

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

GABRIELA DE ANDRADE REIS

**COMPETÊNCIA EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:
PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE UMA MEDIDA E SEU USO
EM ESTÁGIO SUPERVISIONADO**

JUIZ DE FORA

2018

Gabriela de Andrade Reis

Competência em terapia cognitivo-comportamental: propriedades psicométricas de uma medida e seu uso em estágio supervisionado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Desenvolvimento Humano e Processos Sócio-Educativos.

Orientador: Doutor Altemir José Gonçalves Barbosa

Juiz de Fora

2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Reis, Gabriela de Andrade.

Competência em terapia cognitivo-comportamental: : propriedades psicométricas de uma medida e seu uso em estágio supervisionado / Gabriela de Andrade Reis. -- 2018.
90 f.

Orientador: Altemir José Gonçalves Barbosa

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2018.

1. competência profissional. 2. formação do psicoterapeuta. 3. psicometria. 4. terapia cognitivo-comportamental. 5. Cognitive Therapy Scale Revised. I. Barbosa, Altemir José Gonçalves, orient. II. Título.

GABRIELA DE ANDRADE REIS

**COMPETÊNCIA EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DE UMA MEDIDA E SEU USO EM ESTÁGIO SUPERVISIONADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por **Gabriela de Andrade Reis**

Dissertação defendida e aprovada em 23 de março de dois mil e dezoito, pela banca constituída por:



Orientador: Prof. Dr. Altemir Jose Gonçalves Barbosa
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Profa. Dra. Laisa Marcovela Andreoli Sartes
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista
Universidade São Francisco

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Altemir José Gonçalves Barbosa, pela acolhida, dedicação e paciência, pelo incentivo em cada orientação e, especialmente, por ser um grande exemplo de professor e orientador. Agradeço imensidade por tudo que aprendi ao longo desses anos.

Aos estagiários, supervisores e terapeutas que participaram como sujeitos desta pesquisa, pela generosa disponibilidade em colaborar.

Aos avaliadores, Prof^ª. Dr^ª. Laisa Marcorela Andreoli Sartes e ao Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista por gentilmente aceitarem avaliar este trabalho e pelas valiosas contribuições por ocasião do exame de qualificação.

Às queridas e competentes amigas Sarah, Nathalya, Camila, Maiara, Deborah, Tatiane e Kely pelos momentos de discussão, pelo apoio e compreensão e por serem o melhor “SAC” durante os dois anos de curso.

À minha família pela presença, por serem meu suporte e refúgio e por sempre acreditarem em mim.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

Agradeço especialmente a Deus, por tanto e por tudo. Pelas oportunidades, auxílios e alento.

A todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a realização deste estudo.

RESUMO

O expressivo crescimento do número de terapeutas cognitivo-comportamentais contrasta com a reduzida preocupação sobre os processos de formação mais efetivos e sobre as melhores estratégias de avaliação de competência de terapeutas iniciantes e já experientes. Assim, foram conduzidos três estudos sobre formação e competência em terapias cognitivo-comportamentais. O primeiro teve como objetivo descrever o estado da arte sobre a formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. Os temas das publicações, as estratégias formativas e as medidas de competência empregadas em artigos indexados pela PsycNET e publicados entre 2011 e 2016 foram analisados. Observou-se que a produção científica analisada (N=24) pode ser considerada reduzida e que os artigos tratam de cinco temas: Modalidades de Formação, Preparação para Atuação em Quadros Específicos, Preparação para Atuação com Clientes Específicos, Desenvolvimento Pessoal do Terapeuta e Preparação para o Domínio de Técnicas ou Modelos Específicos. As estratégias de formação que têm sido mais utilizadas são formação expandida e supervisão. A avaliação de competência comumente ocorre pelo exame da prática do terapeuta. Como não foram encontradas medidas válidas e fidedignas para esse fim no Brasil e dada a necessidade de se definir como e quais competências serão desenvolvidas durante as formações, o objetivo do segundo estudo foi apresentar o processo de tradução e adaptação da *Cognitive Therapy Scale Revised* (CTS-R) e a análise de suas propriedades psicométricas. Após obter uma versão brasileira da CTS-R com base em diretrizes internacionais de tradução e adaptação de medidas, terapeutas experientes realizaram avaliações de sessões de terapia gravadas em vídeo com o instrumento e estagiários foram avaliados durante a supervisão clínica por seus supervisores e também se autoavaliaram. Foram obtidas evidências de validade segundo a estrutura interna e evidências de validade baseada nas relações com variáveis externas, assim como estimativas de fidedignidade a partir de consistência interna e de confiabilidade interexaminadores. Como essa medida mostrou-se adequada, foi utilizada para avaliar o desenvolvimento de competências de terapeutas-estagiários. Objetivou-se também analisar a aplicabilidade desse instrumento para autoavaliação. Houve aumento significativo de competência ao longo do treinamento e, tanto na autoavaliação quanto na avaliação por supervisores, os estagiários tenderam a ser considerados competentes desde a primeira coleta. Logo, a versão brasileira da CTS-R parece uma medida válida e fidedigna também para autoavaliação por terapeutas iniciantes. Além de analisar as limitações desta pesquisa, especialmente aquelas referentes à validade externa, são discutidas, como considerações finais da dissertação, as possíveis contribuições dos estudos para o avanço da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais no Brasil, ressaltando que ela deve ser baseada em evidência.

Palavras-chave: *Cognitive Therapy Scale Revised*; competência profissional; formação do psicoterapeuta; psicomетria; terapia cognitivo-comportamental;

ABSTRACT

The expressive increase in the number of cognitive-behavioral therapists contrasts with the reduced concern about the most effective training processes and the best competency assessment strategies of beginning and experienced therapists. Thus, three studies were conducted on training and competence in cognitive-behavioral therapy. The first one aimed to describe the state of the art on cognitive-behavioral therapists training. The topics of publications, training strategies and measures of competence employed in articles indexed by PsycNET and published between 2011 and 2016 were analyzed. It was observed that the analyzed scientific production (N = 24) can be considered reduced and that the articles deal with five themes: Training Modalities, Training to work in Specific Clinical Conditions, Training to work with Specific Clients, Personal Development of the Therapist and Training for the Domain of Techniques or Specific Models. The training strategies that have been most used are expanded training and supervision. Competency assessment commonly occurs by examining the therapist's practice. Since no valid and reliable measures were found for this purpose in Brazil and given the need to define how and which competences will be developed during the training, the objective of the second study was to present the process of translation and adaptation of the Cognitive Therapy Scale Revised (CTS) -R) and the analysis of their psychometric properties. After obtaining a Brazilian version of the CTS-R based on international guidelines for translation and adaptation of measures, experienced therapists conducted evaluations of video-recorded therapy sessions with the instrument and trainees were evaluated during clinical supervision by their supervisors and also self-assessed. Evidence of validity was obtained according to internal structure and evidence of validity based on relations with external variables, as well as reliability estimates based on internal consistency and inter-rater reliability. As this measure proved to be adequate, it was used to evaluate the development of competences of trainee therapists. The objective of this study was to analyze the applicability of this instrument for self-evaluation. There was a significant increase in competency throughout the training and, in both self-evaluation and evaluation by supervisors, the trainees tended to be considered competent from the first collection. Therefore, the Brazilian version of the CTS-R seems a valid and reliable measure also for self-assessment by beginning therapists. Besides the analysis of the limitations of this research, especially those related to external validity, the possible contributions of the studies to the advance of the training of cognitive-behavioral therapists in Brazil are discussed as final considerations of the dissertation, emphasizing that it should be based on evidence.

Keywords: cognitive behavioral therapy; Cognitive Therapy Scale Revised; professional competence; Psychometrics; psychotherapist education;

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	6
LISTA DE TABELAS	7
APRESENTAÇÃO	8
CAPÍTULO 1- Formação de Terapeutas Cognitivo-Comportamentais: um estudo sobre o estado da arte	15
RESUMO	16
ABSTRACT	17
1.1 Introdução	18
1.2 Método.....	19
1.3 Resultados	21
1.4 Discussão	26
1.5 Considerações Finais	29
1.6 Referências	30
CAPÍTULO 2 - Cognitive Therapy Scale Revised (CTS-R): tradução e adaptação para a língua portuguesa do Brasil, evidências de validade e estimativas de fidedignidade ...	35
RESUMO	36
ABSTRACT	37
2.1 Introdução	38
Estudo 1 – Tradução e Adaptação da Cognitive Therapy Scale - Revised	41
Estudo 2 – Estrutura e consistência interna da versão brasileira da Cognitive Therapy Scale – Revised	43
2.2 Método.....	43
2.3 Análise dos Dados	44
2.4 Resultados	46
2.5 Discussão	47
Estudo 3 – Confiabilidade interexaminadores e evidência de validade baseada na relação com variáveis externas	49
2.6 Método.....	49
2.7 Análise dos Dados	51
2.8 Resultados	51
2.9 Discussão	53
2.9 Considerações Finais	54
Referências	55
CAPÍTULO 3- Desenvolvimento de competências de terapeutas cognitivo-comportamentais: uma comparação entre autoavaliação e avaliação por supervisores. 58	58
RESUMO	59
ABSTRACT	60
3.1 Introdução	61
3.2 Método.....	65
3.3 Análise de Dados.....	66
3.4 Resultados	68
3.5 Discussão	72
Referências	75
CAPÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
APÊNDICES.....	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para as análises.	21
Figura 2. Exemplo de um dos itens da versão brasileira da CTS-R	45
Figura 3. Item Definição e Adesão à Agenda da Cognitive Therapy Scale – Revised	67
Figura 4. Pontuações obtidas nos três momentos de avaliação com a versão brasileira da Cognitive Therapy Scale - Revised.	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Artigos incluídos na análise qualitativa sobre a formação do terapeuta cognitivo-comportamental	21
Tabela 2. Carga fatorial, correlação item-total corrigida e alfa de Cronbach se item deletado dos itens da versão brasileira da Cognitive Therapy Scale – Revised	47
Tabela 3. Dados obtidos pela estatística descritiva e test t para os dois vídeos analisados	52
Tabela 4. Correlações de Pearson, test t e nível de significância para os pares de avaliadores	53
Tabela 5. Médias, desvios-padrão e teste de médias das avaliações efetuadas por estagiários-terapeutas e supervisores com a versão brasileira da Cognitive Therapy Scale - Revised	70

APRESENTAÇÃO

Apesar de eficazes, as psicoterapias baseadas em evidência (PBE) têm falhado ao se estabelecerem em settings clínicos convencionais (Karlin & Cross, 2014). Quando adotadas na prática clínica diária, normalmente são realizadas com pouca fidelidade ao modelo psicoterapêutico avaliado (Karlin & Cross, 2014; Kanna & Kendall, 2015), resultando em efeitos do tratamento menores do que em ensaios clínicos nos quais foram testadas (Rakovshik, & McManus, 2010). Para os terapeutas da comunidade obterem os mesmos resultados das situações de pesquisa, é necessário que eles aprendam os protocolos clínicos assim como foram utilizados nos ensaios randomizados que estabeleceram sua eficácia (Simons, Rosek, & Serrano, 2013). Assim, é imperativo que pesquisadores, professores e supervisores encontrem meios adequados de transferir as intervenções que são consideradas mais efetivas para a comunidade, com fidelidade ao tratamento (Khanna & Kendall, 2015).

Em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), fidelidade ao tratamento refere-se à extensão em que o tratamento é conduzido de acordo com as exigências do manual de tratamento (Dobson & Shaw, 1988). Inclui três componentes: adesão, competência e diferenciação. Adesão refere-se ao nível em que determinado tratamento é conduzido de acordo com as instruções e intenções do manual de tratamento, enquanto competência refere-se a quão bem os terapeutas realizam cada aspecto da intervenção (Simons et al., 2013). Já a diferenciação refere-se ao quanto o tratamento sob investigação se difere de outros em dimensões críticas (Perepletchikova & Kazdin, 2005), sendo muitas vezes entendido a partir da avaliação da adesão (Kazantziz, 2003). A fidelidade ao tratamento não é um fenômeno dicotômico e considera, entre outros fatores de influência, o nível de treinamento e de supervisão providos ao terapeuta (Dobson & Shaw, 1988). Para superar os problemas com a fidelidade ao tratamento, é necessário garantir treinamento adequado, supervisão e monitoramento do comportamento do terapeuta (Dobson & Shaw, 1988).

Assim, entende-se que, para que a disseminação da TCC ocorra promovendo os resultados esperados, é necessária também a disseminação de programas formativos efetivos em TCC (Rakovshik, & McManus, 2010), que requerem a implantação de conhecimentos, habilidades e atitudes, oriundos dos ensaios clínicos randomizados de sucesso, na prática cotidiana (Stallard, Myles, & Branson, 2014). Os treinamentos

devem tornar possível a compreensão sobre as competências específicas necessárias aos terapeutas que utilizam a abordagem (Sburlati, Schniering, Lyneham, & Rapee, 2011).

Apesar de pesquisadores e clínicos reconhecerem a importância de pesquisas sobre o treinamento de terapeutas, a literatura na área ainda é insuficiente e tem sido difícil estabelecer os melhores métodos de formação (Khanna & Kendall, 2015). No Brasil, são escassas as publicações sobre o tema e as existentes têm focado, em sua maioria, no processo de supervisão, identificando como ele ocorre nas especializações do país (Velasquez, Thomé & Oliveira, 2015), investigando como ela é percebida por supervisores e supervisionados (Barreto & Barletta, 2010), explorando a percepção do terapeuta iniciante acerca de seu desenvolvimento ao longo das supervisões (Barletta, Delabrida & Fonseca, 2011) e discutindo a relevância dessa estratégia formativa para o desenvolvimento de competências (Barletta, Fonseca & Delabrida, 2012). Barletta et al. (2011; 2012) destacam que, mesmo reconhecendo que a supervisão é uma prática indispensável para o desenvolvimento de competências, ainda faltam modelos e sistematizações para sua realização. Consequentemente, são utilizados modelos baseados na formação pessoal do supervisor e sem critérios de avaliação do processo e do resultado.

É preciso considerar como e sob quais circunstâncias o treinamento aumenta a competência dos terapeutas e destacar quais áreas de pesquisas futuras constituem prioridade para o treinamento e disseminação da TCC (Rakovishik, & McManus, 2010). Entretanto, a falta de resultados empíricos sobre a avaliação dos programas formativos, sem os quais não é possível ter acesso ao que deve ser ensinado e ao que se tem aprendido, dificulta essa disseminação (Simons et al., 2013, Strunk, Brotman, Derubeis, & Hollon, 2010). Tais resultados também facilitariam o acesso à fidelidade ao tratamento e possibilitariam um feedback fidedigno aos alunos sobre seu processo de aprendizagem, além de melhorar a qualidade dos atendimentos clínicos (Muse & McManus, 2013).

Para identificar os principais instrumentos utilizados para essa função, revisões sistemáticas da literatura foram conduzidas por Simons et al. (2013), que identificaram escalas que variam quanto ao nível de conhecimento avaliado (conhecimento básico, aplicação prática, prática clínica, etc.), componente de integridade do tratamento abordado (adesão, competência e diferenciação), especificação do diagnóstico ou escalas transdiagnósticas, e por quem a avaliação é realizada. A revisão de Muse e McManus (2013) e Rakovshik e McManus (2010) identificaram que a Cognitive

Therapy Scale (CTS; Young & Beck, 1980) e sua versão revisada (CTS-R; Blackburn et al., 2001b) são os instrumentos mais comumente utilizados para avaliação de sessões de terapeutas cognitivo-comportamentais.

A CTS-R é uma escala de sete pontos, composta por doze itens com os quais um avaliador externo avalia as competências do terapeuta em cada sessão do tratamento e a adesão aos métodos terapêuticos (Blackburn et al., 2001b). Foi desenvolvida para melhorar as propriedades psicométricas da CTS, aprimorando o sistema de pontuação, definindo os itens mais claramente e eliminando a sobreposição entre eles (Blackburn et al., 2001a). Embora a CTS-R já conte com uma versão em língua portuguesa do Brasil (Barbosa & Reis, 2015), processos rigorosos de adaptação e obtenção de evidências de validade ainda não foram conduzidos. Não foram encontrados no país instrumentos semelhantes com evidências de validade e fidedignidade.

Destaca-se que os itens apresentados nesta escala se fundamentam nas proposições das TCCs e consideram o papel mediacional da cognição. Assim é possível afirmar que a CTS-R, por ser uma medida do estilo cognitivo-comportamental de conduzir o tratamento (Fairburn & Cooper, 2011), é capaz de avaliar competências comuns a diversas modalidades de TCC, como Terapia do Esquema, Terapia Comportamental Dialética e Terapia de Aceitação e Compromisso porque avalia competência para manejar tanto aspectos cognitivos (por exemplo, Eliciação de Cognições Chaves) quanto comportamentais (por exemplo, Eliciação de Comportamentos).

Quanto mais específicas as definições das competências necessárias ao terapeuta, melhores serão os resultados dos treinamentos (Manring, Beitman, & Dewan, 2003). Assim, é preocupante a formação de terapeutas cognitivo-comportamentais no Brasil, que se dá principalmente em cursos de graduação. As habilidades e competências apresentadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Psicologia (CNE/CES – D.O.U., 16/03/2011) são bastante generalistas, pois, segundo as DCN, são as ênfases curriculares que especificam as competências em cada área da Psicologia. De forma geral, a expressão competências ocupacionais ou profissionais comumente faz alusão a aprendizagens construídas ao longo da vida e que são baseadas em capacidades cognitivas, afetivas e de mobilização de habilidades de adaptação e socialização (Cruz & Shultz, 2009). Elas são necessárias para o sucesso em uma das principais tarefas desenvolvimentais do adulto jovem: início de uma ocupação, formação ou profissão (Costa, 2013).

Uma vez constatadas a relevância do sucesso profissional para o desenvolvimento humano, a necessidade de especificação das competências em TCC e a carência de instrumentos para o contexto brasileiro que avaliam competência nesta abordagem, este estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural da *Cognitive Therapy Scale Revised* (CTS-R), bem como obter evidências de validade e fidedignidade para essa variante. Almejou, ademais, analisar seu uso para avaliações – autoavaliação e avaliação por supervisores – do desenvolvimento de competência de estagiários-terapeutas em TCC

Para apresentar os estudos que foram conduzidos para atingir estes objetivos, o presente trabalho divide-se em quatro capítulos, sendo que os três primeiros têm a forma de artigo. O primeiro já aceito para publicação pela Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, apresenta o estado da arte sobre a formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. As publicações identificadas nos bancos de dados foram analisadas quanto aos temas centrais, às estratégias de formação empregadas e às medidas de aquisição de competências utilizadas. O reduzido número de pesquisas sobre o desenvolvimento de competências de psicoterapeutas cognitivo-comportamentais (aproximadamente seis por ano) contrasta com o aumento do número de profissionais que têm utilizado a abordagem. Salienta-se, ainda, que não foram encontradas publicações brasileiras na revisão realizada.

O segundo capítulo é um artigo sobre o processo de adaptação transcultural e análise de evidências de validade e estimativas de fidedignidade da versão brasileira da CTS-R. Mais especificamente, foram obtidas evidências de validade segundo a estrutura interna, evidências de validade baseada nas relações com variáveis externas, assim como estimativas de fidedignidade a partir de consistência interna e confiabilidade interexaminadores.

No terceiro capítulo, apresenta-se uma investigação sobre o desenvolvimento de competências de estagiários-terapeutas cognitivo-comportamentais participantes de processos de formação inicial – graduação em Psicologia – em TCC, enfatizando a comparação entre duas formas de acesso à competência: autoavaliação e avaliação por supervisor. Utilizou-se, evidentemente, a versão brasileira da CTS-R como medida de competências. O uso desta escala para estas duas formas de avaliação de competência em supervisão clínica de graduandos, bem como os avanços necessários para o adequado treinamento de terapeutas competentes em TCC no Brasil são analisados.

Por fim, no quarto capítulo é realizada uma discussão sobre os resultados dos três estudos, apresentando suas limitações, bem como suas contribuições para o desenvolvimento profissional do terapeuta iniciante e para a qualidade da TCC ofertada no dia-a-dia para os clientes. São apresentadas, também, sugestões para futuras pesquisas, sendo ressaltadas aquelas que almejem aprimorar a CTS-R.

Referências

- Barbosa, A. J. G., & Reis, G. A. (2015). *Escala de Competências de Terapeutas Cognitivo-Comportamentais (ECTCC): versão em língua portuguesa do Brasil da Cognitive Therapy Scale – Revised (CTS-R)*. Manuscrito não publicado. Juiz de Fora – MG: Autores.
- Barletta, J. B., Delabrida, Z. N. C., & da Fonsêca, A. L. B. (2011). Conhecimento, habilidades e atitude em TCC: percepção de terapeutas iniciantes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 21-29.
- Barletta, J. B., Fonseca, A. L. B., & Delabrida, Z. N. C. (2012). A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3).
- 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 (ISSN 1980-1769)*, 12(12-2010).
- Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. K. (2001a). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 29(4), 431-446.
- Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., Reichelt, F. K., Garland, A., Baker, C., ... & Claydon, A. (2001b). *Cognitive therapy scale—revised (CTS-R)*. Newcastle-upon-Tyne: Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Centre.
- Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (2011). Resolução 5 2011 publicada no *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 de março de 2011, Seção 1, pp. 19-26.
- Costa, F. D. C. N. S. (2013). *Formação avançada e desenvolvimento do jovem adulto: motivações, expectativas e necessidades percebidas de estudantes de Pós-Graduação (Dissertação de Mestrado)*. Disponível em www.repository.utl.pt/handle/10400.5/6644

- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1988). The use of treatment manuals in cognitive therapy: Experience and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(5), 673.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy, 49*(6), 373-378.
- Karlin, B. E., & Cross, G. (2014). From the laboratory to the therapy room: National dissemination and implementation of evidence-based psychotherapies in the U.S. Department of Veterans Affairs Health Care System. *American Psychologist, 69*(1), 19-33.
- Kazantzis, N. (2003). Therapist competence in cognitive-behavioural therapies: Review of the contemporary empirical evidence. *Behaviour Change, 20*(1), 1-12.
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2015). Bringing technology to training: Web-based therapist training to promote the development of competent cognitive-behavioral therapists. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*(3), 291-301
- Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology Review, 33*(3), 484-499.
- Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(4), 365-383.
- Rakovshik, S. G., & McManus, F. (2010). Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology Review, 30*(5), 496-516.
- Sburlati, E. S., Schniering, C. A., Lyneham, H. J., & Rapee, R. M. (2011). A model of therapist competencies for the empirically supported cognitive behavioral treatment of child and adolescent anxiety and depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(1), 89-109.
- Simons, A. D., Rozek, D. C., & Serrano, J. L. (2013). Wanted: Reliable and valid measures for the science of cognitive behavioral therapy dissemination and implementation. *Clinical Psychology: Science and Practice, 20*(2), 181-194.
- Stallard, P., Myles, P., & Branson, A. (2014). The cognitive behaviour therapy scale for children and young people (CBTS-CYP): Development and psychometric properties. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 42*(3), 269-282.

- Strunk, D. R., Brotman, M. A., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2010). Therapist competence in cognitive therapy for depression: predicting subsequent symptom change. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(3), 429.
- Velasquez, M. L., Thomé, C. R., & de Oliveira, I. R. (2016). Reflexões sobre a prática clínica supervisionada em cursos de especialização em terapia cognitiva-comportamental no Brasil. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas, 14*(3), 331-337.
- Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). Cognitive Therapy Scale. Disponível em http://www.beckinstitute.org/SiteData/docs/CTRS122011/338812377f0513fe/CTRS%2012-2011_portrait.pdf

**CAPÍTULO 1- Formação de Terapeutas Cognitivo-Comportamentais: um estudo
sobre o estado da arte**

Gabriela de Andrade Reis

Universidade Federal de Juiz de Fora

RESUMO

Para caracterizar o estado da arte sobre a formação de terapeutas cognitivo-comportamentais, identificando os temas das publicações, as estratégias formativas e as medidas de competência empregadas, foram recuperados artigos que relatam pesquisa empírica indexados pela PsycNET e publicados entre 2011 e 2016. A produção científica sobre formação de terapeutas cognitivo-comportamentais é escassa (N=24). Foram identificados cinco temas: Modalidades de Formação, Preparação para Atuação em Quadros Específicos, Preparação para Atuação com Clientes Específicos, Desenvolvimento Pessoal do Terapeuta e Preparação para o Domínio de Técnicas ou Modelos Específicos. As estratégias de formação mais utilizadas foram supervisão e formação expandida e a avaliação ocorreu, predominantemente, com o exame da prática do terapeuta. Por se tratar de uma abordagem que tem se mostrado altamente eficiente, pesquisas que avaliem a formação do terapeuta cognitivo-comportamental e, mais especificamente, a aquisição e a avaliação de competências são sugeridas.

Palavras-chaves: competência profissional; educação; formação do psicoterapeuta; terapia cognitiva; terapia cognitivo-comportamental

ABSTRACT

For characterize the state of the art in the training of cognitive-behavioral therapists, by identifying the themes of the publication, the training strategies and the measures of competence employed, have been retrieved articles that report empirical research indexed by PsycNET, and published between 2011 and 2016. The scientific production on the training of cognitive-behavioral therapists is scarce (N = 24). Five themes were identified: Training Modalities, Training to work in Specific Clinical Conditions, Training to work with Specific Clients, Personal Development of the Therapist and Training for the Domain of Techniques or Specific Models. The most used training strategies were supervision and expanded training, and evaluation occurred predominantly with the examination of the therapist's practice. Because it is an approach that has been highly efficient, research that evaluates the training of the cognitive-behavioral therapist and, more specifically, the acquisition and evaluation of competencies are suggested.

Keywords: professional competence; education; psychotherapist education; cognitive therapy; cognitive behavioral therapy.

1.1 Introdução

Parte da responsabilidade de pertencer a uma categoria profissional inclui o compromisso de regular essa profissão, criando padrões educacionais e de treinamento (Hall & Hurley, 2003). No caso da psicologia, a formação clínica tem sido bastante criticada tanto no Brasil quanto em outros países (por exemplo, Barletta, Fonseca & Delabrida, 2012; Fairburn & Copper, 2011; Kovach, Dubin & Combs, 2014; Martin, 2011), por, dentre outros problemas, dissociar formação científica e formação prática (McFall, Treat & Simons, 2015). Adotar o modelo de prática baseada em evidências representa uma forma de superar esse problema, porque ele integra ciência e prática, superando a dicotomia entre formação clínica e acadêmica (Beck et al., 2014). Ensinar aos estudantes a fundamentar sua prática clínica em pesquisas, ensinar a pensar criticamente e integrar aprendizagem experiencial e didática em todos os aspectos do treinamento representam uma amostra de princípios gerais desse modelo que os processos formativos devem seguir (Beck et al., 2014).

O termo genérico Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido frequentemente utilizado para se referir às psicoterapias baseadas no modelo cognitivo (Dobson & Dozois, 2006; Knapp & Beck, 2008). Essas práticas baseadas em evidências têm como um dos processos de formação de competências o modelo Declarativo-Procedimental-Reflexivo, proposto por Bennett-Levy (2006). A aprendizagem declarativa ocorre a partir da exposição ao treinamento, seja por apresentações em workshops, discussões e leituras. A utilização de *role-play* e modelagem contribui para a aprendizagem processual, enquanto a aprendizagem reflexiva se refere à melhora da capacidade analítica, incluindo a autorreflexão, e ao desenvolvimento de habilidades interpessoais (Velasquez, Thomé, & Oliveira, 2015).

A supervisão, como método de formação, desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e manutenção de competências terapêuticas em TCC (Gordon, 2012; Taylor, Gordon, Grist, & Olding, 2012; Velasquez et al., 2015). A avaliação das competências dos alunos realizada pelo supervisor deve ir além do relato dos aprendizes e fazer uso de, por exemplo, filmagem e observação por espelho unilateral (Barletta et al., 2012).

Quatro níveis de avaliação de competências são descritas por Muse e McManus (2013). Os conhecimentos básicos do terapeuta (Nível 1) são comumente avaliados por questões de múltipla escolha ou dissertativas. A avaliação do conhecimento prático

(Nível 2) pode ser realizada com os métodos do nível anterior, bem como com relatos de caso e vinhetas clínicas. A aplicação prática pré-clínica do conhecimento (habilidade – Nível 3) é avaliada, por exemplo, com dramatizações. O último nível (Nível 4) avalia a prática clínica propriamente dita, com observação (filmagem etc.) de cada sessão, com informações obtidas em supervisão e/ou fornecidas por clientes (questionário, relatos de resultados do tratamento etc.).

Já as avaliações sobre a eficácia de estratégias de formação em TCC foram tratadas por Rakovishik e McManus (2010). Os autores analisaram a produção científica (N=41) sobre o tema e observaram que treinamentos mais extensos conduzem a um maior desenvolvimento de competências, que, por sua vez, correlaciona-se com melhores resultados dos clientes. Ademais, treinamentos tradicionais (*workshop* e leitura de manuais) parecem ser insuficientes para o desenvolvimento de competências, sendo aconselhável a continuação do treinamento por meio da aprendizagem experiencial e interativa (como *role-plays* e modelagem), assim como de supervisão. A supervisão continuada, presente na grande maioria dos artigos analisados, é fundamental para a manutenção das competências adquiridas.

Uma vez observado que a prática em TCC requer que a formação de terapeutas cognitivo-comportamentais seja baseada em modelos efetivos de desenvolvimento de competências e avaliações dos resultados válidas e fidedignas, o objetivo do presente estudo foi analisar o estado da arte da produção científica sobre formação do terapeuta cognitivo-comportamental. Especificamente, foram investigados os temas das publicações, as estratégias de formação utilizadas e a avaliação da aquisição das competências. Conhecer as estratégias formativas e os processos e instrumentos de avaliação que vêm sendo pesquisados representa um primeiro e importante passo para aprimorar os padrões educacionais e de treinamento em TCC, especialmente os brasileiros, e, desse modo, promover o desenvolvimento de competências na área.

1.2 Método

Foram recuperados artigos indexados pela PsycNET (American Psychological Association [APA], 2016), que abrange as bases de dados PsycARTICLES e PsycINFO. Tratam-se de duas fontes de informação científica sobre Psicologia extremamente importantes devido ao rigor na seleção dos periódicos indexados e à

abrangência internacional, concentrando, desse modo, a produção científica mais relevante de vários países, inclusive do Brasil.

Como as bases de dados eleitas utilizam indexadores em inglês, no dia 24 de maio de 2016, procedeu-se uma busca que fez uso dos seguintes termos de indexação: [“Clinical Psychologists”] ou [“Psychotherapists”] ou [“Therapists”], e [“Clinical Methods Training”] ou [“Computer Training”] ou [Continuing Education] ou [“Education”] ou [“Personnel Training”] ou [“Training”]. Por ser um estudo do estado da arte, foram selecionados na busca somente estudos publicados entre 2011 e 2016. Delimitou-se, ainda, o tipo de documento – artigo – e a metodologia – pesquisa empírica –, pois são, respectivamente, a mais respeitada forma de comunicação e a principal estratégia de produção de informação científica primária em Psicologia.

Foram incluídas, inicialmente, publicações que atendiam aos seguintes critérios: apresentação de um processo de formação (inicial ou continuada, preparação mais ampla ou treinamento específico) para psicólogos clínicos; textos em um idioma acessível para os autores (inglês, espanhol ou italiano); e artigo completo disponibilizado pelo Portal CAPES. Dois juízes independentes analisaram os artigos encontrados e, em face de divergências, um consenso foi estabelecido quanto à inclusão ou exclusão. Todavia, já de início houve concordância entre juízes superior a 80%.

Os artigos que atenderam a todos os critérios de inclusão citados no parágrafo anterior foram lidos na íntegra, sendo incluídos apenas os que apresentavam formações em terapias cognitivo-comportamentais. Para a análise de conteúdo temática dessas publicações, ou seja, para classificar as publicações em categorias que facilitem a compreensão sobre o que se tem pesquisado sobre o tema, empregou-se tanto a estratégia de utilizar categorias pré-existent na literatura da área, mais precisamente Beidas, Edmunds, Marcus, e Kendall (2012) para categorizar as estratégias formativas e Muse e McManus (2013) para categorizar os métodos de avaliação, quanto a de criá-las no caso dos temas das publicações, uma vez que não foi identificado referencial teórico apresentando categorias predefinidas.

Basicamente, o procedimento adotado para analisar o conteúdo foi: 1) preparação dos dados, 2) definição da unidade de análise (artigo na íntegra), 3) categorização inicial, 4) definição das categorias, 5) revisão da categorização se necessária e 6) concordância entre juízes. Esclarece-se que foi possível incluir um artigo em mais de uma categoria e, desse modo, a somatória da contagem e da porcentagem ultrapassa o N, bem como que houve concordância entre os juízes superior a 80% em

todas as análises. Além de análise qualitativa, foi feito um tratamento quantitativo. Adotou-se exclusivamente estatística descritiva, mais especificamente porcentagem e frequência.

1.3 Resultados

A Figura 1 apresenta o fluxograma (PRISMA *flow diagram*) sobre as buscas e análises realizadas.

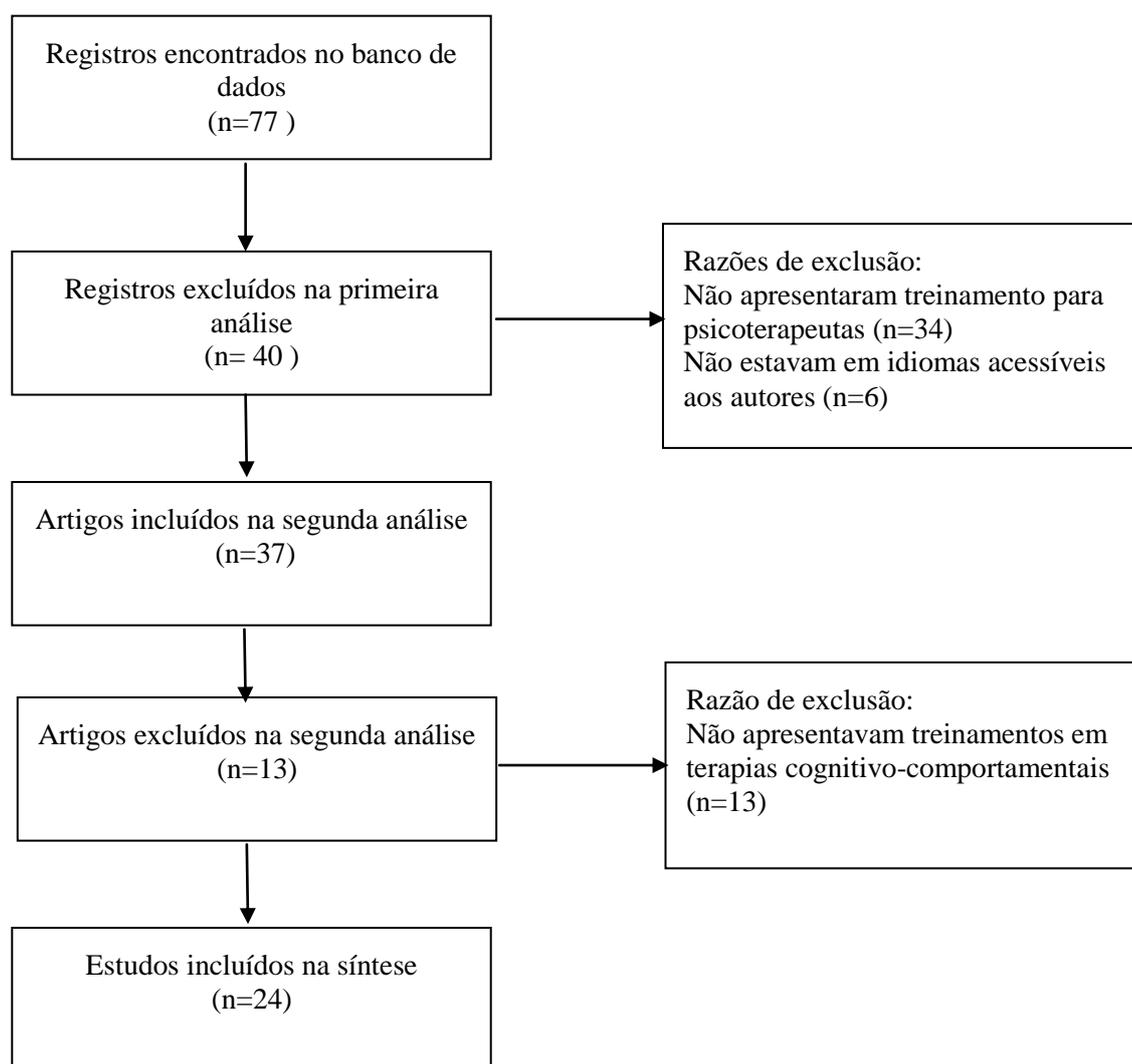


Figura 1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para as análises.

A busca inicial nas bases de dados recuperou 77 artigos. Destes, 40 (51.94%) foram excluídos por não apresentarem um treinamento para psicoterapeutas (n=34; 44.16%) ou por não estarem em idiomas “acessíveis” aos autores (n=6; 7.79%), como húngaro, norueguês e alemão. Dos 37 artigos lidos na íntegra, 13 (35.13%) foram excluídos por apresentarem bases teóricas diferentes da cognitiva (Análise do

Comportamento [n=4; 10.81%]; Modelos Integrativos [n=3; 8.10%]; Psicodinâmica (n=3; 8.10%); Teoria Sistêmica [n=2; 5.40%]; Neuropsicologia [n=1; 2.70%]). Assim, 24 artigos cumpriram todos os critérios de inclusão e foram analisados quanto aos temas das publicações, às estratégias de formação utilizadas e à avaliação da aquisição das competências (Tabela 1).

Tabela 1.

Artigos incluídos na análise qualitativa sobre a formação do terapeuta cognitivo-comportamental (continua)

Artigo	Tema	Estratégia de Formação	Avaliação da Aquisição de Competências
Lyon, Worth-Attie, Stoep, & McCauley, 2011	Preparação para atuação em quadros específicos; Preparação para atuação com clientes específicos	Supervisão; Formação <i>online</i>	Avaliação da prática do terapeuta; Avaliação dos resultados do cliente; Avaliação dos conhecimentos básicos
Rimes & Wingrove, 2011	Desenvolvimento pessoal do terapeuta	Formação expandida	Avaliação dos resultados do cliente; Avaliação por <i>feedback</i>
Beidas, Edmunds et al., 2012	Modalidades de formação	Supervisão; Formação expandida; Formação tradicional; Formação <i>online</i>	Avaliação da prática do terapeuta; Avaliação por <i>feedback</i> ; Avaliação dos conhecimentos básicos; Avaliação da aplicação prática
Beidas, Mychailyszyn et al., 2012	Preparação para atuação com clientes específicos	Supervisão; Formação expandida; Formação tradicional; Formação <i>online</i>	Avaliação da prática do terapeuta; Avaliação dos conhecimentos básicos; Avaliação da aplicação prática
Bennett-Levy, Hawkins, Perry, Cromarty, & Mills, 2012	Modalidades de formação	Supervisão; Formação <i>online</i>	Avaliação por <i>feedback</i> ; Avaliação dos conhecimentos básicos

Tabela 1.

Artigos incluídos na análise qualitativa sobre a formação do terapeuta cognitivo-comportamental (continuação)

Artigo	Tema	Estratégia de Formação	Avaliação da Aquisição de Competências
Ghafoori & Davaie, 2012	Preparação para atuação em quadros específicos; Preparação para o domínio de técnicas ou modelos específicos	Supervisão; Formação expandida; Estudo autodirigido	Avaliação dos resultados do cliente
Creed et al., 2013	Preparação para atuação com clientes específicos	Supervisão; Formação tradicional	Avaliação da prática do terapeuta; Avaliação por <i>feedback</i> ; Avaliação dos conhecimentos básicos
Decker, Carroll, Nick, Canning-Ball, & Martino, 2013	Modalidades de formação	Supervisão; Formação tradicional; Estudo autodirigido	Avaliação da prática do terapeuta
Henggeler, Chapmam, Rowland, Sheidow, & Cunningham, 2013	Preparação para atuação em quadros específicos; Modalidades de formação; Preparação para atuação com clientes específicos; Preparação para o domínio de técnicas ou modelos específicos	Supervisão; Formação tradicional; Formação <i>online</i>	Avaliação da prática do terapeuta; Avaliação dos conhecimentos básicos
Karlin, Trockel, Taylor, Gimeno, & Manber, 2013	Preparação para atuação em quadros específicos; Preparação para atuação com clientes específicos; Preparação para o domínio de técnicas ou modelos específicos	Supervisão; Formação expandida	Avaliação da prática do terapeuta; Avaliação dos resultados do cliente
Luoma & Viladarga, 2013	Modalidades de Formação	Supervisão; Formação expandida	Avaliação da prática do terapeuta; Avaliação por <i>feedback</i> ; Avaliação dos conhecimentos básicos

Tabela 1.

Artigos incluídos na análise qualitativa sobre a formação do terapeuta cognitivo-comportamental (continuação)

Artigo	Tema	Estratégia de Formação	Avaliação da Aquisição de Competências
Manber et al., 2013	Preparação para atuação em quadros específicos	Supervisão; Formação tradicional	Avaliação da prática do terapeuta
Carmel, Fruzzetti, & Rose, 2014	Preparação para atuação em quadros específicos; desenvolvimento pessoal do terapeuta	Supervisão; Formação tradicional	Avaliação da prática do terapeuta
Dorian & Killebrew, 2014	Desenvolvimento pessoal do terapeuta	Formação expandida	Avaliação por <i>feedback</i> ; Avaliação dos conhecimentos básicos
Kingston, Moghaddam, & Beckley, 2014	Preparação para o domínio de técnicas e modelos específicos	Formação expandida	Avaliação por <i>feedback</i> ; Avaliação dos conhecimentos básicos
Nakamura et al., 2014	Modalidades de formação	Supervisão; Formação expandida;	Avaliação da prática do terapeuta
Vega et al., 2014	Desenvolvimento pessoal do terapeuta	Formação expandida	Avaliação dos resultados do cliente
Branson, Shafran, & Myles, 2015	Modalidades de formação	Supervisão; Formação tradicional	Avaliação da prática do terapeuta; Avaliação dos resultados do cliente
Chu, Crocco, Arnold, Brown, & Southan-Gerow, 2015	Modalidade de formação; Preparação para atuação com quadros específicos	Supervisão; Formação expandida	Avaliação por <i>feedback</i>
Davis, Thwaites, Freeston, & Bennett-Levy, 2015	Modalidades de formação; Desenvolvimento pessoal do terapeuta	Formação expandida	Avaliação da prática do terapeuta
Jolley et al., 2015	Preparação para atuação em quadros específicos	Supervisão; Formação expandida;	Avaliação da prática do terapeuta; Avaliação dos resultados do cliente

Tabela 1.

Artigos incluídos na análise qualitativa sobre a formação do terapeuta cognitivo-comportamental (conclusão)

Artigo	Tema	Estratégia de Formação	Avaliação da Aquisição de Competências
Stewart et al., 2015	Preparação para atuação em quadros específicos; Preparação para atuação com clientes específicos;	Supervisão; Formação expandida	Avaliação da prática do terapeuta; Avaliação dos resultados do cliente; Avaliação por <i>feedback</i>
Lolande, King, Bambling, & Schweitzer, 2016	Desenvolvimento pessoal do terapeuta; Preparação para o domínio de técnicas ou modelos específicos	Supervisão; Formação expandida	Avaliação da prática do terapeuta; Avaliação dos resultados do cliente; Avaliação por <i>feedback</i> ; Avaliação dos conhecimentos básicos
Rakovshik, McManus, Vazquez-Montes, Muse, & Ougrin, 2016	Modalidades de formação	Supervisão; Formação <i>online</i>	Avaliação da prática do terapeuta

Quanto ao tema das publicações, 41.66% (n=10) dos artigos foram agrupados na categoria Modalidades de Formação, que reúne publicações que investigam a efetividade de diferentes modelos de desenvolvimento de competências e habilidades necessárias aos terapeutas (treinamento, cursos etc.). As publicações que apresentaram como foco capacitar, por meio de programas de formação, terapeutas para atuarem com manifestações clínicas específicas constituíram a categoria Preparação para Atuação em Quadros Específicos (33.33%; n=8). Na categoria Preparação para Atuação com Clientes Específicos, foram incluídos 6 (25%) artigos sobre o desenvolvimento e a avaliação de modelos de formação que visam capacitar terapeutas para atuarem com uma população específica. No Desenvolvimento Pessoal do Terapeuta, foram reunidas 25% (n=6) das publicações, que focam a capacidade analítica do profissional, como a autorreflexão, assim como outras competências pessoais e interpessoais desse profissional que devem ser desenvolvidas durante a preparação. Na última categoria, Preparação para o Domínio de Técnicas ou Modelos Específicos 20,83% (n=5) dos artigos foram incluídos.

Com relação às estratégias de formação utilizadas, observou-se que 79.16% (n=19) dos textos fazem menção a Supervisão, isto é, relato de casos atendidos para um terapeuta experiente. A categoria Formação Expandida, com 62.50% (n=15) dos artigos,

agrupou as publicações que apresentam formação didática e experiencial, as quais enfatizam a aprendizagem ativa através de dramatizações, modelagem e pequenos grupos de discussão. Já os *workshops* e outras formas de preparação convencionais que não demandam aprendizagem ativa constituíram a categoria Formação Tradicional e reuniram 33.33% (n=8) das publicações. Na categoria Formação *Online* foram agrupados 25% (n=6) dos artigos, que apresentam estratégias de formação com os mesmos procedimentos da Formação Tradicional, mas mediados pelo computador. O Estudo Auto-Dirigido em que os estudantes conduzem a própria aprendizagem abrangeu 8.33% (n=2) dos artigos.

Foram identificadas cinco formas de avaliação da aquisição de competências após a formação. A Avaliação da Prática do Terapeuta foi adotada em 70.83% (n=17) dos artigos e se baseia em instrumentos preenchidos pelo próprio terapeuta ou seu supervisor para acessar competência ou habilidades específicas, como empatia e estabelecimento de aliança terapêutica, necessárias para o sucesso do tratamento. A Avaliação dos Resultados do Cliente (37.50%; n=9) também foi bem frequente e a competência do terapeuta é inferida tendo base informações sobre a redução de sintomas fornecidas pelo cliente, sendo usados escalas, questionários e relatos orais. Autorrelatos da satisfação do terapeuta com a formação, da confiança em utilizar a abordagem e da percepção de adequação para a prática, seja por meio de grupos focais ou questionários, compuseram a categoria Avaliação por *Feedback* e agruparam 41.66% (n=10) dos artigos. O uso de questões de múltipla escolha ou dissertativas para avaliação do conhecimento teórico sobre terapia cognitivo-comportamental ou sobre alguma técnica ou modelo específicos apareceram em 41.66% (n=10) dos artigos e constituíram a categoria Avaliação dos Conhecimentos Básicos. A Avaliação da Aplicação Prática foi a menos frequente (8.33%; n=2) e ocorre por meio de dramatizações.

1.4 Discussão

O expressivo crescimento do número de terapeutas que adotam a orientação cognitiva (Norcross & Karpiak, 2012) contrasta com a constatação de que a produção científica sobre formação do terapeuta cognitivo-comportamental é limitada em seu número. Adjetivar a produção analisada como limitada ou, mais adiante, como reduzida ou pouco expressiva decorre do fato de uma busca realizada nas bases de dados

PsycINFO e PsycARTICLES por artigos que relatam pesquisa empírica indexados com o termo terapia cognitivo-comportamental recuperar 3405 publicações entre 2011 e 2015, revelando uma produção de cerca de 700 publicações por ano. Ademais, os principais termos de indexação relacionados à TCC nessa busca foram depressão maior (n=734), resultados de tratamento (n=488), avaliação da efetividade do tratamento (n=436), intervenção (n=387), transtornos de ansiedade (n=287), ansiedade (n=282), terapia medicamentosa (n=255), sintomas (n=222) e transtorno obsessivo-compulsivo (n=212). Percebe-se, assim, uma preocupação expressiva com determinados transtornos e seus sintomas, bem como com o uso de estratégias terapêuticas para tratá-los, mas pouca atenção é dada à preparação dos terapeutas cognitivo-comportamentais que realizarão as intervenções estudadas.

Norcross e Karpiak (2012) identificaram que o uso de modalidades terapêuticas de orientação cognitiva subiu de 6% em 1981 para 31% em 2010, configurando-se como as mais utilizadas já em 2010 enquanto a escolha por outras abordagens, como a Psicodinâmica, tem diminuído. No caso da formação de terapeutas, o estado da arte mostra que, mesmo em número reduzido, as terapias cognitivo-comportamentais são mais frequentes que Análise do Comportamento, modelos integrativos, Terapia Psicodinâmica, Teoria Sistêmica e neuropsicologia.

Quanto aos temas investigados pela produção científica analisada, observou-se que eles tendem a se distribuir de modo relativamente uniforme. Um dos temas identificados, mais precisamente Modalidades de Formação, é bem ilustrado pela pesquisa de Beidas, Edmunds et al. (2012), que revelaram que as estratégias de formação utilizadas no estudo (formação *online*, formação tradicional e formação expandida) não apresentaram diferenças significativas entre elas quanto à adesão do terapeuta às técnicas da TCC e às habilidades e conhecimentos desenvolvidos. Verificaram, também, que todas elas são acompanhadas por supervisão e que somente esta estratégia promoveu aumento da adesão e das habilidades dos terapeutas.

A relevância da supervisão também pode ser verificada nos resultados referentes às estratégias de formação, sendo a mais utilizada nas publicações encontradas. Essa modalidade formativa desempenha papel fundamental no desenvolvimento de competências (Gordon, 2012; Taylor et al., 2012; Velasquez et al., 2015). Entretanto, como ressalta Barletta et al. (2012), as supervisões baseadas exclusivamente em relatos dos atendimentos para um terapeuta experiente parecem ser insuficientes, pois a falta de acesso do supervisor a todo o conteúdo das sessões pode moldar habilidades de forma

inadequada. Não obstante, é possível encontrar nos artigos analisados (por exemplo, Manber et al., 2013; Karlin, Trockel, Taylor, Gimeno, & Manber, 2013) estratégias, como a gravação de vídeo das sessões para posterior análise com o supervisor fazendo uso de escalas, que superam esses problemas.

As publicações analisadas evidenciaram, também, que a supervisão não tem sido realizada de maneira isolada. Trata-se de uma formação predominantemente complementar, ocorrendo paralelamente ou após o uso de outros processos formativos, como a formação tradicional. É preciso destacar, ademais, que, para ser bem sucedida, é preciso, como enfatizado por Nakamura et al. (2014) e Nielsen, Jacobsen e Mathiesen (2012), propiciar formação específica em supervisão aos supervisores.

A Formação Expandida foi a segunda estratégia de formação mais frequente. Rakovishik e McManus (2010) destacam que o modelo expandido de formação seguido por supervisão é o mais efetivo, pois, nesse caso, a combinação de formação didática e experiencial é reforçada. A pesquisa de Ghafoori e Davaie (2012) ilustra bem esse processo, pois utilizaram, como estratégia de preparação de psicoterapeutas, a leitura de manuais seguida de discussão em grupo com professor, observações semanais dos atendimentos clínicos do supervisor por espelho unilateral e, posteriormente, houve o início dos próprios atendimentos que foram gravados e discutidos na supervisão.

Bennett-Levy (2006) considera que o modelo de formação expandida é voltado para aprendizagem processual e que outras formas de preparação são igualmente importantes para o desenvolvimento de outras habilidades necessárias para o terapeuta, como a declarativa. Elas podem, por exemplo, ser adquiridas com Formação Tradicional. Assim, diferentes níveis de competência podem requerer estratégias de formação distintas que, por sua vez, demandam modelos de avaliação também diferentes.

Quanto aos resultados referentes às formas de avaliação da aquisição de competências, o exame da prática do terapeuta é o mais recorrente e tem sido realizado, conforme mencionado anteriormente, com escalas que avaliam competências gerais e habilidades específicas. As categorias Avaliação da Prática do Terapeuta e Avaliação dos Resultados do Cliente podem ser classificadas, com base na proposta de Muse e McManus (2013), como de quarto nível de avaliação, pois examina o quanto os terapeutas conseguem utilizar suas habilidades na prática clínica. A Avaliação da Aplicação Prática corresponderia ao terceiro nível de avaliação, já que analisa se o terapeuta consegue demonstrar habilidades ainda durante o processo formativo. Já a

Avaliação dos Conhecimentos Básicos, estaria no primeiro nível de avaliações, aquele que objetiva investigar se o terapeuta desenvolveu os conhecimentos necessários.

Avaliação da Prática do Terapeuta, Avaliação dos Resultados do Cliente e Avaliação da Aplicação Prática são, segundo o modelo declarativo-processual-reflexivo, formas de acesso ao conhecimento processual, enquanto a Avaliação dos Conhecimentos Básicos avalia a aprendizagem declarativa. Seguindo esta premissa, entende-se o motivo de se utilizar, na maioria dos artigos, diferentes formas de avaliação de competência.

Não foram encontrados no Brasil instrumentos com evidências de validade para avaliar competências de terapeutas cognitivo-comportamentais, embora já existam instrumentos que avaliam habilidades específicas, como empatia (por exemplo, Falcone et al., 2008) e estabelecimento da aliança terapêutica (por exemplo, Marcolino & Iacoponi, 2001). Ainda que não tenha sido encontrado um estudo, é possível afirmar que o exame dos resultados do cliente é bastante frequente no Brasil, talvez por haver, ainda que o número seja limitado, escalas validadas para esse contexto, como as Escalas Beck (Cunha, 2001). A avaliação por dramatização ou *feedback* também têm sido utilizadas, já que são de fácil realização, entretanto podem apresentar baixa fidedignidade.

Há que se ressaltar, ainda, que não foram recuperadas pesquisas brasileiras na análise da produção científica. Trata-se de um resultado preocupante, pois, dentre outras hipóteses, pode denotar pouco rigor no processo de formação em TCC no Brasil, uma vez que são poucas as pesquisas empíricas brasileiras sobre TCC em geral.

1.5 Considerações Finais

Em síntese, o estado da arte da pesquisa sobre formação do terapeuta cognitivo-comportamental é caracterizado por uma produção pouco expressiva (Aproximadamente seis artigos por ano.) sobre um leque limitado de temas (Cinco temas.). Supervisão e outras estratégias de formação pouco comuns no Brasil, como modelagem e dramatizações, que, neste texto, foram agrupadas na categoria Formação Expandida, são bastante empregadas. A avaliação das competências que devem ser adquiridas ocorre principalmente por meio do exame da prática do terapeuta.

Como a TCC tem evidenciado ser uma abordagem terapêutica eficiente para uma série de demandas apresentadas por indivíduos de diferentes fases do curso de vida

(Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012), é importante cuidar da formação do profissional, especialmente do brasileiro, pois aqui o cenário parece ser mais crítico do que em países mais desenvolvidos. Parte deste esforço, diz respeito à necessidade de se identificar quais são os principais modelos de formação utilizados em cursos de preparação de terapeutas cognitivo-comportamentais no Brasil. Mais especificamente, é premente utilizar medidas de avaliação de competência na formação inicial – graduação – e continuada – especialização etc. – desses profissionais.

1.6 Referências

- American Psychological Association. (2016). APA PsycNET. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/fulltext/2001-17092-002.html>
- Barletta, J. B., Fonseca, A. L. B., & Delabrida, Z. N. C. (2012). A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia: Teoria E Prática, 14*(3), 153-167
- Beck, J. G., Castonguay, L. G., Chronis- Tusciano, A., Klonsky, E. D., McGinn, L. K., & Youngstrom, E. A. (2014). Principles for training in evidence- based psychology: Recommendations for the graduate curricula in clinical psychology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 21*(4), 410-424.
- Beck, J. S. (2011). Introduction to Cognitive Behavior Therapy. In J. Beck (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (pp.1-14). New York, NY: Guilford Press.
- *Beidas, R. S., Edmunds, J. M., Marcus, S. C., & Kendall, P. C. (2012). Training and consultation to promote implementation of an empirically supported treatment: A randomized trial. *Psychiatric Services, 63*(7), 660-665.
- *Beidas, R. S., Mychailyszyn, M. P., Edmunds, J. M., Khanna, M. S., Downey, M. M., & Kendall, P. C. (2012b). Training school mental health providers to deliver cognitive-behavioral therapy. *School Mental Health, 4*(4), 197-206.
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34*(01), 57-78.
- *Bennett- Levy, J., Hawkins, R., Perry, H., Cromarty, P., & Mills, J. (2012). Online cognitive behavioural therapy training for therapists: outcomes, acceptability, and impact of support. *Australian Psychologist, 47*(3), 174-182.

- *Branson, A., Shafran, R., & Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. *Behaviour research and therapy*, 68, 19-26.
- *Carmel, A., Fruzzetti, A. E., & Rose, M. L. (2014). Dialectical behavior therapy training to reduce clinical burnout in a public behavioral health system. *Community mental health journal*, 50(1), 25-30.
- *Chu, B. C., Talbott Crocco, S., Arnold, C. C., Brown, R., Southam-Gerow, M. A., & Weisz, J. R. (2015). Sustained implementation of cognitive-behavioral therapy for youth anxiety and depression: Long-term effects of structured training and consultation on therapist practice in the field. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 70.
- *Creed, T. A., Jager-Hyman, S., Pontoski, K., Feinberg, B., Rosenberg, Z., Evans, A., ... & Becka, A. T. (2013). The Beck Initiative: Training school-based mental health staff in cognitive therapy. *International Journal of Emotional Education*, 5(2), 49.
- Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. *São Paulo: Casa do Psicólogo*, 11-13.
- *Davis, M. L., Thwaites, R., Freeston, M. H., & Bennett- Levy, J. (2015). A measurable impact of a self- practice/self- reflection programme on the therapeutic skills of experienced cognitive- behavioural therapists. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(2), 176-184.
- *Decker, S. E., Carroll, K. M., Nich, C., Canning-Ball, M., & Martino, S. (2013). Correspondence of motivational interviewing adherence and competence ratings in real and role-played client sessions. *Psychological assessment*, 25(1), 306.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2006). Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. Manual de terapias cognitivo-comportamentais, 17-43.
- *Dorian, M., & Killebrew, J. E. (2014). A study of mindfulness and self-care: a path to self-compassion for female therapists in training. *Women & Therapy*, 37(1-2), 155-163.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6), 373-378.
- Falcone, E. M. D. O., Ferreira, M. C., Luz, R. C. M. D., Fernandes, C. S., Faria, C. D. A., D'Augustin, J. F., ... & Pinho, V. D. D. (2008). Inventário de Empatia (IE):

- desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 321-334.
- *Ghafoori, B., & Davaie, S. (2012). Training student therapists in prolonged exposure therapy: A case study demonstrating teaching, supervising, and learning a trauma focused treatment. *Traumatology*, 18(4), 72.
- Gordon, P. K. (2012). Ten steps to cognitive behavioural supervision. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 5(04), 71-82.
- Hall, J. E., & Hurley, G. (2003). North American perspectives on education, training, licensing, and credentialing. In G. Stricker, & T. A. Widiger, (Eds.), *Handbook of psychology* (pp. 471-496). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- *Henggeler, S. W., Chapman, J. E., Rowland, M. D., Sheidow, A. J., & Cunningham, P. B. (2013). Evaluating training methods for transporting contingency management to therapists. *Journal of substance abuse treatment*, 45(5), 466-474.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440.
- *Jolley, S., Onwumere, J., Bissoli, S., Bhayani, P., Singh, G., Kuipers, E., ... & Garety, P. (2015). A pilot evaluation of therapist training in cognitive therapy for psychosis: Therapy quality and clinical outcomes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(04), 478-489.
- *Karlin, B. E., Trockel, M., Taylor, C. B., Gimeno, J., & Manber, R. (2013). National dissemination of cognitive behavioral therapy for insomnia in veterans: therapist- and patient-level outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(5), 912.
- *Kingston, D., Moghaddam, N., & Beckley, K. (2014). Do they practice what we teach? Follow-up evaluation of a Schema Therapy training programme. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 17(7), 1-15.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64.
- Kovach, J. G., Dubin, W. R., & Combs, C. J. (2014). Psychotherapy training: residents' perceptions and experiences. *Academic Psychiatry*, 39(5), 567-574.
- *Lolande, L., King, R., Bambling, M., & Schweitzer, R. D. (2016). Guided Respiration Mindfulness Therapy: Development and Evaluation of a Brief Therapist Training Program. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(2), 107-116.

- *Luoma, J. B., & Vilaradaga, J. P. (2013). Improving therapist psychological flexibility while training acceptance and commitment therapy: a pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(1), 1-8.
- *Lyon, A. R., Charlesworth-Attie, S., Stoep, A. V., & McCauley, E. (2011). Modular psychotherapy for youth with internalizing problems: Implementation with therapists in school-based health centers. *School Psychology Review*, 40(4), 569.
- *Manber, R., Trockel, M., Batdorf, W., Siebern, A. T., Taylor, C. B., Gimeno, J., & Karlin, B. E. (2013). Lessons learned from the national dissemination of cognitive behavioral therapy for insomnia in the Veterans Health Administration: Impact of training on therapists' self-efficacy and attitudes. *Sleep Medicine Clinics*, 8(3), 399-405.
- Marcolino, J. A. M., & Iacoponi, E. (2001). Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 88-5.
- Martin, P. R. (2011). Clinical psychology going forward: The need to promote clinical psychology and to respond to the training crisis. *Clinical Psychologist*, 15(3), 93-102.
- McFall, R. M., Treat, T. A., & Simons, R. F. (2015). Clinical science model. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*.
- Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 484-499.
- *Nakamura, B. J., Selbo-Bruns, A., Okamura, K., Chang, J., Slavin, L., & Shimabukuro, S. (2014). Developing a systematic evaluation approach for training programs within a train-the-trainer model for youth cognitive behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 10-19.
- Nielsen, J., Jacobsen, C. H., & Mathiesen, B. B. (2012). Novice supervisors' tasks and training: A descriptive study. *Nordic Psychology*, 64(3), 182-191.
- Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2012). Clinical psychologists in the 2010s: 50 years of the APA Division of Clinical Psychology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(1), 1-12.
- Rakovshik, S. G., & McManus, F. (2010). Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 496-516.

- *Rakovshik, S. G., McManus, F., Vazquez-Montes, M., Muse, K., & Ougrin, D. (2016). Is supervision necessary? Examining the effects of internet-based CBT training with and without supervision. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(3), 191
- *Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2011). Pilot study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(02), 235-241.
- *Stewart, M. O., Karlin, B. E., Murphy, J. L., Raffa, S. D., Miller, S. A., McKellar, J., & Kerns, R. D. (2015). National Dissemination of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain in Veterans: Therapist and Patient-level Outcomes. *The Clinical Journal of Pain*, 31(8), 722-729.
- Taylor, K. N., Gordon, K., Grist, S., & Olding, C. (2012). Developing supervisory competence: preliminary data on the impact of CBT supervision training. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 5(04), 83-92.
- *Vega, B. R., Melero-Llorente, J., Perez, C. B., Cebolla, S., Mira, J., Valverde, C., & Fernández-Liria, A. (2014). Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychotherapy Research*, 24(2), 202-213.
- Velasquez, M. L., Thomé, C. R., & de Oliveira, I. R. (2015). Reflexões sobre a prática clínica supervisionada em cursos de especialização em terapia cognitiva-comportamental no Brasil. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 14(3), 331-337.

**CAPÍTULO 2 - Cognitive Therapy Scale Revised (CTS-R): tradução e adaptação
para a língua portuguesa do Brasil, evidências de validade e estimativas de
fidedignidade**

Gabriela de Andrade Reis

Universidade Federal de Juiz de Fora

RESUMO

A *Cognitive Therapy Scale Revised* (CTS-R) é uma medida padrão-ouro para avaliar competência clínica em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Assim, procedimentos de tradução e adaptação da CTS-R para a língua portuguesa do Brasil e estudos sobre evidências de validade e estimativas de fidedignidade dessa escala são apresentados. O processo de tradução e adaptação respeitou diretrizes científicas para medidas da área de saúde (retrotradução etc.). Para obter evidências de validade baseadas na estrutura interna e examinar consistência interna do instrumento, 40 estagiários em TCC foram avaliados por seus supervisores (n=7) e se autoavaliaram com a CTS-R. As evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas e a confiabilidade interexaminadores da CTS-R foram examinadas a partir da avaliação de dois vídeos de TCC, sendo um terapeuta iniciante e o outro experiente, por quatro juízes. Os resultados atestam que a versão brasileira da CTS-R é equivalente cultural, semântica, conceitual e idiomáticamente à original e possui propriedades psicométricas que permitem seu uso para avaliar competência em TCC. As limitações dos estudos e sugestões para pesquisas futuras são apresentadas.

Palavras-chaves: Avaliação Psicológica; Competência Profissional; Formação do Psicoterapeuta; Psicometria; Terapia Cognitivo-Comportamental.

ABSTRACT

The Cognitive Therapy Scale Revised (CTS-R) is a standard measure for scientific assessment in Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). Thus, the translation and adaptation procedure of the CTS-R into Portuguese language of Brazil and studies on validity evidence and estimates of reliability of the scale are shown. The process of translation and adaptation comply with scientific guidelines for health measures (back-translation, etc.). To obtain evidence of validity based on the internal structure and to analyse the internal consistency of the instrument, 40 CBT trainees were evaluated by their supervisors ($n = 7$) and self-rated with CTS-R. Evidence of validity based on the relationship with external variables and inter-rater reliability of CTS-R were examined from the evaluation of two CBT videos, one being a novice and one experienced therapist by four judges. The results attest that the Brazilian version of CTS-R is cultural, semantic, conceptual and idiomatic equivalent to the original and has psychometric properties that allows its use to evaluate competence in CBT. Limitations of the studies and suggestions for future research are presented

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy; Professional Competence; Psychological Assessment; Psychometrics; Psychotherapist Education

2.1 Introdução

A *Cognitive Therapy Scale Revised* (CTS-R) pode ser considerada uma medida padrão-ouro para avaliar competência clínica em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (Kelleher et al., 2015). É uma das medidas de integridade do tratamento mais utilizadas na área (Loades & Armstrong, 2016; Muse, McManus, Rakovshik, & Thwaites, 2017; Rakovshik, & McManus, 2010; Routh, 2016; Stallard, Myles, & Branson, 2014), seja para validação de outros instrumentos de acesso a competências em transtornos específicos e determinadas populações (por exemplo, Kuyken et al., 2016; Stallard et al., 2014), seja em programas de treinamento (por exemplo, Kelleher et al., 2015; Mitchell, 2015), ou para garantir a integridade do tratamento em ensaios clínicos randomizados (por exemplo, Dean, Britt, Bell, Stanley, & Collings, 2016; Jones et al., 2015; Mansell et al., 2014; Morrison et al., 2014).

O instrumento foi desenvolvido por professores e pesquisadores do *Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Centre*– Newcastle Upon Tyne – Reino Unido, que, insatisfeitos com o uso da *Cognitive Therapy Scale* (CTS; Young & Beck, 1980) em seus treinamentos, procuraram superar as limitações desta medida estabelecendo descrições dos itens e um sistema de pontuação mais específicos, incorporando a adesão, dando maior ênfase à expressão emocional e reduzindo a sobreposição entre itens (Muse e McManus, 2013). Outro aprimoramento foi estabelecer que, além da adesão aos métodos da TCC e das habilidades na aplicação deles, o instrumento considera um componente pan-teórico que é a aliança terapêutica (Blackburn et al. 2001a).

A CTS foi desenvolvida por Young e Beck (1980) para avaliar a competência dos terapeutas em implementar os protocolos da TCC. É uma escala de 11 itens que devem ser pontuados por um avaliador externo e se divide em duas subescalas - Habilidades Gerais e Habilidades Específicas (Vallis, Shaw & Dobson, 1986). Todavia, pesquisas não têm dado suporte para essa divisão, revelando que se trata de um instrumento unidimensional (Dobson, Shaw & Vallis, 1985; Vallis et al., 1986).

Blackburn et al. (2001a) relatam que o processo de desenvolvimento da versão revisada da CTS-R teve início com sugestões de alteração da CTS realizadas por dois avaliadores independentes que não praticavam TCC (psicólogo clínico e educador). Ambos assistiram vídeos de terapia de terapeutas experientes e concluíram que a escala não dava ênfase suficiente à eliciação e uso de emoções em terapia e que o sistema de

pontuação não estava adequadamente definido, requerendo diferentes níveis de inferência pelos avaliadores. Este poderia ser melhorado usando um modelo de aquisição de habilidades que varia de iniciante a competente. Nesse processo, a CTS também foi analisada e revisada por quatro terapeutas proficientes em TCC do *Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Centre* e experientes no uso desta escala, para que pudessem incorporar as recomendações realizadas pelos dois avaliadores iniciais.

Inicialmente, os autores acrescentaram três itens: Carisma, para avaliar aspectos da aliança terapêutica; Facilitação de Expressão Emocional; e Comportamentos Não-Verbais. Para evitar a sobreposição entre itens, agruparam Habilidades Empáticas, Eficiência Interpessoal e Profissionalismo em um mesmo item, isto é, Efetividade Interpessoal. Assim, de acordo com a forma de registro das sessões de TCC (áudio ou vídeo), a forma revisada da CTS poderia ser usada com 13 itens, para avaliação de áudio, ou 14 itens, para avaliação de vídeo. Para melhorar a consistência e poder discriminatório do sistema de pontuação, definiram cada ponto da escala Likert.

Para a análise das propriedades psicométricas do instrumento revisado, gravaram em vídeo 102 sessões – início, meio e fim da psicoterapia – de 34 clientes atendidos por 21 terapeutas. Quatro especialistas foram recrutados, sendo formadas duplas para avaliar cada vídeo separadamente. O Alpha de Cronbach foi calculado para cada avaliador, considerando 13 ou 14 itens, sendo que, no primeiro caso, os valores encontrados foram 0.92, 0.95, 0.97 e 0.95 e, no segundo, foram 0.75, 0.78, 0.85 e 0.86, que indicam, respectivamente, consistência interna alta e moderada.

Ao analisar a confiabilidade interexaminadores, obtiveram coeficientes de correlação intraclassa (CCI) que variaram entre 0.86 ($p < 0.001$) e 0.40 (Não Significativo – NS) para os pares de avaliadores da versão de 13 itens e entre 0.79 ($p < 0.001$) e 0.34 ($p < 0.05$) para a versão com 14 itens. O CCI médio entre avaliadores foi 0.63 (13 itens) e 0.57 (14 itens), ambas significativas para $p < 0.01$. A correlação de Pearson variou entre 0.87 ($p < 0.0001$) e 0.40 (NS) para a versão de 13 itens e 0.79 ($p < 0.001$) e 0.48 (NS) para a versão de 14 itens. A correlação média para os quatro avaliadores foi 0.66 (13 itens) e 0.63 (14 itens) com $p < 0.001$. Na análise da confiabilidade interexaminadores para itens individuais, a média de correlações produto-momento variou entre 0.42 ($gl=49$; $p < 0.01$) em Integração Conceitual e 0.67 ($gl=49$; $p < 0.01$) em Descoberta Guiada, indicando que todas as médias de correlação para itens singulares foram significativas. Não obstante os resultados satisfatórios, os

autores alertaram que a confiabilidade interexaminadores do instrumento poderia ser melhorada após o treinamento dos supervisores, o que foi confirmado por Reichelt, James e Blackburn (2003) após realizarem uma preparação destes profissionais para utilizarem a escala.

Blackburn et al. (2001a) obtiveram evidências de validade discriminante para a versão revisada ao constatar que os escores aumentaram significativamente do início ao fim do treinamento. Também observaram que 11 terapeutas exibiram mais competência no início do atendimento de um segundo cliente, pois a pontuação média na versão de 13 itens foi de 35.1 ($DP= 7.2$) no atendimento do primeiro cliente para 38.9 ($DP= 5.9$) no caso do segundo cliente.

Após análises, os autores retiraram o item comportamento não-verbal devido à impossibilidade de ser utilizado em avaliações de áudio. Removeram, também, o item carisma, pois foi introduzido como um possível teste para qualidades gerais “ínatas” do terapeuta. Como isso não foi demonstrado, com as pontuações mudando significativamente com o treinamento, o item foi excluído.

A escala com 12 itens – CTS-R – configura-se, então, como uma medida transdiagnóstica de competência e adesão ao tratamento em TCC (Muse & McManus, 2013), que, apesar de avaliar uma única abordagem psicoterápica inclui habilidades terapêuticas gerais (Feedback, Colaboração, Uso Distribuído e Eficiente do Tempo, e Efetividade Interpessoal), além de habilidades específicas em TCC (Eliciação de Expressão Emocional Adequada, Eliciação de Cognitiones-Chave, Eliciação de Comportamentos, Descoberta Guiada, Integração Conceitual, Aplicação de Métodos de Mudança e Definição do Plano de Ação), sendo que o item restante – Definição e Adesão à Agenda – pode ser incluído em ambas subescalas (James, Blackburn & Reichelt., 2001).

É preciso esclarecer que os itens Aplicação de Métodos de Mudança Cognitiva e Aplicação de Técnicas Comportamentais que aparecem nos dois principais artigos (Blackburn et al., 2001a; Reichelt et al., 2003) que tratam do desenvolvimento da CTS-R e de suas evidências de validade e estimativas de fidedignidade não constam no manual da CTS-R (James et al., 2001) e no instrumento (Blackburn et al., 2001b). Parece que, apesar de ser datado como 2001, ocorreram modificações no manual e no instrumento, sendo estes itens agrupados em Aplicação de Métodos de Mudança e o item Eliciação de Comportamentos foi acrescentado.

Constatada a relevância internacional da CTS-R para o avanço da TCC, sua contribuição para programas de formação de terapeutas e em ensaios clínicos e como parece inexistirem instrumentos com o mesmo propósito no Brasil, o presente artigo, dividido em três estudos, teve como objetivos gerais descrever os procedimentos de tradução e adaptação da CTS-R para a língua portuguesa do Brasil e apresentar evidências de validade e estimativas de fidedignidade dessa versão. Mais especificamente, o Estudo 1 almejou apresentar os procedimentos de tradução e adaptação da CTS-R, o Estudo 2 objetivou obter evidências de validade baseadas na estrutura interna e analisar a consistência interna da versão brasileira do instrumento e o Estudo 3 almejou obter evidências de validade baseadas na relação com variáveis externas – experiência do terapeuta –, bem como estimativas de fidedignidade – confiabilidade interexaminadores – para essa medida de competência em TCC.

Estudo 1 – Tradução e Adaptação da Cognitive Therapy Scale - Revised

A CTS-R foi traduzida e adaptada de acordo com os procedimentos aceitos internacionalmente para medidas da área de saúde (por exemplo, Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000). Para garantir sua equivalência, a escala foi traduzida por dois tradutores independentes e com domínio da língua inglesa, idioma da escala original. As duas traduções foram comparadas, analisadas e sintetizadas pela autora na primeira versão traduzida desta escala.

Ressalta-se que o item Definição da Tarefa de Casa foi adaptado para Definição do Plano de Ação devido a uma atualização conceitual recomendada por Beck e Broder (2016). A alteração se deve à percepção das autoras de que a nova terminologia remete à proatividade e tomada de controle, necessários para as atividades entre sessões, enquanto a anterior estaria mais associada às árduas tarefas realizadas por obrigação para a escola.

Para assegurar que os itens representam o construto avaliado e que foram corretamente traduzidos para os termos da terapia cognitivo-comportamental utilizados no Brasil, a primeira versão da escala passou por uma análise de juízes. Participaram seis terapeutas experientes em TCC, com doutoramento em psicologia e conhecimento de língua inglesa. Em um formulário eletrônico de equivalência das versões, foram apresentados os itens da versão original em inglês e a tradução para a língua portuguesa do Brasil. Cada um dos 12 itens foi analisado separadamente de acordo com quatro

questos, isto é, equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual. Os juízes registraram suas análises de cada item de acordo com três pontos de resposta: equivalente, indeciso e não equivalente.

Observou-se que, em 58.3% (n=7) dos casos (Feedback, Efetividade interpessoal, Eliciação de Expressão Emocional Adequada, Eliciação de Comportamentos, Descoberta Guiada, Integração Conceitual e Aplicação de Métodos de Mudança), as traduções foram consideradas equivalentes pelos seis juízes nos quatro quesitos alvo. A tradução do item Definição e Adesão à Agenda foi considerada semântica, idiomática e conceitualmente equivalente à original por 100% dos juízes, mas, na equivalência cultural, um (16.6%) deles assinalou indeciso. Para o item Colaboração, os percentuais de equivalência cultural e conceitual foram 100% e os de equivalência semântica e idiomática foram 83.3%, tendo em ambos os quesitos um juiz (16.6%) marcado a opção indeciso. A tradução do item Uso Distribuído e Eficiente do Tempo foi considerada em 100% das avaliações como semanticamente equivalente à versão original. Quanto à equivalência idiomática e conceitual, 66.7% dos juízes consideram este item equivalente e 33.3% se declararam indecisos na avaliação para ambos os quesitos. Já quanto à equivalência cultural do mesmo item, 83.3% dos juízes assinalaram a opção equivale e 16.7% a opção indeciso. O item Eliciação de Cognições-Chave foi considerado semanticamente equivalente em 83.3% das avaliações, sendo que um juiz (16.7%) marcou a opção indeciso. Na análise da equivalência idiomática, 66.7% dos juízes marcaram a opção equivale, 16.7% a opção indeciso e 16.7% a opção não equivale. Metade dos juízes (3) considerou o item equivalente culturalmente. Ainda nesse quesito, 33.3% dos juízes se declararam indecisos e 16.7% consideraram que o item não equivale à versão original. Quanto à equivalência conceitual, 83.3% dos juízes marcaram a opção equivale e 16.7% deles assinalaram a opção indeciso. A tradução do item Definição do Plano de Ação foi considerada semântica, idiomática, conceitual e culturalmente equivalente à versão original por 83.3% dos juízes, sendo que em cada quesito um avaliador (16.7%) marcou a opção indeciso.

Os juízes também sugeriram possíveis alterações. Foram acatadas as seguintes recomendações: alterar aderência para adesão; trocar acessa por avalia; utilizar diretrizes e não guias; substituir chaves cognitivas por cognições-chave; detalhar pensamentos quentes, acrescentando repetitivos e intrusivos; mudar adequação da distribuição para adequação do ritmo/andamento; e substituir velocidade por ritmo.

Após as alterações, foi realizada uma aplicação piloto da CTS-R em língua portuguesa em um grupo de 25 estudantes de TCC. Destes, 22 eram psicólogos participantes de uma turma de especialização e três eram graduandos em psicologia, participantes de turmas de formação inicial. A idade média em anos dos participantes foi 30.40 (DP = 8.40), sendo que 92.00% (n=23) da amostra foi composta por mulheres. Este grupo teve como objetivo verificar a compreensão dos itens e das instruções em autoavaliação por parte de terapeutas com pouca experiência.

Poucas dúvidas (p.ex., significado de subtiliza e digressões) foram manifestadas por poucos participantes e todas elas não diziam respeito a problemas de tradução e/ou adaptação da escala, sendo decorrente de idiossincrasias de alguns desses colaboradores. Como grande parte conseguiu compreender adequadamente a CTS-R apesar de terem apenas formação inicial em TCC, optou-se, pois, por não alterar o instrumento.

Posteriormente, a CTS-R do Brasil passou por um processo de retrotradução, conduzido por um tradutor profissional, fluente nos idiomas português e inglês e que desconhecia a escala no idioma original. A versão retrotraduzida foi encaminhada aos autores da escala original para apreciação, sendo devidamente analisada e aprovada para uso.

Estudo 2 – Estrutura e consistência interna da versão brasileira da Cognitive Therapy Scale – Revised

2.2 Método

2.2.1 Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 40 estagiários em TCC e por seus supervisores clínicos (n=7). Eles foram recrutados em quatro instituições de ensino superior de uma cidade do interior de Minas Gerais.

Os estagiários-terapeutas estavam no último ano da graduação em Psicologia, sendo que 70% (n=28) eram de instituições privadas e 30% (n=12) eram de uma universidade pública. A idade média em anos dos estudantes foi igual a 27.92 (DP = 8.18; idade mínima = 21; idade máxima = 53), sendo que 85% (n=34) eram mulheres.

Da amostra de supervisores, 42.85% (n=3) eram de uma universidade pública e 57.15% (n=4) lecionavam em três instituições privadas. A maioria dos supervisores (71.42%; n=5) era do sexo feminino, a idade variou de 30 a 59 anos (M = 39.42; DP = 9.21) e 71.42% possuíam doutoramento (n = 5), 14.28% (n = 1) mestrado e 14.28% (n=1) pós-graduação lato sensu.

2.2.2 Instrumento

Foi utilizada a versão traduzida e adaptada da CTS-R para a língua portuguesa do Brasil. Reitera-se que ela é composta por 12 itens que são respondidos em uma escala do tipo Likert de sete pontos, que varia de zero, quando o terapeuta não adere aos aspectos da terapia, a seis, quando o terapeuta adere e apresenta competência na realização dos procedimentos (Blackburn et al., 2001b). A pontuação varia de 0 a 72, sendo que a pontuação mínima adotada na área para que o terapeuta seja considerado competente em TCC tem sido 36 (James et al., 2001), ou seja, uma média de três pontos por item. Para que a CTS-R seja pontuada adequadamente, são apresentadas as características-chave para cada item e uma breve descrição para o sistema de pontuação (Figura 2).

2.2.3 Procedimento

Após os cuidados éticos necessários (CAAE 55441716.9.0000.5147), incluindo a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A), os supervisores receberam um exemplar da versão brasileira da CTS-R. O desempenho de cada estagiário foi avaliado pelo supervisor, que preencheu a escala após ouvir o relato de cada estagiário-terapeuta sobre sua última sessão realizada com cada cliente. As avaliações ocorreram no início (1-4 sessões) dos atendimentos. Neste mesmo período, os estagiários também realizaram uma autoavaliação com o instrumento.

2.3 Análise dos Dados

Os dados foram tratados quantitativamente. A versão 20.0 do software SPSS foi utilizado para tanto.

Para avaliar a consistência interna da medida, utilizou-se o alfa de Cronbach, utilizando tanto os dados coletados junto aos supervisores quanto os dos estagiários-terapeutas. Apesar de não haver um consenso na literatura, consideram-se como adequados os índices iguais ou superiores a 0.6 (AERA, APA, NCME, 2014; Conselho Federal de Psicologia, 2003). Para obter evidências de validade baseadas na estrutura interna para a

ITEM 1 – DEFINIÇÃO E ADESÃO À AGENDA

Características-chave: abordar adequadamente os tópicos que foram acordados e defini-los de forma apropriada. Isso envolve a definição de metas delimitadas e realistas de forma colaborativa. O formato para definir a agenda pode variar de acordo com o estágio da terapia.

Três características devem ser consideradas para pontuar os itens:

- (i) presença/ausência de uma agenda explícita, acordada e priorizada, e possível no tempo disponível;
- (ii) adequação do conteúdo da agenda (para o estágio da terapia, as preocupações atuais etc.), sendo que a revisão do Plano de Ação (anteriormente denominado tarefa de casa) definido anteriormente é um item permanente;
- (iii) adesão apropriada à agenda.

Marque com um X na linha vertical o nível que você considera que o terapeuta tenha cumprido a incumbência central. As características descritas à direita devem guiar sua decisão.

Observação: A definição da agenda requer colaboração e a apreciação disso deve ser feita aqui, somente aqui. A colaboração ocorrida em outras fases da sessão deve ser pontuada a seguir no Item 3 (Colaboração).

Nível de Competência	Exemplos
Observação: Pontue de acordo com as características e não com os exemplos!	
0	Sem definição da agenda, definição de agenda é muito inapropriada ou não há adesão à agenda.
1	Definição inapropriada de agenda (por exemplo, falta de foco, irrealista, não considera a contribuição do cliente, plano de ação não revisado).
2	Uma tentativa de agenda é feita, mas com grandes dificuldades evidentes (por exemplo, definição unilateral). Baixa adesão.
3	A agenda é apropriada, bem definida, mas com algumas dificuldades evidentes (por exemplo, pouca colaboração). Alguma adesão.
4	A agenda é apropriada, pequenas dificuldades são evidentes (por exemplo, sem priorização), mas com presença de características apropriadas (por exemplo, revisão do Plano de Ação). Adesão moderada.
5	Agenda apropriada é definida com metas delimitadas e prioritárias e revisada no final. Adesão à agenda. Problemas mínimos.
6	Excelente definição de agenda ou alta efetividade na definição da agenda em face de dificuldades.

Figura 2. Exemplo de um dos itens da versão brasileira da Cognitive Therapy Scale - Revised

versão brasileira da CTS-R, realizaram-se duas análises fatoriais exploratórias (AFE), sendo novamente utilizados os dados coletados com os dois subgrupos de participantes. Para analisar a adequação da matriz dos dados para fatoração, foram utilizados o coeficiente de Kayser-Meyer Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett (χ^2). No primeiro caso, escores próximos a um indicam mais adequação. Quanto ao χ^2 , considerou-se o nível de significância de 5%. Devido à natureza dos dados, empregou-se o método de fatoração Verossimilhança Máxima, sendo consideradas significativas as cargas fatoriais iguais a 0.35 ou superiores (Clark & Watson, 1995).

2.4 Resultados

Após constatar a adequação da matriz dos dados coletados junto aos estagiários-terapeutas para fatoração [KMO=0.895; $\chi^2(66;40)=367.972$; $p<0.001$], procedeu-se a AFE (Tabela 2). Extraíu-se somente um fator com autovalor (7.654) superior a um. Ele explica 60.58% da variância. As cargas fatoriais variaram entre 0.838 (Item 6) e 0.675 (Item 2).

A matriz dos dados dos supervisores também se mostrou adequada para fatoração [KMO=0.909; $\chi^2(66;40)=456.985$; $p<0.001$], sendo que um único fator foi extraído. Ele explica 69.29% da variância, apresentou autovalor superior a um (8.626) e as cargas fatoriais variaram entre 0.915 (item 11) e 0.720 (item 1). Ao analisar a consistência interna da escala, observaram-se alfas de Cronbach iguais a 0.94 e 0.96 para os dados de estagiários-terapeutas e supervisores respectivamente. Constatou-se, também, que, para ambos os subgrupos de participantes, a exclusão de itens não aumentaria o alfa. Para o subgrupo de estagiários, a correlação item-total corrigida variou entre 0.64 (item 2) e 0.81 (item 11) e, para o subgrupo de supervisores, variou entre 0.72 (item 1) e 0.88 (item 11)(Tabela 2).

Tabela 2.

Carga fatorial, correlação item-total corrigida e alfa de Cronbach se item deletado dos itens da versão brasileira da Cognitive Therapy Scale - Revised

CTS-R	Subgrupos de Participantes					
	Estagiários- Terapeutas			Supervisores		
	λ^a	r^b	α^c	λ^a	r^b	α^c
Item 1 – Definição e adesão à agenda	0.697	0.678	0.942	0.720	0.722	0.961
Item 2 – Feedback	0.675	0.644	0.943	0.807	0.786	0.959
Item 3 – Colaboração	0.783	0.759	0.939	0.865	0.847	0.958
Item 4 – Uso distribuído e eficiente do tempo	0.706	0.697	0.941	0.766	0.755	0.960
Item 5 – Efetividade interpessoal	0.795	0.771	0.939	0.863	0.834	0.957
Item 6 – Eliciação de expressão emocional adequada	0.838	0.813	0.937	0.877	0.853	0.957
Item 7 – Eliciação de cognições-chave	0.801	0.769	0.938	0.810	0.810	0.958
Item 8 – Eliciação de comportamentos	0.837	0.808	0.937	0.896	0.872	0.956
Item 9 – Descoberta guiada	0.826	0.790	0.937	0.893	0.863	0.956
Item 10 – Integração conceitual	0.749	0.722	0.940	0.786	0.794	0.958
Item 11 – Aplicação de métodos de mudança	0.827	0.815	0.936	0.915	0.889	0.956
Item 12 – Definição do plano de ação	0.784	0.765	0.939	0.767	0.748	0.960

Nota. ^acarga fatorial ^bcorrelação item-total corrigida ^calfa de Cronbach se o item for deletado

2.5 Discussão

A versão em português do Brasil da CTS-R apresentou boas estimativas de fidedignidade tanto ao ser preenchida por supervisores quanto ao ser respondida por estagiários-terapeutas. Observaram-se alfas de Cronbach elevados para os dois subgrupos de participantes. Em ambos os casos, 0,96 e 0,94 respectivamente, os escores foram bastante superiores aos recomendados, por exemplo, pelo Conselho Federal de

Psicologia (2003), ou seja, 0,6, e podem ser considerados adequados indicativos de fidedignidade.

A alta consistência interna obtida nesse estudo é semelhante à encontrada por Blackburn et al. (2001a) para a versão original do instrumento (CTS-R). Obtiveram alfas entre 0,92 e 0,97 ao considerarem a versão de 13 itens da escala, apresentando três possíveis justificativas para o alto valor encontrado: (1) os valores obtidos podem ser explicados por alto nível de sobreposição entre itens; (2) os avaliadores participantes foram influenciados por um efeito “*halo*”; e (3) a alta consistência interna reflete a forma global como as habilidades são treinadas, isto é, a melhora em um aspecto leva a melhora de outros.

Comum em avaliações de desempenho, o efeito “*halo*” é definido como a incapacidade apresentada por superiores para discriminar atributos de subordinados que são distintos conceitualmente e potencialmente independentes (Leuthesser, Kohli, & Harish, 1995). O termo foi desenvolvido a partir da observação de Thorndike (1920) de que a avaliação realizada por supervisores apresenta altas correlações com uma impressão geral do supervisionado. Apesar de não considerarem esse efeito, Muse e McManus (2016) ressaltam que a avaliação realizada pelos supervisores clínicos é comumente distorcida e mais favorável, devido à relação estabelecida entre supervisor e terapeuta. Sugere-se, então, que sejam realizadas análises da consistência interna da versão brasileira da CTS-R contrastando autoavaliação, avaliação por supervisores e avaliação por examinadores externos que não possuam relação com os avaliados, o que permitirá analisar mais profundamente o efeito halo.

A primeira e a terceira justificativas propostas por Blackburn et al. (2001a) para explicar a alta consistência interna da CTS-R são relacionadas, pois, se há sobreposição entre os itens e eles representam habilidades, ao treinar uma delas, as demais seriam automaticamente promovidas. Todavia, os autores observaram, baseados em análise da validade discriminante, que não há uma melhora global em competência durante o treinamento, com alguns itens, como Feedback, sendo mais responsivos ao aprendizado do que outros. Logo, estas duas justificativas também devem ser alvo de outros estudos.

Observa-se, pelos valores de correlação item-total (Tabela 2), que a exclusão de nenhum dos itens aumentaria o alfa de Cronbach do instrumento. Todos os itens alcançaram valores aceitáveis, sendo que mesmo os valores mínimos obtidos para cada subgrupo – 0,72 para supervisores e 0,64 para terapeutas-estagiários – são muito

superiores a 0.20, valor mínimo para que o item seja considerado adequado (Clark & Watson, 1995).

Embora alguns autores considerem a alta consistência interna como indicativo da unidimensionalidade do instrumento, isso não é um consenso na literatura, sendo considerada por outros como medida não precisa para este fim (Vitória, Almeida & Primi, 2006). As análises fatoriais da versão em português do Brasil da CTS-R extraíram apenas um fator, isto é, as variáveis observadas se organizam em um único constructo subjacente, explicando mais de 60% da variância da medida. Apesar de não apresentarem análises fatoriais ao considerarem as propriedades psicométricas da CTS-R, reitera-se que Blackburn et al. (2001a) e James et al. (2001) dividem a escala em itens gerais (Feedback, Colaboração, Uso Distribuído e Eficiente do Tempo, e Efetividade Interpessoal); e itens específicos em terapia cognitivo-comportamental (Eliciação de Expressão Emocional Adequada, Eliciação de Cognições-Chave, Eliciação de Comportamentos, Descoberta Guiada, Integração Conceitual, Aplicação de Métodos de Mudança e Definição do Plano de Ação), com o item Definição e Adesão à Agenda incluído em ambas subescalas. Tal divisão parece ser decorrente da forma como a CTS (Beck & Young, 1980) foi desenvolvida. Como apresentado anteriormente, ela é dividida em subescalas, apesar de esta divisão não ser respaldada pelas análises realizadas por Dobson et al. (1985) e Vallis et al. (1986). Estes identificaram um fator principal, responsável por 64,8% da variância. Assim, parece que tanto a CTS quanto a CTS-R, pelo menos a versão brasileira, são unidimensionais. Por parcimônia, recomenda-se, no entanto, que seja feita análise fatorial confirmatória para testar se o modelo com um fator é, de fato, superior ao com dois fatores.

Estudo 3 – Confiabilidade interexaminadores e evidência de validade baseada na relação com variáveis externas

2.6 Método

2.6.1 Participantes

Participaram deste estudo quatro terapeutas experientes (avaliadores), sendo dois deles doutoras em Psicologia ou área afim (p.ex., Saúde) com experiência em formação de terapeutas (supervisão de estágio em graduação, supervisão em especialização etc.) e

duas mestres em Psicologia ou área afim (p.ex., Saúde), também com experiência em formação de terapeutas (supervisão de estágio em graduação, supervisão em especialização etc.) e com 10 ou mais anos de atuação em TCC.

2.6.2 Materiais

Neste estudo foram utilizados a versão brasileira da CTS-R, um guia de orientação para avaliadores e um Formulário de Avaliação do Preenchimento da versão brasileira da CTS-R. O guia é composto por pontos importantes referentes a cada item e auxilia o avaliador em caso de dúvidas. É a versão traduzida do material utilizado pelos autores da CTS-R no treinamento dos avaliadores que utilizarão a escala, e que foi encaminhado por I James, coautor da CTS-R, para facilitar o processo de tradução e adaptação do instrumento (comunicação pessoal, 24 de março de 2017). O formulário compreende questões que permitem avaliar o processo de preenchimento, como tempo dispendido, intervalo entre primeira e segunda avaliações etc.

Também foram utilizados dois vídeos de psicoterapia, sendo um com um terapeuta iniciante (Vídeo 1) e outro com uma terapeuta experiente (Vídeo 2). No primeiro caso, trata-se de um graduando em Psicologia, estagiário em seu primeiro ano de contato com a TCC. A terapeuta experiente é graduada em Psicologia, especialista e proficiente em TCC e possui 10 anos de atuação na área.

O terapeuta iniciante atendeu uma mulher de 30 anos que apresentou queixa inicial de ciúme patológico. A sessão gravada corresponde à fase intermediária do tratamento. Já a terapeuta experiente atendeu um homem com diagnóstico de ansiedade generalizada e transtorno de personalidade paranóide. O vídeo gravado corresponde à fase final do tratamento.

2.6.3 Procedimento

Ressalta-se que terapeutas e clientes assinaram o TCLE e que cuidados éticos para disponibilização e arquivamento dos vídeos foram tomados. Cada participante (N=4) avaliou às cegas os dois vídeos, sendo que, para evitar efeito de ordem, dois participantes avaliaram o Vídeo 1 – terapeuta iniciante – seguido pelo Vídeo 2 – terapeuta experiente – e dois avaliaram na ordem inversa.

Os materiais (instrumentos etc.), bem como um TCLE foram enviados por meio eletrônico. Cada participante foi orientado a: (1) ler a versão brasileira da CTS-R e o guia de orientação para avaliadores por completo; (2) assistir o primeiro vídeo por

completo, evitando pausar, avançar e/ou voltar; (3) assistir novamente o vídeo utilizando a versão brasileira da CTS-R e o guia para fazer a avaliação; (4) conferir o preenchimento do instrumento para averiguar se todos os itens foram pontuados de acordo com a padronização; (5) repetir os passos anteriores para o segundo vídeo; (6) preencher o Formulário de Avaliação do Preenchimento; e (7) enviar as escalas preenchidas e o formulário para o e-mail dos pesquisadores.

2.7 Análise dos Dados

Utilizou-se o Test t para amostras pareadas a fim de verificar se havia diferença entre as avaliações dos dois vídeos (terapeuta iniciante ou terapeuta experiente). Esta análise permitiu obter evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas: experiência do terapeuta.

Para estimar a confiabilidade interexaminadores foi utilizado o coeficiente de correlação intraclassa (CCI). O CCI foi obtido por modelo aleatório de duas vias, sendo considerada a consistência entre as avaliações e adotada a confiabilidade média de todos os juízes. A categorização dos valores obtidos para os valores de CCI foi: concordância fraca $CCI < 0.40$, concordância moderada $CCI \leq 0,75$ e concordância excelente $CCI > 0,75$ (Fleiss, Levin, & Paik, 2013). Utilizou-se, também, a correlação Pearson entre pares de avaliadores e o test t pareado.

Adotou-se, como nível de significância, 0.05. Esta decisão foi decorrente das características da área, da amostra e das medidas.

2.8 Resultados

Verificou-se que, no caso do Vídeo 1 (terapeuta iniciante), não houve diferença significativa [$t(4;2)=0.104$; $p=0.927$] entre os juízes em função da ordem de avaliação. Quanto ao Vídeo 2 (terapeuta experiente), a significância foi limítrofe [$t(4;2)=4.200$; $p=0.052$], sendo que a média dos que avaliaram a gravação do terapeuta experiente primeiro ($M=60$; $DP=0$) tende a ser menos elevada do que a dos que fizeram esta análise em ordem inversa ($M=65.25$; $DP=1.77$).

O Teste t revelou, ademais, que as avaliações dos terapeutas não diferiram significativamente somente no caso dos itens 4 (Uso Distribuído e Eficiente do Tempo), 8 (Eliciação de Comportamentos) e 12 (Definição do Plano de Ação). Os demais itens e

a pontuação total apresentaram pontuação significativamente maior para o vídeo da terapeuta experiente, como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3.

Dados obtidos pela estatística descritiva e teste t para os dois vídeos analisados

CTS-R	Vídeos				Teste t	p
	Iniciante		Experiente			
	M	DP	M	DP		
Item 1 – Definição e Adesão à Agenda	2.00	1.63	5.75	0.50	t=5.960	0.009
Item 2 – Feedback	2.25	1.70	5.50	0.57	t=3.806	0.032
Item 3 – Colaboração	3.50	0.57	5.37	0.47	t=4.392	0.022
Item 4 – Uso Distribuído e Eficiente do Tempo	2.50	1.29	4.87	0.69	t=2.791	0.068
Item 5 – Efetividade Interpessoal	2.75	0.95	5.25	0.64	t=4.082	0.027
Item 6 – Eliciação de Expressão Emocional Adequada	2.75	0.95	5.00	0.00	t=4.700	0.018
Item 7 – Eliciação de Cognições-Chave	2.37	1.49	5.25	0.28	t=4.004	0.028
Item 8 – Eliciação de Comportamentos	3.25	1.50	5.25	0.50	t=2.828	0.066
Item 9 – Descoberta Guiada	3.25	0.95	5.00	0.00	t=3.656	0.035
Item 10 – Integração Conceitual	2.25	1.50	5.00	0.81	t=3.667	0.035
Item 11 – Aplicação de Métodos de Mudança	2.00	1.15	5.00	0.81	t=3.286	0.046
Item 12 – Definição do Plano de Ação	2.00	2.30	5.37	0.47	t=2.705	0.074
Total	30.8 7	13.75	62.62	3.19	t=4.354	0.022

Ao analisar a confiabilidade interexaminadores, obtiveram-se CCIs iguais a 0.954 para o vídeo do terapeuta iniciante e 0.715 para o vídeo da terapeuta experiente. Considerando os 12 itens e as duas avaliações em conjunto, isto é, abarcando iniciante e experiente (24 avaliações), identificou-se (Tabela 4) que não houve diferença significativa somente entre os escores dos avaliadores 1 e 3 [$t(24; 23)=1.000$; $p=0.328$]. Assim, os avaliadores 1 e 3 tendem a avaliar mais positivamente o desempenho dos terapeutas enquanto os examinadores 2 e 4 tendem a, respectivamente, avaliar mais

negativamente. Não obstante, observaram-se correlações positivas significativas que variaram entre moderada ($r=0.465$) e muito forte ($r=0,921$) entre as avaliações.

2.9 Discussão

Ainda que três itens não tenham apresentado diferença significativa ao serem considerados os desempenhos de um terapeuta iniciante e de um experiente, os demais resultados evidenciaram que a versão brasileira da CTS-R foi capaz de discriminar diferentes níveis de competência. Logo, obteve-se evidência de validade baseada nas relações com variáveis externas (AERA, APA, NMCE, 2014).

Blackburn et al. (2001a), adotando como critério a aprendizagem dos terapeutas ao longo de um ano de treinamento, atingiu resultados semelhantes. Todavia, identificaram que pouco mais de 50% dos itens apresentaram mudança significativa.

O CCI médio entre avaliadores encontrado para o vídeo do terapeuta iniciante (0.954) pode ser classificado como excelente, conforme Fleiss et al. (2013), enquanto o CCI para o vídeo 2 (0.715) pode ser considerado moderado, denotando confiabilidade dessa medida. Esses escores foram superiores aos obtidos por Blackburn et al. (2001a). Adicionalmente, as correlações entre avaliadores foram, pelo menos, moderadas, sendo também mais altas que as obtidas por estes autores.

Tabela 4.

Correlações de Pearson, test t e nível de significância para os pares de avaliadores

Pares de avaliadores	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Avaliador1 (M= 4,48; DP=1,16) - Avaliador2 (M= 3,60; DP=2,08)	0,729*	2,918	0,008
Avaliador1 (M= 4,48; DP=1,16) - Avaliador3 (M=4,25; DP=1,00)	0,465**	1,000	0,328
Avaliador1 (M= 4,48; DP=1,16) - Avaliador4 (M=3,25; DP=1,96)	0,741*	4,457	0,000
Avaliador2 (M= 3,60; DP=2,08) - Avaliador3 (M=4,25; DP=1,00)	0,760*	2,151	0,042
Avaliador2 (M= 3,60; DP=2,08) - Avaliador4 (M=3,25; DP=1,96)	0,921*	2,132	0,044
Avaliador3 (M=4,25; DP=1,00) - Avaliador4 (M=3,25; DP=1,96)	0,698*	3,374	0,003

Nota. * $p<0.05$ ** $p<0.001$

2.9 Considerações Finais

O processo de tradução e adaptação da versão brasileira da CTS-R respeitou as diretrizes acadêmicas para esse procedimento (Beaton et al., 2000) e pode ser considerado adequado, uma vez que os índices de concordância dos juízes com a equivalência semântica, idiomática cultural e conceitual geralmente foram superiores a 80%, que tem sido considerado parâmetro mínimo (Pasquali, 2001). Os itens da versão traduzida que não apresentaram no mínimo 80% de concordância foram revistos e, se preciso, reelaborados. A aplicação piloto demonstrou que o instrumento é compreensível até mesmo entre terapeutas cognitivo-comportamentais iniciantes.

Em síntese, é possível afirmar que a versão brasileira da CTS-R apresenta boas estimativas de fidedignidade (consistência interna etc.) e evidências de validade baseadas na estrutura interna (unidimensional) e nas relações com variáveis externas (experiência do terapeuta). Todavia, é necessário que outras investigações sobre as propriedades psicométricas dessa medida sejam conduzidas, realizando análise fatorial confirmatória e reexaminando a confiabilidade interexaminadores para os itens. Estas análises não foram possíveis ou apresentaram limitações significativas no presente estudo devido às limitações da amostra. É preciso avaliar, ainda, se o treinamento dos avaliadores melhora a confiabilidade do instrumento, conforme apontado por Reichelt et al. (2003), bem como seu uso para avaliar a competência de terapeutas ao trabalharem com clientes com diferentes diagnósticos.

Essas e outras pesquisas contribuirão para que a CTS-R possa ser considerada a medida padrão-ouro para avaliação de competência em TCC no Brasil, como é sua versão original em outros países (Kelleher et al., 2015). Apesar de parecer ser a única medida brasileira com evidências de validade e estimativas de fidedignidade para avaliar competência em TCC, seu uso deve ser feito com cautela.

Espera-se que o uso da versão brasileira da CTS-R contribua para o desenvolvimento das TCCs no país. Isto ocorrerá se ela for usada como base para o desenvolvimento de competências em formação inicial (graduação) e continuada (treinamentos, especializações etc.) de terapeutas, bem como em ensaios clínicos randomizados, melhorando, conseqüentemente, a qualidade dos atendimentos clínicos ofertados à população.

Referências

- American Educational Research Association, American Psychological Association e National Council on Measurement in Education. (1999). Standards for educational and psychological testing. New York: American Educational Research Association.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Beck, J. S., & Broder, F. R. (2016). The new “homework” in cognitive behavior therapy. Disponível em <https://beckinstitute.org/the-new-homework-in-cognitive-behavior-therapy/>
- Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. K. (2001a). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 29(4), 431-446.
- Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., Reichelt, F. K., Garland, A., Baker, C., ... & Claydon, A. (2001b). Cognitive therapy scale—revised (CTS-R). Newcastle-upon-Tyne: Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Centre.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- Conselho Federal de Psicologia. (2003). Resolução CFP nº 002/2003. Recuperado em <http://site.cfp.org.br/resolucoes/resolucao-n-2-2003/>
- Dean, S., Britt, E., Bell, E., Stanley, J., & Collings, S. (2016). Motivational interviewing to enhance adolescent mental health treatment engagement: a randomized clinical trial. *Psychological medicine*, 46(9), 1961-1969.
- Dobson, K. S., Shaw, B. F., & Vallis, T. M. (1985). Reliability of a measure of the quality of cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 24(4), 295-300.
- Fleiss, J. L., Levin, B., & Paik, M. C. (2013). *Statistical methods for raters and proportions*. John Wiley & Sons.
- James, I. A., Blackburn, I. M., & Reichelt, F. K. (2001). Manual of the Revised Cognitive Therapy Scale (CTSR). Unpublished manuscript, Newcastle Cognitive and Behavioral Therapies Centre and University of Newcastle-upon-Tyne.
- Jones, S. H., Smith, G., Mulligan, L. D., Lobban, F., Law, H., Dunn, G., ... & Morrison, A. P. (2015). Recovery-focused cognitive-behavioural therapy for recent-onset

- bipolar disorder: randomised controlled pilot trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(1), 58-66.
- Kelleher E, Hayde M, Tone Y, Dud J, Kearns C, McGoldrick M, McDonough M (2015). Cognitive behavioural therapy by psychiatric trainees: can a little knowledge be a good thing? *British Journal of Psychiatry Bulletin* 39, 39–44
- Kuyken, W., Beshai, S., Dudley, R., Abel, A., Görg, N., Gower, P., ... & Padesky, C. A. (2016). Assessing competence in collaborative case conceptualization: Development and preliminary psychometric properties of the Collaborative Case Conceptualization Rating Scale (CCC-RS). *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 44(2), 179-192.
- Leuthesser, L., Kohli, C. S., & Harich, K. R. (1995). Brand equity: the halo effect measure. *European Journal of Marketing*, 29(4), 57-66.
- Loades, M. E., & Armstrong, P. (2016). The challenge of training supervisors to use direct assessments of clinical competence in CBT consistently: a systematic review and exploratory training study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9(27), 1-20.
- Mansell, W., Tai, S., Clark, A., Akgonul, S., Dunn, G., Davies, L., ... & Morrison, A. P. (2014). A novel cognitive behaviour therapy for bipolar disorders (Think Effectively About Mood Swings or TEAMS): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 405.
- Mitchell, A. E. P. (2017). The Effectiveness of a Short Cognitive Behavioral Training Course on Awareness, Knowledge, and Transferability of Competencies in Clinical Practice. *Perspectives in psychiatric care*, 53(2), 87-94.
- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., ... & Grace, T. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9926), 1395-1403.
- Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 484-499.
- Muse, K., & McManus, F. (2016). Expert insight into the assessment of competence in cognitive-behavioural therapy: A qualitative exploration of experts' experiences, opinions and recommendations. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(3), 246-259.
- Muse, K., McManus, F., Rakovshik, S., & Thwaites, R. (2017). Development and psychometric evaluation of the Assessment of Core CBT Skills (ACCS): An

- observation-based tool for assessing cognitive behavioral therapy competence. *Psychological assessment*, 29(5), 542.
- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de exame psicológico – TEP: manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia.
- Rakovshik, S. G., & McManus, F. (2010). Establishing evidence-based training in cognitive behavioral therapy: A review of current empirical findings and theoretical guidance. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 496-516.
- Reichelt, F. K., James, I. A., & Blackburn, I. M. (2003). Impact of training on rating competence in cognitive therapy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 34(2), 87-99.
- Roth, A. D. (2016). A New Scale for the Assessment of Competences in Cognitive and Behavioural Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(5), 620-624.
- Stallard, P., Myles, P., & Branson, A. (2014). The cognitive behaviour therapy scale for children and young people (CBTS-CYP): Development and psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 269-282.
- Thorndike, E. L. (1920). A constant error in psychological ratings. *Journal of applied psychology*, 4(1), 25-29.
- Vallis, T. M., Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1986). The Cognitive Therapy Scale: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(3), 381.
- Vitória, F., Almeida, L. S., & Primi, R. (2006). Unidimensionalidade em testes psicológicos: conceito, estratégias e dificuldades na sua avaliação. *Psic: revista da Vetor Editora*, 7(1), 01-07.
- Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). *Cognitive Therapy Scale*. Disponível em http://www.beckinstitute.org/SiteData/docs/CTRS122011/338812377f0513fe/CTRS%2012-2011_portrait.pdf

**CAPÍTULO 3- Desenvolvimento de competências de terapeutas cognitivo-
comportamentais: uma comparação entre autoavaliação e avaliação por
supervisores**

Gabriela de Andrade Reis
Universidade Federal de Juiz de Fora

RESUMO

Para avaliar o desenvolvimento de competência de estagiários em terapias cognitivo-comportamentais comparando autoavaliação e avaliação por supervisores, estudantes de psicologia e professores responsáveis pela supervisão clínica utilizaram a versão brasileira da Cognitive Therapy Scale – Revised (CTS-R) para avaliações no início, meio e fim dos atendimentos. Tanto na autoavaliação quanto na avaliação por supervisores os estagiários tenderam a ser considerados competentes desde a primeira coleta. Ocorreu um aumento significativo da competência ao longo tempo. Somente na terceira coleta houve diferença significativa entre autoavaliação e avaliação realizada por supervisor. Assim, há indícios de que a versão brasileira da CTS-R é uma medida válida e fidedigna para autoavaliação por estagiários-terapeutas e avaliação por supervisores de estágio em terapia cognitiva comportamental e que pode contribuir para o aprimoramento da formação de terapeutas que adotam esta abordagem.

Palavras-chaves: competência profissional; formação do psicoterapeuta; supervisão clínica; terapia cognitivo comportamental;

ABSTRACT

To evaluate the development of competence of trainees in cognitive-behavioral therapies comparing self-assessment and evaluation by supervisors, psychology students and teachers responsible for clinical supervision used the Brazilian version of the Cognitive Therapy Scale-Revised (CTS-R) for assessments at the beginning, middle and end of the treatment. Both in the self-evaluation and in the evaluation by supervisors, the trainees tended to be considered competent from the first data. A significant increase in competence occurred over time. Only in the third data there was a significant difference between self-evaluation and evaluation performed by supervisor. Thus, there are indications that the Brazilian version of CTS-R is a valid and reliable measure for self-evaluation by trainee-therapists and evaluation by supervisors in cognitive behavioral therapy and that can contribute to the improvement of the training of therapists who adopt this approach.

Keywords: clinical supervision; cognitive behavioral therapy; professional competence; psychotherapist education.

3.1 Introdução

A supervisão é comumente vista como uma parte essencial no treinamento de terapeutas (Alfonsson, Spännargård, Parling, Andersson, & Lundgren, 2017; Pretorius, 2006), ainda que o modo como ela ocorre varie de acordo com a abordagem psicoterápica do supervisor (Oliveira et al., 2014). Seu objetivo é aumentar os resultados do processo psicoterapêutico para o cliente e, ao mesmo tempo, promover o desenvolvimento das competências dos terapeutas (Prasko, Vyskocilova, Slepecky, Novotny 2012). Caracteriza-se como meio de instrumentalizar o trabalho do terapeuta com base em aspectos teóricos, vivenciais e éticos, compreendendo, então, monitoria, orientação e feedback em questões do desenvolvimento profissional (Gauy et al., 2015).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) como prática psicoterápica baseada em evidência e empiricamente testada para diversos transtornos e demandas, surpreendentemente tem dedicado pouca atenção a pesquisas empíricas sobre supervisão clínica, que ocupa um lugar importante tanto na formação continuada de profissionais que já realizam TCC quanto na preparação inicial (Alfonsson et al., 2017). É recente o interesse de pesquisadores em delinear os elementos necessários para uma supervisão eficaz e em identificar as competências em que os supervisores precisam ser treinados (Newman, 2013). Dada a relevância da supervisão, há que se considerar os modelos de supervisão, o perfil dos supervisores e as estratégias de avaliação de competência dos supervisionados por eles utilizadas.

Sugere-se que o modelo de supervisão seja semelhante à estrutura clínica em TCC, com o supervisor fazendo uso de questionamento socrático, técnicas experienciais, descoberta guiada, entre outros recursos terapêuticos que familiarizem os terapeutas em formação com a prática na abordagem, além de fortalecer a relação entre supervisor e supervisionado (Barletta, Delabrida & Fonseca, 2011). Este modelo é facilitado quando o supervisor é um psicólogo docente e atuante na clínica (Duarte, Santos, & Figueiredo, 2016). A obrigatoriedade de atuação na área que supervisiona é correntemente discutida nos conselhos de Psicologia (Gauy et al. 2015). Gauy et al (2015), em pesquisa com 129 supervisores clínicos no Brasil, identificou que 64,4% tinha mais de 10 anos de atuação clínica. Esses autores não encontraram no Brasil, até 2015, nenhum curso de formação de supervisores. No Brasil as supervisões são feitas de forma livre e assistemática (Gauy et al., 2015) e comumente através do relato oral dos atendimentos (Machado & Barletta, 2015), embora já se saiba que determinados

modelos de supervisão, como os baseados em gravação de vídeos e *feedback*, são mais efetivos no desenvolvimento de competências e de melhores resultados da terapia (Alfonsson et al., 2017).

Quanto à supervisão baseada exclusivamente em relatos orais dos terapeutas, há evidências de que os terapeutas não descrevem de forma acurada suas habilidades terapêuticas em suas explicações, uma vez que são constantes as divergências entre avaliações realizadas por eles, pelos supervisores e pelo cliente (Lewis, Scott, Hendricks, 2014), colocando em dúvida a efetividade desta estratégia. Em pesquisa feita com residentes em psiquiatria, Muslin, Thurmblad e Meschel (1981) identificaram que 54% dos temas observados nos vídeos de psicoterapia foram omitidos dos relatos em supervisão. Ademais, 6% dos assuntos relatados possuíam algum tipo de distorção.

Para além da discussão sobre o material utilizado para se ter acesso ao conteúdo das sessões psicoterápicas durante a supervisão (vídeos ou relatos orais), há na literatura controvérsias sobre quem deve avaliar competências em TCC: supervisor, terapeuta ou avaliador externo (Muse & Mcmanus, 2016). Comparando as três formas de avaliação, Mathieson, Barnfield e Beaumont (2009) identificaram que não houve correlação significativa entre elas. Apesar disso, a avaliação realizada por avaliador externo apresenta melhor correlação com a autoavaliação do que com a avaliação realizada pelo supervisor. Ademais, a avaliação realizada pelo supervisor e a autoavaliação não apresentam correlação significativa. Os autores ressaltam que a relação próxima entre supervisor e supervisionado pode influenciar nas avaliações, por aquele considerar, entre outros, a experiência do supervisionado em outras áreas, realizando avaliações mais “favoráveis”. Parece que a intenção da avaliação é que determina quem a realizará (Muse & McManus, 2016). Em avaliações formativas o supervisor seria mais vantajoso por ter informações contextuais adicionais e por ter uma relação com o terapeuta. Já em avaliações somativas, um avaliador externo seria mais vantajoso devido à objetividade da avaliação. Apesar da crítica apresentada por Mathieson et al. (2009), sabe-se que a relação entre supervisor e supervisionado é importante no processo de supervisão e próxima a existente no processo terapêutico (Machado & Barletta, 2015; Oliveira et al, 2014), sendo uma fonte de apoio aos terapeutas em treinamento, com o supervisor valorizando suas respostas cognitivas e emocionais (Machado & Barletta, 2015).

No Brasil, das 27 instituições credenciadas pelo MEC como curso de especialização em TCC, 15 ofereciam prática supervisionada com ênfase nesta abordagem (Velasquez, Thomé, & Oliveira, 2015). Destas, 61.54% não possuíam uma

estrutura de supervisão que orientasse a prática do supervisor. A avaliação do aluno em supervisão era feita em 84.62% dos cursos com base em critérios quantitativos (assiduidade, número de clientes atendidos e atendimentos realizados) e critérios qualitativos (iniciativa, participação na supervisão, condução e conhecimento do caso e aplicação de técnicas descritas ou demonstradas por role-play), além de relatórios dos casos. A avaliação do desempenho do supervisor ocorre em 53.85% dos casos, de forma menos estruturada, fazendo uso de questionários periódicos, ficha de satisfação com o curso ou mesmo *feedback* informal. Quanto à contratação e desenvolvimento de supervisores clínicos, 92.31% das instituições seleciona supervisores a partir da formação acadêmica e tempo de experiência em TCC. Algumas ainda consideram o tempo de docência e experiência previa de supervisão, mas apenas três instituições consideram a prática de co-supervisão e observação de supervisores mais experientes como preparação para atuação como supervisor. A maioria das supervisões ocorre mensalmente, em grupo, e 61.54% das instituições apresenta 75 horas como carga horária mínima dedicado à supervisão.

Embora o uso de gravações de sessões de terapia constitua prática recomendada e associada ao aumento de competências em TCC, essa prática não integra a supervisão em TCC das especializações do Brasil (Velasquez et al., 2015). Apesar do extenso uso dessa medida em pesquisas, poucos programas de formação usam esse método por, principalmente, falta de tempo e falta de recursos (Lewis et al., 2014). Uma possível alternativa para a falta de recursos é o ensaio comportamental que consiste em uma interação simulada entre o terapeuta em treinamento e um outro indivíduo, cuja recomendação é que seja um ator (Lewis et al. 2014). Outros motivos comumente apresentados são a vulnerabilidade dos supervisionados a críticas e a ansiedade perante as gravações, entretanto essas preocupações devem ser explicitadas, avaliadas e corrigidas (Pretorius, 2006).

Considerar a efetividade de diferentes formatos de supervisão de TCC requer, como destacado por Lewis et al. (2014), a existência de ferramentas padronizadas e objetivas de se avaliar os resultados da formação. Porém, os autores alertam que elas raramente são aplicadas de forma sistemática. É imperativo que terapeutas, supervisores e pesquisadores tenham acesso a instrumentos válidos e fidedignos que avaliem competência em TCC para acompanhar a formação, permitindo oferecer *feedback* frequentemente e propiciando ao próprio terapeuta a possibilidade de refletir a respeito de sua prática (Muse, McManus, Rakovshik, & Thwaites, 2017). O uso de instrumentos

que avaliam competência em TCC também é indicado durante o treinamento dos supervisores, para que aprendam a observar, instruir, facilitar e avaliar os terapeutas em treinamento (Newman, 2013).

Identificar e refletir sobre as competências de terapeutas cognitivo-comportamentais representa uma importante forma de aumentar a qualidade da formação desses profissionais, tornando-as baseadas em teoria e evidência (Alves, 2016; Loades & Armstrong, 2016). Embora multifacetado, o conceito de competência pode ser entendido como um conjunto de atributos que possibilitam o indivíduo a realizar determinado trabalho (Alves, 2016). Em TCC, é entendida como a extensão em que o terapeuta possui conhecimentos e habilidades necessários para realizar um tratamento que atinja os padrões necessários para obter os efeitos esperados (Fairburn & Cooper, 2011). Como parte essencial dos processos formativos, as competências devem ser avaliadas em diferentes momentos do treinamento e supervisão (Lewis et al. 2014). Dessa forma, ao se avaliar competências dos terapeutas, avalia-se seu conhecimento sobre o tratamento, a adesão e as habilidades para utilizá-lo na prática (Fairburn & Cooper, 2011).

O padrão ouro para avaliação de habilidades e competências dos terapeutas é a avaliação do desempenho na sessão, com instrumentos que operacionalizam as habilidades envolvidas na atuação competente (Muse et al., 2017). Os instrumentos mais usados para avaliar o desempenho do terapeuta na sessão são a CTS e sua versão revisada (CTS-R) (Pretorius, 2006; Lewis et al., 2014; Loades & Armstrong, 2016; Muse et al., 2017; Roth, 2016).

A CTS é uma medida tipo Likert, de sete pontos, com 13 itens que se dividem em três seções: procedimento geral de intervenção, efetividade interpessoal e técnicas cognitivo-comportamentais específicas. Devido às diversas críticas, como sobreposição entre itens e má definição dos itens, e para melhorar o sistema de pontuação, uma versão revisada dessa escala (CTS-R) foi desenvolvida (Blackburn et al., 2001a). A CTS-R é uma medida de adesão e competência, que pode ser usada em diferentes momentos da terapia, com itens sobre comportamentos específicos pontuados por presença, frequência, extensão e habilidade (Blackburn et al., 2001a). Configura-se, pois, como importante instrumento que possibilita o uso de feedback nas supervisões, o que, segundo Loades e Armstrong (2016), auxilia na aliança de trabalho com o supervisionado e melhora a satisfação com a supervisão. Entretanto, é necessário saber qual a melhor maneira de treinar os supervisores para usar instrumentos de acesso à

competência (Loades & Armstrong, 2016). O treinamento dos avaliadores que utilizam a CTS-R parece aumentar a confiabilidade entre avaliadores, entretanto, pouco se sabe sobre a forma, a duração e a frequência desses treinamentos (Loades & Armstrong, 2016). Ademais, ainda há incerteza entre terapeutas cognitivo-comportamentais envolvidos com atividade clínica e pesquisa quanto ao nível ótimo de experiência dos avaliadores, que varia entre novato/inexperiente e especialista na área, para realizarem avaliação de competência em TCC (Muse & McManus, 2016).

Dada a importância da supervisão para o desenvolvimento de competências de terapeutas cognitivo-comportamentais em treinamento e a divergência encontrada na literatura sobre a eficácia de diferentes formas de avaliação – autoavaliação e/ou pelo supervisor –, o objetivo do presente estudo foi avaliar o desenvolvimento de competências de estagiários-terapeutas participantes de supervisões em TCC, bem como contrastar autoavaliação e a avaliação por supervisor.

3.2 Método

3.2.1 Participantes

Participaram deste estudo 40 estagiários em TCC de uma universidade pública (n=12; 30%) e três instituições privadas (n=28; 70%) do interior de Minas e seus supervisores (universidade pública, n=3; 42.85% e privada n=4; 57.15%). A idade média em anos dos estagiários foi igual a 27.92 (DP = 8,18), sendo que 85% (n=34) eram mulheres. A idade média em anos dos supervisores foi de 39.42 (DP= 9,21). A amostra de supervisores foi composta em sua maioria por mulheres (n=5; 71.42%), sendo que a formação mais alta deles era doutorado (n=5; 71.42%), mestrado (n=1; 14.30%) ou título de especialista (n=1;14.30%).

A amostragem foi não probabilística e por conveniência. Todos os supervisores convidados aceitaram participar da pesquisa. Porém, cerca de uma dezena de estagiários-terapeutas se recusaram a participar.

3.2.2 Instrumentos

Utilizou-se no presente estudo a versão em português do Brasil da CTS-R. Esta escala de sete pontos é uma medida de competência e adesão em TCC que considera a extensão, frequência e intensidade em que o terapeuta demonstra determinadas habilidades na sessão psicoterápica. O avaliador é instruído a marcar o nível que

considera que o terapeuta alcançou a função central. São apresentadas descrições operacionalizadas de cada item, assim como uma descrição de critérios no sistema de pontuação para cada item, como pode ser observado na Figura 3.

3.2.3 Procedimento

Após os cuidados éticos necessários (CAAE 55441716.9.0000.5147) e a obtenção dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de supervisores e estagiários, os supervisores receberam um exemplar da CTS-R e foram instruídos a avaliar o desempenho de seus alunos em três sessões, sendo cada uma delas em um momento distinto do atendimento de cada cliente: início (entre a 1ª e a 4ª sessão), meio (entre a 10ª e a 13ª sessão) e fim dos atendimentos (entre a 20ª e a 23ª sessão). Os estagiários também se avaliaram nestes momentos com o mesmo instrumento e sem ter acesso à avaliação realizada pelos supervisores. A primeira coleta contou com 40 estagiários, a segunda com 29 estagiários e a terceira com 9 estagiários. A perda se deu devido à desistência ou à falta às sessões do tratamento por parte do cliente. No último caso, o absenteísmo impediu que, ao final do tempo de coleta de dados do estudo, fosse atingido o número de sessões estipulados para a avaliação.

3.3 Análise de Dados

Para análise de dados, utilizou-se o teste *t* para amostras pareadas para comparação das médias obtidas entre as três coletas (1-2, 1-3, 2-3) realizadas pelos supervisores, bem como pelos próprios terapeutas. O mesmo teste foi empregado para verificar diferenças entre as avaliações de supervisores e estagiários-terapeutas. Adotou-se como nível de significância 0,05 por omissão.

ITEM 1 – DEFINIÇÃO E ADESÃO À AGENDA

Características-chave: abordar adequadamente os tópicos que foram acordados e defini-los de forma apropriada. Isso envolve a definição de metas delimitadas e realistas de forma colaborativa. O formato para definir a agenda pode variar de acordo com o estágio da terapia.

Três características devem ser consideradas para pontuar os itens:

- (iv) presença/ausência de uma agenda explícita, acordada e priorizada, e possível no tempo disponível;
- (v) adequação do conteúdo da agenda (para o estágio da terapia, as preocupações atuais etc.), sendo que a revisão do Plano de Ação (anteriormente denominado tarefa de casa) definido anteriormente é um item permanente;
- (vi) adesão apropriada à agenda.

Marque com um X na linha vertical o nível que você considera que o terapeuta tenha cumprido a incumbência central. As características descritas à direita devem guiar sua decisão.

Observação: A definição da agenda requer colaboração e a apreciação disso deve ser feita aqui, somente aqui. A colaboração ocorrida em outras fases da sessão deve ser pontuada a seguir no Item 3 (Colaboração).

Nível de Competência	Exemplos
Observação: Pontue de acordo com as características e não com os exemplos!	
0	Sem definição da agenda, definição de agenda é muito inapropriada ou não há adesão à agenda.
1	Definição inapropriada de agenda (por exemplo, falta de foco, irrealista, não considera a contribuição do cliente, plano de ação não revisado).
2	Uma tentativa de agenda é feita, mas com grandes dificuldades evidentes (por exemplo, definição unilateral). Baixa adesão.
3	A agenda é apropriada, bem definida, mas com algumas dificuldades evidentes (por exemplo, pouca colaboração). Alguma adesão.
4	A agenda é apropriada, pequenas dificuldades são evidentes (por exemplo, sem priorização), mas com presença de características apropriadas (por exemplo, revisão do Plano de Ação). Adesão moderada.
5	Agenda apropriada é definida com metas delimitadas e prioritárias e revisada no final. Adesão à agenda. Problemas mínimos.
6	Excelente definição de agenda ou alta efetividade na definição da agenda em face de dificuldades.

Figura 3. Item Definição e Adesão à Agenda da Cognitive Therapy Scale - Revised

3.4 Resultados

Autoavaliação de estagiários-terapeutas e avaliação por supervisores

Ao comparar as pontuações da CTS-R contrastando autoavaliação e avaliação por supervisores (Tabela 5), não houve diferença significativa entre elas na primeira avaliação tanto ao considerar o escore total quanto os itens da escala. Na segunda avaliação, também não houve diferença entre os avaliadores no total e nos itens. Os avaliadores diferiram, na terceira avaliação, no total da escala e nos itens Definição e Adesão à Agenda, Eliciação de Comportamentos, Integração Conceitual, Aplicação de Métodos de Mudança e Definição do Plano de Ação.

Na primeira autoavaliação, quatro estagiários-terapeutas obtiveram pontuação total na CTS-R inferior a 36, sendo que a pontuação mínima foi 20.50 e a máxima foi 68. A pontuação dos supervisores na primeira coleta variou entre 20.50 e 71.50, e sete estagiários-terapeutas pontuaram abaixo do nível competente, isto é, 36. Na segunda coleta, a autoavaliação variou entre 33 e 72 e, para os supervisores, oscilou entre 34 e 72, sendo que, no primeiro caso, dois participantes apresentaram escores abaixo de 36 e, no segundo, apenas um ficou abaixo deste patamar. Na terceira coleta, nenhum estagiário-terapeuta teve escore abaixo de 36 e a pontuação mínima obtida foi 43.81 e a máxima 71 para a autoavaliação e 58.5 e 72 para avaliação por supervisores.

Desenvolvimento de competência em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Neste subtópico, são apresentados os resultados dos participantes que completaram as três coletas (N=9). Ao considerar a avaliação dos supervisores (Figura 4), observou-se aumento significativo [$t(9;8) = 2.418$; $p < 0.05$] de competência entre primeira avaliação e segunda avaliação e entre a primeira e a terceira [$t(9;8)=2.286$;

$p < 0.05$]. Não foi constatada diferença significativa [$t(9;8) = 1.492$; $p = 0.174$] entre as médias da segunda e da terceira avaliação.

No caso dos estagiários-terapeutas, isto é, da autoavaliação, não foi encontrada diferença significativa [$t(9;8) = 0.365$; $p = 0.724$] entre a primeira e segunda avaliação, mas houve aumento significativo [$t(9) = 2.633$, $p < 0.05$] de competência entre a segunda e terceira. Também, houve diferença significativa [$t(9;8) = 2.322$; $p < 0.05$] entre a primeira e a terceira autoavaliação com aumento dos escores.

Tabela 5.

Médias, desvios-padrão e teste de médias das avaliações efetuadas por estagiários-terapeutas e supervisores com a versão brasileira da Cognitive Therapy Scale – Revised (continua)

Cognitive Therapy Scale - Revised	Avaliações														
	Primeira ^{ad}					Segunda ^{bd}					Terceira ^{cd}				
	Autoavaliação		Supervisores		Teste t ^e	Autoavaliação		Supervisores		Teste t ^f	Autoavaliação		Supervisores		Teste t ^g
	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	
1.Definição e adesão à agenda	3.95	1.41	3.75	1.66	0.759	4.20	1.71	4.75	1.31	1.994	4.66	1.22	5.44	0.76	3,776*
2.Feedback	4.34	1.42	3.85	1.56	1.686	4.60	1.25	4.93	1.01	1.233	4.94	1.04	5.61	0.33	2,138
3.Colaboração	4.69	1.18	4.52	.99	0.731	4.75	1.02	5.06	0.83	1.248	5.22	0.50	5.66	0.55	2,286
4.Uso distribuído e eficiente do tempo	4.09	1.48	4.17	1.58	0.315	4.65	0.97	4.92	1.16	1.132	5.31	0.60	5.55	0.52	1,190
5.Efetividade interpessoal	4.80	0.91	4.62	1.24	0.961	5.03	0.84	4.93	1.06	0.404	5.11	0.78	5.61	0.48	2,000
6.Eliciação de expressão emocional adequada	4.33	1.03	4.34	1.31	0.057	4.55	0.97	4.89	1.12	1.318	5.00	0.75	5.61	0.60	1,976
7.Eliciação de cognições-chave	4.00	1.17	4.15	1.35	0.686	4.39	0.98	4.70	1.25	1.135	4.94	0.91	5.72	0.44	2,256
8. Eliciação de comportamentos	4.00	1.17	4.16	1.46	0.646	4.63	1.02	4.89	1.24	0.991	5.11	0.82	5.83	0.35	2,600*

Tabela 5.

Médias, desvios-padrão e teste de médias das avaliações efetuadas por estagiários-terapeutas e supervisores com a versão brasileira da Cognitive Therapy Scale – Revised (conclusão)

Cognitive Therapy Scale- Revised	Avaliações																	
	Primeira ^{ad}					Segunda ^{bd}					Terceira ^{cd}							
	Autoavaliação		Supervisores			Test t ^e	Autoavaliação		Supervisores			Test t ^f	Autoavaliação		Supervisores			Test t ^g
	M	DP	M	DP	M		DP	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP		
9.Descoberta guiada	4.01	1.21	3.90	1.62	0.437	4.37	1.07	4.72	1.25	1.214	5.16	0.82	5.66	0.55	1,455			
10.Integração conceitual	4.10	1.17	4.15	1.35	0.206	4.41	1.23	4.80	1.25	1.431	4.66	0.86	5.77	0.36	4,500*			
11.Aplicação de métodos de mudança	3.82	1.26	4.26	1.33	1.781	4.58	1.04	5.05	1.06	1.781	4.77	1.00	5.77	0.36	3,000*			
12.Definição do plano de ação	4.14	1.48	4.30	1.25	0.702	4.75	1.04	4.96	1.08	0.701	4.88	1.08	5.77	0.50	3,600*			
Total	50.27	11.82	50.18	14.12	0.040	54.98	10.39	12.01	12.01	1.434	59.81	8.78	68.05	4.46	3.480*			

Nota. ^aN=40. ^bN=29. ^cN=9. ^dN=7. ^egl=39. ^fgl=28. ^ggl=8. *p<0.05.

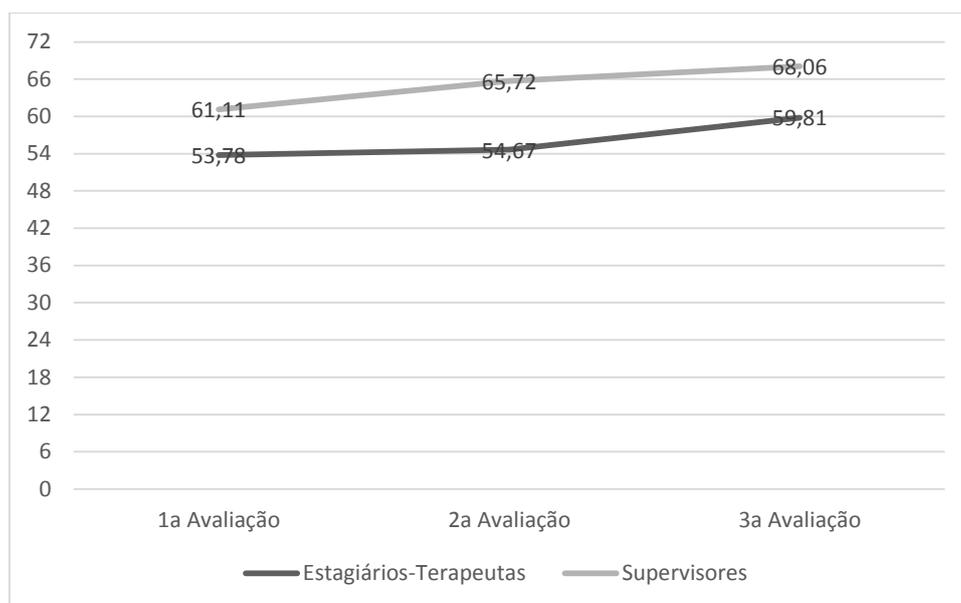


Figura 4. Pontuações obtidas nos três momentos de avaliação com a versão brasileira da Cognitive Therapy Scale - Revised.

Nota N=9

3.5 Discussão

É recente o aumento do interesse por promover uma prática baseada em evidências para treinamentos em TCC (Alfonsson et al., 2017). No Brasil, embora alguns pesquisadores (Barletta et al., 2011; Gauy, 2015; Machado & Barletta, 2015; Velasquez et al., 2015) já tenham salientado a urgência de realizar mais estudos sobre formação, esta parece ser a primeira pesquisa que avalia a preparação de terapeutas cognitivo-comportamentais de maneira mais sistematizada, fazendo uso de instrumentos que apresentam estimativas de fidedignidade e evidências de validade. Isto representa um avanço para a área, pois, como Muse e McManus (2016) e Muse et al. (2017) salientaram, investigações como essa são necessárias para garantir a qualidade das formações e da atuação clínica.

Ao avaliar competência de estagiários-terapeutas, constatou-se que, mesmo na primeira coleta que corresponde ao início dos estágios, houve poucos escores inferiores a 36 – valor mínimo necessário para ser considerado competente (Blackburn et al., 2001b) – nas avaliações realizadas pelos supervisores ou na autoavaliação. Assim, poucos graduandos em Psicologia foram considerados “sem competência”, “novato” ou “iniciante com alguma competência”.

Há que se esclarecer que James, Blackburn e Reichelt (2001) propõe seis níveis de competência para cada item da CTS-R: sem competência (0-1), novato (1-2),

iniciante com alguma competência (2-3), competente (3-4), proficiente (4-5) e experiente (5-6). Uma pontuação média nos itens igual a três é considerada o ponto de corte para competência. Todavia, propõe-se que pontuar 36 não é suficiente para ser competente, sendo necessário possuir escores iguais ou superiores a três em todos os itens da escala, já que um terapeuta pode, por exemplo, ter um escore igual a 64 (Expert), mas apresentar um desempenho em Feedback classificado como novato (escore 2), não sendo, desse modo, um desempenho de Expert. Isto não tem sido considerado no manual (James et al., 2001), em outros estudos (por exemplo, Kelleher et al., 2015) e também neste, sendo utilizado somente a pontuação 36 como referência. Ainda assim, recomenda-se que, para fins de formação, seja analisado o desempenho em cada item.

Ainda que a média tenha apresentado tendência de crescimento, especialmente entre supervisores, na segunda avaliação, apenas um participante recebeu pontuação inferior à 36 por parte do supervisor e duas autoavaliações ficaram abaixo deste escore. Assim, parece que, devido à experiência de atendimento e formação em TCC, alguns estagiários reconheceram a melhora do próprio desempenho, assim como seus supervisores.

Na terceira, a pontuação total da CTS-R na avaliação por supervisores classificou todos os estagiários-terapeutas como, pelo menos, proficientes. Enquanto, na autoavaliação, a classificação mínima foi competente. Ainda que a amostra desta avaliação tenha sido bastante reduzida, restando, provavelmente, os estagiários-terapeutas mais competentes, que foram capazes de manter os atendimentos e os clientes, os resultados, especialmente os da avaliação por supervisores discrepam do esperado, uma vez que Blackburn et al. (2011b) alertam que poucos terapeutas devem pontuar nas extremidades. Logo, se forem considerados os resultados das duas avaliações anteriores e, principalmente, o fato de serem estagiários, há evidências de viés positivo nas avaliações.

No entanto, é possível, por parcimônia, propor algumas hipóteses para os altos níveis de competência encontrados. A primeira delas seria a boa aprendizagem declarativa dos alunos, que geralmente precede os estágios e que, segundo Bennett-Levy e Beedie (2007), configura-se como o saber o que fazer e seria desenvolvida em aulas, workshops, leituras e estudos de caso. É possível, também, que os participantes não tenham entendido o instrumento ou não tenham seguido à risca as orientações no sistema de pontuação. Há que se considerar, adicionalmente, que os 40 voluntários

sejam justamente os mais competentes e, também, estudantes dedicados ao estudo de TCC.

A fim de comparação apresenta-se os resultados da pesquisa realizada por Blackburn et al (2001a) que utilizaram o mesmo instrumento (CTS-R) para avaliar o desenvolvimento de competências de terapeutas participantes de um programa de pós-graduação em TCC. Esses terapeutas eram psicólogos, psiquiatras ou enfermeiros e a avaliação ocorreu por meio de vídeos de sessões de terapia com a versão da escala de 13 itens. A pontuação obtida pelos terapeutas para o primeiro cliente atendido foi 31.02 no primeiro momento de avaliação (sessões de 1 a 4), 34.07 na segunda avaliação (sessões de 5 a 8) e 39.32 na terceira avaliação (sessões de 9 a 12). Após a terceira avaliação, iniciou-se o atendimento de um novo cliente. Neste caso a pontuação obtida na primeira avaliação foi 38, na segunda 37.09 e na terceira 40.66, seguindo o mesmo número de sessões do caso anterior. Além de evidenciar um aumento significativo em competência desses terapeutas, estes resultados sinalizam o quão positivas foram as avaliações – autoavaliação e avaliação por supervisores – dos estagiários-terapeutas no Brasil, pois, como mencionado, os autores utilizaram a versão de 13 itens da CTS-R.

Reitera-se que foram observadas diferenças quanto ao desenvolvimento de competência nos dois subgrupos, sendo que, para o subgrupo de supervisores, houve aumento da segunda para a terceira coleta e, no subgrupo de estagiários-terapeutas, o aumento ocorreu entre a primeira e segunda coletas. Considerando o início (1ª coleta) e final (3ª coleta) do estágio, houve melhora significativa na competência dos terapeutas-estagiários para ambos os subgrupos. Ressalta-se que, especialmente no caso do último resultado, o incremento na competência constitui uma evidência de validade baseada na relação com variáveis externas (APA, AERA, & NCME, 2014) da versão brasileira da CTS-R, sendo o critério experiência com a abordagem a referência para a análise. A escala se mostrou sensível à identificação de diferentes níveis de competência nos três momentos da avaliação.

Do mesmo modo que Rosek et al. (2017), não foram obtidas diferenças significativas entre as avaliações realizadas pelo próprio terapeuta e as realizadas pelo supervisor, pelo menos na primeira e na segunda avaliações deste estudo. Contudo, como ocorreu na terceira avaliação desta investigação, Muse e McManus (2016) e Mathieson et al. (2009) identificaram diferenças entre autoavaliação e avaliação realizada por supervisores. Como aqui observado e também para eles, a avaliação realizada pelo supervisor tende a ser mais favorável do que a autoavaliação devido à

relação estabelecida entre supervisor-supervisionado. Dessa forma, há que se pesquisar mais sobre este aspecto no Brasil.

Dentre outras variáveis, recomenda-se que as pesquisas sobre autoavaliação e avaliação por supervisor, considere a preparação do último para atuar como tal, já que, como ressaltado por Taylor, Gordon, Grist e Olding (2012), há evidências de que o treinamento de supervisores é falho. Parece, inclusive, que há despreparo destes profissionais para utilizar instrumentos de medida diretas de acesso à competência, como a CTS-R. Loades e Armstrong (2016) ressaltam a importância deste treinamento, pois identificaram que, além de aumentar a confiabilidade interexaminadores, o treinamento para o uso dessa escala aumenta a confiança e a familiaridade com o método avaliativo. É possível, ainda, que os supervisores façam avaliações bastante positivas de seus estagiários por desconhecerem o que realmente ocorre nas sessões relatadas oralmente. Assevera-se, novamente, que poucos temas são relatados e destes alguns ainda são distorcidos (Muslin et al., 1981).

Apesar de não ser um objetivo do instrumento original e do possível viés positivo, a versão brasileira da CTS-R se mostrou adequada para utilização por supervisores e para autoavaliação. Originalmente desenvolvida para ser preenchida por avaliador externo com base em gravações de sessões, sua aplicabilidade neste formato é, no atual cenário de formação de terapeutas cognitivo-comportamentais no Brasil, difícil porque, dentre outros motivos, faltam preparação, tempo, recursos financeiros e equipamentos, particularmente nos cursos de graduação em psicologia. Assim, a utilização da CTS-R como autoavaliação parece representar um importante meio de automonitorização de forças e fraquezas do terapeuta e, quando utilizada por supervisores, facilita, ainda que baseada em relatos orais, a realização de avaliações formativas e somativas.

A despeito de suas limitações (p.ex., amostra reduzida e diminuição substantiva ao longo do tempo e não ter, também, utilizado vídeos para avaliação das sessões psicoterápicas), ressalta-se que o presente estudo representa um primeiro passo em direção aos treinamentos baseados em evidências. Consequentemente, pode contribuir para a melhoria da qualificação de terapeutas cognitivo-comportamentais.

Referências

- Alfonsson, S., Spännargård, Å., Parling, T., Andersson, G., & Lundgren, T. (2017). The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive-behavioral therapy: a study protocol for a systematic review. *Systematic reviews*, 6(1), 94.
- Alves, S. D. C. O. (2016). Competências do terapeuta cognitivo-comportamental. *Revista Psicologia em Foco*, 8(12), 51-66.
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: AERA.
- Barletta, J. B., Delabrida, Z. N. C., & Fonseca, A. L. B. (2011). Conhecimento, habilidades e atitude em TCC: percepção de terapeutas iniciantes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 21-29.
- Bennett-Levy, J., & Beedie, A. (2007). The ups and downs of cognitive therapy training: What happens to trainees' perception of their competence during a cognitive therapy training course? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(1), 61-75.
- Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., & Reichelt, F. K. (2001a). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 431-446.
- Blackburn, I. M., James, I. A., Milne, D. L., Reichelt, F. K., Garland, A., Baker, C., ... & Claydon, A. (2001b). *Cognitive therapy scale—revised (CTS-R)*. Newcastle-upon-Tyne: Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Centre.
- Duarte, M., Santos, R. & Figueredo, P. (2017). Professor, psicólogo e supervisor: motivação, influências e contribuições na dinâmica entre as três áreas de atuação. *Revista Presença*, 2(6), 36-54.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6-7), 373-378.
- Gauy, F. V., Fernandes, L. F. B., Silvares, E. F. D. M., Marinho-Casanova, M. L., & Löhr, S. S. (2015). Perfil dos Supervisores de Psicologia em Serviços-Escola Brasileiros. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 543-556.
- James, I. A., Blackburn, I. M., & Reichelt, F. K. (2001). Manual of the Revised Cognitive Therapy Scale (CTSR). Unpublished manuscript, Newcastle Cognitive and Behavioral Therapies Centre and University of Newcastle-upon-Tyne.

- Kelleher E, Hayde M, Tone Y, Dud J, Kearns C, McGoldrick M, McDonough M (2015). Cognitive behavioural therapy by psychiatric trainees: can a little knowledge be a good thing? *British Journal of Psychiatry Bulletin* 39, 39–44
- Lewis, C. C., Scott, K. E., & Hendricks, K. E. (2014). A model and guide for evaluating supervision outcomes in cognitive-behavioral therapy-focused training programs. *Training and Education in Professional Psychology*, 8(3), 165.
- Loades, M. E., & Armstrong, P. (2016). The challenge of training supervisors to use direct assessments of clinical competence in CBT consistently: a systematic review and exploratory training study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9.
- Machado, G. I. M. D. S., & Barletta, J. B. (2015). Supervisão clínica presencial e online: percepção de estudantes de especialização. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(2), 77-85.
- Mathieson, F. M., Barnfield, T., & Beaumont, G. (2009). Are we as good as we think we are? Self-assessment versus other forms of assessment of competence in psychotherapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2(1), 43-50.
- Muse, K., & McManus, F. (2016). Expert insight into the assessment of competence in cognitive-behavioural therapy: A qualitative exploration of experts' experiences, opinions and recommendations. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(3), 246-259.
- Muse, K., McManus, F., Rakovshik, S., & Thwaites, R. (2017). Development and psychometric evaluation of the Assessment of Core CBT Skills (ACCS): An observation-based tool for assessing cognitive behavioral therapy competence. *Psychological assessment*, 29(5), 542.
- Muslin, H. L., Thurnblad, R. J., & Meschel, G. (1981). The fate of the clinical interview: an observational study. *The American journal of psychiatry*.
- Newman, C. F. (2013). Training Cognitive Behavioral Therapy Supervisors: Didactics, Simulated Practice, and “Meta-Supervision”. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(1), 5-18.
- Oliveira, M. S., Pereira, R. F., Peixoto, A. C. A., Rocha, M. M., Oliveira-Monteiro, N. R., Macedo, M. M. K., & Silveiras, E. F. M. (2014). Supervisão em serviços-escola de psicologia no Brasil: perspectivas dos supervisores e estagiários. *Psico* (PUCRS. Online).
- Prasko, J., Vyskocilova, J., Slepecky, M., & Novotny, M. (2012). Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. *Biomedical Papers*, 156(1), 70-79.

- Pretorius, W. M. (2006). Cognitive behavioural therapy supervision: recommended practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 413-420.
- Rozek, D. C., Serrano, J. L., Marriott, B. R., Scott, K. S., Hickman, L. B., Brothers, B. M., ... & Simons, A. D. (2017). Cognitive Behavioural Therapy Competency: Pilot Data from a Comparison of Multiple Perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-7.
- Taylor, K. N., Gordon, K., Grist, S., & Olding, C. (2012). Developing supervisory competence: Preliminary data on the impact of CBT supervision training. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 5(4), 83-92.
- Velasquez, M. L., Thomé, C. R., & de Oliveira, I. R. (2015). Reflexões sobre a prática clínica supervisionada em cursos de especialização em terapia cognitiva-comportamental no Brasil. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 14(3), 331-337.

CAPÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do estado da arte da produção científica sobre formação do terapeuta cognitivo-comportamental apresentada no primeiro capítulo desta dissertação revelou que, apesar de a TCC se mostrar efetiva para diversos transtornos, contextos e idades, não há muita preocupação com a formação do terapeuta que a utiliza, sendo encontrados, em média, seis artigos por ano sobre o tema desde 2011. O despreparo desses profissionais parece acarretar resultados diversos dos encontrados em ensaios clínicos, limitando a disseminação da abordagem.

A disseminação de práticas terapêuticas e a formação adequada para seu uso dependem, em grande parte, da disponibilização de medidas de competência com evidências de validade e estimativas de fidedignidade. Elas asseguram o acesso, nos treinamentos, ao que os terapeutas já sabem e ao que é necessário desenvolver. Ademais, possibilitam a avaliação sobre quais estratégias formativas apresentam os melhores resultados. Como identificado no estudo do primeiro capítulo, o meio mais comum de avaliação de competência em programas formativos tem sido o exame da prática do terapeuta, isto é, avaliações com instrumentos preenchidos pelo próprio terapeuta ou seu supervisor para acessar competência ou habilidades específicas.

Como não foram identificados, no Brasil, instrumentos que avaliam a prática do terapeuta, realizou-se um segundo estudo (Capítulo 2) que teve como objetivo traduzir, adaptar e obter de evidências de validade e estimativas de fidedignidade de uma medida de competência comumente usada em treinamentos em TCC, assim como em ensaios clínicos randomizados: a CTS-R. A tradução e a adaptação para o português do Brasil foram realizadas de acordo com as diretrizes internacionais para a área da saúde e seguidos por análises sobre as evidências de validade baseadas na estrutura interna, evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas, consistência interna e confiabilidade interexaminadores. Foram encontradas boas evidências de validade e estimativas de fidedignidade para essa variante, que permitem seu uso com cautela. Espera-se que sua aplicação contribua com o avanço da TCC no país ao garantir formações de melhor qualidade e ao permitir que avaliações sobre protocolos clínicos em ensaios randomizados sejam realizados.

Ressalta-se, entretanto, que a versão original do instrumento foi desenvolvida para examinadores externos avaliarem a competência do terapeuta em uma sessão específica, gravada em vídeo. Apesar de este método ser reconhecido como mais eficaz

em avaliações de competência, o cenário brasileiro de supervisão clínica em TCC não possibilitou que o processo de validação fosse assim realizado, o que representa uma importante limitação deste estudo. Ainda assim, almeja-se que o instrumento contribua com o desenvolvimento de competência de terapeutas brasileiros.

Uma vez que a versão brasileira da CTS-R apresentou evidências de validade e estimativas de fidedignidade, ela foi empregada para avaliar o desenvolvimento de competência em contextos tradicionais de supervisão clínica, ou seja, por meio do relato oral dos atendimentos por parte dos estagiários-terapeutas (Capítulo 3). Foi possível identificar que a escala discriminou diferentes níveis de competência dos terapeutas, que aumentaram do início ao fim do estágio, e que a avaliação realizada pelo supervisor não diferiu significativamente da autoavaliação. Embora deva ser mais investigado e realizado com cautela, esta medida também pode ser empregada para automonitoramento.

Recomenda-se que mais estudos sobre as propriedades psicométricas da CTS-R sejam realizados. É necessário, por exemplo, que se avalie a diferença entre autoavaliação, avaliação por supervisor e avaliação por examinador externo, que se examine a confiabilidade interavaliadores por item e que sejam realizadas análises fatoriais confirmatórias. Espera-se, também, que sejam realizadas mais pesquisas que avaliem o desenvolvimento de competências de terapeutas em treinamento, pois isso contribuirá para identificar modelos efetivos de formação, o que é condição para o desenvolvimento de treinamentos baseados em evidências.

Os três estudos abordam, de diferentes prismas, a formação de terapeutas cognitivo-comportamentais, pois mesmo, ao traduzir, adaptar e analisar as propriedades psicométricas da CTS-R, teve-se, como horizonte, a possibilidade de que essa escala contribua para a formação inicial e continuada em TCC. Por fim, ressalta-se que este trabalho aborda uma dimensão importante do desenvolvimento humano, que é o desenvolvimento profissional, aqui analisado com base na aquisição de competências profissionais por terapeutas iniciantes.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Evidências de validade e fidedignidade de uma medida de competências em Terapia Cognitivo-Comportamental

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre competências em terapia cognitivo-comportamental. Abaixo você encontra mais explicações sobre a pesquisa.

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, estarei ciente de que:

1. O objetivo da pesquisa é traduzir, adaptar e validar o instrumento *Cognitive Therapy Scale – Revised*, que é utilizado por psicoterapeutas e supervisores para avaliar e acompanhar o desenvolvimento de competências de terapeutas cognitivo-comportamentais.
2. A realização deste estudo é fundamental para produzir novos conhecimentos na área de terapia cognitivo-comportamental, considerando que não foram encontrados no Brasil instrumentos com objetivos semelhantes. O instrumento estudado ainda contribuirá para o desenvolvimento profissional de terapeutas iniciantes e pode aumentar a qualidade dos atendimentos clínicos.
3. Durante o estudo será necessário que eu, como terapeuta experiente na abordagem cognitivo-comportamental, avalie as competências de terapeutas cognitivo-comportamentais preenchendo a versão traduzida da escala *Cognitive Therapy Scale – Revised*. Para isso, serão fornecidos vídeos de sessões de terapia realizadas pelos avaliados e consentidos por seus clientes.
4. Mantereí sigilo em relação às identidades dos indivíduos (terapeutas e clientes) que aparecem nos vídeos. Após a avaliação deletarei os arquivos de modo a impedir que pessoas desautorizadas tenham acesso a eles.
5. Caso exista algum impedimento ético constatado durante a avaliação (por exemplo, reconhecer o(a) cliente ou o(a) terapeuta) cessarei o processo e informarei os pesquisadores.
6. Trata-se de um estudo com risco mínimo, isto é, o mesmo risco que têm atividades rotineiras como conversar, ler etc.
7. Caso eu sinta qualquer desconforto em relação à avaliação, minha participação poderá ser interrompida e só será continuada se for de minha vontade e se estiver me sentindo melhor.
8. Caso ocorra qualquer dúvida em relação à pesquisa ou aos procedimentos, comunicarei aos pesquisadores e solicitarei que seja esclarecida.
9. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.
10. Minha participação nesta pesquisa é voluntária, sendo que não receberei qualquer forma de remuneração como também não arcarei com qualquer despesa.
11. Tenho o direito de ser indenizado(a) por danos que sejam comprovadamente decorrentes do estudo.
12. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.
13. Os pesquisadores tratarão a minha identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.
14. Os resultados gerais da pesquisa serão apresentados para mim na forma de um resumo expandido do estudo.
15. Poderei, sempre que julgar necessário, entrar em contato com os responsáveis pelo estudo: Prof. Dr. Altemir José Gonçalves Barbosa e/ou Gabriela de Andrade Reis pelo telefone

CEP: 36010-510/ Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 32178253

E-mail: gabrielareis.ufjf@gmail.com

1. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Ver dados para contato no rodapé deste documento.) para fazer reclamações e/ou solicitar esclarecimentos sobre ética em pesquisa.
 2. Este termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e a outra com os pesquisadores responsáveis.
-

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Evidências de validade e fidedignidade de uma medida de competências em Terapia Cognitivo-Comportamental”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Gabriela de Andrade Reis

Endereço: Centro de Psicologia Aplicada da UFJF, rua Santos Dumont n°214, Granbery, – Juiz de Fora

CEP: 36010-510/ Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 32178253

E-mail: gabrielareis.ufjf@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Evidências de validade e fidedignidade de uma medida de competências em Terapia Cognitivo-Comportamental

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre competências em terapia cognitivo-comportamental. Abaixo você encontra mais explicações sobre a pesquisa.

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, estarei ciente de que:

1. O objetivo da pesquisa é possibilitar que o instrumento *Cognitive Therapy Scale – Revised*, que é utilizado em outros países por psicoterapeutas e supervisores para avaliar e acompanhar o desenvolvimento de competências e habilidades de terapeutas cognitivo-comportamentais, seja também utilizado no Brasil.
2. A realização deste estudo é fundamental para produzir novos conhecimentos na área de terapia cognitivo-comportamental, considerando que não foram encontrados no Brasil instrumentos com objetivos semelhantes. O instrumento estudado ainda contribuirá para o desenvolvimento profissional de terapeutas iniciantes e pode aumentar a qualidade dos atendimentos clínicos.
3. Durante o estudo será necessário que eu, como cliente em atendimento clínico com a abordagem cognitivo-comportamental, autorize a gravação em vídeo de uma sessão de terapia.
4. Os pesquisadores manterão sigilo sobre meus dados pessoais e sobre os conteúdos apresentados no vídeo. A gravação servirá como base para a avaliação de competências e habilidades do(a) terapeuta, que será realizada por um psicólogo experiente.
5. É assegurado a mim que somente os psicólogos responsáveis pela pesquisa e o(a) psicólogo(a) responsável pela avaliação do(a) terapeuta terão acesso ao vídeo.
6. Trata-se de um estudo com risco mínimo, isto é, o mesmo risco que têm atividades rotineiras como conversar, ler etc.
7. Caso eu sinta qualquer desconforto em relação à gravação, minha participação poderá ser interrompida e só será continuada se for de minha vontade e se estiver me sentindo melhor.
8. Caso ocorra qualquer dúvida em relação à pesquisa ou aos procedimentos, comunicarei aos pesquisadores e solicitarei que seja esclarecida.
9. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.
10. Minha participação nesta pesquisa é voluntária, sendo que não receberei qualquer forma de remuneração como também não arcarei com qualquer despesa.
11. Tenho o direito de ser indenizado(a) por danos que sejam comprovadamente decorrentes do estudo.
12. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.
13. Os pesquisadores tratarão a minha identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.
14. Os resultados gerais da pesquisa serão apresentados para mim na forma de um resumo expandido do estudo.
15. Poderei, sempre que julgar necessário, entrar em contato com os responsáveis pelo estudo: Prof. Dr. Altemir José Gonçalves Barbosa e/ou Gabriela de Andrade Reis pelo telefone

1. (32) 32178253 ou no Centro de Psicologia Aplicada da UFJF, rua Santos Dumont nº214, Granbery, Cep 36010-510 – Juiz de Fora – MG, e-mail: gabrielareis.ufjf@gmail.com
 2. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Ver dados para contato no rodapé deste documento.) para fazer reclamações e/ou solicitar esclarecimentos sobre ética em pesquisa.
 3. Este termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e a outra com os pesquisadores responsáveis.
-

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Evidências de validade e fidedignidade de uma medida de competências em Terapia Cognitivo-Comportamental”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Gabriela de Andrade Reis

Endereço: Centro de Psicologia Aplicada da UFJF, rua Santos Dumont nº214, Granbery, – Juiz de Fora

CEP: 36010-510/ Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 32178253

E-mail: gabrielareis.ufjf@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Evidências de validade e fidedignidade de uma medida de competências em Terapia Cognitivo-Comportamental

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre competências em terapia cognitivo-comportamental. Abaixo você encontra mais explicações sobre a pesquisa.

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, estarei ciente de que:

1. O objetivo da pesquisa é traduzir, adaptar e validar o instrumento *Cognitive Therapy Scale – Revised*, que é utilizado por psicoterapeutas e supervisores para avaliar e acompanhar o desenvolvimento de competências e habilidades de terapeutas cognitivo-comportamentais.
2. A realização deste estudo é fundamental para produzir novos conhecimentos na área de terapia cognitivo-comportamental, considerando que não foram encontrados no Brasil instrumentos com objetivos semelhantes. O instrumento estudado ainda contribuirá para o desenvolvimento profissional de terapeutas iniciantes e pode aumentar a qualidade dos atendimentos clínicos.
3. Durante o estudo será necessário que eu, como terapeuta cognitivo-comportamental, autorize a gravação em vídeo de uma sessão de terapia. A gravação será posteriormente avaliada por psicólogos, que preencherão a versão traduzida da *Cognitive Therapy Scale - Revised*.
4. É assegurado que caso exista algum impedimento ético constatado durante a avaliação (por exemplo, reconhecer o(a) terapeuta ou o(a) paciente) o processo será imediatamente interrompido.
5. Trata-se de um estudo com risco mínimo, isto é, o mesmo risco que têm atividades rotineiras como conversar, ler etc.
6. Caso eu sinta qualquer desconforto em relação à avaliação, minha participação poderá ser interrompida e só será continuada se for de minha vontade e se estiver me sentindo melhor.
7. Caso ocorra qualquer dúvida em relação à pesquisa ou aos procedimentos, comunicarei aos pesquisadores e solicitarei que seja esclarecida.
8. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.
9. Minha participação nesta pesquisa é voluntária, sendo que não receberei qualquer forma de remuneração como também não arcarei com qualquer despesa.
10. Tenho o direito de ser indenizado(a) por danos que sejam comprovadamente decorrentes do estudo.
11. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.
12. Os pesquisadores tratarão a minha identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.
13. Os resultados gerais da pesquisa serão apresentados para mim na forma de um resumo expandido do estudo.
14. Poderei, sempre que julgar necessário, entrar em contato com os responsáveis pelo estudo: Prof. Dr. Altemir José Gonçalves Barbosa e/ou Gabriela de Andrade Reis pelo telefone

1. (32) 32178253 ou no Centro de Psicologia Aplicada da UFJF, rua Santos Dumont nº214, Granbery, Cep 36010-510 – Juiz de Fora – MG, e-mail: gabrielareis.ufjf@gmail.com
 2. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Ver dados para contato no rodapé deste documento.) para fazer reclamações e/ou solicitar esclarecimentos sobre ética em pesquisa.
 3. Este termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e a outra com os pesquisadores responsáveis.
-

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Evidências de validade e fidedignidade de uma medida de competências em Terapia Cognitivo-Comportamental”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Gabriela de Andrade Reis

Endereço: Centro de Psicologia Aplicada da UFJF, rua Santos Dumont nº214, Granbery, – Juiz de Fora

CEP: 36010-510/ Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 32178253

E-mail: gabrielareis.ufjf@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Evidências de validade e fidedignidade de uma medida de competências em Terapia Cognitivo-Comportamental

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre competências em terapia cognitivo-comportamental. Abaixo você encontra mais explicações sobre a pesquisa.

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, estarei ciente de que:

1. O objetivo da pesquisa é traduzir, adaptar e validar o instrumento *Cognitive Therapy Scale – Revised*, que é utilizado por psicoterapeutas e supervisores para avaliar e acompanhar o desenvolvimento de competências de terapeutas cognitivo-comportamentais.
2. A realização deste estudo é fundamental para produzir novos conhecimentos na área de terapia cognitivo-comportamental, considerando que não foram encontrados no Brasil instrumentos com objetivos semelhantes. O instrumento estudado ainda contribuirá para o desenvolvimento profissional de terapeutas iniciantes e pode aumentar a qualidade dos atendimentos clínicos.
3. Durante o estudo será necessário que eu, como estudante e estagiário(a) em clínica cognitivo-comportamental, seja avaliado(a) por meu supervisor, que preencherá a versão traduzida da *Cognitive Therapy Scale - Revised* em três momentos do estágio (início, meio e fim dos atendimentos) baseando-se em meus relatos durante as supervisões. Será necessário, também, que pensando em minha prática eu me autoavalie preenchendo a mesma escala e nos mesmos momentos de avaliação do supervisor.
4. Trata-se de um estudo com risco mínimo, isto é, o mesmo risco que têm atividades rotineiras como conversar, ler etc.
5. Caso eu sinta qualquer desconforto em relação à avaliação, minha participação poderá ser interrompida e só será continuada se for de minha vontade e se estiver me sentindo melhor.
6. Caso ocorra qualquer dúvida em relação à pesquisa ou aos procedimentos, comunicarei aos pesquisadores e solicitarei que seja esclarecida.
7. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.
8. Minha participação nesta pesquisa é voluntária, sendo que não receberei qualquer forma de remuneração como também não arcarei com qualquer despesa.
9. Tenho o direito de ser indenizado(a) por danos que sejam comprovadamente decorrentes do estudo.
10. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.
11. Os pesquisadores tratarão a minha identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.
12. Os resultados gerais da pesquisa serão apresentados para mim na forma de um resumo expandido do estudo.
13. Poderei, sempre que julgar necessário, entrar em contato com os responsáveis pelo estudo: Prof. Dr. Altemir José Gonçalves Barbosa e/ou Gabriela de Andrade Reis pelo telefone (32) 32178253 ou no Centro de Psicologia Aplicada da UFJF, rua Santos Dumont nº214, Granbery, Cep 36010-510 – Juiz de Fora – MG, e-mail: gabrielareis.ufjf@gmail.com

1. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Ver dados para contato no rodapé deste documento.) para fazer reclamações e/ou solicitar esclarecimentos sobre ética em pesquisa.
2. Este termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e a outra com os pesquisadores responsáveis.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Evidências de validade e fidedignidade de uma medida de competências em Terapia Cognitivo-Comportamental”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Gabriela de Andrade Reis

Endereço: Centro de Psicologia Aplicada da UFJF, rua Santos Dumont nº214, Granbery,– Juiz de Fora

CEP: 36010-510/ Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 32178253

E-mail: gabrielareis.ufjf@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Evidências de validade e fidedignidade de uma medida de competências em Terapia Cognitivo-Comportamental

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre competências em terapia cognitivo-comportamental. Abaixo você encontra mais explicações sobre a pesquisa.

Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, estarei ciente de que:

1. O objetivo da pesquisa é traduzir, adaptar e validar o instrumento *Cognitive Therapy Scale – Revised*, que é utilizado por psicoterapeutas e supervisores para avaliar e acompanhar o desenvolvimento de competências e habilidades de terapeutas cognitivo-comportamentais.
2. A realização deste estudo é fundamental para produzir novos conhecimentos na área de terapia cognitivo-comportamental, considerando que não foram encontrados no Brasil instrumentos com objetivos semelhantes. O instrumento estudado ainda contribuirá para o desenvolvimento profissional de terapeutas iniciantes e pode aumentar a qualidade dos atendimentos clínicos.
3. Durante o estudo será necessário que eu, como supervisor de estágio em clínica cognitivo-comportamental, avalie meus supervisionados preenchendo a versão traduzida da *Cognitive Therapy Scale – Revised* em três distintos momentos do estágio (início, meio e fim dos atendimentos), baseando-me nos relatos dos estagiários durante as supervisões.
4. Trata-se de um estudo com risco mínimo, isto é, o mesmo risco que têm atividades rotineiras como conversar, ler etc.
5. Caso eu sinta qualquer desconforto em relação à avaliação, minha participação poderá ser interrompida e só será continuada se for de minha vontade e se estiver me sentindo melhor.
6. Caso ocorra qualquer dúvida em relação à pesquisa ou aos procedimentos, comunicarei aos pesquisadores e solicitarei que seja esclarecida.
7. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.
8. Minha participação nesta pesquisa é voluntária, sendo que não receberei qualquer forma de remuneração como também não arcarei com qualquer despesa.
9. Tenho o direito de ser indenizado(a) por danos que sejam comprovadamente decorrentes do estudo.
10. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.
11. Os pesquisadores tratarão a minha identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.
12. Os resultados gerais da pesquisa serão apresentados para mim na forma de um resumo expandido do estudo.
13. Poderei, sempre que julgar necessário, entrar em contato com os responsáveis pelo estudo: Prof. Dr. Altemir José Gonçalves Barbosa e/ou Gabriela de Andrade Reis pelo telefone (32) 32178253 ou no Centro de Psicologia Aplicada da UFJF, rua Santos Dumont nº214, Granbery, Cep 36010-510 – Juiz de Fora – MG, e-mail: gabrielareis.ufjf@gmail.com
14. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Ver dados para contato no rodapé deste documento.) para fazer reclamações e/ou solicitar esclarecimentos sobre ética em pesquisa.

1. Este termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e a outra com os pesquisadores responsáveis.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Evidências de validade e fidedignidade de uma medida de competências em Terapia Cognitivo-Comportamental”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Gabriela de Andrade Reis

Endereço: Centro de Psicologia Aplicada da UFJF, rua Santos Dumont nº214, Granbery, – Juiz de Fora

CEP: 36010-510/ Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 32178253

E-mail: gabrielareis.ufjf@gmail.com