similar às categorias Outras e Interpretação. Sendo assim, não é possível observar um padrão nas verbalizações dos terapeutas ao longo das sessões.

Gráfico 1.

Porcentagem do total de ocorrências das verbalizações dos terapeutas nas 3 sessões.

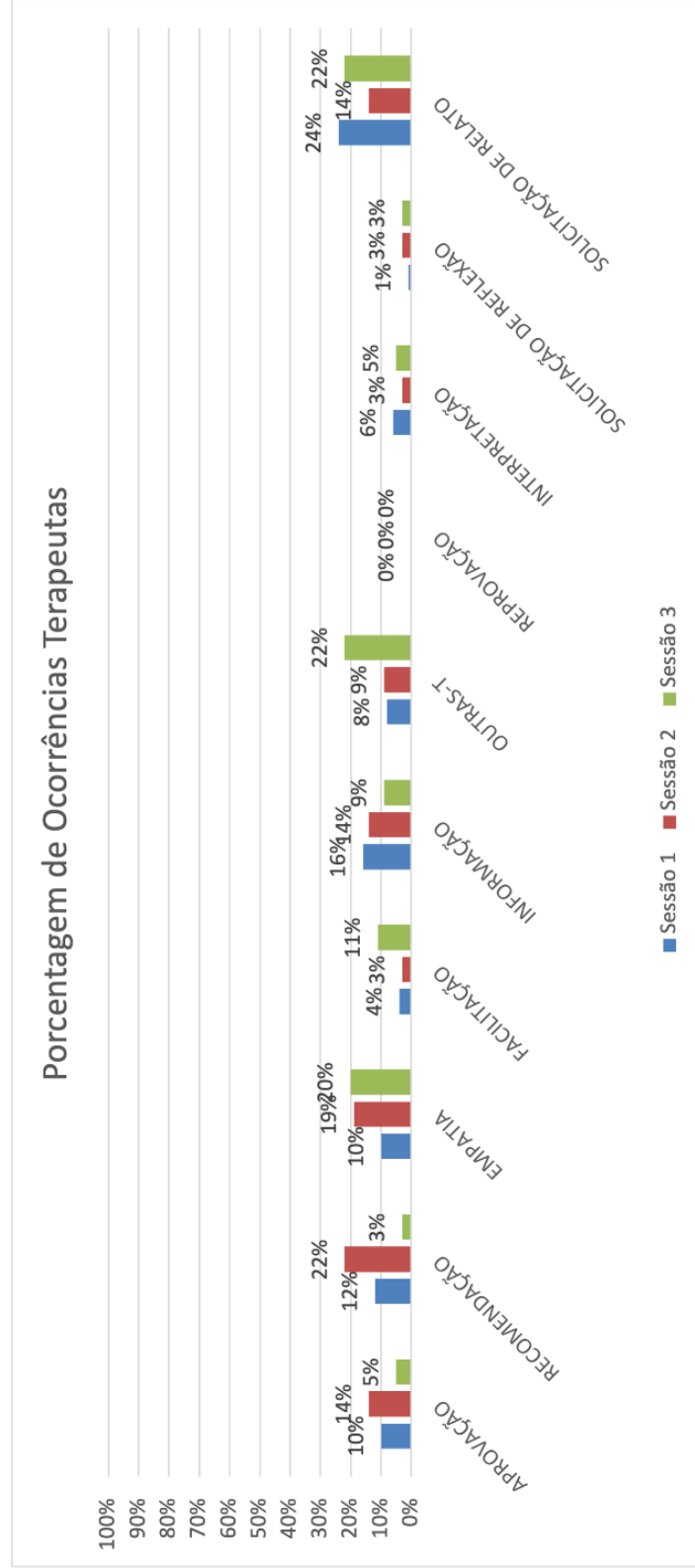
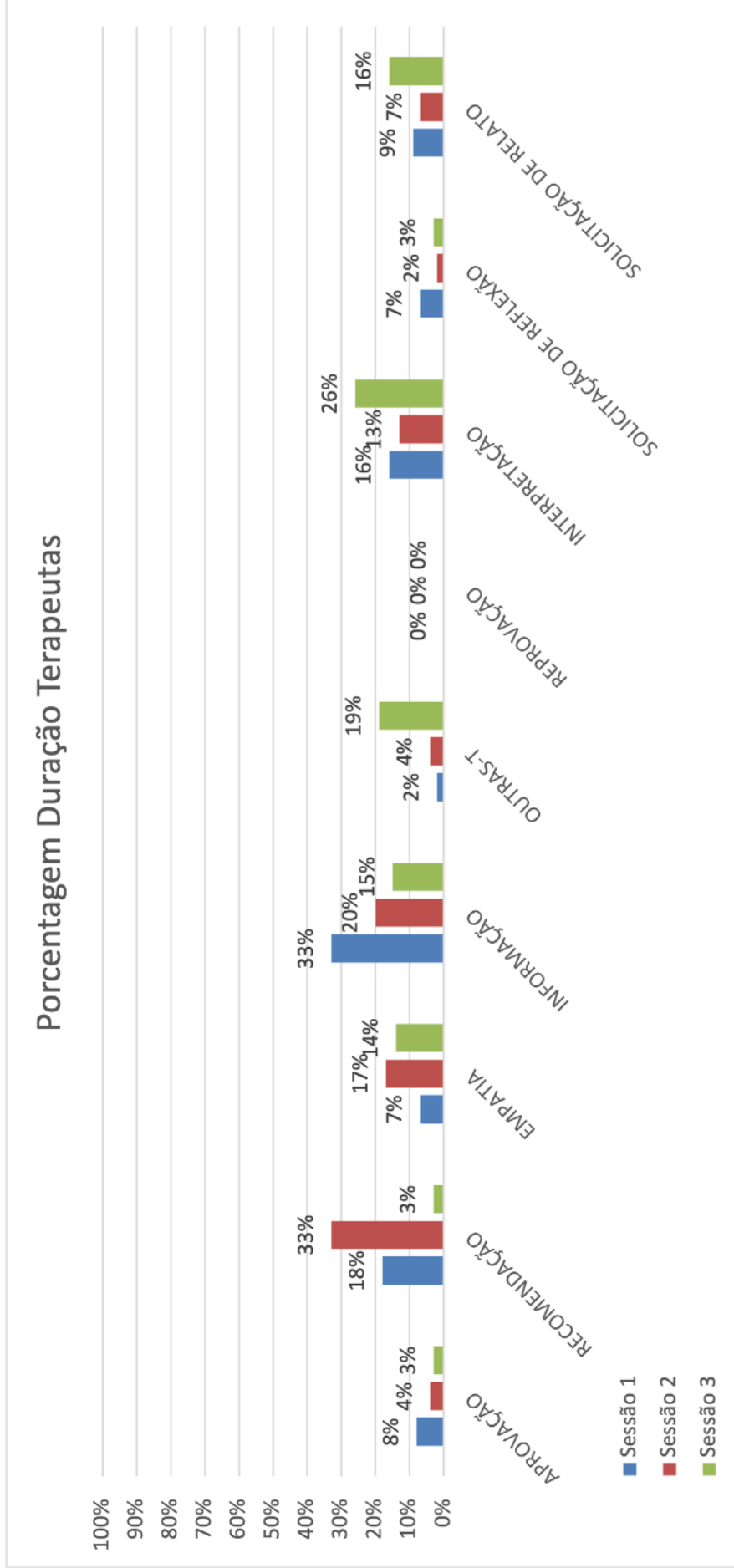


Gráfico 2.

Porcentagem do total de duração das verbalizações do terapeuta nas 3 sessões.



Cliente

Os gráficos 3 e 4 mostram a porcentagem de ocorrências e de duração das verbalizações do cliente por sessão. As porcentagens das verbalizações do cliente apresentaram maior similaridade ao longo das sessões. O gráfico acima mostra que as categorias Oposição, Metas e Melhora foram pouco emitidas pelo cliente ao longo das 3 sessões, ocupando entre 0% e 3% do número de ocorrências e da duração das falas do cliente. Solicita também foi pouco emitida, com 2%, 9% e 3% das ocorrências e 2%, 7% e 1% da duração.

A categoria Relata é a mais frequente e mais duradoura em todas as sessões, com 40%, 41% e 59% das ocorrências e 58%, 63% e 73% da duração das falas. Tais dados indicam que em todas as sessões mais da metade do tempo de fala do cliente foi categorizado dessa forma. Também é possível analisar que os dados dessa categoria aumentam de porcentagem durante a coleta de dados, sugerindo que o cliente passa a relatar cada vez mais ao longo do tempo de intervenção, um dado importante e desejado para uma intervenção terapêutica.

Observa-se que apesar da frequência de ocorrências da categoria Concordância ser alta (30%, 35%, 21%) em todas as sessões a duração não foi tão significativa (10%, 14% e 5%).

Há uma diferença da sessão 2 em relação as outras sessões. Essa foi a sessão em que o cliente ficou em casa com os terapeutas tirando dúvidas e aprendendo funções no computador. Nela, a duração da categoria Relações é menor do que nas sessões em que o cliente foi atendido fora de casa. Na mesma sessão o número de ocorrências e a duração de Solicita e Concordância é maior do que nas outras sessões. Considerando que o cliente estava sendo instruído sobre um assunto prático, analisa-se que ele fez mais perguntas sobre o funcionamento do computador, além de seguir instruções e concordar com explicações fornecidas pelos terapeutas.

Gráfico 3.

Porcentagem do total de ocorrências das verbalizações do do cliente nas 3 sessões.

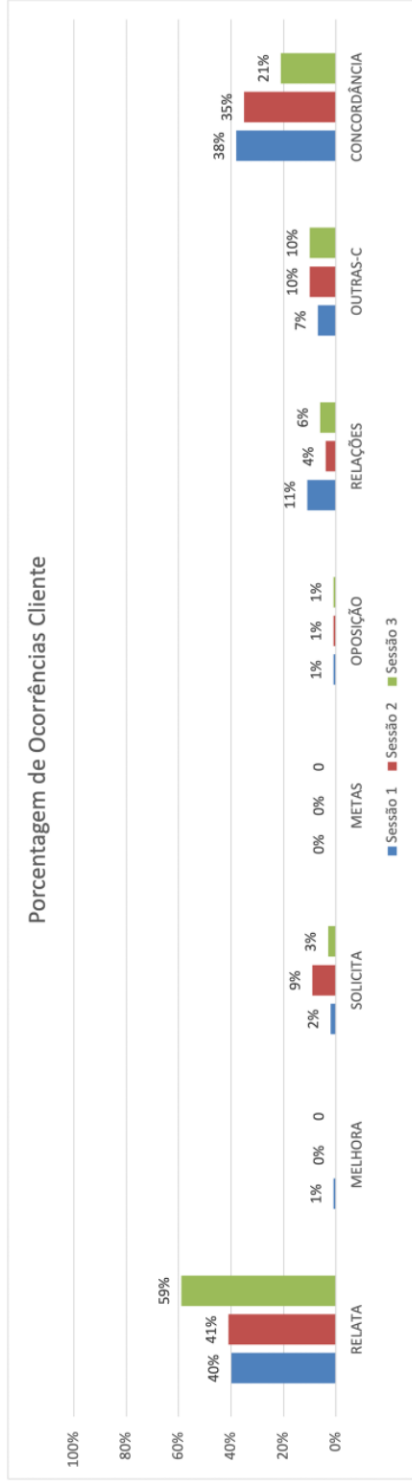


Gráfico 4.

Porcentagem do total de duração das verbalizações do do cliente nas 3 sessões.



Participantes Externos

Em relação aos participantes externos, pode se observar nos gráficos 5 e 6 que há uma predominância da categoria Outras, sendo 100% da duração e do número de ocorrências da sessão 1, e 100% da duração e 90% do número de ocorrências da sessão 2. Tais dados indicam que, apesar dos terapeutas e do cliente interagirem com outras pessoas durante a intervenção, tais interações com participantes externos foram pouco relevantes para o processo terapêutico.

Essa constatação muda ao analisarmos os dados da sessão 3, nos quais é possível perceber maior interação dos participantes externos através da ocorrência de outras categorias. Nesta sessão Outras ainda é uma categoria muito utilizada, com 42% das ocorrências e 27% da duração das verbalizações, porém nota-se que Relata e Informação também foram relevantes, com 25% e 16% das ocorrências, e 48% e 17% da duração, respectivamente.

Na primeira sessão participantes externos utilizaram apenas uma categoria. Na segunda sessão duas, e na terceira sessão analisada foram 8 categorias. Considerando que o trabalho do AT inclui, por vezes, a exposição do cliente a novos locais e o treino de diversas habilidades, levanta-se a hipótese de que ao longo das sessões as interações com participantes externos tornaram-se mais duradouras e variadas, observando-se essa mudança através da variação de categorias ao longo do tempo de intervenção.

Gráfico 5.

Porcentagem do total de ocorrências das verbalizações dos participantes externos nas 3 sessões.

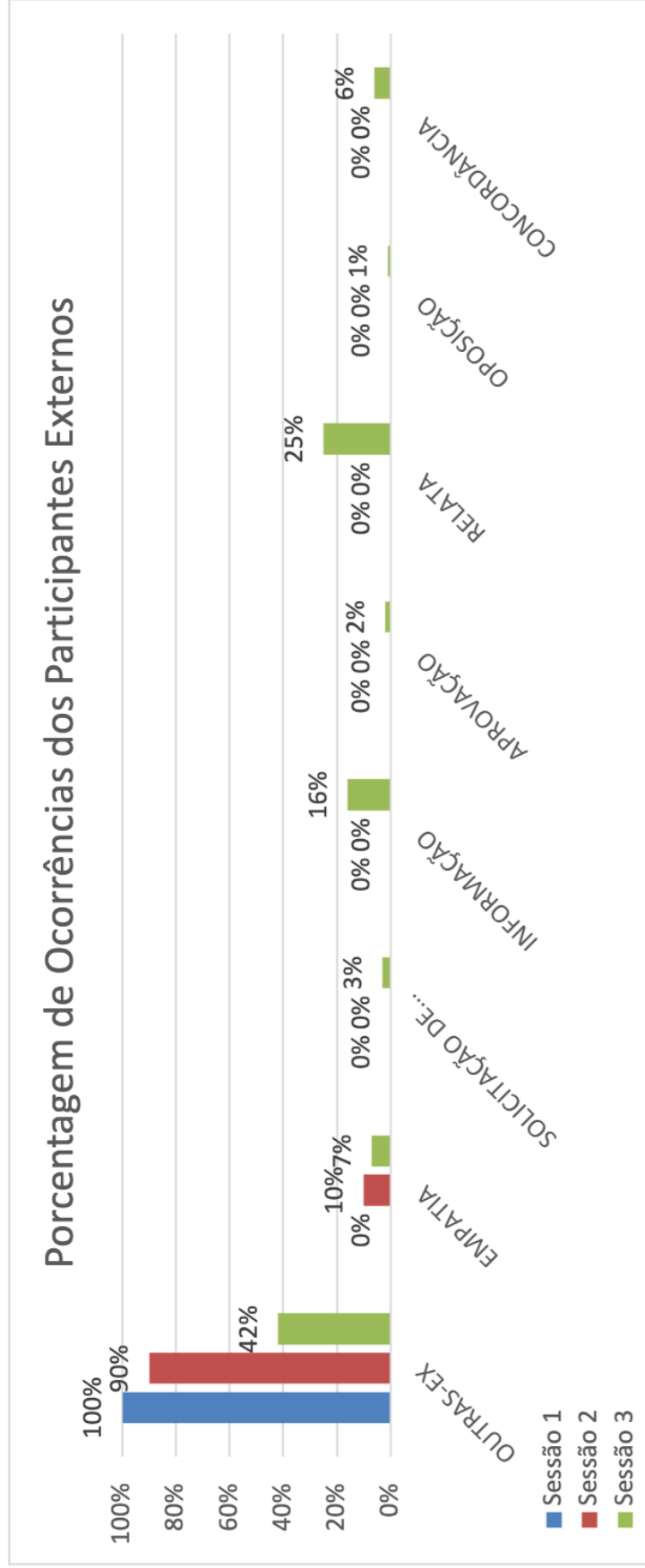
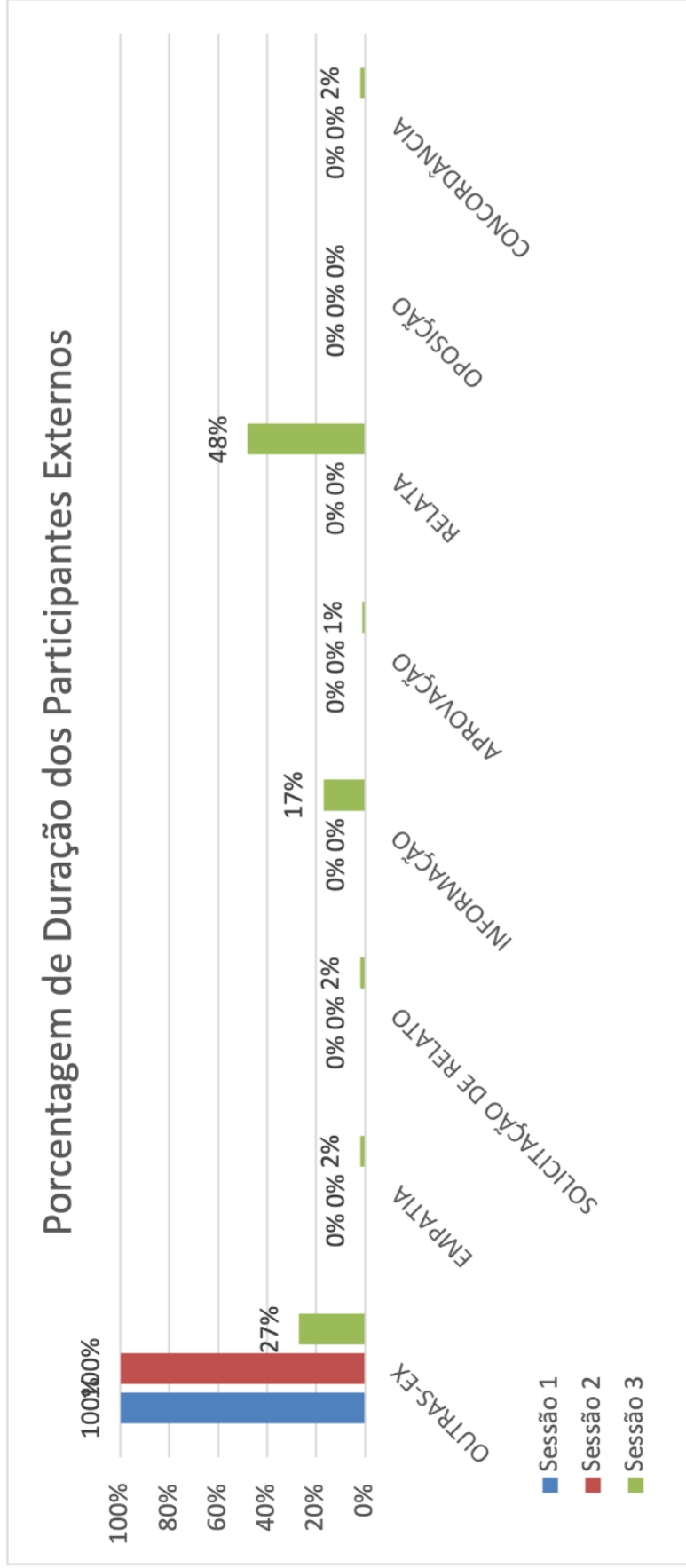


Gráfico 6.

Porcentagem do total de duração das verbalizações dos participantes externos nas 3 sessões.



Discussão

Durante o desenvolvimento do SIMCCIT Zamignani (2007) realizou a categorização de três sessões de terapia em um consultório. Os resultados de seu estudo apontam para um padrão inicial de respostas do terapeuta e do cliente que podem ser comparados em replicações. A seguir uma comparação entre dados foi realizada, com a intenção de analisar semelhanças e diferenças nas sessões de AT e de consultório.

Em seus dados, o autor obteve resultados de que o tempo de fala da cliente era oito vezes maior do que o tempo de fala da terapeuta. Tal dado diverge da presente pesquisa, em que se observou que o terapeuta ocupou nas 3 sessões analisadas 53%, 65% e 59% do tempo total de falas, ou seja, os terapeutas falaram mais do que o cliente em todas as sessões. Uma explicação possível para tal divergência é a de que os ATes tem como objetivo desenvolver habilidades de observação e relato do cliente, o que significa que o próprio cliente tem um repertório de relato menos desenvolvido. Assim, os terapeutas utilizaram sua fala para descrever o comportamento de forma mais minuciosa do que um terapeuta faria no consultório. Esse dado corrobora a literatura discutida na Introdução (como Cassas, 2013, por exemplo) em que o trabalho de AT, do ponto de vista teórico, é indicado para o desenvolvimento de repertórios mais específicos ou “habilidades básicas” como descritas no mesmo trabalho.

O Zamignani (2007) menciona, ainda, em sua pesquisa, que a cliente participante verbalizava bastante desde o início da coleta de dados, não havendo necessidade de muitas Solicitações de Relato do Terapeuta. Além disso, deve-se considerar que a sessão em consultório tem duração, em média, de metade do tempo da duração de um atendimento de AT, o que também interfere nos resultados, pois o terapeuta tem mais tempo para realizar procedimentos específicos, como o Role-play realizado na primeira sessão analisada da presente pesquisa.

Os resultados de Zamignani (2007) apontam, também, que a categoria mais frequente do terapeuta é a Gestos de Concordância, com 67%, 61% e 53% do total de ocorrências. Essa categoria consiste em gestos não vocais do terapeuta indicando concordância em relação a fala do cliente. Tais dados não puderam ser coletados na sessão de AT, pois as sessões ocorreram sem local fixo para instalação de uma câmera de filmagem. Pode-se supor que, dada a natureza do atendimento, o ATe também necessita emitir concordância vocalmente, pois, como estão em um ambiente público e parte do tempo em movimento, o cliente pode manter menos contato visual com o terapeuta durante a sessão, o que implica numa necessidade maior do terapeuta se expressar vocalmente. Além disso, casos que necessitam intervenção com um AT podem ter um repertório empobrecido de contato visual, ou necessitar de um estímulo topograficamente mais explícito do terapeuta, o que acarretaria em um número maior de vocalizações. Gestos de Concordância, quando vocalizados, poderiam ser categorizados como Facilitação, segundo Zamignani (2007). Esta categoria ocupou 4% do total de ocorrências da primeira sessão, 3% da segunda e 11% terceira sessão, valor muito menor do que o apresentado pelo autor. Pode-se supor, a partir desses dados, que apenas uma facilitação não era suficiente para fazer com que o cliente desse continuação ao seu relato, sendo necessário que o terapeuta emitisse uma nova Solicitação de Relato. Os dados de Zamignani (2007) apontam que o terapeuta em consultório agiu de forma não diretiva durante os atendimentos, com poucas ocorrências da categoria Solicitação de Relato. Tais dados divergem da presente pesquisa, na qual Solicitação de Relato foi uma das categorias de maior ocorrência em todas as sessões. Essa diferença vai de encontro à hipótese de que o cliente típico de um atendimento clínico não necessita de direcionamento específico para emitir respostas de relato durante as sessões. Moreira e Braga (2014) apontam que o cliente típico de uma intervenção de AT pode ter dificuldade em seu relato, necessitando de uma intervenção que o estimule a relatar mais. Parte do trabalho do AT, nesses casos, seria emitir uma alta frequência Solicitações de Relato. Essa hipótese também

explicaria o aumento de frequência e duração da categoria Relata emitida pelo cliente ao longo do processo terapêutico de AT.

As comparações com o estudo de Zamignani (2007) são relevantes, porém consideram uma intervenção em que há apenas dois participantes. O estudo de Silveira (2009) é similar à presente pesquisa pois utiliza o SIMCCIT como ferramenta para análise dos dados de uma sessão de terapia em grupo. A autora realiza um grupo terapêutico focado em cuidadoras que apresentam dificuldades de interação social com filhos, no qual participam uma terapeuta, duas mães e uma avó.

Os dados obtidos por Silveira (2009) mostram que o terapeuta, na intervenção de grupo, emitiu alto número de ocorrências nas categorias Aprovação (37,9%), Recomendação (19,2%) e Solicitação de Relato (10,9%). Para tal cálculo, a autora fez a média dos resultados obtidos nas 5 sessões categorizadas. Solicitação de Relato foi a terceira categoria mais frequente em seu estudo, dado similar à presente pesquisa, na qual essa categoria teve alto número de ocorrências nas três sessões.

Em relação à duração das verbalizações, Silveira (2009) aponta que Informação, Recomendação e Solicitação de Relato se destacaram. Recomendação e Informação também foram categorias com duração alta na presente pesquisa, sendo que Recomendação ocupou 33% do tempo da segunda sessão, e Informação 33% do tempo da primeira. Além disso, Zamignani (2007) descreve tais categorias como indicativas da utilização de estratégias de intervenção obtendo, inclusive, valores altos nas categorias Interpretação, Recomendação e Informação em seu próprio estudo com uma cliente no consultório. A partir dessa comparação pode-se inferir que o trabalho realizado pelos ATes durante a coleta de dados incluiu estratégias de intervenção.

Em Silveira (2009) uma das categorias com menor duração e frequência em seu estudo foi Reprovação. A autora aponta que uma taxa alta de Aprovação concomitante a uma taxa baixa

de Reprovação são indicativos de reforçamento diferencial. A presente pesquisa também possui uma taxa alta de Aprovação, sendo 10%, 14% e 5% da frequência das sessões, e taxa de reprovação de 0%. Tal dado sugere que, na terapia de AT, assim como na terapia de grupo analisada por Silveira (2009), ocorreu reforçamento diferencial. Essa constatação tem relevância quando considerados que Baumgarth et al (1999), Marinotti e Silva (2001), Balvedi (2004), Marco e Calais (2012) e Moreira e Braga (2014) mencionam em suas publicações o reforçamento diferencial como atribuição do AT.

A categoria Empatia, no entanto, aparece com frequência muito maior no atendimento de AT do que em um atendimento em grupo ou em consultório. Uma hipótese para estes resultados seria a de que dois terapeutas dirigiam os atendimentos, emitindo o dobro de respostas de empatia direcionadas ao cliente, além de respostas de empatia entre si. Essa conclusão se aplica apenas à categoria empatia, pois foi a única categoria frequentemente emitida ao mesmo tempo pelos dois terapeutas durante as sessões. Outra possibilidade, que complementa a anterior, é de que o cliente necessita de uma estimulação mais explícita do terapeuta para ser reforçado. Isso faria com que o terapeuta, em um processo de condicionamento e reforçamento diferencial, emita respostas mais longas do que Facilitação para reforçar o cliente, configurando Empatia e Aprovação.

Em relação ao comportamento do cliente, nota-se similaridade de dados entre o atendimento de consultório e o atendimento de AT. Em ambos os resultados as categorias Solicita, Melhora, Metas e Oposição não tiveram frequência e duração altas. Zamignani (2007) aponta que as categorias mais frequentes e duradouras eram Relações, Relata, Concordância e Gestos de Concordância, dados similares aos encontrados na presente pesquisa, com exceção da categoria Outras, que também foi muito frequente na fala do cliente de AT.

Relata também foi a categoria mais utilizada pelas 3 participantes da pesquisa de Silveira (2009), tendo um número de ocorrências entre 45% e 48%, e duração entre 60% e 72%. Esses

resultados são parecidos com os do cliente da presente pesquisa, que emitiu Relata em entre 40% e 59% das ocorrências e 58% a 73% da duração de suas falas. Concordância também foi uma das categorias mais utilizadas, ocupando entre 16% e 27% do número de ocorrências das três clientes e entre 11% e 16% da duração. O cliente da sessão de AT apresentou falas de concordância em entre 21% e 38% das ocorrências e 5% e 14% da duração de falas.

Já a categoria Estabelece Relações ocupou 12% das ocorrências de duas das três clientes, não sendo muito utilizada pela terceira, que emitiu alta frequência de Oposição (14%). Ao analisar a duração do total de falas, as três apresentam Relações como uma das categorias predominantes, variando entre 10% e 20% do tempo total de falas. O cliente de AT apresentou valor menor no número de ocorrências dessa categoria, variando entre 4% e 11% da frequência, porém apresentou valor maior na duração, entre 8% e 23% da duração de falas. Além disso, em ambas as pesquisas Melhora e Metas foram categorias pouco utilizadas.

Ao analisar os dados obtidos na presente pesquisa com os de Silveira (2009) e Zamignani (2007) nota-se que o comportamento do cliente apresentou padrões similares aos de terapia no consultório e de terapia em grupo, com exceção da categoria Estabelece Relações. Considerando que clientes que necessitam de uma intervenção com AT são considerados casos graves, frequentemente com diagnósticos psiquiátricos e déficits comportamentais importantes (Baumgarth et al, 1999; Oliveira, 2000; Marinotti e Silva, 2001; Vianna e Sampaio, 2003; Moreira e Braga, 2014) a frequência menor da categoria Estabelece Relações pode ser um indicador da gravidade do caso.

Já os dados obtidos em relação ao comportamento do terapeuta são mais similares a uma intervenção de grupo do que uma intervenção de consultório. Tais dados são relevantes pois observa-se que, apesar de serem intervenções clínicas, o repertório de atendimento de um ATe é mais diretivo do que o repertório de um terapeuta de consultório, tanto utilizando mais tempo de sessão para falar quanto utilizando mais frequentemente Solicitação de Relato. Outra

diferença é a frequência menor de Facilitação e aumento na frequência de Empatia, sugerindo que o cliente possa ter modelado o repertório dos terapeutas (considerando que a coleta de dados ocorreu após meses do processo terapêutico ter iniciado), fazendo com que os terapeutas emitissem respostas mais empáticas para reforçá-lo ou solicitassem diretamente a continuação de um Relato. Ao comparar o atendimento de AT com uma terapia mais diretiva, como a terapia em grupo, os dados de comportamento do terapeuta são similares, indicando estratégias de intervenção mais diretas.

A categorização do comportamento verbal dos Participantes Externos não pôde ser comparada a nenhum outro estudo por falta de pesquisas similares. No entanto, observa-se que as verbalizações dos Participantes Externos foram categorizadas de acordo com categorias já existentes no SIMCCIT, referentes tanto a verbalizações que se encaixam tipicamente do cliente quanto do terapeuta. Tais categorias puderam apenas ser utilizadas quando o participante externo participava de uma conversa com os terapeutas e o cliente, frequentemente sendo categorizada como Outras. O alto índice da categoria Outras no total de falas desses participantes indica que alguns participantes externos, apesar de verbalizarem durante a sessão, não tiveram função no decorrer do processo terapêutico, como, por exemplo, o garçom na primeira sessão. Quando o Participante Externo engaja em uma conversação mais elaborada suas falas deixam de ser classificadas como Outras e passam a ser descritas de acordo com outras categorias, como ocorreu com os participantes 1 e 2 da terceira sessão.

Desse ressaltar também que durante a reunião para comparação de dados entre a pesquisadora e o observador alguns pontos foram discutidos como sugestões para pesquisas futuras no tema. Houve uma dificuldade em diferenciar momentos de falas do terapeuta que poderiam ser categorizados como Informação ou como Recomendação, pois, por vezes, o terapeuta inicia com uma recomendação e posteriormente explica o motivo de tal recomendação. Um exemplo seria:

“Vale a pena dar uma olhadinha também, porque as vezes o laudo não pode ser só do médico particular, as vezes eles pedem para você passar por uma perícia. (REC) – As vezes é um médico do estado que tem que te analisar também. Só para não correr risco de vir uma pessoa com um laudo falso do médico dela, entendeu? E aí eles fazem uma perícia em você só para confirmar que o laudo que a pessoa está apresentando é verdadeiro (INF).” (Terapeuta 1, Sessão 1)

Nesse contexto, apesar de ambas as categorias estarem presentes, por vezes é difícil descrever o momento exato onde o terapeuta para de fazer uma recomendação, apesar de ainda utilizar o termo “você” durante a informação.

Notou-se também que o acordo entre observadores também teve menor concordância devido a uma possível característica do atendimento de AT. Por lidar com clientes com maior dificuldade em generalizar, percebe-se que a generalização é mais difícil no próprio discurso do cliente. Assim, um profissional experiente em atendimentos de consultório classificaria, por exemplo, certas falas do terapeuta como Informação, e um profissional experiente em atendimento de AT classificaria como Interpretação, pois pode-se considerar que o terapeuta está fazendo uma “Descrição de regularidades ou padrões recorrentes a respeito de eventos” ou “Explicações teóricas e experimentais sobre eventos” (Informação), mas ao mesmo tempo está criando um repertório de generalização, descrevendo padrões comportamentais de terceiros (Interpretação), comparando informações que o cliente já tem em seu repertório com outras informações fornecidas pelo terapeuta. Como o foco da intervenção muda a classificação também mudaria. Outra situação em que isso eventualmente ocorreu foi nas categorias de Solicitação De Relato e Solicitação De Reflexão. A solicitação de relato pede apenas que o cliente relate algo, mas, ao analisar pela pesquisadora, experiente em atendimentos de AT, por

vezes observou-se que, na realidade, o relato funcionava como treino de observação do próprio corpo, ou do ambiente ao redor, fazendo com que o cliente pensasse e refletisse sobre o que está acontecendo ao seu redor.

Diferentemente de uma sessão no consultório, por vezes em uma sessão de AT é difícil para um terceiro discriminar o que é e o que não é intervenção. Isso ocorre porque, num contexto mais desestruturado, não é possível saber apenas a partir do áudio da sessão quais são os objetivos comportamentais. Um exemplo seria: o terapeuta, ao responder para um participante externo, estaria na verdade fornecendo um modelo para o cliente? Sabe-se que, de acordo com Baumgarth et al (1999), Oliveira (2000), Marinotti e Silva (2001), Balvedi (2003), Cruz, Lima e Moraes (2003), Balvedi (2004), e Moreira e Braga (2014) modelação é uma forma de intervenção do AT. Por isso, na presente pesquisa, optou-se por utilizar a categoria Outros o mínimo possível, considerando apenas falas curtas e que não tivessem indicativo nenhum de ser um objetivo de sessão (por exemplo, quando o terapeuta pede um suco ao garçom na padaria durante uma sessão de treino de habilidades para entrevista de emprego). Optou-se, por isso, classificar todas as falas com mais de 2s do terapeuta ou do cliente direcionadas ao participante externo de acordo com sua classificação aproximada mais adequada, ao invés da classificação outros.

Considerações finais

A utilização do SIMCCIT como instrumento de categorização do atendimento realizado por acompanhantes terapêuticos mostrou-se válido e útil para compreensão do processo terapêutico. Sua adaptação para atendimentos com mais de dois participantes mostrou-se eficaz para descrever a ação do terapeuta e do cliente.

O presente trabalho não teve como objetivo alterar a composição das categorias criadas por Zamignani (2007), porém notou-se a possibilidade de algumas alterações. Durante a reunião para comparação de dados entre a pesquisadora e o observador sugeriu-se inserir a categoria “Insuficiente”. Tal sugestão ocorreu porque, por ser uma sessão que ocorre em diversos contextos (rua, sebo, padaria, confeitaria), por vezes não é possível compreender o que o cliente, o terapeuta ou o participante externo estão falando. Na presente pesquisa essas falas foram categorizadas como Outras.

As falas dos Participantes Externos, no entanto, foram frequentemente classificadas como Outras, sugerindo a possibilidade de criação de novas categorias que as descrevessem mais especificamente. Futuras pesquisas podem buscar uma sequência de interações com participantes externos e, a partir da literatura, desenvolver novas categorias que auxiliem na descrição do fenômeno.

Nesse sentido, pesquisas futuras nessa linha podem, também, aperfeiçoar os instrumentos de coleta de maneira produzir novas informações – como visuais, por exemplo – que podem auxiliar em uma maior descrição do fenômeno clínico de AT.

Referências

Achenbach, T.M. & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, Canadá: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Balvedi, C. (2003). Acompanhamento terapêutico – a terapia no ambiente do paciente. In: Brandão, M. Z. da S., Conte, F. C. de S., Brandão, F. S., Ingberman, Y. K., Moura, C. B. de, Silva, V. M. da, & Oliane, S. M. (Orgs.). (2003). Sobre comportamento e cognição: Vol. 11. A história e o avanços, a seleção por consequências em ação (pp. 294 – 299). Santo André: Esetec.

Balvedi, C (2004). Relato de acompanhamento terapêutico de cliente de Terceira idade decorrente da violência urbana. In: Brandão, M. Z. da S, Conte, F. C. de S., Brandão, F. S., Ingberman, Y. K., Moura, C. B. de, Silva, V. M. da, & Oliane, S. M. (Orgs.). (2004). Sobre comportamento e cognição: Vol. 14. Estendendo a psicologia comportamental e cognitiva aos contextos da saúde, das organizações, das relações pais e filhos e das escolas. (pp. 13 – 18). Santo André: Esetec.

Baumgarth, G. C. C.; Guerrelhas, F. F.; Kovac, R.; Mazer, M. & Zamignani, D. R. (1999). A intervenção em equipe de terapeutas no ambiente natural do cliente e a interação com outros profissionais. In: R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (orgs.) (1999), *Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva - da reflexão teórica à diversidade na aplicação.* (pp. 166 – 173) Santo André: SET.

Beltramello, O., & Kienen, N. (2017). Acompanhamento Terapêutico e Análise do Comportamento: Avanços e problemáticas nas definições deste fazer. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 8(1), 61-78. <https://doi.org/10.18761/pac.2016.034>

Cassas, Fernando Albregard, (2013). *Acompanhamento Terapêutico como prática do Analista do Comportamento: uma caracterização histórica com base no behaviorismo radical*. Tese de doutorado não publicada, Doutorado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

Colombini, F., Shoji, F. T., & Pergher, N. K. (2012). *Ansiedade matemática e desenvolvimento de hábitos de estudo: Algumas possibilidades de atuação do acompanhante terapêutico*. In C. V. V. B. Pessoa, C. E. Costa & M. F. Benvenuti (Orgs.) *Comportamento em Foco* (pp. 131-142). São Paulo: ABPMC.

Cruz, F. C., Lima, L. A., & Moraes, P. R. (2003). Acompanhamento terapêutico & clínica escola: um novo campo de exploração. In M. Z. Brandão, *Sobre Comportamento e Cognição* (Vol. 11, pp. 300-308). Santo André: ESETEC.

Del Prette, G. (2011). *Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. [doi:10.11606/T.47.2011.tde-28042011-153159](https://doi.org/10.11606/T.47.2011.tde-28042011-153159). Recuperado em 2019-08-24, de www.teses.usp.br

Del Prette, G. & Meyer, S. B. (2014). Categorização em Terapia Analítico-Comportamental infantil: Questões Metodológicas e Resultados da Pesquisa. In: Zamignani D. R. & Meyer, S. B. (Orgs.) (2014). A Pesquisa de Processo em Psicoterapia: Estudos a partir do instrumento SIMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento da Interação Terapêutica) – Volume 2 (pp. 21- 38). Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento, São Paulo.

Donadone, J. C. & Meyer, S. B. (2014). Análise de Contingências envolvidas na orientação. In: Zamignani D. R. & Meyer, S. B. (Orgs.) (2014). A Pesquisa de Processo em Psicoterapia: Estudos a partir do instrumento SIMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento da Interação Terapêutica) – Volume 2 (pp. 79-104). Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento, São Paulo.

Fogaça, F. F. F. e Meyer, S. B. Intervenção analítico- comportamental de grupo descrevendo categorias de comportamento dos participantes. In: Zamignani D. R. & Meyer, S. B. (Orgs.) (2014). A Pesquisa de Processo em Psicoterapia: Estudos a partir do instrumento SIMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento da Interação Terapêutica) – Volume 2 (pp. 39 – 56). Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento, São Paulo.

Gomide, P. I. C. (2006). Inventário de Estilos Parentais. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Guerrelhas, F. F. (2007). Quem é o acompanhante terapêutico: história e caracterização. Em: D. R. Zamignani, R. Kovac, & J. S. Vermes (Orgs.) A Clínica de Portas Abertas: experiências

e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório. Santo André: ESETEC, 2007. cap 1.

Kanamota, P. F. C., Kanamota, J. S. V., & BolsoniSilva, A. T. (2014). Um estudo de intervenção psicoterapêutica com mãe de adolescente com problema de comportamento. In: Zamignani D. R. & Meyer, S. B. (Orgs.) (2014). A Pesquisa de Processo em Psicoterapia: Estudos a partir do instrumento SIMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento da Interação Terapêutica) – Volume 2 (pp. 181–194). Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento, São Paulo.

Marco, Mariana Nunes da Costa, & Calais, Sandra Leal. (2012). *Acompanhante terapêutico: caracterização da prática profissional na perspectiva da análise do comportamento*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 14(3), 4-18. Recuperado em 24 de agosto de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151755452012000300002&lng=pt&tlng=pt.

Marinotti, M., & Silva, A. S. (2001). Algumas considerações sobre o atendimento de um cliente com diagnóstico de "autismo de alto funcionamento", por dois terapeutas, em ambiente natural e de consultório. In: H. J. Guilhardi, M. B. Madi, P. P. Queiroz, & M. Scoz, *Sobre Comportamento e Cognição* (Vol. v. 8) (pp. 14 – 28). Santo André, SP: ESETEC.

Moreira, L. L. E Braga, A. L. S. (2014). Fobia social e terapia analítico-comportamental: contribuições do acompanhamento terapêutico. *Comportamento em Foco*, 4 (2014) (pp. 83 – 90). São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental - ABPMC,

2014

Nobile, G., Garcia, V., & Bolsoni-Silva, A. (2017). Análise Sequencial dos comportamentos do terapeuta em psicoterapia com universitários com transtorno de ansiedade social. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 8(1), 16-31. <https://doi.org/10.18761/pac.2016.030>

Oliveira, S. G. (2000). O acompanhante terapêutico. Em: R. R. Kerbauy (org.), *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 5. Santo André: Esetec Editores Associados.

Peron, Francielly, & Lubi, Ana Paola Lopes. (2012). Instâncias da relação terapêutica medidas a partir de um instrumento de categorização. *Acta Comportamentalia*, 20(1), 109-123. Recuperado em 11 de abril de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-81452012000100008&lng=pt&tlng=pt.

Sadi, H. M, e Meyer, S. B. Análise da interação terapêutica em um caso de transtorno de personalidade borderline. In: Zamignani D. R. & Meyer, S. B. (Orgs.) (2014). *A Pesquisa de Processo em Psicoterapia: Estudos a partir do instrumento SIMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento da Interação Terapêutica) – Volume 2* (pp. 209-232). Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento, São Paulo.

SILVEIRA, F. F. Análise da interação terapêutica em uma intervenção de grupo com cuidadoras. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e

Aprendizagem). Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru.

Skinner, B. F. (1953/2007). *Ciência e Comportamento Humano*. (J. C. Todorov, & R. Azzi, Trans.) São Paulo: Martins Fontes.

Tourinho, E. Z., & Sério, T. M. (2010). Definições Contemporâneas da Análise do Comportamento. In E. Z. Tourinho, & S. V. Luna, *Análise do Comportamento - investigações históricas, conceituais e aplicadas* (p. 242). São Paulo, SP, Brasil: Roca.

Vianna, A. M., & Sampaio, T. P. de A. (2003). Acompanhamento terapêutico: Da teoria à prática. In M. Z. S. Brandão et al. (org). *Sobre comportamento e cognição: A história e os avanços, a seleção por consequências em ação* (Vol. 11, pp. 285-193). Santo André: ESETec

Velozo, Renata Simões, & Serpa Júnior, Octávio Domont de. (2006). O Acompanhante Terapêutico “em ação” no campo público da assistência em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(2), 318-338. <https://doi.org/10.1590/1415-47142006002010>

Zamignani, D. R. , Kovac, R. , Vermes, J. S. (2006). Apresentação: A clínica de portas abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório. Em: Zamignani, D. R., Kovac, R., Vermes, J. S. *A Clínica de Portas Abertas*. (pp. 11-19). Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento, São Paulo.

Zamignani, D. R., Banaco, R. A., & Wielenska, R. C. (2007) O mundo como setting clínico do analista do comportamento. Em: D. R. Zamignani, R. Kovac, & J. S. Vermes (Orgs.) A Clínica de Portas Abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório (pp. 21 – 29). ESETEC, 2007, Santo André.

In: Zamignani D. R. & Meyer, S. B. (Orgs.) (2007). A Pesquisa de Processo em Psicoterapia: O desenvolvimento do SIMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento da Interação Terapêutica) – Volume 1. Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento, São Paulo.

Zamignani, Denis, & Meyer, Sonia Beatriz. (2011). Comportamentos verbais do terapeuta no Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica* (SiMCCIT). *Perspectivas em análise do comportamento*, 2(1), 25-45. Recuperado em 07 de março de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482011000100004&lng=pt&tlng=pt.

Zamignani, D. R. & Wielenska, R. C. (1997). Redefinindo o papel do acompanhante terapêutico. Em: R. R. Kerbauy (org.), Sobre Comportamento e Cognição, vol. 4. (pp.154-165). Santo André: Esetec Editores Associados.

Zamignani e Meyer 2014. Apresentação. In: Zamignani D. R. & Meyer, S. B. (Orgs.) (2014).

A Pesquisa de Processo em Psicoterapia: Estudos a partir do instrumento SIMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento da Interação Terapêutica) – Volume 2 (pp. 15-16). Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento, São Paulo.

ANEXO I

Termo de Consentimento do Cliente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de te convidar para participar voluntariamente da pesquisa intitulada APLICAÇÃO DO “SISTEMA MULTIDIMENSIONAL PARA A CATEGORIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS NA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA” (SIMCCIT) EM SESSÕES DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO que se refere a um projeto de Dissertação de Mestrado do(s) pesquisador (es) Maria Fernanda Spinola e Castro, sob a orientação de Fernando Albregard Cassas, o qual pertence ao Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

O convite está sendo feito a você porque você é um cliente de sessões de terapia na modalidade de Acompanhamento Terapêutico. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisador, em todas as folhas. Uma das vias é sua e a outra é do pesquisador responsável.

O estudo tem por objetivo verificar como é o funcionamento de um processo terapêutico na modalidade de Acompanhamento Terapêutico, e suas similaridades e diferenças com um processo terapêutico na modalidade de consultório. A população da pesquisa será de adultos (maiores de 18 anos) que estejam sendo atendidos na modalidade de Acompanhamento terapêutico ao início da pesquisa. Os clientes devem possuir repertório social suficiente para engajar em uma conversa. Tal repertório define-se como responder perguntas do terapeuta em um tom de voz alto o bastante para ser captado pelo gravador. Também devem conseguir conversar dizendo, no mínimo, três palavras em uma frase. Não serão incluídos clientes com sintomas alucinatórios ou delirantes que impeçam ou dificultem a realização de um diálogo nos moldes do que foi apontado acima; clientes com queixas escolares; clientes com alterações no desenvolvimento.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de 06 (seis) sessões de terapia em modalidade de Acompanhamento terapêutico, considerando que o áudio de tais sessões serão gravadas. A gravação será utilizada para a categorização da interação entre você e o seu terapeuta, e comparação dessa interação com outras pesquisas já realizadas.

Esse projeto deverá ter a duração de 06 (seis) sessões terapêuticas que duram entre 1:30 e 2h cada.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: desconforto em ter o conteúdo de suas sessões gravadas. Devido a tal desconforto, é garantido o sigilo de todas as gravações. Caso prefira, poderá solicitar a sua saída da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o seu processo terapêutico ou a continuidade da terapia, e seus dados serão eliminados. Caso seja necessário, decorrente de qualquer prejuízo decorrente da pesquisa, também serão disponibilizados atendimentos na clínica-escola do Centro Paradigma, realizador da pesquisa.

Este estudo contribuirá para uma maior compreensão de como é o processo terapêutico em Acompanhamento Terapêutico, garantindo um melhor atendimento para você e outras pessoas que utilizarem esse tipo de serviço no futuro.

Fica esclarecido que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, não será cobrado nada, não haverá gastos e você poderá deixar de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar justificar e não sofrerá qualquer prejuízo ao seu tratamento.

Você foi informado (a) e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, será ressarcido pelo pesquisador.

Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais você será submetido(a), será garantido o direito a assistência imediata e gratuita pelo tempo que for necessário e será encaminhado para tratamento adequado da seguinte maneira: será encaminhado para o serviço de Clínica-Escola do Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento para atendimento psicológico, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

Seu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se você desejar terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação. Os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é Maria Fernanda Spinola e Castro, telefone (11) 97334-0424, que pode ser encontrado(a) na Rua Wanderley, 611, CEP 05011-001, telefone 3871-0185

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Moriah - Avenida Moaci, 974, Moema. São Paulo / SP - Cep: 04083-002

Fone: (11) 5080-7860 - E-mail: cep@hospitalmoriah.com.br

Atendimento de segunda-feira a quinta-feira das 7h às 17h e sexta-feira das 7h às 16h.

Declaração do Pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Declaração do Participante

Declaro que fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre o estudo APLICAÇÃO DO “SISTEMA MULTIDIMENSIONAL PARA A CATEGORIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS NA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA” (SIMCCIT) EM SESSÕES DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.

Eu discuti com Maria Fernanda Spinola e Castro sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Fica claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido no meu atendimento neste serviço.

Nome do Pesquisador: _____

Local/data: _____

Assinatura: _____

Nome completo do participante/responsável legal: _____

Local/data: _____

Assinatura do participante/responsável legal: _____

ANEXO II

Termo de Consentimento dos Terapeutas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de te convidar para participar voluntariamente da pesquisa intitulada APLICAÇÃO DO “SISTEMA MULTIDIMENSIONAL PARA A CATEGORIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS NA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA” (SIMCCIT) EM SESSÕES DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO que se refere a um projeto de Dissertação de Mestrado do(s) pesquisador (es) Maria Fernanda Spinola e Castro, sob a orientação de Fernando Albregard Cassas, o qual pertence ao Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.

O convite está sendo feito a você porque você é um terapeuta que atua como Acompanhante Terapêutico, com menos de 5 anos de experiência em atuação nessa modalidade de atendimento, e com um curso de formação em Análise do Comportamento além das disciplinas obrigatórias da graduação. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisador, em todas as folhas. Uma das vias é sua e a outra é do pesquisador responsável.

O estudo tem por objetivo verificar como é o funcionamento de um processo terapêutico na modalidade de Acompanhamento Terapêutico, e suas similaridades e diferenças com um processo terapêutico na modalidade de consultório. A população da pesquisa será ATe, formado na área da saúde, com menos de 5 anos de atuação em ambiente extraconsultório e que tenha realizado, pelo menos um curso de formação em Análise do Comportamento além das disciplinas obrigatórias da graduação. A sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de 06 (seis) sessões de terapia em modalidade de Acompanhamento terapêutico, considerando que o áudio de tais sessões serão gravadas. A gravação será utilizada para a categorização da interação entre você e o seu cliente, e comparação dessa interação com outras pesquisas já realizadas. Esse projeto deverá ter a duração de 06 (seis) sessões terapêuticas que duram entre 1:30 e 2h cada.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como desconforto em ter o conteúdo de suas sessões gravadas. Devido a tal desconforto, é garantido o sigilo de todas as gravações. Caso prefira, poderá solicitar a sua saída da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o processo terapêutico ou a continuidade da terapia, e seus dados serão eliminados. Caso seja necessário, decorrente de qualquer prejuízo decorrente da pesquisa, também serão disponibilizados atendimentos na clínica-escola do Centro Paradigma, realizador da pesquisa.

Este estudo contribuirá para uma maior compreensão de como é o processo terapêutico em Acompanhamento Terapêutico, buscando proporcionar um melhor atendimento para seus clientes e outras pessoas que utilizarem esse tipo de serviço no futuro.

Fica esclarecido que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, não será cobrado nada, não haverá gastos e você poderá deixar de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar justificar e não sofrerá qualquer prejuízo ao seu tratamento.

Você foi informado (a) e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, será ressarcido pelo pesquisador.

Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais você será submetido(a), será garantido o direito a assistência imediata e gratuita pelo tempo que for necessário e será encaminhado para tratamento adequado da seguinte maneira será encaminhado para o serviço de Clínica-Escola do Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento para atendimento psicológico ou supervisão clínica gratuita do caso atendido durante essa pesquisa, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

Seu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se você desejar terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação. Os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é Maria Fernanda Spinola e Castro, telefone (11) 97334-0424, que pode ser encontrado(a) na Rua Wanderley, 611, CEP 05011-001, telefone 3871-0185. Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Moriah - Avenida Moaci, 974, Moema. São Paulo / SP - Cep: 04083-002

Fone: (11) 5080-7860 - E-mail: cep@hospitalmoriah.com.br

Atendimento de segunda-feira a quinta-feira das 7h às 17h e sexta-feira das 7h às 16h.

Declaração do Pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Declaração do Participante

Declaro que fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre o estudo APLICAÇÃO DO “SISTEMA MULTIDIMENSIONAL PARA A CATEGORIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS NA INTERAÇÃO TERAPÊUTICA” (SIMCCIT) EM SESSÕES DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO.

Eu discuti com Maria Fernanda Spinola e Castro sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido no meu atendimento neste serviço.

Nome do Pesquisador: _____

Local/data: _____

Assinatura: _____

Nome completo do participante/responsável legal: _____

Local/data: _____

Assinatura do participante/responsável legal: _____