



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PSICOLOGIA

ALICE MAMEDE ROCHA

**COMPORTAMENTO VERBAL E RELAÇÃO TERAPÊUTICA: REFLEXÕES A
PARTIR DE UM ESTÁGIO DE PSICOLOGIA NA MODALIDADE ONLINE**

GOIÂNIA - GOIÁS

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): ALICE MAMEDE ROCHA

Título do trabalho: COMPORTAMENTO VERBAL E RELAÇÃO TERAPÊUTICA: REFLEXÕES A PARTIR DE UM ESTÁGIO DE PSICOLOGIA NA MODALIDADE ONLINE

2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [X] SIM [] NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Idalina De Paiva Silva, Professora do Magistério Superior**, em 09/06/2021, às 14:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **ALICE MAMEDE ROCHA, Discente**, em 10/06/2021, às 02:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2120924** e o código CRC **1CFC1F63**.

Referência: Processo nº 23070.024819/2021-77

SEI nº 2120924

ALICE MAMEDE ROCHA

**COMPORTAMENTO VERBAL E RELAÇÃO TERAPÊUTICA: REFLEXÕES A
PARTIR DE UM ESTÁGIO DE PSICOLOGIA NA MODALIDADE ONLINE**

Trabalho apresentado como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia pela Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Idalina de Paiva Silva.

GOIÂNIA – GOIÁS

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Rocha, Alice Mamede
Comportamento Verbal e Relação Terapêutica [manuscrito] :
Reflexões a partir de um estágio de psicologia na modalidade online /
Alice Mamede Rocha. - 2021.
56 f.

Orientador: Prof. Dr. Ana Idalina de Paiva Silva.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade
Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Psicologia, Goiânia,
2021.

Bibliografia. Anexos.
Inclui siglas, tabelas.

1. Relação Terapêutica. 2. Comportamento verbal. 3. Terapia
Analítico-Comportamental. 4. Terapia Online. I. Silva, Ana Idalina de
Paiva, orient. II. Título.

CDU 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos vinte e oito dias do mês de maio do ano de 2021, às 14 horas, iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado "COMPORTAMENTO VERBAL E RELAÇÃO TERAPÊUTICA: REFLEXÕES A PARTIR DE UM ESTÁGIO DE PSICOLOGIA NA MODALIDADE ONLINE", de autoria de ALICE MAMEDE ROCHA, do curso de PSICOLOGIA, da FACULDADE DE EDUCAÇÃO da UFG. Os trabalhos foram instalados pelo(a) Prof^ª Dr^ª Ana Idalina de Paiva Silva - orientadora (FE/UFG) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Prof^ª Ms. Olivia Rodrigues da Cunha (PUC-GO). Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição do(a) estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de 10, tendo sido o TCC considerado APROVADO.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Idalina De Paiva Silva, Professora do Magistério Superior**, em 28/05/2021, às 14:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Olivia Rodrigues da Cunha, Usuário Externo**, em 09/06/2021, às 20:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2098880** e o código CRC **3F231EAE**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família por sempre apoiarem e acreditarem nos meus sonhos. Aos meus pais, Magda Yazigi Mamede e Anderson Rocha, por todo o apoio, amor e dedicação. A minha irmã, Júlia, pelo companheirismo e desespero compartilhado nessa jornada de conclusão de curso. Aos meus avós e minha Tia Mônica, por sempre estarem presentes e apoiarem minha educação e formação profissional. Amo muito cada um de vocês!

Agradeço todos os meus amigos e, em especial, a Melhor Galera. Vocês me acolheram e me deram um lugar onde eu me sentia confortável para falar e ser ouvida. Obrigada por compartilharem todos esses anos de faculdade comigo! Levarei vocês no meu coração para sempre!

Aos meus colegas da décima primeira turma de Psicologia da Universidade Federal de Goiás, tenho muito orgulho de compartilhar essa história. A todos os professores da Faculdade de Educação, que contribuíram e fizeram parte da minha formação.

Agradeço a Prof.^a Dr.^a Elisa Sanabio Heck por me acompanhar e me guiar em toda minha trajetória pela Análise do Comportamento. Obrigada por todos os momentos de trocas em disciplinas, grupos de estudos e, especialmente, nas orientações do estágio, sempre trazendo uma postura acolhedora, descontraída e atenciosa. Obrigada por todos os ensinamentos dentro e fora da sala de aula, você sempre foi um exemplo de profissional e pessoa!

Agradeço a todos os clientes do estágio que tive o prazer de atender durante esse ano de experiência. Obrigada pela confiança depositada em mim e pelos momentos de interação que pudemos compartilhar. Serei sempre grata por essa rica possibilidade de aprendizagem e continuarei me esforçando para ajudar e contribuir cada vez mais!

Por fim, agradeço a Prof.^a Dr.^a Ana Idalina, minha querida orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigada por todas as orientações, atenção e por ter tornada essa experiência o mais tranquila possível!

RESUMO

A terapia analítico-comportamental consiste na prática clínica fundamentada no Behaviorismo Radical e na Análise do Comportamento (AC). Ela emprega princípios validados empiricamente para a resolução de problemas encontrados no contexto clínico. Uma variável importante do processo psicoterápico e que pode prever seu sucesso é a relação terapêutica. Os episódios verbais que ocorrem entre terapeuta e cliente se constituem, portanto, como novos contextos que tornam possíveis mudanças de contingências em padrões comportamentais disfuncionais. Porém, a interação terapêutica, majoritariamente verbal, tem passado por mudanças nas últimas décadas. Os atendimentos na modalidade online tornaram-se cada vez mais comuns, sobretudo nos anos de 2020 e 2021. Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo investigar como os comportamentos verbais contribuem para a construção e manutenção da relação terapêutica e refletir sobre o processo de formação da mesma através de exemplos práticos vividos em um estágio de graduação em Psicologia na modalidade online.

Palavras-chave: Terapia Analítico-Comportamental; Relação Terapêutica; Comportamento verbal; Terapia Online.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 COMPORTAMENTO VERBAL NA CLÍNICA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL	14
1.1 Conceito de Comportamento Verbal	15
1.2 Operantes Verbais	16
1.3 Comportamentos verbais que ocorrem em sessão	18
2 A INTERAÇÃO ENTRE TERAPEUTA E CLIENTE.....	23
2.1 Relação terapêutica na Análise do Comportamento	23
2.2 Avaliação da relação terapêutica	29
2.3 O atendimento terapêutico online	31
3 REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO	34
3.1 Cliente Laura.....	34
3.2 Cliente Wilma	37
3.3 Cliente João.....	38
3.4 Reflexões sobre a experiência de estágio na formação do terapeuta analítico-comportamental	40
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXO 1: Working Alliance Inventory (WAI)	51
ANEXO 2: Inventário de Sessão (IS).....	55
ANEXO 3: Inventário de Resultados (IR).....	56

APRESENTAÇÃO

O termo terapia analítico-comportamental foi convencionado no Brasil, no início do século XXI, com o objetivo de uniformizar o nome da prática clínica fundamentada na filosofia do Behaviorismo Radical e na ciência da Análise do Comportamento (AC). Dessa forma, esta prática emprega os princípios validados empiricamente na pesquisa básica e sua metodologia para a resolução de problemas caracteristicamente encontrados no contexto clínico (LEONARDI, 2015; ZAMIGNAMI; SILVA NETO; MEYER, 2008).

Os sujeitos que procuram a psicoterapia normalmente o fazem porque estão em sofrimento ou porque possuem algum diagnóstico psicopatológico. Contudo, a distinção comumente feita entre respostas ditas saudáveis e doentes, de acordo com Vilas Boas, Banaco e Borges (2012), perde o seu sentido na perspectiva da AC. Ao analisar as variáveis histórico-culturais determinantes dos comportamentos, a AC atesta que todo repertório comportamental para se manter deve produzir algum reforço significativo, sendo adaptativo em algum grau. Logo, a distinção entre saudável e doente é uma discussão que diz respeito às classificações nosológicas e convenções sociais, uma vez que a seleção dos comportamentos ditos “patológicos” acontece da mesma forma dos comportamentos ditos “normais”.

A AC rompe com esta perspectiva ao tratar tais comportamentos de forma distinta: são padrões comportamentais que podem trazer sofrimento para aqueles que os apresentam ou para aqueles com quem eles convivem e que, por isso, merecem atenção e cuidado. Eles são considerados em questão de déficits ou excessos comportamentais, através da análise de contingências ou análises funcionais (VILAS BOAS; BANACO; BORGES, 2012). Assim, os subprodutos de contingências ambientais disfuncionais se constituem como o campo de trabalho da psicoterapia (SKINNER, 1953/2003).

Tais processos, que fazem parte dos repertórios alvo das intervenções psicoterápicas, ainda podem ser classificados como comportamentos respondentes ou operantes. Os primeiros, também chamados de estímulo-resposta, foram propostos inicialmente em 1987 por Ivan Pavlov e dizem respeito a reações reflexas, inatas ou aprendidas, a eventos ambientais antecedentes. Já os operantes são comportamentos complexos, que deixam de ser considerados meras reações ao meio e passam a ser vistos como um conjunto de relações. Nelas, o organismo opera no ambiente e produz consequências, que, por sua vez, aumentam (através do reforçamento) ou diminuem (através da punição) a frequência dos comportamentos no futuro (BALDWIN; BALDWIN, 1986/1998; MOREIRA, MEDEIROS, 2007; TOURINHO, 2003).

Neste sentido, Skinner (1991) ressalta a importância de variáveis antecedentes e consequentes, que, no entanto, são obscurecidas quando o comportamento é atribuído a um estado da mente.

Nós não choramos *porque* estamos tristes ou sentimos tristeza *porque* choramos, nós choramos *e* sentimos tristeza porque aconteceu alguma coisa. [...] Precisamos saber algo sobre o evento precedente para podermos explicar tanto o choro como o estado sentido. A posição behaviorista é: volte aos eventos ambientais antecedentes para explicar o que alguém faz e, ao mesmo tempo, o que essa pessoa sente enquanto faz alguma coisa. Para cada estado sentido e designado pelo nome de um sentimento, presumivelmente existe um evento ambiental anterior do qual esse estado é produto (SKINNER, 1991, p. 103).

Quando a AC volta sua atenção à identificação e análise das variáveis determinantes dos comportamentos respondentes e operantes, se adquire uma vantagem especial: a possibilidade de manipulação de tais contingências. Diante disso, a psicoterapia se configura como uma agência de controle que tem como objetivo o benefício do sujeito atendido. Para isso é necessário ter certas informações acerca de sua história, sobre o comportamento alvo e sobre as circunstâncias nas quais o cliente vive para, posteriormente, se planejar e implementar mudanças de contingências, muitas vezes prejudiciais para o indivíduo e para o grupo (SKINNER, 1953/2003, 1991).

Dessa forma, uma etapa essencial do processo terapêutico denomina-se análise funcional do comportamento. De acordo com Rangé (1995), esta engloba identificar relações funcionais entre o comportamento (variável dependente) e seus determinantes ambientais atuais e históricos (variáveis independentes).

Assim é que, ao procurar explicações para o comportamento, os behavioristas radicais percebem a si mesmos como estando, essencialmente, engajados numa busca por ‘variáveis de controle’. Eventos são considerados como variáveis de controle quando eles são percebidos como estando, de alguma forma, relacionados ao comportamento. O comportamento verbal que descreve uma relação entre um comportamento e variáveis de controle é chamado de *declaração de uma relação funcional* e a tentativa sistemática de descrever relações funcionais é chamada de *análise funcional do comportamento* (KOHLENBERG; TSAI, 1991/2001, p. 6).

O comportamento verbal segue os mesmos princípios do comportamento operante, afetando o ambiente e os indivíduos que o compõem. Sua compreensão permite entender funcionalmente as interações entre falante e ouvinte, tornando-se um contexto importante para a aprendizagem e desenvolvimento de novos repertórios (MARANGONI; FERREIRA, 2018; SKINNER, 1957). Assim, no contexto terapêutico, os comportamentos que ocorrem com maior frequência e que serão analisados funcionalmente foram descritos no livro “Comportamento

verbal” de Skinner (1957). Nele, é apresentado um modelo explicativo para a compreensão de episódios comportamentais complexos, bem como suas variáveis de controle.

Logo, a interação verbal que ocorre entre terapeuta e cliente na prática clínica corresponde a grande parte do que pode ser entendido como relação terapêutica. Ela, por sua vez, corresponde a uma ampla e complexa classe de respostas que auxiliam no processo de mudança nas relações do indivíduo com seu ambiente. Apesar da AC, durante muitos anos, ter considerado a relação terapêutica exclusivamente como contexto para a implementação da terapia; atualmente, já é considerada como facilitadora da intervenção e instrumento terapêutico em si mesmo (LINEHAN, 1988; MARANGONI; FERREIRA, 2018; PRADO; MEYER, 2004).

De acordo com Horvath e Greenberg (1994), as pesquisas na área demonstram evidências consistentes de que a relação ou vínculo terapêutico está relacionado com resultados positivos na terapia, podendo até mesmo prever o sucesso das intervenções. Neste sentido, a relação estabelecida entre terapeuta e cliente pode se configurar como um novo contexto, tornando possíveis as mudanças contingenciais necessárias para o bem-estar do sujeito e destacando, assim, a sua importância no processo psicoterápico.

A psicoterapia foi historicamente desenvolvida de forma presencial, com o terapeuta e cliente juntos em um mesmo ambiente físico. Dessa forma, as pesquisas acerca da relação terapêutica se basearam, a princípio, neste contexto. Contudo, segundo Viana (2020), o atendimento psicológico na modalidade online tem se multiplicado desde a década de 1990, sofrendo um impulso e aceleração ainda maior nos anos de 2020 e 2021.

A infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) se espalhou rapidamente, tomando proporções globais, de modo que a Organização Mundial de Saúde a considerasse uma pandemia. Com o objetivo de reduzir os impactos da doença, diminuindo o pico de incidência e o número de mortes, alguns países adotaram medidas como o isolamento de casos suspeitos, distanciamento social e quarentena de toda a população (SCHMIDT et al., 2020). Diante deste novo contexto, têm-se dado prioridade para os atendimentos psicológicos online, tornando essencial a investigação do seu alcance, suas possibilidades e restrições.

Desse modo, tendo em vista a importância da relação e da interação verbal estabelecida entre terapeuta e cliente em processos psicoterápicos, o estudo de tais variáveis faz-se fundamental para a AC. O presente trabalho pretende, então, investigar como os comportamentos verbais contribuem para a construção e manutenção da relação terapêutica e refletir sobre o processo de formação da mesma através de exemplos práticos vividos em um estágio de graduação em Psicologia na modalidade online.

Também são objetivos específicos:

- i) Compreender o conceito de comportamento verbal e os principais operantes verbais para o contexto psicoterápico em geral.
- ii) Discutir acerca do conceito de relação terapêutica segundo a Análise do Comportamento e sua importância dentro da psicoterapia comportamental.
- iii) Abordar o atendimento psicoterápico na modalidade online, refletindo sobre suas possibilidades e restrições.
- iv) Articular e refletir acerca de experiência de estágio na graduação em Psicologia, a partir dos conceitos discutidos.

Logo, para a realização deste trabalho optou-se pelo enfoque metodológico da abordagem qualitativa, fundamentando-se no referencial teórico do Behaviorismo Radical e da Análise do Comportamento. Através desta teoria, buscou-se analisar os conceitos de comportamento verbal e relação terapêutica, a fim de refletir acerca destas importantes variáveis da psicoterapia na modalidade online.

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados *Scielo*, *Pepsic* e *Google Academic*. Para este levantamento foram utilizadas como palavras-chaves: “*comportamento verbal e clínica*”; “*relação terapêutica e análise do comportamento*”; “*comportamento verbal e relação terapêutica*”; “*atendimento online*”; “*COVID-19 e atendimento online*”, entre outras variações. Além disso, foram utilizados textos clássicos acerca da prática clínica nesta perspectiva epistemológica. Com este levantamento visou-se identificar e analisar o que existe de produção em torno desta temática até o momento.

Através do estudo do material teórico, buscou-se analisar questões a respeito da prática do psicólogo clínico segundo a abordagem analítico-comportamental, dando enfoque na sua interação verbal e relação com o cliente. Esta reflexão também encontrou fundamento na experiência de estágio na modalidade online realizada durante os anos de 2020 e 2021.

1 COMPORTAMENTO VERBAL NA CLÍNICA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

A Análise do Comportamento (AC) e sua filosofia, o Behaviorismo Radical, surgiram como um marco para o desenvolvimento da Psicologia. Distanciando-se da posição até então estabelecida desta ciência como o estudo do mundo mental, sobretudo na visão psicanalítica, a AC se propõe a desenvolver métodos mais similares àqueles adotados pelas ciências naturais (CHIESA, 1994/2006). Assim, tem como foco o estudo do comportamento, ou seja, a relação de contingência ou dependência entre o organismo e o seu meio ambiente (MARÇAL, 2010; TODOROV, 2007).

Tendo em vista a ciência como a busca da ordem ou da uniformidade entre os eventos da natureza, Skinner (1953/2003) faz algumas considerações fundamentais quanto a ciência do comportamento. Primeiro, é preciso levar em conta a complexidade do objeto de estudo escolhido, o comportamento. Este possui uma variedade de determinantes, tanto atuais quanto histórico-culturais, de modo que a identificação de tais variáveis e a sua manipulação tornam-se uma possibilidade e objetivo último para a ciência. Segundo, é necessário considerar o sujeito como produto de condições ambientais específicas, tornando os seus comportamentos necessariamente únicos. Deste modo, a AC rejeita explicações de natureza metafísica, dando prioridade para o enfoque externalista.

Sob influência da teoria da seleção natural de Darwin, Skinner (1981) cria sua teoria da seleção por consequências, que explica como os organismos aprendem e mantêm novos comportamentos. Para a filosofia behaviorista radical, todo comportamento passa por três níveis de seleção: filogenético, ontogenético e cultural. O nível filogenético diz respeito das predisposições de uma espécie para se comportar de determinada maneira, que são passadas de geração em geração e herdadas através dos genes; o nível ontogenético engloba os comportamentos aprendidos no decorrer da história do indivíduo, em sua interação com o ambiente e, por último, o nível cultural seleciona padrões comportamentais na interação de um indivíduo com outros, ou seja, no ambiente cultural. Dessa forma, todo comportamento é multideterminado, sendo o resultante do entrelaçamento da carga genética e da interação com o ambiente físico, histórico e social de um indivíduo (SKINNER, 1981; VILAS BOAS; BANACO; BORGES, 2012).

Por sua vez, os princípios comportamentais empiricamente validados pela AC, ao serem transpostos para contextos aplicados, produzem novos conhecimentos acerca de problemas socialmente relevantes. O profissional, em qualquer contexto que esteja inserido, deve

identificar respostas ou classes de respostas que, se alteradas, podem provocar mudanças consideradas importantes. Na clínica, isso também não é diferente.

No contexto psicoterápico, as respostas observadas com maior frequência são denominadas “comportamentos verbais”. Caracterizado pela interação entre duas ou mais pessoas, falante e ouvinte, este comportamento segue os mesmos princípios básicos do comportamento operante, podendo ser compreendido através dos pressupostos já provados empiricamente pela AC.

1.1 Conceito de Comportamento Verbal

A evolução do comportamento surgiu como um conjunto de relações entre organismos e ambientes distintos. Os organismos possuem processos de aquisição de comportamentos, os condicionamentos respondente e operante, para se adaptarem a mudanças ambientais constantes. Dessa forma, os homens agem sobre o mundo, modificando-o, enquanto também são modificados pelas consequências de suas respostas (SKINNER, 1957; 1981).

Segundo Skinner (1981), a espécie humana tornou-se muito mais social e adaptada quando sua musculatura vocal ficou sob controle operante. A influência ambiental sobre a musculatura vocal aumentou consideravelmente as interações sociais e culturais, tornando possíveis as trocas e auxílios que uma pessoa recebe de outras.

Ao receberem conselhos, ao atentarem para avisos, ao seguirem instruções, e ao observarem regras, as pessoas podem se beneficiar do que outros já aprenderam. Práticas éticas são fortalecidas ao serem codificadas em leis, e técnicas especiais de autogoverno ético e intelectual são desenvolvidas e ensinadas. O autoconhecimento ou consciência emergem quando uma pessoa pergunta a outra questões como “O que você vai fazer?” ou “Por quê você fez aquilo?” (SKINNER, 1981, p. 502).

Assim, muitas vezes os homens não agem diretamente sobre o meio físico. O primeiro efeito de suas ações pode surgir sobre outros homens. Através da mediação de outras pessoas sobre o ambiente, é possível emergir de forma eficiente as consequências finais dos comportamentos.

Um homem sedento, por exemplo, em vez de dirigir-se a uma fonte, pode simplesmente “pedir um copo d’água”, isto é, pode produzir um comportamento constituído por certo padrão sonoro, o qual por sua vez induz alguém a lhe dar um copo d’água. Os sons em si mesmos são facilmente descritíveis em termos físicos, mas o copo de água só chega ao falante como consequência de uma série complexa de acontecimentos que incluem o comportamento de um ouvinte (SKINNER, 1957, p. 3).

O comportamento verbal é definido, portanto, como um comportamento operante mantido por consequências mediadas por outro indivíduo, o ouvinte, que foi previamente

treinado pela comunidade verbal para responder ao falante. O conceito foi apresentado pela primeira vez na obra “Comportamento verbal” de Skinner (1957), mas não foi recebido positivamente pela comunidade científica da época.

O conceito de comportamento verbal e a ciência da AC, sendo muito distantes do pensamento mentalista em voga nas áreas da linguística e psicologia, causaram diversas controvérsias e deram origem a um grande número de investigações. A principal crítica ao livro se deu na resenha feita em 1959 pelo importante linguista Chomsky. Apesar dos erros de conteúdo e interpretação decorrentes do desconhecimento acerca da teoria, ao enquadrar o comportamento verbal em um modelo do tipo estímulo-resposta, durante muito tempo a resenha conseguiu um alcance mais abrangente do que o próprio livro de Skinner (ARDILA, 2007; VARGAS, 2007).

Porém, após a comprovação dos conceitos e princípios apresentados em relação ao comportamento verbal através de pesquisas experimentais, a obra de Skinner (1957) se tornou uma importante referência para o estudo da linguagem – mostrando-se útil para analisar comportamentos altamente complexos (BARROS, 2003). Atualmente, o comportamento verbal encontra-se no centro de diversas áreas do conhecimento científico e prático, como a terapia comportamental, a tecnologia do ensino e a psicologia social (ARDILA, 2007).

Dessa forma, o comportamento verbal se constitui como boa parte do complexo repertório comportamental humano. Apesar de ser determinado por múltiplas causas e poder assumir diferentes topografias, ele é compreendido através de análises funcionais. A abordagem skinneriana do comportamento verbal rejeita o estudo das respostas verbais separadas das condições ambientais em que elas ocorrem, sempre levando em conta o contexto em que o comportamento é emitido. Logo, a investigação da aquisição e manutenção do comportamento verbal se volta para as contingências de reforçamento mantidas pela comunidade verbal e os determinantes do comportamento nas interações entre falante e ouvinte (BARROS, 2003; SKINNER, 1957).

1.2 Operantes Verbais

Tendo em vista as fontes de controle do comportamento verbal e seus efeitos sobre o ouvinte, Skinner (1957) identificou algumas categorias de comportamentos verbais, também chamadas de operantes verbais. Neste trabalho serão abordadas apenas as categorias mais relevantes e frequentes para o contexto clínico: tato, mando, intraverbal e autoclítico.

Tato é o comportamento verbal cuja função é descrever propriedades dos elementos ambientais físico, social e/ou cultural. É a resposta controlada por estímulos discriminativos

não-verbais e mantida por consequências sociais (BARROS, 2003; SKINNER, 1957). Ele é de extrema importância no contexto clínico, já que envolve respostas de autodescrição e de descrição de contingências. Segundo Marangoni e Ferreira (2018), a maioria dos tatos identificados neste contexto são distorcidos, ou seja, as descrições verbais dos estímulos discriminativos não estão de acordo com as contingências de controle em vigor. Isto poderia, então, contribuir na manutenção do problema clínico, levando o cliente a aumentar, inverter ou não corresponder seus tatos aos fatos ocorridos.

Mando é o operante verbal que possui a função de diminuir ou extinguir estados de privação através da mediação do ouvinte. É o comportamento de emissão ou solicitação de ordens, pedidos, conselhos ou perguntas. Também pode ser emitido de forma disfarçada, quando possui a topografia de tato, mas está sob controle de reforçadores específicos (BARROS, 2003; MARANGONI; FERREIRA, 2018; SKINNER, 1957). De acordo com Medeiros (2002), algumas queixas clínicas podem estar relacionadas com a alta frequência de mandos disfarçados no repertório do cliente, sinalizando um amplo histórico de punição.

Intraverbal é a resposta verbal controlada pelo próprio comportamento verbal do falante e mantida por reforçamento social. Ele permite organizar a linguagem e conectar elementos verbais e não-verbais, formando categorias de comportamentos. É de extrema relevância para a interação terapêutica, já que através de intraverbais o cliente pode indicar os seus próprios comportamentos emitidos (BARROS, 2003; MARANGONI; FERREIRA, 2018; SKINNER, 1957).

Por fim, autoclíticos são respostas verbais, vocais ou motoras, com a função de organizar e modificar as respostas verbais antecedentes do falante. São respostas verbais, gestuais ou por entonação de voz, que qualificam, quantificam, enfatizam e alteram a função de outros comportamentos verbais, dando indicadores de força ou informações ao ouvinte acerca das suas relações de controle com o ambiente (BARROS, 2003; MARANGONI; FERREIRA, 2018; MEYER et al., 2008; SKINNER, 1957).

Catania (1999) e Matos (2001) ressaltam outra forma eficaz de controle do comportamento humano, o controle por regras e autorregras, muitas vezes descritas verbalmente. Regras são definidas como estímulos descritores de contingências. São especialmente importantes para a aquisição de repertórios complexos e em casos em que as contingências são imprecisas ou as consequências da resposta são muito adiadas ou escassas. Já autorregras são descrições verbais de contingências controladoras do comportamento do próprio falante.

Na psicoterapia, muitos clientes não possuem repertório de descrição das variáveis que controlam seus comportamentos, diminuindo a probabilidade de modificarem o próprio comportamento. Diante disso, o terapeuta pode apresentar regras de forma específica, prescrevendo uma ação ou tarefa terapêutica ao cliente; ou de forma genérica, abordando o resultado a ser atingido sem especificar a topografia da ação a ser executada (MEYER, 2004; MEYER et al., 2010; SILVA; MEDEIROS, 2019).

Apesar do comportamento governado por regras desempenhar um papel importante no controle do comportamento, ele pode gerar insensibilidade às contingências. Este processo ocorre quando o indivíduo deixa de emitir respostas de observação dos eventos que naturalmente controlariam a resposta, devido ao seguimento excessivo de regras. Dessa forma, o fornecimento de regras pode prejudicar a construção de repertório de autonomia do cliente. Logo, é aconselhável que o terapeuta leve o cliente a desenvolver uma análise de contingências das próprias respostas e ajudá-lo a usar as autorregras produzidas para mudar seu comportamento (MEDEIROS, 2002; MEYER, 2004; MEYER et al., 2010; SILVA; MEDEIROS, 2019).

Assim, as diversas respostas verbais entre falante e ouvinte, analisadas funcionalmente nas classes de operantes verbais, podem ser descritas separadamente. Na explicação do comportamento do falante, pressupõe-se um ouvinte que reforça sua resposta. Na descrição do comportamento do ouvinte, pressupõe-se um treino pela mesma comunidade verbal do falante. Contudo, as respostas de ambos se interligam no que é chamado de episódio verbal total (SKINNER, 1957).

Dentro do contexto psicoterápico, as interações terapeuta-cliente também podem ser entendidas como episódios verbais. Sua importância é ressaltada nas intervenções sobre os comportamentos verbais, que podem alterar outros repertórios não-verbais do indivíduo e gerar mudanças significativas (CATANIA, 1999; MARANGONI; FERREIRA, 2018). Dessa forma, uma das maneiras de compreender a relação terapêutica parte da análise dos episódios verbais que ocorrem na psicoterapia.

1.3 Comportamentos verbais que ocorrem em sessão

Muitos estudos desenvolveram sistemas de categorização específicos para a análise de respostas verbais na interação terapêutica, afim de identificar possíveis efeitos de diferentes classes de comportamento do terapeuta sobre o cliente e vice-versa (CHAMBERLAIN; RAY, 1988; FORD, 1978; HILL, 1978; SCHINDLER; HOHENBERGER-SIEBER; HAHLWEG, 1989; STILES, 1992; TOURINHO; GARCIA; SOUZA, 2003; ZAMIGNANI, 2001). O

presente trabalho irá focar no estudo de Zamignani (2007), que desenvolveu o Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SiMCCIT), possuindo categorias de comportamentos verbais típicos da interação terapêutica. É composto por três eixos, representando dimensões do comportamento do terapeuta e do cliente, como comportamento verbal, temas e respostas motoras (ZAMIGNANI, 2007; ZAMIGNANI; MEYER, 2011).

Os comportamentos observados no contexto psicoterápico são, então, organizados em categorias e descritos de maneira clara e objetiva. A Tabela 1 apresenta as categorias de comportamentos verbais do terapeuta de acordo com o sistema de Zamignani (2007).

Tabela 1. Categorias de verbalizações do terapeuta, retiradas de Zamignani (2007)

<i>Nome da Categoria</i>	<i>Sigla</i>	<i>Nome resumido</i>	<i>Definição</i>
Terapeuta solicita relato	SRE	Solicitação de relato	Solicita ao cliente descrições a respeito de ações, eventos, sentimentos ou pensamentos.
Terapeuta facilita o relato do cliente	FAC	Facilitação	Verbalizações curtas ou expressões paralinguísticas.
Terapeuta demonstra empatia	EMP	Empatia	Acolhimento, aceitação, cuidado, entendimento, validação da experiência ou sentimento do cliente.
Terapeuta fornece informações	INF	Informação	Relata eventos ou informa o cliente sobre eventos que não o comportamento do cliente ou de terceiros.
Terapeuta solicita reflexão	SRF	Solicitação de Reflexão	Solicitação para que o cliente pense, reflita, estabeleça ou relate relações a respeito de eventos.
Terapeuta recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas	REC	Recomendação	Sugestão de alternativas de ação ou solicitação que cliente se engaje em ações ou tarefas.
Terapeuta interpreta	INT	Interpretação	Relações causais e/ou explicativas ou padrões a respeito do comportamento do cliente ou de terceiros.
Terapeuta aprova ou concorda com ações, avaliações do cliente	APR	Aprovação	Sugerem avaliação ou julgamento favoráveis a respeito de ações, pensamentos, características do cliente.
Terapeuta reprova ou discorda de ações ou avaliações do cliente	REP	Reprovação	Avaliação ou julgamento desfavorável.
Outras verbalizações do terapeuta	TOU	Outras vocal do Terapeuta	Verbalizações do terapeuta não classificadas nas categorias anteriores.

<i>Nome da Categoria</i>	<i>Sigla</i>	<i>Nome resumido</i>	<i>Definição</i>
Terapeuta permanece em silêncio	TSL	Silêncio do Terapeuta	Quando uma resposta verbal do terapeuta é encerrada sem que uma nova seja iniciada.
Respostas não vocais de facilitação ou concordância do terapeuta	GCT	Concordância do Terapeuta	Respostas motoras, gestos ou expressões faciais de facilitação ou concordância na ausência de qualquer verbalização do terapeuta.
Respostas não vocais de discordância do terapeuta	GDT	Discordância do Terapeuta	Respostas motoras, gestos ou expressões faciais de discordância na ausência de qualquer verbalização.
Respostas não vocais de pedido, ordem, comando ou incentivo do terapeuta	GMT	Comando do Terapeuta	Respostas motoras, gestos ou expressões faciais de pedido, ordem, comando ou incentivo.
Outras respostas não vocais do terapeuta	GOT	Gesto Outros do Terapeuta	Respostas motoras, gestos ou expressões faciais não contempladas nas categorias anteriores.

A Tabela 2 apresenta as categorias referente aos comportamentos verbais do cliente, conforme o estudo de Zamignani (2007).

Tabela 2. Categorias de verbalizações do cliente, retiradas de Zamignani (2007)

<i>Nome da categoria</i>	<i>Sigla</i>	<i>Nome resumido</i>	<i>Definição</i>
Cliente solicita opiniões, informações ou recomendações	SOL	Solicitação	Pedidos ou questões ao terapeuta.
Cliente relata eventos	REL	Relato	Descreve ou informa a ocorrência de eventos.
Cliente relata melhora ou progresso terapêutico	MEL	Melhora	Relata mudanças satisfatórias.
Cliente formula metas	MET	Metas	Descreve projetos, planos ou estratégias para a solução de problemas.
Cliente estabelece relações entre eventos	CER	Relações	Estabelece relações causais e/ou explicativas entre eventos.
Cliente relata concordância ou confiança	CON	Concordância	Julgamento ou avaliação favorável, relato de satisfação, esperança ou confiança.
Cliente se opõe, recusa ou reprova	OPO	Oposição	Discordância, julgamento ou avaliação desfavorável.

<i>Nome da Categoria</i>	<i>Sigla</i>	<i>Nome resumido</i>	<i>Definição</i>
Outras verbalizações do cliente	COU	Outras vocal do Cliente	Verbalizações não classificadas nas categorias anteriores.
Cliente permanece em silêncio	CSL	Silêncio do Cliente	Quando uma resposta verbal é encerrada sem que uma nova seja iniciada.
Respostas não vocais de facilitação ou concordância do cliente	CCN	Concordância do Cliente	Respostas motoras, gestos ou expressões faciais de facilitação ou concordância na ausência de qualquer verbalização.
Respostas não vocais de discordância do cliente	DC	Discordância do Cliente	Respostas motoras, gestos ou expressões faciais de discordância na ausência de qualquer verbalização.
Respostas não vocais de pedido, ordem, comando ou incentivo do cliente	COM	Comando do Cliente	Respostas motoras, gestos ou expressões faciais de pedido, ordem, comando ou incentivo.
Outras respostas não vocais do cliente	GCO	Gestos Outros do Cliente	Respostas motoras, gestos ou expressões faciais não categorizadas.

Através do estudo das categorias de respostas verbais do terapeuta e do cliente, Meyer (2009; 2010) e Zamignani (2007) enfatizaram algumas situações em que determinadas classes comportamentais são utilizadas e seus efeitos para a relação terapêutica. A categoria Informação (INF); é normalmente utilizada em intervenções psicoeducativas e no estabelecimento do contrato terapêutico, mais comuns no início do processo. Recomendação (REC) é uma das estratégias menos utilizadas e está associada a sugestões de ações, tarefas ou técnicas. Os terapeutas mais experientes normalmente possuem mais segurança para utilizá-la, com percentuais maiores nas primeiras sessões, diminuindo ao longo do tempo de terapia.

A categoria Interpretação (INT) é uma das mais frequentes e ocorre quando o terapeuta fornece análises funcionais ou sinaliza alguma relação de dependência com as variáveis ambientais. Por outro lado, as categorias Solicitação de Relato (SER) e Solicitação de Reflexão (SRF) propiciam que o próprio cliente elabore as análises funcionais e relações a respeito de eventos. Elas também são utilizadas com maior frequência no início da terapia, de forma que, quanto mais experiente o terapeuta, menor a proporção de perguntas (MEYER, 2009; 2010).

As categorias Empatia (EMP), Aprovação (APR) e Discordância do Terapeuta (GCT) também são utilizadas com frequência, provendo consequências para os relatos dos clientes. Facilitação (FAC) apresentou porcentagem estável no processo terapêutico, sendo que terapeutas experientes facilitaram mais nas primeiras sessões que os terapeutas iniciantes

(MEYER, 2009; 2010). Ademais, a classe Empatia (EMP) está intimamente associada com o estabelecimento de uma relação terapêutica reforçadora, informando o cliente de que ele é aceito sem julgamentos e avaliações (ZAMIGNANI, 2007).

O trabalho de Fernandes (2012) também se propôs a identificar a ocorrência de comportamentos verbais na psicoterapia, através do SiMCCIT. Para isso, as cinco sessões iniciais foram filmadas e analisadas através do método observacional de gravações audiovisuais. Os resultados indicaram que as categorias mais frequentes do comportamento verbal da terapeuta foram: Facilitação (FAC: 31,2%), Empatia (EMP: 24,1%) e Solicitação de Relato (SRE: 18,4%). Já nos comportamentos verbais da cliente, houve prevalência das categorias Relato (REL: 61,1%), Concordância (COM: 21,9%) e Relações (CER: 8,1%).

Da mesma forma, Santos e Soares (2018) se propuseram a analisar as categorias de comportamentos verbais em uma intervenção em grupo, composta por cinco clientes com Transtorno Bipolar e dois terapeutas analítico-comportamentais. Foram transcritas nove sessões em grupo e as respostas observadas foram analisadas através do SiMCCIT. As categorias mais frequentes para os terapeutas foram Solicitação de Relato (SRE), Informação (INF), Recomendação (REC), Facilitação (FAC), Aprovação (APR) e Empatia (EMP). Já para os clientes, as categorias com maior frequência e duração foram Relato (REL), Concordância (COM) e Relações (CER), mesmos achados de Fernandes (2012).

Assim, a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica (SiMCCIT) proposta por Zamignani (2007) demonstra a evolução de pesquisas empíricas no contexto terapêutico afim de compreender as consequências desses comportamentos para a eficácia da psicoterapia.

2 A INTERAÇÃO ENTRE TERAPEUTA E CLIENTE

O sucesso de uma psicoterapia está relacionado com diversas variáveis que exercem controle sobre o processo. Uma destas variáveis é a relação entre o terapeuta e o cliente, também chamada de vínculo, interação ou aliança terapêutica (MARTINS, 2012). Os comportamentos que ocorrem em sessão, majoritariamente verbais, e a mútua influência entre eles tornam a interação terapêutica um poderoso meio facilitador da aprendizagem e desenvolvimento de novos repertórios. Logo, a probabilidade de sucesso de um processo psicoterápico tem se mostrado fortemente associada a uma relação positiva entre ambos, independentemente da linha teórica utilizada ou modalidade de atendimento (HORVATH; GREENBERG, 1994; PIETA; GOMES, 2014). A seguir debateremos sobre a perspectiva da Análise do Comportamento (AC) sobre essa relação terapeuta-cliente.

2.1 Relação terapêutica na Análise do Comportamento

Baum (1994/2006) define uma relação como um conjunto de interações verbais regulares entre indivíduos, prevendo um reforço mútuo, ou seja, o comportamento de cada pessoa provê reforço para o da outra. As interações que ocorrem em contexto clínico também podem ser entendidas como exemplo de uma relação. Esta relação, composta pelo terapeuta e cliente possui caráter profissional, diferente das relações cotidianas. O terapeuta, com seus conhecimentos teóricos e habilidades técnicas, procura criar condições para que o cliente consiga modificar as contingências disfuncionais que acabam causando sofrimento (ALVES; ISIDRO-MARINHO, 2010; KOHLENBERG; TSAI, 1991/2001; SKINNER, 1953/2003).

Apesar de haver maneiras diversas de se conceituar o termo “relação terapêutica”, para a maioria das abordagens teóricas de psicoterapias ele é considerado um componente fundamental do processo (PRADO; MEYER, 2004). No entanto, as primeiras aplicações práticas baseadas no Behaviorismo Radical praticamente não exploraram o tema (ALVES; ISIDRO-MARINHO, 2010; VELASCO; CIRINO, 2002).

As duas vertentes iniciais de terapias comportamentais, a Terapia Comportamental e a Modificação do Comportamento deram ênfase a procedimentos e técnicas empiricamente validados, desconsiderando a relação terapêutica como instrumento de mudança. A Terapia Comportamental era caracterizada pela aplicação de conhecimentos acerca do condicionamento respondente no ambiente de consultório, para tratar sobretudo transtornos de ansiedade. Já a Modificação do Comportamento consistia na aplicação de princípios operantes em ambientes institucionais, manipulando diretamente as contingências para alterar a frequência de

comportamentos específicos (ALVES; ISIDRO-MARINHO, 2010; LEONARDI, 2015; MARÇAL, 2010).

De acordo com Alves e Isidro-Marinho (2010), somente em 1972 Charles Bohris Ferster, um autor analítico-comportamental, ressaltou a importância desta relação. Ele defendia a ocorrência de generalizações de estímulos operantes e respondentes de padrões comportamentais do cliente para dentro do contexto clínico. Ou seja, comportamentos-alvo originados fora da terapia tenderiam a ocorrer na relação do cliente com o terapeuta (KOHLENBERG; TSAI, 1991/2001).

Desde então, observamos consenso sobre a relevância da relação terapêutica no processo psicoterápico. No entanto, divergências quanto ao papel desempenhado por ela continuam. Alguns autores consideram a relação terapêutica apenas como um meio para facilitar outros aspectos importantes do processo de mudança, secundário às técnicas específicas; enquanto outros o descrevem como o principal mecanismo de mudança do sujeito (PRADO; MEYER, 2004).

Segundo Leonardi e Meyer (2015), alguns pesquisadores defendem que *fatores específicos*, ou seja, procedimentos, técnicas e estratégias próprios de cada modalidade de psicoterapia são responsáveis pelas mudanças observadas. Neste sentido, a relação terapêutica apenas auxiliaria na implementação de tais fatores, ao aumentar o valor reforçador do terapeuta e o engajamento do cliente (RAUE; GOLDFRIED, 1994).

Outros pesquisadores, contudo, atribuem a eficácia das psicoterapias a características presentes nas diversas intervenções terapêuticas. Os chamados *fatores comuns* incluem qualidades do terapeuta, como empatia e aceitação, a expectativa de melhora do cliente e a relação terapêutica, considerada a principal variável do sucesso da intervenção (LEONARDI; MEYER, 2015). Dentre este grupo, encontra-se a Psicoterapia Analítico Funcional (FAP).

Fundada por Kohlenberg e Tsai (1991/2001), a FAP consiste em um sistema terapêutico com enfoque na relação entre o terapeuta e o cliente. Baseada nos princípios do Behaviorismo Radical e nas ideias de Ferster (1972 *apud* ALVES; ISIDRO-MARINHO, 2010), ela defende de forma radical as análises funcionais do ambiente psicoterápico.

Tendo em vista o contato limitado que o terapeuta estabelece com o cliente, suas possibilidades de observação e controle sobre as contingências fora da sessão tornam-se restritas. Assim, a FAP prioriza as intervenções sobre comportamentos-alvo, ou seja, comportamentos clinicamente relevantes (CRBs, da sigla em inglês) que ocorrem durante a sessão. Ao trabalhar tais comportamentos no mesmo ambiente em que ocorrem, o terapeuta garante que os ganhos terapêuticos também se transfiram para os mais diversos contextos da

vida do cliente, permitindo, assim, a generalização de sua intervenção (KOHLENBERG; TSAI, 1991/2001).

Kohlenberg e Tsai (1991/2001) classificam os CRBs do cliente em três grupos distintos. Os CRBs 1 são os comportamentos cuja intervenção clínica objetiva reduzir a frequência. Eles são mais observados no início da psicoterapia e devem ser substituídos por outros comportamentos que produzem mais reforçadores a curto e longo prazo. Estes, por sua vez, são os CRBs 2 – progressos do cliente que devem aumentar de frequência no decorrer do processo. Já os CRBs 3 são as respostas verbais do cliente sobre seus próprios comportamentos, seus antecedentes e consequências. Também podem envolver descrições de equivalência funcional entre o que ocorre dentro e fora das sessões.

A emissão de CRBs 3 é importante, já que é desejável que o cliente consiga fazer sozinho as análises funcionais de seus comportamentos e dos comportamentos das pessoas com quem convive. Skinner (1953/2003) denomina este comportamento verbal discriminativo de autoconhecimento. Apesar de ele não ser necessário para o organismo se comportar – agindo de forma inconsciente – ele seria de extrema importância para o processo terapêutico, de acordo com Medeiros e Rocha (2004). Ao conseguir verbalizar sobre as variáveis determinantes de seus comportamentos, o cliente poderá prever e controlar as contingências com maior facilidade, favorecendo a sua independência em relação ao terapeuta.

Assim, as intervenções clínicas sobre os CRBs correspondem a grande parte da interação verbal entre terapeuta e cliente. Com o objetivo de desenvolver repertórios mais adaptativos para o sujeito, o psicólogo utiliza estratégias e procedimentos – como o reforçamento diferencial e modelagem.

O reforçamento diferencial consiste em reforçar exclusivamente aqueles comportamentos que devem ter sua frequência aumentada, consequentemente colocando os demais comportamentos em extinção, através da suspensão do reforço. Já a modelagem consiste em um procedimento de aprendizagem a partir do repertório já existente do organismo. Ela emprega o reforçamento diferencial de aproximações sucessivas, ou seja, exige gradualmente respostas mais próximas do comportamento a ser aprendido (BALDWIN; BALDWIN, 1986/1998; MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

Estes procedimentos ocorrem, por exemplo, quando o cliente possui um repertório pobre de observação e descrições. Assim, para conseguir as informações necessárias para a realização das análises funcionais e intervenções sobre os CRBs, torna-se necessário primeiro a aprendizagem de descrições mais acuradas, ou seja, fatos fidedignos acerca das variáveis de controle da contingência em vigor. Nas entrevistas iniciais, o terapeuta poderá fazer mais

perguntas, questões fechadas, pedidos de esclarecimentos, complementações e exemplos (SILVARES; GONGORA, 1998/2015). Porém com o passar das sessões, quando questionado sobre algo, o cliente precisará de cada vez menos estímulos discriminativos (Sds) fornecidos pelo terapeuta para conseguir descrever verbalmente acerca de todas as variáveis importantes.

Além disso, o terapeuta também pode servir como um modelo para o cliente. Este processo, chamado de modelação, consiste na relação entre um modelo antecedente e as respostas de observação e imitação, o que produziria consequências semelhantes às do modelo. Assim, a sensibilidade à imitação selecionada filogeneticamente confere ao cliente a habilidade de observar os comportamentos do terapeuta e modificar o seu próprio (ALVES; ISIDRO-MARINHO, 2010; DEL PRETTE; ALMEIDA, 2012).

Desta forma, o terapeuta poderia utilizar as próprias reações e comportamentos para modelar o repertório do cliente. Ferster (1972 *apud* ALVES; ISIDRO-MARINHO, 2010) defendeu o uso de reforçadores naturais, ou seja, aqueles que decorrem da relação direta do comportamento com as contingências não programadas de reforçamento. A interação terapeuta-cliente, portanto, poderia ser em si mesma uma fonte de reforçamento, substituindo os reforçadores arbitrários – aqueles impostos artificialmente pelo agente controlador e produtos indiretos do comportamento (MOREIRA; MEDEIROS, 2007; BAUM, 1994/2006).

Na medida em que o cliente passa a emitir as respostas desejadas, CRBs 2 e 3, o terapeuta deve estimular padrões comportamentais cada vez mais aprimorados em um processo de modelagem, além de diminuir a disponibilidade de reforço para os mesmos (ALVES; ISIDRO-MARINHO, 2010). Segundo Moreira e Medeiros (2007), o reforço contínuo se faz necessário apenas na fase de aquisição de um novo repertório. Para sua manutenção, o reforço intermitente é o ideal pois aumenta a resistência à extinção, ou seja, o tempo que um organismo continua emitindo a resposta após a suspensão de seu reforço.

Desta forma, mesmo o reforço não estando sempre disponível em situações naturais, o comportamento de observação e descrição dos próprios comportamentos e suas variáveis, por exemplo, passam a ser seguidos por consequências reforçadoras. De acordo com Alves e Isidro-Marinho (2010):

Como a emissão do comportamento precede o seu reforço, quando o indivíduo está atento ao comportamento emitido, pode ocorrer um emparelhamento entre observação e a apresentação do reforço. Dessa forma, a mera observação de comportamentos que foram reforçados no passado adquire função reforçadora (p. 76).

Por outro lado, na relação terapêutica também se lida frequentemente com as consequências de contextos coercitivos. Vale lembrar que existem três tipos de relações

controladoras do comportamento: reforçamento positivo, reforçamento negativo e punição. O reforçamento corresponde a contingências em que a emissão de um comportamento produz consequências que aumentam a probabilidade de o mesmo ocorrer futuramente. Contudo, essas relações podem ser positivas, quando há a apresentação de um estímulo reforçador; ou negativas, quando há a remoção de um estímulo aversivo. Já a punição diz respeito a contingências em que a emissão de uma resposta produz consequências que diminuem a probabilidade de a mesma ocorrer novamente. Essas relações podem ser positivas, quando há a apresentação de um estímulo aversivo; ou negativas, quando há a remoção de um estímulo reforçador (BALDWIN; BALDWIN, 1986/1998; MOREIRA, MEDEIROS, 2007).

Sidman (1989/2009) conceitua a coerção como o controle por reforçamento negativo ou punição. Infelizmente, a coerção é amplamente presente em nossa sociedade. Tanto nossos ambientes físicos quanto sociais utilizam extensivamente dessa forma de controle, ao ponto de muitas vezes pensarmos nela como a única forma de se comportar.

Nós vivemos em um mundo coercitivo [...] O significado comum de “comporte-se” é “faça o que eu quero que você faça”. Coerção, punição – ameaça de punição ou de perda ou verbalizações sobre o que temos de fazer para fugir de, ou evitar punição ou perda – é a técnica predominante para nos levar a “comportarmo-nos” (SIDMAN, 1989/2009, p. 33-34).

Os estudos experimentais de punição geralmente utilizam ratos em contextos laboratoriais cujo acesso ao alimento está condicionado a pressão de uma barra. Estes sujeitos experimentais, então, são expostos a uma nova contingência: junto com o alimento, também recebem um choque elétrico em seus pés, fazendo com que parem de pressionar a barra. No entanto, após o período de supressão, a atividade gradualmente é retomada, uma vez que esta é a sua única fonte de alimento (SIDMAN, 1989/2009). Por outro lado, em situações naturais, a rápida supressão dos comportamentos indesejados, mesmo que a curto prazo, já seria suficiente para o indivíduo que aplicou a punição ser reforçado, tornando-se uma prática social comum – trazendo consigo uma série de efeitos colaterais, como a eliciação de respostas emocionais, como medo, ansiedade, raiva.

Estas consequências não pretendidas podem também alterar a função de variáveis de uma contingência. A presença ou ausência de estímulos ambientais que antecedem uma consequência específica caso o organismo se comporte, acaba sinalizando tais consequências. Estes estímulos, se forem emparelhados vezes suficientes, também adquirem as funções dos eventos que sinalizam. Dessa forma, estímulos que são usualmente neutros acabam tornando-se punidores condicionados por sinalizarem tais consequências, podendo punir por si mesmos (BALDWIN; BALDWIN, 1986/1998; MOREIRA, MEDEIROS, 2007; SIDMAN, 1989/2009).

Logo, contingências punitivas podem gerar contextos cada vez mais coercitivos. Quando um organismo é punido, mais e mais elementos de seu ambiente adquirem funções de reforçadores negativos e punidores, de forma a ficar progressivamente sob controle coercitivo (SIDMAN, 1989/2009). Podem ainda dificultar a aprendizagem do repertório de auto observação. Quando a observação de comportamentos punidos no passado adquire funções aversivas condicionadas, estas respostas também tem a sua frequência diminuída (ALVES; ISIDRO-MARINHO, 2010; SKINNER, 1953/2003).

Além disso, a coerção produz repertórios de fuga e esquiva. A fuga corresponde a emissão de um comportamento que retira ou interrompe um estímulo aversivo presente; enquanto a resposta de esquiva evita a ocorrência de tais estímulos aversivos. Estes repertórios seriam, portanto, negativamente reforçados – porém acabam limitando o repertório comportamental do organismo (BALDWIN; BALDWIN, 1986/1998; MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Sidman (1989/2009) ressalta:

As contingências que estabelecemos usualmente ensinarão mais do que planejamos. Ambos, reforçamento positivo e negativo, efetivamente ensinarão o que as contingências especificam, mas elas também ensinarão outras coisas. É aí que elas diferem. Reforçamento positivo deixa-nos livres para satisfazer nossa curiosidade, para tentar novas opções. Reforçamento negativo inculca um repertório comportamental estreito, deixando-nos temerosos de novidades, com medo de explorar (p. 109).

Em vista da abundância de punidores presentes em nosso ambiente, o profissional psicólogo se constitui como uma audiência não punitiva. Isto significa que o terapeuta deve se diferenciar dos demais membros de uma sociedade extremamente controladora e aversiva, através do uso consistente de esquemas de controle incompatíveis com a coerção. Na medida em que isso acontece, os comportamentos do cliente, até então reprimidos em seu ambiente natural, começam a aparecer em seu repertório. Consequentemente, estados corporais característicos de contextos demasiadamente punitivos, como medo e ansiedade, também começam a diminuir (MARANGONI; FERREIRA, 2018; SIDMAN, 1989/2009; SKINNER, 1953/2003).

Skinner (1953/2003) ressalta que o poder do terapeuta como um agente controlador advém do fato de que a condição do cliente é aversiva e que qualquer promessa de alívio se torna negativamente reforçadora. Entretanto, afirma que este poder inicial não se estende indeterminadamente, consistindo em tarefa do terapeuta se assegurar de que o sujeito continuará frequentando a psicoterapia. A partir daí, as intervenções feitas garantem ao terapeuta novo poder, tornando-o uma nova fonte de reforço social e fortalecendo a relação.

Logo, a utilização da punição como intervenção pode prejudicar significativamente a relação terapeuta-cliente. Mesmo diminuindo rapidamente a frequência dos CRBs 1, as contingências coercitivas estabelecidas produziram todos os efeitos colaterais citados, aumentando a probabilidade de desistência do processo. Além disso, Alves e Isidro-Marinho (2010) destacam o perigo destes procedimentos também para o profissional. A supressão de respostas indesejadas pode acabar reforçando os comportamentos punitivos por parte do terapeuta, tornando mais provável que ele os emita novamente no futuro.

Desta forma, Sidman (1989/2009) prioriza a utilização de alternativas à coerção, sempre que possível. Ao invés de interromper uma resposta indesejada com um choque, é possível fortalecer ações desejáveis que a substituirão, como os CRBs 2. Assim, o reforçamento positivo de comportamentos alternativos, mesmo tendo um maior custo de resposta e tempo de aquisição ou aprendizagem, não apresenta os efeitos colaterais prejudiciais da punição.

Portanto, as intervenções clínicas baseadas majoritariamente em princípios e técnicas não coercitivas possibilitam à relação terapeuta-cliente a capacidade de modificar contingências disfuncionais e aquisição de novos repertórios.

Como uma importante variável do processo terapêutico, instrumentos para a avaliação da relação terapêutica tornam-se essenciais para predizer seus resultados.

2.2 Avaliação da relação terapêutica

Horvath e colaboradores (2011) analisaram 201 estudos sobre relação terapêutica e apontaram que mais de trinta diferentes escalas foram criadas para medi-la, sem contar com suas versões reduzidas. Dois terços dos estudos utilizaram o *Working Alliance Inventory* (WAI), *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (VPPS), *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS) e/ou a *Penn Helping Alliance Questionnaire*.

O WAI (anexo 1) começou a ser desenvolvido na década de 1970 por Adam Horvath. Baseado no modelo teórico de aliança terapêutica proposto em 1979 por Edward S. Bordin, visava representar suas três dimensões: objetivos, tarefas e vínculo. Assim, cada dimensão é abordada em uma subescala do questionário, que possui versões para o cliente e o terapeuta, e são avaliadas por escala likert de sete itens (sempre – nunca). A primeira subescala avalia os objetivos e caracteriza-se pela negociação e entendimento mútuo entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos da terapia em termos de resultados. A segunda verifica as atividades específicas desenvolvidas pelo terapeuta e cliente para instigar ou facilitar mudanças. Já a terceira refere-se a ligações pessoais entre cliente e terapeuta, expressas e sentidas em termos de amizade,

simpatia, confiança, respeito, senso de comprometimento e compartilhamento das atividades (HORVATH; GREENBERG, 1989; MARTINS, 2012; PRADO; MEYER, 2004).

O VPPS é um questionário que pretende avaliar três dimensões da relação terapêutica: os processos exploratórios, o envolvimento do cliente e condições oferecidas pelo terapeuta para proporcionar mudanças. Dessa forma, é composto por 84 itens classificáveis numa escala de cinco pontos (MARTINS, 2012; O'MALLEY; SUH; STRUPP, 1983).

A CALPAS é uma escala constituída por 24 itens, contendo 4 subescalas. A primeira avalia o comprometimento do cliente e reflete o aspecto relacional. A segunda verifica a capacidade e trabalho do cliente, refletindo sua colaboração ativa. A terceira considera o envolvimento e compreensão do terapeuta, traduzindo sua contribuição para o processo terapêutico. Por fim, a quarta questiona acerca do consenso sobre as estratégias, objetivos e tarefas da terapia (GASTON; MARMAR, 1994; MARTINS, 2012).

O *Penn Helping Alliance Questionnaire* foi elaborado por Alexander e Luborsky (1986) e possui versões para o cliente e para o terapeuta. É constituído por 19 itens que avaliam sentimentos de confiança, compreensão, cooperação, valorização e identificação, classificáveis em uma escala de 6 pontos (MARTINS, 2012).

Apesar das evidências de validade e confiabilidade, a metodologia complexa e extensa pode dificultar a aplicação destes inventários e questionários na rotina dos profissionais de saúde mental (DUNCAN et al., 2003). Brown e colaboradores (1999) demonstraram que a maioria dos terapeutas não consideram nenhum instrumento ou combinação de instrumentos que demoram mais de 5 minutos para serem completados, pontuados e interpretados. Assim, a adoção de procedimentos breves, além de confiáveis e válidos, torna-se cada vez mais importante.

O *Inventário de Sessão* (IS, anexo 2) e o *Inventário de Resultados* (IR, anexo 3) objetivam avaliar a relação terapêutica de forma super breve, tendo sido desenvolvidos por Miller e colaboradores (2003) como uma alternativa breve ao Questionário de Resultado (OQ-45). Adaptado e traduzido para o português por Carvalho e Rocha (2009), o OQ-45 é um instrumento composto por uma escala de 45 itens que tem como objetivo mensurar o progresso e os ganhos do cliente em psicoterapia. Os itens são representados por 3 dimensões: desconforto subjetivo, dimensão dos relacionamentos interpessoais e desempenho de papel social.

Tendo como objetivo serem instrumentos de uso diário do psicólogo, o IS é uma escala visual de 4 itens que avalia a relação com o terapeuta, as metas e temas trabalhados em sessão, os métodos ou intervenções utilizadas e uma classificação global da sessão (DUNCAN et al., 2003; FUJINO, 2019; MILLER; DUNCAN; JOHNSON, 2002). Já no IR, os clientes

respondem em uma escala visual como estão se sentindo individualmente (bem-estar pessoal), com outras pessoas (família e relações próximas), socialmente (trabalho, escola e amizades) e de forma global (FUJINO, 2019; MILLER et al., 2003).

Analisando dois estudos de casos, Fujino (2019) teve como objetivo produzir informações relevantes acerca da utilização de instrumentos de avaliação da interação terapêutica – especificamente o IR e o IS. Assim, foi possível coletar informações sobre tempo de aplicação e análise dos instrumentos dentro e fora da sessão. Os participantes precisaram de aproximadamente três minutos para o primeiro preenchimento e, a partir da segunda coleta, um minuto e meio, demonstrando o seu custo benefício e fácil adesão ao uso. Além disso, a produção de evidências públicas clínicas relevantes acerca da relação e processo terapêutico demonstraram a pertinência de instrumentos para a avaliação e compreensão da interação terapeuta-cliente e suas mudanças no decorrer do processo.

Ademais, além da avaliação da relação terapêutica, a modalidade dos atendimentos também passou a ser investigada com a crescente emergência da terapia através da internet e outras tecnologias.

2.3 O atendimento terapêutico online

O debate sobre o uso de Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs) na prestação de serviços de saúde existe há mais de duas décadas. No entanto, só com a Resolução nº 011, de 21 de junho de 2012, o Conselho Federal de Psicologia regulamentou a atuação do profissional psicólogo via TICs. Em seguida, a Resolução nº 011, de 11 de maio de 2018 ampliou as possibilidades de prestação destes serviços. Os profissionais então deveriam se cadastrar anualmente em uma plataforma online chamada *e-psi*, devendo atestar o tipo de tecnologia utilizada, os tipos de serviços online disponíveis e o público a quem seriam destinados. Contudo, ela também impunha proibições quanto ao atendimento online de pessoas ou grupos em situação de urgência e emergência e em casos de violência de direitos ou de violência. Já a Resolução nº 04, de 26 de março de 2020 suspendeu as restrições existentes para tais modalidades de atendimento online, agora sem necessidade de cadastro prévio.

Segundo Ulkovski, Da-Silva e Ribeiro (2017), a psicoterapia online pode acontecer de forma síncrona ou assíncrona. A primeira acontece quando o cliente e o terapeuta interagem em tempo real, restringindo o tempo de atendimento ao encontro virtual. Já na segunda forma, o atendimento ocorre, na maioria das vezes, de maneira escrita e não imediata. Independente da forma escolhida, os dispositivos tecnológicos atuais têm se mostrado capazes de oferecer

sustentação, consistência e possibilidades de mudança para as demandas apresentadas pelo cliente.

No princípio desta modalidade psicoterápica, acreditava-se que a relação terapêutica poderia ser comprometida devido a um empobrecimento da comunicação não-verbal – elemento considerado essencial à interação terapeuta-cliente. Contudo, diversas pesquisas têm apontado para semelhanças nas relações estabelecidas na forma presencial e pelas TICs (PIETA; GOMES, 2014).

Prado (2002) analisou 53 psicoterapias breves feitas de forma assíncronas e via internet com o objetivo de avaliar a relação terapêutica através do instrumento WAI. Foram encontradas diferenças significativas entre os participantes que abandonaram a terapia e os que a finalizaram, demonstrando a possibilidade de estabelecimento de clima agradável e produtivo entre terapeutas e clientes, de avaliação da relação terapêutica e previsão de sucesso da psicoterapia, mesmo em contexto online. No estudo de Prado e Meyer (2006), o WAI também foi utilizado em 29 participantes que realizaram terapia online assíncrona através de comunicações via e-mail e encontraram resultados semelhantes aos descritos na literatura. Já na pesquisa de Preschl, Maercker e Wagner (2011), 53 participantes foram divididos em dois grupos: um grupo realizou terapia cognitivo-comportamental para depressão presencialmente e o outro realizou a mesma terapia via videoconferência. Após a aplicação do WAI e comparação entre os resultados, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

De acordo com Pinto (2002), a terapia online pode trazer algumas dificuldades, como a observação limitada dos comportamentos do cliente, problemas de conexão com a internet ou a falta de familiaridade com as ferramentas utilizadas. O setting terapêutico online também passa a apresentar algumas particularidades. Torna-se necessário certa delimitação do mesmo, para que o cliente não se engaje em outras janelas ou atividades na internet durante o atendimento clínico. Além disso, cuidados éticos e técnicos extras tornam-se necessários, como o isolamento acústico e sigilo, através de sugestões para o uso de fones de ouvido e escolha de um lugar livre de interrupções para a terapia (LIMA, 2013).

Apesar das dificuldades apresentadas, a modalidade de psicoterapia online possibilita o desenvolvimento de processos e relações terapêuticas efetivas; além de facilitar o acesso, conveniência e praticidade para pessoas que não podem comparecer à terapia presencial, devido à distância, dificuldade de locomoção, estigmas ou a imposição do distanciamento social (PIETA; GOMES, 2014; PINTO, 2002).

Assim, a procura por serviços psicológicos na modalidade online tem crescido desde as primeiras regulamentações – provando a sua eficácia. Porém, obteve um impulso ainda maior

nos anos de 2020 e 2021, com o surgimento da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) que se espalhou pela população mundial, causando a maior emergência de saúde pública enfrentada internacionalmente em décadas.

Por se tratar de um fenômeno recente, estudos sobre as implicações na saúde mental em decorrência da pandemia ainda são escassos – mas apontam impactos negativos importantes. Na população geral e sobretudo nos profissionais de saúde foram identificados sintomas de depressão, ansiedade e estresse (WANG et al., 2020). Ademais, segundo Brooks et al. (2020) sintomas de estresse pós-traumático, confusão e raiva foram relacionados à quarentena nos estágios iniciais da epidemia na China.

Para a população em geral, a rápida disseminação da doença, sua gravidade e imprevisibilidade acerca da duração da quarentena, além das mudanças nas rotinas e relações familiares afetaram sua saúde mental e bem-estar. Já os profissionais de saúde, outro grupo bastante atingido por estressores no contexto de pandemia, vivenciam o aumento do risco de infecção, adoecimento e transmissão da doença; excesso de trabalho e fadiga; aumento da exposição a mortes; frustração e afastamento da família e amigos. Assim, no contexto da COVID-19, os desafios enfrentados pelos profissionais podem desencadear ou intensificar sintomas de ansiedade, depressão e estresse (SCHMIDT et al., 2020).

Portanto, intervenções psicológicas desempenham um papel central no enfrentamento das implicações na saúde mental em decorrência da pandemia. Em meio ao distanciamento social e quarentena, a recomendação das instituições de saúde é que as intervenções psicológicas face a face sejam restritas ao mínimo possível. Logo, os serviços psicológicos online tornam-se cada vez mais prevalentes (VIANA, 2020).

Tanto neste novo contexto pandêmico quanto em um futuro próximo, a utilização de tecnologias digitais deve se tornar uma realidade, complementando os atendimentos presenciais realizados pelos profissionais. Assim, a realização do estágio para a conclusão do curso de Psicologia se mostrou uma experiência formativa, possibilitando a preparação para um mercado de trabalho em transformação.

3 REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

Acerca da formação e preparo de terapeutas analítico-comportamentais, Guilhardi (1982) atesta a importância de diferentes comunidades verbais para o profissional iniciante, criando-se contingências e oportunidades para o desenvolvimento de repertórios distintos. As comunidades científica e universitária possibilitam o acúmulo de conhecimento e padrões de respostas de observação, investigação e análises funcionais amplas do problema clínico; enquanto as contingências geradas pela relação terapêutica evidenciam o papel dos objetivos e expectativas do cliente e os padrões comportamentais e intervenções do terapeuta. Deste modo, tais comunidades permaneceram presentes durante toda a experiência de estágio em clínica.

O estágio para a conclusão do curso de Psicologia teve início em outubro de 2020 e tem previsão de término para junho de 2021. Ele foi composto por atendimentos semanais de 3 clientes adultos (2 mulheres e 1 homem) dentro da abordagem teórica e prática da Análise do Comportamento (AC). Outros fatores significativos para a experiência foram a modalidade dos atendimentos psicoterápicos, que aconteceram online em atendimentos síncronos, e o registro dos comportamentos verbais descritos no trabalho, feito pela própria terapeuta durante as sessões.

Os primeiros contatos com os clientes consistiram da apresentação da profissional, explicação sobre o funcionamento da terapia e estabelecimento do contrato terapêutico, ou seja, acordos acerca dos agendamentos das sessões, número de faltas permitidas pelo Centro de Psicologia da UFG e a importância do engajamento no processo psicoterápico. Sobre o setting terapêutico, foram estabelecidas algumas plataformas de videoconferência para os atendimentos online, como o Zoom ou as videochamadas do WhatsApp, além de esclarecimentos de quaisquer dúvidas acerca de seu funcionamento. Também foram assegurados os cuidados tomados para garantir o sigilo e privacidade. As sessões não foram gravadas, foram realizadas em um cômodo sem possibilidade de interrupções e com utilização de fones de ouvido – salientando-se a importância de o cliente fazer o mesmo.

Os demais contatos das interações terapêuticas seriam pautados pelas entrevistas iniciais, coleta de dados, estabelecimento de objetivos terapêuticos, investigação acerca das demandas dos clientes e suas variáveis de controle, intervenções e avaliação dos resultados.

3.1 Cliente Laura¹

¹ Os nomes aqui utilizados são fictícios a fim de proteger a identidade dos participantes.

A primeira cliente a ser contactada foi Laura, de 27 anos. Possui ensino superior completo e atualmente trabalha em tempo integral e está no 2º período do mestrado em Administração. Procurou o Centro de Psicologia na UFG devido a queixas de ansiedade, um longo histórico de abandono de seus trabalhos anteriores e relações afetivas distantes.

Em relação ao seu histórico profissional, a cliente trabalha desde os seus 17 anos, mas seu atual emprego é a primeira ocasião em que permanece em uma mesma instituição por mais de um ano. Sempre se comprometeu com muitas atividades, trabalhando e estudando concomitantemente. Elogios acerca de seu desempenho foram muito reforçadores em sua história, levando a um repertório de perfeccionismo e vontade de agradar outras pessoas. Contudo, devido ao grande número de demandas e responsabilidades em sua rotina, acaba tendo pouco tempo para atividades de lazer e convívio social, além do cansaço e respostas aquém do que considera um bom desempenho. Com isso, começa a experienciar respostas de ansiedade, pensamentos de incapacidade, perda de sono e apetite, dores de cabeça e no corpo. Quando estas estimulações aversivas se tornam muito frequentes e intensas, normalmente desiste dos empregos, gerando uma sensação momentânea de alívio. Contudo, logo se envolve com novas atividades, uma vez que o ócio também se tornou aversivo.

Atualmente, Laura se encontra novamente nesse ciclo, dividindo-se em demandas do seu trabalho e mestrado. Assim, procurou-se modelar respostas de assertividade em seu emprego, aceitação quanto aos limites de sua produtividade e identificação de reforçadores positivos, dentro e fora dos contextos de trabalho ou estudos.

No seu trabalho, a construção de uma postura mais assertiva foi modelada através de sua interação com uma colega de trabalho, que passava instruções confusas e incompletas. Mesmos não entendendo a explicação, se dizia sem “coragem” para perguntar novamente: “Me sentia burra o tempo todo”. Diante disso, alguns modelos e Recomendações (REC) foram fornecidos pela terapeuta; de forma que sempre que a colega mudava de assunto, Laura foi instruída a retornar à sua pergunta inicial (BALDWIN; BALDWIN, 1986/1998; MOREIRA; MEDEIROS, 2007). Esse procedimento foi bem sucedido, como pode ser observado no relato de Melhora (MEL): “Ela finalmente entendeu que se eu não aprender da primeira vez, vou continuar perguntando e não vou conseguir responder o cliente”.

Quanto ao seu repertório produtivista e perfeccionista, a cliente apresentou um alto nível de autoexigência, nunca julgando seu próprio desempenho como satisfatório e lhe gerando grande ansiedade: “Trabalho o dia inteiro incomodada, remoendo tudo o que eu fiz no dia. Nada do que eu faço tá bom”. Diante de tais Relatos (REL), procurou-se apresentar verbalizações de Empatia (EMP) e Solicitações de Reflexão (SRF), dando maior ênfase ao contexto em que as

respostas estavam sendo emitidas. Um exemplo de questionamento feito pela terapeuta foi: “Na época em que você conseguia ser mais produtiva, prestar atenção nas aulas e fazer perguntas, o que mais você fazia? Como esse contexto mudou? [...] Então faz sentido se cobrar o mesmo nível de produtividade que você tinha antes, sendo que agora está lidando com muito mais coisas e ainda em uma pandemia?”

Por outro lado, muitos comportamentos de Laura estão sob controle de reforçamento negativo ou reforçamento social. Logo, outro procedimento importante foi a discriminação de quais atividades exerciam a função de reforçadores positivo em seu cotidiano. Através de Solicitações de Relatos (SRE) e Solicitação de Reflexão (SRF) da terapeuta, a cliente conseguiu distinguir algumas dessas contingências: “Eu realmente acho que a sala de aula seria um ambiente de liberdade para mim. [...] Acho que ensinar vai ser uma experiência muito prazerosa para mim, não vai ser um trabalho alienado. [...] Já no trabalho é uma sensação de quase morte. Não vejo sentido nesse serviço. [...] Eu gostava de participar, hoje eu só quero que as coisas acabem”.

Em suas relações sociais, a cliente possui muitos exemplos de pessoas fortes, exigentes e trabalhadoras em sua família, sobretudo a mãe. Desse modo, respostas de fragilidade foram punidas no decorrer de sua história: “Em casa tem que parecer forte o tempo todo”. Quando compartilhou com os pais sobre a depressão que enfrentou há alguns anos, relatou ter se sentido julgada, “viam isso como frescura”. Assim, no contexto terapêutico, procurou-se usar esquemas de controle incompatíveis com os utilizados pelos membros de sua família (MARANGONI; FERREIRA, 2018; SIDMAN, 1989/2009; SKINNER, 1953/2003). Através de verbalizações de Empatia (EMP) por parte da terapeuta, afim de validar suas experiências e emoções, a emissão de respostas de choro e relatos sobre sentimentos, cansaço e vontade de desistir do trabalho ou mestrado tornaram-se mais frequentes.

Uma autorregra apresentada por Laura foi “Não se pode confiar nas pessoas”. Dessa forma, também buscou-se trabalhar a intimidade e confiança dentro das sessões através de respostas verbais de Solicitação de Relato (SER), Empatia (EMP), Aprovação (APR) e Concordância do Terapeuta (GCT); criando-se uma relação terapêutica reforçadora e bem estabelecida. Assim, a cliente passou a descrever o processo terapêutico como positivo em verbalizações de Concordância (CON), como “Dá pra ver que você se importa, até mesmo pela sua feição. Nas minhas outras experiências, os terapeutas pareciam uns robôs” ou “Estou me sentindo melhor, é bom ter esse lugar onde a gente pode falar livremente”. Por outro lado, o contexto pandêmico acabou limitando as possibilidades de trabalhar esses repertórios em outros contextos.

3.2 Cliente Wilma

A segunda cliente foi Wilma, professora de 50 anos e com ensino superior completo. Atualmente mora com o pai e seus dois filhos, de 11 e 10 anos. Apresentou como queixas ansiedade, compulsões por comprar e comer, relacionamento com namorado e comportamentos inadequados por parte dos filhos.

Após investigar as demandas estabelecidas pela cliente, foi possível observar um grande repertório de fuga e esquiva de estímulos aversivos, mesmo que ela não conseguisse descrevê-los com clareza (BALDWIN; BALDWIN, 1986/1998; MOREIRA; MEDEIROS, 2007; SIDMAN, 1989/2009). As compulsões e dificuldade de autocontrole compõe uma classe de respostas de esquiva, sendo negativamente reforçadas e, conseqüentemente, aumentando de frequência em períodos de ansiedade ou insatisfação. Sobre isso, Wilma apresentou os Relatos (REL) “As compulsões aumentam quando as coisas fogem do meu controle ou quando estou insatisfeita com alguma coisa” e “Me sinto bem quando compro as coisas, mas quando chego em casa me arrependo. Tento não pensar naquilo”.

Outro relato frequente da cliente foi sobre sua insatisfação com seu peso e com seu corpo, chegando a sofrer bullying em sua infância. Antes da pandemia disse praticar diversos esportes, porém, no isolamento social acabou engordando. Assim, fez a Relação (CER) entre a falta de atividades físicas e o aumento de sua insatisfação com o peso.

Também foi possível identificar um histórico de passividade em suas relações sociais e amorosas, tendo dificuldades em expressar suas opiniões, sentimentos e fazer demandas. Sobre seu primeiro relacionamento, que durou 12 anos, emitiu o seguinte Relato (REL): “Tinha medo de que se dissesse que amava ele ou se ele estivesse no controle da situação, ele iria se aproveitar de mim”. Descreveu vários comportamentos punitivos desse namorado, como criticar seu corpo, reclamar quando ela engordava e até mesmo traições. O principal motivo do término foi ele se sentir inferior diante de sua capacitação nos estudos, após ter concluído seu doutorado.

Posteriormente, em seu relacionamento seguinte teve duas gravidezes não planejadas e, devido a pressões familiares, ficou noiva. Em seu Relato (REL) “sentia aquilo como uma prisão. [...] Não sabia como eu ia entrar na Igreja e sorrir” é possível perceber o nível de aversividade da relação, diante do qual a terapeuta emitiu respostas de Empatia (EMP) e Concordância do Terapeuta (GCT).

Sobre seu relacionamento atual, de dois anos, diz que gostaria de se casar e morar junto com o namorado. Inicialmente justificou o fato de ainda não terem se casado por não querer deixar seu pai sozinho. Porém, depois revelou que o namorado é casado com outra mulher. O fato, algo punido e julgado socialmente, surgiu como um grande incômodo para Wilma, que

deixou de frequentar a Igreja devido a sua religiosidade. Neste sentido, a terapeuta procurou emitir verbalizações de Empatia (EMP) e validação de seu sofrimento, consequenciando os relatos de forma contrária dos outros grupos sociais (MARANGONI; FERREIRA, 2018; SIDMAN, 1989/2009; SKINNER, 1953/2003).

Solicitações de Reflexão (SRE) acerca do relacionamento e seus aspectos negativos mostraram-se aversivos para a cliente, que chegou a apresentar respostas de esquiva durante as sessões ao mudar de assunto, constituindo-se CRBs 1 (KOHLENBERG; TSAI, 1991/2001). Diante disso, foi se observando uma falta de engajamento com a terapia, configurando-se em crescentes faltas.

Então foi proposto a redefinição dos objetivos terapêuticos com a cliente, agora focando em entender melhor alguns comportamentos inadequados dos filhos e orientação de pais. Neste sentido, a compreensão dos aspectos e características intrínsecas da interação terapêutica foram essenciais. Mesmo que o instrumento de avaliação da relação terapêutica WAI não tenha sido utilizado, a ênfase dada aos objetivos terapêuticos como fator relevante para a relação terapeuta-cliente possibilitou a reavaliação das intervenções planejadas (HORVATH; GREENBERG, 1989; MARTINS, 2012; PRADO; MEYER, 2004). A partir desse momento, foi possível observar a presença mais assídua na terapia e melhoras mais significativas.

Por fim, uma dificuldade encontrada neste processo terapêutico estava relacionada ao repertório pobre de observação e descrição de Wilma. Neste sentido, era necessário que a terapeuta fizesse mais perguntas e incitasse a cliente a detalhar melhor suas queixas e variáveis de controle, através de Solicitações de Relato (SER), pedidos de esclarecimento, complementações e exemplos (SILVARES; GONGORA, 1998/2015). Contudo, o repertório de investigação clínica da terapeuta também teve que ser construído durante o processo, tornando a evolução do caso mais desafiadora.

3.3 Cliente João

O terceiro cliente a ser contatado foi João, de 58 anos. Formado em Pedagogia, mas há cinco anos não exerce a profissão, recebendo um auxílio doença devido a deficiência auditiva congênita e transtornos psicológicos. Trouxe como queixa o acompanhamento da depressão, autoconhecimento e relações sociais aversivas em decorrência da dificuldade de comunicação.

Além de problemas com a internet, o comprometimento na audição do cliente tornou a comunicação mais desafiadora. Era necessário que o cliente utilizasse fones de ouvidos específicos que não interferissem com os aparelhos auditivos e a repetição de algumas falas para melhor compreensão.

O cliente relatou um histórico de discriminação e bullying desde sua infância, tornando aspectos de suas relações interpessoais aversivos. Em situações em que era desrespeitado devido a sua deficiência e dificuldades de comunicação, apresentou os Relatos (REL) “A autoestima vai lá pra baixo. Me sinto ridicularizado, inferior. [...] Por mais que você tente explicar, a cultura não está preparada pra receber uma pessoa com deficiência”; “Ninguém gosta de deficiente” e “Eu aboli relacionamentos para evitar novos problemas”. Autorregras como “pessoas não são confiáveis” também tornaram ainda mais difícil o estabelecimento de uma relação terapêutica íntima e reforçadora.

João apresentou Relatos (REL) de ideações suicidas e homicidas: “Fico observando a segurança do INSS e pensando como eu poderia levar gasolina pra incendiar o lugar ou uma faca para matar o perito” e “Penso em me matar pra acabar com o sofrimento logo, mas aí eu penso na minha filha e nas minhas irmãs”. Segundo o cliente, esses pensamentos de ideação se intensificavam em períodos de grande estresse e ansiedade, como a proximidade das perícias de seu auxílio doença. Nesses contextos, normalmente se “apaga” com remédios para dormir e, assim, evita fazer algo que possa se arrepender.

Diante de tais relatos, a terapeuta procurou emitir respostas de Empatia (EMP) e Concordância do Terapeuta (GCT), validando seus sentimentos e sofrimento. Também foi requerido o contato da filha, com quem João mora atualmente, em caso de alguma emergência e oferecido ao cliente o aumento do número de sessões por semana. Contudo, o mesmo acabou não demonstrando interesse, deixando de confirmar presença nas sessões extras ou desmarcando-as.

Além disso, João descreveu episódios em que teve dificuldade em manejar emoções como raiva. Revelou ter sido suspenso do trabalho cinco anos antes, depois de um incidente em sala de aula em que foi agressivo verbalmente com uma aluna. Em relação a isso, relatou: “Eu vivo em uma panela de pressão” e “Não tenho condições psicológicas de voltar a trabalhar”. Essa agressividade, que compromete suas relações interpessoais em outros contextos, também acabou sendo direcionada à terapeuta através de verbalizações de Oposição (OPO) que se configuraram como CRBs 1, como “Você sabe que a terapia não cura, não é?” (KOHLENBERG; TSAI, 1991/2001). Neste sentido, a inexperiência da terapeuta também pode ter comprometido na intervenção adequada; muitas vezes ficando sem reação ou reforçando de forma não intencional os comportamentos agressivos do cliente.

Assuntos e perguntas relacionadas a sua história e, sobretudo, sua infância também constituíam estímulos aversivos para o cliente. Assim, a terapia, contexto em que esses assuntos eram abordados, passou a apresentar a mesma função, como foi ressaltado por Sidman

(1989/2009). “Não é fácil. Saio da sessão pesado, às vezes tenho que tomar remédio”. Isso resultou em faltas crescentes à terapia e pouco engajamento.

Diante disso, a terapeuta procurou informar (INF) o cliente acerca do processo terapêutico. Expressou-se a necessidade de a terapeuta entender sobre a história do cliente e como ocorreu a construção da queixa clínica. Além disso, Skinner (1953/2003) ressalta a promessa de alívio e melhora como variável importante na terapia. Dessa forma, se viu como importante emitir respostas de Empatia (EMP) e Interpretação (INT), como “Essa foi a maneira que você encontrou de lidar com todos esses problemas, mas outros repertórios alternativos que não causem tanto sofrimento também podem ser construídos. É pra isso que nós vamos trabalhar”.

Contudo, outro problema encontrado na relação terapêutica foi a falta de clareza quanto aos objetivos terapêuticos. Somente na 11ª sessão o cliente expressou o desejo de um laudo psicológico para que pudesse apresentar nas perícias de seu auxílio doença. Quando foi explicada a impossibilidade da emissão de tal documento e esclarecido o papel da terapia, o cliente preferiu encerrar o processo terapêutico: “Se não tiver isso, para mim não tem importância”.

3.4 Reflexões sobre a experiência de estágio na formação do terapeuta analítico-comportamental

A experiência vivida no estágio clínico do curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás se mostrou um contexto rico de crescimento e aprendizagem. Nela foi possível desenvolver repertórios de questionamento, investigação, interpretação e aplicação das demandas e intervenções clínicas. Em cada um dos processos terapêuticos atendidos tentou-se analisar de forma funcional respostas amplas e complexas e construir interações reforçadoras e não punitivas. Além disso, o estágio também proporcionou momentos de supervisões e orientações em grupo, complementando o aprendizado com as experiências de outras alunas.

Mesmo os aspectos negativos trouxeram seus ensinamentos. No caso de Wilma, se experienciou sentimentos de frustração quanto aos repertórios escassos de relato e enfrentamento da cliente. Assim, foi necessário uma postura mais empática e paciente, respeitando sua história de vida. No caso de João, seus comportamentos agressivos e desistência do processo terapêutico causaram desconforto, insegurança e pensamentos de incapacidade. Então, foi importante para a terapeuta passar por um processo de aceitação e identificar quais aspectos da relação causaram o resultado obtido, procurando melhorá-los para experiências

futuras. Neste sentido, estas experiências desafiadoras possibilitaram o desenvolvimento de novas habilidades.

Por outro lado, alguns aspectos poderiam ser revistos em experiências futuras, como a inclusão da avaliação da relação terapêutica. A aplicação de instrumentos de avaliação da sessão psicoterápica e da interação terapeuta-cliente poderiam fornecer mais informações significativas ao sucesso da terapia, de forma que alguns problemas poderiam ser corrigidos com maior antecedência.

Além disso, a gravação das sessões poderia oferecer registros mais fidedignos dos episódios verbais, auxiliando na análise da relação. Esse recurso foi considerado pela terapeuta e orientadora de estágio, porém o receio de que pudesse influenciar ainda mais no nervosismo das primeiras experiências de atendimento ou na formação da relação terapêutica fez com que optassem pelo registro escrito feito pela própria terapeuta no decorrer e após os atendimentos. Assim, o registro das sessões trouxe suas dificuldades, já que requisitou a divisão da atenção da terapeuta que deveria anotar as verbalizações dos clientes e consequenciá-las.

Outro fator pertinente para os processos terapêuticos realizados foi a pandemia de COVID-19. O contexto de isolamento tornou os atendimentos na modalidade online ainda mais relevantes. As concepções e preconceitos da terapeuta acerca dos atendimentos de forma não presencial puderam ser revistos, tornando clara sua eficácia e adaptabilidade. Contudo, o contexto pandêmico também acabou limitando algumas possibilidades de intervenções e trazendo sofrimento específicos. Dessa forma, a construção de repertórios que necessitam de maior interação social e o aumento de acesso a reforçadores tiveram que ser adiados em vista ao isolamento social.

Neste sentido, a reflexão e compreensão acerca dos comportamentos verbais que ocorrem durante a sessão e sua influência sobre a relação terapêutica foram essenciais para o estabelecimento de interações reforçadoras e não punitivas, intervenções direcionadas para as demandas específicas de cada cliente e uma experiência de estágio extremamente formativa.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das demandas características da prática clínica, a relação terapêutica e os comportamentos verbais do terapeuta e do cliente desempenham um papel importante para o sucesso da terapia. Para a AC, a relação terapeuta-cliente é definida como o conjunto de relações de comportamentos que ocorrem no contexto clínico e constitui um poderoso meio facilitador da aprendizagem e desenvolvimento de novos repertórios. Dessa forma, para que aconteçam mudanças em contingências de padrões comportamentais que causam sofrimento para o indivíduo e o grupo, torna-se necessária a compreensão dos comportamentos verbais do cliente e do terapeuta.

O comportamento verbal constitui boa parte do complexo repertório comportamental humano. Ele é definido pela mediação das consequências por um ouvinte treinado por comunidades verbais específicas. Assim, considerando as fontes de controle e seu efeito sobre o ouvinte, é possível identificar algumas categorias de comportamentos verbais; como tato, mando, intraverbal e autoclítico. Além disso, os episódios verbais entre terapeutas e clientes também podem ser entendidos através de sistemas de categorias de respostas verbais na interação terapêutica.

Neste sentido, as categorias de comportamentos verbais ajudam a identificar possíveis efeitos de diferentes classes de respostas para a eficácia da psicoterapia. Este fato se torna especialmente importante quando se considera que comportamentos verbais podem gerar mudanças em outros repertórios não-verbais. Assim, para próximos estudos, a inclusão da teoria dos quadros ou molduras relacionais, ou seja, a aprendizagem através da equivalência de estímulos pode ser um passo importante para a melhor compreensão das variáveis de controle de queixas clínicas e suas intervenções.

Na relação terapêutica também é possível observar diversos comportamentos relevantes à demanda do cliente. Os comportamentos-alvo, originalmente presentes em outros contextos, passam a ser emitidos na presença do terapeuta, que pode se tornar ambiente para desenvolvimento de novos repertórios e possíveis generalizações. Dessa forma, a relevância da relação terapeuta-cliente pôde ser percebida na experiência do estágio, já que o seu estudo possibilitou o melhor entendimento do seu funcionamento e tornaram possíveis mudanças nos repertórios comportamentais dos clientes atendidos.

O processo terapêutico se constitui, portanto, como uma complexa relação de contingências, passível de mudanças e adaptações. O atendimento online, que vem se tornando uma prática cada vez mais comum, também influenciou na experiência de estágio, ocasionando em ganhos e perdas. Por um lado, resultou em dificuldades de comunicação, devido a problemas

com a conexão com a internet; dificuldades de observação de alguns repertórios do cliente que poderiam emergir no contexto específico do consultório terapêutico e sala de espera; e prejudicou a observação de comportamentos não-verbais, que poderiam oferecer informações complementares aos casos clínicos. A adaptação do setting terapêutico também acabou interferindo no sigilo e privacidade dos atendimentos, por mais que se tentasse tomar precauções neste sentido. Por outro lado, possibilitou a observação de outros comportamentos relevantes dos clientes no contexto de suas casas e relacionamento com familiares, que de outra forma não poderiam ser percebidos. Além de ter permitido a revisão das concepções e preconceitos da terapeuta acerca dos atendimentos de forma não presencial.

Assim, apesar das dificuldades enfrentadas, o atendimento na modalidade online torna possível o desenvolvimento de relações terapêuticas semelhantes às estabelecidas na forma presencial. A facilidade de acesso e qualidade que a psicoterapia online garante pode tornar esta modalidade uma prática comum entre os psicólogos, mesmo após o fim da pandemia de COVID-19.

Dessa forma, o presente trabalho se propôs a investigar como os comportamentos verbais contribuem para a construção da relação terapêutica com clientes adultos típicos em um estágio na modalidade online. Diante dessa vivência, foi possível o desenvolvimento de repertórios específicos da atuação clínica, tornando esta experiência profissional extremamente formativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, L. B.; LUBORSKY, L. The Penn Helping Alliance Scales. In: L. S. Greenberg e W. M. Pinsoff (org.), **The psychotherapeutic process: A research handbook**. New York, EUA: Guilford Press, 1986.
- ALVES, N. N. F.; ISIDRO-MARINHO, G. Relação terapêutica sob a perspectiva analítico-comportamental. In: Ana Karina C. R. de Farias (org.), **Análise comportamental clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ARDILA, R. Verbal Behavior de B. F. Skinner: Sua importância no estudo do comportamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 9, n. 2, p. 195-197, 2007.
- BALDWIN, J. D.; BALDWIN, J. L. **Princípios do Comportamento na Vida Diária**. Tradução: Laura Furtado Ciruffo. Minas Gerais: Serviço Editoração, 1998. Obra original publicada em 1986.
- BARROS, R. D. S. Uma introdução ao comportamento verbal. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 1, p. 73-82, 2003.
- BAUM, W. M. Relações, gerenciamento e governo. In: _____. **Compreender o Behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução**. Tradução: Maria Teresa Araujo Silva. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Obra original publicada em 1994.
- BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. K.; SMITH, L. E.; WOODLAND, L.; WESSELY, S.; GREENBERG, N.; RUBIN, G. J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. **Lancet**, v. 395, p. 912-920, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30460-8/fulltext). Acesso em: 01 fev. 2021.
- BROWN, J.; DREIS, S.; NACE, D. What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In: M. Hubble, B. Duncan e S. Miller (org.), **The heart and soul of change**. Washington, DC: APA Press, 1999.
- CARVALHO, L. F.; ROCHA, G. M. A. Tradução e adaptação cultural do Questionário de Resultados (OQ-45) para o Brasil. **Psico-USF**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 309-316, 2009.
- CATANIA, A. C. **Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição**. Tradução: Deisy das Graças de Souza. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1999.
- CHAMBERLAIN, P.; RAY, J. The therapy process code: A multidimensional system for observing therapist interactions in Family treatment. In: R. J. Prinz (org.), **Advances in behavioral assessment of children and families**. Greenwich: JAI, 1988.
- CHIESA, M. **Behaviorismo Radical: A Filosofia e a Ciência**. Tradução: Carlos Eduardo Cameschi. Brasília: Editora Cealeiro, 2006. Obra original publicada em 1994.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 011, de 21 de junho de 2012. Regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental e revoga a Resolução CFP N.º 12/2005. **CFP**, Brasília, 2012. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo_CFP_nx_011-12.pdf. Acesso em: 01 fev. 2021.

_____. Resolução nº 011, de 11 de maio de 2018. Regula a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP N.º 11/2012. **CFP**, Brasília, 2018. Disponível em: <https://e-psi.cfp.org.br/resolucao-cfp-no-11-2018/>. Acesso em: 01 fev. 2021.

_____. Resolução nº 04, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. **CFP**, Brasília, 2020. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=004/2020>. Acesso em: 01 fev. 2021

DELL PRETTE, G.; ALMEIDA, T. A. C. O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental. In: Nicodemos Batista Borges e Fernando Albregard Casas (org.), **Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

DUNCAN, B. L.; MILLER, S. D.; SPARKS, J. A.; CLAUD, D. A.; REYNOLDS, L. R.; BROWN, J.; JOHNSON, L. D. The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. **Journal of Brief Therapy**, v. 3, n. 1, 2003.

FERNANDES, F. A. D. **Relação terapêutica: Uma análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em sessões iniciais de terapia**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FORD, J. D. Therapeutic relationship in behavior therapy: Na empirical analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 46, n. 6, p. 1302-1314, 1978.

FUJINO, P. M. **Produção de bases empiricamente registradas em terapia analítico comportamental no contexto de clínica escola**. 2019. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019.

GASTON, L.; MARMAR, C. R. The California Psychotherapy Alliance Scales. In: Horvath e Greenberg (org.). **The Working alliance: Theory, Research and Practice**. Nova York, EUA: John Wiley e Sons, 1994.

GUILHARDI, H. J. A formação do terapeuta comportamental: Que formação? **XII Simpósio Internacional sobre Modificação de Comportamento**, Ribeirão Preto, São Paulo, 1982. Disponível em: http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/formacao_terapeuta_comport.pdf. Acesso em: 16 abr. 2021.

HILL, C. E. The development of a system for classifying counselor responses. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 25, n. 1, p. 461-468, 1978.

HORVATH, A. O.; DEL RE, A. C.; FLUCKIGER, C.; SYMONDS, D. Alliance in individual psychotherapy. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v. 48, n. 1, p. 9-16, 2011.

HORVATH, A. O.; GREENBERG, L. S. Introduction. In: _____ (org.). **The Working alliance: Theory, Research and Practice**. Nova York, EUA: John Wiley e Sons, 1994.

_____. Development and validation of the Working Alliance Inventory. **Journal of Counseling Psychology**, v. 36, n. 1, p. 223-233, 1989.

KOHLBERG, R. J.; TSAI, M. **Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas e curativas**. Tradução: F. Conte. Santo André: ESETEC, 2001. Obra original publicada em 1991.

LEONARDI, J. L. O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: Um panorama histórico. **Revista Perspectivas em Análise do Comportamento**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 119-131, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pac/v6n2/v6n2a04.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2021.

LEONARDI, J. L.; MEYER, S. B. Prática baseada em evidências em Psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. **Psicologia, Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 1139-1156, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n4/1982-3703-pcp-35-4-1139.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2021.

LINEHAN, M. M. Perspectives on the interpersonal relationship in behavior therapy. **Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy**, v. 7, n. 3, p. 278-290, 1988.

LIMA, J. D. B. **Análise comportamental clínica na modalidade online: Possibilidades e desafios em um caso clínico**. 2013. Monografia (Especialização em Análise Comportamental Clínica) – Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento, Brasília, 2013.

MARANGONI, C.; FERREIRA, V. R. T. Interação terapêutica e comportamento verbal em uma compreensão analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 58-71, 2018.

MARÇAL, J. V. S. Behaviorismo Radical e Práticas Clínicas. In: Ana Karina C. R. de Farias (org.), **Análise comportamental clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARTINS, C. A. S. **Instrumentos de avaliação da relação terapêutica: Uma revisão sistemática de publicações no Brasil**. 2012. Monografia (Especialização em Psicologia Clínica: Ênfase em Avaliação Psicológica) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MATOS, M. A. Comportamento governado por regras. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 3, n. 2, 2001.

MEDEIROS, C. A. Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 105-118, 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 abr. 2021.

MEDEIROS, C. A.; ROCHA, G. M. Racionalização: um breve diálogo entre a psicanálise e a análise do comportamento. In: Marxa Zitafi da Silva Brandão (org.), **Sobre Comportamento e Cognição**: Vol.13. Contingências e metacontingências: Contextos socioverbais e o comportamento do terapeuta. Santo André: ESETec, 2004.

MEYER, S. B. Processos comportamentais na psicoterapia. In: A. C. Cruvinel e A. L. F. Dias (org.), **Ciência do Comportamento: Conhecer e Avançar**. 1. ed. Santo André: ESETec, v. 4, p. 151-157, 2004.

_____. **Análise de ‘Solicitação de Informação’ e ‘Recomendação’ em banco de dados de terapias comportamentais**. Tese (Livre-docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

_____. Banco de dados de comportamentos do terapeuta em sessões de terapia comportamental. In: XIX ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL, 2010, São Paulo. **Anais**, Campos de Jordão, São Paulo, 2010. p. 26.

MEYER, S. B.; OSHIRO, C.; DONADONE, J. C.; MAYER, R. C. F.; STARLING, R. Subsídios da obra “Comportamento Verbal” de B. F. Skinner para a terapia analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 105-118, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452008000100009. Acesso em: 24 fev. 2021.

MEYER, S. B.; PRETTE, G. D.; ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A.; NENO, S.; TOURINHO, E. Z. Análise do comportamento e Terapia Analítico-comportamental. In: E. Z. Tourinho e S. V. de Luna (org.), **Análise do Comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas**. 1. Ed. São Paulo: Roca, 2010.

MILLER, S. D.; DUNCAN, B. L.; JOHNSON, L. **Session rating scale**. Chicago, IL: Authors, 2002.

MILLER, S. D.; DUNCAN, B. L.; BROWN, J.; SPARKS, J. A.; CLAUD, D. A. The Outcome Rating Scale: A preliminar study of the reliability, validity and feasibility of a brief visual analog measure. **Journal of Brief Therapy**, v. 2, n. 2, 2003.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. **Princípios Básicos de Análise do Comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

O’MALLEY, S. S.; SUH, C. S.; STRUPP, H. H. The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, n. 1, p. 581-586, 1983.

PIETA, M. A. M.; GOMES, W. B. Psicoterapia pela Internet: Viável ou inviável? **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 34, n. 1, p. 18-31, 2014.

PINTO, E. R. As modalidades do atendimento psicológico online. **Temas em Psicologia da SBP**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 167-178, 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v10n2/v10n2a07.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.

PRADO, O. Z. **Terapia via internet e relação terapêutica**. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PRADO, O. Z.; MEYER, S. B. Relação terapêutica: A perspectiva comportamental, evidências e o Inventário de Aliança de Trabalho (WAI). **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 201-209, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452004000200006. Acesso em: 24 fev. 2021.

_____. Avaliação da relação terapêutica na terapia assíncrona via internet. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 247-257, 2006.

PRESCHL, B.; MAERCKER, A.; WAGNER, B. The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. **BMC Psychiatry**, v. 11, n. 189, p. 2-10, 2011.

RANGÉ, B. P. Relação terapêutica. In: _____. **Psicoterapia comportamental e cognitiva: Volume II**. São Paulo: Editora Psy, 1995.

RAUE, P. J.; GOLDFRIED, M. R. The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. In: Adam O. Horvath e Leslie S. Greenberg (org.). **The Working alliance: Theory, Research and Practice**. Nova York, EUA: John Wiley e Sons, 1994.

SANTOS, D. R. D.; SOARES, M. R. Z. Análise do processo terapêutico em grupo para pessoas com Transtorno Bipolar. **Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, v. 26, n. 4, p. 487-503, 2018.

SCHINDLER, L.; HOHENBERGER-SIEBER, E.; HAHLOWEG, K. Observing client-therapist interaction in behavior therapy: Development and first application of na observational system. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 28, n. 1, p. 213-226, 1989.

SCHMIDT, B.; CREPALDI, M. A.; BOLZE, S. D. A.; NEIVA-SILVA, L.; DEMENECH, L. M. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos psicológicos**, Campinas, v. 37, e. 200063, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100501. Acesso em: 24 fev. 2021.

SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. Tradução: Maria Amalia Andery e Glauce Estela Sério. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2009. Obra original publicada em 1989.

SILVA, A. D. P. A.; MEDEIROS, C. A. Efeitos de regras e autorregras nos relatos de mudança comportamental na terapia analítica comportamental. **Revista Perspectivas**, v. 10, n. 1, p. 157-174, 2019.

SILVARES, E. M.; GONGORA, M. A. N. **Psicologia clínica comportamental: A inserção da entrevista com adultos e crianças**. 3. ed. São Paulo: Edicon, 2015. Obra original publicada em 1998.

SKINER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. Tradução: João Carlos Todorov e Rodolfo Azzi. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Obra original publicada em 1953.

_____. **Verbal Behavior**. New York, Appleton: Century Crofts. 1957.

_____. Selection by consequences. **Science**, v. 213, n. 4507, p. 501-504, 1981. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1686399?seq=1>. Acesso em: 24 fev. 2021.

_____. **Questões recentes na análise comportamental**. 5. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1991.

STILES, W. B. **Describing talk: A taxonomy of verbal response modes**. Newbury Pak: Sage, 1992.

TODOROV, J. C. A psicologia como o estudo de interações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23 n. especial, p. 057-061, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/10.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2021.

TOURINHO, E. Z. A produção de conhecimento em Psicologia: A Análise do Comportamento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n. 2, p. 30-41, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n2/v23n2a06.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2021.

TOURINHO, E. Z.; GARCIA, M. G.; SOUZA, L. M. **Avaliação ampliada de categorias para análise de verbalizações de terapeutas**. Projeto de pesquisa – Universidade Federal do Pará, Belém, 2003.

ULKOVSKI, E. P.; DA-SILVA, L. P. D.; RIBEIRO, A. B. Atendimento psicológico online: Perspectivas e desafios atuais da psicoterapia. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 7, n. 1, p. 59-68, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/view/4029/3229>. Acesso em: 01 fev. 2021.

VARGAS, E. A. O comportamento verbal de B. F. Skinner: Uma introdução. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 9, n. 2, p. 153-174, 2007.

VELASCO, G.; CIRINO, S. D. A relação terapêutica como foco de análise. In: Adélia Maria Santos Teixeira (org.), **Ciência do comportamento: Conhecer e avançar (Vol. II)**. Santo André: ESETec, 2002.

VIANA, D. M. Atendimento psicológico online no contexto da pandemia de COVID-19. **Cadernos Especiais Ceará**, v. 14, n. 2, p. 74-79, 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/399/215>. Acesso em: 01 fev. 2021.

VILAS BOAS, D. L. O., BANACO, R. A., BORGES, N. B. Discussões da análise do comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. In: Nicodemos Batista Borges e Fernando Albregard Cassas (org.), **Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ZAMIGNANI, D. R. **Uma tentativa de caracterização da prática clínica do analista do comportamento no atendimento de clientes com e sem o diagnóstico de transtorno**

obsessivo-compulsivo. 2001. Tese (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. **O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica.** 2007. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ZAMIGNANI, D. R.; MEYER, S. B. Comportamentos verbais do terapeuta no Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica. **Revista Perspectivas**, v. 2, n. 1, p. 25-45, 2011.

ZAMIGNANI, D. R.; SILVA NETO, A. C. P.; MEYER, S. B. Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: A terapia analítico-comportamental. **Boletim Paradigma**, São Paulo, v. 3, p. 9-16, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284631106_Uma_aplicacao_dos_principios_da_analise_do_comportamento_para_a_clinica_a_terapia_analitico-comportamental. Acesso em: 24 fev. 2021.

WANG, C.; PAN, R.; WAN, X.; TAN, Y.; XU, L.; HO, C. S.; HO, R. C. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 1729, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084952/pdf/ijerph-17-01729.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.

ANEXO 1: Working Alliance Inventory (WAI)

A. O. HORVATH (1981, 1984). Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu.

Versão Cliente

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) terapeuta. (as opções abaixo são as mesmas para todas as perguntas)
Nunca
Raramente
Ocasionalmente
Às vezes
Frequentemente
Muito frequentemente
Sempre
2. O(a) meu(a) terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação.
3. Estou preocupado(a) com o resultado destas sessões.
4. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.
5. Eu e o(a) meu(a) terapeuta compreendemo-nos mutuamente.
6. O(a) meu(a) terapeuta percebe, com clareza, quais são os meus objetivos.
7. Acho confuso o que estou fazendo em terapia.
8. Acho que o(a) meu(a) terapeuta gosta de mim.
9. Gostaria que o(a) meu(a) terapeuta e eu pudéssemos deixar claro a finalidade das nossas sessões.
10. Discordo do meu(a) terapeuta acerca dos objetivos da terapia.
11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) terapeuta não é utilizado de um modo eficaz.
12. O(a) meu(a) terapeuta não percebe aquilo que tento conseguir com a terapia.
13. Está claro para mim quais as minhas responsabilidades na terapia.
14. Os objetivos destas sessões são importantes para mim.
15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) terapeuta fazemos em terapia não está relacionado com as minhas preocupações.
16. Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que desejo.
17. Acredito que meu(a) terapeuta está genuinamente preocupado com o meu bem-estar.

18. Está claro para mim o que o(a) meu(a) terapeuta quer que eu faça nestas sessões.
19. O(a) meu(a) terapeuta e eu respeitamo-nos mutuamente.
20. Sinto que o(a) terapeuta não é totalmente honesto(a) acerca daquilo que sente em relação a mim.
21. Tenho confiança na capacidade de meu(a) terapeuta para me ajudar.
22. O(a) meu(a) terapeuta e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.
23. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta me aprecia.
24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar.
25. Como resultado destas sessões torna-se mais claro para mim como será possível eu mudar.
26. O(a) meu(a) terapeuta e eu confiamos um no outro.
27. O(a) meu(a) terapeuta e eu temos ideias diferentes acerca de quais são os meus problemas.
28. A minha relação com o(a) meu(a) terapeuta é muito importante para mim.
29. Sinto que se disser ou fizer algo errado, o(a) meu(a) terapeuta deixará de trabalhar comigo.
30. O(a) meu(a) terapeuta e eu colaboramos na definição dos objetivos da minha terapia.
31. Estou frustrado(a) com as coisas que faço em terapia.
32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.
33. As coisas que o(a) meu(a) terapeuta me pede para fazer não fazem sentido.
34. Não sei o que esperar como resultado da minha terapia.
35. Acredito que o modo como estamos trabalhando com o meu problema é correto.
36. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que não aprova.

Versão Terapeuta

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) cliente.
2. O(a) meu(a) cliente e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a sua situação.
3. Tenho algumas preocupações acerca do resultado destas sessões.
4. O(a) meu(a) cliente e eu temos confiança na utilidade das nossas atividades em terapia.
5. Sinto que compreendo realmente o(a) meu(a) cliente.
6. O(a) meu(a) cliente e eu temos uma percepção comum acerca dos seus objetivos.

7. O(a) meu(a) cliente acha confuso o que estamos fazendo em terapia.
8. Acho que o(a) meu(a) cliente gosta de mim.
9. Sinto a necessidade de explicar a finalidade das nossas sessões.
10. O(a) meu(a) cliente e eu discordamos acerca dos objetivos destas sessões.
11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) cliente não é utilizado de um modo eficaz.
12. Tenho dúvidas acerca daquilo que tentamos conseguir com a terapia.
13. Sou claro e explícito acerca das responsabilidades do(a) meu(a) cliente na terapia.
14. Os objetivos destas sessões são importantes para o(a) meu(a) cliente.
15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) cliente fazemos em terapia não está relacionado com as suas preocupações.
16. Sinto que aquilo que fazemos em terapia ajudará o(a) meu(a) cliente a atingir as mudanças que deseja.
17. Estou genuinamente preocupado com o bem-estar do(a) meu(a) cliente.
18. Sou claro acerca do que espero que o(a) meu(a) cliente faça nestas sessões.
19. O(a) meu(a) cliente e eu respeitamo-nos mutuamente.
20. Sinto que não sou totalmente honesto acerca daquilo que sinto em relação ao(à) meu(a) cliente.
21. Tenho confiança na minha capacidade de ajudar o(a) meu(a) cliente.
22. O(a) meu(a) cliente e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.
23. Aprecio o(a) meu(a) cliente como pessoa.
24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante o(a) meu(a) cliente trabalhar.
25. Como resultado destas sessões torna-se claro para o(a) meu(a) cliente como será possível ele(a) mudar.
26. O(a) meu(a) cliente e eu confiamos um no outro.
27. O(a) meu(a) cliente e eu temos ideias diferentes acerca de quais são os seus problemas.
28. A minha relação com o(a) meu(a) cliente é importante para ele(a).
29. Sinto que o(a) meu(a) cliente tem medo de que se disser ou fizer algo errado, eu deixe de trabalhar com ele(a).
30. O(a) meu(a) cliente e eu colaboramos na definição dos objetivos destas sessões.
31. O(a) meu(a) cliente está frustrado(a) com as coisas que eu peço para ele(a) fazer em terapia.

32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o(a) meu(a) cliente.
33. As coisas que fazemos em terapia não fazem muito sentido para o(a) meu(a) cliente.
34. O(a) meu(a) cliente não sabe o que esperar como resultado da terapia.
35. O(a) meu(a) cliente acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.
36. Eu respeito o(a) meu(a) cliente mesmo quando faz coisas que eu não aprovo.

ANEXO 2: Inventário de Sessão (IS)

NOME: _____ DATA: _____ SESSÃO: _____

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

Relação com o/a Terapeuta

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

Metas e Temas

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

Método ou Forma

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

Global (em geral)

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

Miller, S.; Duncan, B.; Johnson, L. (2002)

ANEXO 3: Inventário de Resultados (IR)

NOME: _____ DATA: _____ SESSÃO: _____

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

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

Individualmente:

(Bem-estar pessoal)

I-----I

Com outras pessoas:

(Família, relações próximas)

I-----I

Socialmente:

(Trabalho, Escola, Amizades)

I-----I

Global (em geral):

(Sentimento geral de bem-estar)

I-----I

Duncan, B.; Miller, S; Sparks, J.; Claud, D.; Reynolds, L.; Brown, J.; Johnson, L. (2003)