

Categorização de Comportamentos no Contexto Clínico: relato de uma experiência*

Graziela Freire Vieira^{1 2}

Paula Virgínia Oliveira Elias³

Ilma A. Goulart de Souza Britto⁴

Universidade Católica de Goiás

As técnicas de observação e registro são instrumentos de pesquisa importantes aos psicólogos e pesquisadores na obtenção de dados que aumentam a compreensão a respeito do comportamento sob investigação. Estes instrumentos vêm sendo utilizados ao longo da história. Darwin, em 1872, demonstrou o uso da observação comportamental quando publicou os resultados de suas pesquisas observacionais a respeito da expressão das emoções. Outros pesquisadores também fizeram uso destas técnicas, como Sidney W. Bijou, Karl Weick, dentre outros (Fagundes, 1985).

Kreppner (2001) relata que a utilização do método observacional com uso de gravações em vídeo promove a preservação da situação tal qual observada e permite que esta seja revista infinitamente durante o processo de análise. A partir dos anos 70, a metodologia observacional passou a não ser mais realizada apenas com o uso da observação direta e categorização pré-definida. Os pesquisadores passaram a categorizar e definir os comportamentos após observação dos registros realizados, por meio de gravações em vídeo. “Somente a câmera pode produzir um tipo de protocolo objetivo” (p. 98). Com este avanço a seleção prévia das categorias a serem registradas deixou de ser uma condição necessária para fazer boas observações.

A utilização do registro em vídeo como instrumento de coleta de dados tem se mostrado uma prática comum entre a maioria dos pesquisadores que fazem uso da metodologia observacional. Por ser visto e revisto, possibilita quantas análises forem necessárias, cada categoria pode ser elaborada e testada com base no material registrado. Possibilita, também, comparar as observações de um observador com as observações de outros, contribuindo assim, para a fidedignidade dos dados.

Estudos observacionais mostraram-se úteis como um potente instrumento para as investigações sobre a enfermidade. O estudo realizado por Starling (1999) com pacientes em situação pós-operatória no contexto hospitalar possibilitou o levantamento de categorias sobre o ‘episódio clínico pós-cirúrgico’ e subcategorias desse episódio, tais como: estado físico, alta hospitalar, estado psicológico, medicação, dor, relações com o médico, episódio cirúrgico, história clínica, profissionais, enfermagem, atendimento hospitalar e variáveis psicossociais, além de categorias e subcategorias sobre as ‘relações sociais’ e ‘vida cotidiana’.

Para investigar as classes de comportamentos da relação entre médicos e pacientes portadores do HIV no contexto ambulatorial, Fernandes e Britto (2005) construíram categorias da ação verbal e não-verbal facilitadora e não-facilitadora de adesão do médico e categorias de relatos indicativos e não-indicativos de adesão por parte dos pacientes ao tratamento. O estudo possibilitou levantar as categorias e subcategorias, a respeito de parte daquilo que o médico e paciente verbalizaram durante as sessões de atendimento.

Pesquisas direcionadas para a relação terapêutica, realizadas a partir do registro do que terapeutas-estagiários e clientes verbalizam durante sessões de atendimento, permitem elaborar um conjunto de categorias que descrevem as verbalizações do terapeuta de acordo com suas topografias e funções (Britto, Oliveira & Santos, 2003). O uso dos registros em vídeo

¹ Aluna de Graduação, *Lato Sensu e Stricto Sensu* em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás.

² As autoras agradecem à aluna Marylia Meireles pela ajuda na realização do teste de concordância.

³ Mestre em Psicologia e supervisora de graduação da primeira autora.

⁴ Doutora em Ciências Sociais e orientadora *Lato Sensu e Stricto Sensu* da primeira autora.

em clínica-escola de psicologia torna-se relevante para a formação do futuro profissional quando estagiários-terapeutas e supervisores registram e discutem seus atendimentos (Bueno, Aguiar, Silva, Passos & Moura, 2006).

A relação terapêutica

A relação terapêutica deve ser analisada como uma interação de mútua influência entre terapeutas e clientes. Nela o cliente tem a oportunidade de emitir comportamentos que lhe têm trazido problemas e, a partir da interação com o terapeuta, pode aprender formas mais efetiva de comportar-se (Meyer & Vermes, 2001; Prado e Meyer, 2004).

A relação terapêutica pode ter influência na efetividade dos diversos procedimentos utilizados para produzir mudanças no comportamento do cliente. Follette, Naugle e Callaghan (1996) relatam que o interessante na relação terapêutica é a obtenção de resultados eficazes na terapia analisando a relação entre terapeuta e cliente, e este aspecto se baseia mais na teoria de psicoterapia do que em fatos experimentais.

Kohleberg e Tsai (1991/2006) ressaltam que a reação do terapeuta é a consequência primária do comportamento do cliente, assim, numa sessão de terapia, o terapeuta deve estar atento aos comportamentos clinicamente relevantes do cliente que ocorrem durante a sessão, para que consiga emitir o reforço referente aos progressos conseguidos pelo mesmo. Estar consciente e atento aumenta a probabilidade de reações apropriadas do terapeuta.

Ferster, Culbertson e Boren (1978) esclarece que seria difícil determinar o quanto da terapia é governado pela teoria ou pela interação e descoberta com o cliente, posto que terapeuta e cliente modificam o comportamento um do outro enquanto interagem.

Skinner (1953/2000) descreve a importância de o terapeuta representar uma audiência não-punitiva, portanto, ele deve evitar o uso de punições, críticas ou objeções ao comportamento do cliente, evitar apontar erros de pronúncia, gramática ou lógica, e evitar qualquer sinal de incômodo quando o cliente, de alguma maneira, critica-o ou verbaliza palavras ofensivas. “Do ponto de vista do paciente, o terapeuta, em princípio, é apenas mais um membro de uma sociedade que tem exercido excessivo controle. É tarefa do terapeuta colocar-se em situação diferente.” (p. 403).

A literatura também mostra a importância do terapeuta analista do comportamento ter domínio dos pressupostos teórico-filosóficos da abordagem que fornece subsídios para sua análise e fornece significados às suas intervenções clínicas (Brandão, 2001). O terapeuta que faz uso dos princípios do comportamento oferece ao seu cliente um nível mais adequado de análise e dispõe de técnicas que lhe possibilitam compreender e descrever o comportamento de forma mais apropriada (Ferster, Culbertson & Boren, 1978).

Alguns autores procuraram identificar comportamentos do terapeuta, com relação à frequência de ocorrência, que causassem maior impacto no comportamento do cliente e definiram sete comportamentos do terapeuta como importantes, são eles: a) empatia (facilita a comunicação pessoal com paciente e o envolve mais no processo, desenvolvendo a confiança na terapia); b) apoio (que envolve comportamentos de aprovação, confirmação e reforçamento por parte do terapeuta); c) diretividade e controle (estão relacionados com a organização e andamento das sessões, além de encorajar o cliente a exibir algumas condutas dentro ou fora das sessões); d) questionamento (está presente na atividade terapêutica, já que o terapeuta precisa de informações sobre os fatos e explorar sentimentos); e) clarificação e estruturação (representam dar informações ao cliente a respeito do contexto da terapia); f) interpretação (refere-se ao terapeuta criar hipóteses sobre as relações causais, características de personalidade ou outros aspectos do cliente); e, por último, g) confrontação e crítica (têm o objetivo de identificar contradições no comportamento dos clientes e provocar a reestruturação destes) (Schaap, 1993, citado por Rangé, 1998).

Algumas propriedades dos comportamentos do terapeuta também favorecem a efetividade no processo terapêutico, como: a) responsividade (habilidade para oferecer atenção ao que o cliente tenta comunicar); b) imediatividade verbal (responder prontamente, atentamente e honestamente ao que está acontecendo no instante); c) habilidades verbais (perguntar, clarificar, parafrasear, resumir); d) competência lingüística (decodificar metáforas, usar metáforas, paradoxos); e e) uso criterioso do humor (Kleine, 1994, citado por Rangé, 1998).

Rimm e Masters (1983) afirmam que o terapeuta comportamental deve adaptar seu método de tratamento e empregar diferentes procedimentos, dependendo do problema do cliente. O clínico que tende a ver todos os problemas psicológicos como um conjunto de

estados ou processo comum interno, e acredita que estes estados são inconscientes, será menos propenso a conseguir interpretar a queixa apresentada pelo cliente como sendo seu real problema. Brown, O'Leary e Barlow (1999) complementam esta idéia quando sustentam que os terapeutas, além de possuir as qualidades já evidenciadas por outros autores, deveriam apresentar um firme treinamento das técnicas utilizadas na terapia e demonstrar habilidades para oferecer os componentes ativos destas técnicas.

Leahy (2001, citado por Falcone 2003) descreve outros fatores importantes encontrados nas práticas clínicas. Alguns terapeutas apresentam necessidade de perfeição e temem falhar. Dessa forma, eles podem se recusar a atender casos "difíceis" ou exigir cada vez mais do cliente, focalizando sua atenção para a eficiência do tempo, o que atrapalha a manifestação de empatia. Já outros, estão preocupados em excesso com o abandono do cliente, o que faz com que o terapeuta interaja na sessão de modo não-assertivo, evitando conteúdos difíceis durante a sessão ou deixando de confrontar comportamentos destrutivos do cliente.

De acordo com Guilhardi e Queiroz (2001), o terapeuta precisa discriminar as contingências em operação, que o torna consciente de seus comportamentos e sentimentos no processo terapêutico. Alguns conjuntos dessas contingências são apresentados pelos autores, como: o conhecimento teórico, procedimentos terapêuticos e modelos metodológicos do Behaviorismo Radical, que aparecem em forma de regras de atuação; a participação do terapeuta em grupos sócio-profissionais (outros terapeutas, pesquisadores) que mantém o terapeuta em contato com os procedimentos e métodos; e a análise que outro profissional da área faz de seu comportamento, podendo ser este processo chamado de terapia ou de supervisão.

Kohlenberg e Tsai (1991/2006) argumentam que o terapeuta deve ter também alguns cuidados no processo terapêutico. Diante de qualquer intervenção em andamento, é importante que o terapeuta sempre esteja atento ao que é melhor para o cliente naquele momento e em longo prazo. Além disso, ele deve estar atento ao nível atual de habilidades do cliente nas áreas que o mesmo esteja tentando modificar, sem estabelecer expectativas elevadas.

Banaco (2001) relata que o terapeuta se conhecer, se reconhecer, usar seus sentimentos como estímulos discriminativos é uma parte importante do processo terapêutico, assim como reforçar os comportamentos adequados do cliente. Sentimentos como ansiedade, medo, raiva, pena, inveja, admiração, tédio e empatia foram relatados como fatores presentes em alguns atendimentos realizados.

As habilidades do terapeuta, como observar sistematicamente, reforçar diferencialmente, solicitar e dar informações, comentar os conseqüentes, apontar comportamentos passíveis de extinção ou punição, modelar comportamentos adequados, orientar para a ação, para análise e mudança de contingência, propor questões que levem o cliente a observar e descrever seus comportamentos ao relacioná-los com o ambiente, dentre outras, devem ser objeto de pesquisa. Observar e descrever as sessões de atendimento deve fazer parte dos métodos de investigação do comportamento em contextos clínicos (Britto, *et al*, 2003; Elias & Britto, 2004; Fernandes & Britto, 2005; Bueno, *et al*, 2006).

Pesquisas apontam que terapeutas que apresentam altas freqüências de comportamentos não-verbais (balançar a cabeça em sinal de aprovação, sorrir, encurvar o corpo em direção ao cliente, manter contato visual) são melhores avaliados tanto pelos seus clientes quanto por observadores externos (Meyer & Vermes, 2001).

O presente trabalho teve como objetivo identificar categorias funcionais, a partir da análise dos comportamentos verbais e não-verbais, referentes à atuação de uma estagiária-terapeuta no contexto de clínica-escola de psicologia sob supervisão.

Método

Participante

Participaram deste estudo, uma díade cliente e estagiária-terapeuta, proveniente de uma clínica escola de psicologia de uma universidade particular. A cliente de 22 anos de idade, sexo feminino, solteira, 1º grau incompleto, desempregada e residia com a madrinha. A estagiária terapeuta, 23 de idade, solteira, cursando o estágio supervisionado em psicologia clínica, abordagem comportamental.

As queixas principais que levaram a cliente a buscar o atendimento terapêutico foram: dificuldades no relacionamento com a família, dificuldades de interação social (falta de

assertividade, dificuldades para fazer amigos, tomar decisões), vergonha por possuir uma prótese num dos olhos, insatisfação com a aparência, baixa auto-estima, timidez, ansiedade e medo de perder o controle.

A cliente relatou à estagiária-terapeuta que aos três anos de idade se submeteu a uma cirurgia que substituiu um olho com problemas por um olho de vidro. Alguns meses após este fato, seus pais se divorciaram. Tais eventos marcaram sua vida. Conseqüentemente passou parte da infância trabalhando com diferentes famílias na função de babá e sem remuneração.

Aos quinze anos se mudou para a casa de uma amiga. Iniciou trabalho remunerado como empregada doméstica ou acompanhante de idosos. Nesta época passou a freqüentar festas, quando conheceu seu primeiro namorado. Através do trabalho conheceu a madrinha que a batizou e a acolheu em sua casa.

Ambiente e Material

As observações e os registros em vídeo foram realizados em consultório padrão da clínica-escola. No consultório havia uma mesa, três cadeiras, duas poltronas, mesa de centro, tapete, armário, pia, quadros, iluminação, ventilação e acústica adequadas. O consultório foi equipado com uma câmera de vídeo instalada próximo à díade, conforme demonstra a Figura 1. Outros equipamentos utilizados foram: fitas VHS, computador, impressora, aparelho de TV, além de papel, canetas e lápis. Utilizou-se para o estudo, também, Folhas de Registro dos Comportamentos Verbais e Não-Verbais da Estagiária-Terapeuta, contendo cabeçalho e atividade a ser desenvolvida, data da observação e espaço para registro das categorias comportamentais.

Procedimento

Um documento de consentimento informado foi assinado. Neste documento foi pedida a autorização da cliente para o registro em vídeo das sessões e para a sua utilização em pesquisas. Este documento continha todos os esclarecimentos sobre as pessoas autorizadas a manusearem o material registrado, sobre o sigilo das informações e de qualquer tipo de identificação da cliente.

Foram registrados em vídeo dados referentes a sete sessões terapêuticas, sendo que as duas primeiras sessões foram descartadas, devido ao possível efeito intrusivo da filmadora. O tempo de gravação de cada sessão foi de uma hora, durante a fase de intervenção.

Procedeu-se a coleta de dados através de registro por amostragem de tempo, sendo utilizados, de cada fita, dez minutos escolhidos aleatoriamente entre o início e final da sessão.

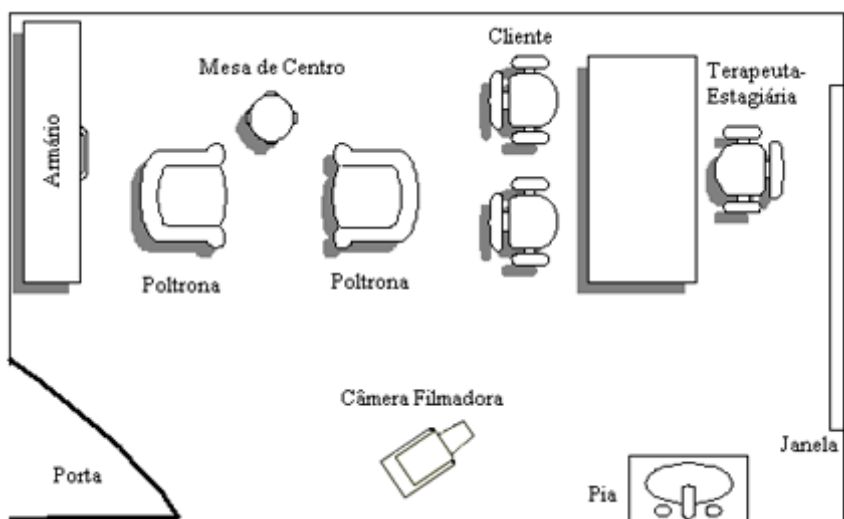


Figura 1: Representação esquemática do consultório utilizado na pesquisa.

As fitas eram reprisadas e os comportamentos registrados na Folha de Registro dos Comportamentos Verbais e Não Verbais da Estagiária-Terapeuta. Desse modo, foram registradas as categorias comportamentais em intervalos de 30 segundos num total de 10 minutos de cada fita, somando 50 minutos de observação e registros.

A seguir, foram selecionadas 6 categorias de comportamentos não-verbais (NV) e 6 de comportamentos verbais (V) da estagiária-terapeuta. A escolha das categorias foi realizada após todas as fitas terem sido assistidas. As categorias comportamentais foram selecionadas como categorias descritivas das ações da estagiária-terapeuta como possíveis agentes de mudança, no que diz respeito às formas como tais intervenções possam contribuir para levantar hipóteses acerca das variáveis envolvidas nos comportamentos relatados pela cliente.

Dessa forma, o presente estudo procurou levantar as verbalizações da estagiária-terapeuta à sua cliente e suas possíveis funções. Foi considerada uma verbalização as falas da estagiária-terapeuta entre a verbalização anterior da cliente e a verbalização seguinte desta. Procedeu-se a identificação das categorias quando da presença das verbalizações da estagiária-terapeuta à cliente, como descritas a seguir.

1. *Informar* (V1): verbalizações que informam sobre aspectos da terapia, temas abordados pela cliente ou conceitos da terapia comportamental. Tais verbalizações têm a função de alterar o conhecimento da cliente sobre os diversos assuntos abordados no processo terapêutico. Por exemplo, “Os terapeutas comportamentais ensinam aos seus clientes quando dizer não; a gente não quer alguma coisa e a pessoa nos oferece, temos o direito de dizer não”.

2. *Reforçar* (V2): verbalizações que reforçam o comportamento apropriado da cliente. Tais verbalizações têm a função de conseqüenciar o comportamento para aumentar a probabilidade de o comportamento reforçado voltar a ocorrer. Por exemplo, “Você fez tudo certo, ficou muito bom! Parabéns!”.

3. *Investigar* (V3): verbalizações que solicitam informações à cliente em forma interrogativa. Tais verbalizações têm a função de obter novas informações sobre a história narrada da cliente. Por exemplo, “... e os seus outros irmãos? Você tem contato com ele?” ou “Quando você acha que vai encontrar com ela de novo?”.

4. *Confrontar* (V4): verbalizações que demonstram relações entre eventos ou sobre questões abordadas pela cliente. Tais verbalizações têm a função de confrontar relatos anteriores da cliente. Por exemplo, “Hum ... O que será que aconteceu para ela não agir dessa forma com você?” ou “O que você pode falar para ela agora?”.

5. *Pedir feedback* (V5): verbalizações, em forma de perguntas, a respeito de compreensão ou incompreensão, aprovação ou desaprovação da cliente sobre questões em pauta. Tais verbalizações têm a função realimentar os comportamentos da estagiária-terapeuta sobre aspectos de sua intervenção. Por exemplo, “Você concorda ou não com as conclusões que chegamos?”.

6. *Falar frase curta* (V6): verbalizações mínimas que demonstram, ou não, entendimento. Tais verbalizações têm a função de promover a continuidade da verbalização da cliente. Por exemplo, “Hum hum... Ah, tá... Entendi...”.

Além das categorias de verbalizações da estagiária-terapeuta, foram consideradas, também, categorias dos comportamentos não-verbais. As categorias de comportamentos não-verbais da estagiária-terapeuta selecionadas e suas respectivas definições foram:

7. *Manter contato visual com a cliente* (NV1): o contato olho a olho foi definido como olhar direcionado a cliente na metade superior de seu rosto por um tempo mínimo de três segundos.

8. *Balançar a cabeça afirmativamente* (NV2): o balançar a cabeça afirmativamente foi definido como mover a cabeça para baixo e para cima em sinal de aprovação.

9. *Sorrir* (NV3): assumir expressão de alegria fazendo ligeira contração dos músculos faciais.

10. *Inclinar o corpo* (NV4): mover o corpo para frente em direção à cliente por um tempo mínimo de cinco segundos.

11. *Gesticular* (NV5): movimentos do corpo, da mão ou da cabeça para expressar-se ou acenar para a cliente.

12. *Levantar as Sobrancelhas* (NV6): mover as sobrancelhas rapidamente para cima e depois para baixo na posição original.

Após os registros dos dados, foi feita a análise quantitativa da frequência de ocorrência das categorias comportamentais selecionadas. Se houvesse dúvidas, as fitas eram reprisadas.

Para garantir o índice de fidedignidade dos dados, foi solicitada a colaboração de uma estagiária-terapeuta da equipe, para a realização do teste de concordância. Para o cálculo do índice foi utilizada a fórmula padrão: $[\text{Concordância}/(\text{Discordância} + \text{Concordância})] \times 100$. O percentual de fidedignidade foi calculado para as categorias e variou de 83% a 97%.

Resultados

Os dados obtidos no presente estudo serão apresentados em forma de frequência e percentual. Nas Tabelas 1 e 2 os resultados são apresentados separadamente para as

categorias de comportamentos verbais (V) e de comportamentos não-verbais (NV), durante as cinco sessões registradas em vídeo na fase de intervenção.

Os dados da Tabela 1 demonstram que entre todas as categorias V, a de 'Investigar' foi a que ocorreu com maior frequência (36,5%), seguida pela categoria 'Falar frase curta' que alcançou 31,9%. O percentual da categoria V 'Informar' foi 18,1%, 'Pedir *feedback*', 'Reforçar' e 'Confrontar' alcançaram percentuais aproximados, ficando entre 5,6%, 4,2% e 3,7%, respectivamente.

Tabela 1: Frequência e porcentagem das categorias de comportamentos verbais da estagiária-terapeuta.

Categorias	Vídeo 1	Vídeo 2	Vídeo 3	Vídeo 4	Vídeo 5	Total
Comportamentos Verbais (V)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)
<i>Informar</i>	17	18	19	06	04	64 (18,1)
<i>Reforçar</i>	14	01	00	00	00	15 (4,2)
<i>Investigar</i>	35	18	08	26	42	129 (36,5)
<i>Confrontar</i>	01	01	09	00	02	13 (3,7)
<i>Pedir feedback</i>	06	02	08	02	02	20 (5,6)
<i>Falar frase curta</i>	37	23	12	20	21	113 (31,9)
Total	110 (31,1)	63 (17,8)	56 (15,8)	54 (15,2)	71 (20,1)	354 (100)

Em relação aos vídeos das sessões, os dados demonstram que os registros no 'Vídeo 1' alcançaram o maior percentual de ocorrência das categorias de comportamento verbal (31,1%). O 'Vídeo 4' alcançou o menor percentual entre todos os V (15,2%). Nos demais vídeos os percentuais variaram entre 20,1% a 15,8%. Tais dados estão resumidos na Tabela 1.

Observa-se também que na Tabela 1, a categoria V 'Pedir *feedback*' variou (2 a 6) em suas ocorrências nos vídeos registrados. Outro dado demonstrado na mesma tabela refere-se ao 'Vídeo 3', em que na categoria 'Informar' foram registradas 19 ocorrências, enquanto na categoria 'Reforçar' não houve registro de ocorrência. Com relação aos 'Vídeo 4' e 'Vídeo 5' a categoria 'Reforçar' não apresentou nenhum registro de ocorrência, já a categoria 'Investigar' apresentou 26 e 42 ocorrências, respectivamente.

Os dados apresentados na Tabela 2 referem-se aos comportamentos não-verbais (NV) da estagiária-terapeuta durante as cinco sessões registradas em vídeo. As categorias NV 'Manter contato visual com a cliente' e 'Balançar a cabeça afirmativamente' alcançaram percentuais aproximados, 30,2% e 25,6% respectivamente. Já a categoria NV 'Inclinar o corpo' obteve 16,7% de ocorrência. 'Levantar as sobrancelhas e 'Sorrir' alcançou baixos percentuais, 8,4% e 6,5%, respectivamente.

Em relação aos vídeos, novamente foi o 'Vídeo 1' que alcançou o maior percentual entre todos de comportamentos NV (29,9%) e o 'Vídeo 4' alcançou o menor percentual entre todos os comportamentos NV (13%), conforme dados da Tabela 2.

A Tabela 2 mostra ainda que nos vídeos a categoria 'Manter contato Visual' apresentou frequência relativamente alta de ocorrências (39, 34, 35, 28, 26, respectivamente) seguida da categoria NV 'Balançar a cabeça afirmativamente' quando comparadas às outras categorias NV investigadas.

Tabela 2: Frequência e porcentagem das categorias de comportamentos não-verbais da estagiária-terapeuta.

Categorias	Vídeo 1	Vídeo 2	Vídeo 3	Vídeo 4	Vídeo 5	Total
Comportamentos Não-Verbais (NV)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)	F(%)

<i>Manter contato visual</i>	39	34	35	28	26	162 (30,2)
<i>Balançar a cabeça afirmativamente</i>	45	32	14	20	27	138 (25,6)
<i>Sorrir</i>	22	03	05	00	05	35 (6,5)
<i>Inclinar o corpo</i>	19	19	26	15	11	90 (16,7)
<i>Gesticular</i>	17	20	19	03	09	68 (12,6)
<i>Levantar as sobrancelhas</i>	19	11	08	04	03	45 (8,4)
Total	161 (29,9)	119 (22,1)	107 (19,9)	70 (13)	81 (15,1)	538 (100)

Quando as classes de comportamentos verbais e não-verbais da estagiária-terapeuta foram analisadas em relação ao total de frequências, os dados resumidos nas Tabelas 1 e 2 permitem outras análises: os comportamentos NV ocorreram mais frequentemente, 538 ocorrências, enquanto os V alcançaram 354 durante os 50 minutos registrados em vídeo, entre o início e final das sessões.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo observar os comportamentos verbais e não-verbais de uma estagiária-terapeuta que podem ser considerados possíveis agentes de mudança, em sessões realizadas em uma clínica-escola. Ressalta-se também a importância de estudar o comportamento humano em contextos clínicos.

Para descrever, definir e quantificar as categorias comportamentais foi utilizado o registro em vídeo como instrumento de coleta de dados. Optou-se, portanto, pelo uso deste tipo de registro, para posterior descrição das categorias de comportamentos da estagiária-terapeuta. Segundo Fagundes (1985), a observação comportamental é importante para os psicólogos pesquisadores, pois serve como um instrumento de trabalho para a obtenção de dados, que podem, entre outras coisas, ampliar nosso entendimento a respeito do comportamento sob investigação e ajudar no levantamento de hipóteses e estabelecimento de diagnósticos.

Os comportamentos apresentados pela cliente, também presentes nas filmagens, não foram foco de análise, mas sugere-se que estes dados possam ser quantificados e avaliados em próximos estudos.

Os dados apresentados nas tabelas demonstram que os comportamentos não-verbais ocorreram em maior número que os comportamentos verbais. Segundo Caballo (2003/2006) pesquisadores concluíram que os sinais visuais são recebidos de maneira mais confiável e precisa que os auditivos. Além disso, os sinais não-verbais também dinamizam a interação entre indivíduos, pois um sinaliza ao outro, com um olhar ou um balançar de cabeça, que é a sua vez de tomar a palavra.

A categoria 'Manter contato visual com a cliente' foi registrada em todos os registros em vídeos, o que parece demonstrar que a estagiária-terapeuta respondia atentamente a cliente. Caballo (2003/2006) descreve que o contato visual entre indivíduos é, normalmente, um sinal de envolvimento, enquanto desviar o olhar pode significar desejo de evitar contato.

Já com relação aos comportamentos verbais, observou-se que dentre eles, a categoria 'Investigar' obteve a maior ocorrência. Skinner (1953/2000) afirma que este é o primeiro de muitos passos que devem ser dados em um processo terapêutico. Com relação à relevância das investigações clínicas para coleta de dados, o terapeuta deve buscar informações a respeito da história de vida do cliente, sobre o comportamento que necessita ser alterado e sobre as circunstâncias nas quais este cliente está inserido.

Os dados referentes aos comportamentos não-verbais selecionados e alguns comportamentos verbais, como a categoria verbal 'Falar frase curta', indicam uma possível preocupação da estagiária-terapeuta em mostrar-se interessada e atenta às falas da cliente de forma reforçadora e não punitiva. Os outros comportamentos verbais selecionados podem indicar o interesse da estagiária-terapeuta em propiciar melhor engajamento da cliente na terapia, levando assim, a uma possível mudança dos comportamentos problema da cliente.

A ocorrência da categoria 'Reforçar' apresentou a menor frequência dentre as outras categorias presentes, porém, outras categorias podem ter apresentado, também, funções reforçadoras, como, por exemplo, 'Manter contato visual com a cliente', 'Balançar a cabeça afirmativamente', 'Sorrir' e 'Inclinar o corpo'. Skinner (1953/2000) explica que classificamos um evento como reforçador quando este aumenta a probabilidade de ocorrência de um operante.

Com a análise dos dados, observa-se que a estagiária-terapeuta parecia estar frequentemente focando sua ação para prestar informações à cliente. Nas sessões onde não foi registrada nenhuma ocorrência na categoria 'Reforçar', por exemplo, pode-se perceber que houve alta frequência de registro de outras categorias, como 'Informar' e 'Investigar'. Estas últimas categorias de comportamento, também, foram registradas no estudo de Fernandes (2005) a respeito da relação médico-paciente. Elias e Britto (2004) denominam a categoria 'Informar' como uma Categoria Funcional de Intervenção Educativa, que tem a função de informar ao cliente sobre pontos importantes a respeito da terapia nas primeiras sessões de atendimento ou ao longo do processo.

Os dados mostram que as ocorrências de comportamentos registrados no 'Vídeo 1' e no 'Vídeo 4' tiveram a maior e a menor frequência, respectivamente, tanto para os comportamentos verbais (V) quanto para aos comportamentos não-verbais (NV). Estes dados parecem demonstrar que durante a primeira sessão registrada em vídeo houve uma maior oportunidade para intervenções, isto é, para a emissão, por parte da estagiária-terapeuta, dos comportamentos selecionados, do que durante a quarta sessão. Deve ser observado que o processo terapêutico apresenta objetivos gerais e, também, o objetivos específicos conforme cada sessão.

De um modo geral, os dados mostram a importância da realização de estudos observacionais sobre os comportamentos de terapeutas em contexto clínico, como forma de evidenciar a ação destes como agentes produtores de mudança e demonstrar o impacto desta ação no processo terapêutico. O terapeuta deve agir de forma a propiciar condições de modificação dos comportamentos-problema dos clientes mostrando-se interessado e atento aos eventos do contexto clínico.

Referências

- Banaco, R. A. (2001). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta 2: experiências de vida. Em M. Delitti (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*. Vol. 2. (pp.167-174), Santo André: ESEtec.
- Brandão, M. Z .S. (2001). Os sentimentos na interação terapeuta-cliente como recurso para Análise Clínica, Em R. R. Kerbauy (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. Vol.05 (pp.217-223), Santo André: ESEtec.
- Bueno, G. N., Aguiar, F. A. L., Silva, A. S. T., Passos, U. C. & Moura, A. C. F. (2006). A prática profissional sob a ótica do método de observação direta. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguiar (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição. Expondo a variabilidade*. Vol 17, (pp. 204-221), Santo André: ESEtec.
- Britto, I. A. G. S., Oliveira, J. A., & Sousa, L. F. D. (2003). A relação terapêutica evidenciada através do método de observação direta. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5 (2), 139-149.
- Brown, T. A., O'Leary, T. A. & Barlow, D .H. (1999). Transtorno de ansiedade generalizada. Em D.H. Barlow (Org.), *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*, (pp. 161-216). Porto Alegre: Artmed.
- Caballo, V. E. (2006). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
- Elias, P. V. O. & Britto, I. A. G. S. (2004) Categorias funcionais de intervenção aplicadas em contextos terapêuticos. Em M. Z. S. Brandão, F.C.S. Conte, F.S. Brandão, Y. K.

- Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.). *Sobre Comportamento e Cognição: Contingências e Metacontingências: Contextos Socioverbais e o comportamento do terapeuta*. Vol. 13 (pp.424-237), Santo André: Esetec.
- Fagundes, A. J. F. M. (1985). *Descrição, definição e registro de comportamento*. São Paulo: Edicon.
- Fernandes, C. R. D. (2005). Atuação médica frente ao paciente portador de HIV no contexto ambulatorial. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação da Universidade Católica de Goiás.
- Fernandes, C. R. D., & Britto, I. A. G. S. (2005). Atuação médica frente ao paciente portador de HIV no contexto ambulatorial. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7 (2), 105-118.
- Ferster, C. B., Culbertson, S. & Boren, M. C. P. (1978). *Princípios do comportamento*. São Paulo: Hucitec
- Follette, W. C., Naugle, A. E. & Callaghan, G. M. (1996). *A Radical Behavioral Understanding of the Therapeutic Relationship in Effecting Change*. Retirado no dia 19/09/2006, do website <http://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/follette-naugle-callaghan.pdf>.
- Guilhardi, H. J. & Queiroz, P. B. P. S. (2001). A análise funcional no contexto terapêutico: o comportamento do terapeuta como foco de análise. Em M. Delitti (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*, Vol. 2. (pp.43-93). Santo André: ESEtec.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991/2006) *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESEtec.
- Kreppner, K. (2001). Sobre a maneira de produzir dados no estudo da interação social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (2), 97-107.
- Meyer, S. & Vermes, J. S. (2001). Relação Terapêutica. Em B. Rangé (org). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria*. (pp. 101-110). Porto Alegre: ARTMED.
- Prado, O. Z., & Meyer, S. (2004). Relação Terapêutica: a perspectiva comportamental, evidências e o Inventário de Aliança de Trabalho (WAI). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 6 (2), 201-209.
- Rangé, B. (1998). Relação Terapêutica. Em B. Rangé (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: de Transtornos Psiquiátricos* (pp.43-64). Campinas: Livro Pleno.
- Rimm, D. C., & Masters, J. C. (1983). *Terapia Comportamental: Técnicas e resultados experimentais*. São Paulo: Manole Ltda.
- Skinner, B. F. (1953/2000). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Starling, R. R. (1999). Observação direta e medidas do comportamento verbal nas investigações da enfermidade: um estudo piloto. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 1, (2), p. 107-124.