

Janaína Bianca Barletta ¹
Zenith Nara Costa Delabrida ²
Ana Lúcia Barreto da Fonsêca ³

Conhecimento, habilidades e atitude em TCC: percepção de terapeutas iniciantes

Knowledge, skills and attitude in CBT: perceptions of new therapists

RESUMO

A supervisão em psicoterapia é uma atividade inerente à formação de qualquer psicólogo, visa ao desenvolvimento de competências em psicoterapia, porém os estudos que orientam esta prática acadêmica são incipientes, tornando-os imprescindíveis nesta área. Com o objetivo de descrever a percepção de 15 terapeutas iniciantes no último ano de graduação sobre seu próprio desenvolvimento em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), foram realizados dez meses de supervisão de estágio, no formato da estrutura da sessão clínica, totalizando 34 encontros com duração média de 3 horas e 40 minutos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (93,3%), com idade média de 22,6 anos, que foram separados em dois grupos (GA, GB). Foram feitas cinco sessões de discussão teórica e atividades formativas. Em seguida, sessões com discussão de caso e texto, atividade formativa e/ou autoavaliação. Estas avaliações aconteceram em três momentos: 15 dias após o início do atendimento, quatro meses depois e dez meses depois. O principal resultado encontrado foi o aumento nas três dimensões da competência - conhecimento, habilidades e atitudes - embora não tenha ocorrido linearmente ao longo das supervisões. Ressalta-se a importância da continuidade do treinamento para que o psicoterapeuta seja considerado hábil na prática da TCC.

Palavras-chave: percepção de competência em tcc, supervisão, terapeutas iniciantes.

ABSTRACT

Supervision in psychotherapy is an activity inherent to the formation of any psychologist, it aims to develop psychotherapy's skills, but studies that guide its academic practice are incipient, making them essential in this area. In order to describe the perception of fifteen new therapists in the last year of graduation of their own development in cognitive behavioral therapy (CBT), there have been ten months of probation supervision in the format of the structure of the clinic session, totaling 34 meetings with average duration of 3 hours and 40 minutes. Most participants were female (93.3%), mean age 22.6 years, which were separated into two groups (GA, GB). It has been five sessions of theoretical discussion and training activities. After that, there were sessions with discussion case and text, training activity and / or self-assessment. These evaluations took place in three stages: 15 days after the beginning of service, four months and ten months later. The main result found was the increase in the three dimensions of competence - knowledge, skills and attitudes - although it has not occurred linearly over the supervision. We stress the importance of continued training for the therapist to be considered skilled in the practice of CBT.

Keywords: new therapists, perceived competence in cbt, supervision.

¹ Mestrado - (bolsista de doutorado) - Aracaju - SE - Brasil.

² Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações - (Professora Adjunta da Universidade Federal de Sergipe).

³ Mestrado - (Professora Assistente da Universidade Federal do Vale do São Francisco).

Universidade Federal de Sergipe.

Correspondência:

Rua François Hoald,
263, casa 01, Atalaia. Aracaju - SE. CEP: 49.037-000.

Recebido em 14/7/2011.

DOI: 10.5935/1808-5687.20110005

INTRODUÇÃO

O ensino da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido considerado um desafio, especialmente em terapeutas iniciantes, uma vez que além do desenvolvimento de competências complexas e específicas, alguns estudiosos têm concluído que as competências do profissional estão diretamente relacionadas ao resultado do processo psicoterápico (Westbrook, Sedgwick-Taylor, Bennett-Levy, Butler & McManus, 2008). Isto implica uma diversidade de fatores para o estudo desta temática, já que o procedimento supervisionado envolve muitas variáveis influenciadoras como *background* do supervisor, a relação entre todos do grupo de estágio, o contexto, a demanda, a cultura e a teoria (Barreto & Barletta, 2010; Roth & Pilling, 2008).

Por exemplo, entende-se que a relação entre supervisor, supervisionando e grupo de supervisão é um fator essencial no ensino da TCC, uma vez que esta variável pode interferir na autorrevelação e no compartilhamento de informações relevantes, aspectos fundamentais durante o processo de aprendizagem das nuances da clínica. A relação de confiança potencializa a aquisição de habilidades do aluno, já que favorece um ambiente continente e coeso, focado no desenvolvimento de potencialidades, de autonomia e de competência social (Beckert, 2002; Cottraux & Matos, 2007; Neufeld & Cavenage, 2010; Padesky, 2004). Outra variável importante no desenvolvimento de habilidades clínicas e terapêuticas é a maturidade emocional do aluno (Bandura, 1956; Barreto & Barletta, 2010). Estes fatores possibilitam que o grupo apoie e acolha todos os membros, aumentando o sentimento de respeito e conforto para a exposição, a tolerância ao erro e/ou dificuldades de aprendizagem e pessoais (Bieling, McCabe & Antony, 2008).

Porém, na graduação de Psicologia, a aprendizagem por regras, isto é, aprendizagem em que há uma descrição das relações contingenciais (Castanheira, 2001) é muito comum. Por vezes, essa única forma de aprendizagem se repete no processo supervisionado, não sendo ressaltadas outras vias tão importantes para a transformação profissional, como o desenvolvimento cognitivo e a atitude clínica (Abdalla, Batista & Batista, 2008).

O estudo de Neufeld, Xavier e Stockmann (2010) apontou outras dificuldades encontradas na graduação de Psicologia que estão diretamente relacionadas ao ensino da TCC, como a inclusão de poucas disciplinas que contemplam seus aspectos, o contato tardio dos alunos com a abordagem e as inúmeras confusões teóricas apresentadas pelas instituições e seus coordenadores de curso a respeito desta abordagem. Verificou-se ainda que muitos psicólogos têm contato com a TCC somente após a formatura, quando já estão no mercado de trabalho, o que corrobora com a dificuldade de ensino desta psicoterapia para terapeutas iniciantes.

É importante ressaltar que a qualificação deve ser promovida pela aprendizagem que contemple a intersecção de

três dimensões de competência profissional: conhecimento, habilidades e atitude. O domínio de conhecimentos teóricos está relacionado à primeira dimensão; o domínio das técnicas específicas e do fazer prático estão associadas à dimensão de habilidade; e a capacidade de empatia, comunicação, continência, reflexão sobre o fazer e sobre as questões éticas fazem parte da terceira dimensão e permitem o planejamento e a revisão da prática psicoterápica (Cruz & Schultz, 2009). Esta ideia é reforçada por Bennett-Levy, Thwaites, Chaddock e Davis (2009), que reafirmam a importância da reflexão da própria prática psicoterápica, em especial na TCC, como quesito fundamental para o desenvolvimento e a manutenção de habilidades psicoterapêuticas. Outros autores, como Lörh e Silveiras (2006), ainda reforçam a importância da maturidade pessoal, da criatividade e da capacidade de leitura do contexto para o encadeamento positivo da prática terapêutica.

Ao se focar na TCC, entende-se que as três dimensões de competência devem favorecer a interligação de problemas, a busca de soluções e a aquisição de repertórios comportamentais adequados às metas estabelecidas por cada sujeito em terapia. Neste sentido, habilidades específicas do terapeuta também devem ser promovidas como intervenção breve, a psicoeducação do cliente ao modelo proposto, elaboração de conceituações de caso, capacidade de estruturação sem perder a possibilidade de flexibilização de acordo com a demanda, planejamento das estratégias de intervenção, uso de instrumentos e atividades associadas à TCC, definição de metas e avaliação de resultados (Banks & Zions, 2009; Bennett-Levy, McManus, Westling & Fennell, 2009; Manring, Beitman & Dewan, 2003; Padesky, 2004; Sudak, Beck & Wright, 2003).

Para tanto, é importante que o terapeuta iniciante possa aumentar seu autoconhecimento, reconhecendo seus próprios pensamentos, crenças e sentimentos a respeito de si, do cliente e do processo terapêutico. Entende-se que, para o terapeuta ser mais habilidoso na TCC, ele deve identificar e lidar com suas questões pessoais, utilizando os recursos e técnicas próprios da psicoterapia. A este exemplo Neufeld e Cavenage (2010) apresentaram uma proposta de sistematização da conceitualização cognitiva com intuito de facilitar o ensino deste recurso a terapeutas iniciantes. Nesta proposta as autoras apontam a importância da compreensão do modelo cognitivo e da relação entre pensamento, emoção e comportamento. Desta forma, a identificação destes aspectos pelo estudante, utilizando o diagrama de conceitualização apresentado por Beck (1997) é considerado o primeiro passo da aprendizagem.

Portanto, a identificação de situações, a nomeação de diferentes cognições, o reconhecimento de regras (crenças intermediárias), de crenças centrais e das reações fisiológicas, comportamentais e emocionais do terapeuta são foco de trabalho da supervisão antes do início do atendimento propriamente dito. Para o seu ensino, a utilização do Registro de Pensamento Disfuncional (RPD), do Quadro de Evidências pró e contra de crenças, do Diagrama de Conceitualização Cognitiva e do

Plano de Ação (Beck, 1997; Padesky, 2004; Wright, Basco & Thase, 2006; Neufeld & Cavenage, 2010; Pereira & Rangé, 2011) são algumas possibilidades de instrumentos para que o terapeuta iniciante leve como tarefa-extrassupervisão e aplique em si mesmo.

O uso deste recurso no ensino da TCC favorece o desenvolvimento de habilidades terapêuticas, já que permite ao terapeuta experienciar as técnicas a partir de uma perspectiva semelhante a do cliente e refletir de forma profunda a prática clínica (Bennett-Levy et al., 2001). Além disso, pode aumentar o senso de autoeficácia, variável cognitiva motivacional, favorecendo a capacidade do terapeuta iniciante em lidar com as dificuldades e aumentar seu desempenho (Bandura, 1977), assim como, ensina o aluno a manejar as próprias emoções, a interpretar as situações de forma mais realística, a potencializar a tomada de decisão e facilita a emissão de estratégias de enfrentamento mais adequadas (Banks & Zions, 2009).

A fim de aumentar a qualidade dos treinamentos em TCC, alguns autores também sugerem que o modelo de supervisão seja semelhante à estrutura clínica, que o supervisor utilize o questionamento socrático, a descoberta guiada, exercícios experienciais e atividades formativas, assim como *feedbacks* e sumarizações ao final do encontro. Esta proposta tem intuito de familiarizar o supervisionando com aspectos importantes do processo terapêutico e aumentar a qualidade da relação entre supervisor e grupo de alunos, fortalecendo o colaborativismo (Bennett-Levy, Thwaites et al., 2009; Padesky, 2004; Wainer & Piccoloto, 2008).

Porém, quando se discute a formação profissional do terapeuta em TCC, questões sobre a medida de competência são levantadas na literatura, já que ainda se tem poucos estudos que apontem quais aspectos das três dimensões são suficientes para garantir a qualidade do psicólogo (Manring et al., 2003). Essa preocupação tem levado associações de psicoterapia e grupos de pesquisadores a construir instrumentos a fim de acompanhar o desenvolvimento do supervisionando. Wright e colaboradores (2006) apontam uma série de inventários e escalas que são utilizados para este fim, dentre os quais aparece a Autoavaliação de Competência em TCC, desenvolvida em 2001 por Sudak, Wright e Beck, que engloba as três dimensões de competência.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo descrever a percepção de terapeutas iniciantes no último ano de graduação sobre seu próprio desenvolvimento nas três dimensões de competência em TCC durante a supervisão de estágio clínico.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 15 alunos do último ano de Psicologia, com idade média de 22,6 anos ($dp = 6,81$), com apenas um representante do sexo masculino.

INSTRUMENTO

A autoavaliação de competência em TCC foi adaptada e modificada da Associação Americana de Diretores de Treinamento de Residência em Psiquiatria (AADPRT), denominada "AADPRT Cognitive Behavioral Therapy Competencies" (Sudak et al., 2001 citado em Wright et al., 2006). A autoavaliação de competência mede a autopercepção do estudante sobre seus conhecimentos, habilidades e atitudes na TCC, em uma escala *likert* de três pontos: excelente, satisfatório, insatisfatório. São 11 itens de conhecimento, 16 de habilidades e 3 de atitudes.

PROCEDIMENTOS DA SUPERVISÃO

Foram 34 encontros com duração média de 3 horas e 40 minutos divididos em dois momentos de cinco meses no ano de 2010. No primeiro dia de supervisão foram estabelecidas as regras do estágio, o modelo de supervisão, as atividades propostas, assim como as competências a serem alcançadas e os estilos de avaliações. Neste momento, também foi exposta a proposta de autoavaliação da competência nos três momentos como forma de analisar a evolução de cada um e foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto com o contrato de supervisão, respeitando os procedimentos descritos na Resolução 196/96. Os alunos que não quisessem participar das avaliações poderiam participar da supervisão em TCC sem nenhuma penalidade. Ainda neste dia, os alunos foram separados nos grupos GA e GB, conforme a preferência dos participantes quanto ao dia e grupo de supervisão.

No segundo dia de supervisão, o contrato foi assinado por todos, viu-se um vídeo sobre relação terapêutica a partir de encenações clínicas (Guilhardi, 2009), seguido de discussões e reflexões sobre o assunto. As quatro supervisões seguintes foram de discussão teórica e atividades formativas, como *role playing* de entrevista inicial e uso do RPD como tarefa de casa. A partir do encontro seguinte sempre havia análise sistemática de um dos casos acompanhados pelos estagiários (objetivo da intervenção, intervenção proposta e resposta do sujeito), discussão de algum texto/seminário e/ou atividade formativa e/ou estudo conjunto de transcrição (com troca de material entre os alunos para análise e discussão) e/ou autoavaliação.

No segundo momento, após quatro semanas de férias letivas, foi retomado com reestabelecimento do contrato de supervisão e elaboração de cronograma. A partir da supervisão seguinte, as atividades foram intercaladas: um dia de discussão de caso e/ou de textos; um dia de atividades formativas e/ou autoavaliações. Como atividades formativas aconteceram: treino de aplicação de testes e inventários, treinamento de atendimento infantil, treino de técnicas, treino de socratização de diálogo, treino de prevenção de recaídas e conceitualização de casos de forma colaborativa.

FORMATO DA SUPERVISÃO

O formato da supervisão seguiu a estrutura da sessão terapêutica, sendo assim, inicialmente era feito um resumo da semana anterior, a fim de fazer um *link* entre as supervisões. Após esse *link*, era feita a medida de humor de cada supervisionando, em um Termômetro do Humor desenhado no quadro branco. Após este procedimento, era feita a agenda, resgatando o que tinha sido combinado na semana anterior e incluindo tópicos necessários, sejam por parte dos alunos ou do supervisor. Em seguida, era verificada a tarefa de casa, depois eram discutidos os tópicos da supervisão colocados na agenda. Durante esse desenvolvimento da supervisão, ocorriam as discussões de casos, de textos, seminários, atividades formativas ou avaliativas.

Ao final, sempre que necessário, eram passadas tarefas de casa e leitura específica para apresentação e discussão na semana seguinte. A sumarização do que tinha ocorrido, sempre com questionamentos sobre o que tinha sido positivo e poderia ser aproveitado, e novamente a verificação de humor, também era realizadas neste momento. Durante toda a sessão de supervisão, os *feedbacks* eram dados e solicitados, inicialmente por parte do supervisor e, à medida que o processo foi sendo apreendido por todos, os próprios supervisionandos começaram a fazê-lo.

PROCEDIMENTO DAS AUTOAVALIAÇÕES

As avaliações sobre os principais níveis de competência em TCC ocorreram em três momentos: duas semanas após o início do atendimento, a fim de garantir que todos já houvessem iniciado a primeira atuação clínica; ao final do primeiro momento de estágio supervisionado e ao final do segundo momento.

ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizado o Programa Microsoft Excel versão 2010 para facilitar a descrição dos resultados. Para analisar a escala do instrumento foi utilizada a pontuação (1) para insatisfatório, (2) para satisfatório e (3) para excelente nas três dimensões. Na primeira dimensão (conhecimento) era possível alcançar um escore máximo de 33 pontos caso todas as indicações fossem excelentes e um escore mínimo de 11 pontos caso as indicações fossem insatisfatórias. Na segunda dimensão (habilidades) o escore máximo era de 48 pontos e o mínimo de 16, enquanto na terceira dimensão (atitudes) o escore máximo era de 9 pontos e mínimo de 3 pontos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De uma forma geral, os alunos apontaram a atitude como a dimensão da competência mais facilmente aprendida, sendo avaliada em 97,1% do total de respostas positivas como excelente (56,3%) ou satisfatória (40,8%) e apenas 2,9% como insatisfatória. O conhecimento foi a segunda dimensão melhor

avaliada, sendo apontada em 93,5% do total das respostas positivas como excelente (24,8%) ou satisfatória (68,7%) e em 6,5% como insatisfatória. Ainda que as habilidades tenham sido consideradas como excelentes (18,9%) ou satisfatórias (57,9%) na maioria das vezes (76,8% do total de respostas positivas), também teve uma indicação significativa de insatisfatória (23,2%) comparada às outras duas dimensões, conforme gráfico 1.

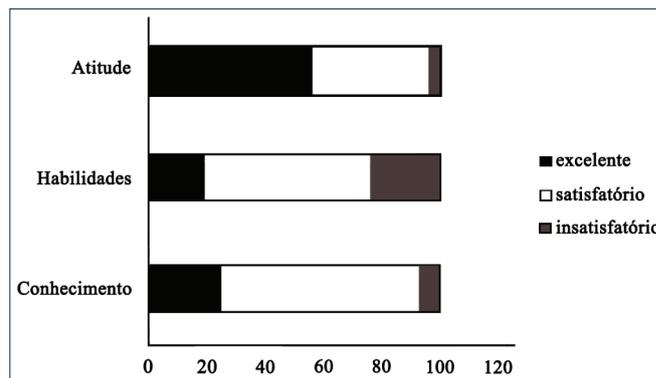


Gráfico 1. Avaliação das três dimensões de competência em TCC.

Um fato interessante é que o dado acima contradiz a literatura, uma vez que atitude é a dimensão da competência profissional considerada mais complexa, sendo a resultante de uma série de fatores, assim como a menos enfatizada durante o curso de graduação (Cruz & Schultz, 2009) em comparação às dimensões de conhecimento e habilidades. Esta contraposição levanta a possibilidade de duas suposições que justificam este resultado: a primeira pode indicar que o processo de autoavaliação diante da atuação exige mais amadurecimento por parte dos terapeutas, a segunda passa pela efetividade do instrumento em medir tal competência.

Além disso, em geral, a dimensão da atitude não faz parte do processo de avaliação na educação e formação profissional, o que pode causar estranhamento dos estagiários diante da perspectiva da autoavaliação, prática pouco frequente durante a formação docente (Abdalla et al., 2008). Esses dois fatores podem ter favorecido a dificuldade de compreensão do instrumento, sugerindo o julgamento da intenção do ato em si e não do comportamento efetivado: o que fortalece a crença de que possa haver uma incapacidade de compreensão dos próprios limites e uma dificuldade de reflexão do que está posto no contexto ou mesmo uma imaturidade emocional (Bandura, 1956; Barletta & Barreto, 2010).

Resgatando a segunda explicação mencionada acima, a literatura tem apontado que há uma dificuldade em saber o que medir e como medir a competência. Além disso, Manning e colaboradores (2003) apontam que, quanto mais específica for a definição do que está sendo julgado, mais fácil será saber o que deve ser desenvolvido e medido. Neste sentido, acredita-se que talvez este instrumento possa não ter deixado claro quais aspectos da atitude estavam sendo questionados.

Em contrapartida, pode-se supor que o processo de ensino da TCC quando realizado de forma estruturada, com autoaplicação de técnicas pelos terapeutas iniciantes, com possibilidade de uma relação supervisor-supervisionando colaborativa e bidirecional, e com uma diversidade de métodos de ensino (Bennett-Levy, McManus et al., 2009; Neufeld & Cavenage, 2010; Sudak et al., 2003), favoreça e potencialize a reflexão da prática clínica e fortaleça a própria habilidade prática, ainda que esta tenha tido o pior julgamento das três dimensões. Sabe-se que a reflexão é essencial no processo de formação do terapeuta e no desenvolvimento de competências profissionais (Banks & Zions, 2009; Bennett-Levy et al., 2001; Bennett-Levy, Thwaites et al., 2009) e, portanto, pode ter facilitado o julgamento da dimensão da atitude. A seguir será apresentada e discutida cada uma das dimensões em separado.

CONHECIMENTO

Sobre o conhecimento, verificou-se que, na primeira avaliação, o item 3 (formulações cognitivo-comportamentais) foi considerado com menor domínio pelos alunos, sendo avaliado como insatisfatório por um terço deles (SA6, SA7, SB9, SB11, SB13). Ainda que tenha aumentado na segunda avaliação e se mantido na terceira, chegando a apresentar, ao final, uma resposta excelente (SB12) e nenhuma insatisfatória, continuou como um dos mais baixos domínios. Este é um dado muito importante, uma vez o domínio das formulações teóricas é um dos principais fatores para o desempenho adequado de um terapeuta cognitivo-comportamental (Bennett-Levy, McManus et al., 2009; Padesky, 2004; Roth & Pilling, 2008; Sudak et al., 2003). O treinamento fez com que aumentasse o conhecimento sobre este tópico, tornando-o satisfatório. Porém, como montar um mapa da pessoa não é uma tarefa fácil (Neufeld & Cavenage, 2010), uma vez que diversas variáveis devem ser levadas em consideração, exige o conhecimento acirrado e uma grande habilidade do terapeuta, acredita-se que, com mais tempo de treinamento, seriam alcançados níveis cada vez mais satisfatórios. A própria literatura da área indica que um dos critérios para o desenvolvimento adequado do terapeuta cognitivo-comportamental é o tempo de formação e supervisão (Cottraux & Matos, 2007).

Já os itens considerados com maior domínio na primeira avaliação foram os itens 6 (princípios básicos da psicoeducação), considerado excelente por 46,7%, seguido do item 9 (a importância da educação continuada), avaliado excelente por 40%, e o item 1 (o modelo cognitivo-comportamental), avaliado como excelente por 33,3%. Verificou-se que esses três itens considerados com maior domínio pelos alunos na primeira avaliação, tiveram maior indicação positiva na última, sendo o item 6 considerado excelente pela maioria dos respondentes (60%), seguido pelos itens 9 (46,7%), 11 (elaboração e planejamento da próxima sessão) (46,7%) e 1 (40%).

Na última avaliação, o item considerado com menor domínio pelos alunos foi o 8 (princípios básicos de técnicas cognitivas), sendo que um aluno diminuiu sua avaliação para insatisfatório (SB10). É interessante notar que, com o treinamen-

to, os alunos puderam apontar que as formulações cognitivo-comportamentais melhoraram, porém os princípios básicos de técnicas cognitivas caíram. Supõe-se que tal fato esteja ligado à maior profundidade dos conteúdos e à exigência de prática de algumas técnicas, como chegar às crenças e reestruturá-las, conforme ilustram as falas: “Parece fácil quando você ouve em teoria, mas na hora de usar aqui [em supervisão] já é difícil, quanto mais no atendimento” (SB9) e “Quando você explica e faz a gente pensar parece muito fácil, mas lá na hora é muito mais difícil! Quanto mais eu leio e estudo, parece que menos eu sei” (SA5).

A partir deste resultado, levanta-se um questionamento: será que se dá muita ênfase na habilidade em acessar o processamento de informação em seu nível mais superficial, ou seja, o pensamento automático, enquanto os níveis mais profundos como as crenças intermediárias e centrais são menos trabalhados? Este fato pode estar associado às dificuldades encontradas no ensino da TCC na graduação, seja pelo pouco contato com a teoria, pelo contato tardio ou pelas confusões teóricas (Neufeld et al., 2010). Ainda que a literatura aponte a importância da reestruturação de todo processamento cognitivo, muitos terapeutas iniciantes se questionam sobre o que fazer quando descobrem a crença central. Talvez a autoaplicação de estratégias de reestruturação cognitiva, o treino do questionamento socrático e outras técnicas devam ser priorizadas no treinamento, assim como o aprofundamento do processo reflexivo (Banks & Zions, 2009; Bennett-Levy et al., 2001; Bennett-Levy, Thwaites et al., 2009). Porém, mais uma vez, esbarrar-se-á no quesito tempo (Cottraux & Matos, 2007).

Ao final, todos os 11 itens tiveram um aumento em relação à primeira avaliação, mostrando um aumento percebido na dimensão do conhecimento. Em geral, o padrão foi um aumento na segunda avaliação e a manutenção ou o aumento na terceira avaliação, com exceção dos itens 2 (conceitos de pensamentos automáticos, erros cognitivos, esquemas e princípios do comportamento), 5 (justificativa para sessões de estruturação, colaboração e solução de problemas) e 9 (a importância da educação continuada), que aumentaram, em média, cinco graus na segunda avaliação e diminuíram um ou dois graus na terceira, conforme Gráfico 2. Estes dados sugerem que a apreensão de conhecimento percebida, de uma forma geral, aumenta durante os treinamentos, corroborando com toda a literatura (Bennett-Levy, McManus et al., 2009; Padesky, 2004; Roth & Pilling, 2008; Sudak et al., 2003; Wright et al., 2006).

HABILIDADES

Sobre habilidades, o item 3 (educar o paciente sobre o modelo da TCC) foi o único que não recebeu nenhum insatisfatório nos três momentos, sendo o melhor avaliado com 55,6% indicações como excelente. Partindo da premissa de que a TCC tem sua perspectiva na psicoeducação como estratégia fundamental (Wright et al., 2006), sugere-se que esta habilidade tenha sido amplamente treinada em supervisão, uma vez que

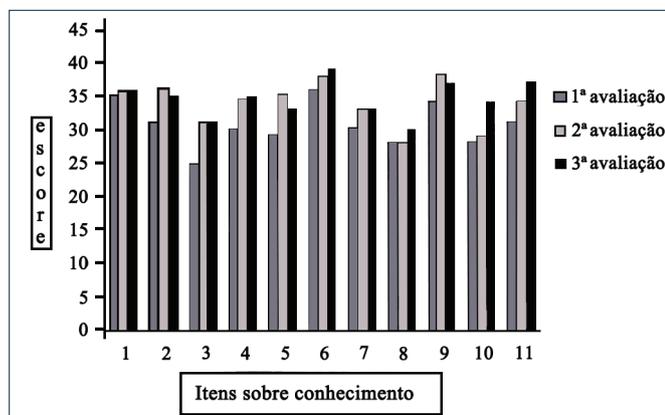


Gráfico 2. Mudanças nos 11 itens das três avaliações na dimensão conhecimento.

esta seguiu o modelo e estrutura da clínica. Isto implica dizer que a psicoeducação, bem como a descoberta guiada, foram aprendidas por modelação e modelagem (Castanheira, 2001), facilitando a apreensão e a percepção de domínio.

O item 14 (usar técnicas de prevenção de recaídas) foi assinalado com menor domínio pelos alunos em todos os momentos, sendo insatisfatoriamente avaliado em 64,4% das vezes e nenhuma vez como excelente. Segundo SA1, SA5, SB11, SB12, o uso de técnicas de prevenção de recaída não foi trabalhado no primeiro semestre, sendo visto e aplicado somente no segundo. Talvez, por isto, entre a primeira e a última avaliação houve um aumento de 13,3% para 60% de indicação satisfatória. Os seis (SA1, SA4, SA5, SA6, SB10, S13) alunos que continuaram com insatisfatório na última avaliação apontaram que não chegaram a realizar a prevenção de recaídas. Vale a pena frisar que a prevenção de recaída, ainda que seja deixada para o final da terapia, é trabalhada durante todo processo terapêutico (Beck, 1997; Wright et al., 2006). Neste sentido, acredita-se que esta percepção não foi identificada pelos alunos, que a consideraram uma intervenção específica que só ocorreria ao final do processo.

Os itens avaliados com maior domínio na primeira avaliação foram o 2 (estabelecer e manter uma relação colaborativa), indicado por 60% como excelente, e o 16 (buscar supervisão adequada, quando necessário), indicado como excelente por 53,3%. Estes dois itens se mantiveram igual na última avaliação. O item 3 (educar o paciente sobre o modelo da TCC), indicado como excelente por 40% dos alunos na primeira avaliação, o item 13 (empregar técnicas de registro de pensamento), indicado como excelente por 26,7%, e o item 9 (construir metas terapêuticas e planejar cada sessão antecipadamente), indicado como excelente por 20%, tiveram um aumento na última avaliação, sendo indicados como excelente por 53,3% das respostas em cada um deles.

Uma das participantes (SA6) se autoavaliou negativamente em suas habilidades, diminuindo um grau em nove itens e permanecendo igual em seis itens da segunda para a terceira avaliação. Esta participante aumentou sua avaliação apenas no

item 5 (identificar e explicar os erros cognitivos comuns). Sabe-se que o desenvolvimento de competências profissionais pode ser mediado pelo amadurecimento pessoal, incluindo o nível de ansiedade, o senso de autoeficácia, a autorreflexão (Bandura, 1956, 1977; Barreto & Barletta, 2010), pela relação com o grupo de supervisão (Bieling et al., 2008), pelas características do treinamento ofertado (Banks & Zions, 2009; Bennett-Levy, McManus, et al., 2009; Manring et al., 2003; Padesky, 2004; Sudak et al., 2003) e pelas dificuldades prévias no ensino (Neufeld et al., 2010). Portanto, entende-se que cada aluno tem que ser considerado único no desenvolvimento. Assim, mesmo que se busque um padrão de ensino para aumentar manejo terapêutico, as características individuais não devem ser deixadas de lado.

Ao final, 15 itens tiveram um aumento em relação à primeira avaliação, com exceção do item 2 (estabelecer e manter uma relação terapêutica colaborativa), que diminuiu dois graus, ainda que este tenha sido um dos itens de melhor avaliação. Este resultado mostra um aumento percebido na dimensão das habilidades, após o período de treinamento. Mas verificou-se que este aumento não teve uma constante ou um único padrão, já que em 50% dos itens houve um aumento na segunda e terceira avaliações, outros cinco itens (2, 5, 6, 9, 13) diminuíram na segunda avaliação e voltaram a aumentar na terceira, dois itens (3, 10) aumentaram na segunda e diminuíram na terceira avaliação, e um único item (16) se manteve na segunda avaliação e aumentou na terceira, conforme Gráfico 3.

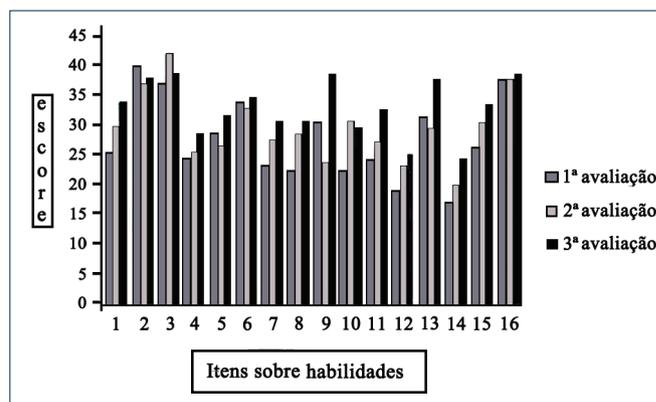


Gráfico 3. Mudanças nos 16 itens das três avaliações na dimensão habilidades.

ATITUDE

Sobre a atitude, em todos os itens das três avaliações o GA obteve resultado superior ao GB, indicando uma autoavaliação mais positiva. Outro dado que aponta nesta direção foi que GA se autoavaliou em 37% das questões como excelente, enquanto GB se autoavaliou como excelente em 19,3% das respostas.

Essa diferença significativa pode estar ligada a alguns fatores apontados na literatura como: (a) uma percepção mais positiva de si mesmo e de sua competência (Bandura, 1956);

(b) uma tentativa de mostrar potencialidades, já que, conforme Beckert (2002), este é o momento em que o aluno deverá evidenciar tudo o que aprendeu durante o curso, especialmente no início em que a relação ainda se baseia em alguém que sabe e alguém que deve aprender; (c) imaturidade emocional dos alunos, dificultando uma autoavaliação mais realística (Barreto & Barletta, 2010). É importante ressaltar que a literatura aponta esta dimensão como o termômetro do processo psicoterápico, uma vez que favorece a reflexão sobre a prática e seu planejamento (Bennett-Levy, Thwaites et al., 2009; Cruz & Schultz, 2009).

Uma das alunas (SB10) autoavaliou-se como insatisfatório nas três questões da primeira avaliação, aumentando para satisfatório na segunda e manteve assim até o final. De forma contrária, SA3 autoavaliou-se como excelente nas três questões da primeira avaliação, caindo para satisfatório na segunda e mantendo-se desta forma na terceira. Outro participante (SA6) apresentou uma diminuição nos três itens da terceira avaliação. Todos os participantes do GA autoavaliaram-se como excelente na primeira questão da primeira avaliação, porém três deles (SA1, SA3, SA6) diminuíram para satisfatório até a terceira avaliação.

Acredita-se que a diminuição dos resultados da autoavaliação de atitude de alguns alunos de GA esteja ligada à dificuldade de interação do grupo, que foi acirrando-se ao longo do processo supervisionado em função de eventos-extrassupervisão. O contrário, também, é levantado como possibilidade para explicar o porquê de alguns alunos de GB autoavaliaram-se negativamente no início, progredindo à medida que aconteciam as supervisões, paralelamente em que o grupo tornava-se mais coeso. Verifica-se que a literatura aponta a importância dos fatores grupais no desenvolvimento da relação entre seus membros e que esta relação é fundamental para o suporte grupal, a exposição pessoal e a tolerância às dificuldades e aos erros (Bieling et al., 2008). Ainda assim, como trata-se de um grupo que compartilha outros espaços em comum, eventuais adversidades podem ser inseparáveis do momento de supervisão, interferindo na relação durante o processo de aprendizagem de psicoterapia.

Ainda que esta dimensão tenha tido o maior número de respostas positivas, não houve um padrão ao longo do treinamento. Assim, enquanto o item 1 (empático, respeitoso, não crítico e colaborativo) se manteve igual na primeira e terceira avaliação com um decréscimo na segunda, foi verificado um aumento gradual do item 2 (sensível a questões socioculturais, socioeconômicas e educacionais). Porém, nas três avaliações, o item 3 (aberto ao exame de observações ao vivo ou gravadas em vídeo ou em áudio das sessões de tratamento) foi considerado com menor domínio pelos alunos, havendo uma piora ao final, conforme aponta Gráfico 4.

Apesar disto, o GB aumentou sua pontuação na segunda avaliação e se manteve, enquanto o GA diminuiu a pontuação na última avaliação. Chama atenção que quatro participantes (SA2,

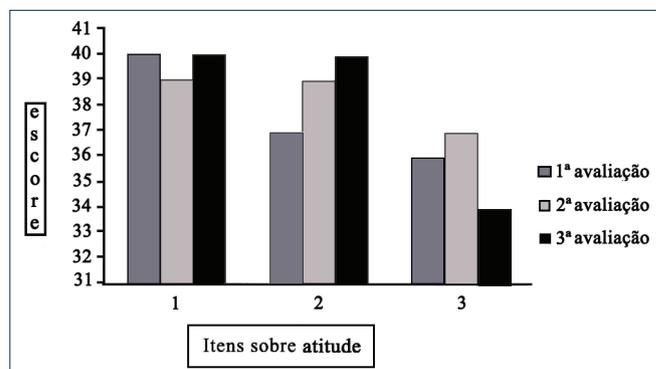


Gráfico 4. Mudanças nos três itens das três avaliações da dimensão atitude.

SA3, SA6, SA8) diminuíram sua autoavaliação, sendo que três deles o fizeram na última, com exceção de SA3, que diminuiu na segunda avaliação e se manteve. A queda mais significativa foi de SA6, diminuindo de excelente para insatisfatório.

Mais uma vez, acredita-se que este fato esteja diretamente ligado às questões de relacionamento grupal. O GA iniciou o processo com uma autoavaliação mais alta e positiva, diminuindo essa percepção ao longo do processo, acirrando essa queda na primeira e terceira questões sobre atitude. Já o GB mostrou um crescimento ao longo do processo, especialmente na primeira e segunda questão sobre atitude, sendo que a terceira questão aumentou na segunda avaliação e permaneceu na terceira avaliação. De acordo com a literatura, é essencial que o grupo possa oferecer uma audiência positiva que possibilite um ambiente propício à aprendizagem, isto é, à modelação, à modelagem e à manutenção de comportamentos funcionais para um bom terapeuta (Beckert, 2002; Bieling et al., 2008; Padesky, 2004; Roth & Pilling, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre a supervisão de estágio é um processo fundamental para o supervisor visando à melhoria da própria prática de ensino de competências de uma práxis demasiadamente complexa (Bennett-Levy, Thwaites et al., 2009). Ao mesmo tempo em que a supervisão clínica é reconhecida na literatura e na educação como um processo indispensável de aprendizagem, a falta de modelos e sistematização da supervisão clínica favorece a continuidade de uma prática ligada à formação pessoal do supervisor e sem critérios de avaliação do processo ou do resultado (Barreto & Barletta, 2010; Bennett-Levy, McManus et al., 2009; Sudak et al., 2003).

Considera-se que o formato estruturado da supervisão de acordo com a sessão clínica e as atividades propostas atingiram seu objetivo em relação ao desenvolvimento de habilidades terapêuticas dos alunos iniciantes na abordagem cognitivo-comportamental do presente trabalho. Esta afirmativa pode ser vista pelas mudanças indicadas entre a primeira e a terceira avaliações das dimensões do conhecimento, habilidades e atitudes percebidas pelos alunos. Verifica-se que este modelo de supervisão é de fácil replicação, dinâmico e bastante sócrático, o que favorece a implicação de todos no desenvolvimento de sua

competência, conforme indica a literatura (Padesky, 2004). Ainda assim, entende-se que outros fatores também vão influenciar neste desenvolvimento de competências terapêuticas, como as características individuais (Bandura, 1956), a relação grupal de supervisão (Beckert, 2002; Bieling et al., 2008), o uso de exercícios autoaplicados (Bennett-Levy et al., 2001), o autoconhecimento do funcionamento cognitivo-comportamental (Bandura, 1977; Neufeld & Cavenage, 2010) e o manejo de aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais (Banks & Zions, 2009).

Uma das limitações deste trabalho está relacionada ao tempo, desde a perspectiva longitudinal de dez meses de supervisão à perspectiva transversal do tempo de sessão de supervisão. É previsto que o tempo de aprendizado para se considerar um *expert* na área de terapia cognitivo-comportamental é de pelo menos dois anos (Cottraux & Matos, 2007), então uma sugestão é a continuidade deste processo após a conclusão da graduação. Sobre o tempo de sessão de supervisão, sugere-se que o grupo supervisionado seja reduzido a meia dúzia de alunos, a fim de aumentar o tempo de discussão de cada caso e maximizar a qualidade da supervisão, potencializando o processo de aprendizagem de habilidades e competências em TCC.

Entende-se também que é necessário que o instrumento utilizado neste estudo seja validado seguindo os parâmetros psicométricos, a fim de garantir que a proposta de medida seja alcançada. Neste sentido, sugerem-se pesquisas com esta finalidade para instrumentos a serem utilizados na avaliação do desenvolvimento de competências profissionais em psicoterapia.

Considera-se que este estudo não esgota a discussão sobre o tema, mas contribui de maneira significativa para o entendimento e a reflexão de procedimentos de ensino e aprendizagem da prática clínica. Com os bons resultados apontados neste estudo e com o baixo custo em relação aos benefícios, sugere-se que supervisores clínicos em TCC possam se apropriar do modelo proposto, a fim de adaptá-lo à sua prática supervisionada. Uma vez que esta pesquisa teve caráter descritivo, sugerem-se mais estudos preditivos, para que os resultados possam ampliados e possam fortalecer a construção de intervenções supervisionadas criativas e eficientes para aumentar o potencial do futuro psicoterapeuta cognitivo-comportamental.

REFERÊNCIAS

- Abdalla, I. G.; Batista, S. H. & Batista, N. A. (2008). Desafios do ensino de psicologia clínica em cursos de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4),806-819.
- Bandura, A. (1956). Psychotherapist's anxiety level, self-insight, and psychotherapeutic competence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52(3), 333-337. Recuperado em 18/10/2010. Disponível em <http://www.des.emory.edu/mfp/BanduraPubs.html>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. Recuperado em 12/10/2011. Disponível em <http://www.des.emory.edu/mfp/BanduraPubs.html>
- Bank, T. & Zions, P. (2009). Teaching a cognitive behavioral strategy to manage emotions. *Intervention in School and Clinic*, 44 (5), 307-313. Recuperado em 12/10/2011. Disponível em <http://isc.sagepub.com/content/44/5/307.pdf>
- Barreto, M. C. & Barletta, J. B. (2010). A supervisão de estágio em psicologia clínica sob as óticas do supervisor e do supervisionando. *Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde*, 12(12),155-171.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed (obra original publicada em 1995).
- Beckert, M. (2002). Relação supervisor-supervisionando e a formação do terapeuta: contribuições da psicoterapia analítico-funcional (FAP). Em: H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz, (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 245-256). Santo André: Esetec.
- Bennett-Levy, J.; McManus, F.; Westling, B. E. & Fennell, M. (2009). Acquiring and refining CBT skills and competencies: which training methods are perceived to be most effective? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 571-583. Recuperado em 18/08/2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19703329>
- Bennett-Levy, J.; Thwaites, R.; Chaddock, A. & Davis, M. (2009). Reflective practice in cognitive behavioural therapy: the engine of lifelong learning. In: R. Dallos & J. Stedmon (orgs.) *Reflection in Psychotherapy and Counseling* (pp. 115-135). Maidenhead: Open University Press.
- Bennett-Levy, J.; Turner, F.; Beauty, T.; Smith, M.; Paterson, B. & Farmer, S. (2001) The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29,203-220.
- Bieling, P. J.; McCabe, R. E. & Antony, M. M. (2008). *Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Castanheira, S. S. (2001). Regras e aprendizagem por contingência: sempre e em todo o lugar. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz, (Orgs.) *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade*. (pp. 31-39). Santo Andre: ESETEC.
- Cottraux, J. & Matos, M. G. (2007). Modelo europeu de formação e supervisão de terapia cognitivo-comportamentais para profissionais de saúde mental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(1),54-72.
- Cruz, R. M. & Schultz, V. (2009). Avaliação de competências profissionais e formação do psicólogo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(3), 117-127.
- Guilhardi, H. J. (2009) Reflexões sobre interações entre terapeuta e cliente. ITCR: Campinas. 01 vídeo digital (1h40min), DVD, son., color.
- Löhr, S. S. & Silveiras, E. F. M. (2006). Clínica-escola: integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. Em: E. F. M. Silveiras, (org.) *Atendimento psicológico em clínicas-escolas* (pp. 11-22). Campinas, SP: Alínea.
- Manring, J.; Beitman, B. D. & Dewan, M. J. (2003). Evaluating Competence in Psychotherapy. *Academic Psychiatry*, 27(3), 136-144. Recuperado em 18/10/2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12969835>
- Neufeld, C. B. & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), s.p. Recuperado em 05/10/2011. Disponível em: http://www.rbtc.org.br/edicao_atual.asp

- Neufeld, C. B.; Xavier, G. S. & Stockmann, J. D. (2010). Ensino de Terapia Cognitivo-Comportamental em cursos de graduação em Psicologia: um levantamento nos Estados do Paraná e de São Paulo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(1), s.p. Recuperado em 05/10/2011. Disponível em: http://www.rbtc.org.br/edicao_atual.asp?ed=12
- Padesky, C. A. (2004). Desenvolvendo competências do terapeuta cognitivo: modelos de ensino e supervisão. Em: P. M. Salkovskis (org.). *Fronteiras da Terapia Cognitiva* (pp. 235-255). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pereira, M. & Rangé, B. (2011). Terapia cognitiva. Em: B. Rangé e cols. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (pp. 20-32). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Roth, A. D. & Pilling, S. (2008). A competence framework for the supervision of psychological therapies. Recuperado em 10/10/2010. Disponível em <http://www.ucl.ac.uk/CORE/>
- Sudak, D.; Beck, J. & Wright, J. (2003). Cognitive Behavioral Therapy: a blueprint for attaining and assessing psychiatry resident competency. *Academic Psychiatry*, 27(3),154-159. Recuperado em 10/10/2011. Disponível em <http://ap.psychiatryonline.org/cgi/reprint/27/3/154>.
- Wainer, R & Piccoloto, N. (2008). Formação e supervisão em psicoterapia cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 10(2),219-228.
- Westbrook, D; Sedgwick-Taylor, A; Bennett-Levy, J; Butler, G. & McManus, F. (2008). A pilot evaluation of brief CBT training course: impact on trainees' satisfaction, clinical skills and patient outcomes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 569-579. Recuperado em 25/11/2010. Disponível em: http://www.cbtraining.com.au/uploads/images/documents/Westbrook_etal.pdf
- Wright, J. H., Basco, M. B & Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive-behavior Therapy: an illustrated guide*. USA: American Psychiatric Publishing, Inc.