

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

GABRIELA ALVES RODRIGUES DOS SANTOS

Terapia analítico-comportamental: sistematização da definição com base em
introduções de textos empíricos

São Paulo
2018

GABRIELA ALVES RODRIGUES DOS SANTOS

Terapia analítico-comportamental: sistematização da definição com base em
introduções de textos empíricos

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof. Dra. Claudia Kami Bastos Oshiro

São Paulo

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E
PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Alves Rodrigues dos Santos, Gabriela

Terapia analítico-comportamental: sistematização da definição com base em introduções de textos empíricos / Gabriela Alves Rodrigues dos Santos; orientadora Claudia Kami Bastos Oshiro. -- São Paulo, 2018.

90 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. Terapia analítico-comportamental. 2. Análise do comportamento clínica. 3. Pesquisa em psicoterapia. 4. Revisão integrativa da literatura. I. Kami Bastos Oshiro, Claudia , orient. II. Título.

Nome: dos SANTOS, Gabriela Alves Rodrigues

Título: Terapia analítico-comportamental: sistematização da definição com base nas introduções de textos empíricos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovada em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr.(a) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.(a) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.(a) _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Trabalho dedicado em memória de Laerte José Alves, o meu querido Tio Lá.

Ao amor infinito que dedicou às pessoas.

(20/10/1965 – 06/05/2018)

AGRADECIMENTOS

Aos parceiros de USP:

Claudia Oshiro, minha orientadora, por abraçar meu projeto e as diversas crises e mudanças metodológicas ao longo do processo de mestrado. Por ser frequentemente um apoio terapêutico aos momentos de tensão e auto cobrança, por acreditar no meu potencial e elogiar cada produção minha enquanto eu não achava nada bom o suficiente rs. Por ser um exemplo de acadêmica, mãe e professora e, por criar sempre um ambiente amistoso no grupo de pesquisa com boas discussões científicas, apoio mútuo, amizade e diversão. Tudo com muita emoção!rs

Queridíssimos amigos do grupo de pesquisa **Alan Aranha, Aline Redressa, Amanda Raña, Daniel Assaz, Elisangela Ferreira, Fernanda Resende, Gabriela Oliveira, Joana Vartanian e Renata Pinheiro**, por fazerem do período de mestrado um momento prazeroso e divertido. Pelas diversas boas conversas, pelas risadas, pela amizade e pelo apoio tanto acadêmico quanto emocional. Amo vocês!

Amigos que fiz na Psicologia Experimental, com os quais tive diversos bons momentos com aprendizados e risadas, em especial, **Felipe Gomes**, com quem aprendi muito, construí uma amizade importante, obrigada pela grande ajuda nas diversas leituras e correções da minha dissertação. Você fez toda a diferença!

Natalia Fonseca pela ajuda e apoio desde meu processo seletivo, acho que eu não teria entrado no mestrado se não fosse pela sua ajuda.

Professores **Claudia Oshiro, Marcelo Benvenuti, Martha Hübner, Paula Debert e Sônia Meyer** pelas ótimas aulas com as quais me desenvolvi tanto como pesquisadora como como analista do comportamento.

Membros da banca e suplentes **Denis Zamignani, Jan Luiz Leonardi, Sonia Meyer, Roberto Banaco, Regina Wielenska e Marcia Bertolla** pelo pronto aceite do convite e pelas contribuições na minha formação. Vocês são profissionais que eu admiro e me inspiram.

Aos meus professores e amigos da Análise do Comportamento:

Professores de graduação, em especial **Denis Zamignani e Thiago Sampaio** pelos incentivos e aprendizados sobre análise do comportamento. Também aos professores **Julieta Quayle, Drausio Junior e Rosana Trindade** que não são analistas do comportamento rs, mas fizeram uma completa diferença na minha formação como psicóloga e pesquisadora. Obrigada!

Queridos professores do Centro Paradigma de Análise do Comportamento, **Adriana Fidalgo, Ana Machione, Cássia Thomaz, Candido Pessoa, Denigés Neto (Jazz), Felipe Corchs, Jan Luiz Leonardi e Saulo Velasco** por fazerem parte da minha construção como analista do comportamento e terapeuta. Vocês fizeram e fazem diferença na minha formação!

Natalia Matheus...ah querida...o que teria sido de mim sem você nas crises metodológicas? Obrigada pelo seu tempo, energia e entusiasmo a cada discussão sobre o meu projeto.

Queridos integrantes do grupo de pesquisa em RFT **Roberta Kovac, Cainã Gomes, Barbara Mohor, Raul Manzione e Mônica Valentim**, pelas excelentes discussões sobre pesquisa. Com destaque à **Will Perez**, por ser um grande entusiasta de pesquisa, meu orientador de monografia e um pesquisador que me inspira.

*Queridos do Laboratório de Terapia Comportamental Dialética DBT-Lab, pelo companheirismo nas discussões de casos clínicos complexos e parceria. Em especial ao meu grupo de consultoria, com destaque à duas amigas mais do que queridas, **Maria Helena e Marília Barban**, presentes que o DBT-lab me deu! Obrigada pela amizade, apoio e pelas diversas leituras e releituras da minha dissertação, as excelentes sugestões e o apoio emocional. Vocês foram essenciais nesse processo!*

*Amados amigos da **Equipe AT** por toda amizade, apoio e pelo privilégio de trabalhar com essa equipe fantástica. Em especial ao grupo de supervisores **Luiz Oliveira, Mari Cristina, Marcia Rodrigues e Lia Cavalcanti**, as reuniões até de madrugada ficam mais divertidas com vocês. Aos meus supervisionandos amados da célula de quinta-feira, **Amanda Santos, Caroline de Moraes, Leonardo Paggio, Paulo Cestari, Renato Costa, Rodrigo Gusmão e Maísa Saraiva** (você tinha que ser citada também rs), pelas risadas, conversas e parceria no trabalho. Supervisionar profissionais tão fantásticos como vocês, me incentiva a ser melhor. E, ao querido amigo **Filipe Colombini**, por todo apoio e carinho nesse meu período de mestrado, por ser parceiro no trabalho e na vida e, por me dar o prazer de trabalhar nessa linda equipe e fazer a diferença na vida de tanta gente. Obrigada por tudo, Fi!*

*À **Monica Valentim** por todo o apoio emocional nesse processo de mestrado e na minha vida, a sua ajuda foi fundamental. Obrigada por me “desfundir” e não me deixar “deitar”!rs*

Aos familiares e amigos:

*Minha mãe **Edna Cristina Alves**, por todo o amor e carinho que me dá e por ser sempre uma entusiasta do meu interesse acadêmico. Ao meu pai **José Lino Rodrigues dos Santos**, por ter me dado meu primeiro livro que me fez amar leitura desde pequena e pelo nosso recomeço.*

*Meu querido, amado e idolatrado irmão **Leonardo Alves**. Aquele que eu amo, tenho orgulho e é meu melhor amigo. Admiro o homem que você se tornou. Amo muuuuuuito você, meu eterno bebê! Obrigada simplesmente por existir!*

*Meu irmão de coração **Kelve Lopes**, por sempre acreditar em mim e me incentivar, amo muito você! À **Kelly Lopes**, por todo apoio que deu no início da minha vida acadêmica e profissional, você contribuiu demais na minha vida. Obrigada!*

*Todos meus familiares, tios queridos **Delba, Junior, Luciano e Elaine**, aos meus avós e priminhos amados. Com destaque à minha avó **Lourdes** que me inspira a cada dia com sua força, vitalidade e alegria.*

*Minha família postiça, os **Weges** e os **Gonçalves**. Por me receberem tão bem e me tratarem como parte da família, principalmente à **Lydia Wege, Bia Wege e Gilberto Gonçalves**.*

*Ao amor da minha vida **Marco Antonio Wege Gonçalves**, por ser esse parceiro maravilhoso, um amigo esplêndido e um dos melhores seres humanos que conheço. Sinto que não há palavras que expressem de forma suficiente a minha gratidão, obrigada pelo imenso apoio nesse processo, não conseguiria sem você! Amo e admiro muito você! Obrigada por tudo e obrigada por existir!*

*Àqueles que me ajudaram de forma direta ou indireta nesse processo, com uma conversa conceitual, discussões sobre temas, aulas, palestras ou mesmo uma palavra de apoio, incentivo e carinho. **Muito obrigada!***

"Não considere nenhuma prática como imutável.

Mude e esteja pronto a mudar novamente.

Não aceite verdade eterna. Experimente."

(Skinner, 1978/2009, p. 2)

RESUMO

dos SANTOS, Gabriela Alves Rodrigues. Terapia analítico-comportamental: sistematização da definição com base em introduções de textos empíricos. 2018. 90 f. (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

A Análise do Comportamento Clínica nasceu da transposição do modelo experimental do laboratório para a aplicação com humanos, logo, mostra-se comprometida com a ciência desde sua concepção. No Brasil, a Análise do Comportamento Clínica tem uma história particular, ela foi gradualmente construída pelos primeiros estudantes de Análise do Comportamento do país e atualmente é denominada como Terapia Analítico-Comportamental (TAC). Apesar da TAC ser comprometida com a ciência desde sua concepção, uma recente revisão integrativa da produção científica da área foi realizada com o objetivo de aproximar a TAC de uma Prática Baseada em Evidências em Psicologia. Os dados demonstraram que ela carece de evidências empíricas que comprovem sua eficácia, tanto pela quantidade quanto pela qualidade dos trabalhos. Uma vez que o ponto principal de qualquer esforço para definir uma prática como baseada em evidências é começar com uma definição rigorosa da prática, o presente trabalho buscou examinar as definições da TAC descritas por autores de pesquisas empíricas. Para isso foram realizados os seguintes passos: (1) atualização da revisão integrativa da literatura de pesquisas empíricas em TAC realizada por Jan Leonardi em 2016; (2) leitura e levantamento das definições à TAC dada pelos autores nas introduções da literatura empírica levantada; (3) categorização das definições em termos de pressupostos, processos, procedimentos e resultados; e (4) análise crítica das definições dadas pelos autores. Na busca foram selecionadas 24 introduções de textos empíricos e extraídos 141 trechos referentes à definição de TAC, totalizando 265 categorizações. Os dados encontrados mostraram que as definições de TAC utilizadas nas introduções contemplam descrições em termos de procedimento, processo, resultado e pressupostos, mas apenas uma pequena parte das definições abrangeu todas essas categorias. A maior parte das descrições encontradas estão relacionadas a procedimento e, em sua maioria, respostas inespecíficas do terapeuta. A categoria de respostas inespecíficas do terapeuta consiste em descrições de ações do terapeuta de forma que não permite que um leitor bem treinado as reproduza. Os dados mostraram uma descrição pouco precisa da TAC nas introduções e, a partir deles, são discutidas as implicações para o ensino, pesquisa e prática clínica. Por fim, sugere-se possíveis diretrizes para descrições de TAC em introduções de futuras publicações, a saber: (a) apresentar os pressupostos filosóficos e teóricos que embasam a TAC fazendo uma relação direta entre estes e as implicações na compreensão, análise do caso e a prática do terapeuta; (b) descrever os fenômenos, o máximo quanto possível, em termos de processos comportamentais; (c) ao descrever procedimentos padronizados, utilizar nomenclaturas já descritas na literatura e evitar nomenclaturas novas, a não ser que esteja propondo um procedimento inédito; (d) ao descrever respostas do terapeuta, especificar quais respostas devem ser emitidas pelos terapeutas diante de quais antecedentes, e quais as consequências esperadas. Essas diretrizes visam promover uma descrição mais precisa a fim de favorecer avanços na área e viabilizar pesquisas que avaliem a eficácia da TAC.

Palavras-chave: Análise do comportamento clínica. Terapia analítico-comportamental. Terapia comportamental. Pesquisa em psicoterapia. Psicologia clínica. Revisão integrativa da literatura.

ABSTRACT

dos SANTOS, Gabriela Alves Rodrigues. **Behavioral-analytic therapy: systematization of the definition based on the introductions of empirical texts.** 2018. 90 f. Dissertation (Master's degree) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Clinical Behavior Analysis was born from the transposition of the laboratory's experimental model to the application with humans, therefore, it has been committed with science from the beginning. In Brazil, Clinical Behavior Analysis has a particular history, it was gradually constructed by the country's first students of Behavior Analysis and is currently denominated as Behavioral-Analytic Therapy (TAC). Although TAC has been committed to science since its inception, a recent integrative review of the area's scientific production was carried out with the aim of bringing TAC closer to Evidence Based Practice in Psychology. The data demonstrated that it lacks empirical evidence to prove its efficacy, both regarding the quantity and the quality of the work. Since the main point of any effort to define an evidence-based practice is to begin with a rigorous definition of practice, the present work sought to examine the definitions of TAC described by empirical research authors. In order to do that, the following steps were taken: (1) update the integrative review of the empirical research literature on TAC performed by Jan Leonardi on 2016; (2) read and retrieve the definitions of TAC given by the authors in the introductions of the empirical literature; (3) categorize the definitions in terms of assumptions, processes, procedures and results; and (4) critically analyze the definitions given by the authors. In the review, 24 introductions of empirical texts were selected and 141 excerpts referring to the definition of TAC were extracted, totaling 265 categorizations. The data showed that the definitions of TAC used in the introductions include descriptions in terms of procedures, processes, outcomes and assumptions, but only a small part of the definitions covered all of these categories. Most of the descriptions found are related to procedure and, for the most part, nonspecific responses of the therapist. The category of nonspecific responses of the therapist consists of descriptions of the therapist's actions in a way that it does not allow for a well-trained reader to reproduce them. The data showed a description of TAC in the introductions with low precision and, from them, the implications for teaching, research and clinical practice are discussed. Finally, it is suggested possible guidelines for descriptions of TAC in introductions of future publications, namely: (a) to present the philosophical and theoretical assumptions that underpin TAC, establishing a direct relation between them and the implications for the understanding, case analysis and the practice of the therapist; (b) describe the phenomena as much as possible in terms of behavioral processes; (c) to use nomenclatures already described in the literature and avoid new nomenclatures when describing standardized procedures, unless it is proposing an unpublished procedure; (d) when describing the therapist's responses, specify which responses should be emitted in relation to what antecedents, and what are the expected consequences. These guidelines aim to promote a more precise description in order to promote advances in the area and to enable researches that evaluate the effectiveness of TAC.

Keywords: Clinical behavioral analysis. Behavioral-analytic therapy. Behavioral therapy. Research in psychotherapy. Clinical psychology. Integrative literature review.

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Fluxograma do processo de seleção dos estudos na etapa de busca na literatura...37	
<i>Figura 2.</i> Fluxograma das etapas do método 42	42
<i>Figura 3.</i> Curva acumulada de número de publicações por ano no período de 1997 a 2017 ..48	48
<i>Figura 4.</i> Número de publicação por tipo de publicação 49	49
<i>Figura 5.</i> Número de ocorrência das categorias nos 141 trechos selecionados, n=265 categorizações 53	53
<i>Figura 6.</i> Número absoluto e porcentagem de ocorrência das subcategorias procedimento padronizado e respostas inespecíficas do terapeuta nas 161 ocorrências de definições categorizadas por procedimento, nos 121 trechos analisados 54	54
<i>Figura 7.</i> Número absoluto dos procedimentos citados nos trechos de definição categorizados como definição por procedimento padronizado (n=40) 56	56
<i>Figura 8.</i> Número absoluto de ocorrência de cada processo comportamental (n=16) citado nos 12 trechos analisados. 60	60
<i>Figura 9.</i> Número absoluto de ocorrência de tipos de pressupostos apresentadas em termos de pressupostos filosóficos, teóricos e científicos (n=13)..... 63	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Lista de Referências Encontradas e Sinalização se há ou não Definição de TAC em sua Introdução</i>	43
Tabela 2. <i>Número Absoluto e Porcentagem de Publicações por Instituição</i>	50
Tabela 3. <i>Número Absoluto de Publicações por Autores</i>	51
Tabela 4. <i>Categorias Procedimento (Subcategorias: Procedimento Padronizado e Resposta Inespecífica do Terapeuta), Processos, Resultados e Pressupostos Apresentados nas Introduções de Cada Texto Selecionado (n=24)</i>	52
Tabela 5. <i>Número Absoluto de Ocorrência de Resultados Descritos nos Trechos</i>	58
Tabela 6. <i>Número Absoluto e Porcentagem de Ocorrência de Resultados: Autoconhecimento, Auto-observação e Autocontrole na Categoria Mudança no Comportamento do Cliente em Relação ao Próprio Comportamento (n=15)</i>	59
Tabela 7. <i>Número Absoluto e Porcentagem de Ocorrência de Processos Comportamentais Descritos nos Trechos Relativos à Relação Terapeuta e Cliente</i>	62

SUMÁRIO

1. A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO CLÍNICA	12
1.1. Pressupostos Filosóficos e Conceituais da Análise do Comportamento	12
1.2. Análise Funcional e análise de contingência na Clínica Comportamental	16
2. BREVE HISTÓRICO DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO CLÍNICA	18
3. PRÁTICA DE PESQUISA CLÍNICA COMPORTAMENTAL	24
3.1. Pesquisa em Análise Aplicada do Comportamento	24
3.2. Contexto da Prática Baseada em Evidências no cenário internacional	26
3.3. Contexto da Prática Baseada em Evidências na clínica comportamental brasileira	29
4. MÉTODO	32
4.1. Considerações metodológicas	32
4.1.1. Escolha do método de levantamento e análise de dados	32
4.1.2. Formulação do problema de pesquisa	34
4.1.3. Busca na literatura	34
4.1.4. Extração dos dados	38
4.1.5. Análise das introduções das publicações de pesquisas empíricas	38
5. RESULTADOS	43
6. DISCUSSÃO	65
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
8. REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE 1 EXEMPLOS DE CATEGORIZAÇÃO DOS TRECHOS SELECIONADOS	90

1. A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO CLÍNICA

A Análise do Comportamento Clínica tem como pressuposto teórico a Análise do Comportamento e como pressuposto filosófico o Behaviorismo Radical (Skinner, 1953/1965, 1974), desta forma, compreende o comportamento como a interação entre organismo e ambiente, e tem por objetivo explicar, prever, controlar e interpretar o comportamento humano (Skinner, 1974). A compreensão de fenômenos clínicos pautados nestes pressupostos teóricos e filosóficos concede à Análise do Comportamento Clínica uma constituição particular no que se refere a entendimento do comportamento humano.

1.1. Pressupostos Filosóficos e Conceituais da Análise do Comportamento

Como citado inicialmente, a análise do comportamento é uma abordagem psicológica baseada nos pressupostos filosóficos do behaviorismo radical, de B. F. Skinner (1904-1990).

O Behaviorismo Radical “não é o estudo científico do comportamento, mas uma filosofia da ciência preocupada com o objeto e os métodos de estudo da psicologia” (Skinner, 1963). Como uma filosofia da ciência, tem como seu objeto de estudo o comportamento, fenômeno que compreende como a relação entre organismo e ambiente adotando um entendimento monista fisicalista (os fenômenos têm uma só origem, física), contrapondo-se ao mentalismo dualista (os fenômenos têm duas origens, uma física e outra metafísica: mente, cognição, etc.). Essa compreensão coloca o estudo dos comportamentos humanos como parte da biologia e pertencente a uma ciência natural (Skinner, 1963).

O termo radical, por vezes mal interpretado na comunidade científica como extremista, na verdade tem dois sentidos: negar radicalmente a existência de algo que não seja do mundo físico, isto é, que não tenha uma existência identificável no espaço e no tempo (e.g. a mente); e radicalmente (ou integralmente) aceitar todos os fenômenos como comportamentais (Matos, 1995).

Deste modo, o behaviorismo radical não nega a existência de eventos encobertos tais como pensamentos, sentimentos e sensações, mas, questiona a natureza destes fenômenos, compreendendo que os fenômenos antes chamados da “vida mental” têm na verdade a mesma origem de qualquer outro comportamento publicamente observado (como andar e deitar) (Matos, 1995). Declarando que eventos abertos e encobertos se distinguem pela sua acessibilidade (eventos abertos são públicos e, assim, acessíveis a mais de uma pessoa e eventos encobertos são privados (e.g., pensamentos), acessíveis somente a uma pessoa e não pela sua origem, ambos são de origem física) (Skinner, 1974).

Diante disso, o comportamento é entendido como um objeto de estudo legítimo em si mesmo e não como mera manifestação de estruturas internas subjacentes. Assim, a análise do comportamento rejeita a postulação de causas internas na explicação do comportamento, sejam essas causas a mente, a personalidade ou estruturas cognitivas (Matos, 1999). Skinner (1953/1965) postula que a inferência de constructos hipotéticos na explicação do comportamento é uma ficção explicativa que obscurece as variáveis ambientais das quais o comportamento é função.

Uma vez que a análise do comportamento não acredita que as explicações do comportamento tenham causas internas, o modelo de causalidade é monista materialista, baseado no modelo de seleção da evolução das espécies postulado por Darwin (1859/2000). Este modelo envolve, resumidamente dois processos básicos: variação genética em relação a outros indivíduos da mesma espécie e seleção ambiental das características que variaram e favoreceram a sobrevivência da espécie (Sampaio & Andery, 2012). Skinner aplicou esse mesmo paradigma ao comportamento e criou um modelo análogo ao de seleção das espécies, chamado seleção pelas consequências (Sampaio & Andery, 2012). Apoiado neste paradigma, Skinner (1981) propõe três níveis de determinação do comportamento humano: filogênese, ontogênese e cultura.

A filogênese refere-se à variação e seleção genéticas, produto de milhões de anos de evolução. Neste nível, foram selecionadas aquelas características compartilhadas pelos membros de uma dada espécie, tais como características fisiológicas e anatômicas das espécies, relações comportamentais inatas e a sensibilidade a determinados estímulos (Sampaio & Andery, 2012). A ontogênese é o processo pelo qual cada indivíduo adquire um repertório comportamental singular ao longo de sua história de vida. Esse repertório pode ser desenvolvido tanto por meio de pareamentos de um evento neutro com um estímulo eliciador, quanto por condicionamento operante, no qual novos comportamentos são aprendidos e aprimorados por meio da seleção ambiental de variações nas respostas emitidas pelo indivíduo (Moore, 2008). A cultura pode ser definida como as contingências de reforçamento mantidas por um grupo que modelam o comportamento dos membros do grupo e são transmitidas aos outros via comportamento verbal (Skinner 1981/1988).

Na clínica, o nível de seleção que se apresenta como o principal de investigação e intervenção é o nível ontogenético, que abarca a história de experiências e contingências de reforçamento as quais o indivíduo foi submetido ao longo da vida e as contingências atuais que estão em vigor na vida atual do cliente. No entanto, destaca-se que os aspectos filogenéticos e

variáveis culturais são partes importantes do que influencia o comportamento do indivíduo e devem fazer parte da análise e compreensão do caso (Tourinho, 2009).

Considerando a definição de comportamento como relação entre organismo e ambiente (Skinner, 1938), há em suma dois tipos de comportamento: respondente e operante.

O comportamento respondente é uma relação em que um determinado estímulo elicia uma resposta específica. Algumas respostas do tipo respondente são selecionadas ao longo da evolução da espécie (nível filogenético), tal como, piscar (resposta incondicionada) quando há uma cisco no olho (estímulo eliciador incondicionado) e outras adquirem função de estímulos eliciador condicionado quando um evento neutro é sistematicamente apresentado com um estímulo eliciador incondicionado e esse primeiro se torna capaz de eliciar uma resposta condicionada, por exemplo, o logotipo de uma lanchonete após ser sistematicamente apresentado com o alimento da loja, eliciar salivação (Sério, Micheletto, & Andery, 2007).

O segundo tipo, o comportamento operante, apresenta uma relação na qual a resposta de um indivíduo produz mudanças no ambiente (consequências) que retroagem sobre ele e o modificam, alterando a probabilidade de emissão de respostas semelhantes no futuro (Catania, 2007). As consequências podem fortalecer ou enfraquecer a resposta que as produziu. Quando uma consequência aumenta a probabilidade de uma resposta que a produz, ela é chamada de estímulo reforçador positivo (pois há o acréscimo de estímulo no ambiente) e o processo chamado de reforçamento positivo. Quando a eliminação ou postergação de um estímulo no ambiente aumenta a probabilidade de respostas que o eliminam, esse processo é chamado de reforçamento negativo, e o estímulo eliminado ou postergado de reforçador negativo, estímulo aversivo ou punitivo. Quando uma resposta produz um reforçador negativo ou a retirada de um reforçador positivo esse processo é chamado de punição, no entanto, diferentemente do reforçamento, a punição não é definida pelo seu efeito e sim pela operação em vigor, apresentação ou remoção de estímulos (Sidman, 1989/2011).

Além da relação entre o responder e suas consequências, o comportamento operante envolve a relação entre a resposta e os estímulos antecedentes, aqueles que estavam presentes na ocasião em que a resposta foi reforçada, processo denominado *discriminação de estímulos*. Para que seja estabelecida uma discriminação, é necessário que o indivíduo passe por uma história de reforçamento diferencial, na qual o responder é seguido de reforço quando emitido na presença de determinado estímulo e não é seguido de reforço quando emitido na presença de outros estímulos (Sério, Andery, Gioia, & Micheletto, 2004). Após essa história de reforçamento diferencial, o estímulo o qual estava presente quando a resposta foi reforçada passa a alterar a probabilidade da emissão desta, ao estabelecer a ocasião na qual foi reforçada.

O estímulo que aumenta a probabilidade da resposta ocorrer é chamado de estímulo discriminativo (S^D) e os estímulos na presença dos quais a resposta não for seguida de reforço e são chamados de estímulo delta (S^Δ).

Outra variável que altera a probabilidade de respostas são as operações motivadoras. O valor reforçador ou punitivo de uma consequência depende diretamente das *operações motivadoras* em vigor, eventos que modificam momentaneamente a efetividade da função reforçadora ou punitiva de certos estímulos e, ao mesmo tempo, evocam ou suprimem respostas que foram, no passado, seguidas por esses estímulos (Laraway, Snyckerski, Michael, & Poling, 2003).

Uma vez considerando as variáveis de controle do comportamento, quando as respostas dos organismos são observadas é possível identificar relações funcionais entre elas e os eventos externos, antecedentes e consequentes que as acompanham além de possíveis operações motivadoras em vigor. Isto pode demonstrar que, a depender das consequências de suas ações, os indivíduos voltam ou não a se comportar de forma semelhante, quando ocasiões semelhantes àquelas que acompanharam tais consequências voltarem a ocorrer (Skinner, 1953/1965; Skinner, 1969). Verificar empiricamente estas relações, entre antecedentes e consequentes às respostas de um organismo, é realizar uma análise funcional, em termos de contingências (Skinner, 1953/1965; Skinner, 1969). Deste modo, compreende-se que uma relação funcional é aquela que descreve a dependência entre eventos diferentes ocorrendo ao mesmo tempo em certa ordem (Ulian, 2007).

Skinner (1953/1965) afirma que considerar as causas dos eventos como variáveis ambientais passíveis de manipulação e identificar a função que uma variável exerce sobre as outras é fazer análise funcional. Buscar as relações funcionais entre os eventos da natureza é uma atitude própria do cientista e, através da análise é possível identificar as causas mais prováveis dos comportamentos, explicando o motivo pelo qual ocorrem e porquê se mantêm (Ulian, 2007).

Skinner ainda em sua obra descreve sobre um tipo especial de comportamento chamado comportamento verbal. O termo “comportamento verbal” foi introduzido por Skinner (1957/1978) no livro intitulado *Verbal Behavior*. Para os analistas do comportamento, o termo substituiu a palavra “linguagem”, pelas várias interpretações que esse termo possuía em outras áreas do conhecimento, tal como na pedagogia, linguística e outras abordagens da psicologia. O novo termo foi proposto para enfatizar que “linguagem” é um comportamento operante, portanto modelado e mantido por suas consequências, e, por conseguinte, não é algo ou uma propriedade que alguém possua, ou, muito menos, uma entidade interna (Hübner, 1997). Na

clínica, compreender o comportamento verbal como um comportamento operante e, portanto um comportamento passível de ser analisado em termos de análise funcional é fundamental para a atuação (Meyer, 2000).

1.2. Análise Funcional e análise de contingência na clínica comportamental

Na área clínica, para observar e avaliar as variáveis de controle do comportamento do seu cliente, o analista do comportamento utiliza-se da análise e/ou avaliação funcional como principal ferramenta (Meyer, 1995). É importante salientar que uma avaliação funcional dá atenção secundária às propriedades topográficas da resposta (forma), porque respostas topograficamente similares podem produzir consequências diferentes e respostas topograficamente distintas podem produzir consequências semelhantes, deste modo, o analista do comportamento precisa estar atento primordialmente à função do comportamento (Matos, 1999). Apesar da relevância dada à análise funcional na área clínica analítico-comportamental, há discussões sobre como ela deve ser feita e sua utilidade. Sturmey (1996) realizou uma revisão de literatura sobre o uso da análise funcional em diversas áreas da Psicologia e constatou que os termos usados quando se trata desse assunto não são uniformes.

É relevante salientar que o termo análise funcional pressupõe manipulação de variáveis, controle e comprovação experimental de que a variável manipulada de fato influenciou o comportamento do cliente (relação fidedigna e controlada de que a VI influencia a VD), o que na maioria das vezes não é possível assegurar no ambiente de consultório. Essas condições não são possíveis de garantir no consultório, pois é eticamente questionável retirar um procedimento que funcionou na prestação de serviços clínicos somente para garantir que esse foi o procedimento diretamente relacionado à melhora do cliente. Além disso, há questões de ordem prática, uma vez que um comportamento que foi instalado por meio de um procedimento não necessariamente será revertido por meio da retirada do procedimento responsável por sua instalação (Baer, Wolf, & Risley, 1968; Sampaio et al., 2008). Desse modo, na clínica quando a análise de relações de dependência entre estímulos e respostas é realizada sem que haja um controle minucioso como ocorre na análise funcional, é mais adequado ser chamada de avaliação funcional ou análise de contingências (Leonardi, Borges, & Cassas, 2012).

Outro aspecto importante e ainda discutido na área da prática clínica é a extensão das intervenções verbais na clínica de consultório. Uma vez que as mudanças no comportamento só se dão quando ocorrem mudanças nas contingências, e que, na terapia de consultório, o terapeuta tem acesso a uma parte muito restrita do ambiente (contingências controladoras) do cliente (e.g., relação terapêutica, relato verbal, interação dentro do consultório), ainda há

discussões sobre os processos comportamentais envolvidos na mudança de comportamento do cliente por meio da terapia verbal.

No contexto clínico, uma das principais atividades do cliente em sessão é a de relatar eventos ao terapeuta (Del Prette, 2011). Assim, entender o papel do comportamento verbal é essencial para explicar tanto as interações entre terapeuta e cliente, como para entender os processos comportamentais envolvidos nos mecanismos de mudanças ocorridas fora do contexto clínico.

Apesar da intervenção de consultório ser essencialmente verbal, ao longo da história os analistas do comportamento tiveram como preferência intervenções e pesquisas que observavam diretamente o comportamento de interesse, e assim, analisavam e manipulavam de forma direta as variáveis de mudança ou variáveis experimentais (de Rose, 1997). No entanto, na medida em que a análise do comportamento passou a lidar cada vez mais com comportamento humano complexo, parece ser inevitável a maior utilização do relato verbal e, portanto, melhor compreensão dos processos comportamentais envolvidos na mudança do comportamento por meio de intervenções verbais.

Os instrumentos básicos dos analistas do comportamento são a observação direta do comportamento e de seus estímulos controladores, e a manipulação dessas variáveis de controle. Na terapia verbal, tais instrumentos não estão tão facilmente disponíveis, pois o terapeuta tem acesso a uma parte muito restrita do ambiente do cliente, e as respostas que serão foco da intervenção não estão necessariamente presentes na interação terapêutica, dificultando a alteração direta de suas contingências mantenedoras (Meyer, 2004; Meyer, Oshiro, Donadone, Mayer, & Starling, 2008).

A discussão sobre como explicar o que acontece durante o atendimento terapêutico verbal que promove mudanças significativas na vida do cliente em seu ambiente natural foi chamada por Kohlenberg, Tsai, e Dougher (1993) de “*talk therapy question*” (em português, “a questão da terapia verbal”). No Brasil essa questão também tem sido bastante discutida por diversos autores (e.g., Medeiros, 2002; Meyer, 2000, 2004; Meyer et al., 2008).

Com o objetivo de explicar como o terapeuta essencialmente verbal promove mudanças comportamentais na clínica, Meyer (2000) publicou um artigo com a seguinte indagação em seu título: *Mudamos, em terapia verbal, o controle de estímulos?* Nesse artigo a autora apresenta relatos de caso nos quais “sim” é a resposta à pergunta do título do texto. Mais tarde a mesma autora (Meyer, 2004) realiza uma proposta de quais procedimentos são empregados pelos terapeutas para promover mudança de comportamento de seus clientes em sua vida diária por meio da terapia verbal. São eles: fornecimento de regras, favorecimento de autorregras,

fornecimento de estimulação suplementar e modelagem de repertórios.

O fornecimento de regras implica em descrever contingências que podem ser específicas (regras com descrições claras sobre a ação que o cliente deve efetuar, por exemplo, realizar um registro) ou genéricas (regras que não especificam a topografia da ação a ser executada, mas o resultado a ser atingido). Para favorecer autorregras o terapeuta modela o comportamento verbal do cliente em vez de instruí-lo diretamente (e.g., orienta seu cliente para refletir sobre algum tema ou para prestar atenção a determinados eventos), facilitando que o cliente descreva as contingências que controlam seu próprio comportamento. Quando o terapeuta fornece estimulação suplementar, ele identifica uma propriedade do estímulo discriminativo que controla uma resposta e torna mais saliente outras propriedades do mesmo estímulo, que já controlam outras respostas, aumentando as chances de ele responder a outros aspectos da mesma situação. Na modelagem de repertórios, dois aspectos principais estão envolvidos: audiência não punitiva e a consequenciação direta dos comportamentos do cliente na interação com o terapeuta - a primeira visa reduzir os efeitos gerados pela punição advinda do ambiente natural do cliente e a segunda visa modelar o comportamento do cliente na interação terapêutica, uma vez que os comportamentos do cliente na terapia podem ser entendidos como uma amostra de sua forma de agir fora desse contexto (Meyer, 2000).

A sistematização de Meyer (2004) parece abarcar diversos procedimentos verbais, se não todos, que ocorrem no processo terapêutico. No entanto, ainda há discussões na área clínica analítico-comportamental sobre quais processos comportamentais estão envolvidos quando estímulos verbais transferem e transformam a função de estímulos. Discussões teóricas e pesquisas experimentais têm avançado de forma significativa com investigações em equivalência de estímulos (Sidman & Tailby, 1982; Sidman, 1994) e *Relational Frame Theory* - RFT (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). Ainda na área clínica, aconteceram avanços no que se refere à relação terapêutica como “mecanismo de mudança” na Terapia Analítica Funcional – FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001), e investiga-se como o processo de modelagem de repertório em sessão pode auxiliar nos comportamentos de queixa do cliente (e.g., Oshiro, Kanter, & Meyer, 2012). Deste modo, parece que a área está debruçada em compreender de forma mais completa os fenômenos e processos comportamentais envolvidos nas mudanças comportamentais por meio da terapia verbal de consultório.

2. BREVE HISTÓRICO DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO CLÍNICA

Motivada pela preocupação com as bases empíricas da psicoterapia, a terapia comportamental teve como marco inicial a aplicação clínica dos princípios de condicionamento

descobertos na pesquisa experimental com animais de laboratório, baseadas na compreensão de continuidade entre as espécies postulada por Darwin em sua teoria da seleção natural. No início do século XX havia nos Estados Unidos uma crescente insatisfação com o método introspectivo de Wundt e Titchener, que não proporcionava identificação de regularidades buscadas por qualquer ciência e não estava sendo capaz de resolver seus impasses teóricos por meios objetivos que dispensassem o uso da autoridade (Marx & Hillix, 1973; Schultz & Schultz, 2007). Diante dessa insatisfação, diversos acontecimentos ocorreram na psicologia e aqui serão discutidos alguns deles (para uma compreensão mais aprofundada ler Kazdin, 1978).

Ainda no começo do século XX os fisiólogos russos Vladimir Bechterev e Ivan Pavlov investigavam experimentalmente o processo de condicionamento respondente em cães, o primeiro interessado em secreções glandulares enquanto o segundo interessava-se pela resposta motora condicionada (Schultz & Schultz, 2007). Nessa época, qualquer comportamento humano era explicado pelo conceito de reflexo. As primeiras tentativas de transposição do conhecimento acerca dos reflexos condicionados para a análise de fenômenos clínicos apareceram rapidamente (Kazdin, 1978).

Em 1913, Watson fez algumas palestras sobre sua proposta para a psicologia, que foi nomeado de *Manifesto Behaviorista* (Watson, 1913). Nesse manifesto, ele rejeitava as abordagens estruturalista e funcionalista e afirmava que a psicologia deveria abandonar o método introspeccionista e deixar de estudar somente a consciência. Em sua nova proposta, inseria a psicologia entre as ciências naturais, tendo como objeto de estudo o comportamento. Em 1920, Watson e Rayner demonstraram como a reação de medo pode ser criada por meio de condicionamento respondente em um experimento que ficou conhecido na história da psicologia como “o caso do Pequeno Albert”. Albert, um bebê saudável de 11 meses de vida, foi exposto inicialmente a uma série de animais e objetos, tais como, rato branco, coelho, cachorro, algodão, máscara com e sem cabelo e jornais em chamas, não demonstrando qualquer reação de medo frente a esses estímulos. Posteriormente, o rato branco foi colocado próximo a Albert e, toda vez que ele tentava tocá-lo, um som alto e estridente era produzido, ocasionando uma forte resposta de sobressalto e choro. Após dias de sucessivas apresentações, Albert foi novamente exposto ao rato branco, agora sem a apresentação do ruído, e sua reação foi chorar, cobrir os olhos para não ver o animal e engatinhar para longe, demonstrando o condicionamento de medo.

Em 1924 Mary Cover Jones, aluna de Watson, investigou o efeito isolado e combinado de sete procedimentos na diminuição da resposta de medo de crianças, dentre eles estava o condicionamento direto, que consistia na exposição gradual ao estímulo temido de acordo com

o nível de tolerância apresentado pela criança (Kazdin, 1978). Os estudos de Jones foram o ponto de partida para o desenvolvimento da técnica de dessensibilização sistemática, o que lhe conferiu o título de “mãe da terapia comportamental” (Rutherford, 2010).

Concomitantemente ao desenvolvimento dos procedimentos terapêuticos baseados no paradigma respondente, nas décadas de 1930 e 1950, Skinner dedicava-se ao estudo do comportamento operante. Após realizar diversos experimentos com ratos e pombos, Skinner descobriu os processos comportamentais básicos tais como reforçamento e discriminação. Em seguida o estudo do condicionamento operante com animais de laboratório foi estendido de forma direta e sistemática para o comportamento humano. Nesse primeiro momento, os pesquisadores tinham como único objetivo avaliar se os processos básicos descobertos na pesquisa animal serviriam também para explicar e alterar o comportamento humano e, por conseguinte, tinham a caixa de Skinner como protótipo de observação, mensuração e intervenção. Sendo assim, a maior parte das primeiras investigações com seres humanos examinava a frequência de respostas de pressão à barra (Kazdin, 1978).

Lindsley, Skinner, e Salomon (1953) iniciaram a aplicação de princípios do condicionamento operante para a modificação do comportamento de pacientes psiquiátricos adultos. Essa transposição do modelo experimental do laboratório para a aplicação com humanos configurou o primeiro modelo de terapia comportamental denominada modificação do comportamento. As atuações dos modificadores do comportamento com humanos visavam intervenções em comportamentos disruptivos que deveriam ser modificados como, por exemplo, pacientes internados (Ayllon & Azrin, 1968), prisioneiros (Ribes-Iñesta, 1972), e crianças autistas (Wolf, Risley, & Mess, 1965).

A modificação do comportamento recebeu diversas críticas com o passar dos anos, como por exemplo, a de modificar o comportamento por meio de suas técnicas sem observar as reais variáveis que controlavam esse comportamento (Holland, 1978), o que frequentemente é descrito por outras abordagens como “intervenções no sintoma e não na causa” ou “substituição de sintoma”. A última crítica foi adotada, pois as técnicas, quando aplicadas sem uma análise cuidadosa sobre a quais variáveis o comportamento analisado é função, muitas vezes, pouco depois da intervenção focada em um sintoma específico, este era substituído por outro. Isso ocorria em razão de, por vezes, as variáveis ambientais responsáveis pela instalação e manutenção do comportamento (sintoma) ainda manterem-se presentes de forma inalterada (Banaco, 1999). Além disso, havia algumas críticas sobre uma negligência do lugar das intervenções que envolviam eventos privados como pensamentos, sentimentos e emoções, com afirmações de que esses aspectos não eram considerados pelos modificadores do

comportamento (Kohlenberg et al., 1993; Kohlenberg, Bolling, Kanter, & Parker, 2002; Hayes, 2004). Em meados do século XX, alguns dos terapeutas comportamentais passaram a associar a terapia comportamental com a terapia cognitiva, criando a terapia cognitivo-comportamental (Perez-Alvarez, 1996).

O cerne da atuação dos terapeutas cognitivo-comportamentais estava principalmente voltado para o atendimento de pacientes adultos em uma situação de terapia de consultório, que apresentavam uma maior variabilidade de queixas. Para eles o demasiado ambientalismo da análise do comportamento resultava na desconsideração dos eventos privados como mediadores de qualquer ação do indivíduo (Barbosa & Borba, 2010). Dessa forma, os terapeutas cognitivo-comportamentais privilegiaram o desenvolvimento de estratégias de alteração de pensamentos, ao invés de intervir diretamente nas contingências externas relacionadas ao comportamento problema, o que se configurou numa característica marcante para a distinção entre terapias cognitivo-comportamentais e outras abordagens clínicas comportamentais (Banaco, 1999/2001; Barbosa & Borba, 2010). Essa migração dos terapeutas comportamentais para a atuação voltada às cognições é chamada de *segunda onda* de terapia comportamental.

A fim de lidar com o comportamento verbal enquanto objeto da análise funcional e intervenção terapêutica, novos avanços foram e continuam sendo realizados sobre a teoria e a prática clínica, o que tem sido denominado *terceira onda* da terapia comportamental (Kohlenberg et al., 2002). A chamada *terceira onda* da terapia comportamental representa um movimento de distanciamento do cognitivismo e de retorno ao behaviorismo radical. Essas terapias propõem algumas intervenções descritas detalhadamente e, assim, mais operacionalizáveis, permitindo testar sua eficácia por meio de pesquisas de evidência (Del Prette, 2011). Os principais modelos desenvolvidos pela terceira geração são: a Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001), a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), a Ativação Comportamental (Martell, Addis, & Jacobson, 2001) e a Terapia Comportamental Dialética (Linehan & Dimeff, 2001).

No Brasil o aparecimento e a evolução das terapias comportamentais tiveram características peculiares e um desenvolvimento histórico próprio, que não repete o processo estadunidense, embora tenha tido influências deste (Guilhardi, 2012). Essa particularidade histórica coloca em questionamento se as novas terapias deveriam ser chamadas de terceira onda em nosso país (e.g., Guilhardi, 2012; Vandenberghe, 2011).

Para ilustrar a diferença do desenvolvimento da análise do comportamento no Brasil, é importante ressaltar que a análise do comportamento foi introduzida no Brasil em 1961, com a vinda do professor estadunidense Fred S. Keller da Universidade de Columbia, nos Estados

Unidos da América (EUA), para a Universidade de São Paulo (Matos, 1998). Inicialmente os estudos realizados por ele e seus auxiliares tinham foco no ensino e pesquisa de experimentação de laboratório (Bellodi, 2011). Mas rapidamente, em 1969, surgiu em Campinas-SP a primeira Clínica do Comportamento, se propondo a estar enraizada na Ciência do Comportamento e a ser uma clínica comportamental operante (Guilhardi, 2012; Bellodi, 2011).

Um das primeiras diferenças entre o modelo brasileiro e o estadunidense é a história da prática da Modificação do Comportamento. Nos EUA, a prática da primeira onda inicia-se com mudanças comportamentais por meio das concepções teórico e experimentais de comportamento respondente e em seguida do operante, primordialmente em instituições. No Brasil, a Modificação do Comportamento representa o início da terapia comportamental brasileira e, curiosamente de forma contrária ao EUA, se iniciou da transposição do comportamento operante estudado em laboratório para o consultório e só depois se ampliou para instituições e indivíduos com desenvolvimento atípico (Guilhardi, 2012).

A primeira Clínica do Comportamento, localizada em Campinas, era composta por modificadores do comportamento – terapeutas – que eram basicamente psicólogos recém-formados, inexperientes na atuação clínica, com sólida formação em Análise do Comportamento, dentro do referencial operante, mas sem nenhuma noção do que era o Behaviorismo Radical. Tal clínica era única e não tinha equivalente nos EUA (Guilhardi, 2012). Ela foi criada por Luiz Otávio de Seixas Queiroz e seus alunos Hélio Guilhardi, Ana Teresa de Abreu Ramos, Maria Elisa Cardoso Guimarães, Erb Luís Lente Cruz e Ilka da Veiga Moroni (Batista, Ferrari, & Laloni, 2005; Guilhardi, 2003). Guilhardi (2012) afirma que o desenvolvimento da prática foi lento e árduo e, assim, muitos terapeutas comportamentais se “bandearam” para outras abordagens - o autor se refere a esse momento como uma busca de um caminho sem bússola e com suprimentos escassos.

Ainda segundo Guilhardi (2012), a terapia comportamental operante brasileira não assimilou a segunda onda (migração dos profissionais da modificação do comportamento para a TCC). Segundo o autor, os terapeutas brasileiros se beneficiaram dos avanços da TCC, “funcionando como poderosa influência para os analistas do comportamento buscarem em Skinner alternativa conceitual para incorporar a compreensão dos caminhos abertos pela TCC” (p. 9). O autor relata que houve um retorno aos conceitos até aquele momento adormecidos, tais como, controle do comportamento por regras e autorregras, considerando a TCC como uma operação motivadora que os levou a redescobrir o livro *Verbal Behavior* (1957) de Skinner. Assim a “segunda onda” brasileira se definiria pela retomada do estudo sistemático de Skinner,

basicamente a partir de leituras dos livros *Verbal Behavior* (1957), *Contingencies of Reinforcement* (1969) e *About Behaviorism* (1974).

Bellodi (2011) realizou uma pesquisa histórica por meio de entrevistas com terapeutas responsáveis pelo surgimento da terapia comportamental brasileira. Participaram da pesquisa os seguintes profissionais: Alice Maria C. Delitti (Maly Delitti), Diana Tosello Laloni, Hélio José Guilhardi, Fátima Cristina de Souza Conte, Maria Luisa Guedes, Miriam Marinotti, Jaíde Aparecida Gomes Regra, Regina Christina Wielenska, Roberto Alves Banaco, Sonia Beatriz Meyer, Vera Regina Lignelli Otero e Yara Kuperstein Ingberman. Em sua pesquisa, a autora constatou que o modelo de intervenção comportamental brasileiro foi sendo gradualmente construído pelos primeiros estudantes de análise do comportamento, sem que eles tivessem modelos de atuação ou experiência clínica. A ausência de modelo resultou na elaboração de modelos próprios de atuação pelos terapeutas precursores, mas dentro de um mesmo referencial teórico – a Análise do Comportamento. A partir dessa história já é possível constatar que a terapia comportamental clínica no Brasil seguiu um percurso diferente em relação ao desenvolvimento dos modelos terapêuticos estadunidenses.

No decorrer do desenvolvimento da prática clínica brasileira, diversas terminologias foram utilizadas para se referir a ela, tais como *psicoterapia comportamental*, *terapia comportamental* e *psicologia clínica comportamental* (Leonardi, 2016). No entanto, a quantidade de denominações diferentes resultava eventualmente em confusões com outras terapias, principalmente cognitivistas, que também se denominavam comportamentais (Tourinho & Cavalcante, 2001). Desta forma, em 2001, Tourinho e Cavalcante propuseram o uso do termo *Terapia analítico-comportamental* (TAC), que se tornou consenso entre terapeutas de diferentes regiões do Brasil como uma denominação adequada, uma vez que o termo atendia aos objetivos de demarcar a fundamentação na Análise do Comportamento e o afastamento de modelos que usam outros pressupostos, sobretudo, os cognitivistas (Tourinho & Cavalcante 2001; Costa, 2011).

Apesar disso, foram desenvolvidas no Brasil outras denominações para a prática clínica brasileira, são elas Terapia por Contingências de Reforçamento (Guilhardi, 2004), Terapia Molar e de Autoconhecimento (Marçal & Dutra, 2010) e a Psicoterapia Comportamental Pragmática (Medeiros, 2010). Costa (2011), ao realizar uma análise crítica quanto às semelhanças e diferenças desses modelos de terapia, discute que há mais semelhanças do que diferenças entre os modelos, e questiona se as diferenças justificariam a necessidade de denominações diferentes. A autora descreve que as práticas terapêuticas se definem pela fundamentação teórico-filosófica (visão de mundo e de homem que adotam) e todas essas

terapias são pautadas na Análise do Comportamento e no Behaviorismo Radical. Do ponto de vista de Costa (2011), essa variedade de nomenclatura pode ter um efeito desfavorecedor à área, como afirma:

A proposição de “novos modelos” terapêuticos baseados na ciência do comportamento pode produzir, dentre outras consequências, desarticulação e enfraquecimento deste grupo, além do risco de ocasionar uma aplicação fragmentada do corpo de conhecimento que a ciência fornece e que fundamenta as intervenções do analista do comportamento (p. 55).

Refletindo sobre os aspectos históricos da constituição da terapia comportamental brasileira e suas implicações, Moskorz, Kubo, Luca e Botomé (2012) afirmam que:

Desenvolvimento e História parecem precisar de uma integração muito bem feita para possibilitar entender o que foi feito e orientar os comportamentos futuros tanto para o trabalho de intervenção, para a pesquisa e para o desenvolvimento de novas gerações de analistas de comportamento. (p. 361)

No que se refere a ensino, Ulian (2007) destaca a relevância da sistematização mais detalhada do processo terapêutico analítico-comportamental como importante contribuição no âmbito de formação de terapeutas e, conseqüentemente, para um planejamento de contingências mais efetivas para ensino de jovens terapeutas. No que se refere à pesquisa, Leonardi e Meyer (2015) descrevem que no cenário internacional da Psicologia ocorreram constantes esforços na direção de preencher a lacuna entre ciência e prática ainda existente na psicologia clínica. Ao discutirem sobre a Prática Baseada em Evidências em Psicologia (American Psychological Association, 2006) – discutida mais à frente – foi destacada a importância da participação da terapia comportamental brasileira nesse movimento.

3. PRÁTICA DE PESQUISA CLÍNICA COMPORTAMENTAL

3.1. Pesquisa em Análise Aplicada do Comportamento

A Análise do Comportamento é uma área ampla da prática behaviorista, contendo três subáreas interligadas: o Behaviorismo Radical, a Análise Experimental do Comportamento e a Análise Aplicada do Comportamento (Tourinho, 1999). O Behaviorismo Radical se refere a filosofia da Ciência do Comportamento, a Análise Experimental do Comportamento é a subárea encarregada de conduzir a produção e validação de dados empíricos e, Análise Aplicada do Comportamento está no campo de intervenção planejada dos analistas do comportamento (Tourinho, 1999; Neto, 2002). Nesta última, estariam contempladas as práticas profissionais

mais tradicionalmente identificadas como psicológicas, como o trabalho na clínica, escola, saúde pública, organizações e onde mais houver comportamento a ser explicado e mudado (Neto, 2002).

No que se refere à produção científica analítico-comportamental, Tourinho (1999) descreve que as áreas de produção de conhecimentos podem estar no âmbito de trabalhos conceituais/filosóficos, pesquisas empíricas ou trabalhos de intervenção. Essas áreas são independentes, no entanto, inter-relacionadas, pois sempre têm relações umas com as outras, ou seja, não há trabalho conceitual que não se articule com programas de investigação empírica e com demandas relativas à solução de problemas humanos ou um modelo de intervenção de analítico-comportamental que não esteja fundamentado em conceitos/interpretações behavioristas radicais e em princípios derivados da investigação empírica do comportamento e assim por diante. O autor afirma que uma pesquisa pode se encaixar em algumas dessas categorias, mas também podem estar em áreas de intersecção que como num *continuum* ficam mais próximas de uma intersecção entre uma área ou outra. A pesquisa aplicada em Análise do Comportamento, estaria no âmbito de pesquisa de trabalhos de intervenção com intersecções com estas outras áreas a depender do problema, por exemplo, uma pesquisa de uma intervenção clínica com uma criança que não consegue manter conversas com colegas, testando se um procedimento de ensaio comportamental seria efetivo para essa queixa, estaria na intersecção entre pesquisa de intervenção e pesquisa empírica.

Os autores Baer et al. (1968) discutem que as diferenças entre pesquisa básica e aplicada não são diferenças entre aquilo que “descobre” e aquilo que simplesmente “aplica” o que já é conhecido, uma vez que, as duas atividades indagam o que controla o comportamento que está sendo estudado. Os mesmos autores também discutem sobre os critérios para que um estudo seja considerado uma pesquisa aplicada na Análise do Comportamento, que são: aplicado, comportamental, analítico, tecnológico, conceitualmente sistemático, eficaz e deve demonstrar certa generalidade.

O termo aplicado não é determinado pelos procedimentos de pesquisa utilizados, mas sim pela relevância social dos problemas que estão sendo estudados e o quão é imediatamente significativo para o sujeito em que participa da pesquisa. A dimensão comportamental refere-se a uma mensuração precisa dos eventos, o que implica em ter uma medida direta do comportamento e evitar medidas indiretas, como por exemplo, relato verbal. Um estudo analítico requer que o experimentador demonstre controle confiável suficiente para afirmar que um evento ou procedimento pode ser responsável pela ocorrência ou não de um dado comportamento e para demonstrar isso, os autores afirmam que existem pelo menos dois

delineamentos utilizados para demonstrar controle fidedigno de uma mudança comportamental importante, são eles, delineamento experimental de sujeito único de reversão e de linha de base múltipla; essa dimensão responde ao critério de fidedignidade do estudo, ou seja, se um determinado procedimento foi ou não responsável pela mudança comportamental correspondente. A dimensão tecnológica especifica que as técnicas que formam uma determinada aplicação comportamental devem estar completamente identificadas e descritas, de um modo que um leitor bem treinado conseguiria replicar o procedimento de forma a produzir os mesmos resultados, apenas através da leitura da descrição. A dimensão conceitual se refere à necessidade das descrições dos procedimentos serem precisamente tecnológicas e pertinentes aos princípios comportamentais. A dimensão eficaz explicita sobre a importância prática, especificamente o poder de alterar comportamentos o suficiente para tornar-se socialmente importante. Por fim, generalidade especifica se a mudança comportamental é generalizável, ou seja, se mostra durável através do tempo, aparece numa grande variedade de ambientes possíveis ou, se estende a uma grande variedade de comportamentos relacionados; os autores destacam que essa generalização deve ser programada e não simplesmente esperada (Baer et al., 1968).

Essas foram as diretrizes publicadas no *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) para publicações em análise aplicada do comportamento. São descrições sobre publicações exclusivamente na área comportamental, no entanto, a área de pesquisa em psicoterapia em geral tem tido outro tipo de exigência em termos de produção de evidência, que será discutida a seguir.

3.2. Contexto da Prática Baseada em Evidências no cenário internacional

A Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) é um conceito desenvolvido pela *American Psychological Association* (APA) e definido como o processo individualizado de tomada de decisão clínica que ocorre por meio da integração da melhor evidência disponível com a perícia clínica no contexto das características, cultura e preferências do cliente (American Psychological Association, 2006).

Esse conceito surgiu em meio a discussões controversas em torno do que deveria ser empiricamente validado na pesquisa em psicoterapia e em cenário de bastante preocupação com a lacuna ainda existente entre ciência e prática (ver Leonardi & Meyer, 2015). Deste modo, a APA instaurou, em 2005, uma força-tarefa composta por psicólogos de diferentes abordagens com o objetivo de delinear um paradigma que fosse representativo de diversas perspectivas teóricas, metodológicas, conceituais e práticas (American Psychological Association, 2006). A

partir disso, surgiu o conceito de PBEP definido como o processo individualizado de tomada de decisão clínica que ocorre por meio da integração da melhor evidência disponível com a perícia clínica do terapeuta no contexto das características, cultura valores do cliente (American Psychological Association, 2006). Essas características constituem os três componentes da definição da PBEP: evidências de pesquisa, repertório do clínico e características individuais do cliente. Todos os componentes possuem o mesmo grau de importância na determinação da melhor conduta para cada cliente (American Psychological Association, 2006).

A melhor evidência disponível refere-se a resultados científicos relacionados a estratégias de intervenção e avaliação de problemas clínicos, bem como, a resultados clinicamente relevantes de pesquisa básica em psicologia e áreas afins. As diretrizes da APA (2006) descrevem que geralmente as evidências derivadas de pesquisas clinicamente relevantes sobre práticas psicológicas devem ser baseadas em revisões sistemáticas, tamanhos de efeito razoáveis, significância estatística e clínica e um corpo de evidências de apoio. A validade das conclusões da pesquisa sobre intervenções baseia-se em uma progressão geral da observação clínica através de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, ao mesmo tempo em que reconhece lacunas e limitações na literatura existente e sua aplicabilidade ao caso específico (APA, 2002). É alertado sobre ser importante não presumir que intervenções que ainda não foram estudadas em estudos controlados são ineficazes. No entanto, as práticas psicológicas amplamente utilizadas, bem como as inovações desenvolvidas no campo ou no laboratório, devem ser rigorosamente avaliadas e as barreiras à condução dessa pesquisa devem ser identificadas e abordadas.

A perícia clínica engloba uma série de competências que promovem resultados terapêuticos positivos, essas competências incluem:

- a) realização de avaliações e desenvolvimento de julgamentos diagnósticos, formulações sistemáticas de casos e planos de tratamento; b) tomar decisões clínicas, implementar tratamentos e monitorar o progresso do paciente; c) possuir e utilizar conhecimentos interpessoais, incluindo a formação de alianças terapêuticas; d) continuar a refletir e adquirir habilidades profissionais; e) avaliar e usar evidências de pesquisa em ciências psicológicas básicas e aplicadas; f) compreender a influência das diferenças individuais, culturais e contextuais no tratamento; g) procura de recursos disponíveis (por exemplo, consulta, serviços adjuntos ou alternativos) conforme necessário; e h) ter uma justificativa convincente para estratégias clínicas. (APA, 2006, Clinical expertise, para. 2)

A especialidade se desenvolve a partir de treinamento clínico e científico, compreensão teórica, experiência, autorreflexão, conhecimento de pesquisas atuais e educação continuada e treinamento. A perícia clínica é utilizada para integrar as melhores evidências de pesquisa com

dados clínicos (por exemplo, informações sobre o paciente obtido durante o tratamento) no contexto das características e preferências do paciente para prestar serviços com alta probabilidade de alcançar os objetivos do tratamento. Além disso, os psicólogos entendem como suas próprias características, valores e contexto interagem com as do paciente.

Quanto ao terceiro e último componente características, valores e contexto dos pacientes, as diretrizes descrevem que os serviços psicológicos são mais eficazes quando respondem a problemas específicos do paciente, forças, personalidade, contexto sociocultural e preferências. Muitas características dos pacientes, como estado funcional, prontidão para mudar e nível de suporte social, são relacionadas aos resultados terapêuticos. Outras características importantes do paciente a serem consideradas na formação e manutenção de uma relação de tratamento e na implementação de intervenções específicas incluem:

a) variações na apresentação de problemas ou distúrbios, etiologia, sintomas ou síndromes concomitantes e comportamento; b) idade cronológica, estado de desenvolvimento, história do desenvolvimento e estágio da vida; c) fatores socioculturais e familiares (por exemplo, gênero, identidade de gênero, etnia, raça, classe social, religião, status de incapacidade, estrutura familiar e orientação sexual); d) contexto ambiental (por exemplo, racismo institucional, disparidades nos serviços de saúde) e estressores (por exemplo, desemprego, grandes eventos da vida); e e) preferências pessoais, valores e preferências relacionadas ao tratamento (por exemplo, metas, crenças, visões de mundo e expectativas de tratamento). (APA, 2006, Patient's characteristics, values, and context, para. 2)

Alguns tratamentos eficazes envolvem intervenções direcionadas a outras pessoas no ambiente do paciente, como pais, professores e cuidadores. Um objetivo central da PBEP é maximizar a escolha do paciente entre intervenções alternativas eficazes.

Leonardi e Meyer (2015) apontam que, embora a PBEP venha sendo amplamente defendida entre pesquisadores e profissionais da psicologia, ela apresenta uma importante limitação sobre suas publicações, eles afirmam que a grande maioria delas (e.g., Goodheart et al., 2006; Norcross, Beutler, & Levant, 2006) focam-se principalmente no modelo conceitual de PBEP e nas diversas controvérsias que circundam o tema, em detrimento do ensino das habilidades necessárias para a aplicação da PBEP no contexto da prestação de serviços. Os autores afirmam, contudo, que, ainda que tenha limitações, a PBEP está no centro das atenções do cenário internacional da Psicologia e constantes esforços têm sido feitos em sua direção por pesquisadores e profissionais com o intuito de preencher a lacuna entre ciência e prática ainda existente na psicologia clínica e incentivam a participação da psicologia brasileira nesse movimento (Leonardi & Meyer, 2015).

3.3. Contexto da Prática Baseada em Evidências na clínica comportamental brasileira

No contexto nacional, Leonardi (2016) realizou na sua tese de doutorado uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar a produção de evidências empíricas da terapia analítico-comportamental (TAC) e da psicoterapia analítica funcional (FAP), na literatura nacional e internacional, de modo a complementar as revisões sistemáticas já realizadas sobre outras modalidades de análise do comportamento clínica. O autor realizou uma vasta busca da literatura nacional a fim de analisar criticamente a qualidade dos métodos empregados nas pesquisas, bem como, as evidências empíricas de sua eficácia. Ele analisou 54 trabalhos, sendo 19 artigos, 25 capítulos de Sobre Comportamento e Cognição, um capítulo de Comportamento em Foco, oito dissertações de mestrado e uma tese de doutorado. Essas publicações totalizaram em 72 relatos de terapia individual fundamentada na análise do comportamento realizada exclusivamente no ambiente de consultório com clientes adultos verbalmente competentes. Os dados extraídos de cada um dos 72 casos foram analisados em termos de: denominação dada à terapia, idade, gênero e diagnóstico dos clientes, método de pesquisa, número de sessões, avaliação da fidelidade ao procedimento, apresentação de análise de contingências, alvos da intervenção, procedimentos utilizados, eficácia, medidas de resultado e follow-up.

Os resultados do autor demonstraram que a TAC e a FAP carecem de evidências empíricas que comprovem ou rejeitem sua eficácia, tanto pela quantidade quanto pela qualidade dos trabalhos. O autor identificou que a maior parte da amostra era formada por relatos de caso e careciam de estudos experimentais. Além disso, a maioria dos procedimentos de intervenção dos trabalhos analisados não foi descrita de forma que um leitor treinado em terapia comportamental fosse capaz de replicá-los em uma pesquisa ou reproduzi-los em sua prática (Leonardi, 2016).

A partir dos seus dados, Leonardi (2016) apresenta três opções aos terapeutas brasileiros, a saber: (1) utilizar a teoria da análise do comportamento como meio de se apropriarem das evidências de eficácia dos procedimentos de terapias empiricamente sustentadas; (2) adotar um dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica que já tiveram sua eficácia empiricamente comprovada; ou (3) desenvolver um manual de TAC a fim de identificar suas características definidoras para, então, testá-la empiricamente em pesquisas experimentais.

Este trabalho vem em favor da terceira opção sugerida pelo autor, pois visa contribuir com a clarificação da definição da TAC a fim de aproximar-se de uma sistematização,

auxiliando estudos futuros que visem o desenvolvimento de um manual da TAC, tornando-se então possível que testes empíricos em pesquisas experimentais de sua eficácia sejam exequíveis.

Ainda sobre PBEP, Horner e Kratochwill (2012) descrevem que o ponto principal é que qualquer esforço para definir uma prática como "baseada em evidências" deve começar com uma definição rigorosa da prática. Descrevem ainda que, práticas que são definidas ambigualmente não podem ser documentadas como baseadas em evidências. Deste modo, é necessária uma descrição rigorosa da prática para que, então, esses critérios operacionais sejam aplicados à pesquisa que está sendo conduzida, por exemplo, ensaios clínicos randomizados e/ou investigações de projeto de caso único). Na busca de Leonardi (2016), o autor identificou que a TAC carece de evidências que rejeitem ou comprovem a sua eficácia ao analisar as intervenções descritas na literatura, uma vez que, aquele que pratica a TAC hoje no país a descreve de alguma forma, uma maneira de contribuir para sua definição seria por meio do questionamento: como tem sido descrita a TAC por aqueles que a praticam?

A partir disso, um primeiro desafio foi como organizar os dados das descrições dessa prática a fim de analisá-las e compreendê-las em conjunto. Para tal, utilizou-se como inspiração a pesquisa realizada por Assaz (no prelo). Ao realizar um estudo bibliográfico exploratório sobre o conceito de "desfusão cognitiva" o autor analisou o tema em termos de resultados, procedimentos e processos (Lopes, 2008; Millenson, 1967/1975) na literatura da ACT. Assaz (no prelo) cita que, se fosse possível congelar o fluxo de comportamento de um organismo, seria possível observar uma tendência de seu comportamento (estado); nesse momento, é possível manipular eventos ambientais (procedimento); tal manipulação produz alterações nas relações funcionais entre o organismo e o ambiente (processo); e, ao final do processo, atinge-se um novo estado comportamental (resultado). Essa forma de classificação de um fenômeno comportamental é uma prática completamente consonante com a análise comportamental. Millenson (1967/1975) em seu livro "Princípios de Análise do Comportamento" afirma que "todo paradigma comportamental constituirá de um Dado, um Procedimento, um Processo e um Resultado" (p. 56). Uma vez utilizada essas categorias para a análise do conceito, Assaz (no prelo) encontrou que o termo "desfusão cognitiva" era usado ora como processo, ora como procedimento e ora como resultado. Esse desalinhamento pode dificultar a produção de pesquisa uma vez que, por exemplo, desfusão pode ser variável independente (VI) quando está colocada como procedimento e como variável dependente (VD) quando colocada como resultado. A clarificação do contexto em que o termo é utilizado pode facilitar compreensão e interpretação dos dados. Uma vez que essa forma de classificar um conceito mostrou-se interessante para

analisar essas diferenças nos textos sobre desfunção cognitiva e que, qualquer paradigma comportamental se constitui de um dado, processo, procedimento e resultado (Millenson, 1967/1975), é questionado se seria interessante observar se a TAC se utiliza desses aspectos para descrever sua atuação e caso sim, em termos de quais procedimentos, processos e resultados.

A partir disso este trabalho tem como objetivo responder as seguintes perguntas (1) quais definições de Terapia Analítico-Comportamental estão sendo utilizadas pelos autores de textos empíricos brasileiros? (2) as definições apresentadas contemplam as descrições de procedimento, processo, resultado e pressupostos? (3) em caso positivo, por meio de quais procedimentos, processos, resultados e pressupostos a terapia é descrita?

Assim, as perguntas descritas foram respondidas por meio dos seguintes passos: (1) atualização da revisão integrativa da literatura de pesquisas empíricas em TAC realizada por Leonardi (2016); (2) leitura e levantamento das definições à TAC dada pelos autores nas introduções da literatura empírica levantada; (3) categorização das definições; e (4) análise crítica das definições dadas pelos autores. Esses passos serão descritos de forma detalhada, na seção de método.

4. MÉTODO

4.1. Considerações metodológicas

Considerando a afirmação de Horner e Kratochwill (2012) de que o ponto principal de qualquer esforço para definir uma prática como “baseada em evidências” é começar com uma definição rigorosa da prática, e de que as práticas que são ambigualmente definidas não podem ser documentadas como baseadas em evidências, considera-se preliminarmente importante um levantamento da literatura que esclareça, da forma mais precisa possível, os pontos principais que definem a TAC.

Como um primeiro passo para contribuir com a precisão da definição da TAC, no presente estudo foram analisadas as definições de TAC realizadas pelos autores de textos empíricos por meio dos seguintes passos: (1) atualização da revisão integrativa da literatura de pesquisas empíricas em TAC realizada por Leonardi (2016); (2) leitura e levantamento das definições à TAC dada pelos autores nas introduções da literatura empírica levantada; (3) categorização das definições; e (4) análise crítica das definições dadas pelos autores.

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa teórica, deste modo foi desenvolvido a partir de uma série de decisões metodológicas, as quais serão descritas a seguir.

4.1.1. Escolha do método de levantamento e análise de dados

O método escolhido para o levantamento e análise de dados, foi a revisão integrativa da literatura. Essa revisão é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões quando comparada aos outros métodos, que são mais frequentemente utilizados na PBEP para áreas da saúde, tais como metanálise e revisão sistemática (Souza, Silva, & Carvalho, 2010). Ela é considerada mais ampla por combinar dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos, como revisão de teorias e evidências, análise de problemas metodológicos de um tópico particular e definição de conceitos. A principal finalidade deste método é, de maneira sistemática e ordenada, reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

O processo de elaboração da revisão integrativa é constituído de cinco passos, a saber: (1) formulação do problema de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) extração de dados; (4) análise dos dados; e (5) interpretação dos resultados. (Mendes et al., 2008; Souza et al., 2010).

A fase mais importante da revisão é a de elaboração de pergunta, visto que determina quais serão os estudos incluídos e as informações que serão coletadas. A segunda fase, de busca

ou amostragem na literatura, é diretamente relacionada à anterior, uma vez que a abrangência do assunto a ser estudado determina o procedimento de amostragem. Os critérios de amostragem precisam garantir a representatividade da amostra e está diretamente relacionada à validade interna do estudo (Mendes et al., 2008; Souza et al., 2010). A extração de dados é análoga à etapa de coleta de dados de uma pesquisa experimental convencional e consiste na definição dos dados que serão extraídos dos estudos selecionados e na extração dos dados. Ela tem por objetivo organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados (Mendes et al., 2008; Souza et al., 2010). A análise crítica dos estudos incluídos na revisão também é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa experimental convencional. Esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. No caso de avaliação de estudos empíricos, nessa fase o pesquisador irá apurar e averiguar a validade dos métodos e resultados dos estudos (Mendes et al., 2008; Souza et al., 2010). Na etapa de discussão de resultados é realizada a síntese e interpretação dos resultados, articulando os dados encontrados nos estudos ao referencial teórico que embasa a pesquisa. Nesta etapa é possível identificar possíveis lacunas do conhecimento e propor estudos futuros. Nesta fase também é importante salientar conclusões e inferências, bem como explicitar os possíveis vieses (Souza et al., 2010).

A fase de apresentação da revisão integrativa deve ser clara e completa, de forma que permita ao leitor avaliar criticamente os resultados encontrados. Nela é necessário que estejam presentes informações pertinentes e detalhadas, sem a omissão de qualquer evidência relacionada (Souza et al., 2010).

Neste trabalho foi atualizada a revisão integrativa realizada por Leonardi (2016) com algumas modificações as quais visam buscar a literatura pertinente ao presente trabalho. Como citado na introdução, o autor visou identificar, organizar, sumarizar e avaliar criticamente a produção de evidências empíricas acerca da eficácia da TAC (e da FAP) por meio de bases de dados globais que indexam trabalhos relativos à psicologia geral e a outras ciências da saúde e fontes específicas da análise do comportamento. Embora o presente trabalho não tenha os mesmos objetivos do trabalho do autor, a literatura levantada por ele e a atualização desta revisão foi importante para responder aos objetivos desta pesquisa. A atualização da literatura já levantada economiza tempo de coleta e proporciona usufruto de dados já levantados para resposta de outras perguntas de pesquisa pertinentes a mesma literatura.

4.1.2. Formulação do problema de pesquisa

Esse trabalho buscou examinar as definições da Terapia Analítico-Comportamental descritas por autores de pesquisas empíricas. Para tal, foram lidas as introduções de textos empíricos e selecionados os trechos que definem a TAC. Os critérios para seleção dos trechos serão discutidos na sessão “extração dos dados”.

A partir das definições selecionadas, o trabalho buscou responder as seguintes perguntas:

- (1) Quais definições de Terapia Analítico-Comportamental estão sendo utilizadas pelos autores de textos empíricos brasileiros?
- (2) As definições apresentadas contemplam as descrições de procedimento, processo, resultado e pressupostos?
- (3) Em caso positivo, por meio de quais procedimentos, processos, resultados e pressupostos a terapia é descrita?

4.1.3. Busca na literatura

O levantamento da pesquisa de Leonardi (2016) foi realizada até a data de 01/10/2014. Esse trabalho atualizou de maneira sistemática os passos descritos pelo autor até o dia 22/11/2017, no entanto, com uma seleção de bases focadas para a literatura brasileira.

Foram utilizadas as bases de dados utilizadas por Leonardi (2016), nas quais se concentram a literatura nacional. A busca foi composta por bases de dados globais que indexam trabalhos relativos à psicologia geral e a outras ciências da saúde, além de fontes específicas da análise do comportamento.

Bases de dados globais

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): reúne uma coleção de revistas científicas em Psicologia e áreas afins. É fruto da parceria entre a Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia (BVS-Psi) e a Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia – ABECiP. Para a estruturação desta coleção o Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPsic) conta com a parceria do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde - BIREME, que cedeu a metodologia - *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) - modelo de publicação eletrônica de periódicos para países em desenvolvimento.

Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (BDTD/IBICT): indexa mais de 63.000 teses e 170.000 dissertações de mestrado defendidas nas instituições brasileiras de ensino e pesquisa.

Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (BDTD/CAPES): reúne teses e dissertações defendidas no Brasil desde 1987.

Bibliotecas digitais de teses e dissertações das universidades que possuem programas de pós-graduação em análise do comportamento ou com linha de pesquisa na área (identificados por meio do Banco de Dados de Dissertações e Teses em Análise do Comportamento no Brasil, vide adiante). São elas: Instituto Presbiteriano Mackenzie, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Universidade Católica de Brasília (UCB), Universidade de Brasília (UnB), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Universidade Federal do Pará (UFPA) e Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Bases de dados de análise do comportamento

Comportamento em Foco: uma coleção de seis livros disponibilizados de forma digital referente aos principais trabalhos apresentados nos Encontros Brasileiros de Psicologia e Medicina Comportamental (promovido pela Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental), o maior e mais importante congresso brasileiro da área.

Bases excluídas da revisão

Foram excluídas da busca as bases internacionais *PsycINFO*, *PubMed*, *Web of Knowledge*, *PSICODOC*, *Scopus ProQuest* e *Cochrane Library* por se tratarem de bases internacionais, o que não corresponde com os objetivos deste trabalho.

Também foram excluídas da atualização as bases: coleção Sobre Comportamento e Cognição e o Banco de Dados de Dissertações e Teses em Análise do Comportamento no Brasil (BDTAC/BR). Os bancos foram excluídos por já terem sido incluídos na revisão de Leonardi (2016), e em decorrência de as publicações terem sido finalizadas em 2008 e 2007, respectivamente, não se mostra necessária a atualização, pois não foram realizadas novas publicações nessas bases de dados.

Estratégias de busca

Leonardi (2016) utilizou diferentes estratégias de busca para cada uma das bases de dados, a depender dos campos disponíveis para pesquisa e de sua especificidade (i.e., global ou de análise do comportamento). Como o objetivo deste trabalho foi buscar literatura nacional, foram utilizadas somente palavras de busca em português citadas pelo autor, além de terem sido retiradas as palavras relacionadas a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), uma vez que esse modelo de psicoterapia não se relaciona com o objetivo do presente trabalho.

Nas bases de dados globais, os termos buscados foram os termos em português: “terapia analítico-comportamental”, “clínica analítico-comportamental”, “terapia por contingências de reforçamento”, “terapia comportamental” X “behaviorismo radical”, “psicoterapia” X “behaviorismo radical” e “psicologia clínica” X “behaviorismo radical”. Para bases as bases BDTD/IBICT e das bibliotecas digitais da PUC-SP, UNICAMP, UEL, UFG, UFMG, UFPR e BDTD CAPES a expressão “terapia comportamental” foi buscada sem nenhum cruzamento. Foram retirados da busca os termos em inglês selecionados pelo autor (cf. Leonardi, 2016).

Nas bases de dados específicas da análise do comportamento, duas diferentes estratégias de busca foram empregadas pelo autor e reproduzidas nesse trabalho. A busca das teses e dissertações no BDTAC/BR ocorreu por meio da opção filtro, que permite buscar as células que contêm a palavra digitada. Para a busca das teses e dissertações, o filtro foi aplicado às colunas título e resumo, e as seguintes palavras foram buscadas: atendimento, caso, cliente, paciente, intervenção, intervenções, psicoterapeuta, psicoterapia, psicoterápica, psicoterápico, clínica, clínico, sessão, sessões, terapeuta, terapêutica, terapêutico, terapia, tratamento e “relato de experiência”. Quanto à coleção Comportamento em Foco, os títulos de todos os capítulos foram lidos e aqueles que continham as palavras de busca mencionadas foram selecionados.

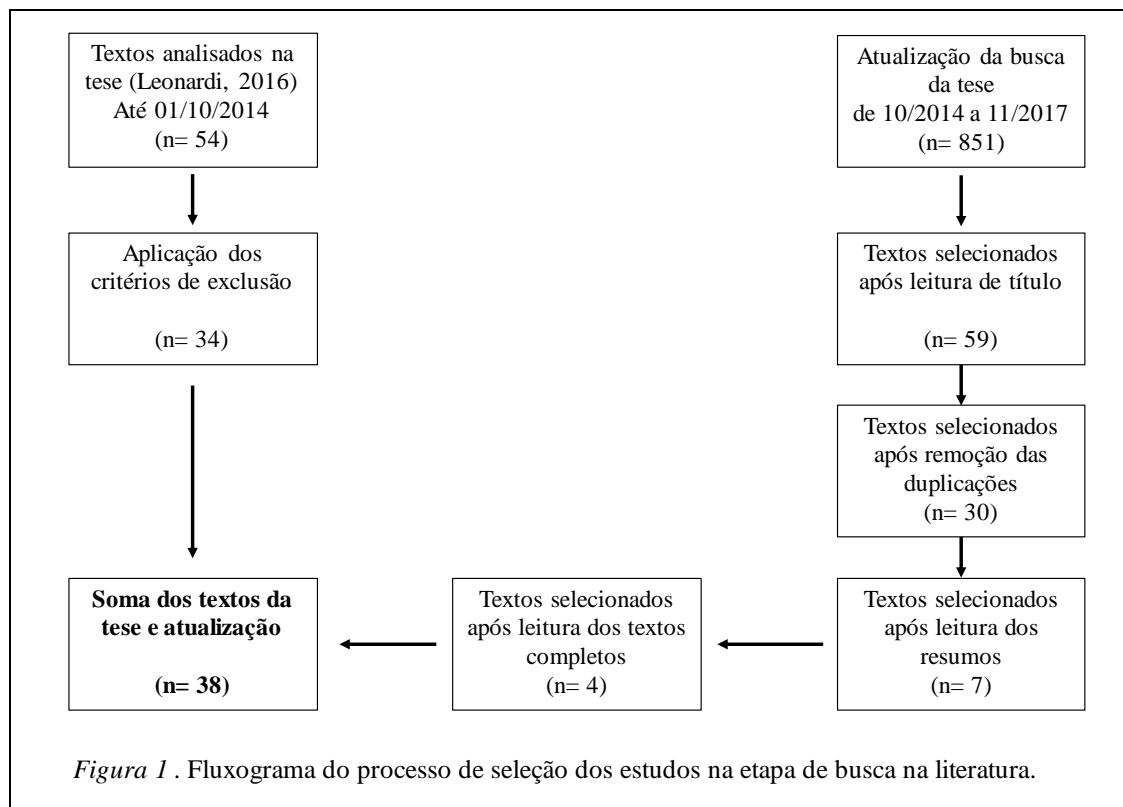
Crítérios de inclusão e exclusão da busca na literatura

Foram utilizados os mesmos critérios de inclusão de Leonardi (2016) e posteriormente foi aplicado o critério de exclusão relacionado às pesquisas de FAP. Os critérios de inclusão do autor e da presente pesquisa foram: ser relato de caso, experimento de caso único ou pesquisa de grupo que descreva os resultados obtidos num processo de terapia individual; ter participantes com desenvolvimento típico e idade igual ou superior a 18 anos; ter ocorrido exclusivamente no ambiente de consultório; ser fundamentado no behaviorismo radical e utilizar conceitos da análise do comportamento na descrição do processo terapêutico. Dessa forma, foram excluídos: trabalhos não empíricos; pesquisas clínicas que não apresentam dados relativos à eficácia da intervenção; estudos com participantes menores de 18 anos ou com

desenvolvimento atípico (e.g., autismo); intervenções nas quais os clientes eram um casal ou um grupo; intervenções que envolveram qualquer intervenção em ambiente extraconsultório (i.e., hospital, residência, etc.); estudos que deixavam dúvidas quanto a sua vinculação com a abordagem analítico-comportamental; pesquisas que utilizaram a TAC ou a FAP apenas como uma intervenção adjunta a outras formas de terapia. O autor também excluiu trabalhos sobre ACT, DBT e BA, por essas modalidades de terapia já terem sido analisadas em meta-análises recentemente e, portanto, não estarem de acordo com os objetivos do estudo. Essas modalidades também foram excluídas nesse trabalho por não se tratarem do modelo brasileiro de terapia analítico-comportamental. Outro critério utilizado pelo autor e mantido nesta atualização é que, nos casos em que uma tese de doutorado ou dissertação de mestrado tenha sido publicada em formato de artigo, foi selecionada apenas a versão publicada. Isso ocorreu em uma ocasião: a dissertação de mestrado de Silva (2012) publicada como Silva e Silveira (2017).

Após a aplicação dos critérios de inclusão acima citados, foram excluídos os estudos que tinham como principal intervenção a FAP, a qual era objeto de análise do estudo anterior, mas não se enquadra nos objetivos de análise do presente estudo.

Na Figura 1 são apresentados os dados da atualização da busca, bem como o número final de textos (n=38) selecionados para análise no presente estudo.



4.1.4. Extração dos dados

O levantamento da definição da TAC foi efetuado por meio das citações realizadas nas introduções dos textos empíricos. Esta decisão metodológica foi tomada por entender que, para compreender a definição da TAC, seria importante selecionar a literatura utilizada pelos pesquisadores empíricos quando definem essa prática em seus estudos, ou seja, em qual literatura teórica se embasam os pesquisadores empíricos.

A análise da introdução dos estudos também foi escolhida porque é a parte das publicações em que o autor informa o que foi pesquisado e o porquê da investigação. É também onde procura-se mostrar que a pesquisa está apoiada em bases sólidas, assim, na introdução se faz a ligação do estudo com a literatura pertinente. Nela são colocadas informações, tais como o que se sabia sobre o assunto no início da investigação, o que não se sabia sobre o assunto e motivou a investigação, e para abordar esses pontos um processo de escolha de trabalhos a citar é realizado (Pereira, 2012).

É importante destacar que os textos selecionados numa introdução provêm de uma seleção arbitrária, pois não há lugar para revisão extensiva sobre o que foi publicado sobre o assunto por não se tratar de artigo de revisão. No entanto, espera-se que as referências citadas sejam as consideradas pelos pesquisadores como as mais relevantes da área. Para evitar vieses pessoais de um pesquisador específico e para que a soma dos textos citados selecionados seja considerada representativa e menos enviesada, o presente trabalho buscou utilizar uma parcela significativa da literatura empírica publicada na área, representando a escolha de textos do grupo de pesquisadores empíricos da área e não de um autor específico.

4.1.5. Análise das introduções das publicações de pesquisas empíricas

A análise foi realizada com base na estrutura das introduções dos estudos empíricos, buscando encontrar como a TAC é definida por esses autores por meio da leitura de suas citações.

Capítulos de livros e artigos

Com base na atualização da revisão sistemática realizada por Leonardi (2016), foram lidas as introduções na íntegra, e numa planilha de *Excel* foram colocadas todas as referências citadas em cada estudo, assim como o(s) trecho(s) citado(s) pelo(s) autor(es).

Após a listagem dos temas citados pelos autores em suas introduções, foram selecionadas as citações as quais referiam-se à definição da TAC.

Dissertações de mestrado e teses de doutorado

Diferentemente da forma utilizada para a busca dos artigos e capítulos de livros, as quais as introduções foram lidas na íntegra e listadas todas as referências citadas, no caso das dissertações e teses, foram procuradas e selecionadas diretamente as citações as quais referiam-se à definição da TAC. Deste modo, não foi realizada uma lista de todas as referências das introduções, mas sim, das citações relacionadas à definição da TAC.

Nas teses e dissertações que tinham suas introduções separadas por capítulos, foram selecionados para leitura somente os capítulos os quais referiam-se especificamente à terapia analítico-comportamental ou tratamentos (e.g., terapia analítico-comportamental: pesquisa e aplicação; fobia social: tratamento) e não lidos aqueles que claramente se tratavam de outros temas, como por exemplo, a definição de uma psicopatologia específica (e.g., fobia social: diagnóstico, epidemiologia e etiologia). Para as teses e dissertações cuja introdução não foi dividida em capítulos ou o assunto da terapia analítico-comportamental não tinha um capítulo específico e/ou claro, as introduções foram lidas na íntegra.

Crítérios de inclusão e exclusão dos trechos

Foram incluídas na categoria de análise de definição trechos que se referiam a “terapia analítico-comportamental” seguidos pelos conectores ou expressões: “é”, “sugere”, “se baseia”, “advém” ou “foi iniciada”. Além disso, foram incluídos trechos que descrevem a que a terapia se propõe, tais como, “tem o objetivo de”, “propõe-se à”, “busca”, “produz” e outros sinônimos que têm a mesma função. Uma vez que aquele que realiza a terapia é o terapeuta, também foram incluídas descrições de respostas as quais os terapeutas comportamentais emitem ou devem emitir como, por exemplo, “o terapeuta...” “realiza”, “descreve”, “intervém”, “deve”, “faz”, assim como os resultados das respostas desses, como “promove”, “produz”, “torna”.

Foram excluídos trechos que não se enquadraram nos critérios de inclusão, tais como: descrições de terapias não analítico-comportamentais descritas com fins de comparação (e.g., cognitivo comportamentais); conceitos básicos da análise do comportamento explicados sem estarem vinculados diretamente às definições da terapia (e.g., descrição de regras ou autorregras, reforçamento positivo); descrição de pressupostos filosóficos sem estarem vinculados à definição da terapia por meio dos conectores ou expressões citados nos critérios de inclusão.

Após o levantamento geral de todas as referências citadas, as definições foram classificadas de acordo com as categorias: definição por procedimento, definição por processo,

definição por resultado e definição por pressupostos (teórico, filosófico e científico). Abaixo são apresentadas cada uma das categorias:

Definição por procedimento

Essa categoria foi dividida em duas subcategorias: procedimento padronizado e respostas inespecíficas do terapeuta.

Procedimento padronizado: procedimento é uma descrição sucinta sobre aquilo que é feito (Millenson, 1967/1975), mais especificamente sobre a terapia. Procedimentos são aquelas ações realizadas pelo terapeuta no contexto clínico que podem ou não incluir técnicas (Del Prette, 2012). Técnicas são sistematizações de intervenções as quais tem por objetivo determinados resultados diante de situações específicas, de modo que podem ser treinadas ou aplicadas por várias pessoas quando descritas com precisão (Del Prette, 2012; Banaco, 1999/2001). Na categoria de procedimento padronizado, foram incluídas definições que utilizaram procedimentos descritos na literatura comportamental (e.g., modelagem, fading in ou fading out, treino discriminativo) e técnicas padronizadas (dessensibilização sistemática, exposição com prevenção de resposta). Respostas mais gerais ou inespecíficas do terapeuta, foram consideradas em uma subcategoria que será descrita a seguir. Por fim, pode-se compreender que os trechos dessa categoria foram definições que salientam a variável independente (VI).

Resposta inespecífica do terapeuta: essa subcategoria foi criada para abarcar definições da terapia as quais salientavam o procedimento (VI), no entanto eram respostas do terapeuta descritas de forma pouco precisa e/ou pouco específicas, que não se configuram como procedimentos ou técnicas (e.g., terapeuta atenta-se, auxilia, hipotetiza).

Definição por processo

Processo é o que acontece no tempo com os aspectos significativos do comportamento, à medida que ocorrem mudanças no ambiente (Millenson, 1967/1975), deste modo, estamos falando da interação. Quando falamos de processos comportamentais estamos falando de contingências, tais como *reforçamento, discriminação, generalização e abstração*.

Definição por resultado

Nesta categoria foram consideradas as definições referentes ao resultado, considerando-se resultado como o estado final do processo (Millenson, 1967/1975) ou o estado final de um

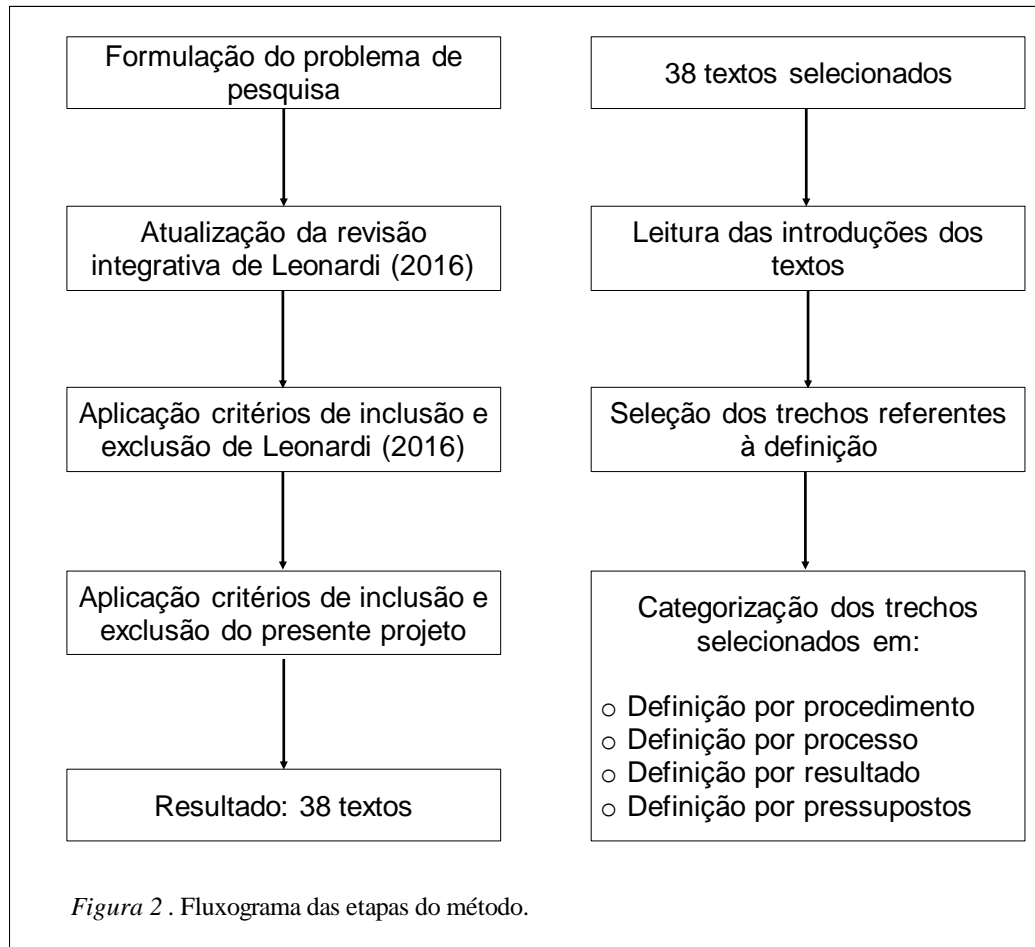
procedimento ou técnica. Assim, nesta categoria observa-se definições que falam sobre variável dependente (VD).

É importante destacar que alguns conceitos analítico-comportamentais são utilizados ora como procedimento, ora como processo e ora como resultado. Por exemplo, “extinção” é utilizado para descrever tanto um procedimento (e.g., suspensão do reforço do responder) quanto um processo (e.g., um declínio gradual um tanto irregular da taxa de resposta marcado por aumentos progressivos na frequência de resposta, variabilidade da topografia e da magnitude da resposta e uma ruptura gradual dos elos ordenados que constituíam o comportamento fortalecido) quanto um resultado (e.g., redução do responder próximos a estados de nível operante) (Millenson 1967/1975; Catania, 2007). “Reforçamento” apresenta problema semelhante.

Definição por pressupostos

O pressuposto filosófico que embasa qualquer prática analítico-comportamental é (ou deveria ser) o Behaviorismo Radical (Skinner, 1904/1990). Este se refere à filosofia da Ciência do Comportamento. Já a análise Experimental do Comportamento é a subárea encarregada de conduzir a produção e validação de dados empíricos e, a análise do comportamento, representa um arcabouço de pressupostos teóricos (Tourinho, 1999; Neto, 2002). Deste modo, definições da TAC as quais sua principal característica definidora seja o pressuposto filosófico, teórico e/ou científico, serão parte dessa categoria (e.g., a terapia analítico-comportamental é uma terapia embasada no Behaviorismo Radical e na análise experimental do comportamento”).

Abaixo encontra-se um fluxograma das etapas do método do presente trabalho (Figura 2), nele são apresentados por meio de imagem de forma resumida os passos descritos na sessão de método.



Por fim, destaca-se que pela natureza teórica da presente pesquisa, a categorização dos trechos selecionados dependeu fortemente da interpretação da pesquisadora acerca das descrições apresentadas nas introduções dos textos analisados. Assim, vale ressaltar que diferentemente do que acontece com muitas pesquisas empíricas, a descrição de procedimentos metodológicos em pesquisa teórica-conceitual não tem a função de garantir reprodução dos resultados e sim, “de mostrar *a maneira* como a proposta de interpretação foi construída, o itinerário interpretativo, abrindo a possibilidade de críticas que apontem falhas nesse processo, que, se corrigidas, culminariam em uma interpretação alternativa” (Laurenti, Lopes, & Araujo, 2016, p. 55). Para diminuir os inevitáveis vieses, as categorizações dos trechos foram debatidas com um segundo pesquisador, um psicólogo com mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento. Os debates foram realizados até que houvesse concordância entre os pares em todas as categorias. Apesar dos vieses, espera-se que as descrições das decisões metodológicas apresentadas sejam suficientemente claras para que o raciocínio científico da pesquisadora fique nítido para os leitores da presente pesquisa.

5. RESULTADOS

O presente trabalho buscou examinar as definições da terapia analítico-comportamental descritas por autores de pesquisas empíricas. Para tal, foram lidas as introduções de textos empíricos e selecionados trechos que definem a TAC foram selecionados. A partir da seleção feita, o trabalho buscou responder as seguintes perguntas: quais definições de terapia analítico-comportamental estão sendo utilizadas pelos autores de textos empíricos brasileiros? As definições apresentadas contemplam as descrições de procedimento, processo, resultado e pressupostos? Caso sim, por meio de quais procedimentos, processos, resultados e pressupostos a terapia é descrita?

Para responder as perguntas, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, que resultaram na seleção de 38 textos que tiveram suas introduções analisadas. Após a leitura, os textos 22, 24 e 25 (ver Tabela 1) foram excluídos da seleção de análise, pois não apresentavam introduções e começavam diretamente com a descrição do caso, sem detalhamento inicial da definição e características da terapia. Desta forma, restaram 35 textos para análise e, dentre estes, 11 não apresentavam em suas introduções uma definição do que é a terapia analítico-comportamental, sendo eles os textos: 7, 8, 11, 12, 14, 15, 18, 20, 28, 30 e 31 (ver Tabela 1). Deste modo, ao serem lidas as introduções na íntegra, foram realmente analisados, para os fins do presente trabalho, 24 (vinte e quatro) introduções. A Tabela 1 apresenta a lista de textos selecionados, bem como a sinalização se há ou não definição da terapia analítico-comportamental presente na introdução do texto.

Tabela 1

Lista de Referências Encontradas e Sinalização se há ou não Definição de TAC em sua Introdução

Nº	Referência	Definição
01	Arruda, M. C. C. & de-Farias, A. K. C. R. (2009). Multideterminação de uma disfunção sexual: Um breve estudo de caso. Em R. C. Wielenska (Org.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 24. Desafios, soluções e questionamentos</i> (pp. 183-188). Santo André: Esetec.	Sim
02	Barbosa, C. (2005). Uma prática clínica voltada prioritariamente à normalidade. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 15. Expondo a variabilidade</i> (pp. 157- 168). Santo André: Esetec.	Sim

Nº	Referência	Definição
03	Batista, M. P. S. & Ribeiro, M. R. (2008). Comportamento governado por regras e resistência às mudanças: Um estudo de caso. Em W. C. M. P. Silva (Org.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 21. Análise comportamental aplicada</i> (pp. 121-134). Santo André: Esetec.	Sim
04	Beckert, M. E. (2006). A partir da queixa, o que fazer? Correspondência verbal-não-verbal: Um desafio para o terapeuta. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, M. C. Scoz & C. Amorim (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 7. Expondo a variabilidade</i> (pp. 186-194). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 2001)	Sim
05	Bernardes, L. A. (2014). Automonitoramento como fonte de avaliação para atendimento de paciente com sobrepeso. Em C. Vichi, E. Huziwara, H. Sadi & L. Postalli (Orgs.), <i>Comportamento em Foco: Vol. 3.</i> (pp. 179-188). São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental.	Sim
06	Borges, N. B. (2010). Discutindo o atentar como comportamento precorrente na clínica analítico-comportamental: Estendendo a avaliação funcional. Em M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. Cillo, P. B. Faleiros & P. Piazzon (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 27. Terapia comportamental e cognitiva</i> (pp. 367-378). Santo André: Esetec.	Sim
07	Brandão, M. Z. S., Menezes, C. C., Jacovozzi, F. M., Simomura, J., Bitencourt, L., Rocha R. C. A. & Santana, M. G. (2006). Comportamento de esquiva no contexto clínico. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 18. Expondo a variabilidade</i> (pp. 509-513). Santo André: Esetec.	Não
08	Bueno, G. N. (2009). Quando as obsessões-compulsões interditam a vida: A intervenção pelas estratégias comportamentais. Em R. C. Wielenska (Org.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 23. Desafios, soluções e questionamentos</i> (pp. 346-360). Santo André: Esetec.	Não
09	Chamati, A. B. D. & Pergher, N. K. (2010). Identificação de efeitos do controle aversivo a partir do relato verbal de uma cliente em atendimento terapêutico. Em M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. Cillo, P. B. Faleiros & P. Piazzon (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 27. Terapia comportamental e cognitiva</i> (pp. 201-209). Santo André: Esetec.	Sim
10	Delitti, M. (2001). Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delitti (Org.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental</i> (pp. 35-42). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)	Sim
11	Elias, P. V. O. (2005). Terapia comportamental aplicada ao tratamento da obesidade. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 16. Expondo a variabilidade</i> (pp. 164-173). Santo André: Esetec.	Não
12	Ferreira, L. N. S. & de-Farias, A. K. C. R. (2009). Autoconhecimento e relações amorosas: Um estudo de caso. Em R. C. Wielenska (Org.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 24. Desafios, soluções e questionamentos</i> (pp. 56-64). Santo André: Esetec.	Não

Nº	Referência	Definição
13	Gomes, A. R., Ferrari, M. C. F. & Tucci, H. (2009). A interface entre a psicoterapia comportamental e a prática psiquiátrica. Em R. C. Wielenska (Org.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 23. Desafios, soluções e questionamentos</i> (pp. 162-168). Santo André: Esetec.	Sim
14	Goulart-Junior, R. M., Britto, I. A. G. S. (2010). Intervenção analítico-comportamental em tricotilomania. <i>Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva</i> , 12, 224-237.	Não
15	Guilhardi, H. J. & Oliveira, W. (2001). Linha de base múltipla: Possibilidades e limites deste modelo de controle de variáveis em situação clínica. Em R. A. Banaco (Org.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista</i> (pp. 309-342). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)	Não
16	Guilhardi, H. J. & Queiroz, P. B. P. S. (2001). A análise funcional no contexto terapêutico o comportamento do terapeuta como foco da análise. Em M. Delitti (Org.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental</i> (pp. 43- 93). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)	Sim
17	Martins, L. J. & Guilhardi, H. J. (2006). História de contingências coercitivas e suas implicações: Estudo de caso sob a perspectiva da Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR). Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 17. Expondo a variabilidade</i> (pp. 231-259). Santo André: Esetec.	Sim
18	Melo, C. M. & Gongora, M. A. N. (2003). Libertando-se de controles aversivos do passado para entrar em contato com contingências do presente: Um estudo de caso. <i>Interação em Psicologia</i> , 7, 37-44.	Não
19	Meneghelo, M. H. B. G., Neto, A. A & Teixeira, M. C. T. V. (2005). Autoconhecimento: Uma via de mão dupla entre terapeuta e cliente. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 15. Expondo a variabilidade</i> (pp. 428-441). Santo André: Esetec.	Sim
20	Moriyama, J. S., Escaraboto, K. M. & Koeke, M. U. (2009). Transtorno de personalidade borderline: Comportamentos sugeridos ao psicoterapeuta num caso clínico. Em R. C. Wielenska (Org.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 24. Desafios, soluções e questionamentos</i> (pp. 21-31). Santo André: Esetec.	Não
21	Otero, V. R. L. & Rosa, H. H. F. (2006). A tomada de decisões nas intervenções psicoterápicas: Da teoria à prática. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 18. Expondo a variabilidade</i> (pp. 472-478). Santo André: Esetec.	Sim

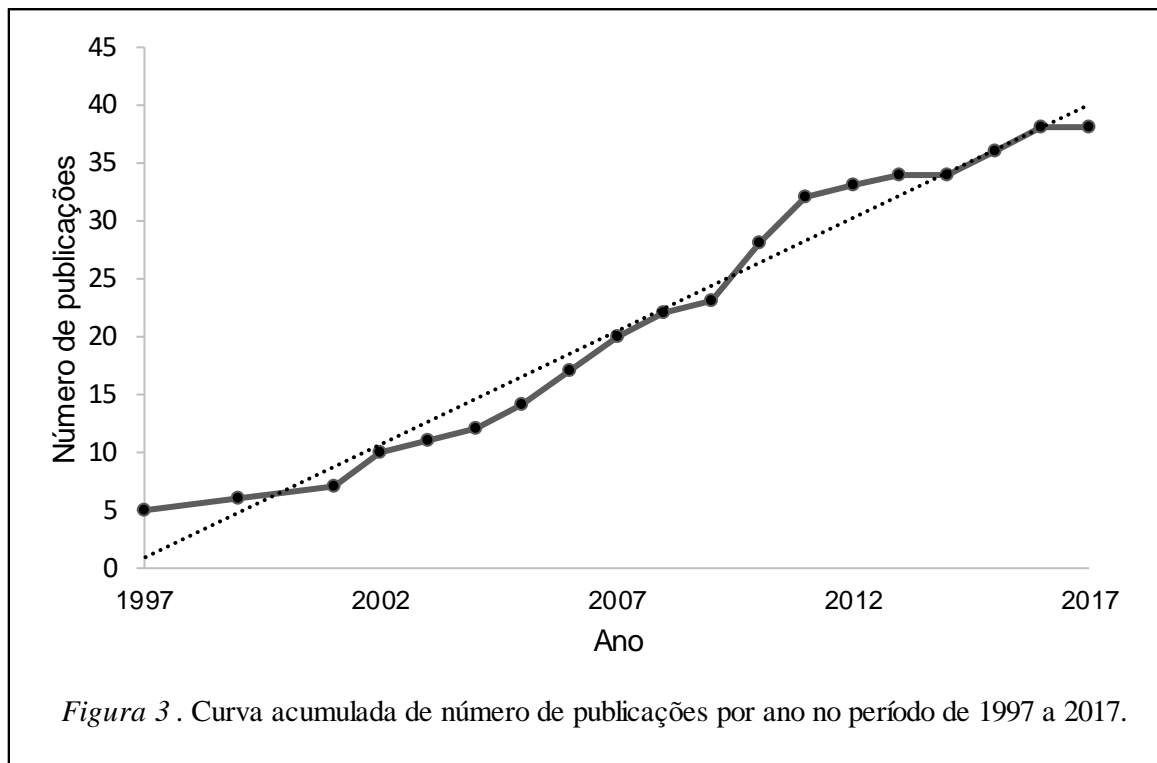
Nº	Referência	Definição
22	Otero, V. R. L. (2001). Análise funcional de um caso clínico de depressão. Em M. Delitti (Org.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental</i> (pp. 188-195). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)	Não
23	Penteado, L. C. P. (2001). Fantasia e imagens da infância como instrumento de diagnóstico e tratamento de um caso de fobia social. Em R. C. Wielenska (Org.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 6. Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos</i> (pp. 257-264). Santo André: Esetec.	Sim
24	Pereira, C. R. S. (2001). Relato de um caso de déficit de repertório social. Em M. Delitti (Org.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental</i> (pp. 200-204). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)	Não
25	Queiroz, P. P. & Guilhardi, H. J. (2006). Identificação e análise de contingências geradoras de ansiedade: Caso clínico. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, M. C. Scoz & C. Amorim (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 7. Expondo a variabilidade</i> (pp. 221-230). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 2001)	Não
26	Range, M. G. R. & Martinelli, J. C. M. (2010). Terapia analítico-comportamental de uma paciente com diagnóstico de insuficiência renal crônica terminal e depressão: Um estudo de caso. Em M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. Cillo, P. B. Faleiros & P. Piazzon (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 27. Terapia comportamental e cognitiva</i> (pp. 74-107). Santo André: Esetec.	Sim
27	Santos, C. V. & Abreu-Rodrigues, J. (2002). Valores do terapeuta e do cliente no estabelecimento de objetivos: Uma análise funcional baseada no conceito de metacontingências. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 9. Contribuições para a construção da teoria do comportamento</i> (pp. 83-87). Santo André: Esetec.	Sim
28	Scemes, S., Wielenska, R. C., Savoia, M. G. & Bernik, M. (2011). Fobia de deglutição: Discussão analítico-comportamental de seus determinantes e da amplitude da mudança. <i>Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva</i> , 13, 37-51.	Não
29	Souza, F., Ribeiro, M. P. L., Ramos, F. P. & Guilhardi, H. J. (2004). Procedendo a análise funcional no contexto terapêutico: Relações entre história de vida e déficits comportamentais. Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, V. L. M. Silva & S. M. Oliani (Orgs.), <i>Sobre comportamento e cognição: Vol. 13. Contingências e metacontingências: Contextos sócio-verbais e o comportamento do terapeuta</i> (pp. 175-183). Santo André: Esetec.	Sim
30	Silva, M. C. A. & Silveira, J. M. (2017). Verificação dos prováveis efeitos da metáfora em um processo terapêutico analítico-comportamental. <i>Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva</i> , 19, 4-17.	Não
31	Darwich, R. A. (1999). <i>Tratamento de processos alérgicos ao nível comportamental</i> (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Pará, Belém, PA.	Não

Nº	Referência	Definição
32	Mitsi, C. A. (2007). <i>Efeito da intervenção com base no ensino da análise funcional sobre respostas alimentares e práticas de exercícios físicos para mulheres com excesso de peso</i> . (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR.	Sim
33	Moriyama, J. S. (2007). <i>Processo terapêutico analítico-comportamental em dois casos de transtorno dismórfico corporal</i> . (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.	Sim
34	Oliveira, E. H. P. D. (2004). <i>Reforçadores generalizados e o comportamento depressivo em contexto clínico</i> . (Dissertação de mestrado). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.	Sim
35	Rocha, J. F. (2012). <i>Efeitos de uma intervenção comportamental com treino de habilidades sociais para universitários com fobia social</i> . (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, SP.	Sim
36	Simões Filho, E. F. (2014). <i>Manejo de metáforas em psicoterapia analítico-comportamental</i> . (Dissertação de mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.	Sim
37	Lobo, G. G. (2015). <i>Comportamento alimentar compulsivo em mulheres obesas sob a perspectiva da abordagem comportamental</i> (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia, Goiânia, GO.	Sim
38	Novato, T. A. B. (2015). <i>Análise do Comportamento Aplicada em um Caso de Disfunção Sexual Feminina</i> . 2015. (Dissertação de Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.	Sim

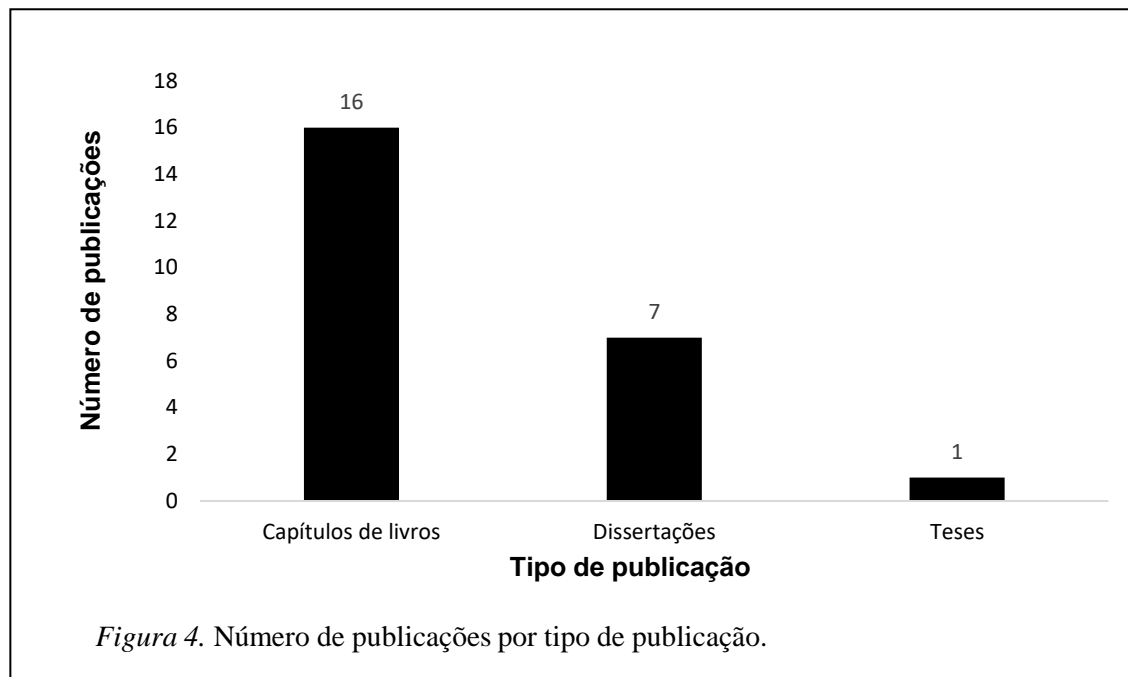
Em síntese, os textos que continham introduções mas não dispunham de definição da terapia analítico-comportamental, apresentavam em suas introduções: descrições de psicopatologias; histórico dessas patologias; prevalência na população (e.g., transtorno obsessivo-compulsivo, tricotilomania, transtorno de personalidade borderline e fobia de deglutição); princípios básicos da análise do comportamento ou seus pressupostos teóricos ou filosóficos, sem uma descrição da terapia e/ou ações/intervenções do terapeuta (e.g., esquiva, condicionamento respondente, reforçamento, modelo de seleção pelas consequências, Behaviorismo Radical); ou descrições de fenômenos psicológicos em termos comportamentais (i.e., sentimentos e autoconhecimento). Em todos os textos princípios comportamentais eram

citados de alguma forma, no entanto não havia uma descrição de terapia ou prescrições sobre o que o terapeuta faz ou deve fazer enquanto intervém de forma analítico-comportamental.

Quanto ao número de publicações por ano, observa-se (Figura 3) aumento desse número ao longo dos anos. No entanto, destaca-se o dado de que a atualização do levantamento de Leonardi (2016) realizada pelo presente trabalho, foi uma atualização dos últimos três anos (01/10/14 a 22/11/17), e foram encontradas somente quatro publicações, quase uma publicação por ano.



As 24 introduções analisadas (textos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 16, 17, 19, 21, 23, 26, 27, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38), foram retiradas de dezesseis capítulos de livros, sete dissertações de mestrado e uma tese de doutorado (Figura 4). Quinze dos capítulos lidos foram retirados da coleção Sobre Comportamento e Cognição (SCC) e de um capítulo da coleção Comportamento em Foco (CF). As dissertações selecionadas foram publicadas nas seguintes universidades: Universidade de São Paulo (USP), Universidade Católica de Goiás (UCG), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Federal do Pará (UFPA), Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCAMP) e Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Houve uma publicação em cada uma das universidades citadas, com exceção da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), que contou com duas publicações.



Na Tabela 2 pode-se observar o número absoluto e a porcentagem de publicações por instituição. As universidades citadas referem-se às dissertações e teses, e quando os dados foram coletados na coleção Sobre Comportamento e Cognição e Comportamento em Foco, ambas são referidas como publicações da ABPMC. Mesmo sendo publicações da mesma instituição, optou-se pela apresentação separada dos dados do SCC e CF, pois são publicações de tipos diferentes, uma vez que no SCC estão publicações um pouco mais antigas publicadas em livros físicos, enquanto no CF estão publicações mais recentes em modelo digital.

Tabela 2

Número Absoluto e Porcentagem de Publicações por Instituição

Instituição	Nº	%
ABPMC (Comportamento em Foco)	1	4%
ABPMC (Sobre o Comportamento e Cognição)	15	63%
PUCAMP	2	8%
Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)	1	4%
Universidade Católica de Goiás (UCG)	1	4%
Universidade Estadual de Londrina (UEL)	1	4%
Universidade Federal do Pará (UFPA)	1	4%
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)	1	4%
Universidade de São Paulo (USP)	1	4%
Total	24	100%

De acordo com os resultados da presente pesquisa, o autor que mais publicou foi Hélio José Guilhardi (Guilhardi, H. J.), com o total de três textos incluídos nesse trabalho (Tabela 3). Quanto às publicações dos outros autores, houve somente uma publicação por autor. Neste levantamento foram considerados todos os autores dos textos, mesmo esses não sendo os primeiros autores. Desse modo, os 24 textos incluídos no presente trabalho foram escritos por 36 autores.

Tabela 3

Número Absoluto de Publicações por Autores

Autores	Número de publicações
Guilhardi, H. J.	3
Abreu-Rodrigues, J.	1
Arruda, M. C. C.	1
Barbosa, C.	1
Batista, M. P. S.	1
Beckert, M. E.	1
Bernardes, L. A.	1
Borges, N. B.	1
Chamati, A. B. D.	1
de-Farias, A. K. C. R.	1
Delitti, M.	1
Ferrari, M. C. F.	1
Gomes, A. R.	1
Lobo, G. G.	1
Martinelli, J. C. M.	1
Martins, L. J.	1
Meneghelo, M. H. B. G.	1
Mitsi, C. A.	1
Moriyama, J. S.	1
Neto, A. A.	1
Novato, T. A. B.	1
Oliveira, E. H. P. D.	1
Otero, V. R. L.	1
Pergher, N. K.	1
Penteado, L. C. P.	1
Queiroz, P. B. P. S.	1
Ramos, F. P.	1
Range, M. G. R.	1
Ribeiro, M. R.	1
Rocha, J. F.	1
Rosa, H. H. F.	1
Santos, C. V.	1
Simões Filho, E. F.	1
Souza, F., Ribeiro	1
Teixeira, M. C. T. V.	1
Tucci, H.	1

Ao analisar as introduções verificou-se que a maior parte dos textos não contemplava definições da terapia analítico-comportamental em termos de todas as categorias: de procedimento (subcategorias: procedimento padronizado e respostas inespecíficas do terapeuta), processo, resultado e pressupostos, como apresentado na Tabela 4.

Tabela 4

Categorias Procedimento (Subcategorias: Procedimento Padronizado e Resposta Inespecífica do Terapeuta), Processos, Resultados e Pressupostos Apresentados nas Introduções de Cada Texto Selecionado (n=24)

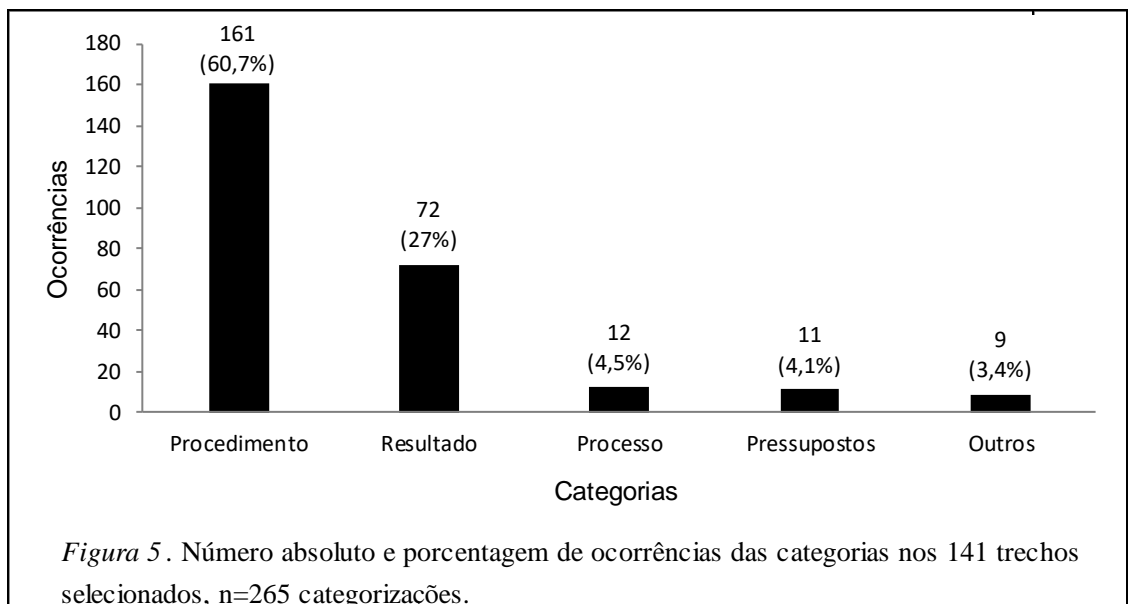
Texto	Procedimento	Resposta Inespecífica do Terapeuta	Processo	Resultado	Pressupostos
1	Não	Sim	Não	Não	Não
2	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
3	Sim	Sim	Não	Não	Não
4	Sim	Sim	Não	Sim	Não
5	Sim	Sim	Não	Sim	Não
6	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
9	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
10	Sim	Sim	Não	Não	Sim
13	Sim	Sim	Não	Sim	Não
16	Não	Sim	Sim	Sim	Não
17	Sim	Sim	Não	Sim	Não
19	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
21	Sim	Sim	Não	Não	Não
23	Sim	Não	Não	Sim	Não
26	Sim	Sim	Não	Sim	Não
27	Sim	Sim	Não	Não	Não
29	Sim	Não	Não	Sim	Não
32	Sim	Sim	Não	Sim	Não
33	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
34	Sim	Sim	Não	Sim	Não
35	Sim	Sim	Não	Não	Não
36	Não	Não	Não	Não	Sim
37	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
38	Não	Não	Não	Sim	Não
Total de sim	19	20	4	17	7

Nota: “Sim” significa que a categoria é contemplada nos trechos selecionados das introduções e “não” significa que as categorias não foram contempladas nos trechos selecionados.

Somente o texto número 33 apresenta todas as categorias em sua introdução. O texto número 2 não apresenta somente a categoria procedimento, no entanto, apresenta a categoria resposta do terapeuta inespecífica do terapeuta que é subcategoria de procedimento, deste modo, pode-se considerar que os textos 33 e 2 são os únicos que apresentam descrições que contemplam todas as categorias de análise do presente trabalho, representando 8,3% dos textos selecionados.

A categoria processo aparece somente em 16% dos textos (4), enquanto a categoria que mais aparece nos textos é respostas inespecíficas do terapeuta, a qual aparece em 83% (20), seguida por procedimento, que aparece em 79% (19), resultado em 70,8% (17) e pressupostos com 29% (7).

Quanto à análise específica dos trechos, a partir da leitura das 24 introduções, por meio da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 141 trechos que definiram TAC (Figura 5). Os 141 trechos de definição foram categorizados utilizando as categorias: procedimento, processo, resultado, pressupostos e outros. Alguns trechos continham mais de uma categoria, desse modo o número de categorizações foi maior do que o número de trechos, totalizando 265 categorizações. A categoria mais presente foi a de procedimento, com 161 ocorrências, seguida de resultado (72), processo (12), pressupostos (11) e outros (nove).



A categoria com maior ocorrência (procedimento) foi analisada em termos das subcategorias “procedimento padronizado”, referindo-se a procedimentos descritos na literatura e técnicas padronizadas, bem como a subcategoria “respostas inespecíficas do terapeuta”, quando respostas do terapeuta eram descritas de forma pouco precisa e/ou pouco específicas. Na Figura 6, é apresentada a distribuição das ocorrências de definições contidas nas introduções categorizadas como procedimento padronizado e como respostas inespecíficas do terapeuta. Observa-se uma ocorrência muito maior da categoria resposta inespecífica do terapeuta (121 ocorrências; correspondente à 75% da categoria procedimento) do que de procedimento padronizado (40 ocorrências; equivalente à 25% da categoria procedimento). A diferença de

ocorrências entre as categorias se mostra bastante significativa, de modo que a categoria que tem maior ocorrência em números absolutos no que se refere à definição apresentada nas introduções é a categoria de resposta inespecífica do terapeuta, uma vez que, mesmo separada da categoria procedimento, ela tem maior ocorrência (121) do que a categoria de definição por resultado (72) (Figura 5) e, como mostrado na Figura 6, a categoria procedimento padronizado (40).

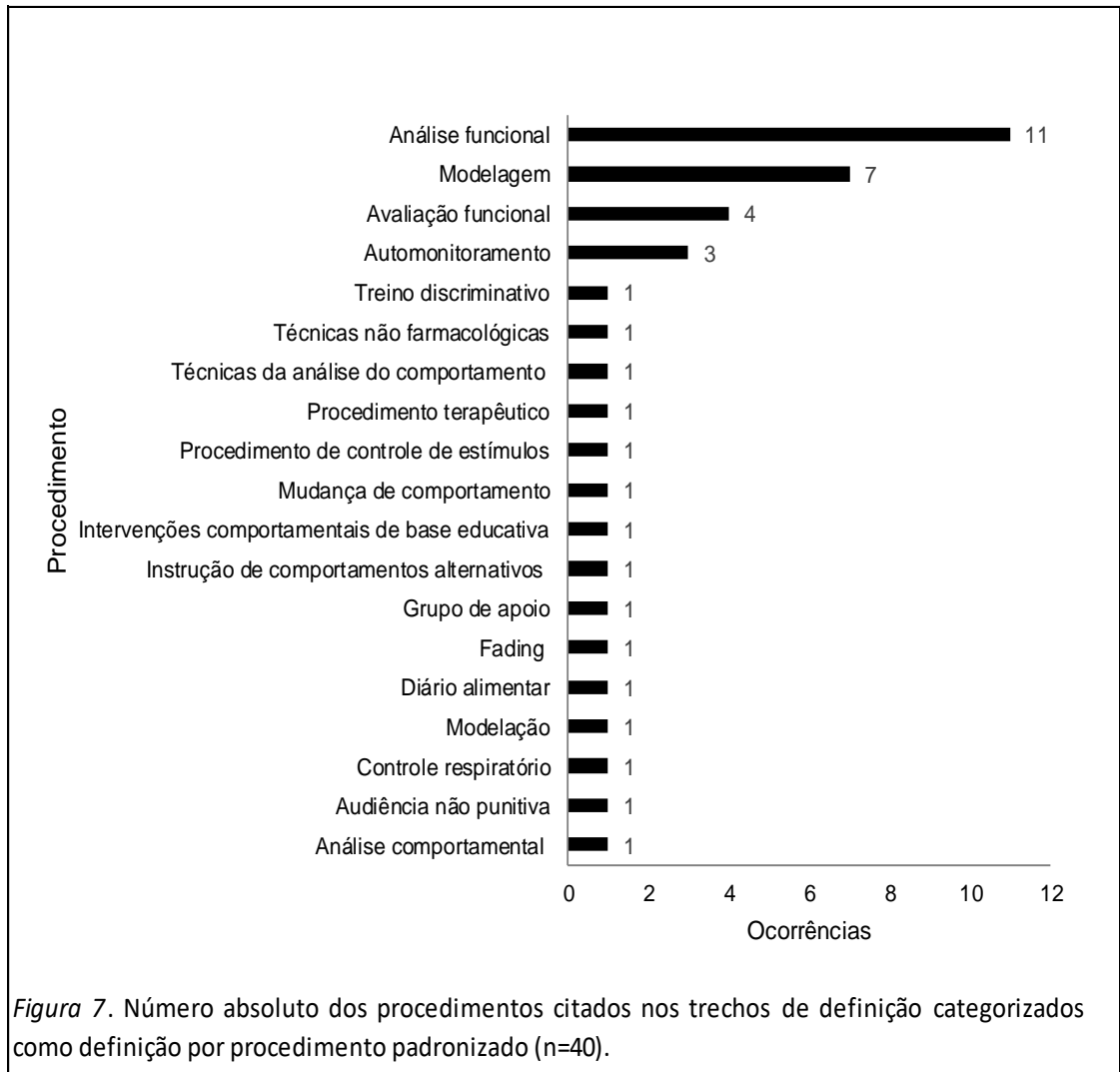


Os 121 trechos considerados como respostas inespecíficas do terapeuta apresentam diversas respostas abrangentes sobre o que o terapeuta faz em sessão. Algumas das respostas são muito amplas, tais como “levar o cliente a discriminar contingências”, “ajudar o cliente a manter contato com as consequências a longo prazo de seus comportamentos”, “aplicar os conhecimentos e técnicas advindas das ciências do comportamento”, “auxilia na discriminação das emoções por parte dos clientes”, “cria contingências para a produção da auto-observação do cliente”, “leva o cliente à auto-observação e ao autoconhecimento”, entre outras. Essas

descrições de comportamentos do terapeuta, que parecem ser procedimentos que o terapeuta utiliza em sessão, não descrevem de forma precisa quais respostas precisam ser emitidas para alcançar os resultados a que se propõe.

Além das respostas abrangentes, houve também algumas um pouco mais descritivas, tais como “investigar a história ambiental específica do indivíduo para identificar possíveis variáveis explicativas do comportamento do cliente”, “descreve o comportamento do cliente em sessão”, “descreve antecedentes, comportamentos e consequentes”, “faz perguntas que levem o cliente ao autoconhecimento”, “fornece sugestões de comportamentos de comportamentos mais adequados que o cliente poderia emitir em várias situações de sua vida”, “fornecer regras ou instruções ao cliente”, entre outras. Essas respostas detalham com mais precisão o que o terapeuta precisa fazer, como: descrever, fazer perguntas, sugerir, ou seja, são respostas que tornam possível compreender a resposta a ser emitida, diferentemente de respostas como ajudar, aplicar, auxiliar, criar ou levar a, que não especificam qual resposta deve ser emitida pelo terapeuta e parece estar mais focada no efeito de sua ação, pouco descrevendo o que se deve fazer para alcançar tal resultado.

Na categoria de procedimento padronizado, o número de procedimentos citados foram 19. Foram citados: modelagem, treino discriminativo, *fading*, além de citações de análise e avaliação funcional como procedimentos e/ou ferramentas do terapeuta analítico-comportamental. A maior parte deles foi citado somente uma vez (Figura 7). No que se refere a análise e avaliação funcional, foi considerado nesse trabalho o termo que foi utilizado pelo autor de cada texto, mesmo que haja discussões na área referentes a diferenças dos termos e suas utilidades, bem como possibilidades e limitações de usar uma ou outra intervenção na clínica (Neno, 2003; Ulian, 2007).



Os procedimentos: técnicas não farmacológicas, técnicas da análise do comportamento, procedimento terapêutico, procedimento de controle de estímulos e mudança de comportamento entraram nessa categoria, devido aos autores de cada um dos textos utilizarem denominações de intervenções com nomes com uma maior proximidade da subcategoria de procedimento padronizado (e.g., técnica, procedimento), no entanto, notam-se descrições pouco claras do que seriam esses procedimentos, além de não serem nomenclaturas comumente encontradas na literatura analítico-comportamental.

O procedimento mais citado foi a análise funcional, com 11 ocorrências, seguida por modelagem, com sete ocorrências, avaliação funcional, com quatro ocorrências, e automonitoramento, com três ocorrências. O fato da análise funcional e da avaliação funcional serem os procedimentos mais citados (o primeiro e o terceiro mais citado, respectivamente) está em acordo com o que é discutido pela área, uma vez que análise e avaliação funcional são ferramentas citadas por diversos autores como as principais a serem utilizadas pelo terapeuta

analítico-comportamental (e.g., Banaco, 1999/2001; Delitti, 1997/2001; Guilhardi & Queiroz, 1997/2001; Ingberman, 1997/2001; Meyer et al., 2010; Meyer, 1998, 2003; Neno, 2005).

Diante da importância da análise funcional e avaliação funcional na intervenção do terapeuta analítico-comportamental, chama a atenção esses procedimentos não terem sido citados em todas as introduções dos textos ou, ao menos, em grande parte deles. Essas 11 ocorrências de análise funcional foram citadas nas introduções de nove textos (textos número 9, 10, 13, 21, 27, 29, 33, 35, e 37), pois em dois textos eles citam a análise funcional mais de uma vez quando se referem à definição da terapia. Quanto às quatro ocorrências de avaliação funcional, foram apresentados em quatro textos diferentes (textos número 5, 6, 21, 26). Assim, análise funcional e avaliação funcional foram citadas como parte da definição em 13 introduções das 24 analisadas (54,1%), um número baixo, considerando suas importâncias na literatura teórica da terapia analítico-comportamental (e.g., Banaco, 1999/2001; Delitti, 1997/2001; Guilhardi & Queiroz, 1997/2001; Ingberman, 1997/2001; Meyer et al., 2010; Meyer, 1998, 2003; Neno, 2005).

O segundo procedimento mais citado foi o de modelagem. Para extração dos trechos dessa categoria, foi sempre considerado o contexto em que a modelagem estava sendo citada no texto, uma vez que modelagem pode ser considerada tanto um procedimento quanto um processo, assim como foi discutido anteriormente a respeito da extinção (Millenson 1967/1975; Catania, 2007). Nos sete trechos em que os autores citam modelagem como parte da terapia analítico-comportamental, eles mencionam modelagem na terapia de duas principais formas. Uma maneira é como um procedimento voltado para reforçamento diferencial de respostas verbais do cliente, tais como “de fatos fidedignos do mundo interno e externo do cliente”, “de repertório de formular autorregras adequadas”, “do comportamento verbal do cliente de construir suas próprias regras”. A outra forma é voltada para um reforçamento diferencial de respostas que compõem os repertórios do cliente na relação terapêutica, de modelagem direta de repertório em sessão (não necessariamente e/ou explicitamente verbal), explicitadas pelos trechos: “manejo direto de contingências em sessão”, “o terapeuta deve ir reforçando diferencialmente comportamentos do cliente, conforme se aproximem do comportamento a ser desenvolvido” e “modelagem na relação terapêutica”. Modelagem foi citada nas introduções de quatro textos quando definiam a TAC (textos 3, 4, 17 e 33), destacando-se que é citado quatro vezes na mesma introdução (texto 33). A introdução na qual esse procedimento foi citado mais vezes foi na única tese de doutorado (Moriyama, 2007) analisada no presente trabalho.

O terceiro procedimento mais citado foi automonitoramento, tendo sido citado em três diferentes textos (5, 32 e 37), os quais tinham em comum o tema comportamento alimentar e

controle de peso. Nas introduções desses textos são citados autores que corroboram que o automonitoramento é um procedimento efetivo para esse tipo de queixa (e.g., Thompson, Cook, Clark, Bardia, & Levine, 2007).

Na categoria de definição por resultados, foram encontrados trechos com descrição de resultados bastante diversos e, deste modo, foi necessário agrupá-los quando apresentavam semelhanças na variável dependente alvo da intervenção. Os resultados foram divididos em: mudança no comportamento não verbal do cliente, mudança no comportamento do cliente em relação ao próprio comportamento, mudança no comportamento verbal do cliente, adesão à terapia, psicoeducação e normalidade (Tabela 5).

Tabela 5

Número Absoluto de Ocorrência de Resultados Descritos nos Trechos

Resultado	Nº	%
Mudança no comportamento não verbal do cliente	37	51%
Mudança no comp. do cliente em relação ao próprio comp.	15	21%
Mudança no comportamento verbal do cliente	10	14%
Adesão à terapia	5	7%
Psicoeducação	3	4%
Normalidade	2	3%
Total	72	100%

Os resultados considerados como *mudança no comportamento verbal do cliente*, consistem nos trechos sobre objetivos e resultados esperados na terapia que envolvem alterações no repertório verbal do cliente como parte do objetivo a ser alcançado, esse resultado representou 14% da ocorrência nas definições por resultado. Alguns exemplos desses resultados são: “desenvolvimento de repertório de formular autorregras mais adequadas”, “desenvolvimento de atos fidedignos acerca do mundo interno e externo do cliente”, “substituir autorregras disfuncionais instaladas pela história do indivíduo”, “fazer com que o cliente consiga verbalizar conteúdos que já foram punidos socialmente”, e “cliente formular, reformular ou abandonar regras a partir das contingências vivenciadas”. Já a categoria de *mudança no comportamento não verbal do cliente* envolve qualquer outra mudança que não esteja contemplada em comportamento verbal, esse foi o resultado mais frequente correspondendo a 51%. Essas mudanças podem ser descritas de forma mais ampla ou específica, e pode envolver tanto mudanças no contexto como em classes de resposta abertas e/ou encobertas do cliente. Alguns exemplos de mudanças mais amplas são “mudanças

comportamentais”, “modificação do comportamento clinicamente relevante”, “instalação e desenvolvimento de comportamento”, “mudanças de comportamentos não verbais em terapia”, “mudanças de comportamentos”, “desenvolvimento de novos repertórios comportamentais que favorecerão consequências reforçadoras e, então, reduzam repertórios que gerem prejuízos ao indivíduo” e “produzir repertórios comportamentais alternativos àqueles anteriormente emitidos pelo indivíduo”. São exemplos de mudanças mais específicas: “mudar hábitos alimentares”, “engajamento na perda e manutenção do peso” e “auxílio na organização do comportamento alimentar”. Exemplos de mudanças em respostas encobertas: “alterações nos comportamento e sentimentos do cliente” e “reduz sentimentos aversivos”.

Quanto à categoria *mudança no comportamento do cliente em relação ao próprio comportamento*, foram considerados repertórios “auto”: auto-observação, autoconhecimento e autocontrole. Exemplos de trechos que se referiam a auto-observação foram “ampliação do comportamento de auto-observação” e “auto-observação; exemplos de autoconhecimento foram “melhor autoconhecimento” e “autoconhecimento, no sentido de conhecer as variáveis controladoras do comportamento”; de autocontrole, os trechos descreviam como resultado somente: “autocontrole”. Na Tabela 6 pode-se observar o número de ocorrência e o percentual de cada uma dessas categorias.

Autoconhecimento é o resultado de mudança no comportamento do cliente em relação ao próprio comportamento que tem maior ocorrência (9; 60%), seguida por auto-observação (4; 27%) e autocontrole (2; 13%).

Tabela 6

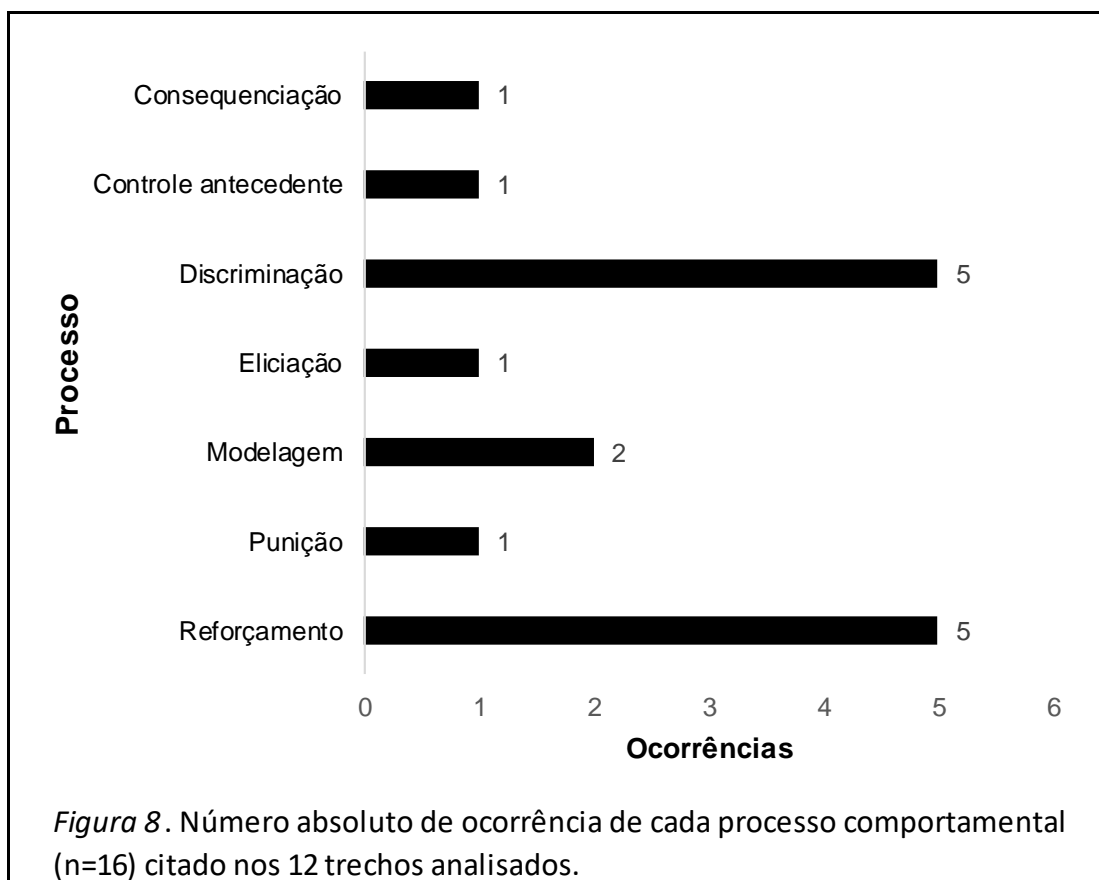
Número Absoluto e Porcentagem de Ocorrência de Resultados: Autoconhecimento, Auto-observação e Autocontrole na Categoria Mudança no Comportamento do Cliente em Relação ao Próprio Comportamento (n=15)

Resultado	Nº	%
Autoconhecimento	9	60%
Auto-observação	4	27%
Autocontrole	2	13%
Total	15	100%

Os resultados considerados como *adesão à terapia* foram aqueles que descrevem como parte do objetivo o cliente manter-se no tratamento. Alguns exemplos que contemplam esses

resultados são “bom andamento da terapia”, “estabelecer o vínculo terapêutico”, “papel mais ativo no seu tratamento” e “cooperação com o tratamento”. Quanto a psicoeducação, refere-se a informar de algum modo o cliente tanto de uma psicopatologia específica, bem como do processo terapêutico: “educação de pacientes [...] sobre o transtorno, seu tratamento e dificuldades associadas a doença”. Por fim, o resultado de normalidade foi citado em somente um texto (texto 2) em duas ocasiões diferentes: “normalidade do cliente e adequação social”.

Quando analisada a categoria de definições por processo, inicialmente o que chama a atenção é a escassa ocorrência dessa categoria nas introduções (12 vezes), como pode ser verificado na Figura 5. Quanto aos processos mais citados, é possível observar na Figura 8 que os processos de discriminação e reforçamento obtiveram cinco ocorrências cada um, sendo seguidos por modelagem, com duas ocorrências, e consequenciação, controle antecedente, eliciação e punição, com uma ocorrência cada. Alguns trechos continham mais de um processo citado, desse modo, o número de categorizações foi maior do que o número de trechos, totalizando 16 processos citados em 12 trechos. As 16 categorizações das definições em termos de processo correspondem a 6% de todas as categorizações ocorridas nos 265 trechos categorizados.



Quando citado o processo de discriminação, em quatro dos cinco trechos os autores referiam-se ao terapeuta com função de estímulo discriminativo para o responder do cliente: “psicoterapeuta com funções discriminativas”, “psicoterapeuta como um estímulo discriminativo para a normalidade do cliente”, “comportamento do terapeuta pode servir como estímulo discriminativo [...] para o comportamento do cliente” e “dificuldades de se determinar exatamente os aspectos discriminativos do terapeuta”. No quinto trecho, fala-se especificamente do comportamento verbal do terapeuta ser emitido sob controle de estímulos discriminativos e estar sujeito a ser modelado pelas consequências que produz.

Sobre o processo de reforçamento, em quatro dos cinco trechos os autores referem-se ao comportamento do terapeuta com função reforçadora em relação ao responder do cliente: “as funções do psicoterapeuta nesse contexto são [...] e reforçadoras”, “cada comportamento do terapeuta poderia servir como um estímulo reforçador para o comportamento do cliente”, “as dificuldades de se determinar exatamente os aspectos [discriminativos] e reforçadores do comportamento do terapeuta” e, à evidência da importância do terapeuta servir como audiência não punitiva e procurar reforçar naturalmente o comportamento verbal do cliente. O quinto trecho refere-se não a função reforçadora do comportamento do terapeuta em relação ao do cliente, mas sim ao repertório do terapeuta de analisar e manejar contingências ser reforçado pelos dados obtidos ao longo do processo terapêutico – função reforçadora dos comportamentos do cliente em relação aos comportamentos do terapeuta.

A respeito da modelagem enquanto processo, ambas as ocorrências se referem ao comportamento do terapeuta ser modelado pelo cliente - tanto o repertório de analisar e manejar as contingências em sessão, bem como da escolha de estratégias específicas a serem utilizadas.

Quanto aos trechos que citam os processos de consequenciação, controle antecedente e punição, os autores se referem a funções do comportamento do cliente em relação ao terapeuta, assim, o comportamento do cliente tendo função de consequência ou antecedente para a atuação do terapeuta ou mesmo de punição para suas respostas. Em relação ao processo de eliciação, este foi referido sobre o comportamento do terapeuta exercer função eliciadora sobre o comportamento do cliente.

Optou-se em inserir os processos de consequenciação e controle antecedente em categorias separadas, em vez de colocar o controle antecedente na categoria de controle de estímulos e a consequenciação na categoria de reforçamento, pois como os autores não especificam se a consequenciação é realizada por um reforçador, punidor ou a quebra da relação de reforçamento (extinção), bem como não citam se o controle antecedente é por estímulo

discriminativo, estímulo delta ou estímulo eliciador, entende-se como mais adequado analisá-las separadamente.

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos processos comportamentais nos quais o terapeuta ou cliente exercem as funções descritas de acordo com os 12 trechos categorizados em 16 categorias nas introduções.

Tabela 7

Número Absoluto e Porcentagem de Ocorrência de Processos Comportamentais Descritos nos Trechos Relativos à Relação Terapeuta e Cliente

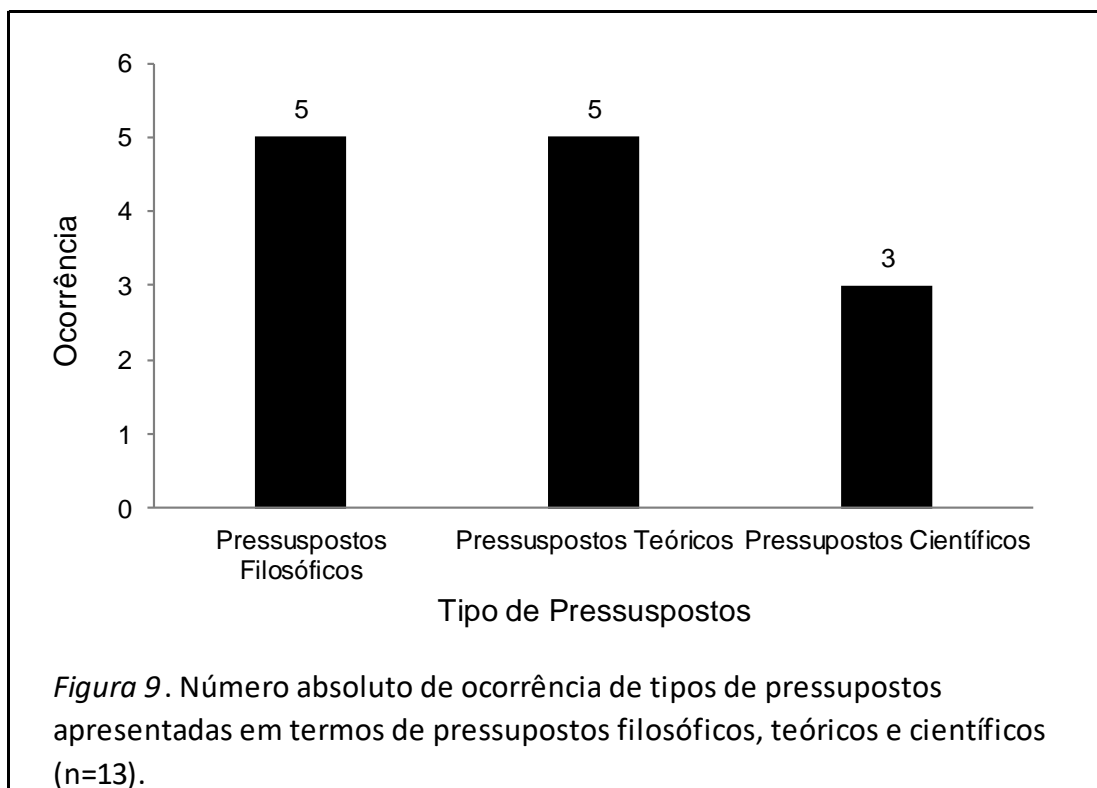
Relação	Processo comportamental	Número	%
Terapeuta para cliente	Discriminação	4	25%
	Reforçamento	4	25%
	Modelagem	0	0%
	Eliciação	1	6%
	Punição	0	0%
	Controle antecedente	0	0%
	Consequenciação	0	0%
<i>Total</i>		9	56%
Cliente para terapeuta	Discriminação	1	6%
	Reforçamento	1	6%
	Modelagem	2	13%
	Eliciação	0	0%
	Punição	1	6%
	Controle antecedente	1	6%
	Consequenciação	1	6%
<i>Total</i>		7	44%
Total geral		16	100%

Nota-se que quando se trata das menções nos trechos relacionados a processo, todos referem-se a processos envolvidos na relação terapêutica, ora como funções do comportamento do cliente em relação ao terapeuta (7; 44%), ora do comportamento do terapeuta em relação ao do cliente (9; 56%).

Na relação de funções do comportamento do cliente em relação ao terapeuta o processo mais citado é modelagem (2; 13%), já os processos de discriminação, reforçamento, punição controle antecedente e consequenciação são citados somente uma vez. Quanto a relação de funções do comportamento do terapeuta em relação ao do cliente, discriminação e reforçamento foram os processos mais citados, ambos citados quatro vezes (25%).

Ao analisar a categoria de definição por pressupostos, notou-se que ela aparece com baixa frequência nas introduções dos textos empíricos, assim como a de processos. Os 11 trechos foram retirados de sete textos diferentes (textos 2, 6, 9, 10, 33, 36, e 37). Isso significa que somente 29% dos textos selecionados apresentaram em suas introduções pressupostos como parte da definição da TAC.

Posteriormente, os 11 trechos de definição por pressupostos foram divididos em três grupos diferentes de pressupostos: filosóficos, teóricos e científicos. Na Figura 9 observa-se as ocorrências de cada um dos grupos.



Os grupos pressupostos filosóficos e pressupostos teóricos apresentam a mesma quantidade de ocorrências (cinco), e pressupostos científicos ocorreu três vezes. No que se refere ao pressuposto filosófico, Behaviorismo Radical foi citado em todos os trechos; quando se tratava de pressuposto teórico, foram citados “análise do comportamento” e “princípios advindos da psicologia da aprendizagem”; sobre pressupostos científicos, foram citados “conhecimento empírico de dados obtidos no laboratório” e “sustentada em princípios científicos”.

Por fim, os nove trechos que foram categorizados como *outros* (Figura 5) foram trechos que se referiam a definições de TAC como: uma terapia diretiva (n=1), como suporte social

(n=1), como uma terapia parecida com as terapias de terceira onda (n= 1), definida a partir de sua origem histórica na produção coletiva de terapeutas de diferentes regiões do país (n=1), salientando a possibilidade de atuação em vários ambientes, por exemplo, clínica e saúde pública (n=2), salientando a reação do terapeuta como efeito primário da terapia (n=1), destacando as dificuldades do clínico em lidar com as relações entre comportamento público e privado no âmbito clínico (n=1), salientando que a escolha do objetivo terapêutico deve se basear na sua importância para o homem e para a sociedade (n=1). Estes foram temas que apareceram com uma frequência baixa, e, portanto, não pareceu necessária a criação de categorias específicas para cada um desses aspectos salientados na definição de TAC.

Em síntese, as definições de TAC que estão sendo utilizadas nas introduções pelos autores de textos empíricos brasileiros contemplam as descrições em termos de procedimento, processo, resultado e pressupostos, no entanto, uma pequena parte abrangeu todas elas (8,3%). A maior parte das descrições está relacionada a procedimento (em sua maioria, respostas inespecíficas do terapeuta), seguida por definições por resultado, e há poucas descrições de TAC nas introduções que contemplam processos e pressupostos em sua definição.

6. DISCUSSÃO

Os dados encontrados mostraram que as definições de TAC utilizadas nas introduções pelos autores de textos empíricos brasileiros, dentro da busca realizada, contemplam descrições em termos de procedimento, processo, resultado e pressupostos, mas apenas uma pequena parte das definições abrangeu todas essas categorias. A maior parte das descrições de TAC encontradas estão relacionadas a procedimento e, em sua maioria, respostas inespecíficas do terapeuta. Além disso, há nas introduções poucas descrições de TAC que abarcam processos e pressupostos em sua definição. Esses resultados chamam à atenção de diversas maneiras, e a seguir serão discutidos os dados encontrados de forma mais detalhada e particularizada.

O primeiro dado a ser discutido é o fato de alguns textos não apresentarem introduções e iniciarem diretamente pelo relato do caso (textos 22, 24 e 25). Esse dado pode estar relacionado às datas de publicação e contexto em que foram publicadas. Dois dos textos tiveram suas publicações originais em 1997 (textos 22 e 24) e o outro em 2001 (texto 25), o que significa que foram publicados no início dos encontros da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC), bem como no início da constituição da terapia comportamental brasileira diferenciando-se da modificação do comportamento. O começo desses encontros representa um período do início da “troca entre pares” (Bellodi, 2011, p. 33), conversas com colegas, trabalho em equipe e discussão de casos em conjunto realizadas por terapeutas comportamentais (Bellodi, 2011).

Já os textos que tinham introduções e: (1) apresentaram princípios básicos da análise do comportamento; (2) seus pressupostos teóricos e filosóficos; e/ou (3) descrições de fenômenos psicológicos em termos comportamentais; mas não tinham descrição da terapia e/ou ações/intervenções do terapeuta, têm uma ênfase na definição de conceitos e menor ênfase na descrição do que é feito na terapia. Essa ênfase pode corroborar a discussão realizada por Leonardi e Meyer (2016) sobre o excesso de confiança translacional na análise do comportamento clínica e da terapia analítico-comportamental. Os autores utilizam a afirmação de Critchfield (2014) que, ao discutir a importância de pesquisas relacionadas ao controle aversivo, afirma que é um problema sério a crença da análise do comportamento de que os dados da ciência básica são suficientes para fundamentar procedimentos de intervenção, o que ele chama de excesso de confiança translacional (*translational overconfidence*). Especificamente na Análise do Comportamento Clínica, os autores Leonardi e Meyer (2016) discutem que o fato da terapia ser fundamentada na análise do comportamento, a qual tem comprometimento com a pesquisa experimental em laboratório dos processos básicos que

constituem os fenômenos comportamentais, não faz dela automaticamente uma terapia baseada em evidências. Os autores abordam também que as origens de muitas técnicas terapêuticas empregadas por terapeutas comportamentais frequentemente têm suas raízes na pesquisa com animais não humanos e que, ainda que orientados pela pesquisa básica, os procedimentos, estratégias e técnicas requeridos para uma intervenção analítico-comportamental eficaz precisam ser formulados e testados no próprio âmbito da pesquisa clínica. Assim, a ênfase dessas introduções em princípios básicos da análise do comportamento, pressupostos teóricos ou filosóficos ou descrições de fenômenos psicológicos em termos comportamentais, sem uma descrição da terapia, pode representar também esse problema apontado pelos autores.

O número baixo de publicações em TAC encontradas na atualização da busca dos últimos três anos (01/10/14 a 22/11/17) é um dado alarmante, uma vez que representa pouco mais de uma publicação por ano, o que é um número baixo quando comparado a diversas publicações realizadas em outras terapias, como ACT e DBT. Quanto a esta última, ao colocar o termo “*Dialectical Behavior Therapy*” no *Google Acadêmico* foram encontrados 10 estudos somente no ano de 2018. Existem outras publicações em TAC que foram feitas em livros e que não foram incluídas nesta pesquisa (e.g., de-Farias, 2010 - *Análise Comportamental Clínica: Aspectos Teóricos e Estudos de Caso* e Meyer et al., 2015 - *Terapia Analítico-Comportamental: Relato de Casos e de Análises*), no entanto, existir um número pequeno de responsáveis por publicações de dissertações, teses e artigos nos últimos anos ainda é uma informação que traz à reflexão a baixa produção científica na área.

Quando observamos os autores responsáveis pelas publicações (Tabela 3), percebe-se que existe uma grande diversidade de autores. O único autor que se repete é Hélio José Guilhardi, com três publicações, enquanto todos os outros 35 autores realizaram apenas uma publicação, o que pode ter um aspecto positivo no sentido de que muitos autores publicaram na área, como também um aspecto negativo por salientar uma falta de continuidade de produção por parte dos autores, afinal foram encontradas na presente busca um texto por autor. Além disso, este dado revela uma pequena área de pesquisa dedicada a produzir resultados em TAC.

É importante destacar que a busca da presente pesquisa foi uma atualização da pesquisa de Leonardi (2016), que, por sua vez, teve como objetivo verificar as evidências de eficácia da TAC e FAP, e, portanto, não foram incluídas pesquisas sem foco em resultados da intervenção realizada pelo terapeuta, como pesquisas de processos (e.g., Zamignani, 2007). Desse modo, o presente estudo não é representativo de toda a produção científica da área, e pesquisas futuras poderiam incluir as introduções de pesquisas de processo, a fim de somar a esses dados.

Quando analisado se os textos continham todas as categorias (procedimento, processo, resultado e pressupostos), observou-se que apenas 8,3% as continham na descrição da terapia. É um dado preocupante haver pouca descrição de processos comportamentais nas introduções quando se define a terapia, uma vez que parte do diferencial da TAC é entender o comportamento do cliente em termos de processos comportamentais (Neno, 2003). Este dado mostra uma carência da área empírica em apresentar a terapia na perspectiva e nos termos em que se propõe a explicar o comportamento humano em geral —isto é, em termos de processos comportamentais.

Foi surpreendente o fato de as definições de TAC das introduções não apresentarem em todos os textos os pressupostos teóricos e científicos como parte definidora da TAC, afinal, esse é um componente crucial quando se trata de definir essa prática clínica nos textos teóricos sobre TAC (e.g., Meyer et al., 2010; Banaco, 1999/2001; Guilhardi & Queiroz, 1997/2001). Algumas vezes os pressupostos são colocados não como parte da definição, mas são apresentados e citados de forma difusa na introdução (e.g., textos 3 e 4) e em alguns casos não há menção aos pressupostos explicitamente (e.g., textos 1 e 13).

O fato de “procedimento” ser a categoria mais presente (75%) nas definições encontradas está em acordo com a modalidade de texto selecionada na presente pesquisa, uma vez que são textos empíricos, parece razoável que neles sejam apresentados prioritariamente. A “análise funcional” ser procedimento padronizado mais citado e, “avaliação funcional” estar entre os mais citados são dados que estão em acordo com o que é discutido pela área, uma vez que análise e avaliação funcional são ferramentas citadas por diversos autores como as principais a serem utilizadas pelo terapeuta analítico-comportamental (e.g., Banaco, 1999/2001; Delitti, 1997/2001; Guilhardi & Queiroz, 1997/2001; Ingberman, 1997/2001; Meyer et al., 2010; Meyer, 1998; 2003; Neno, 2005). Há discussões na área que defendem o uso do termo avaliação funcional quando se trata de intervenção clínica. Já a análise funcional pressupõe a manipulação de variáveis, controle e comprovação experimental de que a variável manipulada de fato influenciou o comportamento do cliente (relação fidedigna e controlada de que a VI influencia a VD), o que na maioria das vezes não é possível assegurar no ambiente de consultório. Essas condições não são possíveis de garantir no consultório, pois é eticamente questionável retirar um procedimento que funcionou na prestação de serviços clínicos somente para garantir que esse foi o procedimento diretamente relacionado à melhora do cliente. Além disso, há questões de ordem prática, uma vez que um comportamento que foi instalado por meio de um procedimento não necessariamente será revertido por meio da retirada do procedimento responsável por sua instalação (Baer et al., 1968; Sampaio et al., 2008). No caso dos trechos

selecionados, aparentemente os termos “análise funcional” e “avaliação funcional” foram utilizados como se fossem sinônimos e aqui na discussão eles serão tratados como referentes ao mesmo procedimento, isso porque aparentemente os autores não os diferenciaram. No entanto, se faz importante deixar destacado que há diferenças entre avaliação funcional (ou análise de contingências) e análise funcional, que essas diferenças são significativas e que não deveriam ser termos utilizados de forma intercambiável quando falamos de intervenção clínica.

Diante da importância da avaliação funcional na intervenção do terapeuta analítico-comportamental, chama a atenção esses procedimentos não terem sido citados em todas as introduções dos textos ou, pelo menos, numa grande parte deles, tendo aparecido somente em 54,1%. Ter sido citado em pouco mais da metade dos textos parece um número baixo, considerando a importância destacada na literatura teórica a respeito da avaliação funcional na terapia analítico-comportamental. No entanto, este dado está em confluência com os dados encontrados por Leonardi (2016), que, ao revisar a literatura de TAC, encontrou que 70,5% dos casos relatados nas intervenções não apresentaram avaliação funcional. Assim, a ausência de descrição de avaliação funcional como parte definidora da TAC em suas introduções não parece representar somente um problema de apresentação da terapia, mas parece refletir um problema muito maior da área empírica e da produção de dados científicos em TAC. Isso é cogitado, uma vez que os textos teóricos (e.g., Banaco, 1999/2001; Guilhardi & Queiroz, 1997/2001; Meyer et al., 2010; Zamignani, & Banaco, 2005) apontam essas - análise funcional, avaliação funcional ou análise de contingências - como sendo as principais ferramentas do terapeuta analítico-comportamental, bem como parte definidora dessa intervenção, mas na prática há uma falta de menção nas introduções e baixa utilização nas intervenções clínicas publicadas. Essa problemática parece se estender ainda mais quando se verifica que a maior parte dos procedimentos que aparece nos trechos selecionados refere-se a respostas inespecíficas do terapeuta e não a procedimentos padronizados que incluiriam a avaliação funcional. Essa problemática é um dos dados relevantes encontrados no presente trabalho e será discutido com mais detalhes em breve, assim como suas possíveis implicações em termos da dimensão tecnológica de Baer et al. (1968).

Quanto aos trechos incluídos na categoria procedimento, inicialmente é importante destacar que nem todos procedimentos citados poderiam ser considerados um procedimento padronizado (i.e., técnicas não farmacológicas, técnicas da análise do comportamento, procedimento terapêutico, procedimento de controle de estímulos, grupo de apoio, entre outros). No entanto, devido à comparação entre os trechos categorizados como respostas inespecíficas do terapeuta (descrições mais amplas e abrangentes, como “cria contingências

para a produção da auto-observação do cliente”), o critério de exigência do que seria considerado um procedimento padronizado foi baixo. Desse modo, aqueles trechos que tinham uma descrição um pouco mais técnica, mesmo que ainda apresentassem falhas no que se refere à precisão de descrição, de modo a um leitor treinado ser capaz de replicar o procedimento e/ou ter uma literatura específica a buscar em que estaria descrito os passos para tal, foram incluídas na categoria de procedimento padronizado.

Após análise funcional, o segundo procedimento padronizado mais citado foi modelagem, tendo sido citada quatro vezes na mesma introdução de uma das publicações analisadas. A introdução em que o termo modelagem foi citado mais vezes como parte da definição de TAC, foi na única tese de doutorado analisada no presente trabalho (Moriyama, 2007). Este dado condiz com o esperado, uma vez que numa tese de doutorado há geralmente uma pesquisa mais aprofundada do tema estudado e introduções maiores e mais complexas.

Em termos de definição de TAC por procedimento, um dado que se destaca é que 75% dos trechos foram classificados como respostas inespecíficas do terapeuta. Esse dado parece salientar que parte importante do que é colocado como definidor da TAC pelos autores de textos empíricos são atividades do terapeuta que não são claramente descritas em termos de procedimentos padronizados ou em termos de processos comportamentais. Esse dado pode demonstrar uma dificuldade em descrever precisamente o que faz um terapeuta comportamental em termos de tecnologia.

Uma melhor precisão leva a um melhor controle experimental que, no caso da análise do comportamento aplicada, produz benefícios tanto na aplicação como na extensão da ciência básica. Nossa capacidade de analisar o comportamento e desenvolver procedimentos de mudança de comportamento consistentemente efetivos depende inteiramente de melhorias na tecnologia. (Iwatta, 1991, p. 421)

Nesse trecho o autor argumenta em resposta a uma publicação de Hayes, Rincover, e Solnick, (1980) em que os autores criticam uma grande ênfase tecnológica da análise aplicada do comportamento e pouca ênfase nos outros critérios discutidos por Baer et al. (1968). A dimensão tecnológica dos autores especifica que as técnicas que formam uma determinada aplicação comportamental devem estar completamente identificadas e descritas, de um modo que um leitor bem treinado conseguiria replicar o procedimento de forma a produzir os mesmos resultados, apenas através da leitura da descrição. O fato de termos respostas inespecíficas como a principal categoria encontrada nos trechos denuncia um problema em termos da dimensão tecnológica. Iwatta (1991) defende a importância da área criar tecnologia e alerta que “[...] a psicanálise está morta não por falta de teoria ou pesquisa teórica mas por falta de tecnologia

útil.” (p. 423). A descrição predominante da TAC em termos de respostas inespecíficas do terapeuta poderia ser entendida como um problema de descrição nas introduções, pelo pouco espaço destinado a explicar a respeito de um tema, ou por ser um lugar onde há somente uma breve explicação de um tema. No entanto, os dados encontrados na presente pesquisa convergem com o que foi encontrado por Leonardi (2016) na descrição de procedimentos nas intervenções descritas nos textos, que demonstrou uma falta de informações acerca de quais foram os comportamentos que o terapeuta emitiu ao longo das sessões, o que diminuiu consideravelmente o valor científico dos trabalhos. Os dados encontrados parecem corroborar a crítica levantada por Hayes et al. (1980, p. 283) de que “os analistas de comportamento aplicados muitas vezes parecem gerar suas intervenções por intuição, tentativa e erro, observações informais ou senso comum, em vez de conceitos e análises teóricas”. A crítica realizada pelos autores em 1980 às publicações do JABA parece refletir também nossa produção brasileira, mostrando que talvez os problemas encontrados na terapia analítico-comportamental brasileira não sejam problemas específicos de nossa produção nacional, mas um problema da prática de analistas do comportamento também em outros países.

Sobre os trechos que se referiam a resultados, inicialmente houve certa dificuldade em encontrar regularidade nos termos apresentados: parece que a TAC tem sido descrita para tantos resultados que inicialmente os trechos que compunham essa categoria pareciam difusos. Por outro lado, parece consistente que os resultados estejam focados em mudanças comportamentais, seja no comportamento verbal ou não verbal do cliente. Isso está em acordo com o objetivo de produção de mudanças e solução de problemas humanos por terapeutas comportamentais, como afirmado por Meyer et al. (2010): “a terapia analítico-comportamental é uma forma de prestação de serviços que utiliza o arcabouço teórico da análise do comportamento e o conhecimento de pesquisa básicas e aplicadas para a solução de problemas humanos” (p. 172).

Em suma, os dados encontrados mostram que a TAC tem sido descrita da seguinte forma: (a) é uma terapia fundamentada nos pressupostos do Behaviorismo Radical e na Análise Experimental do Comportamento; (b) é definida principalmente pelos procedimentos que utiliza, sendo os principais a análise e avaliação funcional, modelagem e automonitoramento; (c) se utiliza de alguns outros procedimentos tais como controle de estímulos, técnicas de análise do comportamento e técnicas não farmacológicas, mas não fica claro como realizá-los; (d) procedimentos mais relatados enquanto se define a TAC por esses autores foram categorizados como respostas inespecíficas do terapeuta que são emitidas em sessão e não são descritas passo a passo e padronizadas, tais como “levar o cliente a discriminar contingências”

e “ajudar o cliente a manter contato com as consequências a longo prazo de seus comportamentos”; (e) a TAC também se define em termos de processos comportamentais, sendo discriminação e reforçamento os mais citados no processo terapêutico; e, (f) a TAC visa resultados diversos, mas todos de algum modo ocasionam em mudanças no comportamento do cliente que podem ser entendidas como mudanças no comportamento verbal e não verbal do cliente, mudanças no comportamento do cliente em relação ao próprio comportamento chamadas de auto-observação, autoconhecimento e autocontrole, e resultados que visam adesão à terapia e psicoeducação.

Entre as diversas implicações possíveis dos dados encontrados, aqui serão discutidas as implicações para ensino, pesquisa e prática clínica. Em termos de implicações ao ensino, a discussão se inicia com a afirmação de Rangé, Guilhardi, Kerbauy, Falcone, e Ingberman (1995) de que uma das dificuldades no treino de terapeutas é a falta de definição dos comportamentos que caracterizam um profissional como um terapeuta comportamental. Essa afirmação pertence a um livro que se propõe a ser um suporte ao aprendizado das terapias comportamentais e cognitivas publicado há mais de duas décadas, e os dados do presente estudo parecem demonstrar que essa problemática ainda é atual.

Uma vez que parte do aprendizado é feito por meio de leituras, mesmo que não exclusivamente, os alunos em formação têm livre acesso a esse material, e o fato de parte importante das descrições da terapia analítico-comportamental selecionadas para este trabalho terem sido realizadas por meio de respostas inespecíficas do terapeuta, isso pode influenciar numa compreensão errônea do que se propõe ser a TAC. Mesmo que esses textos não representem toda a produção acadêmica da área e ainda que haja textos teóricos que expliquem a TAC, são esses textos que serão encontrados caso alunos procurem por literatura prática de TAC ao invés de literatura teórica.

Considerando que “ensinar é organizar contingências de reforçamento que facilitem o aprendizado [...]” (Skinner, 1969, p. 185), textos empíricos que não contemplem definições claras do que é a TAC em suas introduções podem não facilitar o arranjo de contingências de reforçamento adequadas que facilitem o aprendizado. Ainda que entenda-se que na introdução não se aplique uma revisão extensiva sobre um assunto, é imprescindível que nela contenha as informações essenciais para o leitor compreender o restante do texto, incluso, portanto, uma definição clara e precisa, ainda que sucinta, do que consiste a terapia ao qual o texto se refere, essas descrições da prática podem auxiliar a compreensão da atuação por parte de quem está interessado em aprender mais sobre o assunto.

Em termos de implicações para a pesquisa, uma vez que o ponto principal de qualquer esforço para definir uma prática como “baseada em evidências” é começar com uma definição rigorosa da prática, e que as práticas que são ambigualmente definidas não podem ser documentadas como baseadas em evidências (Horner & Kratochwill, 2012), as definições encontradas no presente trabalho demonstram que nessas introduções ainda não existe uma definição rigorosa de TAC e o fato da maior parte delas ser definida por respostas inespecíficas do terapeuta dificulta que ela se aproxime não só de uma prática baseada em evidências, mas de dados que provem sua eficácia.

Callaghan e Darrow (2015), ao discutirem sobre a quarta onda de terapia comportamental, afirmam que:

Criar uma abordagem para entender e tratar o sofrimento humano que é fundamentado em princípios comportamentais, orientados pela avaliação funcional e que utiliza tecnologias de tratamento comportamental contemporâneas disponíveis, pode permitir que um clínico se torne um farol [beacon] da ciência e terapia clínica contemporânea. (p. 63)

Deste modo, parece que o que a TAC se propõe a ser estaria em acordo com o que os autores Callaghan e Darrow (2015) defendem ser a evolução das terapias comportamentais que sucederia a terceira onda. No entanto, por ainda não termos uma consistência e precisão nas definições por parte dos pesquisadores empíricos, isso pode prejudicar o desenvolvimento de pesquisas mais consistentes que validem sua eficácia. Como concluído na revisão integrativa realizada por Leonardi (2016), a TAC carece de evidências empíricas que comprovem ou rejeitem sua eficácia, tanto pela quantidade quanto pela qualidade dos trabalhos.

No entanto, diferentemente do que aconteceu nos Estados Unidos, como apontado por Hayes et al. (1980), em que de que há um exército de analistas de comportamento aplicado - modificadores de comportamento - que não possuem treinamento teórico extensivo, e, segundo Schlinger (2017) isso pode resultar em falhas ou erros na aplicação, o que poderia depreciar a análise do comportamento, no Brasil, ainda parece ser muito relevante uma formação consistente em princípios básicos. Assim, parece que no cenário estadunidense de terapias comportamentais está acontecendo um movimento de retorno a valorização dos princípios básicos e análises de contingências como parte importante do processo terapêutico. Uma vez que não passamos por esse movimento de foco técnico sem consideração de análises (Hayes et al., 1980; Schlinger, 2017), um investimento no desenvolvimento da TAC como um modelo mais criteriosamente definido e produção de pesquisas consistentes, pode nos colocar um passo

à frente do cenário internacional. No entanto, caso não haja um forte investimento neste sentido, pode correr o risco de se tornar uma terapia obsoleta.

Ainda sobre essa discussão de técnicas e princípios, Leonardi (2016) afirma que “quando um terapeuta se depara com um cliente em profundo sofrimento, não parece ético fazê-lo esperar pela identificação dos princípios teóricos que sustentam aquela prática comprovadamente eficaz” (p. 126). Essa afirmação é bastante pertinente, uma vez que há um longo caminho a ser percorrido em termos de embasamento científico da TAC. Ao mesmo tempo, existem discussões recentes sobre uma “era baseada em processo” (que será discutida mais à frente) em que se afirma:

Modelos teóricos subjacentes a um procedimento de intervenção precisam especificar os processos de mudança vinculados a esse procedimento para um problema específico. Mesmo que o procedimento funcione bem, se o processo de alteração especificado não puder ser mostrado para ser consistentemente aplicável, o modelo subjacente está errado. (Hayes & Hofmann, 2018, p. 432)

Em reflexão a esses aspectos, talvez se tecnologias de tratamento comportamentais contemporâneas disponíveis forem utilizadas, somado a entender o sofrimento humano de forma fundamentada em princípios comportamentais, orientados pela avaliação funcional (Callaghan & Darrow, 2015) e acrescido de se utilizar da tecnologia de outras abordagens que tenham dados de eficácia, possa ser uma saída interessante para pesquisas futuras em TAC. Desse modo, poderia se investir em pesquisas futuras focadas na sistematização da avaliação funcional na prática clínica e se utilizar de um ecletismo técnico e não teórico (Leonardi, 2017). Essa última poderia se dispor de pesquisas que procurem compreender em termos de princípios comportamentais envolvidos nos procedimentos de outras áreas com validade científica, afinal, como afirma Törneke (2010): “[...] quando um psicanalista ou um terapeuta cognitivo produz mudanças em um setting clínico, isso ocorre porque suas ações na terapia influenciam antecedentes e consequentes do comportamento que foi modificado” (p. 159). Assim, não teria porque os pesquisadores de TAC negligenciem pesquisas clínicas de outras áreas e muito pelo contrário, seria interessante consumir tais pesquisas.

As implicações para a prática clínica estão diretamente relacionadas às implicações no ensino e na pesquisa. Uma vez que haja problemas no ensino e na pesquisa, sem dúvidas haverá problemas na prática, pois o ensino é o meio pelo qual o terapeuta aprende o que fazer e a pesquisa é onde ele irá consultar (ou pelo menos deveria) as informações mais recentes sobre estudos relacionados às intervenções clínicas. Os textos que foram aqui selecionados são todos empíricos e em sua maioria relatos da prática clínica de terapeutas, e as introduções de seus

textos podem estar refletindo o que é compreendido atualmente por profissionais da prática clínica: uma terapia definida principalmente por procedimentos e em sua maioria respostas inespecíficas do terapeuta. Uma vez que esses profissionais que produziram textos para a área apresentam essa descrição, questiona-se como está a definição por parte daqueles terapeutas que não produzem cientificamente e estão em seus consultórios. As áreas de ensino e pesquisa influenciam diretamente a prática e é importante a produção de materiais com boas descrições para que seja possível a replicação na prática.

Finalizada a discussão sobre as possíveis implicações, parece importante salientar que os dados encontrados na presente pesquisa e por Leonardi (2016) não são dados suficientes para afirmar que a TAC não funciona e sim são dados que alertam sobre o comportamento verbal do cientista de pesquisa aplicada, como Skinner (1957/1978) afirma: “a comunidade verbal lógica e científica acumulou lentamente um conjunto de técnicas para a construção de um comportamento verbal eficaz. O falante se desloca de um conjunto de respostas para outro conjunto, possivelmente mais útil” (p. 412). Deste modo, talvez seja preciso uma construção de um comportamento verbal mais eficaz, em que seja descrito de forma mais clara o que é feito em termos de procedimento, descrições que permitam replicações e uma maior utilização de medidas de eficácia que estejam mais adequadas ao contexto científico de medidas de resultados em psicoterapia e que conversem melhor com outras áreas da ciência.

Assim, os dados encontrados neste trabalho permitem afirmar que existe um problema no comportamento verbal do terapeuta/pesquisador ao descrever de forma escrita a sua intervenção nas introduções de seus estudos. Para afirmar que há um problema na qualidade da intervenção seria necessário produzir mais pesquisas com observação direta da intervenção. Como a maior parte da literatura selecionada são descrições das intervenções com poucas medidas objetivas, sendo a maior parte relatos de caso em que a melhora é medida pelo relato do próprio terapeuta (Leonardi, 2016), é possível afirmar tanto no atual trabalho como no de Leonardi (2016) que há um problema no comportamento de descrição dos terapeutas/pesquisadores sobre suas intervenções. Como parte importante do que mantém o comportamento verbal do cientista é a própria comunidade científica (Skinner, 1957/1978), talvez estejamos em um momento em que a comunidade científica passou a reforçar outro tipo de comportamento diferente do que no passado era reforçado. Descrever de forma pouco precisa, por exemplo, parece ter deixado de ser um comportamento passível de ser reforçado pela comunidade científica de produção em psicoterapia na atualidade, assim como parece estar com alta probabilidade de punição por parte desta, podendo a sugestão de Iwatta (1991) sobre a “morte da psicanálise” nos Estados Unidos ser um exemplo disso. No Brasil, considerando o

momento histórico em que, por exemplo, a coleção Sobre Comportamento e Cognição foi produzida (literatura que constitui grande parte da literatura aqui apresentada), que representou o início da troca entre pares (Bellodi, 2011), os critérios para reforço podem ter sido diferentes, como por exemplo, descrever mesmo que de forma imprecisa o que estava sendo realizado por terapeutas analítico-comportamentais do Brasil e, por isso a produção estar da forma em que se apresenta, com tão pouca precisão.

Outro aspecto relevante a ser considerado em termos da produção científica, que pode inclusive estar relacionado ao baixo número de pesquisas encontradas no presente trabalho (ver Figura 3), envolve financiamento direcionado às pesquisas em psicoterapia. Não parece apropriado comparar o investimento estadunidense em pesquisas aos do Brasil, considerando que algumas das pesquisas conduzidas no país são até mesmo conduzidas por meio de iniciativas voluntárias, o que pode se relacionar, por exemplo, a pouca permanência de autores na área de pesquisa empírica em TAC discutida neste estudo. Afinal, como afirmam (Hayes & Hofmann, 2018): “apenas alguns países do planeta podem oferecer o tipo de infraestrutura de concessão que financia estudos de resultados grandes e bem controlados. Todos estão no Ocidente e todos são predominantemente brancos” (p. 436). Isto posto, parece relevante considerar os aspectos econômicos que podem ter influenciado o contexto atual da TAC e o menor avanço em termos científicos.

Apesar de alarmantes, os dados não são pessimistas. Esse trabalho é uma das manifestações do que está ocorrendo na área no sentido de olhar criticamente para a nossa produção de modo a contribuir com seu desenvolvimento. Na última edição do Congresso da ABPMC no ano de 2017, houve pelo menos três grandes mesas de discussões relacionadas ao desenvolvimento da TAC, bem como uma discussão na mesa de abertura. No ano vigente (2018), foi criada a Rede de colaboração interinstitucional para a pesquisa e o desenvolvimento das terapias analítico-comportamentais (REDETAC), que é uma rede de colaboração para o desenvolvimento e a produção de evidências a respeito das terapias analítico-comportamentais e que tem por objetivo desenvolver estudos empiricamente sustentados.

No cenário internacional, em termos de pesquisa em terapias comportamentais, existe uma nova publicação chamada Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos (Hayes & Hofmann, 2018). Esta publicação é produto de padrões de treinamento para o ensino das competências clínicas desenvolvidas pela “Força-Tarefa Inter-organizacional em Educação de Doutorado em Psicologia Cognitiva e Comportamental” - *Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education* (Klepac et al., 2012). Essa força tarefa reuniu representantes de catorze organizações estadunidenses de terapias cognitivas e

comportamentais visando desenvolver diretrizes para integrar a educação e o treinamento de doutorado em psicologia cognitiva e comportamental nos Estados Unidos. Como produto, foram listadas dezessete competências clínicas centrais de importância conhecida e foi sugerido que o foco da educação deveria ser o treinamento nos princípios básicos por trás dessas intervenções (Hofmann, 2018), como citado pelos autores:

Acreditamos que examinar a intervenção baseada em evidências à luz das ideias dos novos padrões de treinamento permite que o campo redefina a terapia baseada em evidências para indicar o direcionamento do processo baseado em evidências com procedimentos baseados em evidências que aliviem os problemas e promovam a prosperidade das pessoas. Acreditamos que um foco na terapia baseada em processos guiará o campo para o futuro. Identificar os processos centrais nos permitirá evitar as restrições de usar o protocolo para síndromes como a principal abordagem empírica do tratamento e, em vez disso, permitir-nos vincular diretamente o tratamento à teoria. (p. 3)

Os autores afirmam que nessa publicação o foco é incentivar um recuo em relação ao uso de protocolos e habilidades mais específicas que são frequentemente destacados em diferentes tratamentos para então adotar processos centrais que são comuns a muitas abordagens empiricamente sustentadas. Parte do que é abarcado nos capítulos são intervenções vinculadas a processos comportamentais, tais como controle de estímulos, modelagem e manejo de contingências, bem como conceitos incorporados pela “terceira onda” como desfusão cognitiva, valores e mindfulness e, conceito da TCC como modificação de crenças centrais.

Assim, esse movimento da terapia comportamental estadunidense em retorno aos processos básicos pode facilitar a conexão entre produção de evidências em TAC em um modelo que contemple também processos e não somente resultados como forma de medida. O movimento das PBEP colocou a psicoterapia em mais destaque no cenário da saúde, mas ao mesmo tempo restringiu sua visão com intervenções focadas em diagnósticos psiquiátricos e diminuição de sintomas (Hayes & Hofmann, 2018). Isso oferece um distanciamento da compreensão da análise do comportamento, que entende que os diagnósticos psiquiátricos são pouco vantajosos para a avaliação e intervenção no comportamento problema, uma vez que, muitas vezes, focam em causas internas negligenciando as variáveis ambientais que instalaram e mantêm o comportamento (Banaco, Zamignani, & Meyer, 2010; Leonardi, Rubano, & Assis, 2010).

Há nos Estados Unidos, uma iniciativa do instituto nacional de saúde mental estadunidense - National Institute of Mental Health (NIMH) – que numa tentativa de oferecer uma solução para os problemas de nosologia associados ao DSM e ao CID-10 desenvolveu a *Research Domain Criteria* (RDoC), uma nova estrutura para classificar transtornos mentais

com base nas dimensões do comportamento observável e medidas neurobiológicas (Insel et al., 2010). Hofmann (2018) cita sobre o RDoC:

O objetivo declarado deste projeto é desenvolver um sistema de classificação para transtornos mentais baseado em dimensões biocomportamentais que atravessam as atuais categorias heterogêneas do DSM. A estrutura do RDoC assume que as disfunções nos circuitos neurais podem ser identificadas com as ferramentas da neurociência clínica, incluindo eletrofisiologia, neuroimagem funcional e novos métodos para quantificar as *conexões in vivo*. A estrutura pressupõe ainda que os dados da genética e da neurociência clínica resultarão em bio-assinaturas que podem aumentar os sintomas clínicos e os sinais usados para o manejo clínico. Por exemplo, no caso de transtornos de ansiedade, o praticante do futuro utilizaria dados de imagens funcionais ou estruturais, sequenciamento genômico e avaliações baseadas em laboratório de condicionamento e extinção do medo para determinar um prognóstico e tratamento apropriado (Insel et al., 2010). (p. 15)

Não será feita uma discussão aprofundada sobre RDoC no atual trabalho, no entanto, o autor (Hofmann, 2018) afirma que “ao combinar estratégias como RDoC, análise funcional, a abordagem de redes complexas e design longitudinal, os pesquisadores estão fazendo progressos na identificação dos processos centrais de mudança na psicoterapia e intervenção psicológica” (p. 18). Assim, pode ser uma possibilidade para os pesquisadores de TAC se atualizarem sobre o RDoC como uma alternativa ao DSM-V.

Por fim, a TAC tem um longo caminho a percorrer em termos de descrição da terapia por aqueles que a praticam e precisa sanar essa lacuna para que não tenha os impactos no ensino, na pesquisa e na prática que aqui foram descritos. A partir dos dados encontrados e das discussões estabelecidas, serão realizadas algumas sugestões para futuras descrições de TAC em introduções de textos empíricos que irão descrevê-la, a saber: (a) ao apresentar a terapia deixar claro quais são os pressupostos filosóficos e teóricos que embasam a TAC fazendo uma relação direta entre estes e as implicações para a compreensão e análise do caso e a prática do terapeuta; (b) procurar descrever a terapia em termos dos processos comportamentais envolvidos o máximo possível; (c) ao descrever procedimentos padronizados utilizar nomenclaturas já descritas na literatura e evitar nomenclaturas inexatas a não ser que esteja propondo um novo procedimento; (d) ao descrever respostas do terapeuta deixar o mais claro quanto possível diante de quais antecedentes, quais respostas devem ser emitidas pelos terapeutas e, quando houver, as consequências esperadas.

Essa descrição mais clara em termos de pressupostos, procedimentos, processos e resultados pode facilitar a compreensão do leitor e evitar equívocos sobre a prática àqueles que buscam a literatura empírica. No entanto essa prescrição não resolve a problemática da

sistematização da TAC, ela só descreve os elementos em termos de apresentação da prática.

Em termos da sistematização, Leonardi (2016) discute sobre a necessidade de criar um manual de TAC, para então provar sua eficácia. Uma melhor sistematização, certamente contribuiria para menores equívocos quanto a sua descrição. De acordo com o guia de Areán e Kraemer (2013) que mostra os passos de como fazer pesquisa de alta qualidade sobre psicoterapia, a sistematização de uma intervenção que já vem sendo praticada por um grupo de terapeutas é resumida por Leonardi (2016) da seguinte forma:

- (1) discussão com especialistas na intervenção para levantar os elementos centrais que a caracterizam;
- (2) observação de sessões realizadas pelos especialistas por meio de gravações, de modo a identificar os procedimentos que faltaram na descrição por parte deles;
- (3) elaboração da primeira versão do manual e análise daqueles e de outros especialistas para verificar se o texto realmente representa a intervenção – mudanças são realizadas até que haja consenso e uma versão final do manual possa ser elaborada;
- (4) comparação entre a intervenção orientada pelo manual com a intervenção sem o uso do manual, que tem por objetivo determinar se o manual a torna replicável. (p. 132)

Os esforços dos pesquisadores atuais em descrever com maior clareza o conteúdo já existente sobre TAC, somado a pesquisadores engajados na sistematização para produção de pesquisas de resultados, pode aproximar à TAC de se tornar uma prática baseada em evidências, seja no modelo vigente de PBEP seja “era” de evidências baseada em processos.

Sobre a presente pesquisa é importante salientar que foram lidas somente as introduções de textos empíricos com descrição de intervenções com resultados, então, trabalhos futuros poderiam realizar essa mesma análise com textos teóricos e/ou como já foi citado antes, incluir as pesquisas de processos. Uma vez que não estão incluídas todas as pesquisas empíricas da área não se pode generalizar os dados encontrados aqui para toda área. Outra limitação do estudo é que a extração dos textos foi realizada pela própria autora, o que é um viés inevitável. Na tentativa de minimizar esse viés, todas as categorizações dos trechos foram debatidas com outro pesquisador. Outro fator relevante é que todo o tratamento das informações se baseou na interpretação da pesquisadora, assim o procedimento adotado neste trabalho é idiossincrático e, não passível de replicação direta.

Estudos futuros poderiam comparar esses resultados com as descrições de TAC realizadas em pesquisas de processos e em textos teóricos. Essas comparações poderiam ainda, ser contrastadas a entrevistas com terapeutas com muito tempo de experiência em TAC, visando encontrar pontos convergentes e divergentes nas descrições a fim de avançar com uma descrição mais precisa e regular, para um maior avanço na área e favorecimento de pesquisas que avaliem sua eficácia.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo de Leonardi (2016) demonstraram que a TAC carece de evidências empíricas que comprovem ou rejeitem sua eficácia, tanto pela quantidade quanto pela qualidade dos trabalhos. A partir disso foram apresentadas pelo autor três opções aos terapeutas brasileiros, a saber: (1) utilizar a teoria da análise do comportamento como meio de se apropriarem das evidências de eficácia dos procedimentos de terapias empiricamente sustentadas; (2) adotar um dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica que já tiveram sua eficácia empiricamente comprovada; ou (3) desenvolver um manual de TAC a fim de identificar suas características definidoras para, então, testá-las empiricamente em pesquisas experimentais.

Este trabalho vem em favor da terceira opção sugerida, uma vez que o ponto principal de qualquer esforço para definir uma prática como “baseada em evidências” é começar com uma definição rigorosa da prática, e, que as práticas que são ambigualmente definidas não podem ser documentadas como baseadas em evidências (Horner & Kratochwill, 2012). Assim, este trabalho visou realizar uma análise crítica e contribuir com uma definição clara da terapia analítico-comportamental, bem como, colaborar com orientações para os autores sobre como definir mais claramente a TAC, a fim de auxiliar estudos futuros que visem a produção de testes empíricos em pesquisas experimentais que avaliem a sua eficácia.

Os dados encontrados mostraram que a TAC tem sido descrita da seguinte forma: (a) é uma terapia fundamentada nos pressupostos do Behaviorismo Radical e na Análise Experimental do Comportamento; (b) é definida principalmente pelos procedimentos que utiliza, sendo os principais a análise e avaliação funcional, modelagem e automonitoramento.; (c) se utiliza de alguns outros procedimentos tais como controle de estímulos, técnicas de análise do comportamento e técnicas não farmacológicas, mas não fica claro como realizá-los; (d) procedimentos mais relatados enquanto se define a TAC por esses autores foram categorizados como respostas inespecíficas do terapeuta que são emitidas em sessão e não são descritas passo a passo e padronizadas, tais como “levar o cliente a discriminar contingências” e “ajudar o cliente a manter contato com as consequências a longo prazo de seus comportamentos”; (e) a TAC também se define em termos de processos comportamentais, sendo discriminação e reforçamento os mais citados no processo terapêutico; e, (f) a TAC visa resultados diversos, mas todos de algum modo resultam em mudanças no comportamento do cliente que podem ser entendidas como mudanças no comportamento verbal e não verbal do cliente, mudanças no comportamento do cliente em relação ao próprio comportamento

chamadas de auto-observação, autoconhecimento e autocontrole, e resultados que visam adesão à terapia e psicoeducação.

Em geral as descrições apresentadas nas introduções foram consideradas pouco precisas por serem primordialmente descritas por procedimentos classificados como “respostas inespecíficas do terapeuta”. Esse resultado pode ter implicações desfavoráveis para ensino, pesquisa e para a prática clínica.

A partir dos dados encontrados sugere-se para futuras descrições de TAC em introduções de textos empíricos que irão descrevê-la: (a) ao apresentar a terapia deixar claro quais são os pressupostos filosóficos e teóricos que embasam a TAC fazendo uma relação direta entre estes e as implicações para a compreensão e análise do caso e a prática do terapeuta; (b) procurar descrever a terapia em termos dos processos comportamentais envolvidos o máximo possível; (c) ao descrever procedimentos padronizados utilizar nomenclaturas já descritas na literatura e evitar nomenclaturas inexatas, a não ser que esteja propondo um novo procedimento; (d) ao descrever respostas do terapeuta, deixar o mais claro quanto possível diante de quais antecedentes as respostas que devem ser emitidas pelos terapeutas e, quando houver, as consequências esperadas.

Salienta-se que foram lidas somente as introduções de textos empíricos com descrições de intervenções com resultado. Trabalhos futuros poderiam realizar essa mesma análise com textos teóricos e/ou incluir as pesquisas de processos.

Por fim, observa-se que a TAC tem um longo caminho a percorrer em termos de descrição da terapia por aqueles que a praticam e mostra-se relevante sanar essa lacuna para que não tenham impactos no ensino, na pesquisa e na prática, como afirma Guilhardi (2012):

Uma abordagem cresce e se desenvolve quando é criticada a partir de si mesma, sensível a cada palavra que possa trazer alguma contribuição, levando a extremos sua potencialidade conceitual e tecnológica e não descartando a priori potencialidades não exploradas. (p. 14)

Assim, esse trabalho procurou fazer uma análise crítica da própria área, propondo que uma descrição mais precisa pode favorecer avanços na área e viabilizar pesquisas que avaliem a eficácia da TAC, aproximando-a de testá-la como uma terapia empiricamente sustentada seja no modelo vigente de PBEP seja no modelo de evidências baseada em processos.

8. REFERÊNCIAS

- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist, 57*, 1052-1059.
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist, 61*, 271-285.
- Areán, P. A. & Kraemer, H. C. (2013). *High quality psychotherapy research: From conception to piloting to national trials*. Oxford University Press.
- Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W. & Oshiro, C. K. B. (no prelo). Cognitive Defusion in Acceptance and Commitment Therapy: What Are the Basic Processes of Change. *The Psychological Record*.
- Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1968). Reinforcer sampling: a technique for increasing the behavior of mental patients. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 13-20.
- Baer, D. M., Wolf, M. M. & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 91-97.
- Banaco, R. A. (1999). O acesso a eventos privados na prática clínica: Um fim ou um meio? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 1*, 135-142.
- Banaco, R. A. (2001). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (pp. 75-82). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1999)
- Banaco, R. A., Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2010). Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 175-191). São Paulo: Roca.
- Barbosa, J. I. C., & Borba, A. (2010). O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 12*, 60-79.
- Batista, C. G., Ferrari, E. M. & Lalon, D. T. (2005). Luiz Otávio de Seixas Queiroz: Um pioneiro da análise do comportamento no Brasil. *Revista Brasileira de Análise do comportamento, 1*, 269-273.
- Bellodi, A. C. (2011). *Terapia comportamental no Brasil: História de terapeutas* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Callaghan, G. M. & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology, 2*, 60-64.

- Catania, A. C. (2007). *Learning* (4a ed. interim). Cornwall-on-Hudson: Sloan Publishing.
- Costa, N. (2011). O surgimento de diferentes denominações para a terapia comportamental no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13, 46-57.
- Critchfield, T. S. (2014). Punishment: Destructive force or valuable social “adhesive”? *Behavior Analysis in Practice*, 7, 36-44.
- Darwin, C. (2000). *A origem das espécies*. São Paulo: Hermus. (Trabalho original publicado em 1859).
- de Rose, J. C. C. (1997). O relato verbal segundo a perspectiva da análise do comportamento: contribuições conceituais e experimentais. Em R. A., Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 148-163). São Paulo: Arbytes.
- de-Farias, A. K. C. R. (Org.) (2010). *Análise comportamental clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso*. Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, G. (2011). *Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis*. (Tese de Doutorado), Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Del Prette, G. & Almeida, T. A. C. (2012). O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analíticocomportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 147-159). Porto Alegre: Artmed
- Delitti, M. (2001). Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental* (pp. 35-42). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E., & Sternberg, R. J. (Orgs.). (2006). *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. Washington: American Psychological Association.
- Guilhardi, H. J. & Queiroz, P. B. P. S. (2001). A análise funcional no contexto terapêutico o comportamento do terapeuta como foco da análise. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental* (pp. 43-93). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Guilhardi, H. J. (2003). *Tudo se deve às conseqüências...* Disponível em http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/helio/tudo_consequencias.pdf
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por Contingências de Reforçamento. Em Cristiano Nabuco de Abreu e Hélio José Guilhardi (Orgs.). *Terapia Comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas* (pp. 3-40). São Paulo: Roca.

- Guilhardi, H. J. (2012). *Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil*. Retirado de: <http://www.itrcampinas.com.br/txt/terceiraonda.pdf>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G. (2018). Future Directions in CBT and Evidence-Based Therapy. Em Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. (Orgs.), *Process Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 427-440). Oakland, CA: Context Press.
- Hayes, S. C., Rincover, A., & Solnick, J. V. (1980). The technical drift of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 275-285.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hofmann, S. G. (2018). The History and Current Status of CBT as an Evidence-Based Therapy. Em Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. (Orgs.), *Process Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 7-22). Oakland, CA: Context Press.
- Holland, J. G. (1978). Behaviorism: Part of the problem or part of the solution? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 163-174.
- Horner, R. H. & Kratochwill, T. R. (2012). Synthesizing single-case research to identify evidence-based practices: Some brief reflections. *Journal of Behavioral Education*, 21, 266-272.
- Hubner, M. M. C. (1997). O que é comportamento verbal? Em R. A., Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 135-137). São Paulo: Arbytes.
- Ingberman, Y. K. (2001). Análise funcional de um caso de depressão. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental* (pp. 196-199). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Iwata, B. A. (1991). Applied behavior analysis as technological science. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 421-424.
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park Press.
- Klepac, R. K., Ronan, G. F., Andrasik, F., Arnold, K. D., Belar, C. D., Berry, S. L., ... & Herbert, J. D. (2012). Guidelines for cognitive behavioral training within doctoral psychology

- programs in the United States: Report of the Inter-organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. *Behavior Therapy*, 43, 687-697.
- Kohlenberg, R. J., Bolling, M. Y., Kanter, J. W., & Parker, C. R. (2002). Clinical behavior analysis: where it went wrong, how it was made good again, and why its future is so bright. *The Behavior Analyst Today*, 3, 248-253.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1991)
- Laraway, S., Snyckerski, S., Michael, J., & Poling, A. (2003). Motivating operations and terms to describe them: Some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 407-414.
- Laurenti, C., Lopes, C. E. & Araujo, S. F. (2016). Metodologia da pesquisa conceitual em psicologia. In C. Laurenti, C. E. Lopes, & S. F. Araujo (Orgs.), *Pesquisa teórica em psicologia: aspectos filosóficos e metodológicos*. São Paulo: Hogrefe.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35, 1139-1156.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2016). Evidências de eficácia e o excesso de confiança translacional da análise do comportamento clínica. *Temas em Psicologia*, 24, 1465-1477.
- Leonardi, J. L., Borges, N. B. & Cassas, F. A. (2012). Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 105-109). Porto Alegre: Artmed.
- Leonardi, J. L., Rubano, D. R. & Assis, F. R. P. (2010). Subsídios da análise do comportamento para avaliação de diagnóstico e tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no âmbito escolar. Em Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.), *Medicalização de crianças e adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 111-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Leonardi, J. L. (2016). *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica* (Tese de Doutorado), Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Leonardi, J. L. (2017). Reflexões sobre a terapia analítico-comportamental no contexto da prática baseada em evidências e possibilidades de atuação em análise do comportamento clínica. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 25, 206-227

- Lindsley, O., Skinner, B. F., & Solomon, H. C. (1953). *Studies in behavior therapy (Status Report II)*. Waltham, MA.: Metropolitan State Hospital.
- Linehan, M. M. & Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.
- Lopes, C. E. (2008). Uma proposta de definição de comportamento no behaviorismo radical. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10, 1-13.
- Marçal, J. V., & Dutra, A. (2010, setembro). Terapia molar e de autoconhecimento. Mini-curso ministrado no XIX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Campos do Jordão, SP.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W. W. Norton & Co.
- Marx, M. H., & Hillix, W. A. (1973). *Sistemas e teorias em psicologia* (16ª ed.). São Paulo: Cultrix.
- Matos, M. A. (1995). *O behaviorismo metodológico e suas relações com o mentalismo e o behaviorismo radical*. Retirado de <http://www.itrcampinas.com.br/txt/behaviorismometodologico.pdf>
- Matos, M. A. (1998). Contingências para a Análise Comportamental no Brasil. *Psicologia USP*, 9, 89-100.
- Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 16, 8-18.
- Medeiros, C. A. D. (2002). Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 4, 105-118.
- Medeiros, C. A. (2010, setembro). Psicoterapia comportamental pragmática (PCP): Uma abordagem menos diretiva. Minicurso ministrado no XIX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Campos do Jordão, SP.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P. & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17, 758-764.
- Meyer, S. B. (1995) *Quais os requisitos para que uma terapia seja considerada comportamental?* Retirado de <http://www.inpaonline.com.br/artigos>.
- Meyer, S. B. (1998). Análise funcional como prerrogativa do clínico comportamental. *Integração: Ensino, Pesquisa e Extensão*, 4, 26-28.
- Meyer, S. B. (2000). Mudamos, em terapia verbal, o controle de estímulos? *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 8, 215-225.

- Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. Em C. E. Costa, J. C. Luzia & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 75-91). Santo André: Esetec.
- Meyer, S. B. (2004). Processos comportamentais em psicoterapia Vol. 4. Em A. C. Cruvinel, A. L. F. Dias e E. N Cillo (Orgs.) *Ciência do Comportamento – Conhecer e Avançar*, (pp. 151-157). Santo André: ESETec.
- Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S. & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 153-174). São Paulo: Roca.
- Meyer, S. B., Oshiro, C., Donadone, J. C., Mayer, R. C. F., & Starling, R. (2008). Subsídios da obra Comportamento Verbal de BF Skinner para a terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10, 105-118.
- Meyer, S. B., Villas-Bôas, A., Franceschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyama, M., Rossi, P. R., & Mangabeira, V. (2015). *Terapia Analítico-Comportamental: relato de casos & de análises*. São Paulo, SP: Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.
- Millenson, J. R. (1975). *Princípios de Análise do Comportamento*. Brasília, DF: Thesaurus. (Trabalho original publicado em 1967)
- Moore, J. (2008). *Conceptual foundations of radical behaviorism*. Cornwall-on-Hudson: Sloan.
- Moskorz, L., Kubo, O. M., Luca, G. G. D., & Botomé, S. P. (2012). Um exame dos fundamentos para diferentes denominações das intervenções do analista do comportamento em contexto clínico. *Acta Comportamentalia*, 20, 343-365.
- Neno, S. (2003). Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 5, 151-165.
- Neno, S. (2005). *Tratamento padronizado: Condicionantes históricos, status contemporâneo e (in)compatibilidade com a terapia analítico-comportamental* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
- Neto, M. B. C. (2002). Análise do comportamento: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6, 13-18.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.). (2006). *Evidence-based practice in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington: American Psychological Association.
- Oshiro, C. K. B., Kanter, J., & Meyer, S. B. (2012). A Single-Case Experimental Demonstration of Functional Analytic Psychotherapy with Two Clients with Severe Interpersonal Problems. *International Journal of Behavior Consultation and Therapy*, 7, 111-116.

- Pereira, M. G. (2012). A introdução de um artigo científico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21, 675-676.
- Pérez-Álvarez, M. P. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid, ESP: Editorial Biblioteca Nueva.
- Rangé, B., Guilhardi, H. J., Kerbauy, R. R., Falcone, E. M. O. & Ingberman, Y. K. (1995). Ensino, treinamento e formação em psicoterapia comportamental e cognitiva. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicação e problemas*. (pp.331-351). Campinas: Editorial Psy.
- Ribes-Iñestra, E. (1972). Methodological remarks on a delinquency prevention and rehabilitation program. Em S. Bijou & E. Ribes-Iñestra (Org.), *Behavior modification: Issues and extensions*. (pp.85-86). New York: Academic Press.
- Rutherford, A. (2010). *Profile of Mary Cover Jones. Psychology's Feminist Voices Multimedia Internet Archive*. Retirado de <http://www.feministvoices.com/mary-cover-jones/>
- Sampaio, A. A. S., Azevedo, F. H. B., Cardoso, L. R. D., Lima, C., Pereira, M. B. R. & Andery, M. A. P. A. (2008). Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. *Interação em Psicologia*, 12, 151-164.
- Sampaio, A. A. S. & Andery, M. A. P. A. (2012). Seleção por consequências como modelo de causalidade e a clínica analítico-comportamental. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 77-86). Porto Alegre: Artmed.
- Schlinger Jr, H. D. (2017). The importance of analysis in applied behavior analysis. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 17, 334.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2007). *História da psicologia moderna*. São Paulo: Thomson Learning.
- Sério, T. M. A. P., Andery, M. A. P. A., Gioia, P. S. & Micheletto, N. (2004). Os conceitos de discriminação e generalização. Em T. M. A. P. Sério, M. A. P. A. Andery, P. S. Gioia & N. Micheletto (Orgs.), *Controle de estímulos e comportamento operante: Uma (nova) introdução* (pp. 7-24). São Paulo: Educ.
- Sério, T. M. A. P., Micheletto, N. & Andery, M. A. P. A. (2007). O comportamento como objeto de estudo. *Ciência: Comportamento e Cognição*, 1, 17-24.
- Sidman, M., & Tailby, W. (1982). Conditional discrimination vs. matching-to-sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 261-273.
- Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior: A research story*. Boston: Authors Cooperative.
- Sidman, M. (2011). *Coerção e suas implicações*. Campinas, São Paulo: Livro Pleno. (Trabalho original publicado em 1989)

- Silva, M. C. A. (2012). *Metáfora e terapia analítico-comportamental: Revisão de estudos brasileiros e verificação de seus prováveis efeitos* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.
- Silva, M. C. A. & Silveira, J. M. (2017). Verificação dos prováveis efeitos da metáfora em um processo terapêutico analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19, 4-17.
- Skinner (1938). *The behavior of the organisms: An experimental analysis*. New York: Appleton-Century-Corfts.
- Skinner, B. F. (1963). Operant behavior. *American Psychologist*, 18, 503-515.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. New York: Free Press. (Trabalho original publicado em 1953).
- Skinner, B. F. (1969). The inside story. Em B. F. Skinner (Org.), *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis* (pp. 269-297). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Knopf.
- Skinner, B. F. (1978). *O comportamento verbal*. São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado 1957).
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504.
- Skinner, B. F. (1988). Selection by consequences. Em A. C. Catania & S. Harnad (Orgs.), *The selection of behavior: The operant behaviorism of B. F. Skinner: Comments and consequences* (pp. 11-76). New York: Cambridge University Press. (Trabalho original publicado em 1981).
- Skinner, B. F. (2009). *Walden II: uma sociedade do futuro*. São Paulo: EPU. (Trabalho original publicado 1978).
- Souza, M. T., da Silva, M. D., & de Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8, 102-6.
- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Thompson, W. G., Cook, D. A., Clark, M. M., Bardia, A., & Levine, J. A. (2007). Treatment of obesity. *Mayo Clinic Proceedings*, 82, 93-102.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Oakland: New Harbinger.
- Tourinho, E. Z. & Cavalcante, S. N. (2001). Por que terapia analítico-comportamental? *ABPMC Contexto*, 23, 10.

- Tourinho, E. Z. (1999). Estudos conceituais na análise do comportamento. *Temas em Psicologia da SBP*, 7, 213-222.
- Tourinho, E. Z. (2009). *Subjetividade e relações comportamentais*. São Paulo: Núcleo Paradigma.
- Ulian, A. L. A. D. O. (2007). *Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental: subsídios para a formação* (Tese de Doutorado), Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos? *Boletim Contexto ABPMC*, 34, 33-41.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158-177.
- Wolf, M. M., Risley, T., & Mees, H. (1965). *Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child*. In *Case studies in behavior modification* (pp. 138-145). Holt, Rinehart and Winston New York.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

APÊNDICE 1

EXEMPLOS DE CATEGORIZAÇÃO DOS TRECHOS SELECIONADOS

TRECHO	CATEGORIA	RECORTE
Com a ajuda do terapeuta, o comportamento do cliente de descrever as contingências das quais seu comportamento é função passa a ficar mais preciso, apresentando melhor autoconhecimento	Resposta do terapeuta	ajudar o cliente a identificar formas alternativas de comportamento e suas possíveis consequências reforçadoras
	Resultado	melhor autoconhecimento: maior precisão do comportamento [do cliente] de descrever as contingências das quais seu comportamento é função
Clínica analítico-comportamental é o termo atribuído a uma prática clínica em que o profissional se baseia nos princípios advindos da Análise do Comportamento e na filosofia do Behaviorista Radical	Pressupostos	Behaviorismo Radical
	Pressupostos	Análise do Comportamento
O terapeuta também pode treinar o cliente para desenvolver o repertório de formular auto-regras adequadas através da modelagem de descrições feitas pelo próprio cliente que correspondam às contingências que ele está exposto.	Procedimento	Modelagem
	Resultado	desenvolvimento de repertório de formular autorregras adequadas
[...] definiu que cada comportamento do terapeuta poderia servir como um estímulo reforçador, ou como um estímulo discriminativo, para comportamentos do cliente.	Processo	Comportamento do terapeuta pode servir como estímulo reforçador para o comportamento do cliente
	Processo	Comportamento do terapeuta pode servir como estímulo discriminativo para o comportamento do cliente