



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

GABRIELLA OLIVIA SERIZAWA GONZALES BRUNELLO

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO:**  
INTERVENÇÃO EM GRUPO PARA MULHERES COM  
ENDOMETRIOSE

GABRIELLA OLIVIA SERIZAWA GONZALES BRUNELLO

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO:**  
**INTERVENÇÃO EM GRUPO PARA MULHERES COM**  
**ENDOMETRIOSE**

Dissertação desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da prof. Dra. Maria Rita Zoéga Soares.

Londrina  
2019

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

G118 Brunello, Gabriella Olivia Serizawa Gonzales.  
Análise do comportamento: intervenção em grupo para mulheres com endometriose / Gabriella Olivia Serizawa Gonzales Brunello. - Londrina, 2019. 111 f.

Orientador: Maria Rita Zoéga Soares.  
Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, , 2019.  
Inclui bibliografia.

1. Análise do comportamento, endometriose, intervenção em grupo, psicoterapia analítico-comportamental - Tese. I. Soares, Maria Rita Zoéga. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. . III. Título.

CDU 159.9

Dedico este trabalho ao meu filho Davi  
e ao meu marido Rafael.

Brunello, G.O.S.G. **Análise do Comportamento:** Intervenção em grupo para mulheres com endometriose 2019.111f. Dissertação (Pós-graduação em Análise do comportamento) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

## RESUMO

A endometriose é objeto de estudo de um grupo de pesquisa em análise do comportamento na Universidade Estadual de Londrina. Considerada uma ginecopatia que acomete mulheres em idade fértil e pode causar sintomas como cólicas, dores crônicas e infertilidade. O tratamento médico é cirúrgico e medicamentoso. A doença pode levar de cinco a dez anos para ser diagnosticada, o que causa dificuldades e sofrimento. A literatura indica que mulheres com endometriose apresentam alta prevalência de depressão e ansiedade, o que sugere a necessidade de elaboração de recursos para a avaliação e intervenção psicológica. A modalidade de grupo é uma condição que tem demonstrado relevância para o atendimento no contexto da saúde. Compreender o comportamento de pacientes e terapeutas nesta situação pode auxiliar na elaboração de estratégias efetivas de intervenção. O presente estudo identificou e analisou categorias comportamentais de clientes com diagnóstico de endometriose e terapeutas que conduziram um grupo de apoio com base analítico-comportamental. A intervenção foi realizada em uma clínica de diagnóstico por imagem, que também oferecia atendimento psicológico. O grupo foi conduzido por duas terapeutas e contou com a participação de seis mulheres com diagnóstico de endometriose. Para a análise de dados foram utilizados registros em vídeo e transcrição de seis sessões de intervenção. A partir das transcrições, os comportamentos verbais vocais de terapeutas e clientes foram agrupados em categorias e organizadas em termos de frequência e duração. A análise dos dados indicou que as categorias de terapeutas que ocorreram com maior frequência foram *Informação*, *Solicitação de reflexão*, *Interpretação* e *Empatia*; e que demandaram maior duração foram *Informação*, *Interpretação*, *Recomendação* e *Empatia*. A categoria *Solicitação de Relato* obteve menor frequência e duração para ambas terapeutas. As categorias de clientes com maior frequência de ocorrência e duração foram: *Cliente estabelece relações e Relato*, o que pode indicar engajamento no processo terapêutico. O presente trabalho buscou contribuir para a compreensão do comportamento de terapeutas e clientes com diagnóstico de endometriose durante a participação em um grupo de apoio e oferecer subsídio para futuras pesquisas na área.

**Palavras-chave:** Endometriose. Análise do comportamento. Pesquisa de processo categorização. Grupo.

Brunello, G.O.S.G. **Behavior Analysis: Group intervention for women with endometriosis.** 2019.111s. Dissertation (Post-graduation in Behavior Analysis) – State University of Londrina, Londrina, 2019.

## ABSTRACT

Endometriosis has been the object of study of a research group in behavior analysis at the State University of Londrina. Considered a gynecopathy that affects women of childbearing age and can cause symptoms such as colic, chronic pain and infertility. The medical treatment is surgical and medicated. The illness can take five to ten years to be diagnosed, which causes difficulties and suffering. The literature indicates that women with endometriosis have a high prevalence of depression and anxiety, which suggests the need to elaborate resources for psychological evaluation and intervention. The group modality is a condition that has demonstrated relevance for health care. Understanding the behavior of patients and therapists in this situation can help in the elaboration of effective intervention strategies. The present study analyzed behavioral categories of clients with diagnoses of endometriosis and therapists who conducted a support group based on behavioral analytics. The intervention was performed in a diagnostic imaging clinic, which also offered psychological care. The group was led by two therapists and counted on the participation of six women diagnosed with endometriosis. For data analysis, video and transcription records of six intervention sessions were used. From the transcriptions, the vocal verbal behaviors of therapists and clients were grouped into categories and organized in terms of frequency and duration. Data analysis indicated that the categories of therapists that occurred most frequently were *Information, Reflection Request, Interpretation and Empathy*; and that demanded more duration were *Information, Interpretation, Recommendation and Empathy*. The *Report Request* category obtained less frequency and duration for both therapists. The categories of clients with the highest frequency of occurrence and duration were: *Client Establishes Relationships* and *Reporting*, which may indicate engagement in the therapeutic process. The present work sought to contribute to the understanding of the behavior of therapists and clients diagnosed with endometriosis during the participation in a support group and to offer subsidy for future research in the area.

**Keywords:** Endometriosis. Behavioral analysis. Categorization process research. Group.

## Lista de Figuras

Figura 1. <i>Frequência de categorias comportamentais apresentadas por T1 e T2 nas sessões de intervenção.</i> .....	42
Figura 2. <i>Frequência e duração das categorias de T1 em todas as sessões analisadas.</i> .....	45
Figura 3. <i>Frequência e duração das categorias de T2 em todas as sessões analisadas.</i> .....	46
Figura 4. <i>Comparação em porcentagem de frequência para cada categoria comportamental entre T1 e T2 ao longo das seis sessões de intervenção.</i> .....	50
Figura 5. <i>Comparação em porcentagem de duração para cada categoria comportamental entre T1 e T2 ao longo das seis sessões de intervenção.</i> .....	51
Figura 6. <i>Total de frequência de categorias apresentadas por participante de diferentes autores.</i> .....	68

## Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Descrição das categorias Cliente para a presente pesquisa</i> .....	34
Tabela 2. <i>Descrição de subcategorias presentes na categoria do terapeuta</i> .....	35
Tabela 3. <i>Matriz de concordância de cada categorização do comportamento dos terapeutas realizada pelo observador 1 comparada aos dados do observador 2</i> .....	38
Tabela 4. <i>Matriz de concordância de cada categorização do comportamento das participantes realizada pelo observador 1 comparada aos dados do observador 2</i> .....	39
Tabela 5. <i>Frequência e duração das categorias de P1 durante o processo de intervenção</i> .....	53
Tabela 6. <i>Frequência e duração das categorias de P2 durante o processo de intervenção</i> .....	56
Tabela 7. <i>Frequência e duração das categorias de P3 durante o processo de intervenção</i> .....	57
Tabela 8. <i>Frequência e duração das categorias de P4 durante o processo de intervenção</i> .....	60
Tabela 9. <i>Frequência e duração das categorias de P5 durante o processo de intervenção</i> .....	62
Tabela 10. <i>Frequência e duração das categorias de P6 durante o processo de intervenção</i> .....	65

## Lista De Abreviaturas e Siglas

---

Siglas	
APA	Associação Americana de Psiquiatria
SiMCCIT	Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica
UEL	Universidade Estadual de Londrina

---

---

### SiMCCIT - Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos da Interação Terapêutica (Zamignani & Meyer, 2007)

---

T-SiMCCIT	Categorias verbais vocais do Terapeuta
SRE	Solicitação de relato
SRF	Solicitação de reflexão
FAC	Facilitação
EMP	Empatia
INF	Informação
INT	Interpretação
REC	Recomendação
APR	Aprovação
REP	Reprovação
TSL	Terapeuta permanece em silêncio
TOU	Outras verbalizações do Terapeuta
C-SiMCCIT	Categorias verbais vocais do Cliente
SOL	Solicitação
REL	Relato
MEL	Melhora
MET	Metas
CER	Cliente estabelece relações
COM	Concordância
OPO	Oposição
CSL	Cliente permanece em silêncio
COU	Outras verbalizações do cliente

---

---

### Categorias Cliente – T (Silveira, 2009)

---

C APR	Cliente aprova
C REP	Cliente reprova
C DES	Cliente descreve comportamento
C INT	Cliente interpreta
C REC	Cliente recomenda
C EMP	Cliente demonstra empatia

---

---

### Novas categorias identificadas – (Santos, 2016)

---

C SER	Cliente solicita relato
C SRF	Cliente solicita reflexão
C FAC	Cliente facilita relato de outro cliente
C INF	Cliente fornece informação

---

---

Novas subcategorias da categoria das Participantes

---

C-APR-C	Aprovação
C-REPRO-C	Reprovação
C-SOL	Cliente solicita informação

---

---

Novas subcategorias da categoria das Terapeutas

---

FAC-T	Terapeuta facilita terapeuta
-------	------------------------------

---

## Sumário

Resumo .....	4
Abstract.....	5
Lista de Figuras.....	6
Lista de Tabelas .....	7
Lista De Abreviaturas e Siglas.....	8
Sumário.....	10
Introdução .....	11
Análise da Interação Terapeuta-Cliente Através de Categorias de Comportamento.....	16
Objetivo Geral.....	23
Objetivos específicos .....	23
Método .....	23
Procedimento .....	27
Procedimento de categorização e análise de dados .....	32
Resultados e Discussão.....	38
Considerações Finais .....	70
Referências.....	72
Apêndice – Termo de confidencialidade e sigilo.....	80
ANEXO A – Categorias verbais vocais do terapeuta e cliente (ZAMIGNANI, 2007).....	81
ANEXO B – Categorias verbais do terapeuta e cliente (Silveira, 2009).....	107
ANEXO C – Categorias verbais do terapeuta e cliente (Santos, 2017).....	109
ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110

A endometriose é uma doença crônica, caracterizada pelo tecido endometrial alocado fora do útero, podendo se instalar inclusive em outros órgãos. Acomete mulheres em idade reprodutiva e tem como sintomas clínicos: cólicas, dor pélvica, infertilidade, dor durante a relação sexual e outros. A dor e a infertilidade exercem um grande impacto tanto na vida conjugal quanto na vida social de mulheres com endometriose. É uma enfermidade considerada de difícil diagnóstico pela assintomatologia ou apresentação de uma variedade de sintomas. Em média, pacientes podem levar de cinco a dez anos para obter um diagnóstico preciso, condição que pode influenciar na apresentação de sintomas emocionais (Caldeira, Noronha, Oliveira, & Amorim, 2008).

A dor pélvica crônica é definida como não menstrual ou não cíclica, com duração de pelo menos seis meses, intensa o suficiente para interferir em atividades cotidianas. A estimativa é que tenha prevalência de 3,8% em mulheres de 15 a 73 anos (Nogueira, Reis, Benedicto, & Neto, 2006). A dor crônica pode ser atribuída a processos físicos, tem função de sinalizar um desequilíbrio no organismo e pode ser definida como uma experiência subjetiva sensorial e emocional desagradável. A percepção da dor pode ser influenciada por variáveis relacionadas à história de vida do indivíduo em relação à experiência e a cultura de onde está inserido (Burch, 2011; Vandenberghe & Ferro, 2005).

A sensação de dor aumenta a capacidade de alerta, atenção seletiva e percepção de perigo. Tais variáveis podem ser consideradas estímulos específicos para a apresentação de respostas de defesa, tensão, fuga e esquiva de possibilidades de maior dano para o organismo. A função é de proteção, ou seja, criar condições que possam evitar a piora ou permitir a regeneração de lesões já adquiridas. Respostas de fuga e esquiva perante a sensação de dor estão diretamente ligadas à apresentação de respostas relacionadas ao repouso, redução da realização de atividades e sentimento de tristeza e de ansiedade. Os estímulos presentes na ocasião da dor e as respostas que o sujeito emite no momento podem ser pareados com o

estímulo aversivo incondicionado (dor crônica) e adquirir função de estímulo discriminativo para respostas de esquiva (Botão 2016; Vandenberghe & Ferro 2005).

A dor associada à endometriose pode ser considerada incapacitante e impede que mulheres exerçam atividades cotidianas, inclusive laborais. Pacientes que não se sentem compreendidas sobre a manifestação de reações em relação à dor intensa, podem apresentar dificuldades no âmbito familiar, social e profissional (Fourquet, Báez, Figueroa, Iriarte, & Flores, 2011; Graaf, D'Hooghe, Dunselman, Dirksen, & Hummelshoj, 2013; Hansen, Kesmodel, Baldursson, Schultz, & Forman, 2013).

Estudos identificaram padrões comportamentais em mulheres com endometriose relacionados ao contextos de incontrolabilidade em relação à dor. Apesar do tratamento medicamentoso, pacientes podem não ter alívio dos sintomas. Aproximadamente 16% das mulheres diagnosticadas com endometriose são assintomáticas. A dor pélvica está presente em 40% dos casos e a dismenorrea e dispareunia, em 40 a 60%. Existe a associação com sintomas intestinais e urinários e a infertilidade ocorre em 5 a 50% das mulheres com endometriose (Oliveira, Musich, Ferreira, Vilarino, & Barbosa, 2015). Diante desse contexto, foram identificadas respostas de desesperança, desistência do tratamento e generalização de sensação de incontrolabilidade para outros contextos de vida (Lorençatto, et al. 2002; Lorençatto, Vieira, Marques, Benetti-Pinto, & Petta, 2007).

A infertilidade é definida como a falta da gestação após doze meses de relações sexuais sem o uso de métodos contraceptivos. Importante ressaltar que a infertilidade e a dor crônica são os sintomas mais comuns e podem comprometer o cotidiano de mulheres com endometriose. A literatura indica a presença de sintomas emocionais importantes (ansiedade e depressão) e compara o impacto do tratamento para a infertilidade com outras doenças crônicas graves, tais como, problemas cardíacos, câncer, hipertensão e imunodeficiência adquirida (HIV). A intensidade dos sintomas foi considerada inferior apenas quando

comparada com o tratamento de HIV e de dor crônica. Pacientes descrevem o tratamento para a fertilidade como uma das piores situações que tiveram de enfrentar (Domar, Zuttermeister, & Friedman, 1993; Ferreira, Junior, Gonzalves, Miyazaki, & Pinto, 2015).

O diagnóstico da endometriose geralmente é tardio, o tratamento indicado é de natureza cirúrgica e medicamentosa, o que nem sempre é eficaz para o alívio dos sintomas. Além disso, não estão suficientemente esclarecidas questões relacionadas à cura e o controle da doença, o que contribui para a presença de sintomas emocionais (Lorencatto, Vieira, Pinto, & Petta, 2002).

Tal demanda indica a importância da realização de pesquisas na área de Psicologia. O Programa de Pós-graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina (UEL) tem desenvolvido estudos para compreender o comportamento de pacientes nessa situação e desenvolver estratégias de intervenção que auxiliem no enfrentamento do tratamento.

Botão (2016) realizou entrevista semiestruturada para mulheres diagnosticadas com endometriose, obtendo dados referentes aos sintomas, tempo decorrido do início dos sintomas até o diagnóstico correto, o número de intervenções cirúrgicas para a remoção de focos da endometriose, a interferência da doença na vida da participante e expectativas quanto ao tratamento.

O objetivo do estudo foi investigar a história e as contingências em operação, descritas por participantes com o diagnóstico de endometriose. Buscou compreender o contexto clínico da doença e a incidência de transtornos psicológicos, a partir da perspectiva da Análise do Comportamento. Participaram da pesquisa oito mulheres com diagnóstico de endometriose, com o mínimo de 18 anos de idade e que não estavam em processo de psicoterapia individual. Os dados obtidos a partir das transcrições foram analisados pela “The Grounded Theory”, o que permitiu uma análise sistemática, indutiva e contextual (Chamaz,

2006). Como resultado, encontrou-se cinco categorias e dez subcategorias. A categoria “sintomas” incluiu a subcategoria dor e infertilidade. O “processo diagnóstico” incluiu a relação entre o início dos sintomas e estabelecimento do diagnóstico. A categoria “tratamento” teve como subcategoria a medicação contínua e cirurgias. O “relacionamento médico-paciente” inclui divergência e amparo médico. A categoria “decorrências da doença” teve como subcategoria o contexto profissional, social, familiar, autoconceito e sofrimento psicológico.

A análise contextual permitiu identificar padrões comportamentais que auxiliaram na compreensão de respostas emocionais de mulheres com endometriose. Botão (2016) analisou condições prováveis para o desenvolvimento de transtornos psicológicos, como a inserção de estímulos aversivos sem a possibilidade de retirada; a perda de estímulos considerados reforçadores positivos; as mudanças em diversos contextos; a incontabilidade e a falta de relação entre as respostas emitidas e as consequências esperadas.

Dando sequência ao estudo anterior, Inocente (2017) analisou e comparou os relatos de seis participantes de um grupo de intervenção para mulheres com diagnóstico de endometriose. Para a análise e a comparação dos resultados obtidos, foi utilizada a transcrição da primeira e da última sessão de intervenção psicoterapêutica. As sessões foram gravadas, transcritas e analisadas por meio do método *The Grounded Theory*, que gerou categorias e subcategorias. A categoria “habilidades sociais” incluiu as subcategorias: interação entre os membros, emitir opinião contrária, expressar sentimento no *setting* psicoterapêutico, expressar sentimento fora do *setting*, esquiva experiencial, aceitação emocional, passividade, agressividade, receber elogios e empatia. As subcategorias de “autopercepção” foram: autocobrança e autoconhecimento. Os dados demonstraram que a intervenção proporcionou melhor aceitação de sentimentos; enfrentamento de aspectos relacionados à doença e ao tratamento; desenvolvimento de repertório de habilidades sociais,

mais especificamente a assertividade; redução de respostas relacionadas à esquivas social e maior autoconhecimento. A análise realizada sobre a intervenção psicoterapêutica indicou que as categorias “habilidades sociais” e “autopercepção” estariam influenciadas pelo contexto da endometriose e deveriam ser alvos de intervenção psicoterápica em grupo.

A modalidade de grupos terapêuticos pode auxiliar em intervenções que possuem a finalidade de fornecer apoio, informação e troca de experiências. Na área da saúde, o grupo possibilita o contato entre indivíduos acometidos pela mesma patologia. A intervenção em grupo para mulheres com endometriose pode influenciar na aquisição de repertório comportamental relacionado à empatia, diminuição das expectativas negativas geradas pela enfermidade, redução nos escores de dor e diminuição dos sintomas relacionados à depressão (Lorençatto et al . 2007).

Além disso, o grupo é uma alternativa viável para o atendimento em agências públicas de saúde, onde os serviços deveriam sofrer reestruturação para fornecer suporte e tratamento. Matta e Muller (2006) destacaram o acompanhamento psicoterápico em grupo como uma estratégia para auxiliar a adaptação da mulher ao contexto de tratamento da endometriose, visando a atenção, a informação, o esclarecimento de dúvidas e a troca de experiências entre as participantes.

Em revisão bibliográfica, Silva, Medeiros e Marqui (2016) avaliaram o acompanhamento psicológico de mulheres com endometriose. Constataram que as participantes apresentavam níveis elevados de depressão e de ansiedade. Identificaram estreita relação entre a dor crônica e a depressão. Os resultados apontaram que apenas o tratamento médico clínico e/ou cirúrgico não seria suficiente para suprir as necessidades de saúde de mulheres com endometriose, sendo necessário uma abordagem multidisciplinar.

Klein, Hooghe, Meleman, Durksen Dulseimam e Simons (2014) desenvolveram pesquisa cujo objetivo foi avaliar a endometriose em diferentes dimensões, tais como,

diagnóstico, comorbidades, uso de recursos de saúde, padrões de tratamento, custos e qualidade de vida. Foi aplicado o instrumento EuroQol-5D em 134 mulheres com diagnóstico de endometriose, que avaliou cinco dimensões da qualidade de vida. Os resultados apontaram que 51% das mulheres com endometriose relataram problemas com dor/desconforto, 28% problemas com ansiedade/depressão, 27% problemas com atividades habituais, 9 % problemas com mobilidade e 1% problemas com o autocuidado. Além disso, 67% das mulheres apresentaram redução na qualidade de vida devido aos sintomas associados à endometriose. O estudo também apontou que o número de hospitalizações, cirurgias, tratamentos para infertilidade e os sintomas de ansiedade influenciaram para o aumento dos custos associados à endometriose.

### **Análise da Interação Terapeuta-Cliente mediante Categorias de Comportamento**

Pesquisas que abordaram a endometriose apontaram a importância da intervenção psicológica para mulheres com tal diagnóstico. Nesse sentido, deve-se avaliar a relação terapeuta-cliente, porque, com ela, é possível analisar padrões comportamentais responsáveis por mudanças. Além disso, estudos que buscam avaliar a intervenção psicológica podem realizar uma análise criteriosa de comportamentos apresentados por clientes e as consequências fornecidas pelo terapeuta que alteram suas respostas (Follette, Naugle, & Callaghan, 1996; Kohlenberg & Tsai, 2001).

A relação terapeuta-cliente tem sido estudada por registro de áudio/vídeo de sessões e a sistematização de dados de observação por meio de categorias de comportamento do cliente e do terapeuta. Categorias comportamentais são descritas e avaliadas com o intuito de compreender as mudanças ocorridas ao longo do processo. Em pesquisas de processo, o dado principal ocorre dentro da situação terapêutica e são considerados aspectos que podem alterar a probabilidade de comportamento tanto do terapeuta quanto do cliente (Sadi, 2011; Zamignani & Meyer, 2007).

Uma das formas para avaliar a relação terapeuta-cliente é a identificação de regularidades e a sistematização em torno de classes de comportamento. Os critérios de sistematização podem ser descritos em categorias de comportamento e posterior análise, de forma a identificar possíveis efeitos de classes de comportamentos do terapeuta e do cliente. (Meyer, 2009; Russel & Trull, 1986; Wampold, 1986). Alguns estudos sobre a relação terapeuta-cliente levam em consideração a categorização da interação verbal vocal. A descrição do comportamento verbal vocal e sua análise podem promover a compreensão de importantes aspectos da psicoterapia analítico comportamental (Zamignani & Meyer, 2007).

Considerando a importância da análise por meio de categorias de comportamento tanto do terapeuta como do cliente, Zamignani (2007) desenvolveu o sistema multidimensional para a categorização de comportamentos da interação terapêutica (SIMCCIT). Esse sistema tem como elemento central a categorização de comportamentos verbais de terapeuta e cliente, que contemplam respostas verbais e gestos comunicativos (respostas motoras com função análoga a respostas verbais vocais). É composto por três eixos de categorização, onde cada um representa uma dimensão ou aspecto do comportamento. O eixo I se refere aos comportamentos verbais de terapeutas e clientes. O eixo II considera o tema da interação e o eixo III os comportamentos motores, como postura corporal e movimentos motores do terapeuta e do cliente. Esse sistema foi elaborado por meio de uma ampla revisão de literatura e de pesquisas empíricas que utilizaram a categorização de comportamentos de terapeutas e de clientes.

As categorias contidas no eixo I (Anexo A) são as categorias verbais vocais do terapeuta e incluem: *Terapeuta solicita relato (Solicitação de relato-SER)*; *Terapeuta facilita o relato do cliente (Facilitação-FAC)*; *Terapeuta demonstra empatia (Empatia-EMP)*; *Terapeuta fornece informações (Informações-INF)*; *Terapeuta solicita reflexão (Solicitação de reflexão-SRF)*; *Terapeuta recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas*

*(Recomendação-REC); Terapeuta interpreta (Interpretação-INT); Terapeuta aprova ou concorda com ações, avaliações do cliente (Aprovação-APR); Terapeuta reprova ou critica ações e verbalizações do cliente (Reprovação-REP); Outras verbalizações (outras vocais do terapeuta-TOU) e Terapeuta permanece em silêncio (T silêncio-TSL).*

As categorias do comportamento verbal vocal do cliente incluem: *Cliente solicita informações opiniões, asseguramento, recomendações ou procedimento (Solicitação-SOL); Cliente relata eventos (Relato-REL); Cliente relata melhora ou progresso terapêutico (Melhora-MEL); Cliente formula metas (Metas-MET); Cliente estabelece relações entre eventos (Relações-CER); Cliente relata concordância ou confiança (Concordância-CON); Cliente se opõe, recusa ou reprova (Oposição-OPO); Outras verbalizações do cliente (outras vocal cliente-COU); Cliente permanece em silêncio (C Silencio-CSL).*

Cada categoria de comportamento especificada pelo sistema de categorização tem um papel importante ao longo do processo terapêutico. As categorias podem abranger classes de comportamento do terapeuta ditas interventivas ou não interventivas. Dentre as categorias não interventivas, estaria a categoria *Empatia (EMP)* comumente relacionada ao estabelecimento de vínculo terapêutico e diminuição da resistência do cliente, o que facilita a obtenção de informações para a análise de contingência (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011; Kivlighan, Angelone, & Swafford, 1991; Meyer, 2009; Meyer & Vermes, 2001; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994; Rocha, 2011).

Apesar da categoria *Empatia* produzir condições emocionais descritas pelos clientes como acolhimento e compreensão, o seu uso deveria ser feito com cuidado por terapeutas. Um uso indiscriminado desta categoria poderia dificultar a compreensão do cliente quanto aos objetivos da terapia, reforçar e manter padrões inadequados de comportamentos e produzir resultados desfavoráveis ao final da intervenção (Harwood, 2003; Patterson & Chamberlain, 1994; Kanamota & Bolsoni-Silva, 2016).

Outra categoria utilizada a fim de aumentar o vínculo terapeuta-cliente seria a categoria *Aprovação*. Essa categoria também é utilizada para consequenciar comportamentos adequados emitidos pelo cliente, com o objetivo de aumentar a probabilidade de que esses comportamentos adequados sejam mais frequentes.

Algumas verbalizações do terapeuta podem produzir informações para a análise de contingências e construir um novo repertório discriminativo para o cliente. Normalmente, esse tipo de verbalização ocorre em interações nas quais o cliente faz *Relato* do seu comportamento e o terapeuta utiliza as categorias *Solicita Relato* ou *Solicita Reflexão* para levantar maiores informações ao longo de todo processo terapêutico. Supõe-se que, ao longo do tempo, as verbalizações do cliente ditas *Relatos* passem a obter dados a respeito do *Estabelecimento de relações* entre suas ações abertas e encobertas e eventos ambientais (Zamignani & Meyer, 2014).

O terapeuta pode se utilizar da análise de contingências por meio da categoria *Interpretação*, na qual pode explicitar as variáveis do ambiente que afetam o comportamento do cliente. Outra possibilidade é que se utilize de comportamentos mais interventivos dentro da categoria *Recomendação*, tais como, orientações, comandos ou verbalizações que sugiram alternativas de ação ao cliente ou solicitação de engajamento em tarefas, e que poderiam produzir mais rapidamente as mudanças necessárias (Meyer & Donadone, 2002; Zamignani & Meyer, 2014; Zamignani, 2007). Alguns estudos sugerem que quando o terapeuta utiliza com frequência a categoria *Recomendação*, haveria maior probabilidade de o cliente apresentar *Oposição*. Há uma correlação entre resistência do cliente e o resultado negativo da terapia ou abandono dela (Meyer & Zamignani, 2014). O terapeuta pode utilizar a categoria *Facilitação*, que tem como função incentivar o cliente para que ele continue relatando fatos importantes a respeito do seu comportamento.

Pesquisas têm utilizado o SIMCCIT para a categorização de comportamento do terapeuta e de clientes. Sadi (2011) categorizou sessões individuais com uma cliente diagnosticada com borderline. Nobile, Garcia e Silva (2017) descreveram a intervenção para universitários com transtorno de ansiedade a partir de análise sequencial dos comportamentos do terapeuta.

Embora SIMCCIT (Zamignani, 2007) tenha sido criado para analisar o processo de intervenção de psicoterapia individual, Silveira (2009) e Santos (2017) sugeriram novas categorias de comportamento para o instrumento e realizaram análise de um processo de intervenção na modalidade grupo. Ambos os estudos apontaram que o SIMCCIT foi produtor para a análise, mesmo sendo desenvolvido a partir de dados de sessões individuais (Anexo B e C).

Silveira (2009) desenvolveu uma intervenção em grupo para cuidadoras de crianças, com o objetivo de investigar como terapeutas e clientes se comportavam em uma intervenção de grupo e analisar a influência exercida entre ambos. Para a análise de dados, foram utilizadas cinco sessões das quatorze realizadas. As sessões foram escolhidas por sorteio para a categorização. As categorias que tiveram maiores percentuais de ocorrência foram *Aprovação* (37,9%), *Recomendação* (19,2%) e *Solicitação de relato* (10,9%). As categorias *Reprovação* (1,2%) e *Empatia* (2,9%) tiveram a menor frequência. Considerando a frequência e a duração, as categorias mais apresentadas foram: *Aprovação*, *Informação*, *Solicitação de relato*, *Recomendação* e *Interpretação*. Também foram apresentadas análises correlacionais e sequenciais. O estudo apontou que em intervenções em grupo, o terapeuta pode alternar as categorias *Solicitação de reflexão*, *Interpretação* e *Recomendação* com as categorias *Empatia* e *Aprovação*, com o objetivo de melhorar a adesão nas primeiras sessões.

Com relação aos clientes que apresentavam um padrão comportamental de oposição, o terapeuta pode utilizar da *Empatia* com alta frequência e *Reprovação* com baixa frequência.

A pesquisa também apontou que as categorias *Solicitação de reflexão*, *Interpretação e Recomendação*, quando apresentadas mediante *Aprovação e Empatia*, podem gerar redução na *Oposição*, que tem alta probabilidade de apresentação diante dessas categorias consideradas mais diretivas.

Santos (2017) realizou análise do processo terapêutico em grupo para pessoas com transtorno bipolar. Foram considerados os dados obtidos em nove sessões de um grupo de atendimento com a participação de cinco clientes, conduzidas por dois terapeutas analítico-comportamentais. Para a categorização de comportamento dos terapeutas e dos clientes, foram utilizadas as categorias do eixo I de Zamignani (2007), as categorias Cliente T desenvolvidas por Silveira (2009) e outras novas categorias foram propostas pelo pesquisador. Nas duas primeiras sessões, as categorias dos terapeutas que mais ocorreram foram: *Solicitação de relato*, seguida de *Informação*, *Recomendação* e *Aprovação*. A frequência da categoria *Interpretação* foi baixa nas três primeiras sessões e ocorreu com maior frequência a partir da quarta sessão. A categoria *Reprovação* apresentou pouca mudança durante todo o processo psicoterapêutico e ocorreu em baixa frequência com ambos os terapeutas. Durante todo o processo, as categorias que T1 mais apresentou foram: *Solicitação de relato* (21%), *Informação* (16%), *Facilitação* (14%) e *Aprovação* (13%). E as de T2 foram: *Informação* (27%), *Solicitação de relato* (16%), *Recomendação* (12%). Os dados demonstraram que, nessa intervenção, a categoria *Informação* ocorreu com maior frequência. De modo geral, todos os clientes do estudo se engajaram mais na categoria *Relato*, seguida de *Concordância e Cliente estabelece relações*. Analisando a frequência e a duração das categorias, concluiu-se que clientes com o diagnóstico de transtorno bipolar podem ser sensíveis a determinadas variáveis ambientais, como as intervenções dos terapeutas. Indicou que a intervenção analítico comportamental na modalidade de grupo pode beneficiar pessoas com tal diagnóstico.

Em função da escassez de publicações sobre o tema, o presente trabalho pretende analisar uma intervenção em grupo para mulheres com endometriose. Salienta-se a necessidade de se compreender as variáveis presentes e o comportamento de mulheres com tal diagnóstico que participam de um processo de intervenção, incluindo a análise da interação terapeuta-cliente. O presente estudo espera contribuir para o desenvolvimento de pesquisas de processo e a elaboração de estratégias de avaliação e de intervenção que auxiliem mulheres em tratamento para a endometriose.

## **Objetivo Geral**

Analisar categorias comportamentais apresentadas por terapeutas e clientes durante intervenção comportamental para mulheres com diagnóstico de endometriose.

## **Objetivos específicos**

- Identificar a frequência e a duração de categorias verbais vocais de terapeutas e clientes, apresentadas em uma intervenção em grupo para mulheres com endometriose;
- Discutir padrões de interação ao longo das sessões de intervenção em grupo para mulheres com endometriose;
- Realizar análise funcional do comportamento de terapeutas e clientes.

## **Método**

O presente estudo é uma continuidade da pesquisa realizada por Botão (2016) e analisou dados obtidos pela pesquisa de Inocente (2018), ambos os trabalhos foram desenvolvidos pelo Programa de Pós-graduação em Análise do Comportamento da UEL. Por uma questão de organização, inicialmente serão apresentadas informações relacionadas à intervenção propriamente dita e à descrição das sessões realizadas nas pesquisas anteriormente citadas. Posteriormente, serão exibidos dados relacionados à caracterização das terapeutas e clientes, descrição do procedimento da presente pesquisa e a análise de dados. A pesquisa recebeu aprovação do comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o número de certificado de apresentação para a apreciação ética (CAAE) nº 50121615.1.0000.5231. Botão (2016) descreveu o modo de recrutamento das participantes (por meio de rádio, TV e cartazes) e as entrevistas prévias realizadas. Tal contato buscou levantar dados sociodemográficos, características da doença, consequências da enfermidade e expectativas quanto à melhoria de qualidade de vida.

A intervenção foi descrita por Inocente (2018) e as sessões de grupo foram conduzidas por ela (T1) e T2, autora do presente trabalho. T1 estava com 26 anos no período da intervenção, possuía graduação em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e especialização em Terapia Comportamental pelo Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento (ITCR). Além disso, apresentava três anos de experiência na condução de atendimentos clínicos para adultos. T2, pesquisadora responsável pelo presente estudo, estava com 32 anos, realizou graduação em Psicologia na UEL e especialização em Análise do Comportamento Aplicada (UNIFIL). Possuía sete anos atuando como psicóloga infantil, para adolescentes e adultos, além de cinco anos de experiência em intervenção com grupos em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As sessões foram supervisionadas semanalmente com a participação da orientadora do trabalho e uma psicóloga com experiência em clínica, também aluna do mesmo programa. O grupo de supervisão teve como função analisar as sessões, auxiliar em tomadas de decisão com relação à intervenção e realizar análise funcional do comportamento de terapeutas e clientes.

Durante a intervenção, o grupo de supervisão decidiu que as terapeutas deveriam alternar na função de condução do grupo. A cada sessão, uma delas deveria apresentar um papel mais diretivo (iniciar sessões, conduzir de forma ativa, apresentar o tema central, controlar o tempo, realizar análises e recomendações) e a outra assumiria a função de co-terapeuta, com um papel de mais observação e de auxílio (oferecer explicações adicionais e fornecer atenção individual quando necessário). Tal opção de condução foi decidida também em função da gravidez de uma das terapeutas (T2), que ocorreu durante o processo. Considerou-se que tal variável poderia influenciar na condução das sessões e no estabelecimento de vínculo terapeuta-cliente, já que a maioria das participantes estava tentando engravidar.

Os registros em vídeo foram obtidos a partir da intervenção conduzida por Inocente (2018) e pela autora do trabalho. As sessões foram realizadas no período de novembro de 2015 a março de 2016, em uma clínica de diagnóstico por imagem e espaço para atendimento psicológico. O grupo de intervenção contou com a participação de seis mulheres, todas maiores de 18 anos, com diagnóstico de endometriose, que não estavam se submetendo a processo psicoterapêutico e que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

Com o objetivo de auxiliar na formulação do caso e na realização das análises funcionais, primeiramente pretende-se apresentar a caracterização de cada participante do grupo e o histórico relacionado a doença.

P1: 28 anos. Apareceram os primeiros sintomas em 2010 (cólica na evacuação durante o período menstrual). Foi diagnosticada com endometriose em 2012. A dor foi se intensificando mesmo com o uso de anticoncepcional. Realização de cirurgia em 2012. Mesmo sem identificar novos focos de endometriose, ainda apresentava dor no quadril, e não conseguia engravidar. Os sintomas relatados eram de cólicas durante a menstruação e ao evacuar, dor na relação sexual e na região do sacro (quadril) e infertilidade.

P2: 24 anos. Relatou que sempre sentiu cólicas, mas procurava não dar muita atenção. Há aproximadamente seis meses, após dois abortos espontâneos, em consulta com novo ginecologista, obteve o diagnóstico de endometriose. Realizou exames para investigar a fertilidade, que constataram normalidade. Assim, continuou tentando engravidar e após 4 meses ficou grávida naturalmente (durante o processo de intervenção psicológica em grupo).

P3: 31 anos. Havia recebido diagnóstico de endometriose há 10 meses, após 14 anos de busca. Com 17 anos, passou a tomar anticoncepcional para diminuir as cólicas, porém sem sucesso. Relatou que teve episódios de menstruação durante um mês e o médico atribuiu ao estresse. Nenhum exame realizado indicou a presença de endometriose. O diagnóstico foi

realizado após o casamento, porque focos foram localizados, inclusive no intestino. Submeteu-se à cirurgia, e não obteve sucesso quanto ao alívio dos sintomas de dor. Atualmente, estava tomando vacina para tratamento da dor e, após a terceira dose, percebia alguma melhora. Verbalizou que sempre teve cólicas no período menstrual, dores na relação sexual e dor intensa ao evacuar (chegando a tentativas de reter as fezes). Apresentava problemas gástricos (refluxo) e já havia passado por cirurgia para tratamento. Sentia dor no pulmão e cansaço devido ao tratamento medicamentoso ao qual se submetia. Estava tentando engravidar há aproximadamente dois anos.

P4: 33 anos. Tinha como principais sintomas a dificuldade para engravidar; cólicas menstruais; dores pélvicas fora do período menstrual e durante a relação sexual. Já havia passado por cirurgia para a retirada de focos de endometriose. Os primeiros sintomas ocorreram há aproximadamente vinte anos, porém só obteve o diagnóstico há três anos. Estava se submetendo-se a tratamento para dor crônica e tratava os sintomas com medicamentos hormonais. Queixava-se dos efeitos colaterais advindos das medicações administradas. Foi a única participante do grupo que, no momento da intervenção, não tentava engravidar e fazia uso de anticoncepcionais.

P5. 35 anos. Recebeu diagnóstico de endometriose há aproximadamente 8 anos e passou por dois procedimentos cirúrgicos. Tentou engravidar diversas vezes e não obteve sucesso. No momento da intervenção, não estava tratando a endometriose e só fazia acompanhamento da doença. Relatou ganho de peso durante o tratamento e sofrimento intenso. Desenvolveu depressão, que foi tratada com antidepressivos receitados por um médico psiquiatra. Os sintomas apresentados durante a intervenção em grupo foram infecções urinárias frequentes e infertilidade.

P6. 35 anos. Demorou dois anos para engravidar e abortou. Recebeu o diagnóstico em setembro de 2015. Submeteu-se à cirurgia para remoção de hérnia inguinal. Devido ao

histórico de dores, um médico especialista em gastroenterologia decidiu investigar e descobriu focos de endometriose. Os sintomas relacionados à endometriose foram dor abdominal (moderada e diária localizada no baixo ventre), dificuldade para engravidar, aborto espontâneo e cólica menstrual. Relatou que a dor havia piorado muito após ter parado de realizar atividade física. Ao final do grupo, a participante engravidou naturalmente.

Importante destacar que, no período da intervenção, três participantes (P1, P2 e P6) estavam passando por um tratamento para engravidar. P2 e P6 engravidaram durante o processo de grupo e duas (P3 e P5) estavam tentando engravidar de maneira natural. Foi importante considerar tal variável em função do uso de medicamentos hormonais e a presença de ansiedade, sintoma relatado pelas participantes durante o processo. Quatro participantes (P1, P3, P4, P6) estavam se submetendo a tratamento para o controle da dor crônica e apenas uma não realizava qualquer tratamento para endometriose (P5).

### **Procedimento**

Foram realizadas 10 sessões de intervenção psicoterápica com fundamentação analítico-comportamental e duração média de uma hora e trinta minutos. Nessas sessões, foram incluídas duas sessões de Psicoeducação, conduzidas por fisioterapeutas (tratamento da dor pélvica) e por médica ginecologista (especialista em fertilidade). O grupo teve início em novembro de 2015, com a realização de três encontros na modalidade aberta, a fim de informar sobre a atuação do psicólogo analítico-comportamental no campo da saúde (principalmente com relação à endometriose), fortalecer o vínculo terapeutas-clientes e entre as participantes. Em geral, nesse período, as sessões foram organizadas para propiciar a verbalização das clientes sobre a doença e para que as terapeutas pudessem demonstrar acolhimento e um ambiente sem julgamento. A partir disso, as sete sessões restantes foram na modalidade fechada.

A 1ª Sessão de intervenção consistiu em apresentar os membros do grupo, além de discutir regras como sigilo, pontualidade e assiduidade. Houve preocupação em incentivar a participação, cooperação e respeito entre os membros. Por meio de dinâmica, as participantes, organizadas em pares, relataram o nome, expectativas em relação ao grupo e trajetória realizada para obtenção do diagnóstico de endometriose. Posteriormente, cada membro apresentou o seu par para o grupo, o que permitiu que abordassem questões relacionadas à história de tratamento de cada uma e as expectativas em relação às sessões.

A 2ª Sessão teve como objetivo o estabelecimento de vínculo e a discussão sobre semelhanças e diferenças relativas aos sintomas de endometriose entre os membros do grupo. Foi utilizada dinâmica, onde distribuiu-se papéis coloridos para que cada participante escolhesse uma cor específica. Uma das terapeutas apresentou um cartaz com as seguintes frases: “gosto quando amigos desabafam comigo”; “me sinto sobrecarregada”; “gosto de sair, ver amigos, estar sempre rodeada de pessoas”; “eu sinto que as pessoas me acham chata”; “me sinto culpada pelo que acontece comigo” e “não crio expectativas quanto ao meu futuro”. Cada frase foi apresentada e discutida separadamente, para que as participantes não tivessem acesso a todas elas de uma só vez. Após a apresentação de cada frase, solicitou-se que cada uma se levantasse e colasse o papel no cartaz, caso se identificasse com ela. Disponibilizou-se um tempo para que as participantes pudessem expor os motivos por terem se identificado com cada frase. Ao finalizar a atividade, promoveu-se uma discussão sobre as semelhanças e diferenças do grupo com relação à endometriose. No encerramento, foi questionado sobre os sentimentos apresentados ao longo da atividade.

Na 3ª Sessão, o objetivo foi trabalhar a expressão de sentimentos, expectativas com relação à doença (cirurgias, dores crônicas), possível gravidez e prioridades de cada participante. Iniciou-se com um período para diálogo livre. Em seguida, as participantes foram divididas em dois subgrupos com uma “secretária” para cada, que anotava os tópicos

abordados ao longo da atividade. Solicitou-se que cada participante falasse “o que viesse à cabeça, sem censura” sobre seus medos, em um tempo de cinco minutos, cronometrado e avisado pelas terapeutas. Após a exposição de todas as participantes, a mesma instrução foi dada em relação ao relato sobre sua esperança. Finalizada a atividade, a “secretária” de cada subgrupo leu as anotações para o grande grupo a fim de permitir uma discussão que abordasse os sentimentos e as prioridades de cada participante. A sessão foi finalizada com uma estratégia desenvolvida por Silva (2002), na qual as participantes responderam às seguintes perguntas: “o que eu mais gostei na sessão foi”; “o que eu menos gostei na sessão foi”; “o que eu mudaria no grupo é”; “o que eu estou achando do grupo”; “o que eu aprendi com o grupo foi” e “o que eu ainda gostaria de aprender com o grupo é”. A resposta teria que ser breve, com a duração da chama de um palito de fósforo.

O objetivo da 4ª Sessão foi incentivar a expressão de sentimentos. Iniciou-se com espaço para diálogo livre. A atividade principal consistiu em abordar questões relacionadas à incontrolabilidade de sentimentos e pensamentos. Solicitou-se que as participantes pensassem em sentimentos eliciados em algumas situações (como por exemplo, quando descobriram a gravidez de alguém próximo, quando participavam de eventos sociais, quando eram julgadas por colegas de trabalho por faltas devido a dores). Nessa sessão, foi verbalizada a gravidez de T2 e incentivo para a expressão de sentimentos.

Na 5ª Sessão, discutiu-se sobre empatia e sobre sua importância nas relações interpessoais. Foi utilizada uma vivência para oportunizar que as clientes falassem sobre a empatia e como era exercida nas relações interpessoais. Diante de uma música tranquila, foi lida a seguinte instrução: “Fechem os olhos e pensem em uma situação triste que alguém contou. Você conseguiu se colocar no lugar dela? Como foi para você? Pense agora em uma situação triste que você passou. Como as pessoas se comportaram? O que você não gostou? Como você gostaria que as pessoas se comportassem? Como seria se as pessoas se

colocassem no seu lugar e experimentassem o que você estava sentindo? Você consegue se colocar no lugar dela?”. Foi oportunizado um período para dialogarem sobre a vivência. A atividade final foi realizada por meio de avaliação do grupo com utilização do controle do tempo por meio da chama do palito de fósforo.

No início da 6ª Sessão, solicitou-se que uma das participantes fizesse um resumo do que foi trabalhado na última sessão. Em seguida, inseriu-se o tema assertividade através da leitura de dois contos adaptados de Oliveira (1998), para permitir que observassem e avaliassem o seu próprio padrão comportamental. Na atividade, cada conto apresentava um padrão comportamental distinto: passivo, agressivo e assertivo. Após a leitura, requisitou-se que escrevessem com qual personagem se identificavam mais. Foi realizada explicação sobre cada um dos padrões de comportamento. Por fim, foi pedido para que descrevessem o que aprenderam na sessão.

A 7ª Sessão consistiu em incentivar a avaliação do próprio comportamento. As participantes deveriam, através de sua história de vida, realizar uma análise funcional, identificando suas respostas e as consequências que tinham no ambiente, bem como a identificar seu padrão de comportamento e repertório comportamental. Como recurso, foi utilizada vivência com música, então solicitou-se que se acomodassem de modo confortável e respirassem com calma e profundamente. A instrução fornecida foi: “Agora, nós vamos fazer uma viagem no tempo e relembrar de quando éramos crianças e frequentávamos a escola. Como era? Onde eu morava? Como era meu relacionamento com as pessoas no geral? Como era meu relacionamento com meus pais e irmãos? Eu podia falar dos meus sentimentos com eles, os bons e os ruins? Eu dava minhas opiniões? Era criticada? Quando fazia algo errado, como meus pais agiam? E meus irmãos? Agora, vamos para a adolescência. Quais foram as principais mudanças que ocorreram no meu relacionamento com a minha família? Os momentos mais felizes e aqueles de extrema dificuldade. Guardei alguma mágoa? E hoje em

dia como está meu relacionamento com meus pais e irmãos? O que mudou de positivo? O que continua sendo dificuldade? De que forma me pareço com meus pais e irmãos? O que quero mudar daqui para frente?” (Bolsoni-Silva, 2002b). Posteriormente, foram incentivadas a relatar sobre a experiência. A avaliação da sessão foi realizada por meio da solicitação de “notas” sobre a participação dos membros do grupo, incluindo as terapeutas.

A 8ª sessão continuou a abordar o autoconhecimento e a expressão de sentimentos. Inicialmente, foi incentivado que as participantes comentassem sobre a última sessão. Em seguida, foi realizada uma atividade adaptada de Hayes, Strosahl e Wilson (1999), que consiste em utilizar uma música tranquila e instruir as participantes para que fechassem os olhos e imaginassem que ocorreu um acidente muito grave com elas. Nessa situação, os familiares e amigos estariam reunidos e deveriam “imaginar as pessoas que ama em um mesmo local, aquelas que você tem certeza que amam você, mesmo as que moram distantes, elas deram um jeito de ir ao encontro. Quem está ali? Seu pai? Sua mãe? Seus irmãos? Quem mais da sua família? E seus amigos, quem está? Agora vamos imaginar o que eles devem estar falando sobre você? O que cada uma dessas pessoas fala de você? Falam coisas boas? Apontam algum defeito seu? Quais lembranças de vocês eles comentam? Vamos imaginar o que cada uma dessas pessoas falaria: seus pais, irmãos, familiares, amigos...”. Após o exercício de imaginação, as participantes foram incentivadas a contar como foi a vivência, sinalizando o que foi mais difícil e o mais prazeroso. Foi indagado sobre como as participantes têm se comportado, o que poderiam mudar e como. Ainda com a música, solicitou-se que se acomodassem confortavelmente e realizassem respiração lenta e profunda, dando início ao relaxamento de Jacobson (Payne, 2005).

A 9ª Sessão teve como objetivo identificar estímulos antecedentes, o comportamento (próprio e de outras pessoas do convívio) e estímulos consequentes. Observou-se que, em geral, as participantes relataram dificuldade para avaliar o próprio comportamento. Além

disso, requisitou-se que verbalizassem cinco características de uma pessoa com quem possuíam um relacionamento difícil e lembrassem de situações que vivenciaram nesse relacionamento nos últimos tempos. Foram questionadas sobre: “O que incomodou? Já fez alguma coisa parecida com outra pessoa?”. Posteriormente, solicitou-se que descrevessem o ponto de vista do outro e os pontos positivos da outra perspectiva. A sessão foi finalizada introduzindo novamente o relaxamento de Jacobson.

Na 10ª Sessão, foi feita a avaliação geral dos encontros. Para isso, foi realizado um amigo secreto, com a distribuição de papéis com nomes de cada participante e o pedido para que cada uma fizesse uma avaliação da pessoa que tirou. No exercício, deveriam ressaltar a característica que consideravam mais contributiva para o desenvolvimento do grupo e o que achavam que a outra participante tinha aprendido mais durante as sessões. Em seguida, foi solicitado que escrevessem o que mais gostaram no grupo, o que não gostaram e o que acrescentariam no programa. Houve espaço para discutir sobre o que foi escrito. A sessão foi finalizada com exposição dialogada sobre como as participantes avaliaram o processo e a condução realizada pelas terapeutas.

### **Procedimento de categorização e análise de dados**

Para a análise de dados, foram utilizados os registros em vídeo de seis sessões de intervenção realizadas por Inocente (2018), gravados com a filmadora da marca Sony HDW-XR160, montada em tripé, e um computador com Software Word e Excel para a análise dos dados. As gravações foram arquivadas em HD para posterior análise. Não foi possível realizar análise da última sessão porque o arquivo foi corrompido.

A Etapa 1 do procedimento de transcrição, foi baseada em Brunello (2019), que desenvolveu um sistema de computador para a transcrição de sessões. O sistema utiliza recursos de computação na nuvem para transcrever o que foi discutido nas sessões. As gravações de áudio foram submetidas a um modelo de linguagem treinado para o cenário, a

fim de melhorar a precisão das transcrições. A transcrição pelo sistema foi realizada nas seis sessões e feita de forma literal, em que o que é falado é transcrito exatamente da mesma forma. Devido à margem de erro na identificação das palavras, foi realizada uma revisão manual dos textos para ajustes de palavras, onde a pesquisadora assistiu novamente a todas as sessões para verificação. Os acertos do sistema chegaram a 80%.

Na Etapa 2, foi realizada leitura do manual revisado do Sistema multidimensional para categorização da interação terapêutica-SIMCCIT descritas em Zamignani e Meyer (2014). Posteriormente, utilizou-se o software CLIC-R, desenvolvido para o treino sistemático de observadores para as categorias abordadas pelo sistema de categorização da interação terapêutica, que contém dois pacotes de atividades sequenciais (433 atividades em quinze séries para o treino de categorias do terapeuta e 265 atividades divididas em nove séries de categorias referentes ao cliente). Foi utilizado todo o pacote de atividades do software CLIC-R. O último conta com uma primeira parte de explicações detalhadas sobre as categorias do SIMCCIT com exemplos e, posteriormente, exercícios para verificar a aprendizagem da categoria. As definições e especificações de cada categoria foram subdivididas em segmentos ao longo do treino de exercícios. No treino, o observador deve emitir respostas de escolha simultaneamente à apresentação de categorias. As repostas do sujeito por meio de instrução são seguidas de feedback imediato dados pelo próprio sistema, e o conteúdo é apresentado de forma que o nível de dificuldade é implementado gradualmente. Quando a pesquisadora apresentava uma resposta errada, o local onde se respondia tornava-se vermelho e era possível responder novamente. Quando se respondia corretamente, o cursor do mouse ficava em formato de V e a tela, automaticamente, mudava para outro exercício.

Na Etapa 3, foram utilizadas todas as transcrições de sessões da intervenção e o tempo foi dividido randomicamente. Dez minutos dessas sessões foram sorteados para verificar se

as categorias desenvolvidas por Zamignani (2007) seriam suficientes ou se novas categorias de comportamentos para a avaliação do processo teriam que ser criadas. Verificou-se que as categorias contempladas no estudo de Silveira (2009) e Santos (2016) poderiam ser utilizadas no presente estudo e, assim, foram incluídas. Além disso, houve necessidade de desenvolvimento de novas categorias não contempladas nos estudos citados.

Para facilitar a discussão e por possuírem funções semelhantes às apontadas por Silveira (2009) e Santos (2016), as categorias apresentadas pelos clientes serão chamadas de Cliente-T.

A Tabela 1 descreve as categorias Cliente utilizadas na presente pesquisa.

Tabela 1

*Descrição das categorias Cliente para a presente pesquisa*

Denominação	Sigla	Condições necessárias
Aprovação para cliente	C-APR-C	Um dos participantes (A) apresenta a outro participante (B), <u>de forma espontânea</u> , uma verbalização de aprovação que se refere ao desempenho do participante ou de terceiros incluídos no seu relato.
Reprovação Para cliente	C-REPRO-C	Um dos participantes (A) apresenta a outro participante (B), <u>de forma espontânea</u> , uma verbalização de reprovação que se refere ao desempenho do participante ou de terceiros incluídos no seu relato.
Cliente solicita informação para cliente	C-SOL	Condições necessárias: um participante (A) solicita a outra participante (B) informações, esclarecimentos ou confirmações a respeito de eventos.

A Tabela 1 demonstra as duas primeiras categorias desenvolvidas por Silveira (2009) e, em grifo, as descrições que foram acrescentadas para a presente pesquisa. Também foi adicionado um novo carácter à sigla para facilitar sua identificação. Em Silveira (2009), a aprovação e reprovação são antecidas por verbalizações da terapeuta com a solicitação de aprovação ou reprovação. Na presente pesquisa, a categoria “aprovação e reprovação” é apresentada pelos participantes sem a solicitação dos terapeutas. Considerou-se importante a criação das duas primeiras categorias para destacar quando a categoria *Aprovação ou Reprovação* estava sendo realizada para terapeutas ou para participantes.

A Tabela 2 descreve as subcategorias da categoria “Terapeuta” utilizadas na presente pesquisa.

Tabela 2

*Descrição de subcategorias presentes na categoria do terapeuta*

Denominação	Sigla	Condições necessárias
Terapeuta facilita terapeuta	FAC-T	O terapeuta apresenta uma fala e o outro terapeuta emite verbalizações ou vocalizações curtas que ocorrem durante a fala do terapeuta.

Na Tabela 2, pode-se notar que, para a presente pesquisa, foi criada uma categoria comportamental destinada aos terapeutas. A presente intervenção psicoterápica foi realizada por duas terapeutas e, em alguns momentos, uma delas buscava facilitar a verbalização apresentada pela outra.

Na 4ª etapa, para a realização da categorização, utilizou-se um manual com a descrição das categorias do Eixo I elaboradas por Zamignani e Meyer (2014), Silveira (2009), Santos (2017) e as desenvolvidas para a presente pesquisa. Para a categorização, foi necessário assistir aos vídeos da intervenção, selecionar no Software Word o trecho analisado e inserir a categoria apresentada. As categorias eram representadas por suas siglas na frente de cada verbalização (de clientes e terapeutas). Dessa forma, foi identificada a frequência de cada categoria apresentada (por clientes e terapeutas) e realizado registro de medida indireta de duração. Para isso, foi contabilizada a quantidade de palavras em cada sequência de categoria analisada. Essa forma de quantificar a duração foi utilizada por Oshiro e Meyer (2014) e por Santos (2017), e demonstrou ser um método adequado para o registro de duração.

Na Etapa 5, foi realizado o treino sistemático de observação de uma colaboradora, aluna do quinto ano do curso de Psicologia da Universidade do Norte do Paraná (UNOPAR). O treinamento foi realizado de maneira semelhante ao que havia sido submetido à pesquisadora. Após o treino, a pesquisadora explicou os objetivos da pesquisa e foram

abordadas novas categorias desenvolvidas por Silveira (2009), Santos (2017) e as da presente pesquisa. Além disso, houve necessidade de realização de uma reunião para explicitar dúvidas.

Na Etapa 6, com a finalidade de obter a confiabilidade e a clareza entre os comportamentos observados e as categorias descritas, foi realizado um teste de concordância entre as categorias observadas pela pesquisadora e a colaboradora. Para isso, foi sorteada a sessão 6 como fundamento para cálculo, utilizando como base o coeficiente de concordância de Kappa. Tal medida de concordância é realizada entre dois ou mais observadores quando realizam uma avaliação nominal ou ordinal de uma mesma amostra, onde a concordância devido ao acaso é fatorada, nenhuma ponderação é usada e as categorias são consideradas desordenadas.

A forma de Kappa é  $K = [P(o) - P(e)] / [1 - P(e)]$ , onde  $P(o)$  foi a proporção de concordância dos observadores e  $P(e)$  a concordância devida apenas ao acaso. Landis e Koch (1977) classificam os índices menores que zero como insignificantes; de 0 a 0,20 são considerados mínimos; entre 0,21 e 0,4 com concordância razoável; entre 0,41 e 0,6 concordância moderada; entre 0,61 e 0,8 são considerados substanciais e entre 0,81 e 1 considerados praticamente perfeitos.

Na Etapa 7, após a categorização, foram organizadas figuras no Software Excel, extraíndo a quantidade de frequência e duração de comportamentos das terapeutas e de clientes durante as sessões analisadas. A partir da observação das figuras, foram feitas discussões com base no referencial da análise do comportamento, onde foram avaliadas as categorias apresentadas com maior frequência e duração por terapeutas e clientes, além da realização de análise funcional. O intuito foi investigar fatores relacionados com a frequência e a duração de apresentação de diferentes categorias de comportamento durante diferentes momentos do processo psicoterápico, apresentando dados obtidos por meio da realização da

análise funcional do comportamento de clientes e de terapeutas. Buscou-se descrever tomadas de decisão de terapeutas com base no comportamento apresentado por clientes ao longo das sessões, além de identificar padrões de uma intervenção em grupo para mulheres com endometriose.

## Resultados e Discussão

Antes de iniciar a apresentação dos resultados da pesquisa, foi importante expor considerações sobre o índice Kappa. Tal índice tem sido utilizado em estudos com embasamento analítico comportamental, principalmente em pesquisas de processo (Del Prette, 2011; Sadi, 2011; Santos, 2017; Zamignani, 2007).

A Tabela 3 demonstra a análise de uma das sessões (6), que contém uma matriz de concordância em que cada categorização do comportamento dos terapeutas pelo observador 1 (pesquisador) é comparada aos dados do observador 2 (colaborador).

Tabela 3

*Matriz de concordância de cada categorização do comportamento dos terapeutas realizada pelo observador 1 comparada aos dados do observador 2*

		Observador 2											
		APR	EMP	FAC	FAC.T	INF	INT	REC	SRE	SRF	TOU	Total	
Observador 1	APR	14						1				15	
	EMP	2	6									8	
	FAC			1								1	
	FAC.T				3							3	
	INF	3	1			17	1	1	1	2	1	27	
	INT					2	7	1	1	1		12	
	REC					1		2				3	
	SRE								5			5	
	SRF		1			1	1		1	13		17	
	TOU					1						14	15
	Total	19	8	1	3	22	9	5	8	16	15	106	

Nota: Os valores concordantes estão representados com fundo cinza, os demais são discordantes pelo cruzamento dos eixos. APR=Aprovação, EMP=Empatia, FAC=Facilitação, FAC.T=Terapeuta facilita terapeuta, INF=Informação, INT=Interpretação, REC=Recomendação, SER=Solicitação de relato, SRF=Solicitação de reflexão, TOU=Outras verbalizações do terapeuta

Pode-se notar pela Tabela 3 que, na sessão 6, por meio do cálculo do índice Kappa, terapeutas participaram com a quantidade de 106 categorias de um total de 217. As categorias que apresentaram maior índice de concordância foram: *Informação, Aprovação e Outras verbalizações do terapeuta*. As categorias mais discordantes foram: *Terapeuta facilita para outro terapeuta, Recomendação e Facilitação*. Na análise da participação, houve uma concordância geral de 0,74 pelo índice Coeficiente Kappa. Pesquisas realizadas sugerem

como índice satisfatório aqueles maiores de 0,6 (Del Prette, 2011; Nobile, 2016; Santos, 2017; Zamignani, 2007).

A seguir, serão apresentados os dados do índice Kappa dos participantes. A Tabela 4 contém uma matriz de concordância em que cada categorização do comportamento das participantes realizadas pelo observador 1 (pesquisador) é comparada aos mesmos dados do observador 2 (colaborador).

Tabela 4

*Matriz de concordância de cada categorização do comportamento das participantes realizada pelo observador 1 comparada aos dados do observador 2*

		Observador 2															Total		
		CAPRC	CDES	CEMP	CER	CFAC	CINF	CINT	CON	COU	CREPROC	CSRF	MEL	MET	OPO	REL	SOL	Total	
Observador 1	CAPRC	1				1												2	
	CDES	1	7	1	1					2							1	13	
	CEMP			1		1		1									2	5	
	CER		2		10		1	2	3					1		7		26	
	CFAC					2												2	
	CINF				2		2											4	
	CINT							0										0	
	CON								7								2	9	
	COU									13								13	
	CREPROC							1			4							5	
	CSRF								1				2					3	
	MEL				1		1		2	2				5				11	
	MET														0			0	
	OPO					1										2	2	1	6
	REL						1										11		12
	SOL																	0	0
	Total		2	9	2	14	5	5	5	14	15	4	2	5	1	2	25	1	111

Nota: Os valores concordantes estão representados com fundo cinza, os demais são discordantes pelo cruzamento dos eixos. CAPRC=Aprovação, CDES=Cliente Descreve Comportamento, CEMP=Empatia, CER=Cliente estabelece relações, CFAC=Facilitação, CINF=Informação, CINT=Interpretação, COM=Concordância, COU=Outras verbalizações do cliente, CREPROC=Cliente reprova cliente, CSRF=Solicitação de reflexão, MEL=Melhora, MET=Metas, OPO=Oposição, REL=Relato, SOL=Solicitação

Pode-se notar pela Tabela 4 que as participantes na sessão 6 apresentaram 111 categorizações de um total de 217 (51,15%). As categorias que apresentaram maior concordância foram *Outras verbalizações do cliente*, *Relato* e *Cliente estabelece relações*. Na análise das participantes, constata-se uma concordância de 0,56 pelo índice de Coeficiente de Kappa.

Comparando os resultados de terapeutas e clientes, de modo geral, as categorias dos terapeutas obtiveram maiores índices de concordância se comparadas às categorias dos

clientes. Resultados semelhantes foram encontrados por Zamignani (2007), já que as categorias dos terapeutas apresentam índice Kappa entre 0,73 e 0,84. Enquanto as categorias do cliente ficaram entre 0,09 e 0,36. Santos (2017) identificou que as categorias de terapeutas também obtiveram maiores índices de concordância e aponta para a necessidade de revisão e melhor definição das categorias de clientes, principalmente Cliente T. Levanta-se a hipótese de que possivelmente uma melhor descrição das categorias, incluindo detalhes e especificações, poderia diminuir as discordâncias do índice Kappa para clientes.

Podemos notar também que a frequência das categorias pode ter afetado o índice de concordância. Categorias com maior frequência na sessão 6, tanto de terapeutas (*Informação, Aprovação e Outras verbalizações do terapeuta*) como de clientes (*Relato e Cliente estabelece relações*), apresentaram um bom índice de concordância, resultado semelhante foi encontrado por Santos (2017). Tourinho et al 2007 afirmam que é comum a variabilidade na frequência das categorias afetar o índice de concordância. Para os autores, quanto mais uma categoria ocorre, mais chances de o observador ter de aprimorar seu conhecimento sobre ela e identificá-las nas próximas ocorrências.

Para Tourinho et al. (2007) algumas variáveis devem ser consideradas para o índice de concordância, dentre elas familiaridade com o caso clínico, familiaridade diferencial com as categorias, tipo e quantidade de treino de categorização, complexidade das sessões, processo de aferição na concordância e fadiga na categorização. Considerando todos esses fatores, índices maiores que 0,8, como os estudos têm procurado colocar, parecem inalcançáveis devido à complexidade do fenômeno estudado.

Por uma questão de organização, a seguir serão analisados os dados referentes à participação dos terapeutas no processo de intervenção. Serão apresentados a frequência de categorias apresentados por T1 e T2 nas sessões, a porcentagem de frequência e duração das

categorias apresentadas por T1 e T2. Também foi incluída a comparação da frequência e de duração das categorias de T1 e T2.

Posteriormente, serão apresentados os dados de duração e frequência de categorias comportamentais das participantes durante as sessões. Finalmente, foi realizada uma comparação entre as categorias apresentadas por clientes nos estudos de Zamignani (2007), Silveira (2009), Santos (2017) e na presente pesquisa. Em relação à duração indireta de categorias de clientes e de terapeutas, foi verificada a quantidade de palavras em cada sequência de categorias.

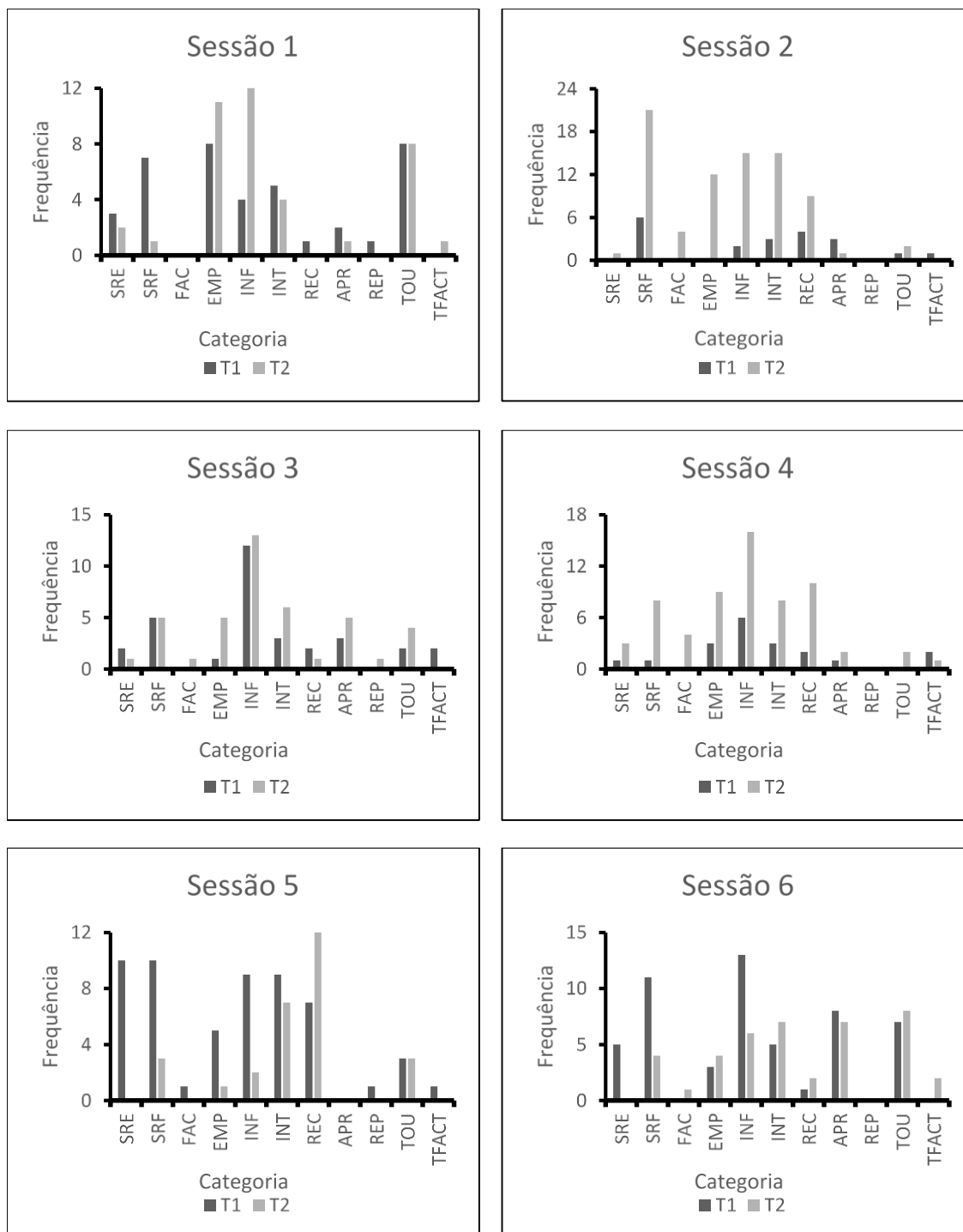


Figura 1. Frequência de categorias comportamentais apresentadas por T1 e T2 nas sessões de intervenção.

Nota-se, pela Figura 1, que a categoria *Informação* foi apresentada com elevada frequência em todas as sessões de intervenção por ambos terapeutas. As características do grupo provavelmente favoreceram tal condição, em função da elaboração prévia de conteúdos para atender às demandas relacionadas ao fornecimento de informação sobre a endometriose,

causas, sintomas, consequências no ambiente e estratégias para o melhor enfrentamento da doença. A categoria *Reprovação* obteve frequência de emissão reduzida nas sessões. Tal condição, associada à emissão da categoria *Empatia*, pode ter favorecido o estabelecimento de vínculo entre participantes e terapeutas, bem como a integração entre elas.

A categoria *Empatia* foi emitida em todas as sessões, exceto na sessão 2 por T1. Ressalta-se que, na sessão 2, a T1 não apresentou a categoria *Empatia* em função de ter assumido o papel de co-terapeuta, com a função de observação da sessão e, por isso, menor participação direta na intervenção.

Observa-se pela Figura 1 que nas primeiras sessões (1, 2 e 3), tanto T1 como T2 apresentaram categorias que poderiam ser consideradas mais de intervenção, tais como *Recomendação e Interpretação*. Para Zamignani e Meyer (2014), essas categorias são usadas por terapeutas em sessões mais posteriores no processo terapêutico, visto que necessitariam de um período inicial para o estabelecimento da relação e coleta de informações suficientes para realizar interpretações mais efetivas. No presente trabalho, isso aconteceu provavelmente porque, antes das sessões de intervenção propriamente ditas, ocorreram três sessões com o objetivo de estabelecimento de vínculo. Nessas primeiras sessões, foi realizado o manejo de contingências para incentivar que as participantes relatassem dificuldades relacionadas à enfermidade. O grupo de supervisão indicou que as três sessões iniciais deveriam ter uma característica mais aberta, buscar a organização de um ambiente livre de punições, com maior acolhimento e validação dos relatos das participantes. Botão (2015) exemplificou a desvalidação médica como a diminuição ou negação da dor por parte dos profissionais, assim como a atribuição da dificuldade para engravidar a fatores exclusivamente de ordem psicológica, o que demonstra provável desconhecimento sobre a relação entre variáveis emocionais e a endometriose. Ademais, determinadas pacientes indicaram problemas na relação médico-paciente como condições importantes para o

abandono do tratamento, por isso considerou-se importante realizar as três sessões iniciais com explicações sobre a intervenção, papel da psicologia na área da saúde, bem como possibilitar um ambiente com validação (Caldeira, Noronha, Oliveira, & Amorim, 2008; Graaf, D'Hooghe, Dunselman, Dirksen, & Hummelshoj, 2013; Fourquet, Báez, Figueroa, Iriarte, & Flores, 2011; Hansen, Kesmodel, Baldursson, Schultz, & Forman, 2013; Gilmour, Huntington, & Wilson, 2008).

Em comparação a outras sessões, nota-se que, na sessão 6, a categoria *Aprovação* foi mais frequentemente emitida tanto por T1 quanto por T2. Tal ocorrência poderia ser atribuída ao fato de que ambas terapeutas realizaram avaliações positivas em relação ao comportamento emitido principalmente por P1 e P4, bem como apresentavam descrições de mudanças de comportamento que foram observadas na sessão. Nessa sessão, as terapeutas provavelmente se comportaram com o objetivo de modelar o comportamento das participantes na sessão. Como exemplo: as terapeutas descreveram e fizeram avaliações positivas do comportamento de P1 de falar sobre sentimentos e eventos aversivos e P4 confrontar P1 com mudança na topografia do comportamento. Esse tópico foi abordado com maiores detalhes na seção de clientes.

Na sessão 2, pode-se constatar que T2, ao assumir o papel de terapeuta, emitiu em maior frequência as categorias *Empatia*, *Solicitação de reflexão*, *Interpretação* e *Recomendação*. O conceito de empatia foi abordado por meio do incentivo para observação do próprio comportamento em sessão e realização de análise funcional do comportamento das participantes nas relações interpessoais. Constatou-se que provavelmente o comportamento de T2 estaria mais sob controle do tema da sessão que incluía a avaliação das participantes sobre suas interações sociais, compreensão da perspectiva do outro e os sentimentos envolvidos. T2 buscou emitir a categoria *Empatia* com o intuito de fornecer modelo para as participantes. Para facilitar a observação e a autodescrição do comportamento, T2 utilizou a

categoria *Solicitação de reflexão* e para o estabelecimento de relações entre o comportamento que emitiam e o de outras pessoas, a terapeuta emitiu *Interpretação*. A categoria *Recomendação* foi utilizada para levantar alternativas de comportamento para as participantes. O objetivo de T2 foi modelar um repertório referente ao comportamento empático em relação a autodescrições do comportamento e o estabelecimento de relação entre a emissão do comportamento e as consequências nas relações interpessoais.

A Figura 2 demonstra a frequência e a duração das categorias apresentadas por T1 no total de sessões analisadas.

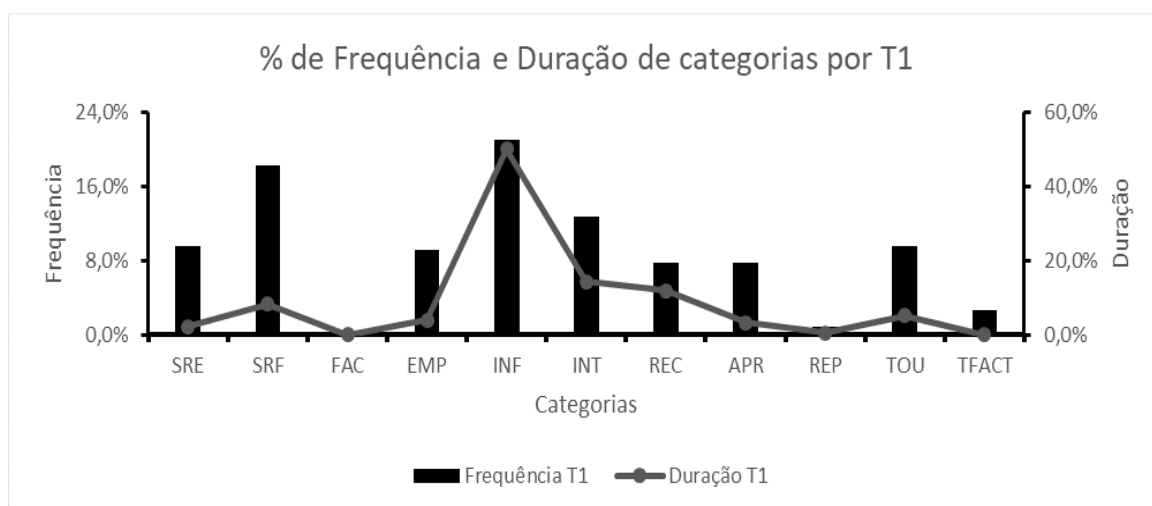


Figura 2. Frequência e duração das categorias de T1 em todas as sessões analisadas.

De acordo com a Figura 2, as categorias mais apresentadas por T1 em todas as sessões foram: *Informação* (21%), *Solicitação de reflexão* (18,3%), *Interpretação* (12,8), *Outras verbalizações do terapeuta* (9,6%) e *Empatia* (9,1%). As categorias menos apresentadas por T1 foram *Terapeuta facilita para Terapeuta* (2,7%), *Reprovação* (0,9%) e *Facilitação* (0,5%).

A Figura 2 demonstra que T1 apresentou com maior duração as categorias: *Informação* (50,1%), *Interpretação* (14,3%), *Recomendação* (11,9%), *Solicitação de reflexão* (8,3%) e *Outras verbalizações do terapeuta* (5,2%). As categorias de menor duração para T1

foram: *Solicitação de relato* (2,4%), *Terapeuta facilita para terapeuta* (0,1%) e *Facilitação* (0,0%).

A Figura 3 demonstra a frequência e a duração das categorias apresentadas por T2 no total de sessões analisadas.

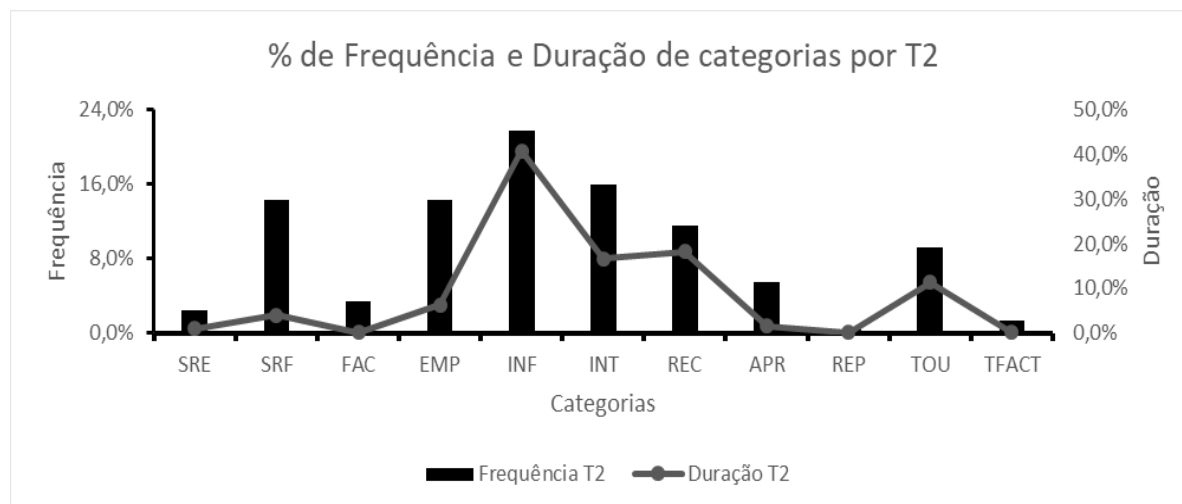


Figura 3. Frequência e duração das categorias de T2 em todas as sessões analisadas.

Para T2, as categorias com maior frequência de apresentação foram *Informação* (21%), *Interpretação* (16%), *Solicitação de reflexão* (14,3%), *Empatia* (14,3%) e *Recomendação* (11,6%). As categorias com menor frequência de apresentação foram *Solicitação de relato* (2,4%), *Reprovação* (0,7%) e *Terapeuta facilita para terapeuta* (0,7%). As categorias com maior duração foram *Informação* (40,8%), *Recomendação* (18,2%), *Interpretação* (16,6%) e *Empatia* (6,3%). As categorias de menor duração foram *Solicitação de Relato* (1,0%), *Facilitação* (0,2%), *Reprovação* (0,2%) e *Terapeuta facilita para terapeuta* (0,0%).

Considerando os dados de medida referentes à frequência e à duração das categorias apresentadas pelas terapeutas, constata-se o predomínio de 4 das onze categorias analisadas, são elas: *Informação*, *Interpretação*, *Recomendação* e *Empatia*. Com relação à frequência percebe-se que, na presente pesquisa, a categoria *Informação* foi a que apresentou maior frequência de emissão para ambos os terapeutas, T1 (21%) e T2 (20,6%). No estudo de

Santos (2017), tal categoria foi a segunda com maior frequência de emissão por T1 e a mais emitida por T2. Para Silveira (2014), a categoria informação, quando usada na modalidade de grupo, pode favorecer o melhor aproveitamento do tempo para discutir aspectos em comum compartilhados por todos os participantes. Na presente pesquisa e na de Santos (2017), o grupo foi destinado ao atendimento de indivíduos que apresentam diagnósticos iguais, denominados grupos homogêneos, o que pode ter influenciado para que a categoria tenha sido utilizada para abordar assuntos comuns a todos os participantes.

Kiejsers, Schaap e Hoodwium (2000) discutem que terapeutas analíticos comportamentais, comparados a outras abordagens terapêuticas, costumam falar mais, fazer mais perguntas, oferecer mais estruturação, informação e orientação. O presente estudo revelou que os terapeutas participaram ativamente do processo, considerando que as categorias mais emitidas em frequência e duração foram: *Informação*, *Recomendação* e *Interpretação*. Tal condição também foi relatada na pesquisa de Silveira (2009), onde tais categorias foram amplamente utilizadas.

A presente pesquisa indicou acentuada redução na frequência e duração da categoria *Solicitação de Relato* para ambas terapeutas, T1 (9,6%) e T2 (2,4%), e a maior frequência de *Empatia* para T1 (9,1%) e T2 (14,3%). Na pesquisa realizada por Silveira (2009) com cuidadoras, a categoria *Solicitação de Relato* (10,9%) foi a terceira categoria mais frequente e a categoria *Empatia* foi a segunda de menor duração (2,9%). Na pesquisa realizada por Santos (2017) com indivíduos diagnosticados com transtorno bipolar, a categoria *Solicitação de Relato* foi a mais frequente para T1 (21%) e a segunda maior categoria apresentada por T2 (16%). Os resultados distintos obtidos pelas pesquisas citadas podem revelar diferenças na forma como terapeutas realizam a intervenção em um grupo para mulheres com endometriose.

Importante destacar que o modelo teórico analítico-comportamental descreve o comportamento em termos de um processo de seleção pelas consequências. Nesse processo, pelo menos quatro elementos básicos são importantes para a compreensão de um determinado comportamento: as operações estabelecedoras, que estabelecem determinados estímulos como momentaneamente reforçadores; os estímulos discriminativos, que estabelecem a ocasião em que o reforçador estará disponível caso a resposta venha a ser emitida; a emissão da resposta do indivíduo e a apresentação de estímulo contingente à resposta emitida (Zamignani & Meyer, 2014).

Mulheres com endometriose geralmente apresentam uma história de desvalidação ao falar sobre a doença e a presença de dores crônicas, o que provavelmente influencia para que verbalizem com menor frequência sobre a doença. Sabemos que a falta de oportunidade para abordar o tema com familiares e até com profissionais da saúde (privação) pode influenciar no aumento da probabilidade de emissão do comportamento (falar sobre a enfermidade) e ter função de operação estabelecedora. Além disso, como o grupo era composto por mulheres com condições parecidas (mesmo diagnóstico, presença de dores crônicas e dificuldade para engravidar), provavelmente pode ter sido um estímulo discriminativo para que pudessem falar sobre a doença e aspectos emocionais envolvidos. Contingente ao comportamento de relatar sobre a doença, terapeutas buscaram emitir com alta frequência a categoria *Empatia* e baixa frequência a categoria *Reprovação*. A categoria *Empatia* está comumente relacionada ao estabelecimento de vínculo terapêutico, diminuição da resistência do cliente, formação de vínculo e validação dos sentimentos. Esse contexto provavelmente fortaleceu o comportamento de verbalização das participantes sobre sofrimento em relação à doença e seus aspectos psicológicos com apresentação da categoria *Relato*, mesmo sem a apresentação de *Solicitação de Relato e Facilitação* por parte das terapeutas (Elliott et al., 2011; Kivlighan et al., 1991; Meyer et al., 2010; Meyer & Vermes, 2001; Orlinsky et al., 1994; Rocha, 2011).

O engajamento das terapeutas para apresentar comportamentos relacionados à categoria *Empatia*, principalmente nas primeiras sessões, provavelmente aumentou a probabilidade de percepção dos clientes com relação à verbalização tranquila de determinados conteúdos, geralmente difíceis em situações fora do contexto psicoterápico.

Com relação ao total de frequência de participação, T2 obteve 57,3% e T1 42,6% de categorias apresentadas. Com relação ao total de duração, T1 apresentou 49,6% e T2 50,3%. Percebe-se que os índices relativos à frequência entre T1 e T2 foram maiores, se relacionados à duração. Pode-se notar que T2 obteve maior frequência na maioria das categorias comportamentais, indicando participação mais ativa no processo terapêutico, comparando ao desempenho da T1. Constatou-se uma diferença em relação à frequência de participação e a duração, porém essa diferença foi menor do que a encontrada por Santos (2017), onde 81% das categorias foram emitidas por uma das terapeutas. Tal condição pode ser explicada pelo fato que, na presente pesquisa, houve uma organização prévia sobre a função que as terapeutas deveriam exercer durante cada sessão. Nesse sentido, estabeleceram uma alternância de papel de terapeuta. Em cada sessão, uma delas teria um papel mais ativo na condução (iniciava as sessões, conduzia mais diretamente, fazia mais interpretações e recomendações, apresentava o tema central da sessão e controlava o tempo) e a outra assumia um papel mais passivo (oferecia explicações alternativas e fornecia atenção individual em caso de necessidade). Tal organização foi feita com base em estratégias para a condução de grupos e em função da gravidez de uma das terapeutas, variável que poderia influenciar no estabelecimento de vínculo, porque a maioria das participantes estavam tentando engravidar. Notou-se, nesta pesquisa, que a organização prévia da sessão foi uma condição que pode ter contribuído para uma participação mais igualitária das duas terapeutas, onde ambas atuaram realizando intervenções. Uma análise mais detalhada da participação de T1 e T2 é

apresentada a seguir, onde as figuras apresentam uma comparação para cada categoria, considerando um total de 100% de emissão na soma de T1 e T2.

A Figura 4 demonstra uma comparação entre a frequência de categorias comportamentais apresentadas por T1 e T2 ao longo das seis sessões de intervenção.

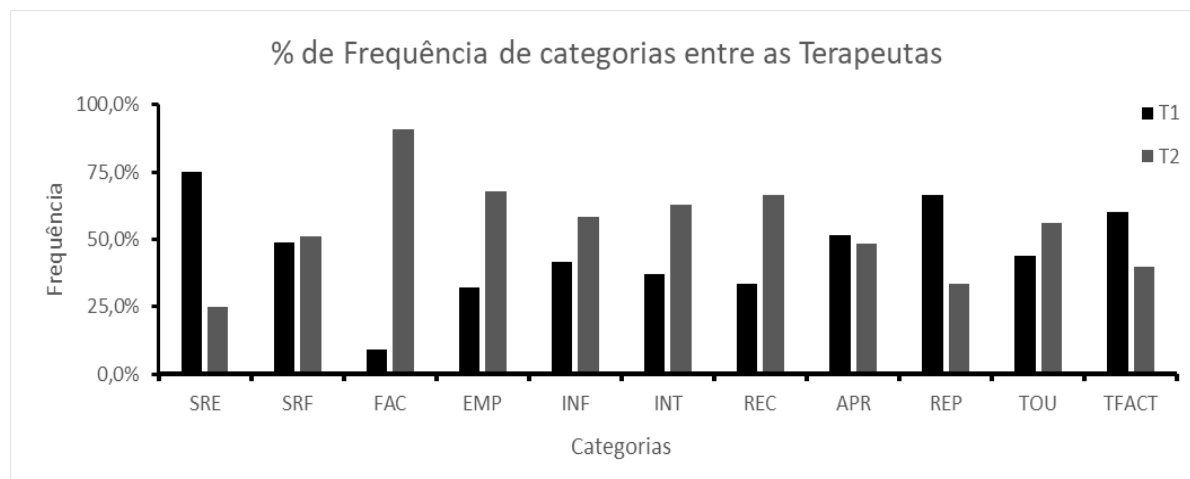


Figura 4. Comparação em porcentagem de frequência para cada categoria comportamental entre T1 e T2 ao longo das seis sessões de intervenção.

Na Figura 4, pode-se observar que T1 apresentou maior frequência que T2 nas categorias *Solicitação de relato* (75%), *Reprovação* (66,7%), *Facilita para Outro Terapeuta* (60%) e *Aprovação* (51,5%). T2, por sua vez, apresentou maior frequência que T1 nas categorias *Facilitação* (90,9%), *Empatia* (67,7%), *Recomendação* (66,7%), *Interpretação* (62,7%) e *Informação* (58,2%).

A Figura 5 demonstra uma comparação em porcentagem entre a duração para cada categoria comportamental apresentadas por T1 e T2 ao longo das seis sessões de intervenção.

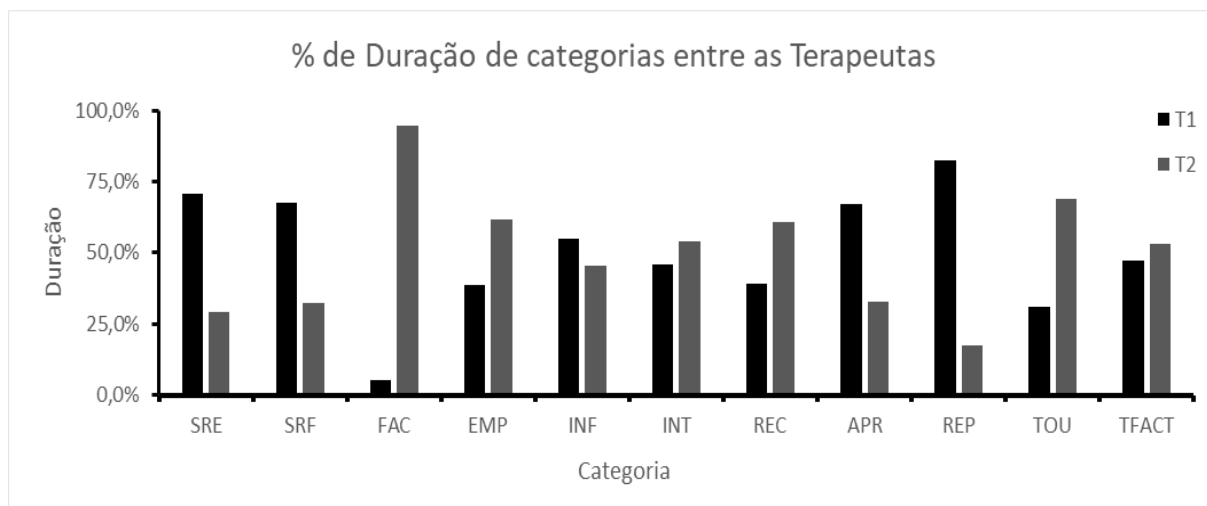


Figura 5. Comparação em porcentagem de duração para cada categoria comportamental entre T1 e T2 ao longo das seis sessões de intervenção.

Com relação à duração, nota-se, na Figura 5, que T1 apresentou com maior frequência que T2 as categorias *Reprovação* (82,6%), *Solicitação de relato* (70,8%), *Solicitação de Reflexão* (67,5%), *Aprovação* (67%) e *Informação* (54,8%). Enquanto T2 apresentou maior duração que T1 nas categorias *Facilitação* (94,7%), *Outras verbalizações do Terapeuta* (69%), *Empatia* (61,6%), *Recomendação* (60,8%) e *Interpretação* (54,1%).

Comparando as Figuras 4 e 5, os dados indicam que T2 emitiu com maior frequência as categorias *Empatia*, *Recomendação* e *Facilitação*, enquanto T1 emitiu com maior frequência a categoria *Solicitação de Relato*, *Aprovação* e *Reprovação*. Podemos hipotetizar que uma possível variável que pode ter controlado a emissão de categorias foi o tempo de experiência. T2, durante o processo de intervenção, possuía 7 anos de atividade clínica, inclusive com grupos e T1 possuía 3 anos de experiência.

As diferenças encontradas nas categorias *Solicitação de relato*, *Facilitação* e *Recomendação* apresentadas por T1 e T2 possivelmente teriam relação com o tempo de experiência e corroboram dados apontados na literatura. Meyer (2009) definiu a categoria *Solicitação de informação* incluindo as categorias *Solicitação de relato* e *Solicitação de reflexão*. Verificou que terapeutas experientes tendem a emitir tal categoria com menor frequência e duração do que os terapeutas com menos de cinco anos de atuação. A autora

também indicou que a categoria *Facilitação* seria mais usada por terapeutas experientes. Donadone (2004), comparando a atuação de terapeutas experientes e pouco experientes, constatou que os terapeutas analíticos-comportamentais experientes orientam significativamente mais seus clientes do que terapeutas pouco experientes. Na presente pesquisa, a categoria *Recomendação* foi mais emitida por T2 do que por T1. Pode-se hipotetizar que o fato de T2 possuir maior experiência na condução de grupos e maior tempo conduzindo atividades relacionadas ao atendimento psicoterápico, pode ter contribuído para uma menor frequência de apresentação da categoria *Solicitação de relato* e maior emissão na categoria *Recomendação e Facilitação*.

Percebe-se, pela Figura 4 e 5, que T1 emitiu em maior frequência e duração as categorias *Reprovação e Aprovação*. Para Zamignani (2014), essas categorias dirigem-se a ações ou características específicas do cliente e pressupõe o terapeuta como alguém que pode selecionar aspectos do comportamento do cliente que seriam mais ou menos adequados. Podemos hipotetizar que a maior emissão dessas categorias por T1 tenha sido provavelmente em função de sua menor participação no grupo, assumindo com maior frequência o papel de observador, o que possibilitou maior observação e dessa forma, prover mais consequências durante o processo terapêutico.

A seguir, serão analisados os dados referentes ao comportamento das participantes em sessão. As Tabelas 5, 6, 7, 8, 9 e 10 apresentam a frequência e a duração das categorias emitidas por cada participante nas sessões. Iniciaremos pela análise da Tabela 5, que apresenta dados obtidos a partir da observação do desempenho de P1 durante o processo de intervenção.

Tabela 5

*Frequência e duração das categorias de P1 durante o processo de intervenção*

	Frequência							Duração em palavras						
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Total	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Total
REL	0	0	3	7	0	8	18	0	0	195	1121	0	143	1459
MET	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1
CER	0	0	6	13	0	9	28	0	0	521	2223	0	901	3645
COM	0	0	1	9	0	6	16	0	0	2	24	0	27	53
OPO	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	53	53
COU	0	0	0	1	0	7	8	0	0	0	7	0	48	55
C-INT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-EMP	0	0	3	0	0	1	4	0	0	66	0	0	9	75
C-SRF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-FAC	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	7	7
C-INF	0	0	2	0	0	1	3	0	0	28	0	0	44	72
C-APRC	0	0	2	0	0	0	2	0	0	16	0	0	0	16
C-REPC	0	0	1	0	0	1	2	0	0	14	0	0	88	102
C-SOL	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	8	0	0	8
SOL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MEL	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	50	50
CSL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-APR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-REP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-DES	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0	291	291
C-REC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-SER	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	6	0	0	6
TOTAL	0	0	18	33	0	44	95	0	0	842	3390	0	1661	5893

P1 não compareceu nas duas primeiras sessões. A Tabela 5 apresenta as categorias comportamentais que ocorreram com maior frequência durante as demais sessões, tais como *Cliente estabelece relações* (28), *Relato* (18) e *Concordância* (16). Ao somar a frequência de todas as categorias apresentadas por P1, nota-se que a participação foi maior durante a sessão 6. Em comparação com as demais sessões, nessa sessão observa-se que a participante apresentou, pela primeira e única vez, a categoria *C-descreve*. Com relação à medida de duração, percebe-se que as categorias que demandaram mais tempo foram *Cliente estabelece relações* (3645), *Relato* (1459) e *C-descreve* (291).

Importante mencionar que a cliente estava se submetendo a tratamento para engravidar por meio de controle de ovulação e de relações sexuais. Além disso, foi diagnosticada com um problema de fertilidade que poderia levar a uma menopausa precoce. Podemos hipotetizar que as faltas nas duas primeiras sessões do grupo poderiam ser atribuídas a possíveis respostas de fuga para abordar o tema com função aversiva. Observou-se que esta participante também apresentava respostas de fuga e esquiva quando precisava falar sobre a doença. Tal condição poderia ser atribuída a uma história de falta de acolhimento e compreensão. P1 verbalizou que tinha dificuldade para expressar determinados sentimentos, tais como tristeza com relação à menopausa precoce e alguns aspectos da doença.

P1, ao final da terceira sessão, verbalizou que gostaria de abordar questões sobre o tratamento e as consequências advindas no próximo encontro. Tal comportamento poderia indicar provável esquiva para entrar em contato com temas relacionados ao enfretamento do tratamento nessa sessão. Na quarta sessão, as terapeutas buscaram organizar contingências para oportunizar que a participante abordasse o assunto. Assim, expressou-se que o grupo gostaria de ouvir sobre sua experiência e que seria importante o seu relato sobre o tratamento. A Tabela 5 demonstra um aumento na frequência de participação da cliente na sessão 4 por meio da maior emissão das categorias *Relato* (7), *Cliente Estabelece relações* (13) e *Concordância* (9). Os temas tratados foram o tratamento e dificuldades encontradas, além do repertório comportamental relacionado ao enfretamento que a cliente apresentava. Ao abordar questões relacionadas ao tratamento, identificou-se que P5, por ter se submetido ao procedimento anteriormente, emitiu verbalizações que podem ter tido a função de avaliação negativa para P1, tais como não recomendação do tratamento por consequências difíceis (físicas e emocionais), risco à saúde e não gravidez. As verbalizações referentes ao tratamento dessa participante provavelmente tiveram função punitiva para o comportamento

de P1 ao falar sobre o tratamento, visto que não compareceu à sessão 5. Dessa forma, considerou-se importante retomar a discussão da questão na sessão 6, incentivando para que a cliente verbalizasse sobre o que ocorreu na sessão 4 e quais efeitos as verbalizações de P5 tiveram sobre seu comportamento.

Nota-se, na Tabela 5, que a sessão 6 foi a única que a participante emitiu a categoria *C-descreve* (5), verbalizando como se sentiu com o relato de P5 e com sentimentos de desesperança em relação ao tratamento. Constatou-se que P1 geralmente apresentava dificuldade para discordar de outras participantes e que, mesmo se sentindo incomodada, não se posicionava. Porém, na sessão 6, indicou reprovação com relação à manifestação de P4 e P5, descrevendo detalhadamente o que incomodou, o que pode ser notado pela maior duração da categoria *C-reprova-C* (88), e considerado indicativo de melhora. Tal aspecto pode ser evidenciado pelas seguintes verbalizações:

*P1: A minha dificuldade, porque por exemplo, no penúltimo encontro que eu tava mal, fiz uma partilha e eu não fiquei à vontade de depois de falar, por mais que eu gostei de ter a recíproca, mas me incomodou muito a recíproca da P5, porque, a princípio foi uma recíproca negativa, do tipo “eu já tentei isso e não deu certo, eu já fiz esse tratamento e não deu certo, e é isso, assim que...” e eu não gostei de ouvir isso.*

*P1: A discussão do tratamento do tipo assim, eu não sei... E eu entendo que para ela realmente não deu certo e ela tem que expor isso e falar, mas é difícil para mim, e aí eu tô colocando o meu sentimento, mas é difícil para mim falar assim “eu to tentando indução por ovulação” aí ela virar e falar “oh, eu não sei até que ponto vale você fazer, porque eu tentei fazer e não consegui”, isso é ruim sabe, para mim que estou tentando... E para eu falar sobre isso também é ruim.*

A Tabela 6 apresenta dados referentes às categorias comportamentais de P2 durante o processo de intervenção.

Tabela 6  
*Frequência e duração das categorias de P2 durante o processo de intervenção*

	Frequência							Duração						
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Total	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Total
REL	18	6	0	0	3	1	28	1620	1280	0	0	578	60	3538
MET	0	1	0	0	0	0	1	0	237	0	0	0	0	237
CER	3	21	0	0	9	3	36	218	2017	0	0	1555	75	3865
COM	2	3	0	0	3	0	8	9	8	0	0	4	0	21
OPO	1	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	17	19
COU	1	0	0	0	4	1	6	7	0	0	0	11	4	22
C-INT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-EMP	0	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	9	22	31
C-SRF	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6	6
C-FAC	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
C-INF	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	214	214
C-APRC	3	1	0	0	0	0	4	50	14	0	0	0	0	64
C-REPC	1	1	0	0	0	0	2	20	12	0	0	0	0	32
C-SOL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MEL	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	389	0	389
CSL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-APR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-REP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-DES	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	162	162
C-REC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-SER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	30	33	0	0	22	14	99	1927	3568	0	0	2546	560	8601

Podemos identificar, na Tabela 6, que P2 não compareceu nas sessões 3 e 4. Observa-se que as categorias emitidas em maior frequência são *Clientes estabelece relações* (36), *Relato* (28) e *Concordância* (8). Ao somar a frequência de todas as categorias apresentadas por P2, nota-se que a participação foi maior nas duas primeiras sessões, com diminuição da frequência nas sessões posteriores. A participante apresentou a categoria *Melhora* (2) somente na sessão 5, porém com alta duração. Além de *Melhora* (389), as categorias com maior duração foram: *Cliente estabelece relações* (3865) e *Relato* (3538). Importante mencionar que as faltas foram em decorrência da necessidade de realização de repouso absoluto em consequência de gravidez antes da segunda sessão.

A revelação de P2 sobre a gravidez foi feita na última sessão analisada. Identificou-se que o acolhimento por parte das outras participantes foi maior, comparando com o padrão apresentado na primeira sessão, quando a terapeuta relatou sua própria gravidez para o grupo. Constatou-se que todas as clientes presentes na última sessão apresentaram a categoria *C-empatia* com relação à gravidez de P2, concordaram com as dificuldades que ela havia encontrado para revelar tal assunto e receio por já ter passado por um aborto espontâneo.

A Tabela 7 apresenta dados referentes à frequência e à duração de categorias da cliente P3 durante o processo de intervenção.

*Tabela 7*

*Frequência e duração das categorias de P3 durante o processo de intervenção*

	Frequência							Duração						
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Total	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Total
REL	15	4	10	6	0	0	35	970	395	710	354	0	0	2429
MET	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CER	7	16	10	7	0	0	40	290	1901	1082	1126	0	0	4399
COM	1	10	11	1	0	0	23	1	92	59	2	0	0	154
OPO	2	0	0	0	0	0	2	49	0	0	0	0	0	49
COU	1	0	3	1	0	0	5	7	0	28	14	0	0	49
C-INT	0	0	2	0	0	0	2	0	0	78	0	0	0	78
C-EMP	0	0	1	0	0	0	1	0	0	11	0	0	0	11
C-SRF	0	1	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	4
C-FAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-INF	4	0	4	8	0	0	16	58	0	123	547	0	0	728
C-APRC	2	1	5	0	0	0	8	8	3	112	0	0	0	123
C-REPC	3	0	2	0	0	0	5	32	0	25	0	0	0	57
C-SOL	0	1	0	1	0	0	2	0	11	0	17	0	0	28
SOL	0	0	1	0	0	0	1	0	0	6	0	0	0	6
MEL	0	2	3	0	0	0	5	0	133	304	0	0	0	437
CSL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-APR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-REP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-DES	0	1	0	0	0	0	1	0	39	0	0	0	0	39
C-REC	0	0	2	1	0	0	3	0	0	146	16	0	0	162
C-SER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	35	36	54	25	0	0	150	1415	2578	2684	2076	0	0	8753

Observa-se, na Tabela 7, que P3 se ausentou nas sessões 5 e 7. As categorias que a participante emitiu com maior frequência foram *Cliente estabelece relações* (40), *Relato* (35)

e *Concordância* (23). Com relação à duração, percebe-se que a categoria que demandou maior tempo foi *Cliente estabelece relação* (4399), *Relato* (2429) e *C-informação* (728). Ao somar a frequência de todas as categorias apresentadas por P3, nota-se que a participação foi maior na terceira sessão.

Verifica-se que P3 apresentou a categoria *C-informação*, elaborada por Santos (2017), descrita como solicitação de informação sobre eventos (que não o comportamento do cliente ou de terceiros). A solicitação de informação no grupo geralmente se referia a aspectos relacionados ao tratamento da endometriose, inclusive as consequências emocionais advindas da enfermidade. A Tabela 7 indica que *C-informação* foi a quarta categoria maior em frequência e a terceira em duração, o que pode ser atribuído à trajetória comum de mulheres com endometriose: dores crônicas (14 anos), diagnósticos equivocados e cirurgias. Portanto, o repertório da participante incluiu além da busca por informação, o levantamento de questionamentos sobre a enfermidade. E a demonstração de conhecimento sobre medicação e tratamento, possivelmente por ter se submetido a inúmeros procedimentos.

P3 frequentemente abordou a dificuldade para falar sobre a enfermidade e o tratamento. Em função de situações relacionadas à desvalidação ou cobranças, verbalizava com frequência que não sentia dor ou não queria ter filhos. Isso pode ser evidenciado pela seguinte verbalização:

*P3: O diagnóstico certo mesmo eu tenho há pouco tempo, que eu corro atrás desse diagnóstico (...), há 14 anos, tá?! Como que eu cheguei a esse diagnóstico? Eu sempre tive cólica, porém eu venho de uma família onde... A minha mãe veio do sítio, tá?! Ela teve que lutar muito. (...). Então, toda a dor que a gente sentia, era normal. Ah! Está com dor? Toma remédio e volta a trabalhar. Então, essa foi a educação que eu tive... O diagnóstico sempre falho. Me deram os anticoncepcionais, porém nada valia, eu menstruava na metade do mês.*

*Ah! É normal. Ah! É estresse. Ah! É isso. Ah! É aquilo. Aí eu levei a minha vida até os 25 como se isso fosse normal.*

Pode-se perceber que P3 apresentava uma história de não validação em relação ao relato de sentir dores crônicas, o que provavelmente diminuiu a probabilidade de abordar o tema e aspectos emocionais envolvidos. Segundo ela, frequentemente apresentava crises e, nessas situações, costumava gritar ou chorar para que as pessoas identificassem o que estava sentindo. Quando se comportava dessa maneira, normalmente conseguia que reconhecessem (validação) o que estava sentindo, acolhessem e expressassem afeto. O que pode ser exemplificado pelas seguintes verbalizações:

*P3: Minha mãe só me escuta quando eu tô em crise, quando eu ligo chorando ou gritando, daí faço aquele escândalo, daí ela para e escuta.*

*P3: A minha mãe diz “Calma, um dia isso vai passar, você vai ver, você vai olhar pra trás e tudo isso vai ter passado”. Aí eu virei pra ela e falei “Será, mãe? Depois que eu estiver dentro de um caixão vai ter passado, né? Que daí não tem dor, não tem nada”. Daí as horas que eu surto, que eu choro, que eu grito, daí entende o que está acontecendo.*

Constatou-se que a cliente passou a se expressar, tanto fora como em sessão, dificuldades para engravidar e dores crônicas. Constatou-se a presença da categoria *Melhora* na sessão 2 (2) e 3 (3), com descrições do seu comportamento no ambiente e as consequências apresentadas pelas pessoas.

*P3: Eu tenho tentado colocado em prática falar abertamente sobre o que sinto e penso sobre a doença. Não é fácil, mas eu tenho tentado me colocar no lugar do meu marido, das pessoas que estão a minha volta e eu acho que eu tenho colocado mais do que eu quero depois dos últimos encontros. Igual domingo. Aconteceu que minha sogra fala assim que... Não com essas palavras... Que eu não tenho fé, que eu tenho que ir no grupo de cura e libertação dela. Que se eu for, vou ser curada... Como se fosse assim, né! Eu virei pra ela: “Olha eu acredito*

*na sua fé, mas agora não é o momento pra mim, eu não quero”. Então, assim eu tenho me colocado de maneira diferente. Eu sei que ela não gostou, mas o que eu posso fazer? Eu não posso agradecer ela. Às vezes, eu preciso colocar as coisas da maneira que realmente são, né. Eu tenho colocado isso para meu marido, eu acho que nossas brigas diminuíram por conta disso, porque até vocês falaram... Até que ponto valeria eu falar que que não queria um bebê ou eu não, né. Então, eu tenho colocado de outra forma para ele e vejo que tem surtido resultado, né.*

A Tabela 8 apresenta os dados relacionados à frequência e à duração das categorias de P4 durante o processo de intervenção.

*Tabela 8*  
*Frequência e duração das categorias de P4 durante o processo de intervenção*

	Frequência							Duração						
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Total	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Total
REL	7	0	3	2	0	3	15	604	0	505	297	0	67	1473
MET	3	0	0	0	0	0	3	185	0	0	0	0	0	185
CER	8	0	9	5	0	8	30	389	0	1072	148	0	476	2085
COM	2	0	2	1	0	1	6	4	0	7	1	0	27	39
OPO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COU	4	0	0	0	0	3	7	172	0	0	0	0	55	227
C-INT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-EMP	1	0	2	0	0	2	5	4	0	55	0	0	70	129
C-SRF	2	0	0	0	0	1	3	17	0	0	0	0	13	30
C-FAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-INF	2	0	0	4	0	0	6	28	0	0	74	0	0	102
C-APRC	0	0	4	1	0	0	5	0	0	46	1	0	0	47
C-REPC	2	0	2	0	0	4	8	144	0	181	0	0	88	413
C-SOL	7	0	1	5	0	0	13	40	0	46	107	0	0	193
SOL	0	0	1	0	0	0	1	0	0	19	0	0	0	19
MEL	0	0	0	1	0	3	4	0	0	0	8	0	41	49
CSL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-APR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-REP	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	127	127
C-DES	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	164	164
C-REC	0	0	1	0	0	0	1	0	0	23	0	0	0	23
C-SER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	38	0	25	19	0	30	112	1587	0	1954	636	0	1128	5305

Observa-se, na Tabela 8, que P4 faltou às sessões 2 e 5. As categorias que apresentou com maior frequência foram: *Cliente estabelece relações* (30), *Relato* (15) e *C-solicitação* (13). As categorias que tiveram maior duração foram: *Cliente estabelece relações* (2085), *Relato* (1473) e *C-reprova-C* (413). A categoria *C-reprova-C* foi criada para a presente pesquisa e diz respeito a comportamentos e verbalizações em que o cliente expressa discordância, julgamento ou avaliação desfavorável a respeito de afirmações, sugestões, análises ou outros comportamentos emitidos por outro participante sem a solicitação do terapeuta. Ao somar as frequências de todas as categorias, nota-se maior participação na primeira sessão de intervenção. A cliente apresentou alta frequência e duração da categoria *C-solicita*, identificada por meio de solicitação frequente de informações para outras participantes, principalmente referente ao tratamento da doença.

Na sessão 6, ocorreu um aumento de emissão da categoria *C-reprova-C* (4). A participante demonstrou um padrão de comportamento relacionado a emitir avaliações com relação ao comportamento de outras participantes. Em várias ocasiões, demonstrou reprovação pelo comportamento das outras, intimidando, falando de forma agressiva, tom de voz altivo e gesticulações. Nessa sessão, P4 fez oposição em relação ao comportamento de P1. Porém, percebeu-se uma mudança na topografia do comportamento de oposição, incluindo mudança de voz e na forma de gesticulação. Além disso, passou a emitir autoclíticos e exemplos pessoais com o intuito de ser compreendida melhor pelo grupo, comportamento não observado em outras sessões. Isso pode ser evidenciado pela seguinte verbalização:

*P4: É isso, é muito difícil você se colocar no lugar do outro, jogar e achar que ele estava errado. Você faria diferente? Tudo bem... Mas eu não acredito que ela fez com má intenção, eu prefiro pensar que de alguma forma ela quis te preservar.*



CSL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-APR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-REP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-DES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-REC	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	292	0	0	292
C-SER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	37	0	0	14	23	0	74	2324	0	0	1656	2169	0	6149

Pode-se observar, a partir da Tabela 9, que P5 se ausentou nas sessões 2, 3 e 6 (participante com maior quantidade de faltas). As categorias emitidas com maior frequência foram *Relato* (29), seguida de *Cliente estabelece relações* (18) e *Concordância* (7). Com relação à duração, apresentou maior duração na categoria *Relato* (3404), *Cliente estabelece relações* (1966) e *C-recomenda* (292). Ao somar as frequências de categorias de todas as sessões, P5 apresentou maior participação na primeira sessão. Nota-se que a frequência da categoria *Cliente estabelece relações* (13) foi maior na quinta sessão se comparada a outras sessões de intervenção.

Nota-se que P5 teve menor participação no grupo tanto em duração como em frequência. Entretanto a categoria *Relato* foi apresentada em longa duração (3404), principalmente nas sessões 1 (1876) e 4 (1182). Para essa participante, a categoria *Relato* contou com longas verbalizações, que incluíram aspectos negativos da doença e dos tratamentos, o que, em alguns momentos, demandou a atenção do grupo e comprometeu os objetivos de determinadas sessões. Importante descrever que P5 foi a participante que há mais tempo realizava tratamentos para endometriose e já havia se submetido a diversos procedimentos para dor e gravidez sem sucesso. Hipotetizou-se que tais variáveis poderiam ter influenciado o padrão de comportamento mencionado em sessão. Importante destacar que a participante apresentou alta frequência da categoria *C-recomenda* na sessão 4. Essa categoria aborda recomendações sobre comportamentos para outro cliente. Na referida sessão, P5 fez recomendações negativas em relação ao tratamento de P1, condição que já

havia se submetido sem sucesso. Observou-se que P5 geralmente demonstrava tristeza quando falava sobre tratamentos que havia se submetido sem sucesso.

Identificou-se que P5 apresentou com frequência respostas relacionadas ao comportamento de depressão: choro em sessão, desânimo e desinteresse com relação a doença. No momento da intervenção, a participante não se submetia a nenhum tratamento para endometriose. Relatou que durante o tratamento para engravidar se submeteu à intervenção medicamentosa para tratar de depressão. Silva, Medeiros e Marqui (2016) avaliaram uma intervenção psicológica em mulheres com endometriose e constataram que pacientes apresentavam níveis elevados de depressão e de ansiedade. Fester (1973) apontou que a característica mais comum de indivíduos com depressão é a redução ou perda de certos tipos de atividades junto com uma incidência relativamente alta de reclamações, choro e irritabilidade. A participante verbalizou que havia perdido o emprego em decorrência de ter que se submeter ao tratamento para a endometriose e apresentou com frequência episódios de choro em sessão.

Maier, Seligman e Solomon (1969) discutiram o desamparo como repetida estimulação aversiva sem a possibilidade de fuga que resulta em uma redução comportamental generalizada e interfere nos efeitos subsequentes do reforço contingente. P5 passou por inúmeros tratamentos sem sucesso para dor, endometriose (cirurgias e intervenção medicamentosa) e fertilidade (indução da ovulação e relações sexuais programadas). Sem a possibilidade de esquiva/fuga da estimulação aversiva (dor, infecções urinárias, infertilidade e diminuição da reserva ovariana), provavelmente ficou mais exposta a sentimentos relacionados ao desamparo aprendido.

Nota-se, pela Tabela 9, que a categoria *Relato* foi emitida com frequência por P5. Porém, a participante apresentou pouco engajamento em outras categorias em sessão, o que pode ter influenciado para que tenha se beneficiado pouco com o processo de intervenção.

Essa condição pode ser constatada pelo fato de que não apresentou *Melhora* e somente na sessão 1 apresentou *Metas*, categorias relacionadas ao maior engajamento do cliente em sessão.

A Tabela 10 apresenta dados de frequência e duração de categorias comportamentais de P6 durante o processo de intervenção.

*Tabela 10*

*Frequência e duração das categorias de P6 durante o processo de intervenção*

	Frequência							Duração						
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Total	S1	S2	S3	S4	S5	S6	Total
REL	7	4	5	5	2	0	23	1087	693	570	640	241	0	3231
MET	0	4	0	0	4	0	8	0	561	0	0	388	0	949
CER	1	13	5	8	10	2	39	73	1847	611	770	1014	83	4398
COM	5	5	1	2	9	0	22	37	40	1	4	37	0	119
OPO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COU	1	3	0	0	4	3	11	58	25	0	0	120	41	244
C-INT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-EMP	1	0	0	0	3	0	4	13	0	0	0	7	0	20
C-SRF	0	0	2	0	0	1	3	0	0	206	0	0	5	211
C-FAC	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2
C-INF	4	1	0	0	0	0	5	23	34	0	0	0	0	57
C-APRC	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	3
C-REPC	4	0	0	0	0	0	4	82	0	0	0	0	0	82
C-SOL	1	0	0	0	0	0	1	16	0	0	0	0	0	16
SOL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MEL	0	0	3	0	2	2	7	0	0	199	0	399	499	1097
CSL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-APR	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	13	13
C-REP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-DES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-REC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C-SER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	27	30	16	15	34	9	131	1394	3200	1587	1414	2206	641	10442

Pode-se observar, na Tabela 10, que P6 compareceu a todas as sessões. As categorias mais frequentes foram *Cliente estabelece relações* (39), seguida de *Relato* (23) e *Concordância* (22). As categorias com maior duração foram *Cliente estabelece relações* (4398), *Relato* (3231) e *Melhora* (1097). Ao somar todas as frequências das categorias, a sessão cinco foi a que apresentou maior participação. Nota-se, na Tabela 10, que P6 emitiu a

categoria *Metas* nas sessões 2 (4) e 4 (4). A categoria *Melhora* foi emitida nas sessões 3 (3), 5 (2) e 6 (2). Pode-se considerar que P6 foi a participante que demonstrou maior engajamento nas sessões de intervenção, com maior participação tanto em frequência como em duração. Entre todas as participantes, foi a que mais apresentou a categoria *Melhora* em frequência e em duração. Observou-se que P6 demonstrou alto engajamento na categoria *Metas*, com a elaboração de planos, estratégias para o enfrentamento da doença e apresentação de detalhes sobre comportamentos que deveria emitir fora de sessão. Duas semanas após o encerramento da intervenção, a participante relatou que estava grávida (tratamento para ovulação e programação de relações sexuais).

No início da intervenção, P6 relatou dificuldade para solicitar ajuda, falar sobre a doença, gravidez e verbalizar consequências sobre tais situações. A dificuldade pode ser evidenciada com a seguinte verbalização:

*P6: Quando eu passei pela situação do aborto, eu até queria falar, sabe? Na reunião na comunidade que eu participo... Mas eu cheguei lá bem, né? Já tinha passado um tempinho assim, aí tá tudo bem, né? Então, eu queria falar, sabe. Eu queria contar pra todo mundo como é que foi, os detalhes, eu sofri, sabia? Cheguei bem, não cheguei chorando, não cheguei pra baixo e não assim que eu me fiz fortuna, mas na hora eu queria falar e chorar, eu ia desabafar tudo e, no fim, não tive espaço. porque justamente acho que as pessoas falaram. “Ah! Ela tá tão bem, nem precisa deixar ela falar nem precisa deixar ela se expressar” e fez falta.*

Na sessão 6, P6 relatou os benefícios obtidos com a participação no grupo, o que pode ser evidenciado com a seguinte verbalização:

*P6: Eu tenho mais dificuldade de falar realmente as coisas que eu tô triste, quando não tô feliz, que eu não tô gostando da situação. Quando é negativo, eu tenho mais dificuldade de falar, e é bem isso. É muito mais e já dá pra perceber que não é o outro que não sabe ouvir,*

*sou eu que não sei falar, sabe? Do jeito certo e na hora certa, que às vezes eu deixo passar também ou todo mundo que já falei percebe por que eu já tô chorando, porque eu já tô ou desabafei demais. Assim, eu precisava, não era tanto, então porque eu não consigo, até tô fazendo exercício... Assim, falei ó: se não der certo a questão da indução, vou combinar com a minha mãe e meu pai de colocar os dois pra escutar, até programando uma situação. Se não der certo, eles saberem e saberem certinho o que eu tô sentindo, como que está... Eu já tô até preparando, sabe? Você já vai imaginando a situação, vou levar eles na sala de jantar, não vou deixar na tv, não vou falar na cozinha, já tô até imaginando me preparando pra falar mesmo algo, não é bom porque se não a gente conversa no dia-a-dia e não cria o momento. O grupo que tem ajudado, eu já tô analisando e falando. Eu tenho que explicar e falar o quão difícil é.*

As medidas de frequência e duração das categorias apresentadas pelas participantes destacaram a categoria *Relato*. Tais resultados estão de acordo com os dados obtidos por Santos (2017), Silveira (2009) e Zamignani (2007). A categoria foi emitida na intervenção, mesmo sem a emissão por parte dos terapeutas das categorias *Facilitação e Solicitação de relato*. Foi constatado pela análise funcional do comportamento de mulheres com endometriose que a história de vida( com relação ao diagnóstico e tratamento da doença), bem como, o formato de atendimento em grupo homogêneo(todas as mulheres possuíam o diagnóstico da doença) e uma maior emissão da categoria *Empatia* por parte das terapeutas pode ter aumentado a probabilidade dessa categoria e facilitado a intervenção em grupo.

Estudos sugerem que quando o terapeuta utiliza com frequência a categoria *Recomendação*, haveria maior probabilidade de o cliente apresentar *Oposição* (Keijsers, 1995; Meyer & Zamignani 2014). No presente trabalho, houve alta emissão em duração e frequência das categorias *Cliente estabelece relações e Concordância* pelas participantes e alta frequência e duração das categorias *Interpretação e Recomendação* pelas terapeutas. Isso

indica que, apesar de os terapeutas emitirem a categoria interventiva com frequência e duração, os participantes não emitiram em frequência e duração a categoria oposição, mas categorias que demonstram engajamento no processo terapêutico (*Cliente estabelece relações e Concordância*). Isso porque a alta emissão da categoria *Cliente estabelece relações* pode ser considerada um indicativo de progresso terapêutico. Para Skinner (1953/1981), quando um indivíduo é capaz de descrever variáveis das quais seu comportamento é função, ele se torna consciente.

A Figura 6 apresenta o total de frequência de categorias apresentadas por todas as participantes de Zamignani (2007), Silveira (2009), Santos (2017) e da presente pesquisa.

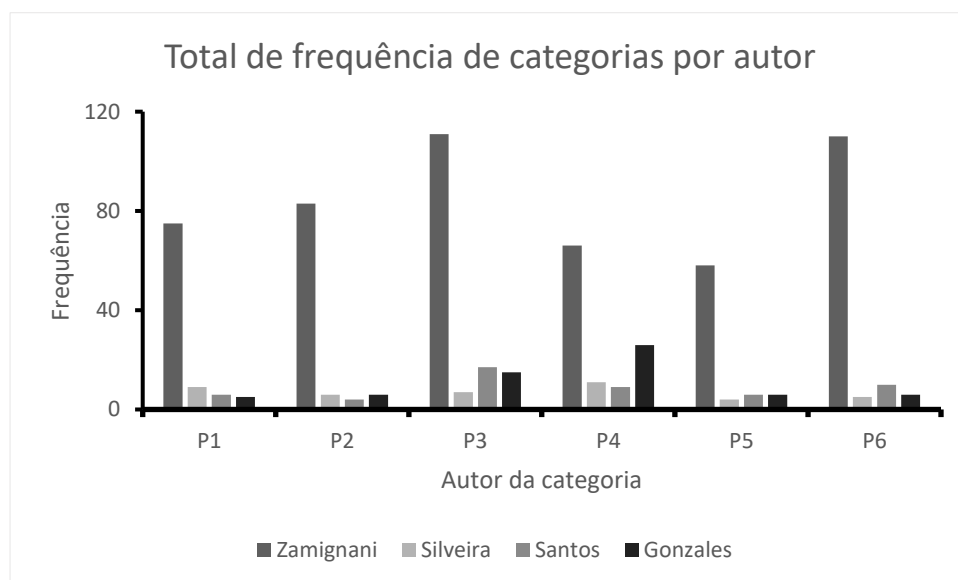


Figura 6. Total de frequência de categorias apresentadas por participante de diferentes autores.

Observa-se, a partir da Figura 6, que os dados encontrados na presente pesquisa são semelhantes aos resultados encontrados por Silveira (2009) e Santos (2016). As categorias elaboradas por Zamignani (2007) para o atendimento individual são emitidas com maior frequência pelas participantes do que as categorias elaboradas pelas pesquisas para o atendimento em grupo. Na presente intervenção, as categorias mais emitidas pelas participantes com função similar a padrões comportamentais de terapeutas foram *C-Fornece informação* (Santos, 2016) e *C-Solicita*. *C-Fornece-Informação* é definida como um

participante apresenta a outro participante uma informação sobre eventos (que não o comportamento do cliente ou terceiros), estabelecendo ou não relações causais e explicativas entre eles. Na categoria *C-Solicita*, um participante solicita a outro participante informações, esclarecimentos ou confirmações a respeito de eventos. Pode-se supor que a maior frequência de emissão dessas categorias por mulheres com endometriose estaria relacionada à história de vida, à necessidade de busca pelo diagnóstico, ao questionamento de distintos diagnósticos realizados por diferentes profissionais da saúde e ao enfrentamento com relação à desvalidação de sintomas (como a dor). Tal condição pode aumentar a probabilidade de seguirem questionando e solicitando informações também no ambiente terapêutico.

Diante das peculiaridades da endometriose devem ser identificados aspectos que podem influenciar no manejo do grupo, na escolha dos temas das sessões e no estabelecimento de critérios para a intervenção. Para a seleção de participantes, sugere-se a identificação do tempo para a obtenção do diagnóstico da enfermidade. Delliti (2008) refletiu sobre a necessidade de se considerar as diferenças no repertório de entrada e adequar-se à velocidade de aquisição ou fortalecimento dos comportamentos de cada participante. Neste sentido, um grupo uniforme em relação ao repertório de entrada, apresenta demandas similares, o que facilita para que os profissionais selecionem conteúdos e conduzam atividades. Tal aspecto deveria ser considerado porque mulheres com um diagnóstico recente, geralmente têm expectativas mais otimistas em relação ao tratamento.

Conclui-se pela relevância na identificação de variáveis relacionadas ao comportamento de terapeutas que podem influenciar no modo como clientes se comportam. Na área da saúde, o profissional deve levantar padrões comportamentais que podem favorecer a adesão de clientes tanto na intervenção psicológica como no tratamento médico. Tais comportamentos podem fazer parte de uma mesma classe comportamental e se o paciente apresentar em um determinado contexto, pode generalizar para o outro.

No caso de mulheres com endometriose, o profissional deve selecionar classes comportamentais que podem facilitar a condução de temas considerados aversivos e que podem influenciar no padrão de enfrentamento, tais como dor crônica e infertilidade. Assim, pode-se concluir que comportamentos habilidosos do terapeuta e a emissão de algumas categorias comportamentais, como a *Empatia* e a baixa frequência de emissão da categoria *Reprovação*, descritos do ponto de vista relacional, pode auxiliar no desenvolvimento de comportamentos mais habilidosos do cliente para o enfrentamento da situação.

### **Considerações Finais**

O presente trabalho buscou analisar um processo de intervenção em grupo para mulheres com endometriose. Buscou-se identificar variáveis e padrões comportamentais de mulheres com tal diagnóstico, a fim de elaborar estratégias eficazes para o enfrentamento da situação e a adesão ao tratamento. Considera-se que o grupo foi uma modalidade que possibilitou o compartilhamento de experiências e a aquisição de padrões comportamentais adaptativos.

A Psicologia da Saúde tem buscado auxiliar profissionais a desenvolverem recursos que auxiliem pacientes no enfrentamento de situações difíceis e incentivem a adesão ao tratamento. O trabalho demonstrou que a Análise do Comportamento pode desenvolver estratégias de apoio a mulheres em situação de tratamento, auxílio para a compreensão do próprio comportamento e incentivo a participação ativa no processo. Pesquisas futuras deveriam investigar a relação profissional-paciente, condição complexa e base para a implementação de práticas humanizadas em saúde.

Importante destacar que o modelo de análise utilizado pode auxiliar na identificação de variáveis relacionadas à enfermidade e identificar padrões de interação terapeuta-cliente. Os resultados indicaram que a análise das categorias comportamentais de terapeutas e clientes pode propiciar o desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas à mulheres com tal diagnóstico. Dessa forma, buscou-se contribuir para a área da saúde por meio do fornecimento de um modelo de análise de dados sistemáticos, sobre como um profissional pode atuar na modalidade de grupo com pacientes neste contexto.

## Referências

- Batista, L., Bretones, W., & Almeida, R. (2016). O impacto da infertilidade: narrativas de mulheres com sucessivas negativas pelo tratamento de reprodução assistida. *Reprodução & Climatério*, Vol. 31 (no.3), p.121-127.
- Bellelis, P., Podgaec, S., & Abrão, M. S. (Ago de 2011). Fatores ambientais e endometriose. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, Vol. 57 (no. 4), p. 456-461.
- Botão, R. B. (2016). Endometriose: Reflexões analítico comportamentais acerca do contexto da doença (dissertação de mestrado não publicada). Universidade Estadual de Londrina.
- Burch, V. (2011). Viva bem com a dor e a doença: O método da atenção plena. Editora: Summus.
- Caldeira, R. P., Noronha, V. M. A., Oliveira, B. E. C. & Amorim, F. G. P. (2008). Tratamento terapêutico multi-profissional para endometriose com dor pélvica. *Univesitas Ciências da Saúde*. 6:69-83
- De Graaff, A. A., D'Hooghe, T. M., Dunselman, G. A., Dirksen, C. D. & Hummelshoj, L. (2013) The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: Results from an international cross-sectional survey. *Hum. Reprod.* 28(10):2677-85
- Del Prette, G.,(2011). *Objetivos analíticos-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis*. (tese de doutorado). Universidade de São Paulo.
- Delitti, M. (2008). Terapia analítico-comportamental em grupo. In Delitti, A. M. C. & Deryk, P. *Terapia analítico-comportamental em grupo*. Santo André: Esetec Editores,33-58
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 14:45-52.

- Donadore, J. C. (2004). *O uso da orientação em intervenções clínicas por terapeutas comportamentais experientes e pouco experientes*. (dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo.
- Donadore, J. C. (2009). *Análise de contingências de orientações e auto-orientações em intervenções clínicas comportamentais*. (tese de doutorado). Universidade de São Paulo.
- Elliott, R., Bohart, A. C, Watson, J. C, Greenberg, L.S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, Vol. 48, Nº 1, p.46-49.
- Félis, K., & Almeida, R. (2016). Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. *Reprodução & Climatério*, Vol. 31(no.2), p.105-111.
- Ferreira, A. L., Bessa, M. M., Drezett, J., & Abreu, L. C. (2016). Qualidade de vida da mulher portadora de endometriose: revisão sistematizada. *Reprod. clim*, Vol. 31(1), p.48-54.
- Ferreira, L., Simões Junior, L., Gonçalves, L., Miyazaki, M., & Pinto, M. (2014). Estresse em casais inférteis. *Reprodução & Climatério*, Vol. 29(no.3), p.88-92.
- Fester, C. B., Culbertson, S., & Boren, M. C. (1977). Depressão clínica. *Princípios do comportamento*, São Paulo:HUCITEC,699-725.
- Figueiredo, J., & Nascimento, R. (set-dez de 2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadoras de endometriose após inserção do sistema intra-uterino Liberador de Levonogestrel (SIU-LNg). *ACM arq. catarin. med.*, Vol. 37(4), p.20-26.
- Follette, W. C., Naugle, A. E., & Cllaghan, G. M. (1996). Aradical behavioral understanding of therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27,623-641.
- Fourquet, J., Báez, L., Figueroa, M., Iriarte, R. I., & Flores, I. (2011). Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertil. Steril.* 96(1):107-12.

- Garcia, V. A., Bolsoni-Silva, A. T., & Nobile, G. F. (2015). A interação terapêutica em intervenções com universitários com transtorno de ansiedade social. *Psicol. ciênc. prof.*, Vol. 35(4), p.1089-1105.
- Gilmour, J. A., Huntington, A., Wilson, H. V. (2008). The impact of endometriosis on work and social participation. *Int. J. Nurs. Pract.* 14(6):443-8.
- Hansen, K. E., Kesmodel, U. S., Baldursson, E. B., Schultz, R., & Forman, A. (2013). The influence of endometriosis-related symptoms on work life and work ability: A study of Danish endometriosis patients in employment. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 169(2):331-9.
- Harwood, M. D. (2003). *Effect of therapist process variables on treatment outcome for parentchild interaction therapy (PCIT)*. (master's thesis) University of Florida.
- Huntington, A., & Gilmour, J. A. (2005). A life shaped by pain: Women and endometriosis. *J. Clin. Nurs.* 14(9): 1124-32.
- Inocente, G. (2018). *Análise de uma intervenção analítico comportamental em grupo com mulheres com endometriose*. 87 f. (Dissertação de pós-graduação em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina.
- Kanamota, P. F. C. (2013). *Estudo da influência das respostas de empatia e recomendação do terapeuta na interação terapeuta-cliente e descrição de efeitos de um procedimento de intervenção para o tratamento de mães de adolescentes com problemas de comportamento*. (dissertação de mestrado), Universidade estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho", Bauru, S.P.
- Kanamota, P. F. C., Bolsoni-Silva, A. T., & Kanamota, J. V. (2016). A influência dos comportamentos de empatia e recomendação do terapeuta na interação terapeuta-cliente. *Interamerican Journal of Psychology*, 50 (3), 304-316.

- Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R., & Hoogduin, C. A. L. (2000). The Impact of Interpersonal Patient and Therapist Behavior on Outcome in Cognitive-Behavior Therapy: A Review of Empirical Studies. *Behavior Modification*, 24(2), 264–297. <https://doi.org/10.1177/0145445500242006>
- Kivlighan, D. M., Angelone, E. O., & Swafford, K. G. (1991). Live supervision in individual psychotherapy: Effects on therapist's intention use and client's evaluation of session effect and working alliance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(6), 489-495. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.22.6.489>.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001) *Psicoterapia analítico funcional: Criando relações terapêuticas intensas curativas*. Santo André: ESETEC, 238.p
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33.
- Lorençatto, C., Viera, M. J. N., Pinto, C. L. B., & Petta C. A. (2002). Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor crônica. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 48(3):217-21.
- Lorençatto, C., Vieira, M. J. N., Marques, A., Benetti-Pinto, C. L., & Petta, C. A. (Out de 2007). Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, Vol. 53(no. 5), p. 433-438.
- Maier, S. F., Seligman, M. E. P., & Solomon, R. L. (1969). Pavlovian fear conditioning and learned helplessness. In: *Punishment and aversive behavior*, ed. Campbell, B. A. & Church, R. M. Appleton-Century-Crofts. [taHR]Google Scholar
- Matta, A. Z., & Muller, M. C. (2006). Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 7(1):57-72.
- Marqui, A. B. (1992). Avaliação da dor associada à endometriose e influência do tratamento convencional: uma revisão sistemática. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, Vol. 61(6), p.507-518.

- Mengarda, C. V., Passos, E. P., Picon, P., Costa, A. F., & Picon, P. D. (Ago de 2008). Validação de versão para o português de questionário sobre qualidade de vida para mulher com endometriose (Endometriosis Health Profile Questionnaire - EHP-30). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Vol. 30(no.8), p.384-392.
- Meyer, S. B. (2009). Análise de "solicitação de informação" e "recomendação" em banco de dados de terapias comportamentais. (tese de livre-docência). Universidade de São Paulo.
- Meyer, S. B., & Vermes, J. S. (2001). Relação terapêutica. Em Rangé. B. (org)., *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp.101-110). Porto Alegre, RS:Artmed.
- Minson, F. P., Abrão, M. S., Sardá Junior, S., Kraychete, D. C., Podgaec, S., & Assis, F. D. (2012). Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. *Rev. Bras. ginecolog. obstet.*, Vol. 34(1), p.11-15.
- Nobile, G., Garcia, V., & Silva, A. (2017). Análise Sequencial dos comportamentos do terapeuta em psicoterapia com universitários com transtorno de ansiedade social. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 8(1), 16-31.  
<https://doi.org/10.18761/pac.2016.030>
- Nogueira, A. A., Reis, F. J., & Poli Neto, O. B. (2006). Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Vol. 28(no.12), p.733-740.
- Oshiro, C. K. B., Meyer, S. B. (2014). Desafios metodológicos na pesquisa clínica: Terapia com clientes difíceis. IN Zamignani, D.R.& Meyer,S.B (org). *A pesquisa de processo em psicoterapia: Estudos a partir do instrumentos SIMCCIT- sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica*. 1ed São Paulo: Paradigma,2014,v2,p.105-144.

- Orlinksy, D. E, Growe. K, Parks, B. K. Process and aut omd in psycoterapy: Noch linmal. In A. E. Bergin & S. L Garfield (eds) Handbook of psycoterapy and behavior change. New York: Wiley, 4 th ed, 1994,p.270-376.
- Oliveira, R., Musich, D.S., Ferreira, M.P.S.F., Vilarino, F.L., & Barbosa, C.P. (2015). Perfil epidemiológico das pacientes inférteis com endometriose. *Reprodução & Climatério*, 30 (1), pp. 5-10
- Patterson, G. R, Chamberlain, P. A. (1994) A functional analysis of resistance durant parents training therapy. *Clinical Psychology: Science and Praticce.*,1, P. 53-70.
- Rocha, G.V.M. (2011) Empatia. In. Gomide, P.I. (org). Comportamento moral: Uma proposta para o desenvolvimento de virtudes. Curitiba. Juruá., p.69-80.
- Romão, A. P., Gorayeb, R., Romão, G. S., Polli-Neto, O. B., dos Reis, F. J., Rosa-e-Silva, J. C., & Nogueira, A. A. (2009). High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *International Journal of Clinical Practice*, Vol. 63(no.5), p.707-711.
- Romão, A., Gorayeb, R., Romão, G., Poli-Neto, O., dos Reis, F., Rosa-e-Silva, J., . . . Nogueira, A. (2011). Chronic pelvic pain: multifactorial influences. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 17(no.6), p.1137-1139.
- Russel, R. L., & Trull, T. (1986). Sequential analyses of language variables in psychoterapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psuchology*, 54, 16-21.
- Sadi, H. D. M. (2011) *Análises do comportamentos de terapeuta e clinete em um caso de trastorno de personalidade bordeline.* (tese de Doutorado). Universidade de São Paulo,105p.
- Santos, D. R. (2017). *Análise do processo terapêutico em grupo para pessoas com Transtorno Bipolar.* 2017.143f. (Dissertação de Pós-graduação em Análise do Comportamento). Universidade estadual de Londrina,.

- São Bento, P. A., & Moreira, M. C. (2017). A experiência do adoecimento de mulheres com endometriose: narrativas sobre violência institucional. *Ciênc. Saúde coletiva*, Vol. 222(no.9), p.3023-3032.
- Silva, M. P., Medeiros, B. D., & Marqui, A. B. (2016). Depressão e ansiedade em mulheres com endometriose: uma revisão crítica da literatura. *Interação Psicol*, Vol. 20(no.2), p.226-233.
- Silveira, F. F. (2009). *Análise da interação terapêutica em uma intervenção em grupo com cuidadoras*. (dissertação de mestrado). Universidade Estadual Paulista, 138.f
- Skinner, B. F. (1981). *Ciência e comportamento humano*. (J.C.Todorov e R. Azzi, Trad.) São Paulo
- Spigolon, D. N., Amaral, V. F., & Barra, C. M. (2012). Endometriose: impacto econômico e suas perspectivas. *Femina*, Vol. 40(3).
- Tourinho, E. Z., Neno, S., Batista, J. R., Garcia, M. G., Souza, L. M., & Oliveira-Silva, M. (2007). Condições de treino e sistemas de categorização de verbalizações de terapeutas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(2), 317-336.
- Vandenberghe, L. & Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Prática* – 2005, 7 (1): 137-151.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica*. (tese de doutorado). São Paulo: Universid vade de São Paulo.
- Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2014). *A pesquisa de processo em psicoterapia: estudos a partir do instrumento SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica)* (1 ed., Vol. 2). São Paulo: Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento.

Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2014b). *A pesquisa de processo em psicoterapia: estudos a partir do instrumento SiMCCIT (Sistema Multidimensional para a Categorização de Comportamento na Interação Terapêutica)*. São Paulo: Paradigma.

**Apêndice – Termo de confidencialidade e sigilo.**

Eu \_\_\_\_\_, RG sob o número \_\_\_\_\_, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto: Terapia analítico-comportamental: Análise de um grupo de apoio para mulheres com endometriose, a que tiver acesso, afirmo:

1. Guardar e manusear os materiais de registro em vídeo apenas em local seguro protegido da observação de terceiros.
2. Manter sigilo quanto aos dados referentes a participantes como a identidade ou qualquer outra informação constante nos registros filmados.
3. A não me apropriar do material tecnológico utilizado nessa dissertação que venha a ser disponibilizado
4. A não fazer cópia de material referente a pesquisa (vídeos, áudios, transcrições de sessões)

Londrina \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Ass.: \_\_\_\_\_

Nome do colaborador.

**ANEXO A – Categorias verbais vocais do terapeuta e cliente (ZAMIGNANI, 2007)****Categorias de Registro do *Sistema multidimensional de categorização de comportamentos da interação terapêutica*****Denis Roberto Zamignani e Sonia Beatriz Meyer**  
**17/12/2007**

Esse sistema de categorias foi desenvolvido como parte da tese de doutorado do primeiro autor “O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica”.

**Eixo I-1. Categorização do comportamento verbal vocal do terapeuta.****As categorias a seguir referem-se a verbalizações do terapeuta dirigidas ao cliente.***Eventos a respeito dos quais as interações podem ocorrer*

As verbalizações do terapeuta podem se referir a (a) ações do cliente e/ou de terceiros; (b) sentimentos, pensamentos ou tendências à ação do cliente ou do terapeuta; (c) aspectos da história de vida do cliente ou do terapeuta ou (d) eventos ambientais relacionados ou não ao comportamento do cliente.

*Origem na sessão dos eventos referidos*

Os eventos referidos em sessão podem ser relatados pelo cliente ou observados pelo terapeuta.

*Tempo no qual os eventos referidos podem ter ocorrido:*

Com relação ao tempo em que os eventos ocorreram ou foram relatados, podem existir: (a) eventos ocorridos/relatados imediatamente antes; (b) eventos ocorridos/relatados em outros momentos da mesma sessão ou (c) eventos ocorridos/relatados em um passado recente ou remoto ou em sessões anteriores.

**Terapeuta solicita relato****Sigla: SRE****Nome resumido: SOLICITAÇÃO DE RELATO****Categoria tipo: estado****Estão inclusos nesta categoria<sup>1</sup>**

(1) Solicitação de informações sobre fatos: Terapeuta solicita que o cliente descreva fatos

---

<sup>1</sup> Confira o tópico “Eventos a respeito dos quais as interações podem ocorrer”.

ocorridos, informações específicas, detalhes ou esclarecimentos a respeito de eventos e ações do cliente.

Exemplos:

- T<sup>2</sup>: *Me conta... Por que é que você está procurando terapia?* [SRE]
- T: *E quando é que isso começou?* [SRE]
- T: *Você consegue lembrar-se de um exemplo específico no qual isso aconteceu?* [SRE]

(2) Solicitação de relato de respostas encobertas do cliente: Terapeuta solicita que o cliente relate seus sentimentos, pensamentos, fantasias ou tendências a ação imediata.

Exemplos:

- T: *Como você se sentiu quando ele te falou isso?* [SRE]
- T: *Em que momentos você tem se sentido assim?* [SRE]
- T: *O que você teve vontade de fazer nessa hora?* [SRE]
- T: *E o que você pensou antes de fazer o ritual?* [SRE]

### **Caracterização geral da categoria**

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

### **Terapeuta facilita o relato do cliente**

**Sigla: FAC**

**Nome resumido: FACILITAÇÃO**

**Categoria tipo: evento**

### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Verbalizações mínimas: Verbalizações curtas que ocorrem durante a fala do cliente.

Exemplos:

- T: certo
- T: sei...

(2) Expressões paralingüísticas: Vocalizações curtas que ocorrem durante a fala do cliente.

Exemplo:

- T: Hum hum

### **Caracterização geral da categoria**

---

<sup>2</sup> C indica uma fala de cliente, T uma fala do terapeuta. Um novo diálogo é iniciado em cada marcador ➤.

FACILITAÇÃO é caracterizada por verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas que ocorrem durante a fala do cliente. Tipicamente, estas verbalizações indicam atenção ao relato do cliente e sugerem a sua continuidade.

### **Crítérios de inclusão ou exclusão**

(a) FACILITAÇÃO só é categorizada se ocorre enquanto o cliente tiver a palavra. Não é categorizada quando ocorre ao longo de pausas de três segundos ou mais na conversação.

(b) Nunca devem ocorrer duas falas seguidas categorizadas como FACILITAÇÃO. FACILITAÇÃO nunca é categorizada em dobro.

Exemplo:

➤ C: *Eu acho que talvez seja uma coisa nova também, sabe essa coisa de auto-diálogo, então não é assim...*

T: *Hum hum... Sei...* [codificar apenas uma ocorrência de FACILITAÇÃO]

(c) Uma verbalização curta que sugira um pedido de esclarecimento ou complementação sobre algum relato do cliente deve ser categorizada como SOLICITAÇÃO DE RELATO, e não FACILITAÇÃO.

Exemplo:

➤ C: *Ah, as coisas até que tão indo bem...*

T: *...mas...* [SOL]

C: *Mas aqueles pensamentos continuam me incomodando do mesmo jeito... às vezes acho que isso nunca vai ter fim...*

(d) Na dúvida entre SOLICITAÇÃO DE RELATO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

### **Terapeuta demonstra empatia**

**Sigla: EMP**

**Nome resumido: EMPATIA**

**Categoria tipo: estado**

### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Nomeação e inferência de sentimentos: Terapeuta nomeia ou infere sentimentos, valores e/ou a importância de eventos experimentados pelo cliente.

Exemplos:

➤ T: *Imagino o quanto isso te deixa ansioso.* [EMP]

➤ T: *Entendo que você fique muito irritado com isso.* [EMP]

➤ T: *Essa tem sido uma parte crucial da sua vida, né...* [EMP]

(2) Normalizações e validação de sentimentos: Terapeuta afirma que as ações ou sentimentos do cliente são esperados ou apropriados à situação por ele vivida (apenas quando sugerirem validação, compreensão ou cuidado).

Exemplo:

➤ T: *Com tudo isso que está acontecendo, seria estranho que você ficasse tranquilo, não é mesmo? Acho natural que você tenha se sentido ansioso.* [EMP]

(3) Exclamações e expressões de interesse: Comentários em forma de exclamação, ou interrogação, apresentados após a descrição de eventos que não ações do cliente, consistentes com o assunto relatado e que indicam interesse nele.

Exemplos:

➤ C: *Estou conversando com o P. todo dia por telefone. Conheci pessoalmente...*

T: *sério?* [EMP]

➤ C: *Na quarta feira ele me ligou e não me encontrou... um monte de vezes... o Luciano quando atende fala "minha mãe, como sempre, batendo perna!"* (risos)

T: *Olha só! O Luciano já estabeleceu um contato bom com ele!* [EMP]

(4) Verbalizações de cuidado: Terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente, quando tal preocupação não acompanha crítica ou explicação.

Exemplo:

➤ T: *Como é que você está? Na semana passada você estava super resfriada.* [EMP]

(5) Auto-revelações sobre experiências similares: Terapeuta relata sua experiência em situações semelhantes àquela relatada pelo cliente, quando tal relato sugere validação ou compreensão da condição do cliente.

Exemplo:

➤ T: *Você sabe... eu também já passei por isso... é muito chato quando a gente investe toda a energia em um negócio e ele não dá certo... posso imaginar o quanto você está frustrada...* [EMP]

(6) Validação de discordâncias ou críticas do cliente: Terapeuta revê suas próprias ações durante o processo terapêutico, corrigindo suas intervenções, admitindo seus erros ou pedindo desculpas.

Exemplo:

➤ C: *Estou frustrado. Eu fiz tudo o que você me pediu e você não foi capaz de me ajudar pra que meu filho largasse as drogas.*

T: *Eu gostaria muito de tê-lo ajudado para mudar essa situação. Eu me pergunto o que poderia ter sido diferente, mas o fato é que não foi possível e eu também me sinto frustrado por isso.* [EMP]

(7) Humor: Verbalizações acompanhadas por risadas, que tenham sido humorísticas, mesmo que remotamente (desde que não representem deboche ou ironia com relação ao cliente ou a qualquer comportamento dele).

Exemplo:

➤ C: *É, mas eu não dei o beijo que ele pediu, falei "magina, tô dirigindo, olha o trânsito!", nessas alturas o trânsito ridículo, na Castelo, né? Mas eu nem senti passar...*

T: *Quanto mais trânsito melhor, que você fica mais tempo com ele.* (risos) [EMP]

(8) Apoio: Terapeuta afirma sua disponibilidade para ajudar o cliente a superar determinada situação.

Exemplos:

➤ T: *Eu não sei qual será a sua decisão nesse caso, mas qualquer que ela seja, eu tô do seu lado.* [EMP]

➤ T: *Conte comigo.* [EMP]

(9) Paráfrases: Terapeuta apresenta de forma resumida o que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente na mesma sessão, por meio de repetição literal ou reorganização das verbalizações do cliente (desde que essa reorganização não mude o sentido do relato do cliente ou não acrescente informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente).

Exemplo:

➤ T: *E você perde seu emprego e está muito difícil encontrar um outro. (resumindo descrição do cliente).* [EMP]

(10) Comentários de entendimento: Comentários breves apresentados após um relato do cliente, constituídos por pequenos fragmentos do próprio relato, ou por palavras que complementam o relato.

Exemplos:

➤ C: *...deixei bem agradável, a cozinha com toalha bonita, e a sala, tal, e no sábado falei pra caseira: "cê lava a varanda, coloca essa toalha na mesa da varanda, nesse tripé de ferro fundido coloca um vasilho". Ela até nem colocou o meu, ela foi pegar um dela, de onze horas amarelas, assim.*

T: *Todo mundo ajudando.* [EMP]

➤ C: *Daí, ficamos até de noite, fiquei lá, falei, vou dar uma ligada*

T: *E ele no plano de sedução...* [EMP]

### **Caracterização geral da categoria**

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

Diferentemente da categoria APROVAÇÃO, que se refere a uma avaliação sobre ações ou características específicas do cliente, a EMPATIA tem um caráter inespecífico, informando essencialmente que o cliente é aceito, “bem-vindo”, sem implicar em avaliação ou julgamento (“eu entendo você e aceito como você é”).

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

### **Terapeuta Fornece Informações**

**Sigla:** INF

**Nome resumido:** INFORMAÇÃO

## Categoria tipo: estado

### Estão inclusos nessa categoria

(1) Informações factuais: Dados ou fatos relacionados a determinado assunto em discussão.

Exemplos:

➤ C: *Eu penso em fazer uma especialização em biologia.*

T: *Biologia requer vários cursos adicionais de laboratório.* [INF]

➤ C: *Minha prima está tratando da depressão com o psiquiatra X. Você conhece?*

T: *Não. Não conheço um médico com esse nome.* [INF]

➤ C: *Você já atendeu casos como esse?*

T: *Sim, muitos.* [INF]

(2) Explicações de eventos: Descrição de relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", apenas quando não contém uma análise, descrição ou síntese do comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplo:

➤ T: *Um ataque de pânico pode ocorrer independentemente de a pessoa ter síndrome do pânico. Por exemplo, quando a gente entra em contato com alguma coisa da qual a gente tem muito medo, isso pode provocar um ataque de pânico.* [INF] (\*) A explicação dada pelo terapeuta não se refere a um comportamento em particular ou a algum padrão comportamental do cliente identificado, e sim a informações sobre fatos advindos da literatura da área.

(3) Descrição de regularidades ou padrões recorrentes a respeito de eventos: Informações sobre padrões recorrentes de contigüidade temporal entre eventos (relações do tipo “o evento X ocorre quando Y ocorre...”) ou correlação (os eventos X e Y costumam ocorrer conjuntamente), apenas quando não dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplos:

➤ T: *Pessoas que têm problemas com álcool, geralmente têm uma má qualidade de sono.* [INF]

➤ T: *É muito comum que a gente tenha um pouco de dor de cabeça ou enjôo logo que começa a tomar o antidepressivo. Mas depois de uns quinze dias tudo volta ao normal.* [INF]

(4) Explicações teóricas e experimentais sobre eventos: Descrição de proposições teóricas ou achados experimentais, relativos ao assunto em discussão.

Exemplos:

➤ T: *Não há a necessidade biológica de se dormir por oito horas. A quantidade de sono necessária para cada pessoa é também aprendida.* [INF]

➤ T: *O desempenho em testes tende a ser melhor depois de uma noite bem dormida.* [INF]

(5) Informações sobre o contrato terapêutico: Descrições do terapeuta sobre o funcionamento da terapia (contrato, regras, objetivos), acordos de horários e local para a realização da sessão, para o estabelecimento do contrato terapêutico (enquadre).

Exemplos:

- T: *Nós nos encontraremos duas vezes por semana.* [INF]
- T: *Vamos falar sobre a última semana primeiro, então nós vamos falar um pouco mais sobre sua situação em casa e vamos terminar com um exercício de relaxamento.* [INF]
- T: *O valor da sessão é \$\$.* [INF]
- T: *Não tem nada sistematizado, do tipo “eu vou ter que ir por aqui, depois por aqui, depois ali, tá?” Então, fica à vontade. A gente vai indo.* [INF]

(6) Descrição de estratégias, de procedimentos ou do programa terapêutico: Descrições ou regras sobre o funcionamento de determinadas técnicas, estratégias, jogos, exercícios ou programas terapêuticos ou sobre o andamento da própria sessão.

Exemplos:

- T: *Durante a exposição nós vamos trazer para a sessão algo que você teme e você deverá permanecer em contato com ele sem fazer o ritual.* [INF]
- T: *O exercício de relaxamento que eu vou te ensinar agora serve para você controlar a sua ansiedade nas situações mais difíceis... você deve respirar em quatro tempos, contando até quatro bem devagar em cada um deles... inspira em quatro... segura quatro... solta em quatro... e segura quatro... mas precisa ser treinado com frequência para que você possa ter um melhor domínio sobre sua ansiedade. Se você deixar pra treinar na hora da crise de ansiedade não vai funcionar.* [INF]

(7) Justificativas de intervenções: Terapeuta explica ou justifica suas intervenções.

Exemplo:

- T: *Eu não gosto desse tipo de procedimento, mas é o único que vai te ajudar nesse momento.* [INF].

### **Caracterização geral da categoria**

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

Essa classe de verbalizações é tipicamente associada a intervenções “psicoeducacionais” e ao “enquadre” ou contrato terapêutico.

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de INFORMAÇÃO, ou como pedido de confirmação de INFORMAÇÃO dada pelo terapeuta, não é considerada SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a ocorrência de INFORMAÇÃO.

Exemplo:

➤ T: Essa Universidade também é excelente. Ela só não é tão famosa quanto a USP, sabe?[INF]

(b) Verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas, quando emitidas pelo terapeuta após um pedido de confirmação do cliente sobre seu entendimento do que ele está dizendo, são categorizadas como INFORMAÇÃO.

(d) FACILITAÇÃO precede INFORMAÇÃO. Quando em dúvida entre INFORMAÇÃO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

## **Terapeuta solicita reflexão**

**Sigla: SRF**

**Nome resumido: SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO**

**Categoria tipo: estado**

### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Solicitação de análise: Terapeuta solicita ao cliente que ele pense ou reflita a respeito de determinados eventos, estabeleça ou relate relações entre eventos – imediatamente na sessão ou após seu término.

Exemplos:

➤ T: *Gostaria que você pensasse nessa semana sobre o que conversamos hoje... sobre os benefícios que você obtém quando se queixa dessa maneira com sua família* [SRF].

➤ T: *E você tem alguma hipótese de por que isso aconteceu?* [SRF]

➤ T: *Você está me dizendo que todos os seus namorados agem com você de forma muito semelhante ao seu pai. Você acha que isso é apenas uma coincidência?* [SRF]

(2) Solicitação de avaliação: Terapeuta solicita que o cliente relate sua opinião, julgamento ou avaliação a respeito de eventos.

Exemplos:

➤ T: *O que você achou da reação dele?* [SRF]

➤ T: *Você acha correta a forma com que ele agiu?* [SRF]

(3) Solicitação de previsão: Terapeuta solicita que o cliente estabeleça suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos seus ou de outros.

Exemplos:

➤ T: *Tendo em vista os últimos acontecimentos, você pode imaginar como será a próxima tentativa dele?* [SRF]

➤ T: *E agora, o que você acha que vai acontecer?* [SRF]

(4) Solicitação de observação: Terapeuta solicita que o cliente observe e/ou registre a ocorrência de eventos. Tais solicitações podem ocorrer como parte de uma técnica terapêutica ou como estratégia para coleta de dados.

Exemplos:

- T: *Eu gostaria que você registrasse as situações que te provocam ansiedade, para que possamos discutir na semana que vem. [SRF]*
- T: *Vamos fazer uma coisa... eu quero que você anote em um caderninho o que você comeu em cada refeição, a que horas você comeu, e se aconteceu algo relevante naquele dia ou logo antes de você comer. [SRF]*
- T: *Então... Eu quero que você anote pra mim as situações dentro da sua casa, nas quais você faz o ritual. Então, escreve assim “quando eu entro no quarto... eu penso em tal coisa e preciso fazer tal coisa...”. Então você pode até anotar só as situações que te deixam ansiosa, tipo, no quarto, a torneirinha do gás que está lá fora... algumas das coisas fixas da sua casa, que ao ver, ou simplesmente saber que estão lá, você inicia o ritual. [SRF]*

### **Caracterização geral da categoria**

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

Em sessões de terapia analítico-comportamental, essa classe de verbalizações ocorre tipicamente quando o terapeuta busca facilitar o estabelecimento de relações funcionais e a formação de auto-regras.

### **Crítérios de inclusão ou exclusão**

- (a) Quando uma pergunta do terapeuta do tipo “por que” solicita apenas esclarecimento sobre um evento em discussão na sessão, não envolvendo um pedido de interpretação sobre hipóteses ou relações causais por parte do cliente, não categorize SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, e sim SOLICITAÇÃO DE RELATO.
- (b) SOLICITAÇÃO DE RELATO precede SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO Quando em dúvida entre SOLICITAÇÃO DE RELATO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, dê preferência a SOLICITAÇÃO DE RELATO.
- (c) Quando uma SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO do tipo Solicitação de observação é acompanhada de informação sobre razões pelas quais o cliente deve fazer aquela observação, registre a ocorrência de ambas as categorias – SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO e INFORMAÇÃO – cada uma no segmento apropriado da interação.

Exemplo:

- T: *Eu vou sugerir uma coisa... quero que você faça um tipo de anotação pra mim, durante essa semana. Eu vou te dar certinho o que você precisa anotar e você vai fazer toda vez que aparecer esse tipo de pensamento [SRF]. Porque se você me descrever na hora o que aconteceu, eu vou ter ideia do tempo que você demorou pra fazer cada ritual, vou ter ideia do que está acontecendo. Com isso, a gente tem uma base boa pra estar trabalhando. Durante uma semana a gente tem uma medida legal de como é que isso ocorre ao longo do dia. [INF]*

## Terapeuta recomenda ou solicita a execução de ações, tarefas ou técnicas

**Sigla:** REC

**Nome resumido:** RECOMENDAÇÃO

**Categoria tipo:** estado

### Estão inclusos nessa categoria

(1) Conselhos: Terapeuta especifica ações ou conjuntos de ações de caráter aberto (respostas passíveis de serem observadas por outros que não o próprio cliente) ou encoberto (respostas passíveis de serem observadas apenas pelo próprio cliente, tais como pensamentos ou sentimentos) a serem executadas ou que deveriam ser evitadas pelo cliente, dentro ou fora da sessão.

Exemplos:

- T: *Tente conversar com seu pai durante a semana e lhe falar sobre o que você sente nessas situações.* [REC]
- T: *Faça a prova amanhã, antes que você esqueça a matéria.* [REC]
- T: *Você deveria cuidar de sua vida e deixar que seu irmão administre as suas próprias coisas.* [REC]
- T: *Agora me diga o mesmo que você acabou de dizer, só que sem mexer as pernas.* [REC]
- T: *Você não deve se sentir culpado por uma coisa que não foi sua responsabilidade. Lembre-se que nem tudo está sob seu controle.* [REC]
- T: *Quando você for enfrentar a situação, lembre-se de todas as vezes que você teve sucesso.* [REC]
- T: *Então fica combinado para essa semana, de você procurar enfrentar algumas daquelas situações que você classificou como de menor ansiedade. Não importa qual delas, nem se você vai ter sucesso ou não. O mais importante é que você tente enfrentar e fique atento ao que você sente e pensa quando você está enfrentando.* [REC]

(2) Modelo: Terapeuta declaradamente oferece seu comportamento como exemplo de como o cliente deve se comportar.

Exemplos:

- T: *Agora tente fazer um pedido para mim da mesma forma com que acabei de falar.* [REC]
- T: *Tente repetir a sequência do jogo assim como eu fiz.* [REC]
- T: *Eu vou falar como eu acredito que você deveria conversar com o seu chefe.* [REC]
- T: *Observe agora como eu estou fazendo, para depois você fazer o mesmo.* [REC]

(3) Incentivo: Terapeuta sugere que o cliente pode ou é capaz de agir de determinada maneira ou mudar determinado comportamento.

Exemplos:

- T: *Tenho certeza que você é capaz de fazer isso.* [REC]
- T: *Faça dessa forma e muito em breve você estará livre disso.*[REC]

(4) Estruturação de atividade: Terapeuta solicita que o cliente se engaje em atividades, técnicas ou exercícios a serem executados, durante a interação terapêutica no consultório ou extraconsultório.

Exemplos:

- T: *Vamos experimentar praticar isso em uma representação? Dessa vez, tente dizer diretamente o que você sente.* [REC]
- T: *Agora vamos fazer um exercício de exposição: experimente pegar na maçaneta dessa porta e ficar por quinze minutos sem lavar as mãos.* [REC]
- T: *Esse assunto é bastante importante. Vamos voltar a falar sobre ele na próxima sessão.* [REC]

(5) Permissão, proibição ou solicitação de parada: Ordens, autorizações ou pedidos de parada ou mudança de comportamento do cliente dentro da sessão.

Exemplos:

- C: *Eu posso anotar tudo à noite, antes de dormir ou tenho que fazer na hora em que acontece?*
- T: *Faça como você achar melhor. O importante é que você registre o máximo de situações que ocorrerem ao longo do dia.* [REC]
- T: *Por favor, preste atenção enquanto eu estou falando.* [REC]
- T: *Eu gostaria que você não colocasse os pés no sofá.* [REC]
- T: *Sente-se em sua cadeira enquanto conversamos. Eu não consigo conversar com você andando pela sala.* [REC]

### **Caracterização geral da categoria**

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

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

- (a) Confirmações, em resposta a perguntas do cliente sobre como proceder, são consideradas RECOMENDAÇÃO.
- (b) Qualquer permissão ou proibição do terapeuta, a respeito de ações a serem executadas dentro ou fora da sessão, é categorizada como RECOMENDAÇÃO.
- (c) Verbalizações do terapeuta que ocorrerem durante uma atividade ou técnica desenvolvidas dentro da sessão terapêutica são categorizadas de acordo com sua forma e função características, devendo apenas a solicitação para que o cliente se engaje na técnica/exercício ser categorizada como RECOMENDAÇÃO.
- (d) Solicitações que requerem uma ação dentro da sessão são consideradas RECOMENDAÇÃO, com exceção de perguntas que solicitam explicitamente a descrição ou confirmação de eventos (que são categorizadas como SOLICITAÇÃO DE RELATO).

(e) Perguntas do terapeuta ou falas em forma imperativa que solicitam que o cliente descreva eventos, mesmo que sobre temas diferentes daquele em curso na sessão, ou que mudam a direção da conversação, não são considerados RECOMENDAÇÃO, e sim SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(f) SOLICITAÇÃO DE RELATO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE RELATO, dê preferência a SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(g) Verbalizações nas quais o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizada EMPATIA.

(h) EMPATIA precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e EMPATIA, categorize EMPATIA.

(i) Quando uma RECOMENDAÇÃO é acompanhada de informações que justificam o porquê o cliente deve segui-la ou sugerem que o cliente poderá melhorar caso realize as ações ou tarefas propostas, são categorizadas ambas as categorias: RECOMENDAÇÃO e INFORMAÇÃO, cada uma no respectivo segmento da verbalização.

(j) Verbalizações do terapeuta durante um exercício ou atividade, tal como *role-playing* ou viagem de fantasia, são categorizadas de acordo com suas categorias correspondentes, sendo categorizada INFORMAÇÃO para as instruções do terapeuta e RECOMENDAÇÃO para a solicitação para o cliente se engajar no exercício.

(k) INFORMAÇÃO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e INFORMAÇÃO, categorize INFORMAÇÃO.

(l) Orientações para a emissão de respostas de caráter encoberto (tais como pedidos do terapeuta para que o cliente pense ou reflita sobre um determinado tema ou questão) são consideradas RECOMENDAÇÃO quando a verbalização do terapeuta especifica a topografia da resposta a ser emitida pelo cliente, de modo a modificar o seu desempenho final em uma situação, atividade ou tarefa. Tais orientações são consideradas SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO quando não é especificada a topografia da resposta encoberta a ser emitida, tendo como foco melhorar ou aprofundar a análise do tema em discussão por meio de respostas de observação e de descrição de eventos.

Exemplos:

➤T: *Quero que você reflita sobre o que estava ocorrendo todas as vezes que você obteve sucesso no enfrentamento.* [SRF] (\*) Trata-se de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO porque o que é solicitado pelo terapeuta é a obtenção de informações mais aprofundadas sobre o tema e não o engajamento do cliente em uma resposta encoberta de topografia especificada.

➤T: *Quando você estiver em uma situação semelhante, antes de reagir atacando, pense nas possíveis razões pelas quais a pessoa pode ter feito aquilo que te desagradou.* [REC] (\*) Nesse caso, trata-se de um pedido do terapeuta que especifica a topografia da resposta e visa modificar o desempenho final do cliente em determinada condição, caracterizando-se, portanto, como uma RECOMENDAÇÃO.

(m) SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, categorize SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO.

## Terapeuta interpreta

**Sigla:** INT

**Nome resumido:** INTERPRETAÇÃO

**Categoria tipo:** estado

### Estão inclusos nessa categoria

(1) Descrições de relações explicativas entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos: Relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", apenas quando dizem respeito ao comportamento do cliente ou de terceiros.

Exemplos:

➤ T: *Porque quando você faz isso, você fica mais em contato com você. Porque se você começa a negar... .. Você começa a perder contato com aquilo que você sente. Assim: “como é que as coisas que acontecem no mundo me afetam?” Entendeu?* [INT]

➤ C: *...não estou conseguindo... tudo aquilo que eu me propus a fazer eu fico enrolando... acho que eu to muito desmotivado...*

T: *Talvez o seu problema não seja de motivação, mas que até agora as coisas ainda não deram certo. Muito do que a gente faz, pra que a gente se mantenha fazendo depende da consequência daquilo que a gente faz. Quando a gente faz uma coisa que tem um a consequência boa imediata, legal, a tendência é que a gente continue fazendo. Quando a consequência não é muito legal, a gente tende não fazer mais.* [INT]

➤ T: *Você se cobra em melhorar o desempenho sexual com seu marido, mas da maneira como você descreve a relação sexual, ela não é satisfatória para você. Portanto, não existe nada que te motive a continuar procurando.* [INT]

(2) Descrição de regularidades ou padrões recorrentes entre ações (do cliente e/ou de terceiros) e outros eventos ou ações: Terapeuta explica a ocorrência do comportamento do cliente ou de terceiros em termos de padrões recorrentes, relações temporais ou de contigüidade ou aponta a existência de temas recorrentes nos eventos relatados pelo cliente;

Exemplos:

➤ T: *A impressão que eu tenho é que sempre que ele te faz um elogio, ele é seguido por uma crítica, do tipo... “você foi ótimo na apresentação, mas...”* [INT]

➤ T: *Você já notou que, sempre que há alguma situação muito difícil pela frente, você fica doente?* [INT]

➤ T: *Essa é uma dúvida que te persegue, né? Se é por você ou pela gravidez que ele está mudando...* [INT]

➤ T: *Você se dá conta de que suas obsessões sempre são relacionadas a situações nas quais você age por impulso com outras pessoas e depois se arrepende? Aí você fica ruminando sobre o que poderia ter sido diferente...* [INT]

(3) Diagnóstico: Apresentação de diagnóstico ou rótulo relativo a algum padrão de interação ou conjunto de sintomas descritos pelo cliente ou observados pelo terapeuta.

Exemplos:

➤ C: *Você acha que eu estou deprimido?*

T: *Você parece mais ansioso que deprimido* [INT]

➤ T: *Isso que você acabou de descrever é conhecido pela psiquiatria como Transtorno Obsessivo-Compulsivo.* (após a descrição do cliente de sua queixa) [INT]

(4) Devolutiva de avaliação padronizada: Apresentação de conclusão relativa a algum teste, escala ou instrumento de avaliação psicológica.

Exemplo:

➤ T: *O teste indica que você tem maior interesse por profissões relacionadas ao cuidado e atendimento de pessoas.* [INT]

(5) Estabelecimento de sínteses: Verbalizações nas quais o terapeuta apresenta sínteses, conclusões ou reorganização do que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente a respeito de seu comportamento ou de terceiros. A síntese deve apresentar uma INTERPRETAÇÃO diferente daquela descrita no relato do cliente ou acrescentar informações ou opiniões do terapeuta que não estavam na fala do cliente.

Exemplo:

➤ T: *Então, você está dependente de álcool... já deve estar começando a beber de manhã, eu suponho.* [INT]

(6) Metáforas ou analogias explicativas: Descrições sobre padrões de interação do cliente ou de terceiros por meio de apresentação de situações semelhantes, análogas ou simbólicas.

Exemplos:

➤ T: *Quando você falou que tinha dor de cabeça, eu me lembrei daquelas mulheres que na hora de transar dizem "ah, eu não posso, estou com dor de cabeça".* [INT]

➤ C: *De fato, ele é muito baixinho... eu acho que não ia dar certo mesmo...*

T: *É... as uvas estão verdes...* [INT]

(7) Inferências: Suposições sobre a ocorrência de relações ou eventos até então não relatados pelo cliente ou não descritos pelo terapeuta, apenas quando essa inferência não diz respeito a sentimentos e emoções do cliente. (esse critério diferencia essa subcategoria de interpretação da categoria EMPATIA).

Exemplo:

➤ T: *Imagino que ele tenha sido extremamente gentil nas primeiras semanas e depois...* [INT]

(8) Previsões: suposições sobre a ocorrência futura de comportamentos do cliente ou de terceiros.

Exemplo:

➤ T: *Acredito que a próxima coisa que ele vai fazer é te convidar para sair...* [INT]

(9) Confrontações: Terapeuta aponta discrepâncias ou contradições no discurso do cliente.

Exemplo:

➤ T: *Você estava dizendo há pouco que seu marido não lhe dá a menor atenção, mas agora você está me dizendo uma série de cuidados que ele tem com você.* [INT]

(10) Normalizações: Terapeuta sugere que algo que o cliente ou terceiros sentem ou fazem é normal, ou esperado.

Exemplo:

➤ T: *Isso é normal... adolescentes tendem a agir dessa forma. Daqui a pouco ele vai voltar a se aproximar...* [INT]

(11) Descrição de processo: Terapeuta descreve ao cliente sua análise a respeito de um processo que vem ocorrendo ou de transformações que ele percebe ao longo desse processo.

Exemplo:

➤ C: *Por que às vezes as coisas empacam entendeu?*

T: *É eu sei, e não é de hoje, né? Não é de hoje a coisa vem e vai piorando, piorando, não sei, acho até que hoje você convive melhor.* [INT]

### **Caracterização geral da categoria**

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

Na literatura clínica analítico-comportamental, a análise de contingências ou análise funcional apresentada pelo terapeuta envolve, em parte, essa classe de verbalizações.

### **Crítérios de inclusão ou exclusão**

(a) A categorização de um trecho como INTERPRETAÇÃO independe da precisão ou correção da análise feita pelo terapeuta, ou de sua concordância por parte do cliente.

(b) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de INTERPRETAÇÃO ou como pedido de confirmação de INTERPRETAÇÃO dada pelo terapeuta, não é considerada SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a ocorrência da categoria em questão.

(c) Verbalizações do terapeuta que repetem ou confirmam para o cliente o conteúdo de uma INTERPRETAÇÃO que o terapeuta acabou de apresentar (por meio de repetição, verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas) são categorizadas como INTERPRETAÇÃO.

(d) Um segmento de verbalização do terapeuta é categorizado como INTERPRETAÇÃO apenas se a relação apresentada, de alguma forma, acrescenta informações novas ou muda o significado do relato apresentado pelo cliente. Quando um resumo ou síntese não muda o sentido do que foi dito pelo cliente, classifique como EMPATIA.

(e) Quando uma inferência por parte do terapeuta refere-se à ocorrência de sentimentos ou emoções do cliente, sua fala é categorizada como EMPATIA.

(f) Verbalizações que sugerem que algum evento é normal, ou esperado, quando têm como ênfase a validação de um sentimento relatado pelo cliente, categorize EMPATIA. Quando ocorrem de forma a explicar algum comportamento do cliente ou de terceiros, categorize INTERPRETAÇÃO. Quando se referem a outros eventos, que não o comportamento do cliente ou de terceiros, categorize INFORMAÇÃO.

(g) Verbalizações nas quais o terapeuta demonstra preocupação pessoal com o cliente são tipicamente categorizadas como EMPATIA, mas quando são acompanhadas de explicação, codifique apenas a categoria INTERPRETAÇÃO.

Exemplo:

➤ T: *O que me preocupa é a função que o álcool está exercendo em sua vida. O uso do álcool em situações sociais é tranquilo, mas você o está usando para alívio da ansiedade, como se fosse um remédio. E essa função do álcool é perigosa porque favorece a dependência.* [INT].

(h) EMPATIA precede INTERPRETAÇÃO. Quando em dúvida entre EMPATIA e INTERPRETAÇÃO, categorize EMPATIA.

(i) Quando o terapeuta fornece descrições de relações explicativas ou causais entre eventos - relações do tipo "se... então", a respeito de outros eventos, que não o comportamento do cliente ou de terceiros, é categorizada INFORMAÇÃO.

(j) Quando o terapeuta retoma assuntos ou diálogos discutidos anteriormente, estabelecendo alguma relação explicativa sobre o comportamento do cliente ou de terceiros, não é registrada a categoria INFORMAÇÃO, e sim INTERPRETAÇÃO.

(k) Quando em dúvida entre INFORMAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize INFORMAÇÃO.

(l) Quando uma verbalização do tipo "se... então" sugere que o cliente pode melhorar caso realize determinadas ações ou tarefas propostas pelo terapeuta, são categorizadas ambas as categorias: INTERPRETAÇÃO e RECOMENDAÇÃO, cada uma no respectivo segmento da verbalização, a depender dos critérios estabelecidos para cada categoria.

(m) Quando uma RECOMENDAÇÃO é acompanhada de explicações do porque o cliente deve segui-la, é registrada a ocorrência de ambas as categorias – RECOMENDAÇÃO e INFORMAÇÃO ou RECOMENDAÇÃO E INTERPRETAÇÃO - cada uma no segmento apropriado da interação, a depender dos critérios estabelecidos para cada categoria.

(n) Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize INTERPRETAÇÃO. INTERPRETAÇÃO precede RECOMENDAÇÃO.

## **Terapeuta aprova ou concorda com ações ou avaliações do cliente**

**Sigla: APR**

**Nome resumido: APROVAÇÃO**

**Categoria tipo: estado**

### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Elogios ou avaliações positivas sobre o cliente: Terapeuta expressa julgamento favorável a ações, características ou aparência do cliente (sejam estas relatadas pelo cliente ou observadas pelo terapeuta).

Exemplos:

➤ T: *Você tomou a decisão certa. Está lidando com isso muito bem!* [APR]

➤ T: *Você está de parabéns! Sua condução foi perfeita!* [APR]

➤ T: *Que lindo esse teu colarzinho!* [APR]

(2) Descrição de ganhos terapêuticos: Terapeuta descreve os progressos ou sucessos do cliente.

Exemplo:

➤ T: *Puxa, C., eu estava me lembrando da época em que a gente começou a trabalhar juntos. Como as coisas estão mudadas! Você lembra que era difícil pra você até mesmo vir sozinha para cá? E agora você está se virando sozinha, com o maior desprendimento... acho muito legal isso!* [APR]

(3) Verbalizações de concordância: Terapeuta confirma ou relata estar de acordo com afirmações verbalizadas pelo cliente.

Exemplo:

➤ T: *Com certeza! Você tem toda a razão.* [APR]

(4) Pseudo discordância: Terapeuta discorda do cliente, mas o faz de forma a ressaltar características ou ações do cliente que ele considera positivas.

Exemplo:

➤ C: *Eu só melhorei por causa da medicação.*

T: *De fato, a medicação pode te ajudar, mas se você não tivesse agido, tudo estaria igual.* [APR]

(5) Relato de sentimentos positivos: Terapeuta relata gostar do cliente, ou sentir-se bem em sua presença ou relata estar satisfeito com alguma ação realizada pelo cliente ou com o andamento da sessão.

Exemplos:

➤ T: *Gostei muito da nossa sessão de hoje. Acho que falamos de assuntos bastante importantes.* [APR]

➤ T: *Você conversa super bem! É muito agradável conversar com você.* [APR]

(6) Exclamações e expressões de aprovação: Verbalizações exclamativas ou comentários em forma de exclamação ou interrogação, apresentados após a descrição de ações do cliente, sugerindo que tal ação foi aprovada pelo terapeuta.

Exemplos:

➤ C: *Consegui recuperar a minha nota de matemática.*

T: *Que máximo!!!* [APR]

➤ C: *Consegui caminhar todos os dias essa semana.*

T: *É mesmo?* [APR]

➤ C: *Daí, fomos para a capela e me chamou a atenção o Bill, o cachorro do caseiro, porque desde pequeno ele me acompanha na capela... só que ele não entra. Então ele... põe o pezinho, ele só olha para mim, ele tira o pé do piso e fica no cimento do lado de fora parado olhando, ele não entra ... é uma coisa bárbara você ver!*

T: *Nossa, e você ensinou ele...* [APR]

(7) Agradecimentos: Terapeuta agradece o cliente por alguma ação deste ou após um elogio.

Exemplo:

➤ C: *Não, você é uma das responsáveis, eu tinha que dizer, não, eu faço questão, eu sou muito franca, sabe, de extrema transparência, é, você, de uma forma assim, muito inteligente, tá sabendo me conduzir assim, entre aspas, porque eu to tendo mais discernimento, sabendo o que é mais conveniente e o que não é e tô tentando encontrar o caminho, não é?, Sem tanto medo de ser feliz.*

T: *Que bom, obrigada, fico muito contente.* [APR]

### **Caracterização geral da categoria**

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

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Quando aprovação é acompanhada de descrição do comportamento do cliente que foi alvo da aprovação, registre unicamente a ocorrência da categoria APROVAÇÃO

Exemplo:

➤ C: *Ele quis mudar e eu fiquei com medo de tomar, não comprei...*

T: *Porque você está ótima, né C., independentemente de estar tomando três ou quatro comprimidos, você está conseguindo fazer muito mais coisas, tomar decisões...* [APR]

C: *É... e eu achei melhor ficar só com três.*

(b) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de APROVAÇÃO ou como pedido de confirmação de APROVAÇÃO dada pelo terapeuta, não é considerada SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a ocorrência da categoria APROVAÇÃO.

(c) Verbalizações curtas ou expressões paralingüísticas de concordância emitidas pelo terapeuta após solicitação do cliente, ou imediatamente após o cliente terminar uma fala, são categorizadas como APROVAÇÃO (quando após o relato de ações do cliente) ou EMPATIA (quando após a descrição de outros eventos). FACILITAÇÃO só é categorizada se acontece enquanto o cliente tem a palavra. Não é codificada quando ocorre durante pausas de três segundos ou mais na conversação.

(d) FACILITAÇÃO precede APROVAÇÃO. Quando em dúvida entre APROVAÇÃO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

(e) Comentários em forma de exclamação, quando apresentados após a descrição de outros eventos, que não ações do cliente, são categorizados como EMPATIA. Quando estes comentários são apresentados após a descrição de ações do cliente, são categorizados como APROVAÇÃO.

(f) AUTO-REVELAÇÃO: Verbalizações nas quais o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é

categorizada EMPATIA. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir concordância, é categorizada APROVAÇÃO.

(g) EMPATIA precede APROVAÇÃO. Quando em dúvida entre APROVAÇÃO e EMPATIA, categorize EMPATIA.

(h) Orientações para a emissão de respostas de caráter encoberto (tais como pedidos do terapeuta para que o cliente pense ou reflita sobre um determinado tema ou questão) são consideradas APROVAÇÃO quando a verbalização do terapeuta recomenda explicitamente que o cliente observe, entre em contato ou tome consciência de um ganho terapêutico, conquista ou progresso que ele (o cliente) tenha alcançado. São consideradas SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO quando não for especificada a resposta encoberta a ser emitida, tendo como foco melhorar ou aprofundar a análise do tema em discussão por meio de respostas de observação e de descrição de eventos. Tais orientações são consideradas RECOMENDAÇÃO quando especificam a resposta a ser emitida pelo cliente, de modo a alterar o seu desempenho final em uma situação, atividade ou tarefa.

Exemplo:

➤T: *Quero que você reflita sobre o que estava ocorrendo todas as vezes que você obteve sucesso no enfrentamento.* [SRF] (\*) Trata-se de SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, porque o que é solicitado pelo terapeuta é a obtenção de informações mais aprofundadas sobre o tema e não o engajamento do cliente em uma resposta encoberta de topografia especificada.

➤T: *Quando você estiver em uma situação semelhante, antes de reagir atacando, pense nas possíveis razões pelas quais a pessoa pode ter feito aquilo que te desagradou.* [REC] (\*) Nesse caso, trata-se de um pedido do terapeuta que especifica a topografia da resposta e visa modificar o desempenho final do cliente em determinada condição, caracterizando-se, portanto, como uma RECOMENDAÇÃO.

➤T: *Presta atenção em como as coisas têm sido diferentes... olha quantas vezes você tem conseguido fazer as coisas sem a ajuda do seu marido... acho que isso é super importante...* [APR] (\*) Trata-se de APROVAÇÃO, porque a verbalização do terapeuta recomenda explicitamente que o cliente tome consciência de um ganho terapêutico que ele (o cliente) alcançou.

(i) SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO precede APROVAÇÃO. Na dúvida entre APROVAÇÃO e SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO, categorize SOLICITAÇÃO DE REFLEXÃO.

(j) APROVAÇÃO precede RECOMENDAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e APROVAÇÃO, categorize APROVAÇÃO.

(k) Quando uma aprovação é acompanhada de explicações de porque aquela ação foi boa ou correta, registre a ocorrência de ambas as categorias – APROVAÇÃO E INTERPRETAÇÃO, cada uma no segmento apropriado da interação.

Exemplo:

➤ C: *Ela: “então você não fica preocupada. Eu vou sair com o A.”. Eu digo: “ah! Que bom! Vai, sim! Foi legal a senhora ter ligado!”*

T: *Ótimo... [APR] Você notou que, das últimas conversas que você teve com ela, essa é a primeira em que você fica do lado dela? Você deu um apoio, e o engraçado é que a reação dela foi assim: “é... acho que é isso mesmo...”. O contrário do que sempre fez.* [INT]

*C: O contrário do que sempre fez.*

(l) Quando a descrição pelo terapeuta de algum ganho, progresso ou conquista do cliente é analisada como relacionada a algum outro evento, tal como a análise de consequências que poderiam ser obtidas por meio daquele comportamento ou análise de variáveis que propiciaram aquela mudança do cliente, categorize apenas INTERPRETAÇÃO. Em casos nos quais o terapeuta parabeniza ou elogia o cliente antes ou depois de apresentar a análise do evento, categorize APROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, cada qual no seu respectivo segmento, conforme descrito no critério anterior (k).

(m) INTERPRETAÇÃO precede APROVAÇÃO. Na dúvida entre APROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, categorize a segunda.

### **Terapeuta reprova ou discorda de ações ou avaliações do cliente**

**Sigla: REP**

**Nome resumido: REPROVAÇÃO**

**Categoria tipo: estado**

#### **Estão inclusos nessa categoria**

(1) Discordância: Terapeuta discorda ou expressa julgamento desfavorável sobre ações, avaliações afirmações propostas ou características do cliente (sejam estas relatadas pelo cliente ou observadas pelo terapeuta).

Exemplos:

➤ T: *Eu não acho que seja assim.* [REP]

➤ T: *As coisas são muito mais simples do que você pinta.* [REP]

(2) Crítica: Terapeuta descreve falhas do cliente ou critica suas ações, características ou aparência.

Exemplo:

➤ T: *Eu penso que você faz bem algumas coisas tais como supervisionar, monitorar [APR], entretanto às vezes você entra em uma escalada de castigo, castigo, castigo.* [REP]

(3) Ironia: Comentários de qualquer natureza feitos em tom sarcástico ou hostil com relação ao cliente. Comentários do terapeuta que sugerem incredulidade a respeito de relatos do cliente sobre o que disse ou fez. (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

Exemplos:

➤ T: *Você de fato pensa que sua mãe deveria deixá-lo vir para casa quando você quer?* [REP]

➤ T: *Eu vou pegar uma xícara de café. Eu estou perdido.* [REP]

➤ T: *Você tá fumando com essa tosse? (sorrindo).* [REP]

(4) Ameaça: Terapeuta prevê consequências negativas ou aversivas para uma ação (ou pela não ação) do cliente em forma de ameaça.

Exemplos:

➤ T: *Você pode escolher fazer isto desse modo ou ser miserável o resto de sua vida.* [REP]

➤ T: *Eu acho que a gente faz escolhas... você pode continuar fugindo de escolher uma profissão... há tantas pessoas que preferem ser donas de casa e lavar as roupas do marido o resto da vida...* [REP]

(5) Paráfrase crítica: Terapeuta apresenta de forma resumida o que foi dito em algum ponto anterior pelo cliente na mesma sessão, por meio de repetição literal ou reorganização das verbalizações do cliente, explicitando uma crítica ou apontando uma falta ou erro do cliente.

Exemplos:

➤ T: *Eles pegaram a recompensa mesmo quando eles não a tinham merecido?* (pergunta apresentada em tom hostil após a cliente dizer que prometeu recompensa aos filhos após uma tarefa e que os filhos não cumpriram a tarefa, mas ela os recompensou). [REP]

➤ T: *Você quer dizer que você o deixa dormir em sua cama e ele a molha toda noite?* (risada) [REP]

➤ T: *Você o deixou escolher seu próprio castigo?* [REP]

(6) Auto-revelações desafiadoras: Terapeuta relata sua experiência com relação a um evento do qual o cliente se queixa, sugerindo que sua atuação foi melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir.

Exemplo:

➤ T: *Quando eu resolvi sair da casa de meus pais eu tinha plena consciência de que eu deveria me sustentar, e não ficar esperando que meus pais me ajudassem.* [REP]

(7) Relato de sentimentos negativos: Terapeuta relata que não gosta do cliente ou de algo que ele faça ou que está insatisfeito com algum aspecto relativo ao seu comportamento.

Exemplos:

➤ T: *Eu vou continuar a atendê-lo porque para mim é um desafio, mas eu não gostei de você.* [REP]

➤ T: *Eu fico muito irritado quando você fala comigo dessa forma, e quando isso acontece, a vontade que eu tenho é de te tratar da mesma forma.* [REP]

(8) Advertência: Terapeuta diz ao cliente que ele está impedindo o progresso terapêutico ou o andamento da sessão.

Exemplo:

➤ T: *Eu quero ajudá-la, mas é impossível fazermos alguma coisa com tantos atrasos... hoje você chegou 40 minutos atrasada... o que nós podemos fazer em dez minutos?* [REP]

### **Caracterização geral da categoria**

REPROVAÇÃO contempla verbalizações do terapeuta que sugerem avaliação ou julgamento desfavoráveis a respeito de ações, pensamentos, características ou avaliações do cliente. Assim como APROVAÇÃO, verbalizações de REPROVAÇÃO dirigem-se a ações ou características

específicas do cliente e pressupõem o terapeuta como alguém que pode selecionar aspectos de seu comportamento que seriam mais ou menos apropriados. REPROVAÇÃO tem sido frequentemente associada, na literatura clínica, a interações aversivas em psicoterapia, que podem ameaçar a manutenção da relação terapêutica.

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Se uma pergunta é feita como parte de uma verbalização de REPROVAÇÃO ou como pedido de confirmação de reprovação apresentada pelo terapeuta, não é considerada a ocorrência de SOLICITAÇÃO DE RELATO e registra-se unicamente a categoria REPROVAÇÃO.

(b) Quando uma pergunta do terapeuta é apresentada em tom irônico ou desafiador, sugerindo crítica, descrença ou discordância do terapeuta com relação ao cliente, categorize REPROVAÇÃO, e não SOLICITAÇÃO DE RELATO. (\*) Nesse caso, registre também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

(c) SOLICITAÇÃO DE RELATO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre SOLICITAÇÃO DE RELATO e REPROVAÇÃO, dê preferência a SOLICITAÇÃO DE RELATO.

(d) A verbalização “certo”, quando dita sarcasticamente, sugerindo discordância, deve ser categorizada como REPROVAÇÃO. (\*) Nesse caso, registre também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

(e) FACILITAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e FACILITAÇÃO, categorize FACILITAÇÃO.

(f) Verbalizações tais como “é mesmo?” ou “não acredito”, quando sugerem descrença no relato do cliente ou crítica ao seu comportamento, são categorizadas como REPROVAÇÃO, e não EMPATIA.

(g) Quando o terapeuta ri do relato de ações do cliente, não sugerindo ironia, mas sim interesse em seu relato (ele ri com o cliente, e não do cliente), categorize EMPATIA.

(h) Verbalizações exclamativas após o relato de alguma ação por parte do cliente, quando apresentadas em tom sarcástico ou hostil, são categorizadas como REPROVAÇÃO e não EMPATIA ou APROVAÇÃO. (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

(i) Em caso de síntese ou paráfrase que explicita uma crítica ou aponta uma falta ou erro do cliente, registre REPROVAÇÃO.

(j) quando uma verbalização na qual o terapeuta demonstra reocupação pessoal com o cliente é acompanhada de crítica, codifique apenas a categoria REPROVAÇÃO.

Exemplo:

➤ T: *Fiquei preocupado com você a semana passada... [EMP] como é que ficaram as coisas com seus pais? [SRE]*

➤ T: *Não é possível que você continue bebendo essa quantidade. Fico preocupado com as consequências disso. [REP]*

(k) Verbalizações nas quais o terapeuta relata sua experiência com relação a um evento, sugerindo que sua atuação foi melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir, são categorizadas como REPROVAÇÃO. Verbalizações nas quais o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da

queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizado EMPATIA. Quando ele revela informações pessoais de forma a sugerir concordância, é categorizada APROVAÇÃO. Em qualquer outro caso, registre a categoria OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(l) Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e EMPATIA, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(m) Quando uma REPROVAÇÃO é acompanhada de descrição do evento que foi alvo da reprovação, é registrada unicamente a ocorrência da categoria REPROVAÇÃO.

(n) A correção de um engano do cliente, quando não realizada em tom hostil, não é categorizada como REPROVAÇÃO, mas sim como INFORMAÇÃO.

(o) INFORMAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre INFORMAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize INFORMAÇÃO.

(p) Quando sugestões são apresentadas de modo sarcástico, categorize REPROVAÇÃO. (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL (-2).

(q) RECOMENDAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Quando em dúvida entre RECOMENDAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize RECOMENDAÇÃO.

(r) Quando uma REPROVAÇÃO é acompanhada de explicações de porque o terapeuta discorda ou de porque não funcionará determinada proposta do cliente, registre a ocorrência de ambas as categorias – REPROVAÇÃO e INTERPRETAÇÃO, cada uma no segmento apropriado da interação.

(s) Quando uma verbalização do tipo “se... então” é emitida em tom de ameaça, sugerindo que o cliente pode sofrer consequências negativas ou aversivas caso realize (ou não) determinadas ações ou tarefas, é categorizada como REPROVAÇÃO. (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(t) Quando o terapeuta descreve algum tipo de retrocesso, recaída ou insucesso do cliente, a verbalização é categorizada como REPROVAÇÃO apenas quando é apresentada em tom de crítica, ameaça ou ironia. Caso contrário, categorize INTERPRETAÇÃO ou EMPATIA, dependendo do conteúdo e do teor da descrição apresentada pelo terapeuta. (\*) Nesse caso, categorize também o respectivo qualificador TOM EMOCIONAL.

(u) A previsão de consequências negativas ou aversivas para uma ação (ou não ação) do cliente só é considerada REPROVAÇÃO quando o terapeuta explicita julgamento ou avaliação contrários à ação do cliente. A mera descrição de consequências aversivas a uma ação do cliente por parte do terapeuta, quando não indica ameaça e/ou não sugere um julgamento ou avaliação negativos por parte do terapeuta, é categorizada como INTERPRETAÇÃO.

(v) Em caso de síntese que muda o sentido da descrição do cliente, mas explicita uma crítica ou aponta uma falta ou erro deste, codifique como REPROVAÇÃO.

(w) INTERPRETAÇÃO precede REPROVAÇÃO. Na dúvida entre INTERPRETAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize a primeira.

(x) Verbalizações nas quais o terapeuta discorda do cliente, mas o faz de forma a ressaltar características do cliente que ele considera positivas, caracterizam pseudo discordância, e são categorizadas como APROVAÇÃO.

(y) Diferentemente de APROVAÇÃO, que deve ser codificada apenas quando o relato do cliente não está em curso, um simples “não” proferido pelo terapeuta enquanto o cliente está falando pode ser codificado como REPROVAÇÃO, se implica em discordância do cliente.

(z) Na dúvida entre APROVAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(aa) Opiniões, avaliações ou julgamentos emitidos pelo terapeuta podem exercer diferentes funções na interação. Quando uma opinião, avaliação ou julgamento é emitido a respeito de uma ação, verbalização ou avaliação do cliente, do próprio cliente ou da sessão em curso, ela deve ser categorizada como INTERPRETAÇÃO, APROVAÇÃO, REPROVAÇÃO ou EMPATIA, aquela que for mais apropriada, de acordo com o teor e o alvo da avaliação. Quando diz respeito a outros tipos de eventos que não se encaixam em nenhuma dessas três categorias, a verbalização deve ser categorizada como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

## Outras verbalizações do terapeuta

**Sigla:** TOU

**Nome resumido:** OUTRAS VOCAL TERAPEUTA

**Categoria tipo:** estado

### Estão inclusos nessa categoria

(1) Verbalizações do terapeuta não classificáveis nas categorias anteriores: Comentários ocasionais alheios ao tema em discussão, verbalizações do terapeuta ao cumprimentar o cliente em sua chegada ou partida, anúncios de interrupções por motivos não relacionados ao tema em discussão.

Exemplos:

- T: *Aceita uma balinha?* [TOU]
- T: *Só um minutinho, que eu vou pedir uma água para a secretária.* [TOU]
- T: *Desculpe, eu me esqueci de desligar o celular.* [TOU]

(2) Acertos ocasionais: Acertos ocasionais de horário e/ou local da sessão.

Exemplo:

- T: *Então, a gente, na semana que vem, faz a sessão na terça-feira, das três às quatro.* [TOU]

(3) Recuperação de assunto: Descrição de diálogos ou assuntos anteriormente discutidos, somente em casos nos quais essa descrição foi solicitada pelo cliente devido a este ter perdido ou esquecido o rumo da discussão ou após alguma interrupção, para retomada do assunto.

Exemplos:

- C: *Onde é que eu estava mesmo?*
- T: *Você estava falando sobre sua viagem de férias.* [TOU]
- T (após interrupção da sessão): *Então, você estava me falando sobre o seu receio de prestar o vestibular.* [TOU]

(4) Opiniões pessoais sobre eventos externos: Opiniões, avaliações ou julgamentos a respeito de eventos, apenas quando não dizem respeito a uma ação emitida pelo do cliente, ao cliente propriamente ou à sessão em curso.

Exemplo:

➤ C: *Eu fiquei realmente chocado com aquela cena.* [TOU]

➤ T: *Eu acho que a televisão não deveria mostrar esse tipo de coisa. Não acrescenta em nada a vida das pessoas.* [TOU]

Não-exemplo:

➤ T: *Eu penso que você poderia, sim, ter comprado o livro. Afinal, o dinheiro é seu, não é?* [REC] (\*) Não é uma verbalização do tipo Opiniões pessoais sobre eventos externos porque se refere ao comportamento do cliente.

### **Critérios de inclusão ou exclusão**

(a) Em estudos de terapia individual, quando há uma terceira pessoa envolvida na sessão, tal como em situações de orientação de pais, sessões incluindo cônjuge ou familiar, as falas do terapeuta dirigidas exclusivamente a esta terceira pessoa, ou nas quais há dúvida sobre a quem a verbalização se dirige (se apenas cliente, se apenas terceiro ou ambos) são categorizadas como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA. Já falas do terapeuta claramente dirigidas a ambos os participantes (cliente e terceiro) são categorizadas na categoria correspondente.

(b) Afirmações ou comentários são considerados SOLICITAÇÃO DE RELATO apenas se não podem ser classificados em nenhuma outra categoria, com exceção de OUTRAS VOCAL TERAPEUTA. SOLICITAÇÃO DE RELATO tem precedência sobre OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(c) Opiniões, avaliações ou julgamentos emitidos pelo terapeuta podem exercer diferentes funções na interação. Quando uma opinião, avaliação ou julgamento são emitidos a respeito de uma ação, verbalização ou avaliação do cliente ou da sessão em curso, deve ser categorizado APROVAÇÃO, REPROVAÇÃO ou EMPATIA, aquela que for mais apropriada de acordo com o teor e o alvo da avaliação. Quando diz respeito a outros tipos de eventos que não se encaixam em nenhuma dessas três categorias, a verbalização deve ser categorizada como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(d) Verbalizações nas quais o terapeuta revela sua própria experiência com relação a um evento sendo discutido, quando tal relato sugere a solução de algum problema em discussão ou da queixa sendo analisada, supõem a proposição do terapeuta como um modelo e, portanto, são categorizadas como RECOMENDAÇÃO. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir compreensão ou entendimento da experiência do cliente, é categorizada EMPATIA. Quando o terapeuta revela informações pessoais de forma a sugerir concordância, é categorizada APROVAÇÃO. Verbalizações nas quais o terapeuta relata sua experiência com relação a um evento, sugerindo que sua atuação foi melhor que a do cliente ou que, se ele conseguiu solucionar o problema, o cliente também deveria conseguir, são categorizadas como REPROVAÇÃO. Relatos do terapeuta de algum evento de sua própria experiência, quando não sugerem a solução de problema ou queixa, a compreensão ou entendimento da experiência do cliente, ou desafios, são categorizados como OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(e) Quando em dúvida entre REPROVAÇÃO e EMPATIA, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

(f) Na dúvida entre APROVAÇÃO e REPROVAÇÃO, categorize OUTRAS VOCAL TERAPEUTA.

**ANEXO B – Categorias verbais do terapeuta e cliente (Silveira, 2009)**

Tabela 1. Descrição das novas subcategorias da categoria do terapeuta Recomendação identificadas nas sessões de grupo.

Denominação	Condições necessárias	Sequência de eventos	Unidade de análise
Solicitação de aprovação	Relato de um participante do grupo	A partir do relato de um participante (A), o terapeuta solicita aos clientes que apresentem aprovações. A aprovação pode se referir ao desempenho do participante (A) ou de terceiros incluídos no seu relato.	Uma unidade se inicia quando uma solicitação de aprovação é apresentada, e termina quando: a) uma aprovação é apresentada, b) ocorre outra categoria ou a categoria “silêncio”
Solicitação de reprovação	Relato de um participante do grupo.	A partir do relato de um participante (A), o terapeuta solicita aos clientes que apresentem reprovações. A reprovação pode se referir ao desempenho do participante (A) ou de terceiros incluídos no seu relato.	Uma unidade se inicia quando uma solicitação de reprovação é apresentada, e termina quando: a) uma reprovação é apresentada, b) ocorre outra categoria ou a categoria “silêncio”
Solicitação de recomendação	Relato de um participante do grupo.	Verbalizações do terapeuta nas quais solicita aos clientes, para recomendações para outro participante.	Uma unidade se inicia quando uma solicitação de recomendação é apresentada, e termina quando: a) uma recomendação é apresentada, ou b) ocorre outra categoria ou a categoria “silêncio”.

Tabela 2. Descrição das novas categorias do cliente identificadas nas sessões de grupo

Denominação	Condições necessárias	Sequência de eventos	Unidade de análise
Aprovação	Relato de um participante (A) e solicitação de aprovação do terapeuta.	Um dos participantes (B) apresenta C Aprovação a outro participante (A) após solicitação do terapeuta. A aprovação pode se referir ao desempenho do participante (A) ou de terceiros incluídos no seu relato.	Uma unidade se inicia quando uma C-Aprovação é solicitada e termina quando: a) ocorre uma Aprovação, b) ocorre outra categoria ou “silêncio”.
C-Reprovação (Rep)	Relato de um participante (A) e solicitação de reprovação do terapeuta.	Um participante (B) oferece C-Reprovação a outro participante (A) após solicitação do terapeuta. A reprovação pode se referir ao desempenho do participante (A) ou de terceiros incluídos no seu relato.	Uma unidade se inicia quando uma reprovação é solicitada, e termina quando: a) ocorre uma Reprovação, b) ocorre outra categoria ou “silêncio”.
C-Descreve comportamento (Des)	Relato de um participante e ocasionalment e solicitação de reflexão	Um dos participantes (B) apresenta CDescrição de comportamento que pode se referir aos comportamentos do participante (A) ou de terceiros incluídos no seu relato.	Uma unidade se inicia quando o terapeuta apresenta solicitação de reflexão, exceto quando ocorre de forma espontânea, e termina quando: a) ocorre uma CDescreve comportamento, b) ocorre outra categoria ou “silêncio”.
C-Interpretação (Int)	Relato de um participante e ocasionalment e solicitação de reflexão.	Um participante (B) descreve relações (funcionais, correlacionais ou de contiguidade) entre eventos apresentados no relato de outro participante (A), ou seja, apresenta C-Interpretação. As relações estabelecidas podem se referir às experiências do participante (A) ou de terceiros incluídos no seu relato.	Uma unidade se inicia quando o terapeuta apresenta solicitação de reflexão, exceto quando ocorre de forma espontânea e termina quando: a) ocorre uma C-Interpretação, b) ocorre outra categoria ou “silêncio”
C-Recomendação (Rec)	Relato de um participante e ocasionalment e solicitação de recomendação	Um participante (B) apresenta ao participante (A) uma alternativa de comportamento a ser apresentada por este dentro ou fora da sessão, ou seja, apresenta uma C-Recomendação	Uma unidade se inicia quando o terapeuta apresenta solicitação de recomendação, exceto quando ocorre de forma espontânea e termina quando: a) ocorre uma Recomendação, b) ocorre outra categoria ou “silêncio”.
C-Empatia (Emp)	Relato de um participante.	Após relato de um participante (A), um participante (B) apresenta verbalizações que demonstrem aceitação e compreensão das condições vividas por pessoas descritas no relato de (A), ou seja, apresenta C-Empatia	Uma unidade se inicia quando um participante relata eventos, e termina quando: a) ocorre a categoria C-Empatia.

**ANEXO C – Categorias verbais do terapeuta e cliente (Santos, 2017)**

Quadro1. Categorias Clientes-t desenvolvidas para a presente pesquisa

C- Solicita relato

Sigla: C SER

Condições necessárias: Pode ocorrer após relato de um participante ou de forma espontânea.

Sequência de eventos: Após relato de um participante (A), um participante (B) apresenta verbalizações que solicitam mais informações sobre evento relatado ou ocorre a solicitação de informações sem um relato antecedente.

C-Solicita Reflexão

Sigla: CSRF

Condições necessárias: pode ocorrer após relato de um participante ou de forma espontânea.

Sequência de eventos: Após relato de um participante (A), um participante (B) apresenta verbalizações que solicitam que o participante (A) estabeleça relações entre eventos ou pode ocorrer sem que haja um relato antecedente

C-Facilita

Sigla: CFAC

Condições necessárias: Relato de um participante.

Sequências de eventos: durante relato de um participante (A), um participante (B) apresenta verbalizações curtas do tipo (uhum, aham, certo)

C- Fornece informações

Sigla: C INF

Condições necessárias: Relato de um participante e ocasionalmente solicitação de informação.

Sequência de eventos: Um participante (B) apresenta participante (A) uma informação sobre eventos (eu não comportamento do cliente ou de terceiros), estabelecendo ou não relações causais ou explicativas entre eles.

## ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### “Elaboração de um Programa de Intervenção Analítico Comportamental para Mulheres com Endometriose”

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “Elaboração de um Programa de Intervenção Analítico Comportamental para Mulheres com Endometriose”, a ser realizada em Clínica Psicológica Espaço Comportamental”. O objetivo da pesquisa é elaborar e aplicar um protocolo de intervenção em grupo para mulheres com o diagnóstico de Endometriose, maiores de dezoito anos e que não estejam em processo psicoterápico individual concomitante.

Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: participação na entrevista inicial e individual, resposta a questionários de avaliação ao longo do processo de seleção e intervenção; participação no grupo e em eventuais atendimentos individuais. As sessões serão gravadas em áudio e vídeo, por meio de filmadoras e gravadores digitais. Além disso, serão acompanhadas por observados na sala, sendo esses membros da equipe de pesquisa. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo a senhora: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa (ou pesquisas futuras realizadas pela pesquisadora responsável) e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os materiais resultantes das gravações serão guardados em uma sala da Universidade Estadual de Londrina, em um armário trancado, ao qual apenas a pesquisadora responsável ou pessoas autorizadas por essa terão acesso, sob responsabilidade da pesquisadora.

Esclarecemos ainda, que a senhora não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são: conhecimento acerca da doença, troca de experiências, identificação de variáveis da vida diária que estão comprometidas pelo diagnóstico, desenvolvimento de repertório social e atuação sobre as problemáticas identificadas durante o período de avaliação.

Quanto aos riscos, a presente pesquisa não oferece riscos físicos, bem como se compromete a realizar os devidos atendimentos individuais ou encaminhamentos caso o participante apresente alguma dificuldade decorrente de sofrimento psicológico.

Caso a senhora tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Raiana Bonatti de Sousa Botão, (43) 9610-7630 raianabonatti@hotmail.com ou procurar o

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao à senhora.

Londrina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

Pesquisador Responsável

Raiana Bonatti de Sousa Botão

RG: 8.807.334-7

\_\_\_\_\_ (NOME POR EXTENSO DO SUJEITO DE PESQUISA), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Obs.: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, o texto deve estar voltado para os pais e deve ser incluído ainda, campo para assinatura do menor e do responsável.