

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ALISSON FERREIRA LEPIENSKI

RELAÇÕES ENTRE UMA SUPERVISÃO EM PSICOTERAPIA ANALÍTICA  
FUNCIONAL E AS RESPOSTAS DE UMA TERAPEUTA E SUA CLIENTE EM  
SESSÃO

CURITIBA

2015

ALISSON FERREIRA LEPIENSKI

RELAÇÕES ENTRE UMA SUPERVISÃO EM PSICOTERAPIA ANALÍTICA  
FUNCIONAL E AS RESPOSTAS DE UMA TERAPEUTA E SUA CLIENTE EM  
SESSÃO

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para  
obtenção de grau de Mestre em Psicologia da  
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira

Linha de Pesquisa: Psicologia Clínica

O estudo contou com apoio financeiro da CAPES na  
modalidade bolsa.

CURITIBA

2015

Catálogo na publicação  
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Lepienski, Alisson Ferreira  
Relações entre uma supervisão em psicoterapia analítica funcional e as respostas de uma terapeuta e sua cliente em sessão. – Curitiba, 2015.  
118 f.

Orientador: Prof. Dra. Jocelaine Martins da Silveira

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da  
Universidade Federal do Paraná.

1. Psicoterapeutas - Supervisão. 2. Competências terapêuticas. 3.  
Psicoterapia analítica e funcional. I. Título.

CDD 616.8914



ALISSON FERREIRA LEPIENSKI

**“RELAÇÕES ENTRE UMA SUPERVISÃO EM PSICOTERAPIA ANALÍTICO FUNCIONAL E AS RESPOSTAS DA TERAPEUTA E DE SUA CLIENTE EM SESSÃO”**

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do Título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Psicologia, do Setor de Ciências Humanas da UFPR – Universidade Federal do Paraná, e aprovada (aprovada/reprovada) pela Banca Avaliadora abaixo assinada.

Prof.ª Dr.ª **Jocelaine Martins da Silveira**  
Universidade Federal do Paraná  
Professora orientadora

Prof.ª Dr.ª Prof.ª Dr.ª **Giovana Veloso Munhoz da Rocha**  
Universidade Tuiuti do Paraná  
Professora titular

Prof.ª Dr.ª **Ana Paula Viezzer Salvador**  
Universidade Federal do Paraná  
Professora titular

Curitiba, 17 de dezembro de 2015

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço aos meus pais, Claudio Henrique Lepiensi (in memoriam) e Dinair Ferreira Lepiensi, por sempre me apoiarem durante toda minha vida. Com vocês aprendi a ser o que sou hoje.*

*A minha irmã, Claudiane, por sempre estar do meu lado e me ajudar nos momentos mais difíceis de nossas vidas.*

*À Prof. Dra. Jocelaine Martins da Silveira, pela orientação e por toda a aprendizagem que você me proporcionou nesses cinco anos que trabalhamos juntos, seja na graduação ou no mestrado. Você sempre foi e sempre será um modelo para minha atuação como Psicólogo.*

*Aos professores e profissionais que passaram pela minha formação. Agradeço especialmente aos professores Alexandre Dittrich, Bruno Strapasson, Gabriel de Luca e Helder Gusso, por me fazerem ver a Psicologia da maneira que vejo hoje.*

*À banca de professoras doutoras Ana Paula Viezzer Salvador e Giovana Veloso Munhoz da Rocha, por se prestarem a ler minhas ideias e dados. Sempre acredito que suas críticas farão com que o meu trabalho se torne mais precioso.*

*A Tales Fernandes, por me ajudar na confecção dessa dissertação. Sua opinião e suas dicas permitiram que eu refinasse o presente trabalho.*

*Aos meus amigos de mestrado, Ana Paula Gumiela, Antonia Silva-Dias, Gabriela Martim, Luciana Tiemi Kurogi, Marcos Carvalho e Patricia Monteiro, por sofrerem junto comigo as etapas de uma Pós-Graduação. Acredito que o futuro de todos vocês será brilhante onde quer que estejam.*

*A Juliana Popovitz, mesmo muito longe da gente, que me ajudou com os instrumentos do estudo e com as análises estatísticas. Você me faz ter esperança de que psicólogos brasileiros e estatística poderão se dar bem algum dia.*

*Aos meus amigos Atanasio Lucero, Bruno Bianchi, Bruno Tonet, Juliano Weles, Marjorie Wanderley e Roberto Veloso, por terem me ajudado diretamente e indiretamente nesse trabalho. Discutir e me divertir com vocês me deu a energia necessária para continuar os esforços necessários para me tornar mestre.*

*À secretária do mestrado Mariângela e à bolsista sênior Conceição, que sempre foram muito prestativas na hora do desespero de prazos e formulários.*

*A André Borges, Gabriela de Carvalho e Paula Pilatti, por me auxiliarem em uma das partes mais trabalhosas desse trabalho.*

*Agradeço à CAPES pelo apoio financeiro.*

*Agradeço a todos que de alguma forma influenciaram nesse processo.*

## **Apresentação**

O presente trabalho partiu do interesse do autor em relação aos modos pelos quais alguém se torna terapeuta, em especial passando por supervisões em Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Antes de adentrar nesta questão, apresenta-se ao leitor um panorama geral da formação (seja ela continuada ou não) de terapeutas, destacando-se a importância da supervisão nesse processo (independentemente de linha teórica) e no tratamento adequado de pacientes em psicoterapia. Além disso, apresenta-se seus principais objetivos, os métodos utilizados e as dificuldades encontradas no seu estudo e em sua investigação científica. Esse panorama é comparado às tendências de Supervisão de Terapias Comportamentais, sejam elas clássicas ou contemporâneas. Ao discutir essas tendências, percebe-se o aumento do interesse dos Terapeutas Comportamentais de Terceira Onda em discutir variáveis do terapeuta que podem afetar a terapia e intervir sobre elas com técnicas das próprias psicoterapias em supervisão.

A literatura da FAP corrobora esta tendência e propõe que métodos de sua psicoterapia sejam aplicados em supervisão. Na presente dissertação, apresenta-se uma revisão de literatura sobre o tema e um relato de estudo que visou investigar alguns impasses da área. Os dados produzidos no presente trabalho são contrastados com as proposições da literatura e resultados obtidos por outros pesquisadores. Ao final, indica-se algumas observações aos supervisores em FAP e discute-se encaminhamentos para pesquisas futuras, tendo em vista o panorama específico da supervisão em FAP e o panorama geral das supervisões.

Lepienski, A. F. (2015). *Relações entre uma Supervisão Em Psicoterapia Analítica Funcional e as Respostas de uma Terapeuta e sua Cliente em Sessão*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná.

### Resumo

A supervisão clínica é um processo importante para o desenvolvimento do terapeuta e para o tratamento adequado do cliente, sendo definida como uma relação entre supervisor e supervisionando que tem como objetivo desenvolver as competências terapêuticas deste último. O supervisor pode utilizar diversos métodos e modelos de supervisão. Um dos modelos é o Baseado na Psicoterapia, no qual os objetivos e métodos da supervisão são baseados na própria psicoterapia a ser ensinada. As Terapias Comportamentais são variadas, havendo diferença nas competências terapêuticas necessárias para o tratamento dos clientes em cada estratégia. Especificamente, as Terapias Comportamentais de Terceira Onda enfatizam aspectos pessoais do terapeuta no processo terapêutico. Para lidar com estes aspectos, diversas abordagens desse movimento propõem que se utilize características e métodos de suas psicoterapias em supervisão. Devido à semelhança funcional entre o contexto de supervisão e da sessão clínica, a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) propõe que as respostas relevantes do terapeuta são generalizadas entre esses contextos e que a resposta contingente do supervisor ajuda a aumentar a competência terapêutica do supervisionando. Contudo, há poucos estudos que embasam o uso desse método. O presente estudo visou avaliar as relações entre as respostas do supervisor e do terapeuta em sessão. Realizou-se um estudo observacional no qual foram analisadas 12 sessões de psicoterapia de uma díade com a Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) e com os Códigos de Comportamentos Relevantes do Terapeuta (CCRT), instrumento criado para o estudo. Além disso, analisou-se oito sessões de supervisão da terapeuta para o caso com uma versão modificada da FAPRS para a supervisão (SFAPRS). A Frequência Relativa (Fr) dos códigos de cada instrumento em cada sessão e supervisão foi calculada. Os códigos específicos da FAP foram somados para encontrar a Fr de turns em FAP (FAP) e não-FAP (NFAP). Foi somada independentemente a Fr dos códigos específicos da FAP em supervisão (SFAP) e de códigos não específicos (SNFAP). Utilizou-se a inspeção visual de gráficos e a Correlação de Spearman para analisar os dados e verificar o efeito da supervisão em FAP e de outras respostas nesse contexto no comportamento da terapeuta em sessão. Após o início da supervisão, a terapeuta diminuiu a Fr de turns em que apresentou respostas inadequadas (T1), aumentou respostas adequadas (T2), apresentou respostas mais adequadas aos CRBs e apresentou maior aderência à FAP em sessão. A cliente, emitiu mais Comportamentos Clinicamente Relevantes (CRBs) e relatos sobre dificuldades e progressos no cotidiano (O1 e O2, respectivamente). Desde o início da supervisão, a terapeuta demonstrou comportamentos adequados (TRB2), com pouca emissão de comportamentos inadequados (TRB1) na relação com a supervisora. A Fr da SFAP apresentou correlação negativa relevante com respostas inadequadas da terapeuta aos CRBs (M) e T1s. A Fr da SNFAP teve correlações positivas com Respostas do Terapeuta a O1s (RO1), com T2s e negativa com Progresso Positivo do Terapeuta (TPR). Desse modo, os dados corroboraram parcialmente as proposições da supervisão em FAP apresentadas pela literatura na tríade estudada para aumento de competências terapêuticas. Discutiu-se aspectos metodológicos relevantes para estudos futuros. **Palavras-Chaves:** *Supervisão, Competências Terapêuticas, Psicoterapia Analítica Funcional.*

Lepienski, A. F. (2015). *Relations between a Functional Analytical Psychotherapy supervision and the Therapist's and Client's responses in session*. Master's Dissertation. Universidade Federal do Paraná.

### ABSTRACT

Clinical supervision is an important process to the therapist's development and to the client's adequate treatment. It can be defined as a relation between supervisor and supervisee which is used to develop the latter's therapeutic competence. The supervisor can use a variety of methods and models of supervision. One possible model of supervision is the Psychotherapy-Focused, in which supervision's objectives and methods are based on the taught psychotherapy itself. Behavior Therapies are diverse, existing differences in the therapeutic competences necessary to treat clients in each strategy. Specifically, the Third Wave Behavior Therapies focus on therapist's personal aspects in the therapeutic process. To deal with these aspects, many of this movement's approaches propose that characteristics and method of its own psychotherapy could be utilized in supervision. Because of the functional similarity between the context of supervision and clinical session, the Functional Analytic Psychotherapy (FAP) proposes that the therapist's relevant behavior is generalized between these contexts and that the supervisor's contingent response helps to develop the supervisee's clinical competence. This kind of intervention is considered to be the main aspect of the FAP Supervision. The present study's objective was to assess the relations between supervisor's responses and therapist's responses in session. An observational study was developed where 12 sessions of psychotherapy of a dyad were analyzed with the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS) and with the Therapist's Relevant Behavioral Codes (CCRT), an instrument created for this study. Also, eight supervisions were analyzed with a FAPRS modified version for supervision (SFAPRS). The relative frequencies (RF) of each instruments' codes was calculated. The FAP-specific codes were summed to find the RF of turns in FAP (FAP) and non-FAP (NFAP). The RF of FAPRS's FAP specific (SFAP) and non-specific (SNFAP) codes in supervision were summed independently. Visual Inspection of Graphics and Spearman Correlation were used to analyze the data. The therapist diminished the frequency of inadequate responses (T1), increased adequate responses to client's behavior (T2) and presented larger adherence to FAP in session. The client increased the emission of Clinical Relevant Behaviors (CRBs) and described more difficulties and progress in daily life (O1 and O2, respectively). Since the supervision's beginning, the therapist showed adequate responses (TRB2) and few inadequate responses (TRB1) in the relation with the supervisor. The SFAP's RF had a negative correlation with therapist's inadequate response to CRBs (M) and T1s. SNFAP had positive correlations with Therapist's Responses to O1s (RO1) and T2, and negative correlations with Therapist's Positive Session Progression (TPR). In that sense, the data corroborates partially the literature's propositions in the present triad. Methodological difficulties were discussed and discussions were presented to base future studies. **Keywords:** *Supervision, Therapeutic Competences, Functional Analytic Psychotherapy.*

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Definição e Objetivos da Supervisão Clínica</b> .....	5
<b>Métodos e Modelos de Supervisão</b> .....	9
<b>A Supervisão e a Primeira Onda de Terapias Comportamentais</b> .....	13
<b>A Supervisão e a Segunda Onda de Terapias Comportamentais</b> .....	16
<b>A Supervisão e a Terceira Onda de Terapias Comportamentais</b> .....	17
<b>Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e Supervisão</b> .....	20
<b>Estudos sobre Supervisão e Treinamento em FAP</b> .....	28
<b>Método</b> .....	34
<b>Participantes</b> .....	34
<b>Cliente</b> .....	34
<b>Terapeuta</b> .....	34
<b>Supervisora</b> .....	35
<b>Categorizadores</b> .....	35
<b>Categorizadores-Colaboradores</b> .....	36
<b>Categorizador-Pesquisador</b> .....	36
<b>Materiais</b> .....	36
<b>Local</b> .....	41
<b>Aspectos Éticos</b> .....	41
<b>Procedimentos</b> .....	41
<b>Cálculo de Concordância</b> .....	44
<b>Análise de Dados</b> .....	45
<b>Resultados e Discussão</b> .....	47
<b>Conclusões</b> .....	70
<b>Referências</b> .....	73
<b>Apêndices</b> .....	82

### Lista de Abreviaturas e Siglas

<b>ACT</b>	<i>Acceptance and Commitment Therapy</i> (Terapia de Aceitação e Compromisso)
<b>CCRT</b>	Categorias de Comportamentos Relevantes do Terapeuta
<b>CPR</b>	Progressão positiva da sessão do cliente (código da FAPRS)
<b>CRB</b>	Comportamento Clinicamente Relevante
<b>CRB1</b>	Comportamento Clinicamente Relevante 1 (problemas dentro da sessão) (código da FAPRS)
<b>CRB2</b>	Comportamento Clinicamente Relevante 2 (melhoras dentro da sessão) (código da FAPRS)
<b>CRB3</b>	Comportamento Clinicamente Relevante 3 (descrição de variáveis de controles relevantes) (código da FAPRS)
<b>DBT</b>	<i>Dialectical Behavior Therapy</i> (Terapia Comportamental Dialética)
<b>ERB</b>	Terapeuta Evoca um CRB do Cliente (código da FAPRS)
<b>ETRB</b>	Supervisor Evoca um Comportamento Relevante do Terapeuta (TRB) (código da SFAPRS)
<b>FAP</b>	<i>Functional Analytic Psychotherapy</i> (Psicoterapia Analítica Funcional) OU Índice obtido pela somatória das Frequências Relativas dos códigos CRB1, CRB2, CRB3, ERB e TCRB da FAPRS
<b>FAPRS</b>	<i>Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale</i>
<b>FC</b>	Terapeuta foca no cliente (código da SFAPRS)
<b>FIAT-Q</b>	<i>Functional Idiographic Assessment Template - Questionnaire</i>
<b>FIAT-T</b>	<i>Functional Idiographic Assessment Template - Therapist</i>
<b>FR</b>	Frequência Relativa
<b>IR</b>	Terapeuta se engaja em comportamentos neutros, que não são nem T1 nem T2 (conforme código da CCRT)
<b>M</b>	Terapeuta perde/não responde ao CRB1, ao CRB2 ou ao CRB3 (código da FAPRS)
<b>MBCT</b>	<i>Mindfulness Based Cognitive Therapy</i> (Terapia Cognitiva baseada em Mindfulness)
<b>NFAP</b>	Índice obtido pela somatória das Frequências Relativas dos códigos O1, O2, CPR, RO1, RO2, TPR e M da FAPRS
<b>O1</b>	Discussão de problemas Clínicos Fora da Relação Terapêutica (“CRB1s de fora”) (código da FAPRS)
<b>O2</b>	Discussão de Melhoras Clínicas Fora da Relação Terapêutica (“CRB2s de fora”) (código da FAPRS)
<b>RO1</b>	Terapeuta responde efetivamente a Discussões sobre problemas clínicos do cliente fora da relação terapêutica (a “CRB1s de fora”) (código da FAPRS)
<b>RO2</b>	Terapeuta responde efetivamente a Discussões sobre melhoras clínicas do cliente fora da relação terapêutica (a “CRB2s de fora”) (código da FAPRS)
<b>RT1</b>	Supervisor responde efetivamente a discussões sobre problemas do terapeuta fora da supervisão (código da SFAPRS)
<b>RT2</b>	Supervisor responde efetivamente a Discussões sobre melhoras do terapeuta em sessão (código da SFAPRS)
<b>SFAP</b>	Índice obtido pela somatória das Frequências Relativas dos códigos ETRB, STRB, RT1, RT2, ST1, ST2, TRB1, TRB2 e TRB3 da SFAPRS
<b>SFAPRS</b>	Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale adaptada à Supervisão
<b>SFC</b>	Supervisor foca no cliente (código da SFAPRS)
<b>SM</b>	Supervisor perde/não responde ao TRB1, ao TRB2 ou ao TRB3 (código da SFAPRS)

<b>SNFAP</b>	Índice obtido pela somatória das Frequências Relativas dos códigos SFC e FC da SFAPRS
<b>SPR</b>	Progresso de Sessão Positivo do Supervisor (código da SFAPRS)
<b>ST1</b>	Discussão de problemas do Terapeuta Fora da Relação de Supervisão (código da SFAPRS)
<b>ST2</b>	Discussão de Melhoras do Terapeuta Fora da Relação Terapêutica (código da SFAPRS)
<b>STPR</b>	Progressão positiva da supervisão do terapeuta (código da SFAPRS)
<b>STRB</b>	Supervisor responde efetivamente ao TRB1, TRB2 ou TRB3 (código da SFAPRS)
<b>T1</b>	Comportamentos Inadequados do Terapeuta ou Terapeuta se engaja em comportamentos-problema que dificultam o processo de FAP como descrito em sua formulação de caso (conforme código da CCRT)
<b>T2</b>	Comportamentos Adequados do Terapeuta ou Terapeuta se engaja em comportamentos de melhora que facilitam o processo de FAP como descrito em sua formulação de caso (conforme código da CCRT)
<b>TCRB</b>	Terapeuta responde efetivamente ao CRB1, CRB2 e CRB3 (código da FAPRS)
<b>TPR</b>	Progresso de Sessão Positivo do Terapeuta (código da FAPRS)
<b>TRB1</b>	Comportamento Relevante do Terapeuta 1 (problemas dentro da supervisão) (código da SFAPRS)
<b>TRB2</b>	Comportamento Relevante do Terapeuta 2 (melhoras dentro da supervisão) (código da SFAPRS)
<b>TRB3</b>	Comportamento Relevante do Terapeuta 3 (descrição de variáveis de controles relevantes) (código da SFAPRS)

## Lista de Apêndices

- Apêndice I**      Formulação De Caso Da Cliente
- Apêndice II**     Formulação De Caso Da Terapeuta
- Apêndice III**    Códigos da Escala de Categorização FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) para o Terapeuta
- Apêndice IV**    Códigos da Escala de Categorização FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) para o cliente
- Apêndice V**      FASIT (Versão de Questionário para Terapeuta) (Callaghan, 2006b)
- Apêndice VI**     Categorias de Comportamentos Relevantes do Terapeuta (CCRT)
- Apêndice VII**     Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Cliente)
- Apêndice VIII**    Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Terapeuta)
- Apêndice IX**    Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Supervisor)
- Apêndice X**      Frequência Absoluta e Relativa dos Códigos da FAPRS, da CCRT e da SFAPRS
- Apêndice XI**    Matriz de Correlação de Spearman entre Códigos da FAPRS, CCRT e SFAPRS

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1: Códigos do Supervisor Utilizados na Pesquisa .....</b>	<b>39</b>
<b>Tabela 2: Códigos do Terapeuta em Supervisão Utilizados na Pesquisa.....</b>	<b>40</b>
<b>Tabela 3: Distribuição temporal do processo de Terapia e de Supervisão .....</b>	<b>44</b>
<b>Tabela 4: Correlações entre Códigos da FAPRS, SFAPRS e CCRT .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabela 5: Frequência Absoluta e Relativa dos Códigos da FAPRS por Sessão.....</b>	<b>102</b>
<b>Tabela 6: Frequência Absoluta e Relativa da CCRT.....</b>	<b>102</b>
<b>Tabela 7: Frequência Absoluta e Relativa dos Códigos da SFAPRS por Supervisor ..</b>	<b>103</b>
<b>Tabela 8: Correlação de Spearman (<math>\rho</math>) entre Códigos da SFAPRS, CCRT e FAPRS (Terapeuta).....</b>	<b>104</b>
<b>Tabela 9: Correlação de Spearman (<math>\rho</math>) entre Códigos da SFAPRS, CCRT e FAPRS (Cliente).....</b>	<b>104</b>
<b>Tabela 10: Correlação de Spearman (<math>\rho</math>) entre Códigos da SFAPRS e Sessões FAP (FAP) e Não-FAP (NFAP).....</b>	<b>105</b>
<b>Tabela 11: Valor-p da Correlação de Spearman entre Códigos da SFAPRS, CCRT e FAPRS (Terapeuta) .....</b>	<b>105</b>
<b>Tabela 12: Valor-p da Correlação de Spearman entre Códigos da SFAPRS, CCRT e FAPRS (Cliente).....</b>	<b>106</b>
<b>Tabela 13: Valor-p da Correlação de Spearman entre Códigos da SFAPRS e Sessões FAP (FAP) e Não-FAP (NFAP) .....</b>	<b>106</b>

## Lista de Figuras

<b>Figura 1: Frequência Relativa de <i>Turns</i> dos códigos específicos da FAP (Cliente).....</b>	<b>48</b>
<b>Figura 2: Frequência Relativa de <i>Turns</i> dos códigos específicos da FAP.....</b>	<b>48</b>
<b>Figura 3: Frequência Relativa de <i>Turns</i> dos códigos inespecíficos da FAPRS (Cliente).....</b>	<b>51</b>
<b>Figura 4: Frequência Relativa de <i>Turns</i> dos códigos inespecíficos da FAPRS (Terapeuta).....</b>	<b>52</b>
<b>Figura 5: Frequência Relativa de <i>Turns</i> em FAP e em NFAP.....</b>	<b>53</b>
<b>Figura 6: Frequência Relativa dos Códigos de Comportamentos Relevantes do Terapeuta.....</b>	<b>54</b>
<b>Figura 7: Frequência Relativa de Códigos específicos da SFAPRS (Supervisora).....</b>	<b>56</b>
<b>Figura 8: Frequência Relativa de Códigos específicos da SFAPRS (Terapeuta).....</b>	<b>56</b>
<b>Figura 9: Frequência Relativa de <i>turns</i> em SFAP e SNFAP.....</b>	<b>58</b>

A Psicoterapia tem como objetivo modificar comportamentos problemáticos resultantes de contingências dispostas por outras Agências de Controle, fazendo-o por meio de procedimentos relativamente padronizados (Skinner, 1953/2007). Os procedimentos utilizados pelo psicoterapeuta devem ser pautados na Ciência Psicológica, nos princípios éticos e na legislação da profissão (Conselho Federal de Psicologia, 2005). As pesquisas em Psicologia Clínica buscam avaliar de maneira científica se determinados tratamentos e técnicas terapêuticas padronizadas promovem as mudanças necessárias a determinadas populações de clientes (Pomerantz, 2011).

Apesar dos achados destas pesquisas serem relevantes, há necessidade de se implementar e de se disseminar as evidências científicas da Psicologia Clínica em *settings* comunitários (Simons et al., 2010) e cotidianos do psicólogo clínico - ou seja, na prestação de serviços sem fins de pesquisa. Sholomskas, Syracuse-Siewerte, Rounsaville, Ball, Nuro e Carroll (2005) discutem que as evidências dos tratamentos da psicologia clínica se disseminam para a prática dos profissionais de saúde mental mais lentamente do que para outros tipos de tratamentos como, por exemplo, os farmacológicos. Além disso, questiona-se a preparação dos psicólogos clínicos em prover Tratamentos Baseados em Evidências Científicas (Barletta, Fonseca, & Delabrida, 2012; Mozdierz, Peluso, & Lisiecki, 2011).

A implementação adequada de tratamentos no contexto cotidiano pode ser influenciada por variáveis do terapeuta, do suporte organizacional (caso o terapeuta trabalhe para uma organização), do cliente e da qualidade do treinamento recebido pelo terapeuta (Beidas & Kendall, 2010). Ressalta-se que o treinamento recebido por terapeutas que atuam no cotidiano difere daquele recebido por terapeutas que participam de estudos clínicos de tratamentos baseados em evidências. Estes últimos, participam de *workshops* didáticos, treinamentos intensivos e supervisões de caso

(Sholomskas et al., 2005), o que pode limitar os resultados dos estudos em psicologia clínica a estes profissionais altamente treinados e com bom suporte para a implementação de práticas baseadas em pesquisa.

Dada a importância do treinamento na capacidade do terapeuta em prover tratamentos baseados em evidências, sua falta ou inadequação pode diminuir o acesso dos pacientes a tratamentos adequados e baseados nas melhores evidências científicas (Khanna & Kendall, 2015, Simons et al., 2010). Portanto, é necessário elaborar e avaliar modelos de treinamento de tratamentos psicológicos aplicados a contextos comunitários (Simons et al., 2010) e cotidianos para que os terapeutas recebam formação adequada e que os clientes se beneficiem dos achados de pesquisas em psicologia clínica.

A proposição da relevância e necessidade de estudos na área de treinamento de terapeutas não é recente, havendo pressão para que se demonstre a eficácia dos processos utilizados na formação de profissionais desde a década de 90 (Atkins & Christensen, 2001, Manring, Beitman, & Dewan, 2003). Apesar disto, esta demonstração muitas vezes não é clara, seja por causa das medidas e instrumentos utilizados (Decker, Jameson, & Naugle, 2011, Falender e Shafranske, 2012, Fairburn & Cooper, 2011, Manring, Beitman & Dewan, 2003), pela falta de rigor dos métodos de pesquisa ou pela utilização do treinamento como variável secundária de estudo (Atkins & Christensen, 2001).

Herschel, Kolko, Baumann e Davis (2010) avaliaram pesquisas disponíveis sobre diferentes tipos de treinamento de terapeutas, revisando 55 estudos sobre o tema. Os autores afirmam que apesar de diferentes métodos utilizados individualmente (como a leitura de manuais e *worskshops*) terem aumentado as habilidades dos

terapeutas, estes ganhos não se estenderam a longo prazo e não foram suficientes para a completa aquisição e implementação de tratamentos. Segundo os autores, a utilização de métodos múltiplos de treinamento aliados à supervisão ou à assessoria dos terapeutas apresentaram melhor efetividade na implementação de tratamentos. Nesse sentido, a supervisão é essencial ao desenvolvimento de habilidades de psicoterapia nos terapeutas iniciantes (Mozdzierz, Peluso, & Lisiecki, 2011) e ao desenvolvimento de novas competências de terapeutas experientes em novos tratamentos. De acordo com Herschell *et al.* (2010), os estudos em supervisão indicam que, dentre outras coisas, ela ajuda a aumentar o conhecimento e proficiência dos terapeutas em tratamentos complexos e que características do supervisor (como flexibilidade e *expertise* em um tratamento) influenciam a eficácia da supervisão.

A supervisão em psicologia clínica surgiu na relação de Sigmund Freud e Josef Breuer, na qual discutiram fenômenos clínicos observados em pacientes histéricas e desenvolveram juntos formulações conceituais para o entendimento de fenômenos psicológicos de suas clientes (Hess, 2008). Desde então, a supervisão é um dos processos centrais na formação continuada do terapeuta, pois é o meio primário pelo qual se perpetuam as tradições, práticas e cultura da psicoterapia (Watkins, 2012a), independentemente da linha teórica ou da proposta curricular adotada (Watkins & Scaturro, 2013).

A necessidade da prática supervisionada para a formação do psicólogo clínico é estabelecida tanto em aspectos científicos quanto em legais. No Brasil, o psicólogo deve passar por estágios supervisionados durante sua formação, como definido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia (Ministério da Educação, 2011). Os estágios supervisionados têm como função garantir a experiência e a competência mínima para a atividade profissional, sendo o

supervisor responsável por escolher, a partir de sua própria prática, como garantirá tais aprendizados (Barletta, Fonseca, & Delabrida, 2012). Além da responsabilidade pela competência técnica de seu supervisionando, o supervisor também deve manter a observância do aluno às diretrizes éticas da profissão (Conselho Federal de Psicologia, 2005), sendo muitas vezes o único que avalia as competências mínimas do supervisionando antes dele se cadastrar no órgão supervisor de classe (Falender & Shafranske, 2012). A supervisão, nesse sentido, exerce a função de “controle de qualidade” da psicoterapia dos terapeutas em treinamento em aspectos éticos e técnicos (Pretorius, 2006).

Para além do contexto de formação profissional, a supervisão é um importante fator na aplicação e efetividade de tratamentos psicoterápicos seja no contexto de formação profissional (Milne, Pilkington, Gracie & James, 2003; Ulian, 2002), de formação continuada (Beidas, Edmunds, Marcus, & Kendall, 2012; Moreira, 2003; Simons et al. 2010), de pesquisa (Roth, Pilling, & Turner, 2010) ou cotidiano (Sholomskas et al., 2005; Steel, Tarrrier, Stahl, & Wykes, 2012). Pode-se inferir, dessa maneira, que o resultado do tratamento psicoterápico pode envolver variáveis do terapeuta, do cliente e do supervisor.

O supervisor, por sua vez, tem sido cada vez mais chamado a se responsabilizar pelos resultados obtidos por seus supervisionandos (Watkins, 2012b). Supõe-se que os supervisores e as técnicas e métodos utilizados por eles variam em sua capacidade de guiar a atividade profissional do psicólogo clínico e, conseqüentemente, produzir mudanças no comportamento do cliente. Contudo, há poucos dados que avaliam a efetividade de diferentes métodos e técnicas de supervisão (Bitondi & Setem, 2007, Milne et al., 2003). Além disso, pesquisas sobre como a supervisão afeta o resultado obtido pelo cliente por meio da psicoterapia ainda são escassas (Freitas, 2002,

Holloway & Neufeldt, 1995, Milne, Reiser & Cliffe, 2013, Piccoloto & Piccoloto, 2014). Desse modo, apesar da importância da supervisão, o supervisor possui poucos dados de pesquisa para basear sua prática (Bitondi & Setem, 2007; Callaghan, 2006; Milne, Reiser, & Cliffe, 2013; Moreira, 2003; Rangé, Guilhardi, Kerbauy, Falcone, & Ingberman, 1998; Roth, Pilling, & Turner, 2010; Weerasekera, 2013), principalmente quando comparado ao número de estudos de tratamentos psicoterápicos (Fairburn & Cooper, 2011).

Tendo em vista a importância da supervisão para a formação do psicólogo (Barletta, Fonseca, & Delabrida, 2012, Conselho Federal de Psicologia, 2005, Falender & Shafranske, 2012, Ministério da Educação, 2011, Pretorius, 2006, Watkins, 2012b, Watkins & Scaturro, 2013), a sua popularidade como processo de formação (Watkins, 2012a), a sua relação com a eficácia de tratamentos (Roth, Pilling & Turner, 2010, Steel, Tarrier, Stahl & Wykes, 2012) e a falta de pesquisas que a liguem a benefícios dos clientes (Freitas, 2002, Holloway & Neufeldt, 1995, Milne, Reiser & Cliffe, 2013), destaca-se a necessidade de mais estudos em supervisão clínica que a relacionem com as mudanças do terapeuta e do cliente. Para a construção de um estudo sobre supervisão é necessário, primeiramente, definir suas características essenciais e os tipos de métodos e técnicas utilizados nela para que o objeto de estudo seja claramente definido.

### **Definição e Objetivos da Supervisão Clínica**

Contemporaneamente, Roth e Pilling (2008a) definem a supervisão como:

Uma relação formal, mas colaborativa, que acontece num contexto organizacional, que faz parte do treinamento geral do praticante e que é guiada por um tipo de contrato entre supervisor e supervisionandos. Espera-se que o supervisionando ofereça uma descrição honesta e aberta de seu trabalho e que o supervisor ofereça *feedback* e aconselhamento com o objetivo primário de facilitar o desenvolvimento das competências terapêuticas dos supervisionandos,

como também assegurar que suas práticas estejam em conformidade com os padrões éticos e profissionais atuais (p. 4).

A partir da definição dos autores, pode-se afirmar que a supervisão é um tipo específico de *relação*, estabelecida entre duas pessoas (supervisor e supervisionando/terapeuta). Essa relação tem como objetivo o *desenvolvimento das competências terapêuticas* do supervisionando, que devem estar em conformidade com os princípios éticos e profissionais do psicólogo. Para atingir tais objetivos, os autores sugerem que o *método* a ser utilizado seja o relato do supervisionando sobre seu trabalho, ao qual o supervisor dará seu *feedback* e aconselhamentos. A definição, contudo, não responde as seguintes perguntas: quais são as características do supervisor que o diferenciam de outros profissionais? Quais características da relação supervisor/supervisionando que a diferenciam de outras interações com objetivos de desenvolvimento de competências? Quais são as competências específicas do terapeuta a serem desenvolvidas? Existem outros métodos de supervisão utilizados para tal desenvolvimento além do *feedback* e do aconselhamento?

O supervisor diferencia-se de outros profissionais por ser competente na estratégia terapêutica a ser ensinada e pela capacidade de fazer com que os supervisionandos também se tornem competentes nela (Newman, 2010; Piccoloto & Piccoloto, 2014). Assim, o supervisor possui tanto competências terapêuticas quanto didáticas, o que o diferencia de terapeutas (que possuem funções/competências majoritariamente terapêuticas) e de professores (que possuem funções/competências majoritariamente didáticas). Ellis, Berger, Hanus, Ayala, Swords e Siembor (2014) afirmam que quando o supervisor não apresenta determinadas competências, a supervisão pode ser inadequada ou até mesmo causar danos ou traumas físicos, psicológicos e/ou emocionais nos supervisionandos.

A segunda pergunta questiona quais são as características diferenciais da relação supervisor/supervisionando, dado que diversas relações têm como objetivo a aprendizagem e mudança de determinadas respostas, como é o caso da relação professor/aluno e terapeuta/cliente. De acordo com Barreto e Barletta (2010), a relação de supervisão se distancia da relação professor/aluno, já que a relação entre o supervisor e o supervisionando é mais próxima, havendo maior exposição de vulnerabilidades e potencialidades. Apesar de tal exposição e contato mais próximo com o supervisor, o processo também se distancia de uma relação entre terapeuta/cliente, pois ela se foca em questões pessoais do cliente em diversos aspectos de sua vida (profissional, familiar, amoroso, etc.), enquanto a supervisão é limitada pelo objetivo de estabelecimento de competências clínicas do supervisionando (Barreto & Barletta, 2010).

Deve-se ressaltar que, a despeito dessas definições, ainda há uma ampla gama de possibilidades de tipos de interações entre supervisor/supervisionando com objetivo de promover competências terapêuticas. O supervisor pode, por exemplo, enfatizar a análise de caso do cliente, explicar princípios de uma técnica, analisar as próprias características do terapeuta que afetam o tratamento ou até mesmo analisar sua interação com o supervisionando. Fatores como características pessoais, linha teórica adotada, os objetivos específicos e o método de ensino influenciam nas qualidades da interação estabelecida (Barreto & Barletta, 2010; Campos, 1998).

A identificação e descrição das nuances da relação estabelecida entre supervisor e supervisionando é essencial para a compreensão de como a supervisão afeta o comportamento do terapeuta em sessão e em supervisão, pois o supervisionando responde ao que aconteceu durante a sessão que está relatando e também à relação estabelecida com o seu supervisor (Bitondi & Setem, 2007).

Portanto, a relação entre supervisor e terapeuta se diferencia de outras relações por sua proximidade e pelo objetivo estabelecido entre as partes. Essas delimitações, contudo, não impedem a diversidade de relações estabelecidas entre supervisores e terapeutas e que os supervisionandos respondam de maneira diferente a cada uma delas.

A terceira pergunta questiona quais são as competências que devem ser ensinadas ao terapeuta para que este consiga produzir mudanças adequadas nos comportamentos dos clientes, ou seja, questiona sobre os objetivos específicos da supervisão. Definir tais competências não é uma tarefa fácil (Manring, Beitman, & Dewan, 2003). Apesar de diferentes propostas generalistas existirem (Holloway & Neufeldt, 1995; Moreira, 2003, por exemplo), pode-se afirmar que existem competências genéricas a todas as psicoterapias (como a capacidade de formar uma aliança terapêutica ou seguir o Código de Ética) e competências específicas a aplicação de determinado tratamento (como aplicar a dessensibilização sistemática, da Terapia Comportamental ou a Associação Livre, da Psicanálise) (Roth & Pilling, 2008b). Assim, a supervisão tem como objetivo a aprendizagem de competências genéricas, de maneira geral, e específicas, de acordo com a abordagem trabalhada (Manring, Beitman, & Dewan, 2003).

As competências ensinadas podem transcender questões comportamentais (relativas à aplicação de uma técnica) ou cognitivas (relativas à compreensão de um caso a partir de um referencial teórico): competências emocionais também podem fazer parte da aprendizagem do supervisionando por sua importância para o desenvolvimento do tratamento adequado do cliente (como é o caso do conhecimento emocional necessário para o estabelecimento de uma aliança terapêutica e da regulação emocional perante clientes difíceis) (Hill, Sullivan, & Knox, 2007; Watkins & Scaturro, 2013). Determina-se a relevância dada a cada um desses fatores na supervisão pela

tradição de psicoterapia sendo ensinada. Desse modo, o supervisor priorizará diferentes tipos de competências de acordo com a estratégia que está ensinando.

Portanto, podemos definir a supervisão como um processo que visa a aprendizagem de habilidades terapêuticas pelo supervisionando, utilizando-se diversos métodos e técnicas para as promover. A supervisão demonstra diversidade de métodos e técnicas, sendo estes determinados por diversos fatores, como linha teórica adotada e objetivos estabelecidos. A seção a seguir visa descrever os principais métodos e modelos de supervisão.

### **Métodos e Modelos de Supervisão**

Weerasekera (2013) afirma que pouco se fala sobre quais são os métodos utilizados para realizar a supervisão e atingir os objetivos de promover a competência do terapeuta em tratamentos psicoterápicos. Apesar disso, a autora descreve quatro métodos de supervisão a partir da literatura: Discussão de caso (na qual o supervisionando leva o relato de sessão e o discute com o supervisor), Co-terapia (na qual o supervisor e supervisionando atuam juntos durante a sessão), Supervisão direta com feedback atrasado (na qual o feedback é dado em relação a uma gravação da sessão de terapia) e Supervisão ao vivo (na qual o supervisor assiste por um espelho o supervisionando atuar e dá feedback contingente por meio de um ponto no ouvido do terapeuta). Apesar dos diferentes métodos, a autora afirma que os três últimos métodos são pouco utilizados, demonstrando a hegemonia da Discussão de Caso como método de supervisão.

Tyler, Sloan e King (2000) realizaram um estudo, no qual observaram que os supervisores, em média, gastam mais tempo da supervisão em discussões de casos (42% do tempo). Métodos como assistir e ouvir gravações, por outro lado, foram

menos enfatizados (12% e 9% do tempo, respectivamente). Os autores também relataram que, algumas vezes, os supervisores exploram aspectos do próprio supervisionando em relação ao seu cliente, que chamaram de processos de “contratransferência” (4% do tempo da supervisão). Ao categorizar os supervisores por linha teórica, os autores perceberam que o tempo médio dispendido em relações a questões do próprio supervisionando foi menor no caso dos supervisores cognitivo-comportamentais (2,9%).

Propõe-se agrupar os métodos de supervisão em três grandes grupos: Discussão de Caso (na qual o terapeuta descreve seu atendimento e o supervisor oferece comentários e orientações), Treinamento de Habilidades Específicas do Terapeuta (no qual o supervisor modela ou dá *feedback* direto sobre a resposta do terapeuta) e Discussão e Intervenção em Variáveis do Terapeuta (no qual o supervisor discute e intervêm sobre aspectos pessoais do terapeuta, como emoções e pensamentos em relação ao cliente e ao supervisor). Deve-se pressupor, contudo, que cada um desses métodos produz efeitos diferentes no repertório do terapeuta. Sendo assim, é primordial estudar o efeito de cada um desses métodos para que, então, se possa orientar o trabalho do supervisor. Enquanto é possível estudar a supervisão a partir de exclusivamente métodos individuais (efeito do *role-play* na atuação do terapeuta, por exemplo), a supervisão em contexto cotidiano pode se utilizar dos três métodos para promover as competências do terapeuta (Tyler, Sloan, & King, 2000). Nota-se que a priorização de determinados métodos em detrimento de outros está relacionada às linhas de psicoterapia ensinadas e modelos de realizar supervisão (Herschell et al., 2010), como exemplificado por Tyler, Sloan & King (2000) no uso da contratransferência em supervisões de terapeutas cognitivo-comportamentais em relação a terapeutas de outras linhas.

Assim, é provável que cada estratégia psicoterápica possua uma abordagem específica de supervisão. Quando se guia os objetivos da supervisão e os métodos utilizados a partir da abordagem de psicoterapia ensinada, utiliza-se a “Abordagem Focada na Psicoterapia” (*psychotherapy-focused approach*) de supervisão (Watkins & Scaturro, 2013). De acordo com esta abordagem, diferentes formas de psicoterapias poderão ter diferentes formas e métodos de supervisão, dadas as diferentes pressuposições de cada linha psicoterápica. Como o supervisor deve ser competente tanto em habilidades terapêuticas quanto didáticas (Newman, 2010), a “Abordagem Focada na Psicoterapia” permite que métodos e fundamentos da própria psicoterapia sejam utilizados durante a supervisão para treinar habilidades específicas do terapeuta e para discutir e intervir em variáveis do terapeuta.

Farber (2012), por exemplo, afirma que a supervisão em Psicoterapia Humanística-Existencial se inicia com o supervisor tendo as mesmas atitudes com os seus supervisionandos que um terapeuta tem com o seu cliente (respeito pela individualidade, posição colaborativa, foco no processo experiencial, etc.). Isso faz com que o terapeuta experiencie a abordagem na qual está sendo supervisionado, observe um modelo de atuação adequado (o supervisor) e que questões pessoais que podem interferir em sua atuação sejam endereçadas. Nesse sentido, a delimitação da tradição psicoterápica a ser estudada é relevante em estudos de contextos naturais de supervisão, por delimitar as competências necessárias a serem ensinadas ao terapeuta (Manring, Beitman, & Dewan, 2003) e por permitir que o supervisor conduza a supervisão como usual em sua tradição, sem prescrições artificiais de métodos a serem utilizados.

Dado que o tipo de psicoterapia que está sendo ensinada durante a supervisão é importante na delimitação das competências a serem ensinadas (Manring, Beitman,

& Dewan, 2003), no tipo de relação estabelecida entre supervisor/supervisionando (Barreto & Barletta, 2010; Campos, 1998) e nos métodos tradicionalmente utilizados pelo supervisor (Herschell et al., 2010; Watkins & Scaturro, 2013), faz-se necessário delimitar a linha psicoterápica a ser pesquisada. Desse modo, é possível avaliar quais são os diferentes métodos utilizados em supervisão na linha, os dados empíricos embasam a utilização deles e quais são os principais efeitos no repertório do terapeuta.

O presente trabalho foca nas Terapias Comportamentais tendo em vista a relevância delas. Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis (2006) afirmam que o movimento de terapias comportamentais surge como uma tentativa de utilizar procedimentos científicos para avaliar e intervir em problemas de saúde e comportamentais, além de sistematizar tratamentos empiricamente validados. Segundo Hayes *et al.* (2006), as Terapias Comportamentais podem ser divididas em três ondas: Terapia Comportamental Clássica (que os autores designam como Primeira Onda), Terapia Cognitivo-Comportamental (Segunda Onda) e Abordagens Contemporâneas Contextualistas (Terceira Onda). Apesar dessa divisão fazer sentido no contexto americano, Vandenberghe (2011) argumenta que um movimento de terapias baseado nos princípios comportamentais descritos por B. F. Skinner, diferenciado e relativamente independente destas ondas surgiu concomitantemente no Brasil e foi denominado pelo autor de Terapias Analítico-Comportamentais. A supervisão em Terapia Analítico-Comportamental, contudo, não será abordada no presente estudo.

As Terapias Comportamentais são variadas, tendo enfoques em diferentes aspectos do repertório do cliente e de diferentes estratégias utilizadas pelo terapeuta (Vandenberghe, 2011). Considerando a Abordagem Focada na Psicoterapia (Watkins & Scaturro, 2013) e a proposição de que há modos diferentes de ensinar competências

específicas (Herschell *et al.*, 2010), é possível esperar que as diferentes estratégias de Terapias Comportamentais apresentem métodos e objetivos diferentes de supervisão. As seções a seguir visam discutir as possíveis mudanças ocorridas nos modos de supervisão das Terapias Comportamentais.

### **A Supervisão e a Primeira Onda de Terapias Comportamentais**

As Terapias Comportamentais de Primeira Onda ou Terapias Comportamentais Clássicas surgiram nos anos 50, como contraponto às psicoterapias até então estabelecidas, principalmente de caráter humanista e psicanalítico, primando pela descrição objetiva das técnicas utilizadas e pela verificação de seus resultados (Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011; Vandenberghe, 2007). Os terapeutas comportamentais utilizavam tanto princípios respondentes – mais utilizados em consultório, quanto operantes – mais utilizados em instituições e na Modificação do Comportamento (Michael, 1986, Vandenberghe, 2011). Nesse período, houve uma transferência dos processos de avaliação e de intervenção realizados em laboratório para a clínica, o que acabava por artificializar a relação terapeuta/cliente, dificultar o estabelecimento de um relacionamento genuíno entre ambos e prejudicar a análise de fatores não-específicos da terapia (Fernandes, Silveira & Popovitz, 2013, Kohlenberg, Bolling, Kanter, & Parker, 2002). Nesse momento, a ênfase do processo terapêutico estava na competência técnica do terapeuta.

Segundo Hess (2008), a supervisão comportamental se caracteriza pelo enfoque na maestria de habilidades específicas; mas, por outro lado, negligencia a formação da identidade do profissional em treinamento. Assim, haveria mais enfoque em discussões de caso e treinamento de habilidades específicas do terapeuta, ao invés de discussão e intervenção em variáveis do terapeuta. Contudo, esse último aspecto é, de acordo com o autor, apenas de ordem teórica, já que há um senso clínico, da relação

interpessoal, presente nas supervisões comportamentais. Buscou-se artigos sobre a supervisão em Terapias Comportamentais de Primeira Onda, mas foram encontrados poucos estudos da época que contrariam ou corroboram os apontamentos de Hess (2008). A seguir são discutidos alguns exemplos de artigos que tiveram como objetivo apresentar a Supervisão em Terapia Comportamental de Primeira Onda.

Em um artigo sobre centros de treinamentos de Terapia Comportamental nos Estados Unidos no início da década de 70, Edwards (1970) demonstra que muitos deles se utilizavam de seminários teóricos sobre princípios do comportamento e supervisão de casos, sendo possível encontrar, em alguns casos, visitas a alas psiquiátricas para observação de sistemas de economia de fichas. Apesar de não fornecer dados sobre os métodos específicos de supervisão, o artigo de Edwards (1970) indicou que a supervisão de casos foi muito comum no treinamento de terapeutas comportamentais desde então. As visitas a alas psiquiátricas podem demonstrar a importância dada para a aprendizagem de técnicas por modelos.

Levine e Tilker (1974) relatam que, em sua época, a supervisão dos doutorandos em Modificação do Comportamento se diferenciava consideravelmente das oferecidas por outras abordagens psicoterápicas. Levine e Tilker (1974) afirmam que a técnica mais eficiente na supervisão seria o *feedback* sobre o funcionamento do terapeuta e o oferecimento de modos alternativos de agir. Apesar dessa ênfase em análises do cliente e da técnica, os autores descrevem a necessidade de habilidades interpessoais do terapeuta, sendo usadas variadas técnicas, inclusive as utilizadas na intervenção com o cliente, para aperfeiçoar as habilidades do terapeuta.

Outros exemplos interessantes são as transcrições de trechos de supervisões de Joseph Wolpe, proeminente Terapeuta Comportamental de sua época (Wolpe, 1972a,

1972b, 1972c, 1973a, 1973b, 1973c, 1973d). Dentre as diferentes técnicas utilizadas pelo autor, estão: relatos de achados de sessão pelo supervisionando, discussões sobre aspectos filosóficos do processo terapêutico (como a existência de fatores extra-comportamentais), discussão de alocação de tempo entre técnicas na sessão, descrição de modos de agir (quando ligar para o paciente ou o que fazer quando ele tocar em determinado assunto, por exemplo), descrição de contingências relevantes à terapia (descrição das consequências do comportamento do terapeuta), questionamentos sobre posicionamentos do terapeuta, discussão sobre o posicionamento adequado do terapeuta em sessão, fatores que podem ter diminuído a confiança do cliente no terapeuta e escolha entre técnicas específicas (utilização do *flooding* ao invés de treinamento assertivo, por exemplo). Os sentimentos e pensamentos dos terapeutas, nessas transcrições, não eram focados, sendo utilizados apenas como guias de que uma determinada intervenção iria funcionar ou não. Assim, o supervisor parecia priorizar a discussão de caso em suas supervisões.

A exposição de Hess (2008), o artigo de Levine e Tilker (1974) e as supervisões de Wolpe (1972a, 1972b, 1972c, 1973a, 1973b, 1973c, 1973d) parecem evidenciar que a supervisão em Terapias Comportamentais reflete o momento histórico das próprias terapias: enquanto o enfoque da terapia é colocado sobre a técnica, como é o caso da Terapia Comportamental Clássica, as habilidades mais importantes a serem desenvolvidas estão relacionadas a uma análise técnica dos problemas do cliente e aplicação de determinadas técnicas (competências cognitivas e comportamentais). É interessante notar que, desde então, técnicas da própria Terapia foram utilizadas para melhorar o desempenho dos terapeutas (Levine & Tilker, 1974). Contudo, como as variáveis pessoais do terapeuta não parecem tão importantes, nem extensivamente discutidas, métodos de discussão de caso e treino de habilidades específicas do

Terapeuta seriam essenciais para o desenvolvimento do terapeuta na Primeira Onda. Enquanto isso, a discussão e intervenção sobre variáveis do terapeuta parece acessória.

### **A Supervisão e a Segunda Onda de Terapias Comportamentais**

Segundo Hayes (2004), a Terapia Cognitivo-Comportamental surge nos anos 70 devido à dificuldade dos terapeutas comportamentais em lidar com o comportamento verbal e com os processos ditos cognitivos dos clientes a partir de conceitos estritamente comportamentais. O autor afirma que para contornar tais dificuldades, os terapeutas cognitivo-comportamentais adotaram modelos mediacionais e construtos internos (como cognições, crenças enraizadas ou esquemas cognitivos) para explicar as emoções e comportamentos desadaptativos dos clientes. A técnica utilizada pelos terapeutas também mudou: da modificação direta de comportamentos inadequados para a modificação do conteúdo da cognição para influenciar as emoções e os comportamentos abertos (Hayes et al., 2011). Ao longo de seu desenvolvimento, a Terapia Cognitivo-Comportamental demonstrou evidências de suas técnicas serem efetivas no tratamento de pessoas com Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Depressão (Wright, Turkington, Kingdon, & Basco, 2010) entre outros transtornos psiquiátricos.

Como em outras abordagens psicoterápicas, os conhecimentos sobre o que torna um treinamento de terapeutas em TCC efetivo são limitados, seja pelo pequeno número de estudos existentes ou por falhas metodológicas nos estudos (Simons et al., 2010). O treinamento em Terapia Cognitivo-Comportamental ainda parece envolver, principalmente, a leitura de manuais sobre as técnicas a serem utilizadas, havendo poucos estudos sobre a sua supervisão (Reiser & Milne, 2012).

Apesar da falta de estudos, a supervisão em Terapia Cognitiva tem se utilizado de diversos aspectos presentes nas sessões de terapia, como o estabelecimento de uma agenda da supervisão, a sequência dos assuntos abordados (Barletta, FONSECA & Delabrida, 2011 *apud* Barletta, Fonseca, & Delabrida, 2012; Reiser & Milne, 2012) e as suas técnicas (como a reestruturação cognitiva e a formação de um ambiente acolhedor) para desenvolver as habilidades do terapeuta (Newman, 2010, Piccoloto & Piccoloto, 2014). De acordo com Piccoloto e Piccoloto (2014), isso é necessário pelo fato dos terapeutas, muitas vezes, terem de identificar se suas intuições sobre a relação terapêutica não são ativações de seus próprios esquemas mentais. Sugere-se que o mesmo também seja considerado sobre o supervisor: o terapeuta faz alguma distorção sobre o papel do supervisor? Ele o idealiza ou o despreza? Os autores sugerem que o supervisor também avalie as possíveis distorções que faz em relação ao seu supervisionando.

Assim, as supervisões dos terapeutas cognitivos também podem envolver a discussão e intervenção sobre variáveis do terapeuta (Pretorius, 2006) em adição à discussão de casos e treinamento de habilidades específicas do terapeuta. Contudo, devido aos poucos estudos nos métodos de treinamento da Terapia Cognitiva (Reiser & Milne, 2012), pouco pode-se dizer sobre a efetividade desse tipo de estratégia no desenvolvimento de competências do terapeuta cognitivo.

### **A Supervisão e a Terceira Onda de Terapias Comportamentais**

A Terapia Comportamental de Terceira Onda (ou ainda Análise Comportamental Clínica ou Abordagens Contemporâneas Contextualista), é um movimento contemporâneo de Terapia Comportamental que, em partes, retoma os princípios filosóficos do Behaviorismo Radical e científicos da Análise do

Comportamento, até então abandonados pelas Terapias de Segunda Onda (Dougher & Hayes, 2000). Autores como Melo (2014), por outro lado, se contrapõem à ligação do movimento a estas propostas filosóficas, afirmando que terapias com base em princípios cognitivistas também estariam incluídas em uma Terceira Onda de Terapias Comportamentais e Cognitivas. Hayes (2004) cita como exemplos de estratégias psicoterápicas de Terceira Onda a Terapia Comportamental Dialética (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT), a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), a Terapia Integrativa de Casais (*Integrative Behavioral Couples Therapy*), a Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT) e as Terapias Cognitivas Baseadas em Mindfulness (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*, MBCT).

As Terapias de Terceira Onda dão maior ênfase em fatores experienciais durante a sessão de psicoterapia, para que o cliente consiga ter um repertório comportamental flexível (Hayes, 2004, Hayes et al., 2011). Hayes *et al.* (2011) discutem que, de maneira geral, é possível definir três grandes grupos de objetivos das intervenções ligadas estas terapias: abertura à experiência emocional (por meio de métodos de aceitação, desprendimento, desfusão, regulação emocional, etc.), *awareness* (tomada de perspectiva, teoria da mente, entre outras) e ativação comportamental (motivação para mudar, valores, comprometimento).

Outro aspecto importante da Terceira Onda é o papel da relação terapêutica no tratamento. A ênfase na relação terapeuta e cliente faz com que as características do terapeuta, para além de suas habilidades técnicas, sejam essenciais para o sucesso de determinadas psicoterapias de Terceira Onda (Kohlenberg & Tsai, 2006). Nesse sentido, Hayes et al. (2011) sugerem que os processos psicológicos que geram sofrimento no cliente podem, também, interferir na prática do profissional. Dado que

diferentes estratégias de tratamento requerem diferentes tipos de treinamentos (Herschell et al., 2010), que muitas vezes a supervisão de um tratamento pode ser baseado em uma Abordagem Focada na Psicoterapia (Watkins & Scaturro, 2013) e que as variáveis do terapeuta ganham enfoque no tratamento (Kohlenberg & Tsai, 2006) é de se esperar que os diversos tratamentos existentes na Terceira Onda de Terapias Comportamentais tenham lidado de maneira diferente com as variáveis, o treinamento e a supervisão do terapeuta.

A DBT, por exemplo, preconiza o suporte do terapeuta por outros profissionais, que inclusive faz parte de seu protocolo de tratamento, devido às características dos pacientes atendidos (Linehan, 2010, Swales, 2010). Esse suporte, por sua vez, é feito da mesma maneira que o tratamento do paciente, ou seja, promovendo o pensamento e ação dialética do terapeuta (Linehan, 2010, Swales, 2010). Em outro exemplo, a ACT é uma psicoterapia que pressupõe que o terapeuta também está sujeito aos processos que podem causar sofrimento ao cliente (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). Esses processos, por sua vez, podem dificultar o terapeuta a exercer uma postura terapêutica que promova mudanças no cliente (Hayes, 2007; Luoma, Hayes, & Walser, 2007). Para lidar com essas dificuldades do terapeuta, estratégias utilizadas com os clientes em psicoterapia ACT podem ser utilizadas para a promoção de melhoras das competências terapêuticas (Follette & Baten, 2000; Luoma, Hayes, & Walser, 2007; Thompson, Luoma, Terry, LeJeune, Guinther, & Robb, no prelo; Walser, Karlin, Trockel, Mazina, & Taylor, 2013).

Sugere-se também que outras estratégias terapêuticas experienciais passam a ser utilizadas na supervisão de psicoterapias de outras abordagens, como é o caso da utilização da FAP na supervisão de ACT (Schoendorff, 2012). A FAP também é sugerida como método de supervisão por Sousa e Vandenberghe (2007) para

terapeutas que atendem pessoas com Transtorno de Personalidade *Borderline*. Dada a abrangência da FAP como método de supervisão para além da própria estratégia, são feitas considerações sobre sua supervisão a seguir.

### **Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e Supervisão**

A FAP é uma psicoterapia contemporânea que se alinha ao Behaviorismo Radical e à Análise do Comportamento, que utiliza como mecanismo de mudança a resposta contingente do terapeuta aos Comportamentos Clinicamente Relevantes (*Clinically Relevant Behaviors*, CRBs) do cliente (Kohlenberg & Tsai, 2006). A FAP, atualmente, está em processo de produção de pesquisas sobre sua validade clínica, apresentando algumas evidências de sua efetividade no tratamento de problemas comportamentais idiográficos (Landes, Kanter, Weeks, & Busch, 2013).

Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman e Loudon (2012) afirmam que para praticar FAP, o terapeuta deve ser capaz de:

(1) criar conceituações de caso analítico-comportamental, (2) entender CRBs como classes funcionais, não como topográficas, (3) identificar CRBs, (4) responder efetivamente a CRB1s, (5) evocar CRBs, (6) responder efetivamente a CRB2s, (7) expressar um repertório naturalmente reforçador de calor, de estabelecimento de confiança, de tomada de risco e de auto-revelação, (8) demonstrar consciência do impacto do reforçamento, (9) demonstrar consciência de T1s e T2s<sup>1</sup> e (10) prover interpretações informadas por análises funcionais e implementar estratégias de generalização (p. 119).

Tsai, Callaghan e Kohlenberg (2013) resumem estas informações, afirmando que é necessário que o terapeuta seja consciente (estar atento aos CRBs), corajoso (para evocar CRBs) e terapêuticamente amoroso (para responder contingencialmente aos CRBs), além de sugerirem que ele forneça interpretações orientadas pela análise funcional.

---

<sup>1</sup> T1's são comportamentos problema do Terapeuta que podem prejudicar o processo terapêutico. T2's são comportamentos do Terapeuta que ajudam a promover o processo terapêutico.

É interessante notar que os três primeiros comportamentos descritos por Tsai, Callaghan e Kohlenberg (2013) são bastante abrangentes, podendo apenas ser avaliados de acordo com uma formulação de caso específica do Terapeuta em sua relação com seu cliente. Ser consciente significa perceber possíveis CRBs do cliente, o que requer que o terapeuta observe os efeitos da resposta do cliente em sua própria experiência (Tsai, Kohlenberg, & Kanter, 2013). Para tanto, é necessário um repertório de observação emocional apurado. Assim, as emoções do terapeuta exercem função pivotal na prática da FAP: elas permitem que o terapeuta identifique os CRBs (Vandenberghe & Silveira, 2013) e os consequencie (Tsai, Callaghan & Kohlenberg, 2013).

Além de observar as próprias emoções, o terapeuta deve considerar se estas são produtos da relação com o cliente em si ou de uma história pessoal e de outros processos psicológicos que não são relevantes para o processo terapêutico (Vandenberghe & Silveira, 2013). Se for este o caso, as emoções do terapeuta podem dificultar a aplicação de estratégias potencialmente terapêuticas, o que requer intervenção adequada (Vandenberghe & Silveira, 2013).

Outra característica necessária para o terapeuta FAP é a coragem. Tsai, Callaghan e Kohlenberg (2013) afirmam que muitas vezes o terapeuta deve tomar riscos interpessoais na terapia para que possa evocar e consequenciar CRBs. O terapeuta pode, muitas vezes, ter de superar medos ou ansiedades em relação a si próprio para que consiga ajudar no crescimento do cliente, o que requer coragem. Como exemplo, pode-se citar o fato do terapeuta fazer uma auto revelação, evocar determinados CRBs com os quais não se sente confortável ou ainda o fato de ser autêntico com o cliente. Ser corajoso pode não ser facilmente observável em respostas simples ou apenas topográficas, havendo tanto aspectos públicos (como expressar

emoções), quanto privados (respostas emocionais de medo, por exemplo) nesta ação. Além disso, requer uma determinada disposição do terapeuta a atuar de maneira a sair de sua zona de conforto (Tsai, Callaghan & Kohlenberg, 2013; Tsai, Callaghan, et al. 2011). Por fim, o terapeuta também é chamado a cultivar “amor terapêutico” em relação ao seu cliente, ou seja, tenha sensibilidade apurada para as necessidades clientes para que possa ter uma resposta de compaixão, carinho e respeito ao cliente que promova melhoramentos em seu repertório e nos CRBs (Tsai, Callaghan & Kohlenberg, 2013, Tsai et al., 2011).

A FAP apresenta-se como uma terapia de cunho interpessoal, na qual o terapeuta utiliza procedimentos relativamente padronizados e, também, as próprias respostas pessoais ao comportamento do cliente para promover a melhora deste (Tsai, Callaghan, & Kohlenberg, 2013). Assim, o terapeuta FAP precisa de conhecimentos intelectuais, técnicos e emocionais, que compõem um repertório complexo e de difícil descrição topográfica, principalmente pela utilização de características pessoais e emoções do terapeuta em sua intervenção.

Tendo em vista esta complexidade, Kanter, Tsai, Holman, Koerner (2013) discutem que o treinamento em FAP visa tanto o desenvolvimento de conhecimento das linhas guia e princípios da estratégia, quanto as habilidades envolvidas com a tomada de risco corajosa e estratégica do terapeuta para a promoção da melhora do cliente. Apesar da amplitude e da dificuldade de definir as respostas envolvidas (em ser corajoso ou atento por exemplo), essas competências terapêuticas podem ser desenvolvidas, de acordo com Kanter *et al.* (2013), pela categorização de sessões de outro terapeuta, pela supervisão e por outras estratégias.

De acordo com Tsai, Callaghan et al. (2011), a supervisão em FAP tem dois objetivos. O primeiro é o desenvolvimento do conhecimento intelectual e de habilidades de pensamento crítico e conceitual dos supervisionandos. Os autores afirmam que esse desenvolvimento se dá de diversas formas, como por meio da modelagem, do fornecimento de instruções, do fornecimento de objetivos e de *feedbacks*. Esses métodos permitem que o supervisionando desenvolva um repertório verbal sobre os acontecimentos da terapia, o qual chamam de “saber que”, que pode ou não fazer com que o terapeuta aja habilidosamente dentro do contexto terapêutico. De acordo com a proposta anterior de métodos de supervisão, discussões de caso e treinamentos de habilidades específicas do terapeuta seriam utilizados para atingir este objetivo.

O segundo objetivo é o aumento do conhecimento emocional do supervisionando, que permite que o terapeuta perceba, evoque e fortaleça os CRBs. Os autores identificam esse conhecimento como “saber como”, um repertório modelado pelas consequências de seus comportamentos. De acordo Tsai *et al.* (2011), as diferenças entre “saber que” e “saber como” são essenciais, pois o terapeuta deve “saber que” um comportamento é relevante e deve “saber como” agir em relação a ele, o que envolve um contato direto com emoções e o impacto de suas ações. Por sua vez, isso envolveria a discussão e intervenção em variáveis do terapeuta.

Para Schoendorff (2012), o “saber que” requer dedicação, mas é simples de ser adquirido; o “saber como”, por outro lado, é mais difícil de ser adquirido e requer flexibilidade para se adaptar às situações. O desenvolvimento do “saber como” pode ser feito com o processo de supervisão e, possivelmente, pela utilização dos métodos da FAP de modelagem *in vivo* durante a supervisão, como indicado por alguns autores (Beckert, 2002; Sousa & Vandenberghe, 2007; Tsai, *et al.*, 2011, Wielenska & Oshiro,

2012). Tal aplicação é possibilitada pela similaridade entre a tarefa do supervisor e a tarefa do terapeuta. Vandenberghe (1997) afirma:

A tarefa do supervisor consiste em modificar, pela interação com seu supervisionando, o comportamento deste em situação outra que a de supervisão. É, pois, idêntica à do terapeuta, que tenta mudar, pela interação com seu cliente, o comportamento deste fora da situação terapêutica. Os tipos de intervenções e a dinâmica dos dois processos são análogos (p. 512)

Wielenska e Oshiro (2012) afirmam que a supervisão ocorre em um contexto interpessoal e, portanto, as interações serão evocativas para os comportamentos-problema do supervisionando que ocorrem com o seu cliente (T1s). Isso possibilita, para as autoras, que o supervisor modele comportamentos interpessoais mais efetivos (T2s) em seus supervisionandos por meio do relacionamento entre eles que serão transferidos para a sessão.

Desse modo, a literatura em FAP sugere que, quando adequado, o supervisor evoque e consequencie Comportamentos Relevantes do Terapeuta (como é o caso de Expressão de Sentimentos ou a Exposição de Vulnerabilidades) em supervisão, (Tsai, Callaghan, et al., 2011). Tal posicionamento também é compartilhado por outros autores (Beckert, 2002; Sousa & Vandenberghe, 2007, Wielenska & Oshiro, 2012). Nesse sentido, Callaghan (2006a) afirma que, assim como em uma sessão de FAP, a supervisão em FAP se caracteriza pela modificação do comportamento do supervisionado *in vivo* pela resposta contingente do supervisor.

Tsai *et al.* (2012) discutem que devido a essas características, a supervisão em FAP é uma relação interpessoal intensa entre supervisor e terapeuta, em que este último aprende pela exposição a esse tipo de interação. No mesmo sentido, Kohlenberg e Tsai (2006) afirmam que o enfoque da supervisão não se restringe às relações existentes entre terapeuta/cliente, ela volta a sua atenção para as interações entre

terapeuta/supervisor também. Para os autores, o papel da emoção na supervisão extrapola a relação supervisionando e cliente, sendo necessário o endereçamento das emoções contidas na relação supervisor/supervisionando:

(...) o relacionamento de supervisão pode ser um modelo do relacionamento terapeuta-cliente; ou seja, não só a relação supervisionando-cliente é o foco, mas existe prioridade também para o relacionamento entre supervisionando e supervisor. A natureza educacional da aflição traz dimensões adicionais ao relacionamento, e um compartilhar mútuo pode acontecer entre supervisor e supervisionando, que geralmente não seria possível, ou requerido, com o cliente (p. 216).

De acordo com os autores, portanto, o processo de supervisão é tanto didático, quanto vivencial.

As competências a serem ensinadas nesse tipo de supervisão, por sua vez, podem ser parecidas àquelas que são ensinadas ao cliente. Follette e Baten (2000) hipotetizam que a utilização da FAP como terapia não é efetiva caso o terapeuta demonstre déficits nas habilidades que são a queixa do cliente. Portanto, as autoras afirmam que muitas vezes é necessário que o terapeuta seja capaz de evocar, observar e expressar emoções, comportamentos que podem também ser foco do tratamento do cliente. As autoras concluem que as competências para lidar com emoções, que podem ser modeladas e desenvolvidas no processo de terapia do cliente, podem ser aprendidas pelo terapeuta no contexto natural da relação supervisor e supervisionando.

Pode-se afirmar que as Terapias Comportamentais de Terceira Onda possuem enfoque em questões que não foram tratadas extensivamente em Ondas anteriores de Terapias Comportamentais (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, & Giffors, 2004; Follette & Batten, 2000; Hayes et al., 2011; Hayes, 2004). A utilização de tais estratégias gera questionamentos sobre os meios pelos quais é possível aumentar a competência do terapeuta e sobre o papel de seus fatores pessoais no resultado do

cliente (Hayes, 2007; Kohlenberg & Tsai, 2006; Linehan, 2010; Luoma, Hayes, & Walser, 2007; Mairal, 2009; Swales, 2010; Vandenberghe, 2007; Vandenberghe & Silveira, 2013). Seguindo a lógica das proposições de Watkins e Scaturro (2013) sobre a Abordagem Focada na Psicoterapia de Supervisão e as proposições de Herschell *et al.* (2010) sobre as diferenças nos modos de ensino entre estratégias, é possível dizer que os modos de ensino e de supervisão das estratégias de Terceira Onda mudaram em relação às ondas anteriores por causa de seu objeto de ensino. Para promover as competências terapêuticas, diversos autores têm considerado que a aplicação de processos próprios da psicoterapia na supervisão e na consultoria podem ser estratégias benéficas (Beckert, 2002; Callaghan, 2006a; Follette & Baten, 2000; Kohlenberg & Tsai, 2006; Linehan, 2010, Luoma, Hayes, & Walser, 2007; Sousa & Vandenberghe, 2007; Thompson *et al.*, no prelo; Tsai, *et al.*, 2011; Vandenberghe, 2009; Vandenberghe, 1997; Wielenska & Oshiro, 2012). Isso aumentaria a utilização de estratégias de Discussão e Intervenção em Variáveis do Terapeuta, o que não era comum às Terapias Comportamentais até então, que priorizavam a Discussão de Caso e o Treinamento de Habilidades Específicas do Terapeuta (Hess, 2008, Tyler, Sloan, & King, 2000).

A literatura em FAP corrobora esse posicionamento. A proposição da estratégia terapêutica da FAP, o responder contingente ao CRB (Kohlenberg & Tsai, 2006) requer que o terapeuta supere a simples aplicação de técnicas e protocolos, tome consciência de seus próprios aspectos emocionais e pessoais e os utilize em sua intervenção (Kohlenberg & Tsai, 2006, Tsai, Callaghan, *et al.*, 2011, Tsai, Callaghan, & Kohlenberg, 2013). Isso faz com que se proponha que o treinamento e a supervisão não sejam focados apenas no repertório técnico do terapeuta em formação, mas também nos seus aspectos emocionais e pessoais (Schoendorff, 2012; Tsai, Callaghan,

*et al.*, 2011). A relação intensa construída pelo supervisor e supervisionando com bases nos princípios da própria psicoterapia é eleita como um dos veículos possíveis para promover tais competências do terapeuta, sendo possível evocar e modelar comportamentos relevantes para a terapia nessa relação (Beckert, 2002; Sousa & Vandenberghe, 2007; Tsai, Callaghan, Kohlenberg, Follete, & Darrow, 2011, Wielenska & Oshiro, 2012).

Portanto, a supervisão em FAP supõe que: haja generalização de respostas relevantes do terapeuta entre sessões e supervisões; o supervisor seja capaz de evocar essas respostas em supervisão; a resposta contingente do supervisor seja eficaz para modificar essas respostas do terapeuta em supervisão; as modificações das respostas realizadas em supervisão serão generalizadas para a sessão com o cliente; as modificações produzidas pela supervisão em FAP sejam relevantes para o processo terapêutico (Beckert, 2002; Sousa & Vandenberghe, 2007; Tsai et al., 2011, Wielenska & Oshiro, 2012). Tendo em vista que outros métodos de supervisão já são utilizados na FAP, pode-se inferir que os autores propõem que a utilização desse método é tão, ou mais, eficaz que a discussão de caso e treinamento de habilidades específicas do terapeuta para a promoção de competências terapêuticas.

As considerações anteriores correspondem a proposições de como devem ser feitas as supervisões na prática da FAP. Assim como a eficácia dos tratamentos psicoterápicos deve ser demonstrada mediante avaliação empírica, a validação de tais propostas de supervisão será obtida mediante a demonstração empírica de que tais métodos são efetivos na modificação do repertório do terapeuta (Bitondi, & Setem, 2007; Milne et al., 2003; Milne, Reiser & Cliffe, 2013). A seguir, relatam-se alguns estudos sobre estratégias de treinamento e supervisão de terapeutas FAP para verificar o caráter empírico das proposições anteriores.

## **Estudos sobre Supervisão e Treinamento em FAP**

Follette e Callaghan (1995) descrevem um treinamento de uma terapeuta FAP. Nele, foi utilizado *feedback* imediato em relação ao desempenho do terapeuta por meio de um estímulo visual (uma luz) controlado por um supervisor. Os autores utilizavam um painel luminoso, no qual o supervisor controlava um estímulo visual que subia ou descia de acordo com o desempenho do terapeuta. Caso o desempenho fosse adequado, a luz subiria, caso fosse inadequado, desceria. A terapeuta a qual foi exposta ao método afirmou que modificou o seu desempenho de acordo com o *feedback* do supervisor, mas relatou que, algumas vezes, não conseguiu identificar qual era o comportamento esperado dela. Apesar de utilizarem o método, os autores afirmam que, na época, não haviam coletado dados sobre a efetividade do método, tanto do comportamento do terapeuta, quanto do cliente.

Sousa e Vandenberghe (2007) descreveram a utilização da supervisão, de acordo com os princípios da FAP, de quatro terapeutas com clientes diagnosticados com Transtorno de Personalidade *Borderline*. As terapeutas participaram de sessões de supervisão mensais (de uma a duas horas de duração), nas quais dois comportamentos relevantes para a terapia foram enfocados pela supervisora: dar razão/esquiva experiencial e respostas de desespero. A supervisora utilizou diversas estratégias da FAP durante a supervisão, como validação de sentimentos e bloqueio de esquivas para lidar com tais comportamentos relevantes do terapeuta, obtendo modificações neles na terapia das clientes. Os autores concluíram que a FAP é um método viável para a supervisão de terapeutas que atendem clientes com Transtorno de Personalidade *Borderline*.

Silveira et al. (2009) realizaram um estudo com o delineamento A/B no qual um estudante do terceiro ano de psicologia foi supervisionado por 15 sessões.

Verificou-se as diferenças de efeitos entre uma supervisão descritiva e uma supervisão FAP nos comportamentos de observação do terapeuta de CRB em um de seus casos. Nas cinco primeiras supervisões, enfocou-se a descrição do cliente e a leitura de literatura relacionada com o problema dele. As outras 10 sessões seguiram as indicações da supervisão na modalidade FAP. Dentre as intervenções oferecidas, a supervisora indicou leituras didáticas, requereu o preenchimento do FIAT-T (*Functional Idiographic Assessment Template - Therapist*) e realizou análise e interpretações do comportamento do terapeuta no aqui-agora da supervisão.

Os resultados demonstraram que o supervisionando passou a ser mais acurado em suas anotações sobre CRB1s e sua frequência (em relação a anotações de categorizadores independentes). O mesmo, contudo, não ocorreu com a identificação de CRB2s. Não foram avaliados os efeitos da intervenção sobre o comportamento do cliente. Os autores, ainda, propuseram que o estudo seria mais preciso caso fosse possível utilizar a FAPRS (*Functional Analytical Psychotherapy Rating Scale*) para avaliar as modificações obtidas pela intervenção em outros comportamentos.

Os efeitos de uma intervenção específica de supervisão de terapeutas sobre os CRBs do cliente foram testados por Meurer (2011). A autora avaliou o efeito de *feedback* nos comportamentos do terapeuta e a sua posterior efetividade na modificação dos CRBs dos clientes. O delineamento utilizado foi caracterizado como A-B-A' em duas díades. A autora utilizou a FAPRS para categorizar a sessão dos terapeutas e fornecer *feedback* a eles. Apesar da fase de intervenção não apresentar efeitos nas respostas de Evocar Comportamentos Clinicamente Relevantes, verificou-se o aumento das respostas do terapeuta de responder ao CRB do cliente e diminuição de respostas ineficazes do terapeuta. Por sua vez, ambas as clientes apresentaram aumento nos comportamentos clinicamente relevantes, tanto relacionados a problemas

quanto a melhoras. Tal dado, contudo, não é negativo, já que o enfoque na relação (principal mecanismo de ação da FAP) aumenta o número de CRBs.

Wielenska e Oshiro (2012) descreveram duas experiências que tiveram com a supervisão de alunos da Universidade de São Paulo com a utilização da FAP. A primeira experiência foi realizada com alunos de uma especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental, na qual a primeira autora evocou e consequenciou os Comportamentos Clinicamente Relevantes dos Terapeutas durante a supervisão. O processo foi exemplificado por uma interação entre a supervisora e as terapeutas, na qual relataram quais foram os sentimentos delas em relação ao caso atendido. As autoras assumem que a interação na supervisão serviu de modelo para uma maior abertura emocional dos terapeutas durante a sessão e maior bloqueio de esquivas experienciais de seus clientes.

A segunda experiência relatada pelas autoras é relacionada com a introdução de um programa de Análise do Comportamento para residentes de Psiquiatria. Além de descreverem como a FAP foi introduzida no curso, relatam a experiência que tiveram com os alunos ao revelarem a eles como se sentiam em relação ao uso de celular durante os cursos. As autoras, novamente, julgaram a experiência como positiva. Avaliações empíricas das experiências relatadas ainda não foram conduzidas.

Kanter *et al.* (2013) realizaram uma pesquisa piloto na qual avaliaram um programa de treinamento de habilidades terapêuticas da FAP. Este treinamento foi realizado em oito encontros semanais por meio de videoconferências. Terapeutas de diferentes formações (n=16) e que buscaram treinamento em FAP foram alocados aleatoriamente em dois grupos de treinamento, sendo o primeiro composto por terapeutas que iriam começar o treinamento imediatamente e o segundo ficaria em lista

de espera. O treinamento foi conduzido por um líder e um co-líder com experiência em FAP, que utilizaram dentro da sessão de treinamento diversos exercícios em que os participantes foram encorajados a tomarem riscos de caráter interpessoal e prescreveram atividades para fora das sessões de treinamento. Dentre as intervenções utilizadas, foram citadas: a expressão emocional e honestidade do participante, *feedback* genuíno e reflexão, modelagem de responder e receber *feedback*, reflexão sobre riscos tomados na semana, discussão sobre áreas de esquivas, inventário de perdas pessoais e apreciação. A eficácia do treinamento foi avaliada pela *FAP Impact Scale* (FAPIS), respostas dos terapeutas a vinhetas que exigiam uma tomada de decisão e uma avaliação do curso. A FAPIS e a avaliação de vinhetas foram aplicadas em três momentos: antes do treinamento, após o treinamento do grupo 1 e após o treinamento do grupo 2. A partir da análise de variância (ANOVA), os pesquisadores encontraram uma diferença significativa entre as medidas utilizadas em ambos os grupos após o treinamento. Os terapeutas afirmaram que participar de um grupo que acolhesse e reforçasse a tomada de risco e a vulnerabilidade emocional foram aspectos importantes.

Kanter *et al.* (2013) afirmam que, apesar de ser uma pesquisa pioneira, ela ainda apresenta algumas deficiências. Dentre elas estão o fato de os terapeutas já se interessarem na estratégia, a falta de medidas diretas do comportamento do terapeuta com o cliente, apenas os efeitos imediatos do treinamento foram avaliados, o fato de o criador do treinamento ser o seu aplicador (o que pode impedir a generalidade do treinamento) e o fato de o treinamento ser online.

Desse modo, os estudos sobre a supervisão em FAP tomam um caráter descritivo das relações de supervisão sem avaliar sistematicamente os efeitos da supervisão sobre os comportamentos do terapeuta dentro da sessão (Wielenska, &

Oshiro, 2012), indicam a necessidade de desenvolvimentos metodológicos e de replicação dos estudos (Kanter et al., 2013, Silveira et al., 2009) ou ainda enfocam apenas na apresentação de *feedback* ao terapeuta (Meurer, 2011), em detrimento de intervenções na relação entre supervisor e supervisionando, como feito em Sousa e Vandenberghe (2009). Outros métodos utilizados, como o de Follette e Callaghan (1995) e de Kanter *et al.* (2013), se destacam no desenvolvimento de habilidades do terapeuta pela modelagem do comportamento durante a sessão e pelo treinamento de terapeutas em situações simuladas, sem considerar o processo de supervisão em si. Isto é, ainda há dúvidas quanto a supervisão em FAP, quanto a seus pressupostos básicos (nominalmente, a evocação/resposta contingente do supervisor e a generalização de repertórios entre a supervisão e a sessão clínica) e os efeitos de tais intervenções sobre o comportamento do terapeuta e, conseqüentemente, do cliente. Esse panorama não é diferente de outras psicoterapias, que apresentam dificuldades em medir os ganhos do terapeuta em sessão devido à falta de instrumentos e de utilizar métodos de pesquisa suficientemente rigorosos (Bitondi & Setem, 2007; Freitas, 2002; Holloway & Neufeldt, 1995; Milne, Reiser, & Cliffe, 2013; Milne et al., 2003; Piccoloto & Piccolotto, 2014)

A quantidade diminuta de pesquisas sobre supervisão na FAP pode estar relacionada a diversos fatores, como a relativa novidade da estratégia, as diferenças nos modos pelos quais os terapeutas são treinados (Callaghan, 2006a) ou ainda pela priorização de estudos que investigam os efeitos da psicoterapia, como ocorre em outras psicoterapias (Fairburn & Cooper, 2011). Ela não decorre, contudo, da falta de desenvolvimento de ferramentas para pesquisa na estratégia. Pesquisadores já elaboraram instrumentos para avaliar o desenvolvimento do terapeuta e seu efeito sobre o cliente. A *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS,

Callaghan & Follette, 2008), por exemplo, avalia a aderência e a competência do terapeuta em relação à FAP e as mudanças dos clientes em sessão (Weeks, Kanter, Bonow, Landes, & Bruschi, 2011) e a *Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists* (FASIT, Callaghan, 2006b), pode determinar quais são os Comportamentos Relevantes do Terapeuta em Sessão e em Supervisão (Ts e TRBs, respectivamente). Ao aliá-los, é possível utilizar os instrumentos para verificar a ocorrência de classes de respostas do terapeuta, tanto na sessão (Callaghan, 2006a), quanto, possivelmente, na própria supervisão, e seus efeitos no supervisor ou cliente. Tais instrumentos permitiriam avaliar a FAP como um método de supervisão e seus efeitos no comportamento dos terapeutas e dos clientes, o que apenas se tem feito parcialmente (Kanter et al., 2013; Meurer, 2011; Silveira et al., 2009; Sousa & Vandenberghe, 2009; Wielenska & Oshiro, 2012).

Dada a importância da supervisão, a proposta da utilização das técnicas terapêuticas no supervisionando (Barletta, Fonseca, & Delabrida, 2012; Conselho Federal de Psicologia, 2005; Falender & Shafranske, 2012; Ministério da Educação, 2011; Pretorius, 2006; Watkins, 2012b; Watkins & Scaturro, 2013), a crescente produção de evidências empíricas sobre a FAP e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação do processo em FAP, aumentam os questionamentos quanto ao efeito de um método de supervisão em FAP nos comportamentos relevantes do terapeuta em supervisão e em sessão.

### **Objetivo**

O presente estudo propôs-se avaliar relações entre os Comportamentos Relevantes de um terapeuta em sessão e na interação com seu supervisor, assim como é presumido pela literatura (Beckert, 2002; Sousa & Vandenberghe, 2007;

Vandenberghe, 1997; Wielenska & Oshiro, 2012). O estudo visou também relações entre as respostas contingentes do supervisor e respostas do terapeuta, como é proposto por diversos autores (Beckert, 2002; Sousa & Vandenberghe, 2007; Tsai et al., 2011, Wielenska & Oshiro, 2012).

## **Método**

### **Participantes**

Os participantes foram uma terapeuta, uma cliente e uma supervisora.

### **Cliente**

Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão para o cliente: expressar queixa de cunho interpessoal relevante para processo psicoterápico e para a FAP, ter mais de 18 anos, aceitar que suas sessões fossem filmadas e estar na fila de espera do Centro de Psicologia Aplicada de uma Universidade Pública na qual o estudo foi conduzido. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: apresentar transtornos psiquiátricos, fazer uso de medicação psiquiátrica e apresentar riscos de atentar contra a própria vida ou de agredir outros.

A cliente selecionada foi uma estudante de ensino superior com 18 anos ao início da pesquisa. Buscou atendimento no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade queixando-se de sentimento de desânimo e dificuldades em expressar emoções e opiniões. A cliente não apresentou diagnóstico psiquiátrico durante o processo nem fez uso de medicação. A formulação de caso da cliente é encontrada no Apêndice I. A cliente foi informada do tema pesquisado.

### **Terapeuta**

Estabeleceu-se como critério de inclusão para o terapeuta: ter mais de seis meses de experiência com psicoterapia, ler e compreender textos em língua inglesa, ter conhecimentos técnicos e conceituais sobre FAP, dispor-se a praticar FAP e aceitar

que suas sessões fossem filmadas. Estar em processo de psicoterapia foi estabelecido como critério de exclusão, dado o possível efeito deste processo nos comportamentos da terapeuta.

Selecionou-se uma terapeuta com 24 anos, formada em Psicologia há dois anos e meio e com um ano e meio de experiência como Psicoterapeuta. A terapeuta relatou já ter lido livros sobre a FAP, mas ter pouca experiência na aplicação da estratégia. A terapeuta não estava em Psicoterapia, nem em outro processo de supervisão para o caso. A terapeuta apresentou como dificuldade manter a cliente em assuntos emocionais. A formulação de caso da terapeuta é encontrada no Apêndice II. A terapeuta tinha conhecimento do tema estudado na pesquisa.

### **Supervisora**

A supervisora foi selecionada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: relatar ter mais de dois anos de prática clínica, demonstrar ter conhecimento e prática em FAP, ter prática anterior em supervisão e que aceitasse que suas supervisões fossem filmadas.

Selecionou-se uma Psicóloga de 28 anos formada há quatro anos, que atuava como Psicoterapeuta com uso da FAP desde então e como supervisora há um ano. A supervisora era especialista e mestre na área de Psicologia Clínica com enfoque em Análise Comportamental Clínica. A supervisora tinha conhecimento do tema estudado na pesquisa.

### **Categorizadores**

Participaram como colaboradores dois categorizadores da FAPRS. O pesquisador também foi responsável pelas categorizações.

### **Categorizadores-Colaboradores**

Foram estabelecidos como critérios de inclusão dos categorizadores: lerem e compreenderem textos em inglês, terem sido treinados na FAPRS, demonstrar ter conhecimentos sobre FAP e estar ao menos no terceiro ano do curso de Psicologia. Os categorizadores-colaboradores foram dois alunos do quinto ano do curso de Psicologia da Universidade em que o estudo foi conduzido. Eles foram selecionados após a realização do treinamento de utilização da FAPRS, no qual participaram voluntariamente. Ambos já haviam cursado a Psicologia e Saúde II B, que contém princípios da FAP no seu conteúdo programático.

### **Categorizador-Pesquisador**

O categorizador-pesquisador era formado em Psicologia há 2 anos e meio, atuando como psicoterapeuta desde então. Tinha experiência com pesquisa em FAP, tendo sido categorizador da FAPRS de outros dois estudos de mestradas de sua Orientadora.

### **Materiais**

Os materiais utilizados para presente pesquisa foram:

1. Uma filmadora e um gravador de áudio;
2. *Softwares R e Rstudio* (pacote “*psych*”);

O R é um *software* de livre acesso que é utilizado para análises estatísticas, sendo o Rstudio uma interface para tal programa. O pacote “*psych*” é uma extensão do *software R* que permite realizar análises estatísticas comuns em estudos de Psicologia, como a Correlação de Pearson.

3. *Functional Analytical Psychotherapy Rating Scale* (FAPRS)

A FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) é um instrumento de codificação de comportamentos que foi planejado para avaliar sessões de FAP. O instrumento propõe

que cada *turn* do processo de terapia seja necessariamente categorizado com um código. Considera-se um *turn* como o período de fala de um falante que está entre uma fala anterior e uma fala posterior do outro membro da díade (sem considerar falas com menos de duas palavras como “uhum” “sim” “entendo”). Exemplos de *turn* são expostos a seguir:

Cliente: Eu estava bem preocupada com o que estava acontecendo (Terapeuta: Uhum), porque ninguém tinha me explicado nada até aquele momento sabe (T: Sim) C: Mas o que eu poderia fazer naquele momento? (1°. *turn*)

T: Você acha que poderia ter feito alguma coisa? Porque nós já discutimos sobre isso antes (C: Sim...) sobre como você vai fazendo as coisas sem saber muito bem o que os outros querem. (2°. *turn*)

C: Não sei, não imagino nada que eu poderia ter feito. (3°. *turn*)

T: Você já esteve em situações parecidas que deram certo... (4°. *turn*)

O instrumento utiliza códigos específicos para os *turns* do terapeuta e para os *turns* do cliente, fazendo com que o categorizador considere a fala de cada um a partir da função apresentada e não de sua topografia. O instrumento instrui que todo *turn* deve ser categorizado.

Os códigos do terapeuta utilizados no presente trabalho, assim como suas definições propostas por Callaghan e Follette (2008), são apresentados no Apêndice III. Os códigos ERB, TRB e M representam os códigos específicos da FAP, pois consideram os mecanismos de ação da estratégia (evocação e consequenciação dos CRBs). Os outros códigos são considerados não-específicos, pois podem aparecer em outros tipos de tratamentos. Optou-se por unir os códigos TRB1, TRB2 e TRB3 em um código denominado TCRB e M1, M2 e M3 em um código denominado M. Essa

redução teve como objetivo simplificar os dados do terapeuta de acordo com sua adesão ao tratamento FAP.

Já os códigos utilizados para a cliente, conforme a descrição de Callaghan e Follette (2008) encontram-se no Apêndice IV. Os códigos CRB1, CRB2 e CRB3 são considerados códigos específicos da FAP, pois representam comportamentos relevantes do cliente que aparecem dentro da sessão e são passíveis de modelagem. Os outros códigos são considerados inespecíficos pois podem aparecer em outros tipos de tratamento.

#### 4. *Functional Analytical Psychotherapy Rating Scale* Adaptada à Supervisão (SFAPRS)

O autor adaptou os códigos da FAPRS para analisar as supervisões. Para tanto, utilizaram-se os mesmos princípios propostos por Callaghan e Follette (2008) para a categorização de Psicoterapia (regras para categorização de cada *turn*, foco uma função e não na topografia). Os códigos do terapeuta da FAPRS foram adaptados para o Supervisor e os códigos do cliente para o terapeuta. Além disso, foi necessário acrescentar um código para cada membro da díade para identificar quando terapeuta e supervisora discutiam sobre a cliente e técnicas utilizadas. Desse modo, foi possível separar quando supervisor e terapeuta falavam do terapeuta (ETRB, STRB, TRB1, TRB2, TRB3, ST1, ST2, RT1, RT2) e quando falavam da cliente e de técnicas (FC e SFC).

Os códigos utilizados para os *turns* do supervisor são expostos na Tabela 1:

**Tabela 1**  
Códigos do Supervisor Utilizados na Pesquisa

<b>Código</b>	<b>Nome inteiro do Código</b>	<b>Breve descrição</b>
<b>ETRB</b>	Supervisor Evoca um Comportamento Relevante do Terapeuta (TRB)	Supervisor evoca um comportamento relevante do terapeuta, seja ele TRB 1, 2 ou 3
<b>STRB</b>	Supervisor responde efetivamente ao TRB1, TRB2 ou TRB3	Supervisor responde ao problema, às melhoras ou à descrição do terapeuta de como diferentes variáveis de controle impactam o comportamento do terapeuta dentro da supervisão
<b>RT1</b>	Supervisor responde efetivamente a discussões sobre problemas do terapeuta fora da supervisão	Supervisor comenta sobre os comportamentos problema do terapeuta que ele descreve ter se engajado fora da supervisão.
<b>RT2</b>	Supervisor responde efetivamente a Discussões sobre melhoras do terapeuta em sessão	Supervisor prove reforçamento verbal em resposta ao terapeuta descrever melhoras comportamentais fora da supervisão.
<b>SPR</b>	Progresso de Sessão Positivo do Supervisor	Supervisor se engaja em comportamentos efetivos ou facilitadores de maneira geral
<b>SM</b>	Supervisor perde/não responde ao TRB1, ao TRB2 ou ao TRB3	Supervisor perde a oportunidade de responder a um TRB1; Supervisor não reforça uma instância do TRB2 do terapeuta ou uma aproximação razoável de um TRB2; ou Supervisor perde a oportunidade de responder a uma descrição de variáveis de controle importantes ou uma aproximação razoável do terapeuta.
<b>SFC</b>	Supervisor foca no cliente	Supervisor discute questões dos clientes e/ou propõe métodos para o terapeuta lidar com o cliente em sessão.

Já os códigos considerados para o terapeuta dentro de supervisão estão apresentados na Tabela 2:

**Tabela 2**

Códigos do Terapeuta em Supervisão Utilizados na Pesquisa

<b>Código</b>	<b>Nome Inteiro do Código</b>	<b>Breve descrição</b>
<b>TRB1</b>	Comportamento Relevante do Terapeuta 1 (problemas dentro da supervisão)	Terapeuta se engaja em comportamento problemático no contexto da relação de supervisão.
<b>TRB2</b>	Comportamento Relevante do Terapeuta 2 (melhoras dentro da supervisão)	Terapeuta se engaja em melhora comportamental no contexto da relação de supervisão
<b>TRB3</b>	Comportamento Relevante do Terapeuta 3 (descrição de variáveis de controles relevantes)	Terapeuta descreve como diferentes variáveis de controle impactam o comportamento do terapeuta e quando o terapeuta faz descrições funcionais.
<b>ST1</b>	Discussão de problemas do Terapeuta Fora da Relação de Supervisão	Terapeuta discute ou descreve comportamentos-problema que são foco da supervisão, mas que ocorrem em outras situações fora da supervisão
<b>ST2</b>	Discussão de Melhoras do Terapeuta Fora da Relação de Supervisão	Terapeuta discute ou descreve melhoras que são foco da supervisão, mas que ocorrem em outras situações fora da supervisão
<b>STPR</b>	Progressão positiva da supervisão do terapeuta	Terapeuta discute ou descreve problemas que ocorrem em situações fora da relação de supervisão ou clarifica ou dá contexto sobre problemas
<b>FC</b>	Terapeuta foca no cliente	Terapeuta descreve variáveis do cliente e/ou discute métodos para lidar com o cliente em sessão

## 5. The Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists: The FASIT System

O FASIT (Callaghan, 2006b) é um instrumento que busca avaliar as Competências Interpessoais do terapeuta em cinco domínio diferentes (Assertão de Necessidades, Comunicação Bi-direcional, Conflito, Abertura e Proximidade Interpessoal e Experiência Emocional e Expressão), que podem ou não ser foco do processo de supervisão do terapeuta. Uma das suas possibilidades de aplicação é por meio de um questionário destinado ao terapeuta denominado *Therapist Self-Assessment Questions* (Questões de auto-avaliação do terapeuta). O questionário foi

utilizado para ajudar na formulação de caso do terapeuta de uma maneira qualitativa. O questionário é apresentado em inglês no Apêndice V.

#### 6. Categorias de Comportamentos Relevantes do Terapeuta (CCRT)

Categorias de comportamento foram criadas pelo autor para avaliar a ocorrência de T1s e T2s do terapeuta, de acordo com sua formulação de caso, durante a sessão de terapia. Foi necessário criar esse instrumento tendo em vista que a FAPRS é um instrumento genérico para terapeutas, não indicando de maneira clara se os comportamentos emitidos são adequados (T1s) ou inadequados (T2s) em relação à formulação de caso do terapeuta.

Os T1s e T2s são definidos a partir da formulação de caso da terapeuta (Apêndice II). As categorias (descritas no Apêndice VI) foram utilizadas para categorizar as falas do terapeuta em adição à FAPRS. Assim, cada *turn* do terapeuta teve um código da FAPRS e um código das CCRT. Todos os *turns* do terapeuta em sessão foram categorizados de acordo com sua função.

#### **Local**

Os atendimentos foram realizados no Centro de Psicologia Aplicada da referida universidade. Ele é um centro que provê à comunidade serviços psicológicos, incluindo tratamento psicoterápico. A instalação também foi utilizada para supervisão.

#### **Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa e suas emendas foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Paraná (Parecer CEP/SD-PB no. 980 960, CAAE 25373913.7.0000.0102).

#### **Procedimentos**

Os colaboradores foram recrutados a partir de um treinamento para utilização da FAPRS por alunos da graduação. O treinamento foi promovido pelo pesquisador,

sendo divulgado durante as aulas de Psicologia e Saúde IIB. O treinamento teve carga horária total de 12 horas e consistiu na leitura do manual do instrumento (em inglês, com tradução lida pelos ministrantes), discussão e exposição de seus princípios e a categorização de trechos de sessões de FAP presentes na literatura com posterior *feedback* e correção do treinador. Após o fim do treinamento, os categorizadores foram selecionados de acordo com seu interesse pela pesquisa e pelo desempenho no treinamento.

Iniciou-se o recrutamento do cliente pela obtenção da lista de espera do Centro de Psicologia Aplicada de uma Universidade Pública onde se realizou o estudo. Após isso, o pesquisador ligou para os clientes de acordo com a ordem alfabética e a disponibilidade de horários para atendimento, pediu uma breve descrição dos motivos que os levou a buscar atendimento psicológico e convidou os clientes para uma entrevista inicial no local de pesquisa. Caso o cliente aceitasse participar da pesquisa e se adequasse aos critérios de inclusão, ele era selecionado como participante. Excluiu-se os clientes que não apresentavam dificuldades interpessoais.

A terapeuta e a supervisora selecionadas faziam parte dos contatos do pesquisador e foram convidadas a participar da pesquisa. Ambas foram encorajadas a utilizar a FAP em sua prática (na sessão e na supervisão) quando julgassem adequado. A terapeuta preencheu o FASIT, em inglês, antes do início das sessões.

Após a seleção da terapeuta e da cliente, o pesquisador as reuniu para explicar o processo de pesquisa e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices VII e VIII). Realizaram-se e gravaram-se as sessões semanalmente. Caso a cliente faltasse, a sessão era feita na semana seguinte. As sessões deixaram de ser filmadas após o término de 12 sessões previstas para pesquisa. A cliente e a terapeuta

deram continuidade ao tratamento após a coleta de dados. Após o término das sessões, o pesquisador coletou os arquivos de vídeo ou de áudio.

A terapeuta dedicou as primeiras quatro sessões para a formulação de caso, criação de vínculo terapêutico e intervenções. Após esse período, a terapeuta enviou a formulação de caso ao pesquisador, que deu opiniões na forma de descrever alguns problemas. A terapeuta acatou as modificações. A formulação de caso é apresentada no Apêndice (I) e foi utilizada para a categorização pela FAPRS.

Após a quarta sessão de atendimento, foi dado início às supervisões, feitas um dia após o atendimento. Na primeira supervisão, o pesquisador apresentou a terapeuta à supervisora e coletou a assinatura desta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IX). Posteriormente disponibilizou-se ao pesquisador as gravações das supervisões. Após duas supervisões, a supervisora apresentou uma formulação de caso da terapeuta de acordo com suas observações e os dados obtidos pela FASIT. O pesquisador revisou e aceitou a formulação de caso. Após a finalização da coleta de dados, categorizaram-se as sessões e supervisões.

A relação temporal das supervisões e das sessões é apresentada na Tabela 3. Apresenta-se também o categorizador responsável por cada sessão. O categorizador-pesquisador categorizou a maioria das sessões, tendo em vista a disponibilidade de transcrições de sessão (categorizadores C1 e C2 apenas categorizaram sessões transcritas) e de tempo.

**Tabela 3**

Distribuição temporal do processo de Terapia e de Supervisão

Semana	Sessão	Supervisão	Categorizador da Sessão	Categorizador da Supervisão
1	1 <sup>a</sup>		C2	
2				
3	2 <sup>a</sup>		C1	
4	3 <sup>a</sup>		C2	
5				
6	4 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup> .	CP	CP
7				
8	5 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup> .	CP	CP
9	6 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup> .	C1	CP
10	7 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup> .	CP	CP
11				
12	8 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup> .	CP	CP
13	9 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup> .	CP	CP
14				
15	10 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup> .	CP	CP
16	11 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup> .	CP	CP
17	12 <sup>a</sup>			

Nota. C1 = Primeiro Categorizador; C2 = Segundo Categorizador; CP = Categorizador-Pesquisador

### Cálculo de Concordância

Antes de dar início à categorização, calculou-se o Kappa ( $k$ ) entre os categorizadores e o categorizador-pesquisador em relação à FAPRS. O pesquisador proveu a ambos a formulação de caso da cliente, a transcrição da quinta sessão de terapia e a categorização dos primeiros 20 minutos desta sessão feita pelo pesquisador e por sua orientadora. Pediu-se que eles categorizassem os minutos restantes da sessão (51 minutos). Após entregarem as categorizações, tabularam-se e analisaram-se as categorizações pelo *software* Rstudio para encontrar o índice Kappa. A concordância inicial não foi superior a 0,60 e considerada insatisfatória ( $k = 0,4751$ ; Intervalo de Confiança [0,95%] = 0,3903 – 0,5598). Então, o pesquisador esclareceu eventuais

dúvidas dos categorizadores em relação ao instrumento e à conceituação de caso, sem afirmar o código de cada *turn*.

Os categorizadores revisaram suas categorizações e encontrou-se posteriormente um índice satisfatório ( $k = 0,6201$ ; IC [0,95%]= 0,5415 – 0,6988). Após a obtenção da concordância entre categorizadores, calculou-se a concordância entre categorizadores e categorizador-pesquisador. Considerou-se satisfatórios os valores do Kappa encontrados entre o categorizador-pesquisador e o primeiro categorizador ( $k = 0,6605$ ; IC[0,95%] = 0,58 – 0,7410), entre categorizador-pesquisador e segundo categorizador ( $k = 0.6128961$ , IC[0,95] = 0.5343 - 0.6913) e entre os três ( $k = 0.6605$ ).

Então, com ajuda das categorizações das sessões com a FAPRS e das gravações, o pesquisador-categorizador categorizou os *turns* do terapeuta de acordo com as “Categorias de Comportamentos Relevantes do Terapeuta”. Inicialmente ele categorizou a quinta sessão e obteve a concordância aceitável nesse instrumento com os dois categorizadores já mencionados ( $k= 0.6041$ ). Após a obtenção da concordância, o pesquisador categorizou as demais sessões com o instrumento. Depois de categorizar as sessões de Psicoterapia, o pesquisador passou a categorizar as sessões de supervisão com a SFAPRS adaptada à supervisão.

### **Análise de Dados**

Na análise das sessões, contou-se cada código da FAPRS de cada sessão, obtendo-se as frequências absolutas. Dividiu-se a frequência absoluta dos códigos pelo número total de *turns* de cada sessão e obteve-se a frequência relativa ( $Fr$ ) de cada código na sessão. Somou-se as  $Frs$  dos códigos específicos da FAP (ERB, TCRB, CRB1, CRB2 e CRB3) para verificar a frequência de *turns* em que terapeuta e cliente se engajaram em respostas específicas do tratamento (denominados aqui pela categoria

“FAP”). Somou-se o restante dos códigos (TPR, M, RO1, RO2, CPR, O1, O2) para verificar a *Frs* de *turns* não-FAP (NFAP). O código M não foi considerado FAP pelo fato de demonstrar que a terapeuta não se ateuve à estratégia. Além disso, calculou-se a *Frs* dos CCRTs de cada sessão.

Na análise das supervisões, também se calculou a *Frs* de cada código. Somou-se as *Frs* dos códigos ETRB, STRB, RT1, RT2, ST1, ST2, TRB1, TRB2 e TRB3 de cada supervisão para verificar o número relativo de *turns* nos quais terapeuta e supervisora se engajaram em respostas específicas da FAP na supervisão (SFAP). Somou-se SFC, FC e M para obter a frequência relativa de *turns* na qual houve enfoque no cliente e estratégias Não-FAP (SNFAP). As frequências absolutas e relativas dos códigos das sessões e das supervisões são apresentadas no Apêndice X.

Após a obtenção das *Frs*, construiu-se uma matriz de Correlação de Spearman ( $\rho$ ) e analisou-se a correlação entre os códigos da supervisão e os códigos da sessão seguinte. Considerou-se o nível de significância de 95% como correlações significativas. A matriz encontra-se no Apêndice XI.

A partir das proposições de supervisão em FAP existentes na literatura (Beckert, 2002; Sousa & Vandenberghe, 2007; Tsai et al., 2011, Wielenska & Oshiro, 2012, por exemplo), do método e das medidas utilizadas no presente estudo, foram verificadas com os dados encontrados as hipóteses de que:

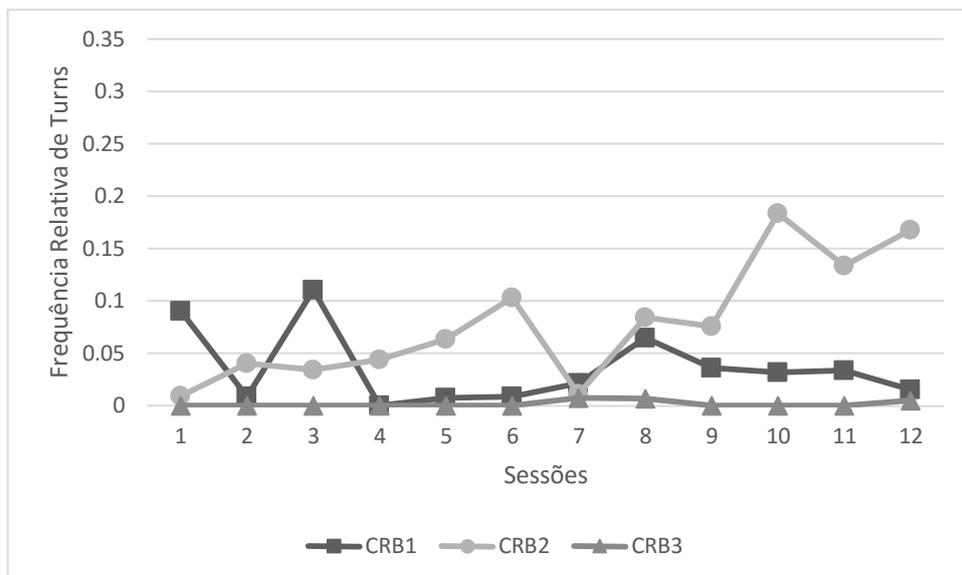
1. A supervisão aumente a *Fr* de respostas específicas da FAP da terapeuta (aumento de ERB, TCRB e T2, diminuição de M, TPR, T1 e CPR) e, conseqüentemente, promova melhoras da cliente (aumento de CRB2 e O2, diminuição de CRB1 e O1).

2. A supervisora evoque respostas inadequadas e adequadas da terapeuta em supervisão. Observar-se-ia esse fato pela *Fr* dos códigos ETRB, TRB1 e TRB2 da SFAPRS serem maiores que zero. Espera-se maior frequência de TRB1 inicialmente e posterior diminuição, enquanto o inverso aconteceria com TRB2;
3. Haja ocorrência tanto de respostas inadequadas, quanto de respostas de adequadas, da terapeuta na sessão (T1 e T2) e na supervisão (TRB1 e TRB2), e que estas apresentariam uma correlação estatística;
4. A resposta contingente do supervisor (STRB) aumenta as respostas adequadas da terapeuta em sessão (T2) e diminua as inadequadas (T1);
5. A supervisão em FAP (SFAP) aumente a aderência da terapeuta ao tratamento FAP, aumentando ERB, TCRB, CRB1, CRB2 e CRB3;
6. Respostas do supervisor de evocação e consequenciação (ETRB e STRB) sirvam de modelo para respostas do terapeuta em sessão (ERB e TCRB) e aumentem sua emissão.

Enquanto a primeira e a segunda expectativas foram analisadas pela inspeção visual de gráficos, as demais foram analisadas relacionando os códigos apresentados no contexto de supervisão e de sessão.

### **Resultados e Discussão**

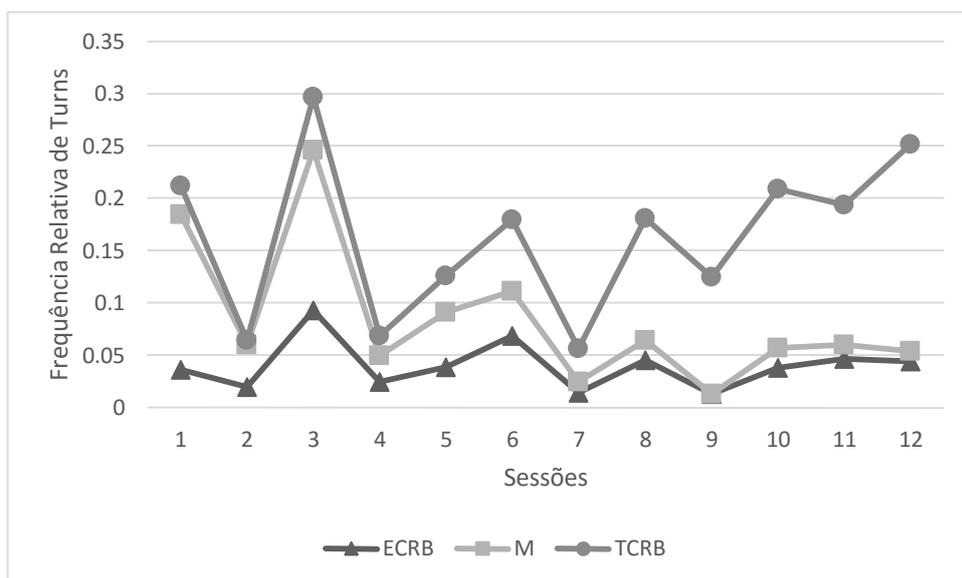
Primeiramente, analisou-se os códigos do terapeuta e do cliente da FAPRS. A Figura 1 apresenta a frequência relativa de *turns* dos códigos específicos da FAP para o cliente.



**Figura 1**

Frequência Relativa de *Turns* dos códigos específicos da FAP (Cliente)

A Figura 2 apresenta a frequência relativa de *turns* dos códigos específicos da FAP para o terapeuta. Esses dados devem ser analisados em relação às respostas da cliente.



**Figura 2**

Frequência Relativa de *Turns* dos códigos específicos da FAP

Esperou-se que a emissão de CRB1s fosse comum nas primeiras sessões e que diminuísse de frequência ao decorrer do processo. Contudo, a *Fr* de CRB1 apresentou oscilação entre as sessões um e quatro, com pontos baixos nas sessões dois e quatro.

Essa oscilação está relacionada à frequência também baixa de ERB nas sessões dois e quatro, o que, aparentemente, não deu ocasião para que a cliente respondesse de forma considerada problemática. Outra hipótese é de que a oscilação da emissão de ERBs, por sua vez, pode estar relacionada à emissão de CRB1s da cliente, às faltas da cliente (que podem ter desencorajado esse tipo de resposta da terapeuta) e à fragilidade do vínculo estabelecido até então (que inibiria respostas envolvidas na tomada de risco corajosa da terapeuta).

Após o início da supervisão, o padrão de ERB apresentou estabilidade, possivelmente devido ao aumento de CRB2s, que podem ter mantido a resposta da terapeuta e o incentivo da supervisora para a emissão desse tipo de respostas. As sessões sete e nove apresentaram diminuição da *Fr* de ERB, CRB1 e CRB2 e aumento de CPR e TPR. Isso pode indicar um possível foco em outros assuntos que não foram relevantes para a FAP, mas que podem ter sido importantes para o processo terapêutico como um todo (como estabelecimento de vínculo e estabelecimento de uma audiência não punitiva). O aumento de CRB2 nas sessões seguintes corrobora essa hipótese, pois não seguem a tendência à diminuição presente na sessão sete, o que indica progresso da cliente em sessão. Deve-se notar que a instabilidade nos dados de CRBs é observado em outros estudos (Busch, Andrew, Kanter, Callaghan, Baruch, Weeks, & Berlin, 2009; Freitas, 2011, por exemplo). Nota-se também que a frequência de TCRBs acompanhou os padrões de CRB2s, demonstrando que a terapeuta respondeu aos comportamentos da cliente, reforçando-as.

Os CRB3s foram pouco emitidos, estando presentes apenas nas sessões sete e oito. Essa baixa *Fr* pode estar relacionada ao caráter inicial do processo terapêutico e ao CRB1 que se caracterizou por “intelectualizar” as discussões: as análises feitas pela cliente poderiam ter mais características de esquiva de falar sobre sentimentos do que

serem progressos reais. Frequências baixas e nulas de CRB3s também são observadas no estudo de Oshiro, Kanter e Meyer (2012).

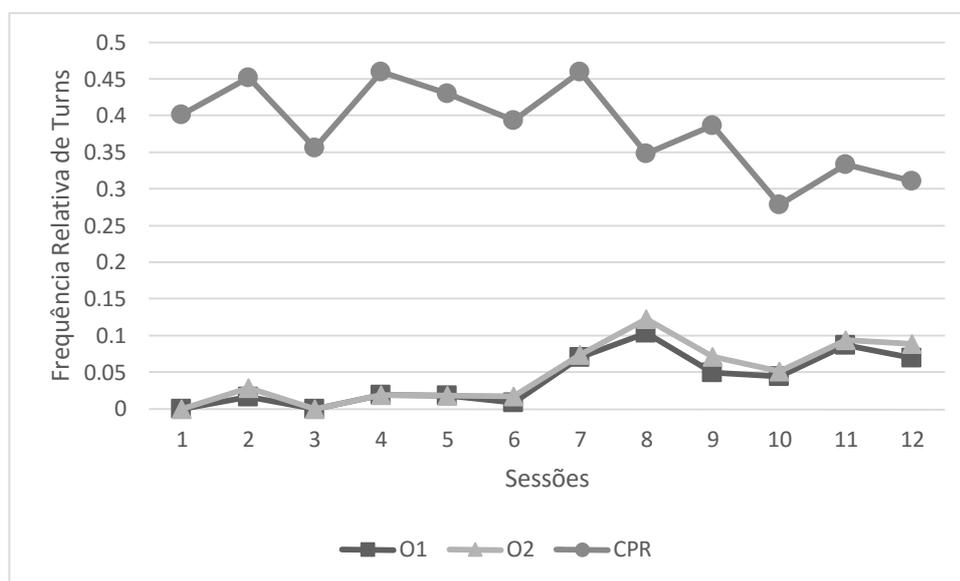
Os CRB1s não aumentaram significativamente em *Fr*, o que pode sugerir que este tipo de resposta não foi comum no repertório da cliente na interação com a terapeuta nas sessões finais. A diminuição da *Fr* de perdas de oportunidades de responder ao CRB2 ou responder de modo que pode reforçar o CRB1 (M), pode ter contribuído para que CRB1 não atingisse valores maiores dos que os apresentados em sessões iniciais. Tanto o aumento de CRB1 e CRB2 quanto a diminuição de M foram observados por Meurer (2011) na condição de *feedback* ao terapeuta.

Observou-se que as *Frs* de TCRB e M foram próximas entre as sessões um e quatro, aumentando o distanciamento entre os valores da *FR* nas sessões seguintes. Isso indica que os CRBs foram consequenciados de maneira indiscriminada inicialmente e que a terapeuta se tornou mais precisa em manejar as respostas da cliente com o passar do tempo. Essa diferenciação pode ser relacionada a diversos fatores, como a formulação de caso da cliente, o início da supervisão ou ao aumento da consciência da terapeuta em relação às respostas da cliente. A observação de um terapeuta mais experiente (nesse caso, a supervisora) pode ter ajudado a terapeuta no aumento dessa consciência (Novaki, 2004).

O aumento de TCRBs, a diminuição de Ms e a manutenção de ERBs podem ter contribuído com a melhora da cliente (representada pelo aumento de CRB2). Contudo, os dados de melhora da cliente devem ser analisados com cautela. Como o seu caso envolveu respostas de aproximação e intimidade como melhora, é possível que essas respostas aumentassem com o tempo, independentemente das intervenções em FAP. Tsai, Kanter, Landes, Newring e Kohlenberg (2011) afirmam que enquanto a fase inicial da terapia é utilizada para formação de vínculo, em fases intermediárias

os terapeutas começam a focar mais seriamente em CRBs, o que pode explicar as repostas da cliente e da terapeuta. Assim, é esperado que a frequência de Evocação e consequenciação de CRBs (1 e 2) aumente com a progressão da psicoterapia.

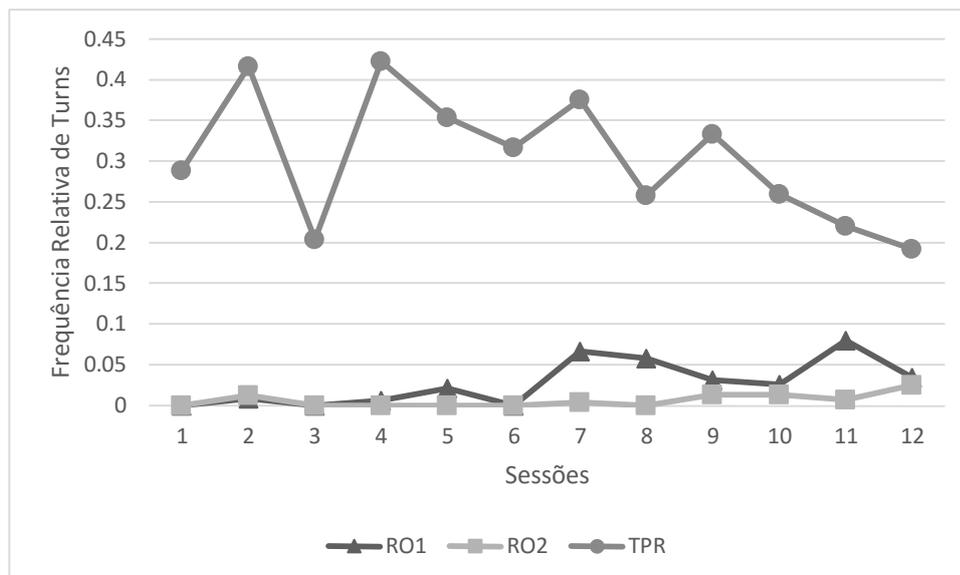
Esperou-se que os ganhos em sessão da cliente acompanhassem ganhos em seu ambiente cotidiano. Apesar da FAPRS não medir esses ganhos diretamente, ela permite avaliar a frequência de relatos de comportamentos adequados e inadequados fora da sessão. A Figura 3 apresenta a *Fr* dos relatos de comportamentos problema (O1) e de melhora (O2) fora da sessão.



**Figura 3**

Frequência Relativa de *Turns* dos códigos inespecíficos da FAPRS (Cliente)

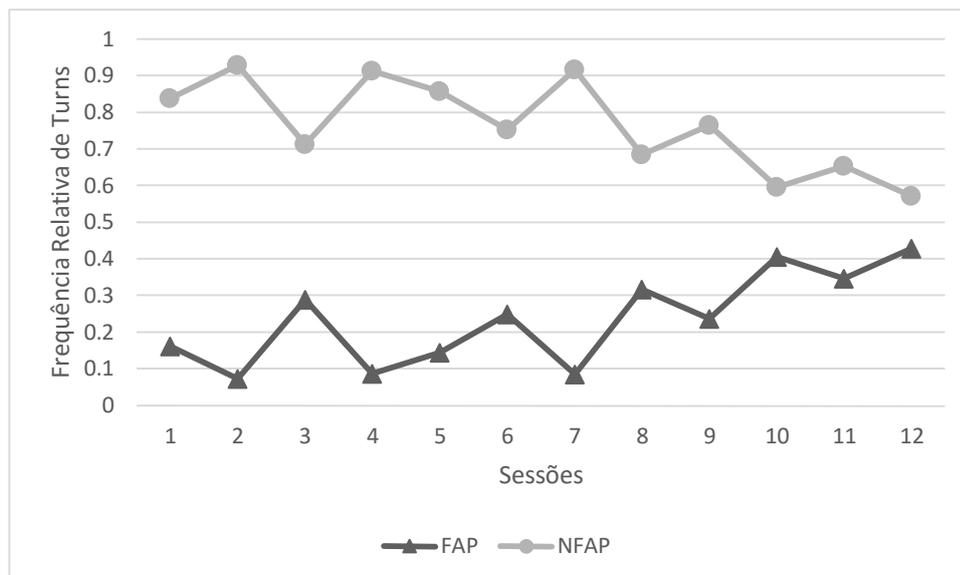
A Figura 4, por sua vez, apresenta as repostas do terapeuta aos relatos da cliente. Além disso, demonstra-se a *Fr* de TPR.



**Figura 4**

Frequência Relativa de *Turns* dos códigos inespecíficos da FAPRS (Terapeuta)

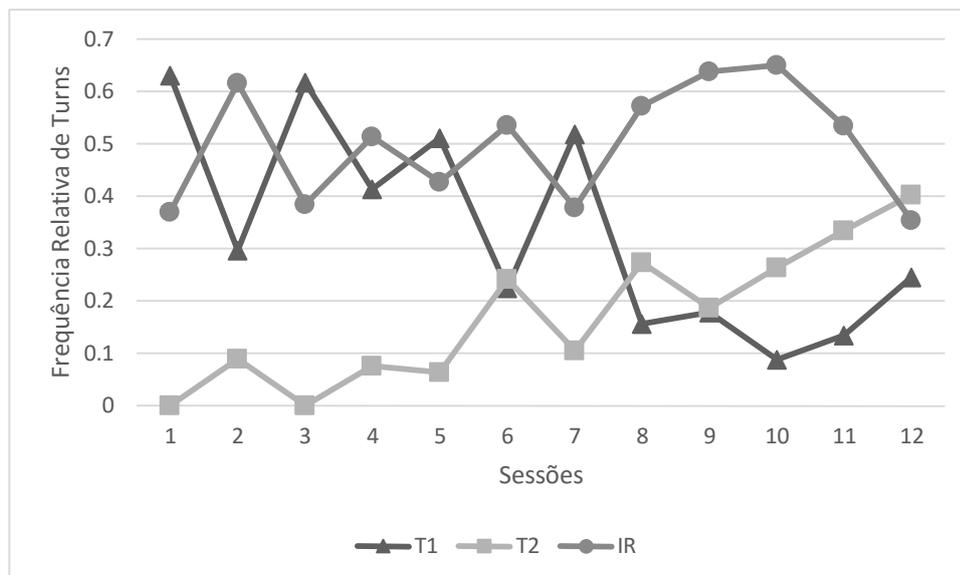
Esperou-se que a *Fr* de O2 aumentasse e a de O1 diminuísse. Percebe-se, contudo, que a *Fr* de O1s e O2s tiveram aumento no decorrer das sessões. O resultado não representa necessariamente uma piora. Tendo em vista que a cliente diminuiu a *Fr* de CPR, o aumento sugere que a cliente teve mais falas focadas em expressar dificuldades e melhoras na sua vida cotidiano. Em contrapartida, a terapeuta aumentou o número de respostas aos O1s (RO1) da cliente, o que pode ter feito com que a cliente continuasse a se engajar nessas respostas. As *Fr* dos códigos O1, O2, RO1 e RO2 e a instabilidade delas, apesar de inesperadas, são parecidas com outras díades estudadas (Freitas, 2011, por exemplo). A diminuição de CPR e TPR representa uma melhora na qualidade da sessão, pois cliente e terapeuta engajaram-se mais *turns* discutindo e intervindo em assuntos relevantes para a cliente, ao invés de apenas “dar informações”. A Figura 5, por sua vez, compara a *Fr* de *turns* em que a díade se engajou em respostas específicas da FAP e respostas inespecíficas da FAP (NFAP).



**Figura 5**

Frequência Relativa de *Turns* em FAP e em NFAP

Inicialmente, terapeuta e cliente se engajaram em poucas respostas específicas da FAP. Após o início da supervisão, que se deu a partir da sessão 5, a díade se engajou em maior número de respostas específicas e em menos respostas não relativas à FAP com exceção da sessão sete (a qual possui *Fr* alta de CPRs e TPRs). Supõe-se que a supervisão foi efetiva em aumentar a adesão da terapeuta ao tratamento, corroborando o achado de estudos que indicam que a supervisão é um importante fator na aderência a tratamentos (Beidas et al., 2012; Sholomskas *et al.*, 2005). Outros fatores que podem ser considerados para a maior adesão é a abertura da cliente em decorrência do tempo passado, a maior consciência da terapeuta em relação aos CRBs da cliente, maior coragem da terapeuta em realizar FAP (Tsai, Callaghan, & Kohlenberg, 2013) ou ainda a fase na qual a terapia se encontra (Tsai, Kanter et al., 2011). Os comportamentos adequados (T2s) e inadequados (T1s) da terapeuta são apresentadas na Figura 6.



**Figura 6**

#### Frequência Relativa dos Códigos de Comportamentos Relevantes do Terapeuta

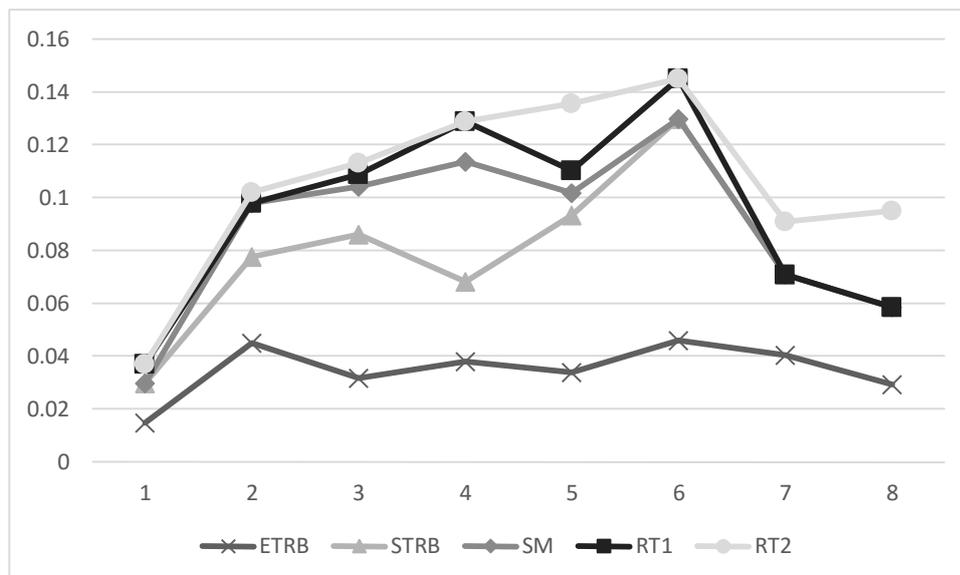
Da sessão um a sete (com exceção da sessão seis), a terapeuta apresentou *Fr* alta de T1 e baixa de T2. Essa relação diminuiu progressivamente, principalmente após a sessão cinco (primeira sessão após supervisão). Na sessão nove, os T2s ultrapassavam os T1s e se mantiveram assim até a última sessão analisada. Assim, houve aumento de comportamentos adequados da terapeuta durante o processo terapêutico. Os comportamentos irrelevantes mantiveram-se em *FR* alta, possivelmente por se caracterizarem por comportamentos adequados da terapeuta (como buscar mais informação), mas que não se encaixavam na formulação de caso da terapeuta.

Portanto, a primeira expectativa - de que a supervisão aumentaria a adesão à FAP e melhoras do terapeuta e do cliente - parece ter sido parcialmente confirmada pelo aumento da *Fr* de TCRB, T2, CRB2 e O2 e pela diminuição de M e T1. Contudo, não foi encontrado aumento nas respostas de ERB, nem diminuição em CRB1 e O1, o que não foi esperado, mas ainda assim coerente com outros achados da literatura (Freitas, 2011; Oshiro, Kanter, & Meyer, 2012). A manutenção das respostas de ERB

não indica necessariamente comportamentos inadequados da terapeuta, já que após a evocação do CRB, a terapeuta pode continuar em FAP ao responder aos CRBs (TCRB). Essa manutenção de ERB, aumento de CRBs e TCRBs e diminuição de M também foram encontrados no estudo de Meurer (2011). As respostas O1 e CRB1 são consideradas necessárias para o processo terapêutico, já que representam o comportamento a ser modelado. Caso não ocorressem, não haveria necessidade de psicoterapia. Assim, o aumento da *Fr* desses códigos é considerado como um evento positivo, principalmente em vista da diminuição de CPRs e TPRs.

O aumento da adesão à FAP, contudo, não pode ser atribuído exclusivamente à supervisão. Variáveis pessoais da terapeuta, refinamento da formulação de caso, fase da terapia, respostas da cliente e eventos externos à vida dela podem ter influenciado a *Fr* de FAP. Devido à falta de um delineamento com isolamento de variáveis, é impossível determinar a influência delas. Além do mais, a supervisão também apresentou características de *feedback*, que promoveram mudanças semelhantes nas respostas da terapeuta e da cliente em sessão no estudo de Meurer (2011), o que dificulta atribuir tais efeitos no presente estudo à supervisão em FAP.

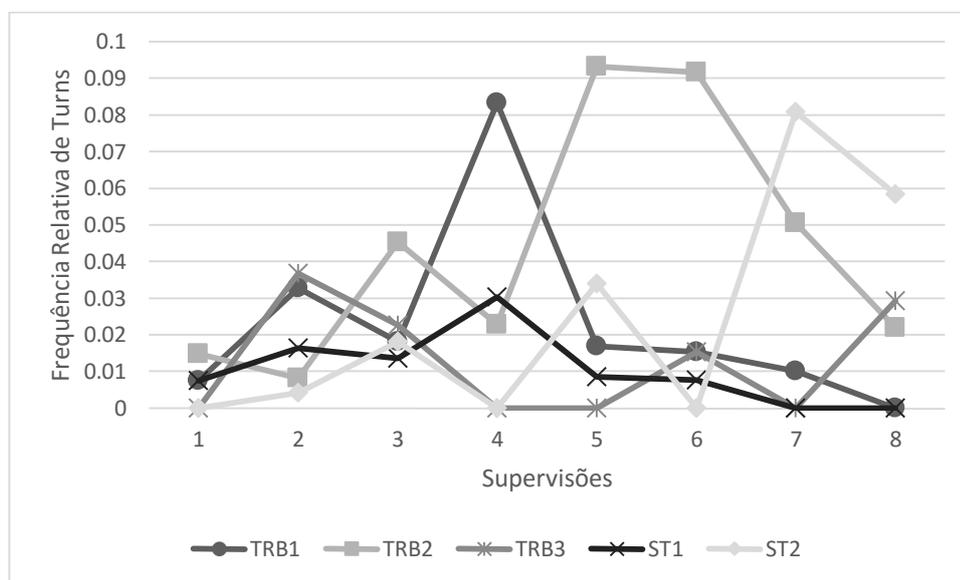
A análise da supervisão pode prover mais dados para interpretar prováveis fatores que levaram aos progressos apresentados. A Figura 7 apresenta a *Fr* dos códigos específicos da FAP da SFAPRS para a supervisora.



**Figura 7**

Frequência Relativa de Códigos específicos da SFAPRS (Supervisora)

A Figura 8 apresenta a *Fr* dos códigos específicos da FAP da SFAPRS para a terapeuta. Apresenta-se na Figura 8 tanto comportamentos que aconteceram em supervisão, quanto relatos de comportamentos relevantes da terapeuta em sessão com a cliente.



**Figura 8**

Frequência Relativa de Códigos específicos da SFAPRS (Terapeuta)

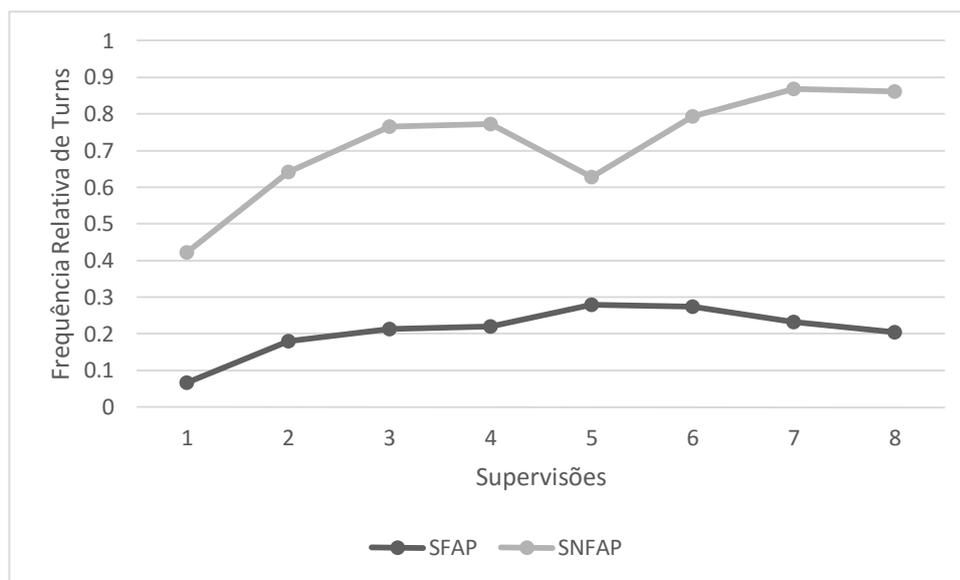
Conforme observa-se nas fig. 7 e 8, a supervisora apresentou um padrão ascendente na frequência de respostas à descrição de T1s e T2s (RT1 e RT2) entre as supervisões um e seis, com posterior decréscimo. Apesar desse decréscimo, a FR de T2 aumentou nas sessões correspondentes a esse período, assim como a de T1. Isso pode ser indicativo de que os ganhos da terapeuta se mantiveram pelo reforçamento da cliente. Ao final da supervisão, a terapeuta relatou poucos T1s (ST1), que pode ter relação com o aumento de T2s em sessão. Nas supervisões sete e oito não houve relatos de T1 (ST1), contudo houve aumento na *Fr* de T1 nas sessões seguintes a essas supervisões. Isso pode indicar que o T1 se manteve uma resposta provável no repertório da terapeuta e, caso não houvesse intervenção sobre ela em supervisão, ela poderia retornar a níveis anteriores ou, ainda, que a cliente evocou mais esses comportamentos da terapeuta.

O padrão de evocação da supervisora manteve-se estável durante as supervisões, com exceção da primeira, o que pode indicar que as fases da supervisão são parecidas com a da terapia, como descritas por Tsai, Kanter et al. (2011). A única supervisão em que o ETRB evocou mais TRB1 do que TRB2 foi a supervisão quatro. A sessão anterior à supervisão foi a sessão sete, a qual apresentou *Fr* alta de TPR e de T1s. Hipotetiza-se que variáveis fora do contexto de terapia e de supervisão podem ter tido influência na emissão dessas respostas nos dois contextos.

Houve oscilação no padrão de emissão de TRB2s, havendo um pico na supervisão cinco e posterior decréscimo. A sessão nove, que ocorreu após a supervisão cinco, apresentou diminuição de T2 em relação a sessão oito, com aumento nas sessões seguintes. Os padrões de TRB2 e T2, nesse período, foram inversos e podem indicar que aumento da *Fr* de *turns* de melhora do terapeuta na supervisão não serão necessariamente refletidos nas sessões seguintes. Houve emissão de TRB3 nas

supervisões dois, três, seis e oito, mas não foi encontrada relação com os códigos do terapeuta e do cliente em sessão, como será visto adiante.

Para além dos códigos específicos da SFAPRS, pode-se analisar a *Fr* relativa de códigos com enfoque no cliente (SNFAP) e no terapeuta (SFAP). A *Fr* de *turns* em que a supervisão passou em FAP e em NFAP é apresentada na Figura 9.



**Figura 9**

Frequência Relativa de turns em SFAP e SNFAP

Pode-se perceber que a supervisão, em maior parte do tempo, passou com foco no cliente (SFC, FC), como apresentado na Fig. 9 pela SNFAP. A supervisão apresentou uma tendência ascendente na utilização de FAP até a supervisão cinco, depois da qual houve uma leve queda na *Fr* relativa destas e aumento na *Fr* da SNFAP. Apesar disso, o foco na terapeuta ultrapassou o que é indicado pela literatura como típico de estratégias Cognitivo-Comportamentais (Hess, 2008; Tyler, Sloan, & King, 2000), o que pode indicar a diferença da estratégia em relação a outras tradições de supervisão (Herschel et al., 2010).

Nota-se que apesar da queda de SFAP, houve aumento na *Fr* de T2s da terapeuta nas sessões correspondentes. Esse aumento pode ter sido relativo a uma

maior discussão sobre a cliente e maiores orientações da supervisora, o que pode ter gerado maior consciência da terapeuta em relação aos CRBs da cliente e mais respostas adequadas.

A proposta da literatura sobre supervisão em FAP (Beckert, 2002; Sousa & Vandenberghe, 2007; Tsai, Callaghan, Kohlenberg, W. Follete, & Darrow, 2011, Wielenska & Oshiro, 2012) é de que comportamentos problemas do terapeuta sejam evocados na supervisão (TRB1) e que a partir da resposta contingente do supervisor eles sejam modificados para respostas mais adequadas (TRB2). Assim, esperou-se que houvesse maior emissão TRB1 do que TRB2. Não se observou tal relação nas supervisões da presente pesquisa, apesar de a terapeuta apresentar mais T1s do que T2s nas sessões que antecederam o início da supervisão. Nesse sentido, o presente estudo não converge com os dados encontrados por Sousa e Vandenberghe (2007), que encontraram modificações tanto na supervisão quanto em sessão. Possíveis fatores relacionados à alta *Fr* de TRB2 inicial podem estar relacionados ao fato da terapeuta já conhecer dados sobre comportamentos adequados na FAP (como expressão emocional) ou pelo fato da supervisora ser uma audição não-punitiva para a terapeuta, o que diminuiria a frequência de esquivas (TRB1s). Em contraposição, a cliente seria um ambiente diferente para emissão dessas respostas da terapeuta, o que evocaria maior *Fr* de T1 e menor de T2. Assim, apesar de se confirmar a hipótese dois, em que haveria emissão de TRB1 e TRB2, as *Fr* foram inversas às esperadas.

Utilizou-se a correlação de Spearman para verificar as expectativas três a seis sobre supervisão em FAP. A Tabela 4 apresenta as correlações de interesse do estudo com significância estatística de 0,95% e próximas desse valor, assim como correlações significativas não previstas e correlações previstas não significativas.

**Tabela 4**  
Correlações entre Códigos da FAPRS, SFAPRS e CCRT

Códigos	Correlação ( $\rho$ )	Intervalo de Confiança a 95% (Superior – Inferior)	Valor-p
<i>Correlações Esperadas e Significativas (<math>p &lt; 0,05</math>)</i>			
ETRB/T1	-0.7857	-0.9593 a -0.1816	0.0208
<i>Correlações Esperadas e Próximas de Significância (<math>0,05 &lt; p &lt; 0,15</math>)</i>			
SFAP/M	-0.5952	-0.9158 a 0.1885	0.1195
SFAP/T1	-0.6905	-0.9385 a 0.0277	0.0580
SNFAP/RO1	0.6667	-0.0717 a 0.9330	0.0710
TRB2/M	-0.6429	-0.9274 a 0.1130	0.0856
SFC/FAP	0.1190	-0.6393 a 0.7600	0.7789
SFC/TCRB	0.6190	-0.1519 a 0.9217	0.1017
SFC/TPR	-0.6667	-0.9330 a 0.0717	0.0710
FC/RO1	0.5952	-0.1885 a 0.9158	0.1195
SFC/RO1	0.5952	-0.1885 a 0.9158	0.1195
<i>Correlações Esperadas e Não Significativas (<math>p &gt; 0,15</math>)</i>			
TRB1/T1	-0.1190	-0.7600 a 0.6393	0.7789
TRB2/T2	0.0714	-0.6668 a 0.7389	0.8665
TRB1/T2	-0.1905	-0.7892 a 0.5939	0.6514
TRB2/T1	-0.5238	-0.8973 a 0.2867	0.1827
ST1/T1	0.0479	-0.6797 a 0.7280	0.9103
ST2/T2	0.4392	-0.3845 a 0.8735	0.2763
ST1/T2	-0.3234	-0.8373 a 0.4938	0.4346
ST2/T1	0.0488	-0.6792 a 0.7284	0.9087
SFAP/FAP	0.3713	-0.4515 a 0.8528	0.3652
SFAP/NFAP	-0.3713	-0.8528 a 0.4515	0.3652
SFAP/T2	0.2381	-0.5606 a 0.8073	0.5702
SFAP/ERB	-0.4286	-0.8704 a 0.3956	0.2894
SFAP/TCRB	0.3810	-0.4425 a 0.8559	0.3518
STRB/FAP	0.1024	-0.6491 a 0.7528	0.8093
STRB/TCRB	-0.0120	-0.7107 a 0.6986	0.9775
STRB/ERB	-0.4671	-0.8816 a 0.3542	0.2433
STRB/M	-0.3593	-0.8490 a 0.4625	0.3821
STRB/T1	-0.3952	-0.8603 a 0.4289	0.3325
STRB/T2	-0.1557	-0.7753 a 0.6166	0.7128
ETRB/TCRB	0.3095	-0.5054 a 0.8326	0.4556
ETRB/ERB	0.3333	-0.4853 a 0.8406	0.4198
RT1/T1	-0.3904	-0.8588 a 0.4336	0.3390
RT2/T2	0.3660	-0.4564 a 0.8511	0.3726
RT1/T2	-0.2684	-0.8183 a 0.5381	0.5204
RT2/T1	0.1952	-0.5907 a 0.7911	0.6432
SNFAP/NFAP	-0.5150	-0.8949 a 0.2977	0.1915
SNFAP/FAP	0.5150	-0.2977 a 0.8949	0.1915
SNFAP/ERB	0.4286	-0.3956 a 0.8704	0.2894
<i>Correlações Não Esperadas e Significativas/Próximas de Significância (<math>p &lt; 0,15</math>)</i>			
STRB/IR	0.6707	-0.0645 a 0.9340	0.0687
SFAP/CRB1	0.8333	0.3117 a 0.9690	0.0102
RT2/RO2	0.7250	0.0416 a 0.9462	0.0419
ST2/M	-0.7075	-0.9424 a -0.0057	0.0496
RT1/IR	0.7075	0.0057 a 0.9424	0.0496
SNFAP/T2	0.8095	0.2441 a 0.9642	0.0149
SFC/NFAP	-0.6587	-0.9312 a 0.0858	0.0757
SFC/FAP	0.6587	-0.0858 a 0.9312	0.0757

**Tabela 4**  
Correlações entre Códigos da FAPRS, SFAPRS e CCRT

Códigos	Correlação ( $\rho$ )	Intervalo de Confiança a 95% (Superior – Inferior)	Valor-p
SNFAP/TPR	-0.7381	-0.9491 a -0.0696	0.0366
SNFAP/TCRB	0.5714	-0.2231 a 0.9098	0.1390

A terceira hipótese foi de que haveria correlação entre a *Fr* de respostas relevantes do terapeuta em sessão (T1 e T2) e em supervisão (TRB1 e TRB2). Não foi encontrada uma correlação significativa entre a emissão de TRB1 em supervisão e a emissão de T1 na sessão seguinte ( $\rho = -0,11$ ,  $p = 0,77$ ), nem entre TRB2 e T2 ( $\rho = 0,07$ ,  $p = 0,86$ ). Contudo, encontrou-se correlação entre a emissão de T1s na sessão anterior e a emissão de TRB1s na supervisão que se aproximou de significância estatística ( $\rho = 0,69$ ,  $p = 0,057$ ). A correlação entre T2s da sessão anterior e TRB2s não foram significativas ( $\rho = 0,57$ ,  $p = 0,13$ ). Dada a proximidade entre sessão e supervisão, pode-se supor que variáveis da terapeuta tornaram mais prováveis que comportamentos problema fossem emitidos nesse período de tempo, tanto na sessão, quanto na supervisão, como sugerido pela literatura (Linehan, 2010; por exemplo). Assim, o impacto de modificações na *Fr* de TRB1 e TRB2 em T1 e T2 não foi observado no presente estudo.

A quarta expectativa foi de que a resposta contingente do Supervisor seria eficiente na promoção de comportamentos adequados do terapeuta e diminuição dos inadequados. A correlação entre STRB/T1 e STRB/T2 na sessão seguinte não foi significativa ( $\rho = -0,40$ ,  $p = 0,33$  e  $\rho = -0,16$ ,  $p = 0,72$ , respectivamente). Contudo, foi encontrada uma correlação entre STRB e IR com valor-p próximo a 5% ( $\rho = 0,69$ ,  $p = 0,069$ ). É possível que a resposta contingente do supervisor tenha diminuído respostas inadequadas do terapeuta, mas não tenha aumentado o número de respostas consideradas adequadas, o que aumentaria IR e não T2. A diminuição de comportamentos inadequados sem aumento significativo de comportamentos

adequados do terapeuta foi constatada em estudos com outros com outros instrumentos, como uma lista de verificação de desempenho (Ireno & Meyer, 2009).

A quinta expectativa foi de que utilizar a Supervisão em FAP (SFAP) poderia aumentar a aderência do terapeuta ao tratamento e, conseqüentemente, o número de *turns* em FAP. Não foi encontrada correlação significativa entre a *Fr* de SFAP e FAP ( $\rho = 0,37$ ,  $p = 0,37$ ), e ERB ( $\rho = -0,43$ ,  $p = 0,29$ ) e TCRB ( $\rho = 0,38$ ,  $p = 0,35$ ). Correlações foram encontradas entre SFAP e M ( $\rho = -0,60$ ,  $p = 0,12$ ) e SFAP e T1 (SFAP/T1,  $\rho = -0,69$ ,  $p = 0,06$ ), com nível de significância próximo ao valor-p estabelecido, o que pode indicar que a supervisão ajudou a terapeuta a diminuir o reforçamento de respostas inadequadas, sem, contudo, ajudar a aumentar o número de respostas adequadas. O mesmo não aconteceu em relação ao T2 ( $\rho=0,24$ ,  $p=0,57$ ). É possível que a terapeuta, a exemplo do estudo de Follette e Callaghan (1995), reconhecesse os comportamentos inadequados, mas não soubesse qual seria a resposta adequada a ser emitida em sessão.

Em relação aos códigos da cliente, a SFAP apresentou correlação significativa com CRB1 ( $\rho = 0,83$ ,  $p = 0,01$ ). Isso pode indicar que passar mais *turns* em FAP durante a supervisão permitiu que a terapeuta evocasse CRB1. Contudo, não foi encontrada correlação entre SFAP e ERB ( $\rho=-0,43$ ,  $p=0,29$ ). O dado se aproxima aos do estudo de Meurer (2011), no qual o *feedback* aumentou a frequência de CRB1 e CRB2. No presente estudo, contudo, a SFAP não teve correlação com CRB2. Silveira et al. (2009) observaram que utilizar a supervisão em FAP aumentava a consciência dos CRB1s, mas não dos CRB2s. É possível que o aumento de consciência da terapeuta em relação a CRB1s faça com que a terapeuta fizesse a cliente se engajar mais nesse tipo de comportamento. Os outros códigos da cliente não apresentaram correlação significativa com a SFAP.

Quando considerados os códigos separados da SFAP, foram encontradas correlações entre RT2/RO2 ( $\rho = 0,73$ ,  $p = 0,04$ ) e entre ST2/M ( $\rho = -0,71$ ,  $p=0,05$ ). Ou seja, o fato da supervisora reforçar relatos de melhora da terapeuta teve correlação com a terapeuta reforçar relatos de melhora da cliente, sendo possível uma aprendizagem por modelo. Além disso, relatos de melhora da terapeuta parecem diminuir a *Fr* de M. Possivelmente, a descrição de comportamentos adequados inibiu a emissão de respostas inadequadas da terapeuta. A correlação entre ETRB/T1 ( $\rho = -0,79$ ,  $p = 0,02$ ) foi significativa, enquanto as correlações entre TRB2/M ( $\rho = -0,64$ ,  $p=0,08$ ) e RT1/IR ( $\rho = 0,71$ ,  $p=0,05$ ) tiveram valores-p próximos a 5%. A evocação de TRBs pela supervisora pode ter sido um modelo para diminuir os comportamentos inadequados da terapeuta (Ulian, 2002), enquanto a emissão de TRB2 em sessão pode ter ajudado a terapeuta a treinar comportamentos menos problemáticos. O valor desse treino poderia ser independente da consequenciação da supervisora (STRB/M,  $\rho = -0,36$ ,  $p = 0,38$ ). A resposta a relatos de comportamento problemas em sessão do terapeuta parece ter feito com que comportamentos-problemas se tornassem irrelevantes.

A SNFAP, por outro lado, teve correlação significativa com T2 ( $\rho = 0,81$ ,  $p = 0,02$ ) e TPR ( $\rho = -0,74$ ,  $p=0,04$ ), e correlações com valores-p próximos a 0,05 com RO1 ( $\rho = 0,667$ ,  $p = 0,07$ ), e O1 ( $\rho = 0,67$ ,  $p = 0,07$ ). A SNFAP representa discussões sobre a cliente, que pode ter aumentado a sensibilidade da terapeuta a características da cliente, representado pelo incentivo da terapeuta para a cliente descrever seus problemas, assim como pelo reforçamento dessas descrições. Além disso, a SNFAP representa discussão sobre modos de agir, que pode ter incentivado a terapeuta a agir de maneira adequada em sessão.

Quanto aos códigos específicos da SNFAP, houve correlação com valor-p próximo a 0,05 entre SFC/TPR ( $\rho = -0,67$ ,  $p = 0,07$ ) e SFC/NFAP ( $\rho = -0,66$ ,  $p = 0,08$ ).

Isso indica que o supervisor focar no cliente diminuiu respostas do tipo TPR do terapeuta, o que pode ter relação à diminuição de CPR. A relação entre SFC/FAP ( $\rho = 0,66$ ,  $p = 0,08$ ) foi próximo de uma correlação significativa. Outras correlações tiveram o valor-p próximo de 0,05, como FC/CRB3 ( $\rho = 0,57$ ,  $p = 0,14$ ) SFC/TCRB ( $\rho = 0,62$ ,  $p = 0,10$ ) FC/RO1 ( $\rho = 0,60$ ,  $p = 0,12$ ) e SFC/RO1 ( $\rho = 0,60$ ,  $p = 0,12$ ). Assim, é possível que o foco no cliente, tanto por parte do terapeuta, quanto pelo supervisor pode ajudar o terapeuta a consequenciar relatos de problema por parte do cliente. Essas correlações podem indicar a importância da utilização de *feedback*, prescrição de modos de agir na supervisão em FAP e do “saber que” para a atuação adequada da terapeuta, como já é sugerido pela literatura (Kanter et al., 2013; Schoendorff, 2012; Tsai et al., 2011).

O foco no cliente pelo terapeuta pode ter relação com a emissão de CRB3, pois ao discutir com o supervisor sobre o caso, o terapeuta realizou análises funcionais do comportamento da cliente, que podem guiar a modelagem dessa resposta em sessão. A relação entre SFC e TCRB pode indicar que a descrição do cliente feita pela supervisora tenha ajudado a terapeuta a estar mais sensível aos CRBs e mais apta a responder contingentemente a eles. Apesar dos resultados da SNFAP serem esperados, os resultados da SFAP corroboram apenas parcialmente as proposições da literatura (Beckert, 2002; Sousa & Vandenberghe, 2007; Tsai, Callaghan, Kohlenberg, W. Follete, & Darrow, 2011, Wielenska & Oshiro, 2012), ao promoverem apenas a diminuição de comportamentos inadequados.

A última hipótese foi de que respostas do supervisor poderiam servir de modelo para o terapeuta. Não foi encontrada correlação significativa entre a *Fr* de respostas análogas da supervisora e da terapeuta, como ETRB/ERB ( $\rho = 0,33$ ,  $p = 0,42$ ) e STRB/TCRB ( $\rho = -0,01$ ,  $p = 0,98$ ). Isso não indica, contudo, que o supervisor não

tenha sido um modelo para a terapeuta, mas que a *Fr* relativa desses tipos de emissões não foi relevante para a *Fr* de respostas equivalentes do terapeuta em sessão. Uma análise de discurso poderia ser mais adequada para testar essa hipótese, ao comparar os temas discutidos em supervisão e o que a terapeuta fez em sessão, como realizado por Milne et al. (2003).

A presente pesquisa apresentou observações sobre o processo de supervisão em FAP de uma terapeuta com uma supervisora específica e sua relação com o modo de agir da terapeuta em sessão com a cliente. Nestas relações específicas, pode-se observar a ocorrência de comportamentos relevantes do terapeuta em sessão e em supervisão. Contudo, poucos comportamentos problemas do terapeuta foram emitidos na supervisão e na sessão. Esse dado pode sugerir a diferença entre os ambientes de terapia e de supervisão para a terapeuta e, conseqüentemente, as respostas que são emitidas em cada um.

O modelo de supervisão em FAP, na qual o supervisor evoca e conseqüencia respostas relevantes do terapeuta, foi utilizado na pesquisa em conjunto com a Discussão de Caso. A Supervisão em FAP parece ter ajudado no decréscimo de comportamentos inadequados do terapeuta (M e T1) e no aumento de uma resposta adequada (RO2). O uso de estratégias de discussão de caso e de orientação (SNFAP), contudo, pareceu mais correlacionado com melhoras no processo terapêutico, seja pela diminuição em respostas inadequadas (TPR e NFAP), quanto pela promoção de respostas adequadas (TCRB, RO1, CRB3 e FAP).

Devido às habilidades adequadas da terapeuta em supervisão (demonstrada pela *Fr* maior de TRB2 do que de TRB1 na maioria das supervisões), pode-se supor que a supervisão teve papel importante em fazer com que a terapeuta utilizasse respostas já presentes no seu repertório com a cliente (o que tornaria a terapeuta “mais

corajosa” com a cliente). O aumento da frequência dessas respostas pode estar relacionado ao reforçamento da supervisora a essas respostas (STRB) ou ao aumento da discriminação da terapeuta em quando utilizar essas respostas pela discussão de caso da cliente (SFC e FC). Nesse caso, a supervisora não teria modelado respostas adequadas, mas teria reforçado as respostas emitidas e as teria colocado em controle discriminativo mais adequado por meio de comportamento verbal (o que aumentaria TCRB e diminuiria M).

Essas conclusões, no entanto, são limitadas à tríade apresentada. O estudo teve como ponto forte a observação da terapeuta em duas situações (sessão e supervisão) e medidas de respostas dos membros da tríade (supervisora, terapeuta e cliente). Portanto, ele possui limitações que devem ser endereçadas para considerar a generalidade desses dados e guiar possíveis pesquisas futuras e práticas do supervisor em FAP.

Uma fragilidade encontrada é o delineamento de sujeito único. Os resultados obtidos são descritivos de uma tríade específica (supervisor/terapeuta/cliente) e que podem ou não ser generalizáveis a outras tríades. Como cada um dos participantes possui uma história de vida diferente e eventos cotidianos que influenciam o comportamento em cada sessão/supervisão, determinadas variações podem ter sido aleatórias e não-correlacionadas (referência). Para obtenção de melhor estabilidade desses dados, é necessário aumentar o número de participantes, de observações de sessões e de supervisões (Barlow, Nock, & Hersen, 2009). No caso do terapeuta, é importante observar as modificações de suas respostas com diferentes clientes, o que permitiria observar a generalidade dos ganhos obtidos. No caso dos clientes, é importante observar diferentes tipos de pacientes com diferentes queixas (psiquiátricas e não-psiquiátricas, de expressão emocional e de agressividade, etc.). O Instrumento

FIAT-Q (Darrow, Callaghan, Bonow, & Follette, 2014) pode ajudar na seleção de terapeutas e clientes com diferentes características relevantes para a psicoterapia e para a supervisão em FAP.

Outro aspecto da pesquisa a ser notado é a observação de um processo de psicoterapia no início. O aumento de CRB2 e de T2, assim como a diminuição de T1, podem ter sido influenciados por outros fatores não relativos à supervisão, como a fase da terapia (Tsai, Kanter, et al., 2011). O aumento da confiança da cliente na terapeuta, por exemplo, pode ter aumentado os comportamentos de melhora, ou ainda ter feito com que a terapeuta ficasse segura em emitir mais respostas consideradas adequadas (“coragem em realizar FAP”). Assim, essas seriam melhoras esperadas para um processo terapêutico normal. Essa variável pode ser atenuada caso observe-se a interação do terapeuta em diferentes pontos do processo terapêutico (início, meio e fim). Isso permitiria observar o padrão global de interação do terapeuta e possíveis melhoras decorrentes da supervisão em si e não da passagem do tempo.

Além disso, é possível que um efeito da proximidade entre sessão e supervisão e de distanciamento entre supervisão e sessão tenha afetado os resultados. As supervisões foram feitas muito próximas da sessão relatada (um dia depois) e muito antes da sessão seguinte (seis a treze dias antes). Essa distância pode ter influenciado os dados obtidos e os ganhos mais proximais da supervisão. Observar sessões após a sessão em períodos diferentes de tempo (12 horas após, um dia após, etc.) poderia ajudar a estabilizar essa dificuldade.

O efeito de teto nas habilidades da terapeuta em supervisão também pode ter prejudicado a generalidade dos dados. A terapeuta emitiu desde o início da supervisão comportamentos considerados adequados em supervisão que, contudo, não apareciam tão frequentemente nas sessões. É possível que os ganhos com a estratégia FAP em

supervisão possam ser maiores em terapeutas menos habilidosos na supervisão e que requerem modelagem de respostas. Sugere-se que pesquisas posteriores avaliem os efeitos da Supervisão FAP em terapeutas com diferentes níveis de habilidades e diferentes níveis de experiência.

Deve-se considerar também o poder estatístico das análises utilizadas. O número de sessões e a falta de normalidade nos dados fizeram com que o pesquisador utilizasse testes estatísticos não-paramétricos. Esses testes, contudo, são menos precisos, apresentando correlações que devem ser analisadas com cuidado (Dancey & Reidy, 2006). O aumento de número de sessões analisadas pode melhorar o poder de predição dos testes estatísticos utilizados e a precisão de inferências.

O método observacional também é um fator crítico a ser considerado em estudos posteriores. Apesar de ser um método adequado para estudos iniciais, os efeitos da variável estudada podem não podem ser inferidos em delineamentos experimentais (Barlow, Nockm & Hersen, 2009). A utilização de um delineamento experimental, com linha de base, reversão e delineamento inter-sujeitos, onde supervisões em FAP e supervisões com Foco no Cliente e em habilidades do terapeuta fossem alternadas poderiam demonstrar mais visivelmente o efeito de cada intervenção no terapeuta e no cliente. Caso isso não seja possível, condições de suplementação (como supervisões com atividades estruturadas programadas) podem ajudar na variação das *Frs* entre SFAP e SNFAP.

Os instrumentos podem ter causado um dano à extensão dos achados. A FAPRS (e conseqüentemente a SFAPRS) utilizam o *turn* como unidade de análise. Essa unidade, contudo, pode ser inadequada para responder algumas questões, pois *turns* com duração curta e longa recebem a mesma importância na análise dos dados, mesmo considerando a *Fr* de cada código. Assim, dados como tempo do *turn* poderiam

auxiliar em uma análise mais minuciosa dos dados. Instrumentos de medidas da sessão inteira, provendo um índice de adequação do terapeuta (por exemplo), podem ser mais adequados para avaliação e correlação.

Um último aspecto metodológico a ser notado é a artificialidade da correlação estatística como medida de melhora do terapeuta. A correlação de Spearman, apesar de útil, relaciona dois pontos específicos no tempo (a SFAP e a FAP, por exemplo), sem considerar os pontos anteriores e posteriores, ou seja, nos ganhos acumulados no processo. Tal fato pode dificultar a compreensão dos ganhos da supervisão, já que os ganhos em competências FAP possuem fatores cumulativos.

Percebe-se, portanto, a necessidade de mais estudos sobre a utilização da FAP como modelo de supervisão, para que seja possível avaliar de maneira mais precisa seus efeitos no terapeuta e no cliente, para quais tipos de terapeutas ela é recomendada e quais são suas limitações. Esses estudos promoverão *insights* sobre a atuação adequada do supervisor FAP e sobre o treinamento dos terapeutas. Apesar da falta de generalidade dos dados do presente estudo, algumas recomendações podem ser feitas aos supervisores que gostariam de utilizar a FAP com seus supervisionandos.

Releva-se ao supervisor que a sua relação com o supervisionando pode ser um modelo de atuação para ele. Assim, é importante demonstrar a postura que se espera de um terapeuta FAP a partir da sua própria relação com o supervisionando. Antes de iniciar uma supervisão com os princípios da FAP, recomenda-se verificar a adequação da estratégia para o supervisionando. Pode-se fazer isso questionando-se sobre o nível de habilidade dele e a similaridade entre o contexto de supervisão com as sessões de seus clientes. Mesmo quando a supervisão é recomendável, é necessário se utilizar de métodos variados de supervisão, pois cada um possui um efeito específico no repertório do supervisionando. Por vezes, um método pode diminuir comportamentos

inadequados, mas não aumentar comportamentos adequados, por exemplo. Sobre estratégias específicas, é importante que o supervisor faça e peça descrições das respostas do cliente para o supervisionando, assim como questione os possíveis efeitos delas nos outros, inclusive no terapeuta. Isso pode aumentar o controle discriminativo das respostas do terapeuta em sessão. O mesmo pode acontecer quando o supervisor reforça descrições de comportamentos adequados do terapeuta.

Como estratégia de avaliação da supervisão, recomenda-se que o supervisor observe diretamente o terapeuta em atuação com o cliente, quando possível. As diminuições em relatos de problemas e o aumento de respostas adequadas em supervisão não representam necessariamente melhora do terapeuta em sessão. Do mesmo modo, é de grande valia que o supervisor avalie se as melhoras em supervisão e em sessão possuem relação com os ganhos do cliente em sessão e no ambiente cotidiano.

### **Conclusões**

A supervisão é um fator imprescindível na aplicação de procedimentos da Psicologia Clínica e na disseminação de novos tratamentos. Diferentes métodos de supervisão são descritos na literatura, sendo um deles o enfoque de variáveis do terapeuta por técnicas da própria psicoterapia em que o supervisionando é treinado. As pesquisas em Psicoterapia, contudo, avaliam intervenções em populações clínicas e o indício de sua eficiência nessas populações não indica que essas mesmas intervenções promoverão melhoras nas competências terapêuticas do supervisionando. A generalização de uso de técnicas e métodos do contexto clínico para o contexto de supervisão deve ser vista com cautela e submetida ao escrutínio científico.

Apesar de haver na literatura a proposição da utilização da FAP como método de supervisão, este método não tem sido avaliado extensivamente em pesquisas com

manipulação de variáveis de acordo com os ganhos dos terapeutas e dos clientes em sessão. Nesse sentido, poucas pesquisas possuem a preocupação de relatar e avaliar como o terapeuta FAP se desenvolve. Os estudos preocupados com o tema apresentado possuem dificuldades metodológicas, principalmente por não medirem as respostas das três partes da tríade nos contextos de supervisão e sessão, pelo número de tríades estudadas e por desenhos de estudo que impossibilitam conclusões precisas.

O presente estudo visou analisar hipóteses sobre a supervisão em FAP numa tríade específica. A supervisão no presente estudo ocorreu como o usual, havendo tanto discussão de caso (mais frequente), quanto enfoque e intervenção em características da terapeuta. A terapeuta demonstrou respostas adequadas em supervisão, mas que não foram emitidas frequentemente em sessão com a cliente. Percebeu-se, de maneira geral, aumento nos comportamentos adequados da terapeuta em sessão e em supervisão, diminuição dos inadequados e melhoras da cliente no decorrer do processo de psicoterapia.

A supervisão FAP, apesar de parecer estar relacionada com a diminuição de comportamentos inadequados, não apresentou correlação estatística com o aumento de comportamentos adequados da terapeuta do presente estudo, como foi esperado pela literatura. A supervisão focada na discussão de caso da cliente, por outro lado, demonstrou ter correlação com a adesão da terapeuta ao tratamento e emissão de CRBs. Devido a dificuldades metodológicas e a efeitos parecidos com outras estratégias de modificação do comportamento do terapeuta, é difícil afirmar quais foram os efeitos específicos da Supervisão em FAP na terapeuta.

O presente estudo teve como ponto forte observar a terapeuta atuando em dois contextos (supervisão e sessão), assim como observar como seu comportamento era evocado e conseqüenciado nesses dois contextos, tanto pela cliente, quanto pela

supervisora. Além disso, buscou correlacionar como classes de respostas específicas da supervisora e da terapeuta afetavam o desempenho dessa última e sua cliente. Contudo, apresentou dificuldades metodológicas que diminuem a generalidade dos dados. Desse modo, há necessidade de continuidade de estudos sobre a utilização da FAP como método de supervisão. As produções posteriores devem demonstrar se a supervisão em FAP promove competências terapêuticas tão bem quanto outros métodos (como a Discussão de Caso e Treino de Habilidades Específicas do Terapeuta), quais são as competências que apresentam melhor resposta a este método, quais são os terapeutas que melhor respondem a este tipo de supervisão e em quais momentos ela não é recomendada.

Além da supervisão em FAP, outros métodos de promoção de competências terapêuticas devem ser estudados em suas diversas modalidades, como *workshops*, leituras de manuais, *role-plays*, observações, entre outros. Assim como a supervisão, não há uma quantidade razoável de estudos sobre esses temas. Esses estudos podem considerar diferentes populações de terapeutas e clientes atendidos, para que a generalidade dos métodos seja demonstrada. Os dados produzidos devem promover melhor competência dos supervisores e dos treinadores em promover as habilidades do terapeuta FAP e em disseminar a estratégia adequadamente.

## Referências

- Atkins, D. C., & Christensen, A. (2001). Is Professional Training Worth the Bother? A Review of the Impact of Psychotherapy Training in Client Outcome. *Australian Psychologist*, 36(2), 122 – 130. doi:10.1080/00050060108259644
- Barreto, M. C., & Barletta, J. B. (2010). A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. *Cadernos de graduação – Ciências Biológicas e da Saúde*, 12(12), 155 – 171. Retrieved from <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas>
- Barletta, J. B., Fonsenca, A. L. B., & Delabrida, Z. N. C. (2012). A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 153-167. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php/script\\_sci\\_serial/pid\\_1516-3687/lng\\_pt/nrm\\_iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php/script_sci_serial/pid_1516-3687/lng_pt/nrm_iso)
- Barlow, D. H.; Nock, M. H.; Hersen, M. (2009). *Single Case Experimental Designs: strategies for studying behavior change* (3<sup>rd</sup> Ed.). Boston: Pearson.
- Beckert, M. (2002). Relação supervisor-supervisionando e a formação do terapeuta: contribuições da Psicoterapia Analítico-Funcional. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, M. C. Scoz (Orgs.) *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento* (Vol. 9, pp. 245-256). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Beidas, R. S., Edmunds, J. M., Marcus, S. C., & Kendall, P. C. (2012). Training and Consultation to Promote Implementation of an Empirically Supported Treatment: A Randomized Trial. *Psychiatry Services*, 63(7), 660-665. doi: 10.1176/appi.ps.201100401.
- Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. *Clin Psychol (New York)*, 7(1), 1 – 30. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x.
- Bitondi, F. R., & Setem, J. (2007). A importância das habilidades terapêuticas e da supervisão clínica: uma revisão de conceitos. *Revista UNIARA*, 20, 203 – 212. Retrieved from <http://www.uniara.com.br/legado/revistauniara/default.asp>
- Busch, A. M.; Kanter, J. W.; Callaghan, G. M.; Baruch, D. E.; Weeks, C. E.; Berlin, K. S. (2009) A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40(3), 280-290. doi:10.1016/j.beth.2008.07.003
- Callaghan, G. M. (2006a) Functional Analytic Psychotherapy and Supervision. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 2(3). doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0100794>
- Callaghan, G. M. (2006b). The Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists: The FASIT System. *The Behavior Analyst Today*, 7(3), 399-433. Retrieved from <http://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/BAT-7-3%20FASIT.pdf>

- Callaghan, G. M., & Follette, W. C. (2008). FAPRS MANUAL: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today*, 9 (1), 57 – 97. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0100649>
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). FACT: the utility of an integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 195 – 207. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.195>
- Campos, L. F. de L. (1998) Supervisão em terapia cognitivo-comportamental. In B. Rangé (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 357 – 364). Editorial Psy: Campinas.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de ética profissional do Psicólogo*. Retrieved from: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo\\_etica.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf).
- Dancey, C. P.; Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows* (3rd. Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Darrow, S. M., Callaghan, G. C., Bonow, J. T., & Follette, W. C. (2014). The Functional Idiographic Assessment Template-Questionnaire (FIAT-Q): Initial Psychometric Properties. *J Contextual Behav Sci.*, 3(2), 124–135. doi:10.1016/j.jcbs.2014.02.002
- Decker, S. E., Jameson, M. T., & Naugle, A. E. (2011). Therapist Training in Empirically Supported Treatments: A Review of Evaluation Methods for Short- and Long-Term Outcomes. *Adm Policy Ment Health*, 38, 254 – 286. doi: 10.1007/s10488-011-0360-1.
- Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (2000). Clinical Behavior Analysis. In: M. J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11 - 25). Reno: Context Press.
- Edwards, N. B. (1970). Behavior Therapy Training in the United States. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 1, 179-181. doi:10.1016/0005-7916(70)90045-5
- Ellis, M. V., Berger, L., Hanus, A. E., Ayala, E. E., Swords, B. A., & Siembor, M. (2014). Inadequate and Harmful Clinical Supervision: Testing a Revised Framework and Assessing Occurrence. *The Counseling Psychologist*, 42(4), 434 – 472. DOI: 10.1177/0011000013508656.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2012). The Importance of Competency Based Supervision and Training in the Twenty-first Century: Why Bother? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 129 – 137. doi:10.1007/s10879-011-9198-9
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behavior Research and Therapy*, 49, 373 – 378. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.005
- Farber, E. W. (2012). Supervising Humanistic-Existential Psychotherapy: Needs, Possibilities. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 173 – 182. doi: 10.1007/s10879-011-9197-x

- Fernandes, T. A. L., Silveira, J. M., & Popovitz, J. M. B. (2013). A utilização da terminologia sobre os fatores comuns na análise comportamental clínica. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 4(1), 19 – 31. Retrieved from <http://www.revistaperspectivas.org/>
- Follette, V. M., & Batten, S. V. (2000). The role of emotion in psychotherapy supervision: A contextual behavioral analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 306-312. doi:10.1016/S1077-7229(00)80088-7
- Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (1995). Do as I do, not a I say: a behavioral-analytic approach to supervision. *Professional Psychology: research and practice*, 26(4), 413-421. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.26.4.413>
- Freitas, G. J. (2002). The impact of psychotherapy supervision on client outcome: a critical examination of 2 decades of research. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 9 (4), 354-367. doi 10.1037/0033-3204.39.4.354
- Freitas, S. T. (2011) *Efeitos de procedimentos focados na relação terapêutica sobre comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Retrieved from <http://www.humanas.ufpr.br/portal/psicologiamestrado/files/2011/03/Trabalho-de-Disserta%C3%A7%C3%A3o-Sulliane-Teixeira-Freitas-sem-assinaturas.pdf>.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy: Relational Frame Theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-655. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C. (2007). Workshop / training / research / development – issues / criticisms [cont'd]. In D. Chantry (Ed.) *Talking ACT: notes and conversations on Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 26 – 27). Reno: Context Press
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: the process and practice of mindful change* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin. M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 7, 141 – 168. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449.
- Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L., & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review*, 30, 448-466. doi:10.1016/j.cpr.2010.02.005

- Hess, A. K. (2008). Psychotherapy supervision: a conceptual review (pp. 3 – 22). In A. K. Hess, K. D. Hess, & T. H. Hess (Eds.) *Psychotherapy supervision: theory, research, and practice* (2nd Ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hill, C. E., Sullivan, C., & Knox, S. (2007). Becoming Psychotherapists: Experiences Of Novice Trainees In A Beginning Graduate Class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (4), 434 – 449. doi: 10.1037/0033-3204.44.4.434
- Holloway, E. H., & Neufeldt, S. A. (1995). Supervision: its contributions to treatment efficacy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63 (2), 207 – 213. doi: 10.1037/0022-006X.63.2.207
- Ireno, E. de M., Meyer, S. (2009). Formação de terapeutas analítico comportamentais: efeitos de um instrumento para avaliação de desempenho. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 11 (2), 305 – 328. Retrieved from <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/409/303>
- Kanter, J. W., Tsai, M., Holman, G., & Koerner, K. (2013). Preliminary data from a randomized pilot study of web-based Functional Analytic Psychotherapy Therapist Training. *Psychotherapy*, 50 (2), 248 – 255. doi: 10.1037/a0029814.
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2015). Bringing Technology to Training: Web-Based Therapist Training to Promote the Development of Competent Cognitive-Behavioral Therapists. *Cognitive and Behavioral Practice* (2015). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.02.002>
- Kohlenberg, R. J., Bolling, M. Y., Kanter, J. W., & Parker, C. (2002) Clinical Behavior Analysis: where it went wrong, how it was made good again, and why its future is so bright. *The Behavior Analyst today*, 3(3), 248 – 253. doi: 10.1037/h0099988
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2006) *Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: ESETec.
- Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E., & Busch, A. M. (2013). The impact of the active components of functional analytic psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 49 – 57. doi:10.1016/j.jcbs.2013.03.004
- Levine, F. M., & Tilker, H. A. (1974). A behavior modification approach to supervision of psychotherapy. *Psychotherapy: theory research and practice*, 11 (2), 182 – 188. doi: 10.1037/h0086335
- Linehan, M. M. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline*. Porto Alegre: Artmed.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: an acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Mairal, J. B. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 109 – 117. Retrieved from <http://redalyc.org/articulo.oa?id=180613879001>

- Manring, J., Beitman, B. D., & Dewan, M. J. (2003). Evaluating Competence in Psychotherapy. *Academic Psychiatric*, 27 (3), 136 – 144. doi: 10.1176/appi.ap.27.3.136
- Melo, W. V. (2014). Apresentação. In W. V. Melo (Org.) *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia Cognitiva* (pp. 19 – 23). Novo Hamburgo: Sinopsys Editora.
- Meurer, P. H. (2011). *Efeito da apresentação de feedback no comportamento do terapeuta de evocar e responder aos comportamentos clinicamente relevantes* (Dissertação de mestrado). Retrieved from <http://www.humanas.ufpr.br/portal/psicologiamestrado/files/2011/03/Trabalho-de-Disserta%C3%A7%C3%A3o-Patr%C3%ADcia-H-Meurer.pdf>
- Michael, J. (1986) Fuga da Análise do Comportamento (Discurso Presidencial ABA, 1980). *Cadernos de Análise do Comportamento*, s/n, 15-60.
- Milne, D. L., Pilkington, J., Gracie, J., & James, I. (2003). Transferring skills from supervision to therapy: a qualitative and quantitative N=1 analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 31, 193 – 202. doi: 10.1017/S1352465803002078
- Milne, D. L., Reiser, R. P., & Cliffe, T. (2013). An N = 1 evaluation of enhanced CBT supervision. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41, 210 – 220. doi:10.1017/S1352465812000434
- Ministério da Educação. (2011). Resolução no. 5, de 15 de março de 2011. Retrieved from <http://portal.mec.gov.br/>
- Mozdierz, G. J., Peluso, P. R., & Lisiecki, J. (2011). Evidence-Based Psychological Practices and Therapist Training: At the Crossroads. *Journal of Humanistic Psychology*, 51(4), 439 – 464. doi: 10.1177/00221678110386959.
- Moreira, S. B. da S. (2003). Descrição de algumas variáveis em um procedimento de supervisão de terapia analítica do comportamento. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16 (1), 157 – 170. Retrieved from <http://www.scielo.br/prc>
- Newman, C. F. (2010). Competency in Conducting Cognitive-Behavioral Therapy: foundational, functional, and supervisory aspects. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47 (1), 12-19. doi: 10.1037/a0018849
- Novaki, P. C. (2004). Influência da experiência e de modelo na descrição de intervenções terapêuticas. In M. Z. Brandão, F. C. de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. de Moura, V. M. da Silva & S. M. Oliane: *Sobre comportamento e cognição: Contingências e metacontingências: Contextos sócioverbais e o comportamento do terapeuta* (Vol. 13, pp. 411 – 423). Santo André: Esetec.
- Oshiro, C. M. B.; Kanter, J. W.; Meyer, S. B. (2012). A single-case experimental demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 111-116. doi:10.1037/h0100945

- Piccoloto, N. M., & Piccoloto, L. B. (2014). Supervisão em Terapia Cognitiva (pp. 564 – 584). In W. V. Melho (Org.). *Estratégias Psicoterápicas e a Terceira Onda em Terapia Cognitiva*. Novo Hamburgo: Synopsis.
- Pomerantz, A. M. (2011). *Clinical Psychology: Science, Practice, and Culture* (2<sup>nd</sup>. Ed.). Oaks: Sage Publications.
- Pretorius, W. M. (2006). Cognitive Behavioural Therapy Supervision: Recommended Practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 412 – 420. doi:10.1017/S1352465806002876
- Rangé, B., Guilhardi, H. J., Kerbauy, R. R., Falcone, E. M. O., & Ingberman, Y. K. (1998). Ensino, treinamento e formação em psicoterapia comportamental e cognitiva. In B. Rangé (Org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*, p. 331 – 351. Editorial Psy: Campinas.
- Reiser, R. P., & Milne, D. (2012). Supervising Cognitive-Behavioral Psychotherapy: Pressing Needs, Impressing Possibilities. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 161 – 171. doi: 10.1007/s10879-011-9200-6
- Roth, A. D., & Pilling, S. (2008a). *A competence framework for the supervision of psychological therapies*. Retrieved from [http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/supervision\\_framework.htm](http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/supervision_framework.htm)
- Roth, A. D., & Pilling, S. (2008b). Using an Evidence-Based Methodology to Identify the Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for Depression and Anxiety Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 129 – 147. doi:10.1017/S1352465808004141
- Roth, A. D., Pilling, S., & Turner, J. (2010). Therapist training and supervision in clinical trials: implications for clinical practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 291 – 302. doi:10.1017/S1352465810000068
- Schoendorff, B. (2012). Using Functional Analytic Therapy to train therapists in Acceptance and Commitment Therapy, a conceptual and practical framework. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7 (2 – 3), 135 – 137. doi: 10.1037/h0100948
- Sholomskas, D. E., Syracuse-Siewerte, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F., & Carroll, K. M. (2005). We Don't Train in Vain: A Dissemination Trial of Three Strategies of Training Clinicians in Cognitive–Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 106-115. doi: 10.1037/0022-006X.73.1.106
- Silveira, J. M., Callaghan, G. M., Stradioto, A., Maeoka, B. E., Maurício, M. N., & Goulin, P. (2009). Efeitos de um treino em Psicoterapia Analítica Funcional sobre a identificação feita pelo terapeuta de comportamentos clinicamente relevantes de seu cliente. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(2), 346-365. Retrieved from <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/409/303>
- Simons, A. D., Padesky, C. A., Montemaranos, J., Lewis, C. C., Murakami, J., Lamb, K., DeVinney, S., Reid, M., Smith, D. A., & Beck, A. T. (2010). Training and

- Dissemination of Cognitive Behavior Therapy for Depression in Adults: A Preliminary Examination of Therapist Competence and Client Outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 751-756. doi: 10.1037/a0020569.
- Skinner, B. F. (1953/2007). *Ciência e Comportamento Humano* (11ª. Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Steel, C., Tarrier, N., Stahl, D., & Wykes, T. (2012). Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: The Impact of Therapist Training and Supervision. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 194 – 195. doi: 10.1159/000334250.
- Sousa, A. C. A. de, & Vandenberghe, L. (2007) Possibilidades da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes *Boderlines*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 1 - 11. Retrieved from www.usp.br/rbtcc
- Swales, M. A. (2010). Implementing DBT: selecting, training and supervising a team. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 3, 71 – 79. doi:10.1017/S1754470X10000061
- Thompson, B. L., Luoma, J. B., Terry, C. M., LeJeune, J. T., Guinther, P. M., Robb, H. (no prelo). Creating A Peer Led Acceptance And Commitment Therapy Consultation Group: The Portland Model. *Journal of Contextual Behavioral Science*. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.11.004i
- Tsai, M., Callaghan, G. M., Kohlenberg, R. J., Follette, W. C., & Darrow, S. M. (2011). Supervisão e desenvolvimento pessoal do terapeuta. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Orgs). *Um guia para a Psicoterapia Analítica Funcional: consciência, coragem, amor e behaviorismo* (pp. 211 – 247). Santo André: ESETEC Editores Associados.
- Tsai, M., Kanter, J. W., Landes, S. J., Newring, R. O., Kohlenberg, R. J. (2011). O curso da terapia: fase inicial, intermediária e final da FAP. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Orgs). *Um guia para a Psicoterapia Analítica Funcional: consciência, coragem, amor e behaviorismo* (pp. 187 – 209). Santo André: ESETEC Editores Associados.
- Tsai, M., Callaghan, G. M., & Kohlenberg, R. J. (2013). The Use of Awareness, Courage, Therapeutic Love, and Behavioral Interpretation in Functional Analytic Psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(3), 366-370. doi: 10.1037/a0031942
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). *Functional Analytical Psychotherapy: distinctive features*. New York: Routledge.
- Tyler, J. D., Sloan, L. L., & King, A. R. (2000). Psychotherapy supervision practices of academics faculty: a national survey. *Psychotherapy*, 37 (1), 98 – 101. doi: 10.1037/h0087750
- Ulian, A. L. A. de O. (2002). Reflexões sobre uma experiência relativa à formação de dois terapeutas comportamentais. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 4 (2), 91 – 104. Retrieved from www.usp.br/rbtcc
- Vandenberghe, L. (1997). Uma abordagem contextual da supervisão clínica. In R. A. Banaco (Org) *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 1, pp. 510-515). Santo André: ARBytes Editora.

- Vandenberghe, L. (2007) Terapia comportamental construtiva: uma outra face da clínica comportamental. *Psicologia USP*, 18 (2), 89 – 102. doi: 10.1590/S0103-65642007000400006
- Vandenberghe, L. (2009). Keeping the focus on clinically relevant behavior: supervision for Functional Analytical Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5 (2), 209 – 222. doi: 10.1037/h0100882
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos? *Boletim Contexto*, 34, 33 – 41. Retrieved from <http://abpmc.org.br/info/bc/39.html>
- Vandenberghe, L., & Silveira, J. M. da (2013). Therapist Self-as-Context and the Curative Relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 159 – 167.
- Walser, R. D., Karlin, B. E., Trockel, M., Mazina, B., & Taylor, C. B. (2013). Training in and implementation of Acceptance and Commitment Therapy for depression in the Veterans Health Administration: Therapist and patient outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 555 – 563. doi:10.1016/j.brat.2013.05.009
- Watkins Jr., C. E. (2012a). Contemporary Visions of Psychotherapy Supervision: Sharing perspectives, identifying needs, and charting possibilities. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 125 – 127. doi: 10.1007/s10879-011-9203-3
- Watkins Jr., C. E. (2012b). Psychotherapy Supervision in the New Millennium: Competency-based, Evidence-Based, Particularized, and Energized. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 193 – 203. doi: 10.1007/s10879-011-9202-4%I
- Watkins Jr., C. E., & Scaturro, D. J. (2013). Toward an integrative, learning-based model of psychotherapy supervision: supervisory alliance, educational interventions, and supervisee learning/relearning. *Journal of psychotherapy integration*, 23 (1), 75 – 95. doi: 10.1037/a0031330
- Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J., & Bruschi, A. M. (2011). Translating the theoretical into practical: framework of Functional Analytic Psychotherapy Interactions for research, training, and clinical purposes. *Behavior Modification*, 20(10), 1 – 33. doi: 10.1177/0145445511422830
- Weerasekera, P. (2013). The state of psychotherapy supervision: Recommendations for future training. *International review of psychiatry*, 25(3), 255 – 264. doi: 10.3109/09540261.2013.769431
- Wielenska, R. C., & Oshiro, C. K. B. (2012). FAP group supervision: reporting educational experiences at the University of São Paulo, Brazil. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7 (2-3), 177 – 181. Retrieved from [http://www.baojournal.com/IJBCT/IJBCT-7\\_2-3/7\\_2-3\\_Articles/A25.pdf](http://www.baojournal.com/IJBCT/IJBCT-7_2-3/7_2-3_Articles/A25.pdf)
- Wolpe, J. (1972a). Supervision Transcripts I – Fear of Success. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 3, 107 – 110. doi: 10.1016/0005-7916(72)90009-2
- Wolpe, J. (1972b). Supervision Transcripts: II – Problems of a Novice. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 3, 199 – 203. doi: 10.1016/0005-7916(72)90074-2

- Wolpe, J. (1972c). Supervision Transcripts: III – Some problems in a claustrophobic case. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 3, 301 – 305. doi: 10.1016/0005-7916(72)90053-5
- Wolpe, J. (1973a). Supervision Transcripts: IV – Planning Therapeutic Tactics. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 4, 41 – 46. doi: 10.1016/0005-7916(73)90037-2
- Wolpe, J. (1973b). Supervision Transcripts: V – Mainly About Assertive Training. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 4, 141 – 148. doi: 10.1016/0005-7916(73)90060-8
- Wolpe, J. (1973c). Supervision Transcripts: VI – Hypochondriacal Neurosis. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 4, 249 – 255. doi: 10.1016/0005-7916(73)90082-7
- Wolpe, J. (1973d). Supervision Transcripts: VII – Neglecting Case History and other Elementary Errors. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 4, 363-370. doi: 10.1016/0005-7916(73)90011-6
- Wright, J., Turkington, D., Kingdon, D. G., & Basco, M. R. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Doenças Mentais Graves*. Porto Alegre: Artmed.

## **Apêndices**

## APÊNDICE I - Formulação De Caso Da Cliente

### O1s

Expressar emoções com frequência baixa;

Punir aproximações de outras pessoas;

Esquivar-se de situações nas quais deve expressar sua opinião.

### CRB1s

Falar de maneira racional, não expressando sentimentos;

Discutir os assuntos superficialmente com a terapeuta;

Expressar opiniões convergentes com a terapeuta, mesmo discordando dela.

### O2s

Expressar emoções com maior frequência;

Permitir aproximações de outras pessoas;

Expressar sua opinião.

### CRB2s

Expressar sentimentos;

Permitir aproximação da terapeuta ao comportar-se intimamente;

Expressar uma opinião adequadamente.

## Análise de Contingências

### CRB1

Estímulo Antecedente	Resposta	Consequência
A terapeuta tenta evocar sentimentos	Esquiva falando racionalmente	T1: Terapeuta muda o assunto visando reduzir a aversividade (Reforça negativamente) T2: Terapeuta mantém o assunto (Extingue ou Pune positivamente)
Terapeuta demonstra abertura e possibilidade de intimidade	Discute assuntos superficiais	T1: Terapeuta mantém-se em assuntos superficiais e assim evita intimidade

		com a terapeuta (Reforça negativamente-) T2: Terapeuta mantém o assunto (Extingue ou Pune positivamente)
Terapeuta expressa opinião divergente à dela	Concorda com a opinião da terapeuta	T1: Terapeuta acata a opinião e evita conflito com a terapeuta (Reforça negativamente) T2: Terapeuta questiona qual é o posicionamento da cliente (Extingue ou Pune positivamente)

**CRB2**

S	R	C
A terapeuta tenta evocar sentimentos	Expressa Sentimentos	T1: Terapeuta ignora ou não reconhece o CRB2 (Extingue) T2: Terapeuta valida os sentimentos da cliente (Reforça Positivamente)
Terapeuta demonstra abertura e possibilidade de intimidade	Discute assuntos emocionais	T1: Terapeuta ignora ou não reconhece o CRB2 (Extingue) T2: Terapeuta demonstra maior proximidade com a cliente (Reforça Positivamente)
Terapeuta expressa opinião divergente à dela	Cliente demonstra discordância à opinião da terapeuta	T1: Terapeuta ignora ou não reconhece o CRB2 (Extingue) T2: Terapeuta valida a opinião da cliente e pede mais informações (Reforça Positivamente)

## APÊNDICE II - Formulação De Caso Da Terapeuta

### **T1: Esquiva de enfrentamento de situações aversivas**

Falar sobre assuntos superficiais, principalmente sobre amenidades que acontecem lá fora.

Mudar de assunto quando a cliente não fornece indícios de concordância ou diminui as suas falas.

“Dar aulas”: Focar em assuntos racionais para explicar comportamentos; explicar o comportamento de acordo com princípios gerais ao invés de focar e explorar a experiência da cliente.

Oferecer conselhos e formas de agir em situações cotidianas simples, antes do cliente atingir insights sobre eles.

### **TRB1**

Falar sobre assuntos superficiais na supervisão;

Mudar de assunto quando a supervisora não mostra concordância ou quando o assunto é aversivo para a terapeuta.

Explicar de maneira racional ou geral a relação terapêutica com a cliente e/ou com a supervisora.

### **T2: Enfrentar situações aversivas**

Evocar CRB 1 e 2, falando sobre tópicos difíceis e emocionais, ainda que aversivo para a cliente e para a terapeuta.

Manter-se em assuntos nos quais a cliente não fornece indício de concordância ou discordância.

Focar na experiência pessoal da cliente, considerando a singularidade desta.

Promover *insights* da cliente (antes de dar conselhos).

### **TRB2**

Expressar emoções em relação a cliente e a supervisora;

Continuar no assunto de natureza emocional ou aversiva;

Descrever sentimentos e sensações que possui singularmente com a cliente e/ou com a supervisora.

**APÊNDICE III - Códigos da Escala de Categorização FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) adaptados para o Terapeuta**

<b>Código</b>	<b>Nome inteiro do Código</b>	<b>Breve descrição</b>
<b>ERB</b>	Terapeuta Evoca um CRB do Cliente	Terapeuta evoca um comportamento clinicamente relevante, seja ele CRB 1, 2 ou 3
<b>TCRB</b>	Terapeuta responde efetivamente ao CRB1, CRB2 e CRB3	Terapeuta responde ao problema do cliente dentro da sessão, a melhoras dentro da sessão, à descrição do cliente de como diferentes variáveis de controle impactam o comportamento do cliente, o terapeuta faz a modelagem ou modelação do CRB3 para o cliente
<b>RO1</b>	Terapeuta responde efetivamente a Discussões sobre problemas clínicos do cliente fora da relação terapêutica (a “CRB1s de fora”)	Terapeuta comenta sobre os comportamentos problema do cliente que ele descreve ter se engajado fora da sessão de terapia
<b>RO2</b>	Terapeuta responde efetivamente a Discussões sobre melhoras clínicas do cliente fora da relação terapêutica (a “CRB2s de fora”)	Terapeuta prove reforçamento verbal em resposta ao cliente descrever melhoras comportamentais for a da sessão
<b>TPR</b>	Progresso de Sessão Positivo do Terapeuta	Terapeuta se engaja em comportamentos efetivos ou facilitadores de maneira geral
<b>M<sup>2</sup></b>	Terapeuta perde/não responde ao CRB1, ao CRB2 ou ao CRB3	Terapeuta perde a oportunidade de responder a um CRB1; Terapeuta não reforça uma instância do CRB2 do cliente ou uma aproximação razoável de um CRB2 ou Terapeuta perde a oportunidade de responder a uma descrição de variáveis de controle importantes ou uma aproximação razoável do cliente.

<sup>2</sup> Apesar do Manual referir-se a M1, M2 e M3 e TRB1, TRB2 e TRB3, as classes foram agrupadas para melhor análise estatística.

**APÊNDICE IV – Códigos da Escala de Categorização FAPRS (Callaghan & Follette, 2008) para o cliente**

**List of Clients Codes**

<b>Código</b>	<b>Nome Inteiro do Código</b>	<b>Breve descrição</b>
<b>CRB1</b>	Comportamento Clinicamente Relevante 1 (problemas dentro da sessão)	<p>Cliente se engaja em comportamento problemático na sessão no contexto da relação terapêutica</p> <p>Client engages in problematic behavior in session in the context of the therapeutic relationship</p>
<b>CRB2</b>	Comportamento Clinicamente Relevante 2 (melhoras dentro da sessão)	<p>Cliente se engaja em melhora comportamental na sessão no contexto da relação terapêutica</p>
<b>CRB3</b>	Comportamento Clinicamente Relevante 3 (descrição de variáveis de controles relevantes)	<p>Cliente descreve como diferentes variáveis de controle impactam o comportamento do cliente e quando o cliente faz descrições funcionais.</p>
<b>O1</b>	Discussão de problemas Clínicos Fora da Relação Terapêutica (“CRB1s de fora”)	<p>Cliente discute ou descreve comportamentos-problema que são foco do tratamento mas que ocorrem em outras situações fora da sessão</p> <p>Client discusses or describes problem behaviors that have been the focus of treatment but that occur in other situations outside of session.</p>
<b>O2</b>	Discussão de Melhoras Clínicas Fora da Relação Terapêutica (“CRB2s de fora”)	<p>Cliente discute ou descreve melhoras que são foco do tratamento mas que ocorrem em outras situações fora da sessão</p> <p>Client discusses or describes improvements that have been the focus of treatment but that occur in other situations outside of session.</p>
<b>CPR</b>	Progressão positiva da sessão do cliente	<p>Cliente discute ou descreve problemas que ocorrem em situações fora da relação terapêutica ou clarifica ou dá contexto sobre problemas</p>

**APÊNDICE V – FASIT (Versão de Questionário para Terapeuta) (Adaptado de Callaghan, 2006b)**

Nome: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_ Tempo de atuação como terapeuta: \_\_\_\_\_

<b>CLASSE A</b>	
1. Do you feel like other people are able to meet needs that you have?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. Are your needs met when you have them, or are they met later on?	<input type="checkbox"/> Now <input type="checkbox"/> Later
3. What kinds of needs do you have from other people? _____ _____ _____	
4. Are you able to make requests from others to meet your needs?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
5. What types of requests do you make? _____ _____ _____	
6. Are you able to recognize when you need something from someone else?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7. Are you able to identify times or situations when it is better to ask for what you need?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
8. Can you identify people that are more likely to meet these needs?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9. Do you often begin to ask for something, and then change your mind and decide not to make the request or take the assistance?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10. Do you often decide not to ask someone for something even though it might be a reasonable request to make?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
11. Are you able to express these needs directly to others, or do you hint at your needs?	<input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Hint
12. Are others clear about what you need when you ask for something?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
13. Do you ask for something by making a statement or observation rather than making the request directly?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
14. Has anyone ever given you feedback that you ask for too much or make requests too often?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
15. Has anyone ever told you that the way in which you ask for something is off-putting or otherwise makes it hard to comply with what you want?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

<b>CLASSE B</b>	
1. Are you able to notice the impact that you have on others, that is, how others perceive you or feel about you when you are interacting?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. How would you describe this impact? _____ _____ _____	
3. Do you sometimes make remarks that could be interpreted offensively by others?	<input type="checkbox"/> Yes

	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
4. Are you aware or do you notice when other people are giving you feedback about your behavior?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
5. Do you feel like you change what you do in a way that is consistent with the feedback that has been given to you?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
6. Are there times or situations when you need to be more aware of your impact on others?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
7. Are there times or situations where it would be better for you to respond to feedback you are given?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
8. Are you able to respond when people are giving you feedback?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
9. When others give you feedback, are there times when you do not know how to respond to it?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
10. Do you ever have trouble changing what you are doing when you notice or are told that you aren't having the impact you would like to be having?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
11. Do you often ignore or decide not to respond to the feedback that others give to you?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
12. When you notice your impact is less effective or are given feedback about this, do you continue to do the same thing, perhaps in an effort to make yourself better understood?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
13. Do you find yourself fighting with someone if he or she gives you feedback that is hard to hear?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
14. Are you very sensitive to how you affect others?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
15. Are there situations when you are very sensitive about feedback that has been given to you?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>

<b>CLASSE C</b>	
1. Is it normal for conflict to occur between you and other people in your relationships?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
2. Are you aware when conflict is going on between you and another person?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
3. Are there certain times it is better to engage in conflict?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
4. Are there certain individuals with whom it is more acceptable to engage in conflict than others?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
5. Do you tend to try to stop conflict that you are in, even though there may not be a resolution or you have not stated your opinion?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
6. Do you tend to give-in to others easily if there is conflict, accepting their position or view, even though you may not agree with it?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
7. Do you tend to withdrawal if conflict begins or may begin with you and someone else? [escape/avoidance]	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
8. Do you find that you try to avoid conflict at almost all cost?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
9. Do you try to be the 'peace-maker' or try to decrease the chance that any conflict may occur between you and others, perhaps by making sure the other person is happy?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
10. When you try to resolve conflict, are your attempts successful?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
11. Are others clear about what you are doing when you are trying to decrease a conflict?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
12. Do you find (or have you been told) that you tend to not give in to others in conflict, even though the other person may have a good point?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>

13. When you are in conflict with someone else, do you find that you continue to fight or that the fight even gets worse?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
14. When you are having conflict with others do you deliberately attempt to increase the level or intensity of conflict?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
15. Do you feel more connected or close to someone during intense conflict?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

<b>CLASSE D</b>	
1. Have you had a best friend, or people that you would say you are close with?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. Do you currently have any close relationships, people you are friends with, with whom you can talk about how you are doing?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. Do you value or feel that close relationships are important to you?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. Are there times when you feel it is important to share things about yourself with others?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
5. Are there times when you are more sensitive to what someone else is telling you about how they are doing?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
6. Have you ever been told that you say too much to others about how you are feeling or about your own experiences?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7. Are you unsure of which people you could tell your feelings to, talk about your own experiences, or ask for support?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
8. Do your friends or other people ask you how you are doing, but you choose not tell them, talk about how you are doing, or ask for support from them?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9. Do you ever begin to talk about how you are doing or ask for support but then decide it would be better not to do that?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10. Do you think it is better just not to talk about your feelings or yourself at all?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
11. Do you think it's better for you to not ask for support from others even though it might be helpful?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
12. Do you have any rules you tell yourself about when it's all right to talk about your own feelings or ask for support from others?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
13. When you talk about how you are doing, share your experiences, or ask for support from others, do the people you are talking to understand how you are doing, do they get what is going on for you or what you want?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
14. Do people often tell you that the way you talk about yourself in a way that others feel like you aren't giving yourself enough credit?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
15. Do people ever give you the feedback that you tend to brag or talk about yourself in a way that exaggerates your skills or qualities?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
16. Do people ever tell you that you talk about yourself too much, or talk too much about what you are feeling or what you have done?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
17. Do others tell you that you ask for support too much or that they can't meet your needs as often as it feels like you would like them to?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
18. Do you listen to others and offer support when they are seeking it from you?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
19. Have you ever been told that you take more than you given in a relationship?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

<b>CLASSE E</b>	
1. Are you able to notice that you have emotional experiences as they are happening?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

2. Are you able to notice that you had a feeling after it occurred, but were not able to notice it when it was going on for you?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
3. Can you distinguish different types of emotional experiences from each other?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
4. Are you able to identify situations when it is appropriate to express your emotions as you have them?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
5. Do you feel like there are times when you decide not to show an emotional experience you are having?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
6. Has anyone ever let you know that they feel like you should be more expressive about what you are feeling?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
7. Do you have any rules for yourself about feelings you won't have or spend time experiencing?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
8. Do you frequently begin to have a (strong) emotional experience and then engage in activities to get rid of the feeling after it starts?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
9. Do you frequently do things that will keep you from having particular feelings at all?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
10. When you tell people how you are feeling, do they respond in a way that makes sense to you?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
11. Are you able to accurately label feelings you have as you are experiencing them so that others understand what you are feeling?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
12. Do you feel like you are able to communicate your emotional experiences clearly so that other people can understand what you are feeling?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
13. Do you hint to people about what you are feeling when you are experiencing an emotion?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>
14. Has anyone ever let you know that they were overwhelmed by how you express your feelings?	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>

**APÊNDICE VI - Categorias de Comportamentos Relevantes do Terapeuta (CCRT)**

Código	Descrição
T1	Terapeuta se engaja em comportamentos-problema que dificultam o processo de FAP como descrito em sua formulação de caso
T2	Terapeuta se engaja em comportamentos de melhora que facilitam o processo de FAP como descrito em sua formulação de caso
Ir (Irrelevante)	Terapeuta se engaja em comportamentos neutros, que não são nem T1 nem T2.

## APÊNDICE VII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Cliente)

Nós, Alisson Ferreira Lepienski e Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, cliente do Centro de Psicologia Aplicada, a participar dos estudos intitulados “Terapia Analítico Comportamental e Supervisão” (pesquisa de mestrado sob responsabilidade de Alisson Ferreira Lepienski) e “Avaliação de sistemas de auto-registro com terapeutas submetidos à supervisão” (projeto de iniciação científica sob responsabilidade da Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira e da graduanda Marjorie Rodrigues Wanderley). Sua participação permitirá a melhor compreensão de quais são os recursos necessários para o desenvolvimento de habilidades do terapeuta.

- a) O objetivo destas pesquisas é avaliar como o processo de supervisão influencia as ações do terapeuta durante a terapia.
- b) Caso você participe das pesquisas, será necessário que você permita que sete a 12 sessões seguidas junto ao seu terapeuta sejam gravadas.
- c) Para tanto, você deverá comparecer no Centro de Psicologia Aplicada para atendimentos psicoterápicos semanais, de cinquenta minutos cada, por aproximadamente sete a 12 semanas.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a assuntos de natureza emocional/pessoal da psicoterapia ou a presença de equipamentos de gravação. O desconforto emocional faz parte do processo psicoterápico e não será aumentado em decorrência da pesquisa.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: exposição a conteúdos emocionais, relembrar conteúdos esquecidos e mudanças em padrões comportamentais.
- f) Não se espera que você possuirá benefícios adicionais aos da psicoterapia por participar das pesquisas. Contudo, o seu terapeuta será supervisionado de maneira mais intensiva, que aumentará as capacidades dele para lidar com as situações da psicoterapia. No entanto, você poderá contribuir para o avanço científico da área.
- g) O pesquisador Alisson Ferreira Lepienski, responsável pelo projeto, psicólogo (CRP-08/19193), poderá ser contatado pelos números (041)9967-0867 (celular), (041)3310-2614 (Centro de Psicologia Aplicada) ou encontrado no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná (Praça Santos Andrade, no. 50, sala 112, Curitiba) a partir de 1 hora antes e até 1 hora depois das sessões realizadas (ou ainda com horário marcado pelos telefones acima) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Responsável pelo Projeto \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
 Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- h) A sua participação nestes estudos é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.
- i) As informações relacionadas aos estudos poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, envolvendo o pesquisador, a orientadora da pesquisa (Profa. Dra. Jocelaine M. da Silveira), a graduanda envolvida na Iniciação Científica, o supervisor do terapeuta e dois categorizadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. As sessões serão gravadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Os dados coletados ficarão em posse de Alisson Ferreira Lepiensi e Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira, e poderão ser utilizados para pesquisas posteriores caso sejam respeitadas as outras condições deste termo.
- j) As despesas necessárias para a realização das pesquisas não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas de caráter psicológico decorrentes do estudo serão tratados no Centro de Psicologia Aplicada, por um dos terapeutas disponibilizados pelo serviço.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal\_-

\_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo dos estudos dos quais concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Fui informado que serei atendido na modalidade psicoterápica, sem custos, no Centro de Psicologia Aplicada, por um terapeuta selecionado pelo pesquisador, em horários a serem estabelecidos junto ao terapeuta. Também concordo em ter minhas sessões gravadas e analisadas pelo pesquisador, sua orientadora e dois categorizadores. Caso eu possua algum problema psicológico decorrente do estudo, poderei ser tratado sem custos por um dos terapeutas disponibilizados pelo Centro de Psicologia Aplicada.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)  
Local e data

Assinatura do Pesquisador

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br
---

### APÊNDICE VIII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Terapeuta)

Nós, Alisson Ferreira Lepienski e Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, terapeuta, a participar dos estudos intitulados “Terapia Analítico Comportamental e Supervisão” (pesquisa de mestrado sob responsabilidade de Alisson Ferreira Lepienski) e “Avaliação de sistemas de auto-registro com terapeutas submetidos à supervisão” (projeto de iniciação científica sob responsabilidade da Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira e da graduanda Marjorie Rodrigues Wanderley). Sua participação permitirá a melhor compreensão de quais são os recursos necessários para o desenvolvimento de habilidades do terapeuta.

- a) O objetivo destas pesquisas é avaliar como o processo de supervisão influencia as ações do terapeuta durante a terapia.
- b) Caso você participe das pesquisas, será necessário que você permita que sete a 12 sessões de terapia seguidas, realizadas por você junto ao seu cliente, sejam gravadas. Além disso, as suas sessões de supervisão relacionadas a essas sessões também serão gravadas. Deverá também, anotar a ocorrência de comportamentos relevantes no seu cotidiano, sendo a classe determinada por você e o supervisor. A anotação será feita por papel e caneta e por meio de mensagens de celular a serem mandadas para o supervisor.
- c) Para tanto você deverá comparecer no Centro de Psicologia Aplicada para atendimentos psicoterápicos semanais, de cinquenta minutos cada, por aproximadamente sete a 12 semanas e a sessões semanais de supervisão de duração de 30 minutos, no mesmo local.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a assuntos de natureza emocional e pessoal da supervisão e da realização de psicoterapia. Essa exposição, contudo, é inerente ao processo de supervisão e não será aumentado em decorrência da pesquisa. Poderá haver, também, desconforto pela presença de dispositivos de filmagem durante a sessão.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: contato com emoções intensas, modificação de padrões comportamentais e maior percepção dos eventos ao seu redor.
- f) Os benefícios esperados com essas pesquisas são: maior conhecimento emocional, melhora de suas habilidades terapêuticas e maior conhecimento conceitual. Além disso, o terapeuta poderá requerer informações sobre seu desempenho sem qualquer prejuízo de benefício, como avaliadas pelos pesquisadores, após o fim da pesquisa.
- g) O pesquisador Alisson Ferreira Lepienski, responsável pelo projeto, psicólogo (CRP-08/19193), poderá ser contatado pelos números (041)9967-0867 (celular), (041)3310-2614 (Centro de Psicologia Aplicada) ou encontrado no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná (Praça Santos Andrade, no. 50, sala 112, Curitiba) a partir de 1 hora antes e até 1 hora depois das sessões realizadas (ou ainda com horário marcado pelos telefones acima) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde  
 Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

- h) A sua participação nestes estudos é voluntária e se você não quiser mais fazer parte das pesquisas poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na perda de nenhum benefício.
- i) As informações relacionadas aos estudos poderão conhecidas por pessoas autorizadas, envolvendo o pesquisador, a orientadora da pesquisa (Profa. Dra. Jocelaine M. da Silveira), a graduanda envolvida na Iniciação Científica, o seu supervisor e dois categorizadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. As sessões serão gravadas e posteriormente transcritas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Os dados coletados ficarão em posse de Alisson Ferreira Lepiensi e Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira, e poderão ser utilizados para pesquisas posteriores caso sejam respeitadas as outras condições deste termo.
- j) As despesas necessárias para a realização das pesquisas não são de sua responsabilidade e pela sua participação nos estudos você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal\_-

\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo dos estudos do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete qualquer benefício que eu possua.

Eu concordo voluntariamente em participar destes estudos.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)  
Local e data

Assinatura do Pesquisador

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br
---

## APÊNDICE IX - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

Nós, Alisson Ferreira Lepienski e Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, supervisor, a participar dos estudos intitulados “Terapia Analítico Comportamental e Supervisão” (pesquisa de mestrado sob responsabilidade de Alisson Ferreira Lepienski) e “Avaliação de sistemas de auto-registro com terapeutas submetidos à supervisão” (projeto de iniciação científica sob responsabilidade da Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira e da graduanda Marjorie Rodrigues Wanderley). Sua participação permitirá a melhor compreensão de quais são os recursos necessários para o desenvolvimento de habilidades do terapeuta.

- a) O objetivo destas pesquisas é avaliar como o processo de supervisão influencia as ações do terapeuta durante a terapia.
- b) Caso você participe das pesquisas, será necessário que você permita que sete a 12 sessões seguidas de supervisão junto a um terapeuta sejam gravadas.
- c) Para tanto você deverá comparecer no Centro de Psicologia Aplicada para realizar supervisões semanais, de cinquenta minutos cada, por aproximadamente sete a 12 semanas.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a escuta de assuntos de natureza emocional ou de exposição de características pessoais. Esse desconforto é natural do processo de supervisão e não será aumentado em decorrência das pesquisas. Poderá haver, também, desconforto pela presença de dispositivos de filmagem durante a sessão.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: contato com emoções intensas, modificação de padrões comportamentais, maior percepção dos eventos ao seu redor.
- f) Será disposto ao supervisor, ao final da pesquisa, a possibilidade de receber um feedback em relação a uma análise aprofundada de suas intervenções juntos ao supervisionando feita pelos pesquisadores e discutir os resultados da pesquisa. Além disso, você estará contribuindo ao desenvolvimento científico da área.
- g) O pesquisador Alisson Ferreira Lepienski, responsável pelo projeto, psicólogo (CRP-08/19193), poderá ser contatado pelos números (041)9967-0867 (celular), (041)3310-2614 (Centro de Psicologia Aplicada) ou encontrado no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Paraná (Praça Santos Andrade, no. 50, sala 112, Curitiba) a partir de 1 hora antes e até 1 hora depois das sessões realizadas (ou ainda com horário marcado pelos telefones acima) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- h) A sua participação nestes estudos é voluntária e se você não quiser mais fazer parte das pesquisas poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na perda de nenhum benefício.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Responsáveis Pesquisas \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR  
 Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- i) As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas, envolvendo o pesquisador, a orientadora da pesquisa (Profa. Dra. Jocelaine M. da Silveira), a graduanda envolvida na Iniciação Científica e dois categorizadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. As sessões serão gravadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Os dados coletados ficarão em posse de Alisson Ferreira Lepiensi e Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira, e poderão ser utilizados para pesquisas posteriores caso sejam respeitadas as outras condições deste termo.
- j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal\_-

\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo dos estudos do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão sem que esta decisão acarrete prejuízo algum.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)  
Local e data

Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE X – Frequência Absoluta e Relativa dos Códigos da FAPRS, da CCRT e da SFAPRS**

**Tabela 5: Frequência Absoluta e Relativa dos Códigos da FAPRS por Sessão**

Sessão	Frequência Absoluta dos Códigos do Terapeuta (Frequência Relativa)						Frequência Absoluta dos Códigos do Cliente (Frequência Relativa)					
	ERB	M	RO1	RO2	TCRB	TPR	CRB1	CRB2	CRB3	O1	O2	CPR
1	8(0.036)	33(0.1486)	0(0)	0(0)	6(0.027)	64(0.2883)	20(0.0901)	2(0.009)	0(0)	0(0)	0(0)	89(0.4009)
2	5(0.02)	10(0.04)	2(0.008)	3(0.012)	1(0.004)	104(0.416)	2(0.008)	10(0.04)	0(0)	4(0.016)	3(0.012)	106(0.424)
3	11(0.0932)	18(0.1525)	0(0)	0(0)	6(0.0508)	24(0.2034)	13(0.1102)	4(0.0339)	0(0)	0(0)	0(0)	42(0.3559)
4	4(0.0248)	4(0.0248)	1(0.0062)	0(0)	3(0.0186)	68(0.4224)	0(0)	7(0.0435)	0(0)	3(0.0186)	0(0)	71(0.441)
5	11(0.0385)	15(0.0524)	6(0.021)	0(0)	10(0.035)	101(0.3531)	2(0.007)	18(0.0629)	0(0)	5(0.0175)	0(0)	118(0.4126)
6	8(0.0684)	5(0.0427)	0(0)	0(0)	8(0.0684)	37(0.3162)	1(0.0085)	12(0.1026)	0(0)	1(0.0085)	1(0.0085)	44(0.3761)
7	4(0.014)	3(0.0105)	19(0.0667)	1(0.0035)	9(0.0316)	107(0.3754)	6(0.0211)	3(0.0105)	2(0.007)	20(0.0702)	1(0.0035)	110(0.386)
8	7(0.0452)	3(0.0194)	9(0.0581)	0(0)	18(0.1161)	40(0.2581)	10(0.0645)	13(0.0839)	1(0.0065)	16(0.1032)	3(0.0194)	35(0.2258)
9	3(0.0133)	0(0)	7(0.0311)	3(0.0133)	25(0.1111)	75(0.3333)	8(0.0356)	17(0.0756)	0(0)	11(0.0489)	5(0.0222)	71(0.3156)
10	6(0.038)	3(0.019)	4(0.0253)	2(0.0127)	24(0.1519)	41(0.2595)	5(0.0316)	29(0.1835)	0(0)	7(0.0443)	1(0.0063)	36(0.2278)
11	7(0.0467)	2(0.0133)	12(0.08)	1(0.0067)	20(0.1333)	33(0.22)	5(0.0333)	20(0.1333)	0(0)	13(0.0867)	1(0.0067)	36(0.24)
12	9(0.0443)	2(0.0099)	7(0.0345)	5(0.0246)	40(0.197)	39(0.1921)	3(0.0148)	34(0.1675)	1(0.0049)	14(0.069)	4(0.0197)	45(0.2217)

**Tabela 6: Frequência Absoluta e Relativa da CCRT**

Sessão	T1	T2	IR
1	70(0.6306)	0(0)	41(0.3694)
2	37(0.296)	11(0.088)	77(0.616)
3	37(0.6167)	0(0)	23(0.3833)
4	33(0.4125)	6(0.075)	41(0.5125)
5	73(0.5105)	9(0.0629)	61(0.4266)

Sessão	T1	T2	IR
6	13(0.2241)	14(0.2414)	31(0.5345)
7	74(0.5175)	15(0.1049)	54(0.3776)
8	12(0.1558)	21(0.2727)	44(0.5714)
9	20(0.177)	21(0.1858)	72(0.6372)
10	7(0.0875)	21(0.2625)	52(0.65)
11	10(0.1333)	25(0.3333)	40(0.5333)
12	25(0.2451)	41(0.402)	36(0.3529)

**Tabela 7: Frequência Absoluta e Relativa dos Códigos da SFAPRS por Supervisor**

	Frequência Absoluta dos Códigos do Supervisor (Frequência Relativa)							Frequência Absoluta dos Códigos do Terapeuta (Frequência Relativa)						
	ETRB	STRB	RT1	RT2	SFC	SPR	SM	TRB1	TRB2	TRB3	ST1	ST2	FC	TPR
1	2(0.0148)	2(0.0148)	1(0.0074)	0(0.0000)	21(0.1556)	42(0.3111)	0(0.0000)	1(0.0074)	2(0.0148)	0(0.0000)	1(0.0074)	0(0.0000)	27(0.2000)	36(0.2667)
2	11(0.0449)	8(0.0327)	0(0.0000)	1(0.0041)	47(0.1918)	50(0.2041)	5(0.0204)	8(0.0327)	2(0.0082)	9(0.0367)	4(0.0163)	1(0.0041)	61(0.2490)	38(0.1551)
3	7(0.0317)	12(0.0543)	1(0.0045)	1(0.0045)	53(0.2398)	33(0.1493)	4(0.0181)	4(0.0181)	10(0.0452)	5(0.0226)	3(0.0136)	4(0.0181)	65(0.2941)	19(0.0860)
4	5(0.0379)	4(0.0303)	2(0.0152)	0(0.0000)	31(0.2348)	15(0.1136)	6(0.0455)	11(0.0833)	3(0.0227)	0(0.0000)	4(0.0303)	0(0.0000)	36(0.2727)	15(0.1136)
5	4(0.0339)	7(0.0593)	1(0.0085)	3(0.0254)	18(0.1525)	24(0.2034)	1(0.0085)	2(0.0169)	11(0.0932)	0(0.0000)	1(0.0085)	4(0.0339)	22(0.1864)	20(0.1695)
6	6(0.0458)	11(0.0840)	2(0.0153)	0(0.0000)	32(0.2443)	13(0.0992)	0(0.0000)	2(0.0153)	12(0.0916)	2(0.0153)	1(0.0076)	0(0.0000)	36(0.2748)	14(0.1069)
7	4(0.0404)	3(0.0303)	0(0.0000)	2(0.0202)	34(0.3434)	7(0.0707)	0(0.0000)	1(0.0101)	5(0.0505)	0(0.0000)	0(0.0000)	8(0.0808)	29(0.2929)	6(0.0606)
8	4(0.0292)	4(0.0292)	0(0.0000)	5(0.0365)	42(0.3066)	12(0.0876)	0(0.0000)	0(0.0000)	3(0.0219)	4(0.0292)	0(0.0000)	8(0.0584)	48(0.3504)	7(0.0511)

**APÊNDICE XI – Matriz de Correlação de Spearman entre Códigos da FAPRS, CCRT e SFAPRS**

**Tabela 8: Correlação de Spearman ( $\rho$ ) entre Códigos da SFAPRS, CCRT e FAPRS (Terapeuta)**

	T1	T2	IR	ERB	M	RO1	RO2	TCRB	TPR
ETRB	-0.78571	0.309524	0.714286	0.3333	0.1429	-0.0952	-0.0488	0.3095	-0.2619
STRB	-0.39522	-0.15569	0.670671	-0.4671	-0.3593	-0.0479	0.2823	-0.0120	0.2755
SM	0.126837	-0.16489	0.202939	0.1649	0.1395	0.0000	-0.5329	-0.4439	0.2537
RT1	-0.39036	-0.26837	0.707528	-0.5367	0.0976	-0.1464	-0.0500	0.0244	0.2440
RT2	0.19518	0.365963	-0.41476	-0.1220	-0.8295	0.3660	0.7250	0.2684	-0.2928
SFC	-0.30952	0.738095	-0.30952	0.3333	-0.2143	0.5952	0.3660	0.6190	-0.6667
SPR	0.52381	-0.85714	0.071429	-0.1905	0.4524	-0.6905	-0.5611	-0.7857	0.7857
TRB1	-0.11905	-0.19048	0.452381	0.1190	0.1905	0.0000	-0.5367	-0.4048	0.2857
TRB2	-0.52381	0.071429	0.52381	-0.6190	-0.6429	0.4286	0.5855	0.2619	0.0000
TRB3	0.329775	0.13952	-0.32978	0.2283	-0.0381	-0.3044	0.1040	0.0381	-0.0507
ST1	0.047905	-0.32336	0.395217	0.0240	0.2635	-0.1796	-0.5768	-0.4791	0.3952
ST2	0.048795	0.439155	-0.41476	0.0732	-0.7075	0.5367	0.6000	0.2684	-0.3660
FC	0.095238	0.571429	-0.57143	0.1429	-0.3333	0.5952	0.3660	0.4048	-0.4524
STPR	0.119048	-0.7381	0.428571	-0.1905	0.4762	-0.6667	-0.5123	-0.5714	0.6190
SFAP	-0.69048	0.238095	0.666667	-0.4286	-0.5952	0.3810	0.5367	0.3810	-0.1667
SNFAP	-0.11905	0.809524	-0.47619	0.4286	-0.2143	0.6667	0.2440	0.5714	-0.7381

**Tabela 9: Correlação de Spearman ( $\rho$ ) entre Códigos da SFAPRS, CCRT e FAPRS (Cliente)**

	CRB1	CRB2	CRB3	O1	O2	CPR
ETRB	0.3571	0.5714	-0.3546	-0.0714	0.0952	-0.2619
STRB	0.4072	0.1198	-0.1098	-0.1078	0.1198	0.0000
SM	0.3171	-0.4186	0.4505	0.1903	0.2664	0.0761
RT1	0.4636	-0.0488	0.0000	0.0488	-0.0732	-0.0976
RT2	0.0732	0.0976	0.0839	0.1952	0.5855	-0.2440
SFC	0.0952	0.6190	0.2182	0.4762	-0.0952	-0.5476
SPR	-0.4524	-0.6667	-0.1909	-0.6429	-0.2381	0.7619
TRB1	0.4286	-0.3095	0.3000	0.1667	0.1429	0.0952
TRB2	0.7143	0.1190	-0.1091	0.3571	0.2143	-0.2143
TRB3	-0.5327	0.2664	0.2034	-0.3932	0.0381	-0.0634
ST1	0.2755	-0.3952	0.3430	0.0240	0.1078	0.1557
ST2	0.1220	0.1464	0.0000	0.3172	0.4148	-0.1952
FC	-0.0476	0.3571	0.5728	0.4762	-0.0952	-0.4524
STPR	-0.1429	-0.5000	-0.4364	-0.5476	-0.1190	0.5952
SFAP	0.8333	0.2619	-0.1364	0.3810	0.4048	-0.3810
SNFAP	0.1667	0.4524	0.5183	0.6667	0.1190	-0.6667

**Tabela 10: Correlação de Spearman ( $\rho$ ) entre Códigos da SFAPRS e Sessões FAP (FAP) e Não-FAP (NFAP)**

	FAP	NFAP
ETRB	0.5749	-0.5749
STRB	0.1024	-0.1024
SM	-0.3956	0.3956
RT1	0.0736	-0.0736
RT2	0.0245	-0.0245
SFC	0.6587	-0.6587
SPR	-0.7545	0.7545
TRB1	-0.2635	0.2635
TRB2	0.2275	-0.2275
TRB3	0.0702	-0.0702
ST1	-0.3735	0.3735
ST2	0.1104	-0.1104
FC	0.3593	-0.3593
STPR	-0.5150	0.5150
SFAP	0.3713	-0.3713
SNFAP	0.5150	-0.5150

**Tabela 11: Valor-p da Correlação de Spearman entre Códigos da SFAPRS, CCRT e FAPRS (Terapeuta)**

	T1	T2	IR	ERB	M	RO1	RO2	TCRB	TPR
ETRB	0.0208	0.4556	0.0465	0.4198	0.7358	0.8225	0.9087	0.4556	0.5309
STRB	0.3325	0.7128	0.0687	0.2433	0.3821	0.9103	0.4982	0.9775	0.5091
SM	0.7647	0.6964	0.6298	0.6964	0.7418	1.0000	0.1739	0.2705	0.5444
RT1	0.3390	0.5204	0.0496	0.1702	0.8182	0.7294	0.9064	0.9543	0.5604
RT2	0.6432	0.3726	0.3069	0.7735	0.0109	0.3726	0.0419	0.5204	0.4816
SFC	0.4556	0.0366	0.4556	0.4198	0.6103	0.1195	0.3726	0.1017	0.0710
SPR	0.1827	0.0065	0.8665	0.6514	0.2604	0.0580	0.1479	0.0208	0.0208
TRB1	0.7789	0.6514	0.2604	0.7789	0.6514	1.0000	0.1702	0.3199	0.4927
TRB2	0.1827	0.8665	0.1827	0.1017	0.0856	0.2894	0.1272	0.5309	1.0000
TRB3	0.4250	0.7418	0.4250	0.5866	0.9287	0.4635	0.8064	0.9287	0.9050
ST1	0.9103	0.4346	0.3325	0.9551	0.5284	0.6703	0.1344	0.2297	0.3325
ST2	0.9087	0.2763	0.3069	0.8633	0.0496	0.1702	0.1158	0.5204	0.3726
FC	0.8225	0.1390	0.1390	0.7358	0.4198	0.1195	0.3726	0.3199	0.2604
STPR	0.7789	0.0366	0.2894	0.6514	0.2329	0.0710	0.1942	0.1390	0.1017
SFAP	0.0580	0.5702	0.0710	0.2894	0.1195	0.3518	0.1702	0.3518	0.6932
SNFAP	0.7789	0.0149	0.2329	0.2894	0.6103	0.0710	0.5604	0.1390	0.0366

**Tabela 12: Valor-p da Correlação de Spearman entre Códigos da SFAPRS, CCRT e FAPRS (Cliente)**

	CRB1	CRB2	CRB3	O1	O2	CPR
ETRB	0.3851	0.1390	0.3888	0.8665	0.8225	0.5309
STRB	0.3167	0.7776	0.7958	0.7995	0.7776	1.0000
SM	0.4441	0.3020	0.2627	0.6518	0.5237	0.8579
RT1	0.2473	0.9087	1.0000	0.9087	0.8633	0.8182
RT2	0.8633	0.8182	0.8435	0.6432	0.1272	0.5604
SFC	0.8225	0.1017	0.6036	0.2329	0.8225	0.1600
SPR	0.2604	0.0710	0.6506	0.0856	0.5702	0.0280
TRB1	0.2894	0.4556	0.4703	0.6932	0.7358	0.8225
TRB2	0.0465	0.7789	0.7970	0.3851	0.6103	0.6103
TRB3	0.1740	0.5237	0.6290	0.3352	0.9287	0.8814
ST1	0.5091	0.3325	0.4055	0.9551	0.7995	0.7128
ST2	0.7735	0.7294	1.0000	0.4440	0.3069	0.6432
FC	0.9108	0.3851	0.1378	0.2329	0.8225	0.2604
STPR	0.7358	0.2070	0.2797	0.1600	0.7789	0.1195
SFAP	0.0102	0.5309	0.7474	0.3518	0.3199	0.3518
SNFAP	0.6932	0.2604	0.1882	0.0710	0.7789	0.0710

**Tabela 13: Valor-p da Correlação de Spearman entre Códigos da SFAPRS e Sessões FAP (FAP) e Não-FAP (NFAP)**

	FAP	NFAP
ETRB	0.1361	0.1361
STRB	0.8093	0.8093
SM	0.3321	0.3321
RT1	0.8624	0.8624
RT2	0.9540	0.9540
SFC	0.0757	0.0757
SPR	0.0305	0.0305
TRB1	0.5284	0.5284
TRB2	0.5878	0.5878
TRB3	0.8688	0.8688
ST1	0.3621	0.3621
ST2	0.7946	0.7946
FC	0.3821	0.3821
STPR	0.1915	0.1915
SFAP	0.3652	0.3652
SNFAP	0.1915	0.1915