



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

THALLYSSA RAQUEL SOARES ALVES

**TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL:**  
contribuições para a sistematização

São Luís

2019

**THALLYSSA RAQUEL SOARES ALVES**

**TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL:**  
contribuições para a sistematização

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

**Linha de Pesquisa:** Clínica e Avaliação Psicológica

**Orientadora:** Dra. Nazaré Costa

São Luís

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Alves, Thallyssa Raquel Soares.

Terapia Analítico-Comportamental : contribuições para a  
sistematização / Thallyssa Raquel Soares Alves. - 2019.  
68 f.

Orientador(a): Nazaré Costa.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em  
Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, São Luís  
- MA, 2019.

1. Análise do comportamento clínica. 2.  
Sistematização. 3. Terapia analítico-comportamental. I.  
Costa, Nazaré. II. Título.

**THALLYSSA RAQUEL SOARES ALVES**

**TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL:**  
contribuições para a sistematização

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

**Linha de Pesquisa:** Clínica e Avaliação Psicológica

Aprovada em: 28/06/2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Nazaré Pereira da Costa (Orientadora)  
Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento (UFPA)  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Catarina Malcher  
Doutora em Psicologia (UFSCar)  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi  
Doutor em Psicologia Clínica (USP)  
Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento

## AGRADECIMENTOS

À, **Nazaré Costa**, minha orientadora, agradeço por cada um dos papéis que exerce em minha vida. Obrigada pelo companheirismo, confiança, pela paciência, por sempre acreditar e comprar minhas ideias malucas ao longo dos anos.

Aos professores **Jan Luiz Leonardi** e **Ramon Alcântara**, pelas contribuições inestimáveis feitas durante o exame de qualificação. Naza e eu fomos muito felizes nessa escolha.

Agradeço à **Valentina Almada Lima**, **Renata Barreto** e **Luiza Vieira** por tornarem as atividades do mestrado menos solitárias e mais divertidas.

Às amigas **Ryasmin Santos**, **Vanessa Martins**, **Raissa Cunha**, por validarem minhas angústias e me empurrarem para a mudança.

À **Roseanne Bressan**, que mesmo distante, se fez presente em todas as etapas de construção deste trabalho. Obrigada por me ouvir, me ajudar a pensar, pelas discussões e ideias de futuras pesquisas que surgiram nos nossos reencontros em Sampa.

Agradeço à **Anakin** e **Suri**, meus gatos, por deitarem em cima dos livros e teclado do notebook quando eu realmente precisava parar.

À **Netflix**, **HBO** e **Freddie Mercury**, por ajudarem os felinos na prevenção de um *burnout*.

O presente trabalho foi realizado com apoio da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)** – Código de Financiamento 001. Obrigada!

*Transmita o que aprendeu.  
Força, mestria, mas fraqueza, insensatez,  
fracasso também. Sim, fracasso acima de tudo.  
O maior professor, o fracasso é. Luke, nós somos o  
que eles crescem além. Esse é o verdadeiro fardo de  
todos os mestres.*

*Yoda*

## RESUMO

Com o crescente movimento da Prática Baseada em Evidências em Psicologia emergem preocupações com a sustentação empírica da prática do psicólogo clínico. Estudos recentes demonstraram que a Terapia Analítico-Comportamental (TAC), prática exclusivamente brasileira, carece de evidências empíricas que a sustentem, além disso, o fato de nunca ter sido sistematizada no formato de um manual de intervenções torna sua replicação inviável e, conseqüentemente, a impede de ser empiricamente testada. Observa-se também uma pluralidade do cenário das terapias comportamentais no Brasil, onde diferentes nomenclaturas vêm sendo utilizadas para práticas que possuem mais similaridades que diferenças, o que pode estar dificultando a clarificação da identidade do terapeuta analítico-comportamental. Neste sentido, esta pesquisa se propôs a contribuir com o processo de sistematização da TAC, identificando as suas características centrais, como elaboração da análise de contingências, objetivos terapêuticos e técnicas, junto aos terapeutas responsáveis pelo seu desenvolvimento. Na primeira fase desta pesquisa foi feito um levantamento junto à terapeutas comportamentais de diferentes regiões do país de modo a elaborar uma lista com 20 nomes de outros terapeutas que melhor representassem a TAC. Na segunda fase, três terapeutas citados na lista realizaram o preenchimento de dois questionários, o primeiro de caracterização pessoal dos participantes contendo questões sociodemográficas, como sexo e idade, além de questões referentes à formação e atuação profissional, tais como áreas nas quais atua e modelo terapêutico predominantemente utilizado; o segundo questionário continha três questões e visava compreender a prática dos terapeutas analítico-comportamentais a partir da apresentação de um caso clínico e formulação de análise de contingências, objetivos terapêuticos e técnicas que o terapeuta utilizaria diante do caso. Os resultados demonstraram, sobre a elaboração de análise de contingências, que as formas de apresentação acompanham, no geral, a evolução dos modelos apresentados na literatura sobre o instrumento; que os objetivos terapêuticos formulados apresentaram similaridades e diferenças e, em se tratando das técnicas mencionadas, notou-se a insuficiência da descrição de procedimentos claros. Concluiu-se que a prática dos terapeutas reflete a ausência de um manual-base para a prática da TAC e que terapeutas analítico-comportamentais, de modo geral, podem estar atuando de formas muito distintas frente aos mesmos problemas clínicos.

Palavras chave: terapia analítico-comportamental; análise do comportamento clínica; sistematização.

## ABSTRACT

With the growing movement of evidence-based practice in psychology, there are concerns about the empirical support of the clinical psychologist's practice. Recent studies have shown that the exclusively Brazilian practice of Behavioral-Analytic Therapy (TAC) lacks empirical evidence to support it, moreover, the fact that it has never been normalized in the format of an intervention manual makes its replication impracticable and, consequently, prevents it from being empirically tested. It is also observed a plurality of the behavioral therapy scenario in Brazil, where different names have been used for practices that have more similarities than differences, which may be making it difficult to clarify the analytic-behavioral therapist's identity. In this sense, this research proposed to contribute to the normalization process of the TAC, identifying its main characteristics, such as the elaboration of the contingencies analysis, therapeutic objectives and techniques, in partnership with the therapists responsible for its development. In the first phase of this research, a survey was made with behavioral therapists from different regions of the country in order to create a list of 20 names of other therapists that best represented the TAC. In the second phase, three therapists mentioned in the list filled two forms, the first one of personal characterization of the participants containing sociodemographic questions, such as sex and age, as well as questions related to education and career, such as areas in which they work and therapeutic model mainly used; the second form contained three questions and aimed to understand the practice of analytical-behavioral therapists from the presentation of a clinical case and formulation of contingencies analysis, therapeutic objectives and techniques that the therapist would use in the case. The results showed, on the elaboration of contingency analysis, that the forms of presentation follow, in general, the evolution of the models presented in the literature about the instrument; that the formulated therapeutic objectives presented similarities and differences and, in the case of the mentioned techniques, the insufficiency of the description of clear procedures was noted. It was concluded that the practice of therapists reflects the absence of a basic manual for the practice of TAC, and that behavioral-analytic therapists, in general, may be acting in very different ways against the same clinical problems.

Keywords: behavioral-analytic therapy; analysis of clinical behavior; systematization.



**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Número absoluto de participantes por tempo de atuação na clínica .....	37
Figura 2. Número absoluto do tipo de qualificação informada pelos participantes .....	37
Figura 3. Número absoluto de participantes por região de atuação.....	38

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Comportamentos-problema apontados pelos participantes a partir do caso clínico.	39
Tabela 2. Análises de contingências elaboradas por P1 .....	40
Tabela 3. Análises de contingências elaboradas por P2 .....	40
Tabela 4. Análises de contingências elaboradas por P3 .....	41

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
BA	Ativação Comportamental
BACB	Behavior Analyst Certification Board
DBT	Terapia Comportamental Dialética
FAP	Psicoterapia Analítica Funcional
PBEP	Prática Baseada em Evidências em Psicologia
PCP	Psicoterapia Comportamental Pragmática
REDETAC	Rede de Colaboração Interinstitucional para a Pesquisa e o Desenvolvimento das Terapias Analítico-Comportamentais
TAC	Terapia Analítico-Comportamental
TCR	Terapia por Contingências de Reforçamento
TMA	Terapia Molar e de Autoconhecimento

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. SISTEMATIZAÇÃO .....	13
2. A TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL .....	16
2.1. A Construção da Terapia Analítico-Comportamental .....	16
2.2. Estratégias da Terapia Analítico-Comportamental.....	21
2.3. A Aproximação entre TAC e Modelos Internacionais .....	25
2.4. Análise de Contingências.....	26
3. MÉTODO.....	33
3.1. Participantes.....	33
3.2. Instrumentos e materiais .....	33
3.3. Procedimento .....	34
3.3.1. Fase 1: Elaboração da lista de terapeutas representativos da TAC .....	34
3.3.2. Fase 2: coleta de dados junto aos terapeutas representativos da TAC.....	35
3.4. Análise de dados .....	36
3.5. Considerações éticas .....	36
4. RESULTADOS.....	37
4.1. Fase 01 .....	37
4.2. Fase 02 .....	38
5. DISCUSSÃO.....	43
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS .....	52
APÊNDICES .....	59

## INTRODUÇÃO

A Análise do Comportamento, enquanto ciência, continuamente está desenvolvendo novas tecnologias e atualizando-se. Desta forma, parece natural esperar que a postura dos profissionais que a utilizam como base para sua atuação esteja em consonância ao movimento da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP). Esse movimento visa modificar a prática dos profissionais, para que estes, ao optar por um tratamento, baseiem sua escolha em três elementos: (1) as melhores evidências em pesquisa científicas existentes para determinada condição; (2) perícia clínica, ou seja, o repertório profissional do próprio terapeuta; (3) características, cultura e preferências do cliente (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2006).

Segundo Leonardi (2016), dentre as terapias comportamentais, incluindo as de terceira geração, apenas a Terapia Comportamental Dialética (do inglês, *Dialectical Behavior Therapy* — DBT) e a Ativação Comportamental (do inglês, *Behavioral Activation* — BA) possuem evidências empíricas rigorosas sobre sua eficácia para Transtorno da Personalidade Borderline e Transtorno Depressivo Maior, respectivamente, enquanto a Terapia de Aceitação e Compromisso (do inglês, *Acceptance and Commitment Therapy* — ACT), apesar do grande número de estudos realizados, vem pecando em questões metodológicas, o que não permite concluir se, e para que, é eficaz. O autor, através de uma revisão integrativa de 54 estudos empíricos (nos quais foram encontrados 72 casos) que avaliou categorias como método de pesquisa, procedimentos utilizados, eficácia, medidas de resultado, etc., sobre a Psicoterapia Analítica Funcional (do inglês, *Functional Analytic Psychotherapy* — FAP) e a Terapia Analítico-Comportamental (TAC), concluiu que ambas carecem de evidências empíricas que sustentem sua eficácia, além de não possuir evidências acerca de sua efetividade, afinal, a mera transposição de princípios comportamentais empiricamente sustentados não confere à modalidade o mesmo status. Como agravante tem-se que a TAC, prática exclusivamente brasileira (COSTA, 2011; GUILHARDI, 2003; TOURINHO; CAVALCANTE, 2001), nunca foi sistematizada no formato de um manual de intervenções, o que torna sua replicação inviável e, conseqüentemente, a impede de ser empiricamente testada (LEONARDI, 2016).

Há também um movimento crescente de discussão sobre a certificação de analistas do comportamento no Brasil, prática já instituída nos Estados Unidos da América (EUA) e cujos profissionais estão submetidos ao Código de Disciplina Profissional e Ética para analistas do

comportamento desenvolvido em 2014 pela organização responsável por conferir essa certificação, a *Behavior Analyst Certification Board* (BACB), e publicado em 16 idiomas diferentes. Esse código traz diretrizes claras sobre limites aos quais o analista do comportamento está sujeito, tais como oferecer apenas serviços para os quais já houve estudo, treino e supervisão apropriados; outro ponto importante diz respeito ao direito que a população tem a um tratamento eficaz e empiricamente sustentado (BEHAVIOR ANALYST CERTIFICATION BOARD, 2016), de modo que, caso essas diretrizes sejam adotadas no contexto brasileiro, terapeutas analítico-comportamentais estarão em conflito direto com o que está prescrito.

Considera-se que a comunidade de analistas do comportamento brasileira muito tem a ganhar com a caracterização da TAC, uma vez que esse movimento pode produzir conhecimentos capazes de dar maior sustentação aos terapeutas que desejem adotar esse modelo – tanto aos iniciantes, que carecem de uma melhor descrição, operacionalização e sistematização dos procedimentos utilizados, quanto àqueles mais experientes, que poderão ter parâmetros para melhor refletir sua prática e oferecer um serviço de qualidade para a comunidade que dele necessita.

Embora exista uma proposta de integração dos modelos da terceira geração a partir de quatro modelos baseados em: (1) combinação de componentes de diferentes manuais; (2) adoção de instrumentos de um manual por outro; (3) adoção de modelos conceituais de um manual por outro; (4) integração de componentes de um manual por um manual-base; este é um terreno ainda pouco explorado no contexto das pesquisas empíricas em terapias comportamentais (ABREU; ABREU, 2017; CALLAGHAN; DARROW, 2015) e considerando que a TAC não se encontra sistematizada em formato de um manual, torna-se ainda mais desafiador pensar em uma combinação com outros modelos. Um contraponto a essa proposição pode ser encontrado em Guilhardi (2012) que afirma que as terapias comportamentais da terceira geração se afastam das demais práticas baseadas na Análise do Comportamento não só pela linguagem incompatível ao vocabulário operante, mas por falta de descrição tecnológica daquelas práticas e pelo fato dos “fenômenos comportamentais que ocorrem no processo terapêutico não se inserirem num referencial conceitual da análise do comportamento” (p. 11), sugerindo assim que há um distanciamento de tais modelos com o que vem sendo praticado no Brasil.

A sugestão de Leonardi (2016) é a de que terapeutas comportamentais brasileiros devem optar ou pela adoção de um modelo terapêutico internacional (e caso escolham FAP ou ACT devem contribuir para a produção de evidências que as sustentem), ou sistematizar a TAC para

que no futuro ela possa vir a ser experimentalmente testada. Este parece ser o caminho adotado recentemente por um grupo de terapeutas brasileiros, que através da criação da Rede de Colaboração Interinstitucional para a Pesquisa e o Desenvolvimento das Terapias Analítico-Comportamentais (REDETAC) busca o desenvolvimento e a produção de evidências desses modelos. Segundo Areán e Kraemer (2013), a sistematização e/ou manualização de uma terapia que já vem sendo praticada deve seguir alguns passos, sendo o primeiro deles a discussão com especialistas na intervenção para levantar os elementos centrais que a caracterizam. Nesse sentido, o presente estudo visou colaborar para a sistematização da TAC através do levantamento de suas características centrais junto a terapeutas que contribuíram para o surgimento e desenvolvimento desse modelo.

## 1. SISTEMATIZAÇÃO

O termo sistematização é frequente no vocabulário científico, porém, ao tentar defini-lo percebe-se que há carência de uma compreensão mais precisa em torno do seu significado. As ideias sobre sistematização podem estar relacionadas a um projeto de investigação, um instrumento de avaliação ou uma lista ordenada de atividades a serem realizadas, convertendo-se, por vezes, em algo misterioso, que não se sabe como definir (JARA, 2006).

Brunelli (2014) afirma que a sistematização é um passo inicial em uma pesquisa e que pode ser descrita como o processo organizado de reflexão sobre uma experiência, através da acumulação de informação e conhecimento, podendo ser vista também como uma interpretação conceitual da prática, onde é desenvolvida uma conexão lógica entre um fenômeno, seu contexto e os conceitos teóricos envolvidos. A sistematização seria, portanto, uma interpretação crítica de experiências que, através da organização e reconstrução de todos os elementos, traz à luz a lógica do processo, as variáveis envolvidas e como estas interagem na produção de um determinado evento. Jara (2006) ressalta que quando se fala de sistematização trata-se de um exercício que se refere, necessariamente, a experiências práticas e concretas. Ao sistematizar, ordena-se a experiência, descrevendo-a de forma estruturada e de modo a compreendê-la no contexto, esclarecendo ainda como se chegou a determinado resultado e por que estes ocorreram em detrimento de outros. Esse processo permite tornar nossas experiências comunicáveis e replicáveis (BRUNELLI, 2014).

Sistematizar não é um fim em si mesmo, mas torna-se necessário por facilitar a transferência e propagação de conhecimentos, além de permitir a busca de novas soluções para problemas. Compreender um fenômeno e o processo por trás dele permite melhorar a intervenção sobre algo e, não só aprender com os erros, mas ensinar sobre eles. Sendo assim, pode-se dizer que, em última instância, a finalidade última do processo de sistematizar é comunicar, tornar acessível determinada prática às outras pessoas, para que assim seja construído um espaço de comparação e confronto entre diferentes experiências (BRUNELLI, 2014).

De modo geral, autores destacam alguns aspectos centrais sobre o conceito de sistematização: 1) reconstrução ordenada e organizada da experiência; 2) processo produtor de conhecimento; 3) conceitualização da prática para dar coerência a todos os seus elementos (ANTILLÓN, 1991; JARA, 2006; MARTINIC, 1989).



O conceito de sistematização parece se relacionar a outro muito importante considerando o contexto clínico, o de manualização. A importância do desenvolvimento e seguimento de um manual é apontada por Areán e Kraemer (2013) quando colocam que é através dele que se garantirá que diferentes terapeutas estão administrando o mesmo tratamento e que este está sendo conduzido corretamente, além de possibilitar, em caso de sucesso, a replicação de intervenções terapêuticas por outros. Diante da relevância do tema, as autoras apontam diferentes caminhos a serem tomados para a criação de um manual a depender se este será sobre uma nova intervenção ou à uma intervenção já existente.

A formulação de um manual para uma nova intervenção deve seguir alguns passos: 1) criação de um rascunho do manual; 2) teste do manual com aproximadamente cinco estudos de caso; 3) modificação do manual com base nos resultados obtidos; 4) repetição do teste em mais 10 ou 15 estudos de caso; 5) finalização do manual. Um ponto importante consiste no *feedback* sobre o rascunho desenvolvido, que deve vir através da discussão entre especialistas da área, apontando-se diversas alternativas de como isso pode ocorrer. Sobre o desenvolvimento do rascunho, ele deve, inicialmente, ser capaz de responder perguntas como: No que consiste o tratamento? Qual é o resultado pretendido? Qual é, hipoteticamente, o mecanismo de mudança? Quais são as técnicas específicas que paciente e terapeuta necessitam se engajar para produzir mudanças? Qual o tempo previsto para a mudança ocorrer? Com que frequência terapeuta e paciente precisam se encontrar? Onde deve ocorrer o tratamento e quais as limitações que podem surgir? Que ferramentas, recursos e habilidades são necessários para o tratamento ser efetivo? (AREÁN; KRAEMER, 2013).

Quando se trata de uma intervenção que já vem sendo utilizada por uma comunidade de terapeutas, o processo de manualização deve seguir um processo diferente: 1) Discussão entre especialistas naquele tratamento sobre as estratégias centrais e elementos do tratamento; 2) Observação dos especialistas administrando a intervenção até que novas informações não sejam mais obtidas; 3) Escrita do manual; 4) Comparação da prática do tratamento seguindo o manual com a prática do tratamento sem o manual (AREÁN; KRAEMER, 2013). O primeiro passo parece simples, afinal, se terapeutas são especialistas na intervenção, deverão concordar sobre os elementos centrais que tornam a mesma efetiva. Contudo, na experiência das autoras, apesar dos especialistas concordarem sobre os conceitos gerais, eles ocasionalmente discordam sobre seu funcionamento ou quais componentes são os mais importantes. Para isso sugerem a utilização do método Delphi (AREÁN; KRAEMER, 2013).

O método Delphi é uma técnica qualitativa de coleta de dados que permite obter consenso confiável entre a opinião de um grupo de especialistas sobre determinado assunto através de inquérito repetido (AREÁN; KRAEMER, 2013; GEIST, 2010; REGUANT-ÁLVAREZ; TORRADO-FONSECA, 2016; REVOREDO et al., 2015). Esse método pode ser especialmente útil quando reuniões presenciais se tornam inviáveis, quer seja pelo custo financeiro ou pelo tempo dispendido a depender do número de participantes, ajudando também a diminuir vieses, uma vez que, como o inquérito é feito de forma anônima, minimiza a liderança ou influência que um ou outro membro do grupo pode exercer sobre a opinião dos demais (CABERO; INFANTE, 2014). Devido à sua acessibilidade e vantagens, vem sendo utilizado nas mais diversas áreas de pesquisa, inclusive na prática clínica (REVOREDO et al., 2015).

Para obter consenso com o método Delphi, inicialmente, a partir do problema para o qual se deseja encontrar uma resposta, devem ser formulados objetivos claros e dispostos, geralmente, no formato de questionário; é necessário também a formação de um grupo de especialistas, utilizando o critério de representatividade, ou seja, priorizando a qualidade no lugar da quantidade (REGUANT-ÁLVAREZ; TORRADO-FONSECA, 2016; REVOREDO et al., 2015). O facilitador faz então rodadas de aplicações dos questionários, a partir dos quais os dados devem ser analisados, resumidos, revisados e categorizados de acordo com o grau de consenso em um novo questionário. Este processo pode ser repetido quantas vezes se fizerem necessárias para que se chegue ao nível de consenso desejado (REVOREDO et al., 2015).

Areán e Kraemer (2013) consideram que este pode ser um meio efetivo para se chegar aos elementos que os especialistas consideram centrais para o sucesso de determinada intervenção, deixando de lado aspectos desnecessários e permitindo que os dados obtidos sirvam como base para o próximo passo da criação do manual.

Percebe-se que a sistematização, sobretudo de uma intervenção que já vem sendo utilizada por um grupo de terapeutas, é um processo custoso, longo e que envolve o esforço e comprometimento de uma comunidade de pesquisadores. O trabalho, muitas vezes, não é linear, nem homogêneo, podendo até mesmo se assimilar a uma colcha de retalhos. Assim, este trabalho visa contribuir com uma parte desse todo para a sistematização da TAC.

## 2. A TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

### 2.1 A Construção da Terapia Analítico-Comportamental

Apesar da vastidão da obra skinneriana e de, já em 1953, na obra *Ciência e Comportamento Humano* haver um capítulo dedicado à psicoterapia, no qual discorria acerca das psicoterapias existentes na década de 40, Skinner nunca teve por objetivo a formulação de um modelo terapêutico baseado no comportamentalismo (SKINNER, 1953/2003). A história das Terapias Comportamentais, na verdade, começou a ser construída ainda sobre o paradigma respondente (GUILHARDI, 2003). Os experimentos realizados por Pavlov no início do século XX, acerca do condicionamento reflexo em cães (CATANIA, 1999), influenciaram na década de 20 a pesquisa de Watson mais conhecida como “o caso do pequeno Albert”, onde foi demonstrado que a reação de medo poderia ser aprendida através do mesmo paradigma (WATSON; RAYNER, 1920). Segundo Leonardi e Meyer (2016), essa foi uma das primeiras tentativas de transposição de princípios básicos da pesquisa com não humanos para a análise de fenômenos clínicos. O experimento de Watson foi de fundamental importância para o desenvolvimento de uma pesquisa posterior realizada por Jones (1924) acerca dos efeitos de certos procedimentos sobre a resposta de medo em crianças, dentre os quais se verificou que através da exposição gradual ao estímulo temido, a resposta de medo poderia ser reduzida. Esse foi o marco inicial para o desenvolvimento da técnica de dessensibilização sistemática (WOLPE, 1958), hoje muito utilizada nas terapias baseadas em exposição, que possuem fortes evidências empíricas para o tratamento de quadros de ansiedade, especialmente fobias específicas (SOCIETY OF CLINICAL PSYCHOLOGY, 2016).

Nas primeiras décadas do século XX, vários estudos foram realizados com o objetivo de estender as descobertas feitas sobre o paradigma respondente e que serviram como base para o desenvolvimento de diversos tratamentos, naquele período, para problemas humanos, incluindo alcoolismo (KANTOROVICH, 1929), autocontrole, gagueira, roer unhas e insônia (SALTER, 1941). A partir da década de 50, com a proposição do paradigma operante feita por Skinner, os estudos passaram também a investigar como o condicionamento operante poderia auxiliar no tratamento de pacientes institucionalizados com as mais diversas psicopatologias (BARCELLOS; HAYDU, 1995; COSTA, 2002; LEONARDI, 2016).

Dessas duas linhas de pesquisa e aplicação surgiram no cenário internacional, ainda na primeira metade do século XX, duas práticas diferentes: a Terapia Comportamental, associada

ao paradigma respondente e cuja a atuação estava concentrada no tratamento de quadros de ansiedade, utilizando para isso técnicas de exposição e dessensibilização (BARCELLOS; HAYDU, 1995) e, a Modificação do Comportamento, relacionada ao paradigma operante proposto por Skinner e aplicada em ambientes institucionais com o intuito de aumentar ou reduzir a frequência de comportamentos problema através da manipulação nas contingências (COSTA, 2002; GUILHARDI, 2003; LEONARDI, 2016). Deve-se ressaltar que apesar da distinção, os dois termos podem ser encontrados na literatura como sinônimos (BARCELLOS; HAYDU, 1995).

Enquanto no cenário internacional já começavam a surgir os primeiros modelos terapêuticos comportamentais, foi apenas em 1961, com a chegada de Fred S. Keller como professor convidado para ministrar a disciplina de psicologia experimental na Universidade de São Paulo (USP), que a história da Análise do Comportamento teve seu início no Brasil (TODOROV; HANNA, 2010). A história da clínica comportamental de fato se inicia em 1969, quando o professor Luiz Otávio de Seixas Queiroz criou um estágio supervisionado em Modificação do Comportamento, o que levou o professor e seus alunos a pensarem em formas de aplicar os princípios testados em laboratórios aos problemas humanos. Diante dessa nova realidade, da dificuldade de acesso ao que ocorria no cenário internacional (uma vez que naquele momento histórico haviam fortes leis de importação e restrições quanto à divulgação de publicações advindas do exterior) e, posteriormente, da constatação das limitações dos modelos clínicos comportamentais internacionais em relação à demanda brasileira, esse grupo de analistas do comportamento deu início ao desenvolvimento de um modelo próprio (GUILHARDI, 2003; RANGÉ; GUILHARDI, 1995).

Segundo Bellodi (2011) e Leonardi (2015), a clínica comportamental desenvolvida no Brasil foi gradualmente elaborada por um grupo de terapeutas através da transposição de princípios da Análise do Comportamento para o ambiente de consultório. Guilhardi (2003) relata que diante da insuficiência teórica e metodológica que pudesse dar suporte à prática clínica que se almejava instituir aqui, conceitos anteriormente discutidos por Skinner relacionados à subjetividade e até então ignorados, passaram a ser estudados e aprofundados por sua proximidade com o contexto clínico. Assim, o autor conta que o repertório desses terapeutas foi sendo gradualmente modelado tanto pelas consequências derivadas da relação com o cliente, quanto daquelas fornecidas pela comunidade acadêmica e que “o processo de elaboração do modelo clínico nunca cessou, várias características do modelo se consolidaram passo a passo” (p. 19).

O modelo de terapia comportamental brasileira se baseia na filosofia behaviorista radical e nos princípios da Análise do Comportamento e tem como objetivo modificar o comportamento do cliente através da identificação e análise funcional (ou de contingências) das variáveis que o controlam (COSTA, 2002; 2011; RIBEIRO, 2001; MEYER; LEONARDI; OSHIRO, 2018), se afastando tanto dos modelos que utilizavam técnicas respondentes ou de modificação do comportamento como dos modelos cognitivos (RIBEIRO, 2001; TOURINHO; CAVALCANTE, 2001; ZAMIGNANI; SILVA NETO; MEYER, 2008). Com a finalidade de demarcar o afastamento de tais modelos e de uniformizar o nome da prática clínica aqui desenvolvida, Tourinho e Cavalcante (2001) propuseram a adoção da nomenclatura “Analítico-Comportamental” para descrever a terapia que já vinha sendo praticada por analistas do comportamento no Brasil desde a década de 1970 (ZAMIGNANI; SILVA NETO; MEYER, 2008). Grande parte da comunidade de terapeutas começou a adotar então o termo “Terapia Analítico-Comportamental” (MEYER, LEONARDI; OSHIRO, 2018).

Contudo, a proposição do termo com vistas a representar a prática que já vinha sendo realizada no Brasil não surtiu o efeito esperado, não impedindo que outras denominações fossem criadas, tais como a Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR) proposta e sistematizada por Guilhardi (2004), embora desde o IX Encontro da ABPMC, realizado no ano de 2000, o termo já estivesse em construção (GUILHARDI, 2003); a Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA) de Marçal e Dutra (2010) e a Psicoterapia Comportamental Pragmática (PCP) de Medeiros (2010). Sobre essas diferentes denominações, Costa (2011) sugere que as diferenças existentes entre elas não são suficientes para justificar a criação de novas terminologias, uma vez que todas possuem a mesma fundamentação e fazem da análise de contingências sua ferramenta base.

Para Ribeiro (2001), a TAC se diferencia da terapia comportamental clássica por não se resumir a uma mera aplicação de técnicas, uma vez que é definido um programa de intervenção individualizado para cada cliente. Um terapeuta que se denomina “analítico-comportamental” deve investigar como as respostas de seu cliente foram selecionadas pelos efeitos que produziram e produzem no mundo, isto é, devem identificar as contingências instaladoras e mantenedoras de cada repertório ou, em outras palavras, fazer uma análise funcional da resposta, procedimento este tido como a base da TAC (COSTA, 2002; MEYER; LEONARDI; OSHIRO, 2018; NERY; FONSECA, 2018; RIBEIRO, 2001). Essa ferramenta, contudo, não se resume apenas a uma avaliação das variáveis de controle dos comportamentos do cliente, mas envolve também levantamento de hipóteses e manipulação de variáveis, por isso, alguns autores propõem a utilização do termo “análise de contingências” para especificar o tipo de análise na

qual não há um rigor experimental e compromisso com manipulação e controle de variáveis (CASTANHEIRA, 2002; MEYER et al., 2010). A análise de contingências tem um papel fundamental na TAC não só por fornecer dados relevantes acerca dos comportamentos, mas por poder funcionar ela mesma como uma estratégia de mudança quando ensinada ao cliente, tornando-o mais atento ao que ocorre consigo mesmo e ao seu redor, promovendo, portanto, autoconhecimento (AGUIAR; OKAMOTO, 2014).

Além disso, há ênfase na relação terapêutica pois, através desta, podem ocorrer as mudanças estabelecidas, mas, para isso, é necessário que o terapeuta se coloque como uma audiência não punitiva nessa relação (COSTA, 2002; MEYER et al., 2010; MEYER; LEONARDI; OSHIRO, 2018; RIBEIRO, 2001), livre de críticas e julgamento, uma vez que o cliente provavelmente já vem de uma história de interações aversivas e, ao encontrar no terapeuta uma figura reforçadora, se sentirá à vontade para relatar seus problemas e questões mais difíceis (SKINNER, 1953/2002; 1974/2006).

Sobre o processo terapêutico, Meyer et al. (2010) seguem a divisão adaptada de Follette, Naugle e Linnerooth (2000): avaliação, formulação de análises de contingências, preparação e implementação da intervenção, e, finalmente, avaliação dos resultados e encerramento. Sabe-se que essas fases, entretanto, podem variar tanto de acordo com a formação do terapeuta, quanto de acordo com especificidades requeridas por cada caso. Outra proposta, descrita por Costa (2002), divide o processo em avaliação, devolução, intervenção e acompanhamento ou *follow-up*.

Na avaliação busca-se responder primeiramente a seguinte pergunta: o que levou o cliente a procurar a terapia? Somente após a identificação da queixa, passa-se para a investigação da história de vida passada relevante para a compreensão da situação atual do cliente – aqui o foco deve permanecer no que há atualmente na vida do cliente que pode estar mantendo os comportamentos alvos de intervenção (COSTA, 2002; MEYER et al., 2010; MEYER; LEONARDI; OSHIRO, 2018). É importante identificar no repertório não só respostas consideradas problemas, mas também respostas saudáveis (tal divisão é feita com base nas consequências a longo prazo das respostas), isso ajuda cliente e terapeuta a perceberem potencialidades e reforçadores atuais, não apenas o que precisa ser mudado. A fase de avaliação requer do terapeuta uma série de habilidades, tais como empatia, postura não verbal acolhedora e, principalmente, a habilidade de operacionalizar as informações trazidas pelo cliente (COSTA, 2002). Ainda sobre essa fase, é importante ressaltar que, por mais que se consigam informações suficientemente satisfatórias para avançar no processo, a avaliação pode e deve ser

feita ao longo de todas as outras fases, uma vez que novas informações relevantes sempre podem surgir (COSTA, 2002; DEL PRETTE; ALMEIDA, 2012).

A fase de devolução, descrita por Costa (2002; 2003), como o próprio nome sugere, tem como intuito devolver ao cliente as informações coletadas na fase de avaliação, as análises feitas ou hipóteses (que podem ou não serem confirmadas) e, elaborar junto a este, os objetivos terapêuticos a serem trabalhados e um plano de intervenção.

A fase de intervenção tem como objetivo diminuir ou modificar comportamentos acordados como alvo pelo cliente e terapeuta na fase de devolução. Tais comportamentos normalmente referem-se à queixa do cliente e/ou observações feitas pelo terapeuta durante a avaliação e trazem consequências prejudiciais para a vida do primeiro. Busca-se também aumentar a frequência dos comportamentos considerados saudáveis, ou seja, que trazem consequências reforçadoras positivas. Para tanto, são utilizadas as mais diversas técnicas comportamentais a partir da necessidade de cada caso (COSTA, 2002; DEL PRETTE; ALMEIDA, 2012).

O processo chega ao fim quando os objetivos terapêuticos traçados forem alcançados e quando for percebido que o cliente já tem a capacidade de dar prosseguimento com sua vida sem a ajuda do terapeuta, para isso, se faz útil a fase de *follow-up* ou acompanhamento, que se dá através de sessões com espaçamento temporal maior entre si, com o intuito principal de verificar se os ganhos terapêuticos estão sendo mantidos ou não (COSTA, 2002).

É importante ressaltar que a divisão do processo terapêutico da TAC em fases não é uma unanimidade na literatura, sendo possível também encontrá-lo descrito sem que seja feita uma clara divisão entre fases, como em Leonardi, Borges e Cassas (2012), que consideram todos os procedimentos aqui expostos nas fases de avaliação e intervenção como parte da avaliação funcional e Del Prette e Almeida (2012) que separam a avaliação funcional da intervenção.

Apesar da ênfase dada à relação terapêutica e no uso da análise de contingências, Guilhardi (2004) afirma que não é possível falar de consenso sobre a prática do terapeuta comportamental nem quanto à definição do que seria essa terapia, seu referencial teórico, a metodologia de pesquisa a ser empregada, tampouco sobre quais devem ser as estratégias utilizadas na intervenção. Em suma, o autor coloca que não é possível caracterizar a prática do analista do comportamento que atua na clínica.

Assim como Ribeiro (2001), Niero e Leonardi (2009) acreditam que, apesar dos esforços dos terapeutas analítico-comportamentais, a prática continua a ser confundida com terapias que visam simplesmente modificação de comportamento, alertando ainda que a TAC não é um simples conjunto de técnicas, mas que estas devem ser utilizadas baseadas em um

processo sólido de avaliação do repertório de cada cliente. Essa confusão talvez seja um reflexo do que é apontado por Costa (2011) como consequência da criação de diferentes denominações para a terapia comportamental no Brasil. Talvez, a desarticulação e enfraquecimento do corpo de clínicos brasileiros – no sentido de buscarem criar novos “modelos” sem aprimorar o já existente – contribuam em alguma medida para isso. De modo geral, ao analisar a história da TAC e seu lugar no panorama internacional das terapias comportamentais, Leonardi (2015) conclui que “tanto no Brasil quanto no resto do mundo, ainda não existe consenso sobre o modelo analítico-comportamental de intervenção psicoterápica” (p. 128).

Ao fazer uma revisão integrativa de estudos empíricos produzidos sob a denominação TAC ou semelhantes, Leonardi (2016), pôde verificar que não é possível afirmar se o modelo é ou não eficaz. A análise dos 44 casos encontrados sob essa nomenclatura e denominações semelhantes demonstrou problemas que variaram desde a carência de descrições precisas dos procedimentos utilizados, impossibilitando assim a replicação das intervenções; até a ausência de avaliação da fidelidade ao procedimento (LEONARDI, 2016).

Através desse resgate foi possível perceber que o movimento brasileiro traçou um percurso muito particular e acredita-se que conhecer a história de elaboração desse modelo pode ser útil para compreender o cenário atual da Análise do Comportamento clínica no Brasil, onde ao longo do tempo surgiram diferentes denominações para práticas similares e parece não haver uma identidade para o terapeuta analítico-comportamental, sobretudo no que diz respeito aos procedimentos utilizados, ainda que exista uma vasta literatura que descreva estratégias específicas da TAC.

## **2.2 Estratégias da Terapia Analítico-Comportamental**

Meyer (2004) se propôs a analisar quais são os princípios comportamentais que funcionam como estratégias para promover mudanças dentro do contexto terapêutico. Para a autora, os terapeutas podem promover essas mudanças através de: (1) Fornecimento de regras; (2) Favorecimento da elaboração de autorregras; (3) Estimulação suplementar; (4) Modelagem de repertórios.

Através de descrições verbais que especificam contingências (ou regras), pode-se levar o cliente a se comportar sem que para isso seja necessária uma exposição prévia às contingências (SKINNER, 1969/1984), o que pode conferir maior rapidez ao processo terapêutico (MEYER, 2004) e ser especialmente útil com clientes que possuem baixo repertório



de auto-observação e discriminação de contingências (SOUSA et al., 2011). Entretanto, sua utilização também está sujeita a alguns problemas e o principal deles ocorre quando o indivíduo fica sob controle somente das regras mesmo que a resposta não produza as consequências por ela especificada, o que é chamado de insensibilidade às contingências (MEDEIROS, 2010; MEYER, 2004). Além disso, o fornecimento excessivo de regras na terapia tende a dificultar a formulação de autorregras por parte do cliente, o que pode acarretar em dependência do terapeuta e, em outros casos, fazer com que o cliente se comporte emitindo atos distorcidos que podem estar sob controle de consequências arbitrárias por parte do terapeuta, tais como elogios, verbalizações de aprovação, etc. (MEYER, 2004; SOUSA et al., 2011). Meyer (2004) esclarece ainda que a análise de contingências (já mencionada aqui como a principal ferramenta do terapeuta analítico-comportamental) feita com o cliente pode ser considerada como uma estratégia de fornecimento de regras.

Ainda segundo Meyer (2004), o terapeuta analítico-comportamental favorece a elaboração de autorregras através da modelagem do relato verbal, isso pode se dar quando, por exemplo, o cliente é orientado a “refletir sobre algum tema ou a prestar atenção a determinados eventos” (p. 154). Para a autora a formulação de autorregras também ocorre quando o cliente consegue descrever as variáveis que controlam seu comportamento (autoconhecimento), tornando seu seguimento mais provável. Essa ideia também é compartilhada por terapeutas contemporâneos (MEDEIROS, 2010; SOUSA et al., 2011).

A estimulação suplementar também está relacionada ao conceito de regras e ocorre quando o terapeuta, dispondo de informações mais amplas sobre as queixas trazidas pelo cliente, o leva a observar estímulos aos quais ele não estava sensível. Assim:

Essas instruções do terapeuta para que o cliente preste atenção a outros aspectos da mesma situação pode aumentar a probabilidade de que novos aspectos passem a controlar o comportamento. E ao interpretar de uma forma diferente uma mesma situação há um aumento de probabilidade de ocorrência de respostas diferentes (MEYER, 2004, p. 155).

Por meio do princípio da modelagem o terapeuta consequência diretamente respostas do cliente que ocorrem na interação (MEYER, 2004), devendo se colocar, para tanto, como uma audiência não punitiva nessa relação (SKINNER 1953/2003; 1974/2006). Isso se dá de forma gradual: inicialmente a simples presença do cliente na terapia deve ser reforçada por meio de expressões de aprovação (isso não ocorre necessariamente de forma verbal), posteriormente passa-se a reforçar de modo geral o comportamento de se expor e, a partir de então, o terapeuta, levando em consideração os objetivos estabelecidos, atenta para classes de

respostas que indiquem mudanças relevantes (FOLLETTE; NAUGLE; CALLAGHAN, 1996; MEYER, 2004).

Leonardi e Meyer (2016) alertam que apesar do forte comprometimento com a pesquisa experimental presente na ciência do comportamento, analistas do comportamento que trabalham no contexto clínico com a transposição de princípios empiricamente validados não podem afirmar que sua prática está baseada em evidências.

Para exemplificar o problema da transposição de princípios, Leonardi e Meyer (2016) discorrem sobre controversas acerca do conceito de punição. Se enquanto parte dos analistas do comportamento defendem que o uso desse princípio é estritamente prejudicial devido aos seus subprodutos, os autores trazem que essa concepção é ideológica quando ignora que mesmo dados advindos da pesquisa básica com não humanos são contraditórios, além de provindos de condições experimentais controladas e que pouco se assemelham às condições naturais nas quais a punição entre humanos costuma ocorrer. Dentre tais autores pode-se citar Hunziker (2017), que discute a crítica ao uso da punição por seu efeito transitório lembrando que este não é um efeito exclusivo do controle aversivo, estando a duração do efeito sujeita a diversas variáveis (manutenção ou não da contingência, magnitude do estímulo, etc.), além disso, sobre os efeitos prejudiciais do seu uso, a autora lembra que tanto estímulos aversivos quanto reforçadores positivos podem ser benéficos ou prejudiciais a depender das contingências em vigor.

Ao longo do tempo, muito se avançou no que diz respeito ao estudo de princípios comportamentais. Ainda que boa parte das pesquisas continue sendo realizada com não humanos, o resgate de obras relevantes como “O comportamento verbal” de Skinner (1957) abriu espaço para estudos que visam compreender como conceitos de equivalência de estímulos (SIDMAN, 1971), regras (LOWE, 1979) e subjetividade (SIMONASSI; TOURINHO; SILVA, 2001; TOURINHO, 1995) podem ser úteis para a resolução de problemas humanos. A partir desses marcos, pesquisas aplicadas vêm sendo realizadas com frequência nos mais variados contextos, tais como aquisição de leitura (BANDEIRA; ASSIS; SOUZA, 2016), habilidades matemáticas (GRIS; PERKOSKI; SOUZA, 2018; MOURA; DE ROSE; OLIVEIRA, 2010) e desenvolvimento atípico (KATAOKA; BARROS, 2017), porém, percebe-se ainda uma escassez em se tratando do contexto clínico.

O uso de regras, por exemplo, vem sendo amplamente estudado através de procedimentos de pareamento de acordo com o modelo visando avaliar seus efeitos e as variáveis que interferem no seguimento (ALBUQUERQUE, 2005; ALBUQUERQUE; PARACAMPO, 2010; ALBUQUERQUE; PARACAMPO; ALLAN, 2017), porém, percebe-

se que quando se trata da aplicabilidade do conceito ao contexto clínico, são escassas as pesquisas realizadas e as existentes apresentam limitações metodológicas (ver SOUSA et al., 2011), mesmo que, segundo Meyer (2004), este seja um conceito central no rol das estratégias utilizadas pelo terapeuta analítico-comportamental.

A falta de pesquisas que sustentem o uso de regras na terapia pode levar a outra questão: se pouco se tem estudado sobre o uso dessa estratégia e nela está contida a ferramenta base da intervenção, a análise de contingências, como essa ferramenta vem sendo utilizada? Ulian (2007), há mais de uma década já havia afirmado que essa era outra lacuna na literatura analítico-comportamental e embora existam alguns trabalhos sobre a forma de elaborá-la/organizá-la (COSTA; MARINHO, 2002; DEL PRETTE, 2011; MEYER et al., 2015; NERY; FONSECA, 2018), estas possuem diferenças significativas. Como agravante, Leonardi (2016), ao revisar 72 casos descritos na literatura, identificou que apenas pouco mais a metade destes (55,6%) apresentaram análises de contingências.

Quanto ao uso da modelagem na relação terapêutica, esta vem sendo uma prática suplementada pela ideia de que dentro dessa relação ocorrem comportamentos que se assemelham àqueles emitidos no ambiente natural do indivíduo. Tal concepção é advinda de outro modelo terapêutico que faz parte da chamada terceira geração de terapias comportamentais (KOHLENBERG; TSAI, 1991/2006).

Verifica-se então que, ainda que haja na literatura a descrição das estratégias utilizadas, não é possível afirmar que há consenso a esse respeito, uma vez que os terapeutas brasileiros pouco têm comunicado à comunidade sobre suas intervenções e quando o fazem, não tem feito de forma clara, de modo que permita sua replicação (LEONARDI, 2016). O problema se agrava quando se constata que essas estratégias são baseadas em princípios comportamentais validados na pesquisa básica, mas que nunca (ou pouco) foram estudados no contexto clínico. É espantoso que analistas do comportamento, tão preocupados com o rigor metodológico e científico, não sejam capazes de se atentar ao fato de que generalizações podem não ocorrer em ambientes tão distintos como laboratório e clínica.

De modo geral, pesquisas como as de Leonardi (2016), Micheletto et al. (2010) e Nolasco (2002) demonstram que os terapeutas comportamentais brasileiros vinham se dedicando pouco à produção de evidências empíricas que sustentassem a sua prática, o que talvez tenha alguma relação com a inserção, nos últimos anos, de modelos internacionais no cenário das psicoterapias comportamentais no Brasil. Esse cenário, entretanto, parece estar se modificando, uma vez que movimentos recentes, como a reunião de centros de pesquisa de diferentes regiões do Brasil para a criação da Rede de colaboração interinstitucional para a

pesquisa e o desenvolvimento das Terapias Analítico-Comportamentais (REDETAC), sugerem que maior atenção está sendo dada ao desenvolvimento e a produção de evidências destas, embora deva-se chamar atenção para o fato do nome adotado referir-se à terapias analítico-comportamentais (no plural) e isso leve a questionar o quanto o modelo brasileiro está verdadeiramente sendo estudado e avançado em relação aos demais.

### 2.3 A Aproximação entre TAC e Modelos Internacionais

Enquanto no Brasil a terapia praticada por analistas do comportamento foi sendo gradualmente elaborada desde a década de 70 com a finalidade de se distanciar de modelos puramente ligados ao comportamento operante e ao comportamento respondente (RIBEIRO, 2001; TOURINHO; CAVALCANTE, 2001; ZAMIGNANI; SILVA NETO; MEYER, 2008), nos EUA a prática clínica baseada na Análise do Comportamento passaria ainda por mais duas transformações: o surgimento de modelos de intervenção de cunho cognitivista, que ficou conhecido como a segunda geração de terapias cognitivas e comportamentais e, posteriormente, durante a década de 80, o desenvolvimento de terapias contextuais, conhecido como a terceira geração (HAYES; PISTORELLO, 2015), dentre as quais podem ser citadas: ACT (HAYES, STROSAHL; WILSON, 1999), DBT (LINEHAN, 1993/2010) e FAP (KOHLENBERG; TSAI, 1991/2006).

Vandenberghe (2011) defende a aproximação entre a TAC e as novas terapias comportamentais internacionais, pois afirma que a terapia brasileira “apresenta grande semelhança clínica e filosófica com as terapias da terceira geração” (p. 39), levando em consideração que tanto a TAC como os modelos internacionais compartilham o recorte externalista, consideram a relevância da relação terapeuta-cliente na intervenção e valorizam processos e princípios em detrimento de técnicas, restando apenas dois pontos controversos: (1) a utilização do *mindfulness*, prática fundamentada nas tradições budistas orientais e tida como um aspecto central das terapias de terceira geração; (2) a linguagem pouco científica adotada em modelos como a ACT (fusão cognitiva e eu como contexto), FAP (coragem e amor) (TSAI et al., 2009/2011) e DBT (mente sábia e bondade amorosa).

O autor coloca ainda que desde a década de 90 a FAP e a ACT já vinham sendo utilizadas no Brasil (VANDEMBERGHE, 2011). Produções recentes como a de Meyer et al. (2015) denominada “Terapia analítico-comportamental: relato de casos e de análises” mostram que a FAP vem sendo incorporada à prática de terapeutas que se denominam e são reconhecidos

como terapeutas analítico-comportamentais. A obra conta até mesmo com um capítulo dedicado à FAP, muito embora não tenha sido feita qualquer relação entre FAP e TAC, sendo frequente observar terapeutas analítico-comportamentais usarem conceitos específicos da FAP, como “comportamentos clinicamente relevantes”, sem necessariamente apontar que eles são oriundos da intervenção terapêutica norte-americana.

Costa (2012) afirma que “a proposta de intervenção da ACT, até o momento, não se mostrou em nada incompatível com os fundamentos da Terapia Analítico-comportamental” (p. 124), embora na literatura brasileira também possa se encontrar opinião contrária, como a de Guilhardi (2012) ao afirmar que as propostas terapêuticas de terceira geração “não compartilham, sistematicamente, da filosofia, conceitos, procedimentos e termos do modelo terapêutico operante” (p.12) . A ACT possui como uma de suas principais ferramentas de intervenção o uso de exercícios experienciais e metáforas, sendo esta última também uma estratégia frequentemente utilizada na TAC (SILVA, 2012) e que já conta com iniciativas de estudo empírico acerca de seu emprego (SIMÕES FILHO, 2014).

Sobre a DBT, Leonardi (2016) considera a aproximação com a TAC na medida em que sua estratégia central consiste na análise de contingências, embora também se diferencie quanto à estrutura do tratamento e a utilização de componentes como o *mindfulness*. É importante ressaltar que no próprio manual da DBT (LINEHAN, 1993/2010) o modelo de análise de contingências apresenta diferenças quanto às formas de elaboração encontradas na literatura brasileira (por exemplo, COSTA; MARINHO, 2002; DEL PRETTE, 2011; MEYER et al., 2015). Sobre essa aproximação, até o momento não foram produzidos estudos, uma vez que a própria disseminação da DBT no Brasil está em fase inicial.

Diante do exposto, é possível dizer que a inserção dos modelos internacionais da terceira geração no contexto brasileiro, somado aos outros fatores anteriormente apontados (percurso sinuoso do desenvolvimento da TAC, falta de consenso sobre estratégias e técnicas utilizadas, ausência de evidências empíricas da aplicação dos princípios comportamentais ao contexto clínico) podem estar contribuindo para uma descaracterização e fragilização cada vez maior da TAC, deixando o terapeuta comportamental brasileiro em uma verdadeira crise de identidade, embora sejam percebidos esforços na direção da solução desse problema.

## **2.4 Análise de Contingências**

O conceito de análise de contingências, começou a ser formulado pelo próprio Skinner (MEYER, 1997), mesmo que de forma implícita, ao falar de previsibilidade e controle do

comportamento em termos da relação entre as variáveis independente (causa) e dependente (efeito). O autor ressalta que essas relações consistiriam nas leis de uma ciência e que, para descrevê-las, além de especificar a própria resposta emitida pelo organismo, seria necessário atentar-se para a ocasião na qual esta ocorre (antecedente) e as consequências que se seguem a ela (SKINNER, 1953/2003).

Essa relação de interdependência entre resposta, estímulo antecedente e consequente, ficou conhecida como “tríplice contingência”, se configurando a unidade de análise mais básica de um comportamento operante (CATANIA, 1999). Assim, o número de termos que constitui a análise é alterado de acordo com a complexidade do comportamento analisado (MEYER, 1997).

Se existe um consenso na literatura analítico-comportamental, é de que a análise de contingências é a ferramenta indispensável na prática de qualquer analista do comportamento, independente do contexto no qual ele atue (CASTANHEIRA, 2002; COSTA, 2011; DELITTI, 1997; MEYER, 1997; MEYER et al., 2010; MEYER; LEONARDI; OSHIRO, 2018; NERY; FONSECA, 2018). Em se tratando da clínica, Delitti (1997), Cirino (2001), Meyer, Leonardi e Oshiro (2018) atribuem essa importância à capacidade dessa análise de fornecer os dados necessários ao processo terapêutico, embora reconheçam que também se configura uma das tarefas mais difíceis. Meyer (1997) diz que a predição e o controle do comportamento só são possíveis através do manejo de contingências, tornando assim a análise de contingências uma condição para esse trabalho. Dito de outra forma, é através dessa ferramenta que serão formuladas hipóteses sobre como os padrões problemas se construíram e se mantêm na vida do cliente, servindo como uma bússola para o planejamento das intervenções que serão necessárias para a mudança e aquisição de novos repertórios comportamentais (DELITTI, 1997; DEL PRETTE, 2011; MEYER; LEONARDI; OSHIRO, 2018; NERY; FONSECA, 2018). Além disso, para Meyer, Leonardi e Oshiro (2018), é possível que a análise de contingências funcione ela mesma como uma estratégia de intervenção através da promoção do autoconhecimento, ou seja, quando o cliente aprende a descrever as variáveis que controlam suas respostas, ele torna-se mais apto a modificá-las. Essa, porém, configura-se apenas uma possibilidade, pois, como ressalta Costa (2011), no trabalho clínico é possível observar que autoconhecimento pode não implicar, necessariamente, em mudança.

Segundo Meyer (1997), utilizar essa ferramenta no contexto clínico oferece algumas dificuldades, apontando, como uma delas, a identificação e definição da unidade ou classe de respostas a ser analisada (levando em conta a dificuldade de observação direta do

comportamento e sua impossibilidade de repetir-se com exatidão, o que significa também que muitas vezes respostas topograficamente diferentes possuem a mesma função); tal definição só se torna possível ao longo de um processo que demanda tempo e experiência do terapeuta, tendo em vista que as regras existentes sobre descrição de contingências “são insuficientes” (p. 34).

A autora aponta ainda dificuldades na definição de classes de eventos antecedentes e consequentes, relacionando também à questão de atenção à função dos mesmos, além da possibilidade de uma resposta ter consequências diversas. Por fim, Meyer coloca que a identificação de todas essas variáveis não é suficiente para a predição e controle do comportamento, uma vez que não cabe nessas unidades de análise, aspectos da história de vida do cliente, da cultura na qual este está inserido e fatores médicos e fisiológicos; em outras palavras, a autora reconhece que o modelo de três termos não dá conta da complexidade do comportamento trabalhado na clínica e que mais elementos devem ser incluídos, destacando que, naquele momento, os modelos de quatro e cinco termos já vinham sendo estudados em laboratório com seres humanos (MEYER, 1997).

Apesar de ser a ferramenta base do analista do comportamento, a forma de utilização da análise difere em função do contexto no qual ela está sendo aplicada. Enquanto no laboratório (e também na Análise do Comportamento aplicada) é possível trabalhar com a manipulação direta das variáveis, no ambiente clínico esse procedimento se torna, na maioria das vezes, inviável (MEYER, 1997). Se há essa diferenciação na aplicação da ferramenta principal ou definidora da atuação do terapeuta analítico-comportamental, faz sentido então se pensar em termos diferentes para se referir a uma ou outra. Pensando nisso, Meyer et al. (2010) propuseram que o termo análise funcional, frequentemente encontrado na literatura internacional (FERSTER, 1973; HAYNES; O'BRIEN, 1990) e, até então usado de forma indiscriminada para se referir a ambas as formas de aplicação, passasse a ser utilizado apenas ao se falar do estudo das relações comportamentais nas quais há controle de variáveis e compromisso com o rigor experimental, enquanto o termo análise de contingências seria mais indicado para se referir à ferramenta quando utilizada no contexto clínico.

O que é possível verificar, através do levantamento da literatura mais recente acerca desse instrumento é que, mesmo após a proposta de diferenciação, o termo análise funcional continua sendo utilizado em publicações que se referem ao uso da ferramenta na clínica comportamental, como em Nery e Fonseca (2018), e até mesmo por alguns dos autores que defenderam a ideia de diferenciação, como observado em Meyer et al (2015). A falta de consenso, entretanto, não se limita à nomenclatura, uma vez que é possível encontrar diferentes

modelos de análises de contingências na literatura brasileira, dos quais pode-se destacar: Costa e Marinho (2002), Del Prette (2011), Meyer et al. (2015), Nery e Fonseca (2018). Não se pretende fazer aqui uma apresentação aprofundada de todos os modelos, porém, se faz importante apresentar algumas considerações sobre eles.

O modelo de Costa e Marinho (2002) propõe que ao realizar a análise de contingências, o terapeuta deve elencar um comportamento-alvo, descrever funcionalmente as consequências mantenedoras do comportamento, identificar o que tem bloqueado a resposta adaptativa e especificar comportamentos alternativos com a mesma função. Observa-se que, nesse modelo, a função dos eventos antecedentes não é especificada e, além disso, variáveis da história de vida do cliente são tratadas como antecedentes, mesmo que estas não possam ser consideradas como ocasiões nas quais a resposta ocorre. As análises também consideram apenas consequências reforçadoras (positivas e negativas), não especificando, porém, quando estas últimas tratam-se de fuga ou esquiva; além disso, a proposta não apresenta diferenciação clara, na forma da escrita, entre as ações do organismo e eventos ambientais. Outro destaque refere-se à forma de apresentação da análise que, diferente dos demais modelos que serão citados (nos quais as análises são apresentadas por meio de tabelas), a proposta de Costa e Marinho possui formato de anagrama.

Del Prette (2011) apresenta em seu modelo análises dispostas em tabelas de três colunas (antecedente, resposta e consequência) e insere a possibilidade de analisar classes de respostas, agrupando respostas topograficamente diferentes, mas com mesma função, oferecendo assim a vantagem de identificar padrões comportamentais. Além disso, a autora muito contribui ao acrescentar em suas análises a ideia de que as consequências de uma resposta podem funcionar como antecedentes para outra resposta (cadeias comportamentais). Nas análises, é possível observar ainda que diferentes consequências são consideradas, incluindo-se também, por exemplo, consequências punitivas e de extinção (ex: diante da ordem da mãe de retirar os pratos da mesa, a criança reclama, choraminga e se recusa, e como consequências tem-se o sermão da mãe, que pode funcionar como punição positiva ou reforço positivo, e que esta retira os pratos por ele, o que reforça negativamente a resposta do filho). Entretanto, a descrição de eventos ambientais utilizando verbos pode tornar a diferenciação de variáveis ambientais e comportamentais uma tarefa confusa (ex: colocar como consequência a longo prazo “faz o mesmo pedido em outros momentos”).

Meyer et al (2015), assim como no modelo anterior, analisam classes mais amplas de respostas, chamando estas de análises molares e ressaltando a sua importância para a



generalização dos novos comportamentos aprendidos após o término da terapia. Chama atenção ainda a inclusão de eventos encobertos/privados como consequências (ex: “diminui expectativas em relação ao namorado”), o que pode ser considerado uma inconsistência teórica, uma vez que, no recorte analítico-comportamental, esta unidade deve incluir apenas eventos ambientais externos ao organismo, como citado pelas próprias autoras no capítulo escrito sobre a ferramenta (MEYER et al, 2015) .

É importante destacar que em nenhuma das propostas apresentadas até o momento a função dos eventos consequentes é especificada. A função desses eventos só pode ser observada mais recentemente na proposta de Nery e Fonseca (2018). As autoras diferenciam análises moleculares (microanálises) de análises molares (macroanálises). Para a primeira, propõem o seguimento de cinco passos, sendo eles: (1) Identificação das respostas, tomando o cuidado de selecionar respostas relevantes, evitando “não comportamentos” e especificando quando aparecem respondentes além de respostas operantes; (2) Identificação dos antecedentes, porém referindo-se apenas a estímulos discriminativos e operações motivadoras, não considerando as discriminações condicionais e contextuais, muito embora não tenha sido observada a inclusão dessas funções na tabela (também foi possível observar a inclusão de regras como antecedentes nas análises apresentadas, também sem especificar a função); as autoras incluem na mesma coluna dados da história de vida (ex: “mãe dava surra quando os irmãos descumpriam uma regra”), o que se configura um problema em se tratando de microanálises, como apontado anteriormente; (3) Identificação de consequências, de curto, médio e longo prazo, destacando que esta é uma variável sempre ambiental externa; (4) Identificação de processos comportamentais referentes às contingências, tanto de reforçamento, quanto de punição e extinção; (5) Identificação de possíveis efeitos, ou seja, subprodutos da contingência e que não atuam de forma direta sobre a frequência da resposta (ex: alívio, frustração, orgulho, etc.).

Acerca das análises molares (ou macroanálise, como as autoras também sugerem), sua apresentação também é feita no formato de tabela e os passos para sua elaboração seriam quatro: (1) Identificação e operacionalização de padrões comportamentais relevantes; (2) Identificação da história de aquisição, cabendo a formulação de hipóteses a partir dos dados que o cliente traz; (3) Identificação de contextos atuais que favorecem a manutenção dos padrões, destacando mais uma vez que se tratam de variáveis ambientais externas; (4) Consequências que fortalecem e enfraquecem o padrão (NERY; FONSECA, 2018). Por fim, sobre este modelo, chama atenção que, apesar de abranger as análises molares, sua forma de apresentação difere bastante dos propostos por Del Prette (2011) e Meyer et al. (2015) que tratam as análises molares como uma

ampliação das análises moleculares, ou seja, como classes de respostas topograficamente diferentes, mas que compartilham a mesma função; enquanto para Nery e Fonseca (2018) as análises molares serviriam para analisar a construção e manutenção de padrões comportamentais, incluindo assim nas análises, aspectos históricos que podem ter contribuído para a instalação desses padrões (ex: pais exigentes), contextos atuais mantenedores (ex: ambiente acadêmico muito exigente e competitivo), consequências que fortalecem (ex: bom desempenho e boas notas) e enfraquecem (ex: pouco tempo para lazer) o padrão.

Embora Meyer, Leonardi e Oshiro (2018) não tenham se proposto a apresentar um modelo de elaboração de análises de contingências, lembrando que são diversos os modelos existentes, ressaltam a importância de estarem “teoricamente corretos” (p. 84). Os autores contribuem ainda sugerindo a montagem das análises no formato de tabelas, priorizando a análise de classes de respostas e enfatizando que se deve priorizar sempre as mudanças ambientais externas como consequentes. Também sugerem que a função das consequências seja colocada entre parênteses, uma vez que nem sempre pode-se ter dados suficientes sobre as mesmas.

Através do estudo dos modelos apresentados na literatura, percebe-se a evolução na forma de elaboração e/ou organização da análise de contingências, embora seja possível notar também que, nenhum deles especifica a função dos eventos antecedentes e sabe-se que, diferentes funções afetam uma mesma resposta de diferentes maneiras (MEYER, 2003). Acerca disso, recentemente, Costa (2018) apresentou uma proposta, produto da sua formação e prática como supervisora de estágio em clínica comportamental desde 2002, na qual, além de sintetizar as principais contribuições dos modelos anteriores, inclui a especificação da função dos eventos antecedentes (estímulo incondicionado, condicionado, contextual, operação motivadora, regras e autorregras), e propõe a inclusão de mais duas informações: o tipo de resposta (saudável ou problema, definido baseado nas consequências à longo prazo) e o princípio de instalação (princípio pelo qual provavelmente o indivíduo emitiu determinada resposta pela primeira vez), cabendo aqui reforço positivo, reforço negativo, modelação, modelagem, regras e autorregras.

A evolução desse instrumento aqui observada parece totalmente congruente com a história da clínica comportamental brasileira. Pode-se perceber que, diante das dificuldades apontadas por Meyer (1997), analistas do comportamento buscaram aprimorar sua ferramenta base e continuam a se debruçar sobre ela. Diante da variedade de propostas, torna-se relevante questionar, entretanto, de que forma os terapeutas analítico-comportamentais vêm utilizando essa ferramenta. Será que eles acompanham a evolução apresentada na literatura? Ou

desenvolveram outras formas que pudessem atender suas necessidades? Mais recentemente, em um estudo sobre 72 análises de contingências referentes à 13 casos clínicos relatados na literatura analítico-comportamental até o ano de 2016, Toscano, Macchione e Leonardi (2019) expuseram além da falta de uniformidade no uso da ferramenta, dificuldades teóricas importantes, como a diferenciação prejudicada entre eventos ambientais (antecedentes e consequentes) e respostas do indivíduo, em ainda, a ausência de descrição de consequências nas análises, a inclusão de sentimentos, emoções e sensações como eventos consequentes.

Considerando que a Terapia Analítico-Comportamental se trata de um modelo que está, visivelmente, ainda em construção, este trabalho visa contribuir no esclarecimento de pelo menos algumas das questões levantadas até aqui. Assim, buscou-se, junto à terapeutas responsáveis pelo desenvolvimento da TAC, identificar as características centrais do modelo, como é feita a elaboração da análise de contingências, como são formulados objetivos terapêuticos e quais são suas técnicas específicas.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Participantes**

Participaram deste estudo três terapeutas analítico-comportamentais. Os terapeutas foram selecionados a partir de duas fontes, a primeira foi uma lista elaborada no estudo realizado por Bellodi (2011), onde foram apontados por suas contribuições para o desenvolvimento da TAC e, a segunda fonte, um levantamento feito junto a outros terapeutas comportamentais com a finalidade de atualizar e complementar a lista já existente, uma vez que oito anos se passaram desde que o primeiro levantamento foi feito.

Como critérios de inclusão os participantes deveriam ser citados no estudo supracitado por suas contribuições ao surgimento da TAC e/ou no levantamento feito junto aos terapeutas comportamentais; declarar-se terapeuta analítico-comportamental ou de outra modalidade brasileira, tais como Terapia por Contingências de Reforçamento, Terapia Molar e de Autoconhecimento, Psicoterapia Comportamental Pragmática. Além disso, deveriam possuir publicações acadêmicas que comprovem sua relação com a(s) modalidade(s). Foram excluídos do estudo terapeutas que não possuíam publicações que comprovassem sua relação com o modelo brasileiro e aqueles que declararam utilizar predominantemente algum modelo internacional em detrimento da TAC.

#### **3.2. Instrumentos e materiais**

Foram utilizados neste estudo os seguintes instrumentos na Fase 1:

- Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A);
- Questionário aberto e de múltipla escolha sobre os principais representantes da TAC (APÊNDICE B).

Foram utilizados neste estudo os seguintes instrumentos na Fase 2:

- Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C);
- Questionário adaptado de Lobato (2013) para caracterização pessoal dos participantes contendo questões sociodemográficas, como sexo e idade, além de questões referentes à formação e atuação profissional, como áreas nas quais atua e modelo terapêutico predominantemente utilizado (APÊNDICE D);

- Questionário aberto, elaborado pela pesquisadora, que buscou compreender a prática dos terapeutas analítico-comportamentais a partir da apresentação de um caso clínico e formulação de análise de contingências, objetivos terapêuticos e descrição de técnicas (APÊNDICE E).

### **3.3. Procedimento**

#### *3.3.1. Fase 1: Elaboração da lista de terapeutas representativos da TAC*

Utilizou-se como base o estudo de Bellodi (2011), no qual 13 terapeutas foram apontados por suas contribuições diretas para o surgimento e desenvolvimento da TAC. Essa lista, entretanto, foi reduzida para 12 terapeutas, em virtude do falecimento, no ano de 2015, de uma das profissionais citadas. Devido ao número limitado e visando diminuir possíveis problemas de pesquisa relativos ao número de participantes, decidiu-se atualizar e ampliar essa lista para inclusão de mais oito terapeutas, totalizando assim, uma amostra de 20 participantes.

Para a atualização e ampliação da lista, foi elaborado um questionário eletrônico, contendo duas questões abertas e duas de múltipla escolha, disponibilizado através da plataforma *Google Formulários*. Como critérios de inclusão para o preenchimento do questionário foram considerados participantes que atuassem na clínica comportamental, independente do tempo de atuação, e que possuíssem algum tipo de qualificação/formação nessa área (carga horária mínima de 70h) para além da graduação.

O *link* para preenchimento do questionário foi divulgado através de redes sociais (*facebook, instagram e whatsapp*) com foco em grupos de análise do comportamento (ex: grupo da REDETAC, grupo de analistas do comportamento do Maranhão), de modo a abranger participantes de todas as regiões do país. Ao clicar no *link*, o participante era direcionado à plataforma, onde inicialmente era apresentado o TCLE, contendo instruções iniciais acerca dos objetivos do estudo, critérios de inclusão e exclusão, além de instruções para o preenchimento do questionário, que só poderia ser iniciado após a confirmação de leitura dessas informações pelo participante. As três primeiras perguntas buscaram caracterizar os participantes quanto ao tempo de atuação, tipo de qualificação/formação e região na qual atuavam. Após o preenchimento dessas questões, os participantes foram convidados a responder a seguinte pergunta: “Em sua opinião, quem são os 10 terapeutas que melhor representam a Terapia Analítico-Comportamental, prática exclusivamente brasileira? Considere que aqui exclui-se modelos internacionais como ACT, FAP, DBT, dentre outros.”.

Participaram desta primeira fase 102 terapeutas comportamentais e ao todo foram citados 53 nomes de diferentes terapeutas referências da TAC. A lista incluiu 10 dos 12 terapeutas citados no estudo de Bellodi (2011). Após a exclusão dos nomes que se repetiam nas duas listas, foram selecionados os nomes dos oito terapeutas citados em maior frequência. Um dos oito terapeutas, Jan Luiz Leonardi, teve que ser excluído nesta etapa para evitar vieses, uma vez que este participou do exame de qualificação do estudo. Com essa exclusão, precisou-se incluir então o próximo terapeuta da lista organizada por frequência de citação.

Para garantir a fidedignidade da lista, ou seja, a relação direta dos participantes com a TAC, foi realizada ainda uma checagem à plataforma lattes, que consistiu na leitura dos resumos fornecidos pelos autores em seus currículos, publicações e atuação. Nesta etapa, houve exclusão de um dos nomes citados, por não ter sido encontrado trabalho ou estudo diretamente voltado para o contexto terapêutico, sendo verificado envolvimento apenas com o âmbito experimental da Análise do Comportamento. Foi necessário então, mais uma vez, recorrer ao levantamento, porém, como houve um empate no número de citações e comprovada a relação direta com a TAC, dois nomes foram incluídos, chegando-se assim a um total de 21 terapeutas selecionados para participação na segunda fase deste estudo, sendo eles, em ordem alfabética: Alessandra Bolsoni-Silva, Alice Maria C. Delitti, Ana Karina de Farias, Denis Zamignani, Diana Tosello Laloni, Fátima Conte, Fernanda Calixto, Fernando Cassas, Hélio José Guilhardi, Jaíde Regra, João Vicente Marçal, Lidia Weber, Maria Luisa Guedes, Martha Hubner, Miriam Marinotti, Regina Cristina Wielenska, Roberto Alves Banaco, Sonia Beatriz Meyer, Vera Regina Lignelli Otero, Yara Kuperstein Ingberman, Yara Nico.

### 3.3.2. Fase 2: coleta de dados junto aos terapeutas representativos da TAC

O contato com os terapeutas ocorreu via *e-mail*. Foi enviado um convite para a participação na pesquisa contendo informações acerca de seus objetivos, breve justificativa de sua relevância, bem como dos critérios de inclusão. Foi solicitado que, caso o profissional concordasse em participar, acessasse o *link* que se encontrava ao final da mensagem.

O *link* redirecionava o participante para a plataforma *Google* Formulários, onde inicialmente foi apresentado o TCLE, contendo informações mais detalhadas sobre os objetivos da pesquisa, descrição da participação, possíveis riscos e benefícios, etc. Para liberar o acesso aos questionários, o participante deveria primeiramente confirmar a leitura das informações contidas no TCLE e declarar aceitar participar da pesquisa.

O primeiro questionário apresentado foi o de caracterização pessoal do terapeuta. Somente após o preenchimento de todas as questões, o questionário de caracterização da prática poderia ser iniciado. O preenchimento de todas as questões foi obrigatório em ambos os questionários. Os questionários ficaram disponíveis para o preenchimento pelos terapeutas por um período de dois meses e um dia e, durante esse período, um novo *e-mail* foi enviado como lembrete para a participação na pesquisa.

### **3.4. Análise de dados**

Os dados foram organizados e analisados descritivamente de forma quantitativa e qualitativa. Referente à primeira fase desta pesquisa, procedeu-se por meio de mensuração de frequência dos dados fornecidos pelos participantes. A mesma análise foi feita em relação ao primeiro questionário da segunda fase, onde foram coletados os dados sociodemográficos dos terapeutas e de sua formação. Quanto à caracterização da prática, adotou-se uma análise qualitativa, feita através da leitura e organização das respostas, buscando similaridades e diferenças entre elas.

### **3.5. Considerações éticas**

Esta pesquisa foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão e somente teve sua coleta de dados iniciada após a liberação do parecer favorável sob o nº 2.984.881.

É importante ressaltar que a pesquisadora responsável e orientadora atuam profissional e academicamente com Terapia Analítico-Comportamental e apresentam comprometimento com a propagação da análise do comportamento.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Fase 01

Participaram desta fase 102 terapeutas comportamentais com tempo de atuação que variou de dois a 45 anos. Parte considerável dos terapeutas (35) possuía mais de 10 anos de atuação, como pode ser observado na Figura 1.

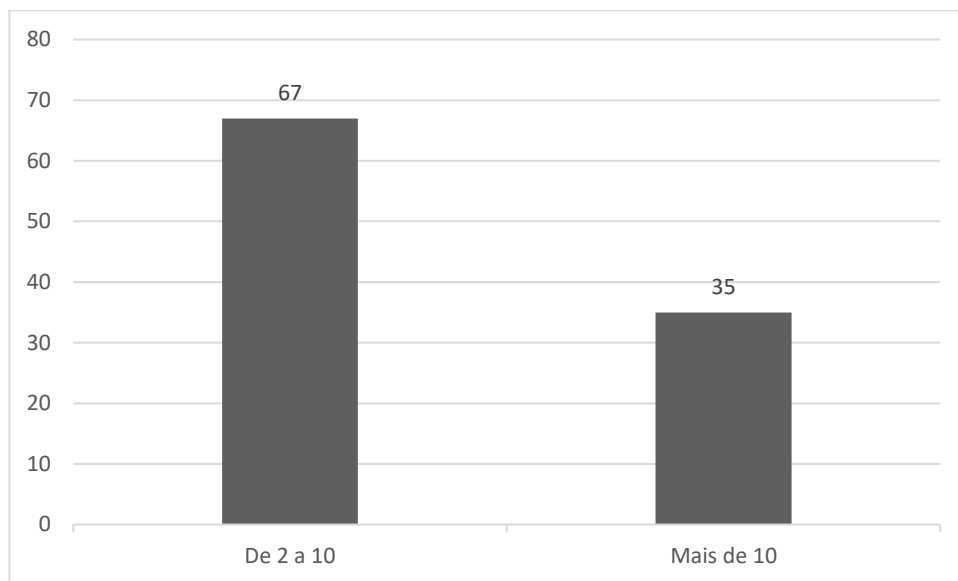


Figura 1. Número absoluto de participantes por tempo de atuação na clínica

Quanto ao tipo de qualificação, as mais citadas foram: especialização (65), mestrado (50), e cursos de formação (47), conforme a Figura 2.

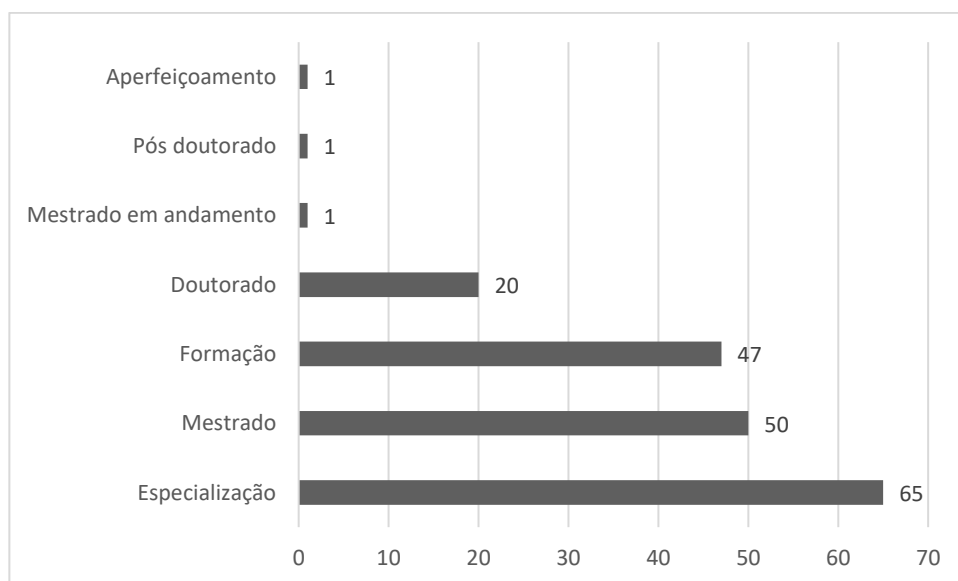
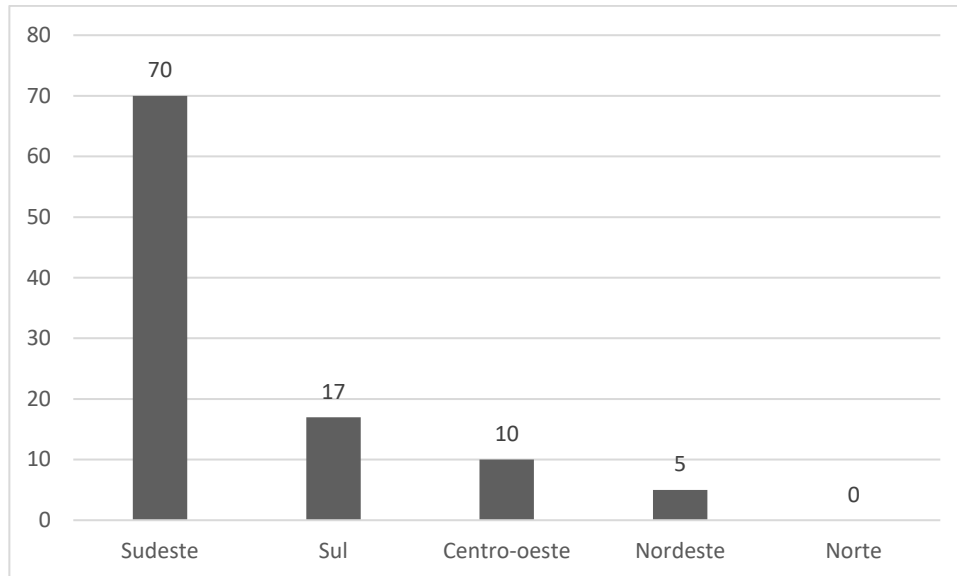


Figura 2. Número absoluto do tipo de qualificação informada pelos participantes



Quanto à região de atuação dos terapeutas, a maioria se concentrou na região sudeste (70), seguida da região sul (17), centro-oeste (10), nordeste (5). Nenhum terapeuta declarou-se da região norte, conforme visto na Figura 3.



*Figura 3. Número absoluto de participantes por região de atuação*

Foram citados 54 nomes diferentes como referências de terapeutas analítico-comportamentais. Um dos participantes informou não conhecer nenhum terapeuta que não utilizasse modelos internacionais em sua atuação. Os dez nomes mais citados foram: Hélio Guilhardi (75); Roberto Banaco (65); Dennis Zamignani (40); Maly Delitti (31); Jan Luiz Leonardi (26); Sônia Meyer (25); Vera Otero (25); Regina Wielenska (21); Jaide Regra (14). Como alguns desses nomes já constavam no levantamento feito por Bellodi (2011), outros nomes menos citados foram considerados para a elaboração da lista final dos participantes a serem abordados na segunda fase.

## **4.2. Fase 02**

### *Caracterização dos participantes*

Sobre a caracterização dos participantes, os três se declararam da região sudeste e estavam na faixa etária de 30 a 65 anos. Quanto ao tempo de formação (graduação), este variou entre 9 e 45 anos e o início da atuação como terapeuta se deu até no máximo um ano após a conclusão da graduação. Em se tratando de formações complementares, estas variaram desde especializações até pós-doutorado. Além da atuação como terapeuta, todos relataram também

atuar como docentes. Todos os participantes declaram utilizar predominantemente a TAC como modelo de intervenção terapêutica<sup>1</sup>.

### *Caracterização da prática da TAC*

P1 e P2 relataram que os dados fornecidos no relato de caso eram insuficientes para determinar com precisão três comportamentos-problema. Apesar disso, foi possível identificar nas respostas fornecidas a discriminação dos mesmos. Foram mantidas as formas de verbalizações utilizadas pelos participantes com a finalidade de preservar a fidedignidade dos relatos. As respostas fornecidas em relação às análises feitas pelos participantes podem ser encontradas na íntegra no APÊNDICE F.

Os comportamentos-problema apontados pelos participantes foram dispostos na tabela 1:

*Tabela 1. Comportamentos-problema apontados pelos participantes a partir do caso clínico*

<b>Participante</b>	<b>Comportamentos-problema</b>
<b>P1</b>	1) “responder por regras que não são tatos” 2) “dificuldade de fazer novos amigos e manter os antigos” 3) “preocupação com a saúde da mãe”
<b>P2</b>	1) “pensamentos catastróficos, obsessivos, auto persecutórios e extremamente auto exigentes”; 2) “engajamento em estratégias de fuga/esquiva dos seus problemas atuais (como fazer atividade física em excesso e problematizar situações futuras)”; 3) “preocupação excessiva com o julgamento do outro / alto nível de exigência consigo mesmo”
<b>P3</b>	1) “matar aula”; 2) “pensar constantemente sobre resultados negativos potenciais (em relação a família e aos estudos)”; 3) “problemas para dormir e permanecer dormindo”.

As análises de contingências descritas pelos participantes referentes aos comportamentos-problema apontados pelas mesmas encontram-se dispostas nas tabelas 2, 3 e 4.

<sup>1</sup> Esta questão foi incluída no questionário pois, mesmo após a verificação dos currículos para a comprovação das contribuições à TAC, caso o participante declarasse utilizar predominantemente outro modelo de intervenção, os dados seriam desprezados.

Tabela 2. Análises de contingências elaboradas por P1

<b>Antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Consequência</b>
Regra Sd: Ao me sentir ansioso devo fazer academia	Fazer exercícios	<i>Curto prazo</i> R+: “dormir melhor” R-: “livrar-se da ansiedade e dificuldade em sala de aula” <i>Médio prazo</i> P+: “tirar notas baixas/repetir nas matérias” <i>Longo prazo</i> P+: “desapontar familiares” P-: “perder título de médico”
Sd: Situações de ansiedade <sup>1</sup>	Ficar com amigos	R-: “redução da ansiedade” R+: “interação com amigos”
Regra Sd: “preciso me formar e sustentar minha mãe e retribuir todo o investimento dela e dos familiares para meus estudos”	Encobertas: preocupar-se e discriminar mais eventos negativos que positivos	P+: “ansiedade e dificuldade em dormir” R (não discriminado o tipo): “ao pensar nos problemas está se preocupando e conseguirá resolver, ajudando sua mãe”

Tabela 3. Análises de contingências elaboradas por P2

<b>Antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Consequência</b>
Sintomas físicos de ansiedade (falta de concentração, insônia, dor de cabeça, tensão muscular, etc.)	Fazer atividade física intensa	R-: Alívio/redução da ansiedade (esquiva)
(não especificado)	Problematizar situações futuras	“Manter-se na fantasia e não atuar concretamente para solucionar as necessidades imediatas, como ir à aula”

<sup>1</sup> P1 justificou sua análise referente ao passado afirmando que na descrição do caso não havia informações suficientes das contingências atuais que permitissem analisar a dificuldade de Hector em fazer novos amigos na universidade.

(não especificado)	Preocupar-se obsessivamente com o julgamento do outro	Pensamento de que nunca, o que/como ele faz, não é suficiente Sentimento de culpa
--------------------	-------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Tabela 4. Análises de contingências elaboradas por P3

<b>Antecedente</b>	<b>Resposta</b>	<b>Consequência</b>
Demanda acadêmica (situação de leitura, por exemplo)	Faltar as aulas	R-: Atraso da demanda (são necessárias informações adicionais) que passa a ser maior na medida em que falta constantemente e não se concentra no conteúdo
(não especificado)	Pensar constantemente sobre resultados negativos potenciais (em relação a família e aos estudos)	R-: Não ocorrência dos eventos temidos
Regras e autorregras descrevendo uma exigência alta em relação ao seu desempenho	Bom desempenho acadêmico	Reforço social de alta magnitude
Pensamentos sobre potenciais ameaças	Exercícios físicos	R-: Diminuem a frequência temporariamente desses pensamentos aversivos
Pensamentos sobre resultados negativos	Dificuldade de dormir e permanecer dormindo	R- (não descrito)

Como objetivos da intervenção a ser realizada, P1 propôs em relação ao comportamento de responder por regras que não são tatos, “ensinar a discriminar as contingências em operação, alterar controle por regra, aprender novos operantes para aliviar a tensão, aprender novos operantes para prestar atenção e ter sucesso acadêmico, podendo ser necessário aprender novas estratégias de estudo e de busca de ajuda para matérias específicas”. Em relação à dificuldade de fazer novos amigos e de manter amigos antigos, P1 propôs “ensinar autoconhecimento sobre história pregressa e atual que ajude a compreender a real dificuldade em fazer novos amigos, na sequência ensinar operantes para recuperar antigos amigos e fazer/manter amigos na faculdade, ensinar comportamentos de autocontrole e de administração do tempo, de forma a

ter rotina de estudo, horários de contato com amigos e de realização de atividade física”. Por fim, em relação às preocupações com a saúde da mãe, P1 estabeleceu como objetivos “discriminar regras que sejam tatos e que não sejam, ensinar comportamentos alternativos ajudar a mãe e ser grato a ela e seus familiares, ensinar comportamento alternativo para lidar com a insônia, indo à cama apenas quando estiver com muito sono, ensinar a mudar o controle de estímulo, diante de pensamentos de preocupação, focar a atenção em algo que lhe seja reforçador, como um filme, um livro etc.”.

P2 apontou os seguintes objetivos (de modo geral, sem relacioná-los aos comportamentos-problema identificados): 1) “Buscar dados para permitir a identificação mais clara dos antecedentes e consequentes dos comportamentos”; 2) “Ensinar Héctor a compreender seu funcionamento, podendo assim identificar sinais e sintomas da ansiedade, os pensamentos que a antecederam, suas ações diante dela, consequências das mesmas”. 3) “Aumentar seu repertório de enfrentamento da ansiedade: modelação e modelagem de novos comportamentos, ampliação”. 4) “Ajudá-lo a ressignificar a sua responsabilidade sobre as expectativas do seu meio”.

Os objetivos propostos por P3 (também dispostos sem fazer relação aos comportamentos-problema) foram: 1) “Construção de rede de apoio entre seus pares”; 3) “Se comportar sobre controle das contingências vigentes e não das potenciais ameaças em longo prazo”; 4) “Diminuir a frequência de faltas e outros comportamentos reforçados negativamente”.

Como técnicas, P1 citou: análise funcional, modelagem por aproximações sucessivas, modelação, perguntas de reflexão, identificar reforçadores presentes, vídeos, *role-playing*, tarefas de casa, comportamentos de interação terapêutica como empatia, elogios/gratificações, interpretação quando necessário e treino de habilidades sociais. P2 citou: análise funcional, relaxamento, modelação de descrição de comportamento encoberto; exposição com prevenção de resposta, e, se necessário, encaminhamento para avaliação psiquiátrica. P3 citou: psicoeducação sobre a função das emoções com exemplos concretos da vida do cliente; estratégias de relaxamento no momento do dormir; exercícios experienciais para facilitar a análise de funcional de seus comportamentos problemas; automonitoramento dos sintomas de ansiedade.

## 5. DISCUSSÃO

Na fase 1 deste estudo, buscou-se levantar, junto a terapeutas comportamentais de diferentes regiões do país, nomes de outros terapeutas que melhor representassem o modelo da TAC. O tempo de atuação dos terapeutas que participaram dessa fase é um dado significativo, uma vez que, apesar da maioria ter declarado menos de 10 anos de atuação, uma parte significativa (35 terapeutas) declarou um tempo superior a esse de atuação na clínica, atribuindo assim, maior confiabilidade no levantamento dos nomes de profissionais que melhor representassem o modelo. Essa inferência também é corroborada pelo tipo de qualificação que as terapeutas relataram ter, onde, cursos de mestrado e doutorado, além dos cursos de especialização e formação, foram citados. Estes são contextos que tornam mais provável o contato dos participantes com o trabalho de terapeutas comportamentais de representatividade da TAC.

Chamou atenção também a disparidade entre as regiões de atuação dos participantes da primeira fase, onde a maioria concentrou-se na região sudeste. Esperava-se um número maior de participantes nessa região, uma vez que a própria história da análise do comportamento e da TAC se inicia nela (GUILHARDI, 2003), reunindo até hoje grandes centros de ensino e pesquisa da abordagem em geral; porém, chama a atenção o baixo número de participantes da região nordeste, por ser a região na qual a pesquisa foi realizada (o que facilitou uma divulgação mais ampla da pesquisa entre os profissionais no Estado do Maranhão). Além disso, a região norte não ter a participação de nenhum terapeuta também chama atenção, uma vez que nela também existe ao menos um grande centro de formação de analistas do comportamento, a Universidade Federal do Pará, muito embora neste haja uma ênfase, nos cursos oferecidos, na Análise Experimental do Comportamento e não na clínica; como atuar na clínica era um critério de inclusão para a participação no estudo, essa pode ter sido uma variável relevante.

A baixa participação de terapeutas nessas duas regiões não era um resultado esperado, tendo em vista que um dos meios de divulgação da pesquisa foi através do grupo da REDETAC, que reúne 38 centros de pesquisas, dentre os quais 11 se localizam nessas regiões: Centro Universitário do Estado do Pará, Entre Nós – Centro de Psicologia (CE), Faculdade Facid (PI), Instituto Baiano de Análise do Comportamento (BA), Núcleo Tríplice (CE), Universidade do Estado da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Maranhão, Universidade CEUMA (MA), Universidade Salvador (BA). Uma

hipótese levantada é a de que os pesquisadores envolvidos na rede poderiam estar com um grande número de demandas individuais e coletivas, uma vez que se trata de uma população diretamente envolvida com docência, além da própria atuação clínica. Tal hipótese se fortaleceu quando, ao longo do período de coleta da segunda fase, alguns dos terapeutas contatados responderam ao convite de participação afirmando interesse em contribuir com o estudo, mas relatando também um grande volume de demandas que os impedia de responder ao questionário naquela ocasião.

Durante a elaboração da lista de terapeutas que participariam da segunda fase deste estudo foi possível notar que a maioria dos nomes citados no estudo de Bellodi (2011), apareceram também entre os mais frequentemente referidos pelos participantes da primeira fase (apenas dois nomes que constavam na primeira lista não foram citados no levantamento feito na fase 1). Ao realizar a mensuração da frequência de citação dos nomes, fazendo um recorte apenas dos 10 mais citados pelos terapeutas, percebeu-se que dois dos nomes mais frequentes não constavam no levantamento feito em 2011 por Bellodi, são eles: Denis Zamignani e Jan Luiz Leonardi. Tratam-se de terapeutas que, apesar de não serem citados na literatura por suas contribuições para a criação da TAC, certamente podem ser apontados hoje por suas contribuições ao desenvolvimento e propagação desse modelo, o que foi comprovado durante a etapa de levantamento dos currículos dos terapeutas para a elaboração da lista final dos participantes da segunda fase, o mesmo ocorreu com os demais terapeutas incluídos. Denis Zamignani atualmente é coordenador do Laboratório de Estudos de Processo-Resultado em Terapia Analítico-Comportamental (TACn1) no Centro Paradigma, ministrando diversas disciplinas relacionadas à prática terapêutica na mesma instituição, além de ser um dos coordenadores da REDETAC, iniciativa que reúne diversos centros de pesquisa em prol do desenvolvimento e a produção de evidências a respeito das terapias analítico-comportamentais. Jan Luiz Leonardi também contribui como membro da REDETAC e atualmente é coordenador acadêmico e professor do curso de especialização em Terapia Analítico-Comportamental no Centro Paradigma, contando com dezenas de publicações relacionadas à TAC, dentre elas sua tese de doutorado intitulada “Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica”, principal impulsionadora deste trabalho, tendo sido aprovada com distinção e louvor pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Apesar disso, ao verificar as publicações de Leonardi referente aos últimos 5 anos, além de artigos e capítulos sobre TAC, encontra-se também material produzido acerca de DBT, dentre capítulos de livros, artigos, apresentações e cursos ministrados. Isto parece também aplicar-se

a outros pesquisadores que compõem a rede e que, apesar das contribuições à TAC, também figuram como referências nacionais relacionadas aos modelos de terceira geração das terapias comportamentais, como, por exemplo, Alessandra Villas Bôas e Claudia Oshiro com a FAP e Roberta Kovac e Rodrigo Boavista com a ACT. Isto sugere que as “terapias analítico-comportamentais” referidas no título dado à rede, refiram-se não só às denominações dadas ao modelo desenvolvido no Brasil, mas incluem também o estudo de modelos internacionais, o que é fortalecido ao encontrar dentre as publicações disponibilizadas no site, além de textos de referência da TAC, textos dos precursores da ACT, DBT E FAP, o que leva a questionar, mais uma vez, até onde se está avançando nos estudos sobre o modelo brasileiro.

Um dado que chama atenção é o de que, dos 21 terapeutas selecionados para a segunda fase, apenas 3 responderam ao questionário. Algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar esse número, tais como: problemas relacionados ao recebimento dos convites, uma vez que ocorreu por via eletrônica; pouca disponibilidade de tempo para o preenchimento do questionário devido ao grande número de atividades desempenhadas pelos terapeutas selecionados, tendo em vista que encontram-se envolvidos em atividades acadêmicas além da atuação na clínica; esquiva de exposição, uma vez que a pesquisa poderia ser entendida como uma avaliação de desempenho e sinalizar punições dentro da comunidade acadêmica.

As três terapeutas que responderam ao segundo questionário declararam utilizar a TAC como modelo predominante em suas atuações, informaram atuar na região sudeste, onde, como já mencionado anteriormente, se concentram os maiores centros de referências analítico-comportamentais. Os dados referentes à sua formação e atuação profissional as qualificam como terapeutas que, de fato, podem ser consideradas referências deste modelo.

Nas análises feitas a partir do caso clínico, ao serem solicitadas a elegerem três comportamentos-problema e realizarem a análise de contingências dos mesmos, percebeu-se que, apesar de fornecerem respostas topograficamente diferentes, ao observar as análises funcionais elaboradas, duas das respostas elencadas se assemelhavam: as relacionadas à prática de atividade física e as relacionadas às preocupações do “cliente”.

Na resposta de P1 foi possível observar com clareza a montagem da análise em uma contingência de três termos – antecedente(s), resposta e consequência(s). Destaca-se o fato de o participante ter especificado os princípios comportamentais envolvidos, tanto nos antecedentes, quanto nas consequências, como proposto por Costa (2018) deixando de especificar apenas um tipo de consequência reforçadora na última análise feita. Sobre os



anteriores, percebe-se a inclusão de regras, que na literatura já se faz presente no modelo de análise de Nery e Fonseca (2018), porém indo além deste e especificando também a função das mesmas como estímulos discriminativos nas contingências analisadas como propôs Costa (2018). A análise traz também a especificação de respostas encobertas quando analisadas e a especificação de consequências a curto, médio e longo prazo feita na primeira análise, consistente com a literatura mais recente sobre análise de contingências (COSTA, 2018; NERY; FONSECA, 2018). Ainda sobre as consequências, chama a atenção a inclusão de eventos encobertos, como “ansiedade”, o que também ocorre em análises presentes na literatura, como em Meyer et al (2015), apontada na fundamentação deste trabalho pelos mesmos autores como uma inconsistência teórica, visto que devem ser priorizadas consequências ambientais externas ao indivíduo, mantendo assim o recorte externalista skinneriano (SKINNER, 1953/1965). Apesar da ênfase dada em priorizar variáveis consequentes externas ao explicar a manutenção de uma resposta, este pode ser um desafio ao se analisar respostas onde não é possível observar claramente algo além do efeito intrínseco de alívio relacionado à diminuição de sensações ou pensamentos aversivos (ex: na ausência de qualquer expectador e presença de pensamentos e sentimentos aversivos, o cliente se engaja em respostas de autolesão, sendo seguidas da diminuição desses eventos e tendo, como subproduto, a sensação de alívio). Por fim, também deve ser destacado que as consequências identificadas por P1 são descritas utilizando verbos, forma identificada nos modelos apresentados por Costa e Marinho (2002) e Del Prette (2011), o que pode fazer com que estas sejam confundidas com respostas/ações do organismo, dificultando assim a análise.

Houve dificuldade de compreender a construção das análises de P2, já que em duas delas não foi possível nem mesmo identificar com clareza a especificação das variáveis antecedentes relacionadas à “problematizar situações futuras” e “preocupar-se obsessivamente com o julgamento do outro”, resposta esta que chama atenção, pois da forma como é descrita não torna possível operacionalizar as ações nas quais de fato o cliente se engajava. Outro problema encontrado foi que, mesmo quando houve identificação do antecedente, seu tipo não foi especificado pelo participante, neste ponto se assimilando ao modelo proposto por Costa e Marinho (2002). Meyer (2003) discorre que diferentes tipos de antecedentes afetam a resposta também de diferentes formas, dada então a importância da especificação dos mesmos. Em se tratando das variáveis consequentes, só houve a especificação clara da função em uma das análises. Também pode-se observar mais uma vez a inclusão de eventos encobertos que mais assemelham-se a outras respostas do organismo que a variáveis mantenedoras da resposta (ex:

“manter-se na fantasia”, “pensamento de que...”, “sentimento de culpa”). Tal inclusão, como já mencionado, trata-se de uma questão teórica importante considerando o recorte externalista assumido pela Análise do Comportamento (MEYER et al., 2015, SKINNER, 1953/1965).

P3 elaborou cinco análises relacionadas aos comportamentos-problema identificados. Foi possível identificar as variáveis antecedentes de quatro das cinco análises. Assim como nas análises feitas por P1, foram incluídas regras como antecedentes, não especificando, entretanto, a regra em si e sua função, além da inclusão de autorregra como uma variável. Talvez a não especificação se deva por essa análise, em específico, se referir ao que se assemelha mais a um padrão que a uma resposta em si, se aproximando assim, das análises molares apresentadas nos modelos de Del Prette (2011), Meyer et al (2015) e Nery e Fonseca (2018), muito embora ao fazer uma análise que também se aproxima da noção ampliada, P1 tenha especificado o tipo de antecedente como estímulo discriminativo. A inclusão de eventos encobertos (ex: “pensamentos sobre potenciais ameaças”) como variáveis antecedentes é algo que para Meyer (2003) merece atenção, visto que se deve avaliar com cuidado se estes não se tratam, na verdade, de outras respostas a serem analisadas. Sobre a grafia das respostas, observou-se que em algumas análises elas não foram escritas com verbos no infinitivo (ex: “bom desempenho acadêmico”), o que, como já mencionado, poderia facilitar a diferenciação de eventos ambientais externos e ações do organismo (COSTA, 2018), contribuindo para o próprio treino de elaboração de análises na formação de futuros terapeutas. As variáveis consequentes foram identificadas em quatro das cinco análises e a especificação clara da função ocorreu em três destas. Apesar disso, algumas questões devem ser destacadas quanto às consequências dispostas nas duas primeiras análises: em “atraso da demanda que passa a ser maior na medida em que falta constantemente e não se concentra no conteúdo” não fica claro se o que aumenta é o atraso mencionado ou o a demanda em si, permitindo apenas a inferência de que se trata do atraso pela função especificada ser negativamente reforçadora; quanto a “não ocorrência dos eventos temidos”, não fica claro como esta consequência pode estar reforçando negativamente a resposta de pensar sobre os resultados negativos. Uma possibilidade é que esta e outras consequências apontadas por P3 como “atraso na demanda” e “diminuem a frequência temporariamente desses pensamentos aversivos” estejam alinhadas com o que Sidman (1989/2011) denomina como “rotas de fuga”, explicando que o organismo tende a engajar-se em estratégias de fuga de qualquer coisa que desagrade, a menos que tais estímulos demandem uma ação imediata, sendo uma estratégia ficar sob controle de outras variáveis, inclusive encobertas/privadas.

De modo geral, os dados acerca das análises elaboradas pelos participantes permitem observar que estas apresentam muitas similaridades com os modelos apresentados na literatura, não só no que dizem respeito às evoluções, mas também às limitações presentes em alguns deles. Algo em comum nas análises dos três participantes foi a inclusão de eventos encobertos/privados como variáveis mantenedoras das respostas, logo, fica claro que embora a literatura aponte inconsistência com o recorte externalista da Análise do Comportamento, esta é uma inclusão que vem sendo feita desde os primeiros modelos de análises de contingências apresentados (COSTA; MARINHO, 2002) sem que discussões específicas sobre o problema possam ser encontradas na literatura. A necessidade de rever questões como essa foi apontada por Costa (2018), uma vez que permanecer elaborando análises que consideram esse tipo de variáveis como consequentes, seria admitir que o externalismo adotado pela comunidade analítico-comportamental é apenas parcial como Tourinho (1999), apontou há 20 anos atrás e, mais recente é ilustrado no trabalho de Toscano, Macchioli e Leonardi (2019).

No que se refere aos objetivos, novamente foi possível notar claras diferenças topográficas na descrição dos mesmos, além destas se mostrarem genéricas. Quanto à similaridades, funcionalmente, percebeu-se uma convergência entre dois objetivos estabelecidos por P1 e P2 relacionados à promoção do autoconhecimento e ampliação de repertório (ou ensino de novos operantes). P1 acrescentou à sua lista de objetivos a discriminação de regras que descrevam contingências e mudança no controle de estímulos, enquanto P2 ressaltou a busca de dados para melhor formulação das análises de contingências e “ressignificar a sua responsabilidade sobre as expectativas do seu meio”. P3 formulou objetivos que parecem se distanciar mais dos propostos por P1 e P2, incluindo a construção de rede de apoio, promoção de sensibilidade às contingências e diminuição do controle por reforçamento negativo. Se fosse possível falar de um objetivo geral a qualquer intervenção analítico-comportamental, este poderia ser entendido como a mudança nas contingências que mantêm os comportamentos-problema do cliente (MARÇAL, 2005) e, tendo em vista isso, pode-se considerar que os objetivos estabelecidos pelos participantes se encontram alinhados a essa proposta. Marçal (2005) chamou atenção para a escassez na literatura de discussões sobre o estabelecimento de objetivos e para a ideia de que objetivos diferentes podem implicar em resultados diferentes; essa ideia lembra a importância que a definição dos objetivos possui no processo terapêutico, não só na orientação do terapeuta nas intervenções propostas, mas também podendo favorecer a motivação do cliente, oferecer parâmetros de avaliação da terapia e, consequentemente, maior segurança ao terapeuta e cliente.

Sobre os dados referentes às técnicas a serem utilizadas também foram observadas compatibilidades como: análise de contingências e modelação, citadas por P1 e P2; estratégias de relaxamento, citadas por P2 e P3. Todos os participantes citaram de forma objetiva as técnicas e, embora procedimentos como modelação, modelagem e exposição com prevenção de respostas, estejam muito bem descritas na literatura, tal objetividade torna-se um problema diante de técnicas como “estratégias de relaxamento” e “exercícios experienciais”, uma vez que podem abranger uma gama de procedimentos muito vastos e distintos, sendo necessário ressaltar também que este último trata-se de um termo comumente utilizado na literatura da ACT e não da TAC. Embora em contextos diferentes, essa carência de descrições mais precisas também pôde ser verificada nos trabalhos analisados por Leonardi (2016).

Por fim, se faz importante mencionar que foi observado que a facilidade de compreensão e a qualidade de dados apresentadas por P1, P2, e P3 na análise do caso clínico foi inversamente proporcional ao tempo de formação e atuação das participantes. Uma possível explicação para isso é a de que, como frisado ao longo de todo este trabalho, a TAC vem sendo construída e reconstruída ao longo do tempo e, tal processo, exige que o terapeuta analítico-comportamental esteja constantemente se atualizando sobre as novas discussões acerca do modelo e sua aplicação.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a contribuir com o processo de desenvolvimento da TAC e os dados encontrados apontam uma fragilidade no que é referida como a principal ferramenta do terapeuta analítico-comportamental, a análise de contingências, evidenciando que equívocos já corrigidos na evolução da literatura que fornece modelos de elaboração destas, continuam a ser cometidos. Além disso, de modo geral, as diferenças observadas na eleição de comportamentos-problema, análises, estabelecimento de objetivos e escolha de técnicas apresentadas pelos participantes diante de um mesmo caso, permitem inferir que terapeutas analítico-comportamentais vêm atuando de formas muito diferentes diante dos mesmos problemas clínicos, o que é um reflexo da falta de um manual de referência do modelo e torna sua sistematização de extrema importância.

Como limitações deste estudo, pode-se apontar o baixo número de participantes na segunda fase, embora desde o princípio o critério adotado tenha sido o de representatividade dentro do modelo, o que interfere diretamente na acessibilidade à população alvo. Durante a análise dos dados, verificou-se também que a plataforma escolhida para a disponibilização do questionário, embora tenha oferecido vantagens em relação ao acesso dos participantes e organização das respostas, pode ter limitado a forma de construção das análises de contingências feitas, tornando assim, a tarefa de analisar os dados mais difícil de ser executada. Além disso, dois dos três participantes alegaram dados insuficientes na descrição do caso clínico apresentado, o que também pode ter influenciado na elaboração de suas respostas ao questionário. Sugere-se que estudos a serem realizados com metodologia similar adotem algum tipo de medida para checar a suficiência das informações apresentadas no caso clínico.

Ressalta-se, por fim, a necessidade de mais estudos acerca da prática da TAC, sobretudo focados em sua principal ferramenta, a análise de contingências. Como possibilidades pode-se apontar a elaboração de instrumentos que avaliem a atuação do terapeuta analítico-comportamental; estudos com supervisores de estágios com a finalidade de avaliar as metodologias de ensino de análise de contingências e quais as dificuldades que estes observam; estudos que busquem identificar quais são os modelos utilizados no ensino de análise de contingências nos estágios, dentre outros. A resolução dos problemas relacionados à principal ferramenta do terapeuta analítico-comportamental é condição primária para se falar de um processo de sistematização da TAC e para o investimento em estudos que priorizem o consenso

entre os especialistas, como ocorre no Método Delphi e, acredita-se que uma rede de colaboração entre os terapeutas analítico-comportamentais é um ambiente favorável para a realização de estudos desse tipo, iniciativa esta já existente.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, P. R.; ABREU, J. H. S. S. La cuarta generación de terapias conductuales. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.19, n.3, p. 185-205, 2017.
- AGUIAR, B. M.; OKAMOTO, C. T. Terapia analítico-comportamental: a análise funcional como indicativo de eficácia para diferentes contextos clínicos. In: HAYDU, S. A. F.; FORNAZARI, S. A.; ESTANISLAU, C. R. (Orgs). **Psicologia e análise do comportamento: conceituações e aplicações à educação, organizações, saúde e clínica** (p. 393-412). Londrina: UEL, 2014.
- ALBUQUERQUE, L. C. **Estudos do comportamento**. Belém: Editora Universitária UFPA, 2005.
- ALBUQUERQUE, L. C.; PARACAMPO, C. C. P. Análise do controle por regras. **Psicologia USP**, v. 21, n. 2, p. 253-273, 2010.
- ALBUQUERQUE, L. C.; PARACAMPO, C. C. P.; ALLAN, S. Análise dos efeitos de variáveis históricas sobre o seguimento de regra discrepante. **Acta Comportamental**, v. 25, n. 4, p. 443-461, 2017.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. **American Psychologist**. v. 61, n. 4, p. 271-285, 2006.
- ANTILLÓN, R. **Como entendemos la Sistematización desde una Concepción Metodológica Dialéctica? Documento para discusión**. IMDEC-ALFORJA, Guadalajara, 1991.
- AREÁN, P. A.; KRAEMER, H. C. **High quality psychotherapy research: from conception to piloting to national trials**. Oxford University Press, 2013.
- BANDEIRA, T. M.; ASSIS, G. J. A.; SOUZA, C. B. A. Comparação entre os procedimentos de pareamento ao modelo simultâneo e atrasado com resposta construída sobre o ensino de leitura de sentenças. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 7, p. 165-182, 2016.
- BARCELLOS, A.; HAYDU, V. B. História da psicoterapia comportamental. Em B. P. RANGÉ (Org.), **Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas** (p. 43-53). Campinas: Editorial Psy, 1995.
- BEHAVIOR ANALYST CERTIFICATION BOARD. **Código de Ética e Disciplina para Analistas do Comportamento**. 2016. Disponível em: < <https://www.bacb.com/wp-content/uploads/2017/09/160621-compliance-code-brazilian-portuguese.pdf> > Acesso em: 29 de Dez, 2017.
- BELLODI, A. C. **Terapia comportamental no Brasil: história de terapeutas**. Orientador: Roberto Alves Banaco. 2011. 69f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2011.
- BRUNELLI, M. **A short guide to participatory systematization**. Universitas Forum, 2014.

CABERO, J.; INFANTE, A. Empleo del método Delphi y su empleo en la investigación en comunicación y educación. **Revista Electrónica de Investigación Educativa**, v.48, p.1-16, 2014. Disponível em: [http://edutec.rediris.es/Revelec2/Revelec48/pdf/Edutece\\_n48\\_Cabero-Infante.pdf](http://edutec.rediris.es/Revelec2/Revelec48/pdf/Edutece_n48_Cabero-Infante.pdf). Acesso em 24 de abr. de 2018.

CALLAGHAN, G. M.; DARROW. S. M. The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. **Current Opinion in Psychology**, v.2, p. 60-64, 2015.

CASTANHEIRA, S. S. Intervenção comportamental na clínica. In: TEXEIRA, A. M. S. et al. (Orgs.). **Ciência do comportamento: conhecer e avançar** (p. 88-95). Santo André: ESETec, 2002.

CATANIA, A. C. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição**. Porto Alegre: Artmed, 1999. (Trabalho original publicado em 1998)

CIRINO, S. D. O que é história comportamental. Em: H. J. GUILHARDI; M. B. B. P. MADI; P. P. QUEIROZ; M. C. SCOZ (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (p.153-158). Santo André: ESETec, 2001.

COSTA, N. **Terapia analítico-comportamental: dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista**. Santo André: ESETec, 2002.

\_\_\_\_\_. **Modelo de entrevista de devolução: contribuições para a prática de terapeutas iniciantes**. Em: ENCONTRO DE PSICOLOGIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL DA REGIÃO CENTRO-OESTE, 2003. Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. O surgimento de diferentes denominações para a terapia comportamental no Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. v. 13, n. 2, p. 46-57, 2011.

\_\_\_\_\_. Terapia de Aceitação e Compromisso: é uma proposta de intervenção cognitivista?. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v.3, n.2, p. 117-126, 2012.

\_\_\_\_\_. **Análise de Contingências: da elaboração a questões teóricas**. Em: XXVII ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL, São Luís, MA, 2018.

COSTA, S. E. G. C.; MARINHO, M. L. Um modelo de apresentação de análise funcionais do comportamento. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 19, n.3, p. 43-54, 2002.

DEL PRETTE, G. Treino didático de análise de contingências e previsão de intervenções sobre as consequências do responder. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v.11, n.1, p. 53-71, 2011.

DEL PRETTE, G.; ALMEIDA, T. A. C. O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental. Im: BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. (Orgs.). **Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos** (p. 147-160). Porto Alegre: Artmed, 2012.

DELITTI, M. Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em: M. DELITTI (Org.). **Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do**



comportamento e da terapia cognitivo-comportamental, (p. 37-44). Santo André: ESETec, 1997.

FERSTER, C. B. A functional analysis of depression. **American Psychologist**, oct., p. 857-870, 1973.

FOLLETTE, W. C.; NAUGLE, A. E.; CALLAGHAN, G. M. A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. **Behavior Therapy**, v.27, p. 623-641, 1996.

FOLLETTE, W. C.; NAUGLE, A. E.; LINNEROOTH, P. J. N. Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. In: DOUGHER, M. J. (Org.). **Clinical Behavior Analysis** (p. 99-125). Reno: Context, 2000.

GEIST, M. R. Using the Delphi method to engages take holders: a comparison of two studies. **Eval Program Plann**, v.33, n.2, p.147-154, 2010.

GRIS, G.; PERKOSKI, I. R.; SOUZA, S. R. Jogos educativos: aspectos teóricos, aplicações e panorama da produção nacional por analistas do comportamento. In: D. L. O. VILAS BOAS; F. CASSAS; H. L.; GUSSO; P. C. M. MAYER (Orgs.). **Comportamento em foco: volume 7 - ensino, comportamento verbal e análise conceitual** (p.50-67). São Paulo: ABPMC, 2018

GUILHARDI, H. J. **Tudo se deve às consequências...** 2003. Disponível em: <[http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/helio/tudo\\_consequencias.pdf](http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/helio/tudo_consequencias.pdf)>. Acesso em: 09 de Jul, 2017.

\_\_\_\_\_. Terapia por contingências de reforçamento. In: ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. (Orgs.). **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas** (p. 3-40). São Paulo: Roca, 2004.

\_\_\_\_\_. **Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil**. 2012. Disponível em: <<http://www.itcrcampinas.com.br/txt/terceiraonda.pdf>>. Acesso em: 27 de Jan, 2018.

HAYES, S.; PISTORELLO, J. A Terceira geração de terapia cognitiva e comportamental no Brasil e demais países de língua portuguesa. In: LUCENA-SANTOS, P.; PINTO-GOUVEIA, J.; OLIVEIRA, M. D. S. **Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais** (p.21-27). Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. **Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behavior change**. Guilford Press, 1999.

HAYNES, S. N.; O'BRIEN, W. O. Functional analysis in behavior therapy. **Clinical Psychology Review**, v.10, p. 649-668, 1990.

JARA, O. **Para sistematizar experiências**. Tradução de Maria Viviana V. Resende, 2.ed..Ministério do Meio Ambiente, Brasília, 2006.

JONES, M. C. The elimination of children's fears. **Journal of Experimental Psychology**, v.7, n.5, p. 382, 1924.

KANTOROVICH, N. V. An attempt at associative-reflex therapy in alcoholism. **Novoe v Refleksologii i Fiziologii Nervnoi Sistemy**, v. 3, p. 436-447, 1929.

KATAOKA, K. B.; BARROS, R. S. Classes funcionais e de equivalência em crianças diagnosticadas com autismo. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 19, p. 18-30, 2017.

KOHLBERG, R. J.; TSAI, M. **Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas**. Santo André: ESEtec, 2006. (Trabalho original publicado em 1991)

KOVAC, R.; ZAMIGNANI, D. R.; AVANZI, A. L. Análise do comportamento verbal relacional e algumas implicações para a clínica analítico-comportamental. In: WIELENSKA, R. C. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: desafios, soluções e questionamentos**. v. 24, (p. 314-324). Santo André: ESEtec, 2009.

LEONARDI, J. L. O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico. **Perspectivas em Análise do Comportamento**. v. 6, n. 2, p.119-131, 2015.

\_\_\_\_\_. **Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica**. Orientadora Sonia Beatriz Meyer. 2016. 212f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2016.

LEONARDI, J. L.; BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica. In: BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. (Orgs). **Clínica Analítico-Comportamental: aspectos teóricos e práticos** (p. 105-109). Porto Alegre, Artmed, 2012.

LEONARDI, J. L.; MEYER, S. B. Evidências de eficácia e o excesso de confiança translacional da análise do comportamento clínica. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 1465-1477, 2016.

LINEHAN, M. **Terapia Cognitivo-Comportamental para transtorno da personalidade borderline: guia do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2010. (Trabalho original publicado em 1993)

LOBATO, J. L. **Terapia de Aceitação e Compromisso: o que pensam os terapeutas comportamentais brasileiros**. Projeto de pesquisa (não publicado). Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, 2013.

LOWE, C. F. Determinants of human operant behavior. **Advances in Analysis of Behaviour**, v.1, p. 159-192, 1979.

MARÇAL, J. Estabelecendo objetivos na prática clínica: Quais caminhos seguir?. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 2, p. 231-245, 2005.

MARÇAL, J. V.; DUTRA, A. **Terapia Molar e de Autoconhecimento**. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL, 2010. Campos

do Jordão, SP. Anais do XIX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Disponível em: < <http://abpmc.org.br/arquivos/publicacoes/140511722114ccd2368e0e.pdf>>. Acesso em: 09 de Dez, 2016.

MARTINIC, S. **Algumas categorias de análise para a sistematização**. CIDE-FLASCO, Santiago, 1989.

MEDEIROS, C. A. **Psicoterapia Comportamental Pragmática (PCP): uma abordagem menos diretiva**. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL, 2010. Campos do Jordão, SP. Anais do XIX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Disponível em: < <http://abpmc.org.br/arquivos/publicacoes/140511722114ccd2368e0e.pdf>>. Acesso em: 09 Dez. 2016.

MEYER, S. B. O conceito de análise funcional. Em: M. DELITTI (Org.). **Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental** (p. 29-34). Santo André: ESETec, 1997.

\_\_\_\_\_. Processos comportamentais na psicoterapia. Em: CRUVINEL, A. C.; DIAS, A. L. F.; CILLO, E. N. (Orgs.) **Ciência do comportamento conhecer e avançar**, v. 4, p. 151-157, Santo André: ESETec, 2004.

MEYER, S. B.; LEONARDI, J. L.; OSHIRO, C. K. B. A terapia analítico-comportamental (TAC). Em: **Psicologia clínica da graduação à pós-graduação**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

MEYER, S. B. et al. Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. In: TOURINHO, E. Z.; LUNA, S. V. (Orgs.). **Análise do comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas** (p. 153-174). São Paulo: Roca, 2010.

MEYER, S. B. et al. **Terapia Analítico-Comportamental: relato de casos & de análises**. São Paulo: Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, 2015.

MICHELETTO, N. et al. Disseminação do conhecimento em análise do comportamento produzido no Brasil (1962-2007). In: TOURINHO, E. Z.; LUNA, S. V. (Orgs.). **Análise do comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas** (p. 101-125). São Paulo: Roca, 2010.

MOURA, G. R. S.; DE ROSE, J. C.; OLIVEIRA, L. G. F. Crianças com dificuldades em resolução de problemas matemáticos: Avaliação de um programa de intervenção. **Travessias** (UNIOESTE), v. 4, p. 374-394, 2010.

NERY, L. B.; FONSECA, F. N. Análise funcionais moleculares e molares: um passo a passo. Em: A. K. C. R. DE-FARIAS, F. N. FONSECA, L. B. NERY (Orgs.). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica** (p. 1 – 22). Porto Alegre: Artmed, 2018.

NIERO, C. B. F.; LEONARDI, J. L. RedePsi. **A Terapia Analítico-Comportamental não é um conjunto de técnicas**. [online]. Publicado em: 28 Ago. 2009. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2009/08/28/a-terapia-anal-tico-comportamental-n-o-um-conjunto-de-t-cnicas/>>. Acesso em: 09 de Dez, 2016.

NOLASCO, N. C. **A evolução do conceito de intervenção clínica comportamental conforme apresentada em artigos produzidos no Brasil: uma revisão histórica.** Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002.

RANGÉ, B.; GUILHARDI, H. História da psicoterapia comportamental e cognitiva no Brasil. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas** (p.55-69). Campinas: Editorial Psy, 1995.

REGUANT ÁLVAREZ, M.; TORRADO FONSECA, M. El método Delphi. **Revista d'Innovació i Recerca en Educació**, v. 9, n. 2, p. 87-102, 2016.

REWORÊDO, L., et al. O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 16-21, 2015. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/136>>. Acesso em: 21 abr. 2018.

RIBEIRO, M. R. Terapia analítico-comportamental. In: GUILHARDI, H. J. et al. (Orgs.). **Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade.** v. 8 (p. 153-174). Santo André: ESETec, 2001.

ROEMER, L.; ORSILLO, S. M. Uma terapia comportamental baseada em aceitação para o transtorno de ansiedade generalizada. In: BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SALTER, A. **Conditioned reflex therapy.** New York: Creative Age Press, 1949.

SIDMAN, M. Reading and auditory-visual equivalences. **Journal of Speech and Hearing Researches**, v.14, 5-13, 1971.

SILVA, M. C. D. A. E. **Metáfora: revisão de estudos brasileiros e verificação de prováveis efeitos em um processo de terapia analítico-comportamental.** Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Paraná, Curitiba - PR, 2012.

SIMÕES FILHO, E. F. **Manejo de metáforas em psicoterapia analítico-comportamental.** Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, São Paulo - SP, 2014.

SIMONASSI, L. E.; TOURINHO, E. Z.; SILVA, A. V. Comportamento privado: acessibilidade e relação com comportamento público. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 1, p. 133-142, 2001.

SKINNER, B. F. **Contingências de reforço: uma análise operante da resolução de problemas.** São Paulo: Abril Cultural, 1984. (Trabalho original publicado em 1969)

\_\_\_\_\_. **Ciência e comportamento humano.** São Paulo: Martins Fontes, 2003. (Trabalho original publicado em 1953)

\_\_\_\_\_. **Sobre o behaviorismo.** Tradução de M. P. Villalobos. São Paulo: Cultrix, 2006. (Trabalho original publicado em 1974)

SOCIETY OF CLINICAL PSYCHOLOGY. Exposure therapies for specific phobias. 2016. Disponível em: <<https://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/exposure-therapies-for-specific-phobias/>> Acesso em: 05 Jan, 2018.

SOUSA, A. P. S., et al. Regras versus Autorregras: que tipo de regras é mais eficaz na modificação do comportamento? In: PESSOA, C. V. B. B.; COSTA, C. E.; BENVENUTI, M. F. (Orgs). **Comportamento em foco**. São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental – ABPMC, 2011.

TODOROV, J. C.; HANNA, E. S. Análise do comportamento no Brasil. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 26, p. 143-153, 2010.

TOSCANO, M. P.; MACCHIONE, A. C.; LEONARDI, J. L.. O uso da análise funcional na literatura brasileira de terapia comportamental: uma revisão teórico-conceitual. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, v. 10, n. 1, p. 98-113, 2019.

TOURINHO, E. Z. **O autoconhecimento na psicologia comportamental de B F Skinner**. Editora Universitária UFPA, 1995.

\_\_\_\_\_. Consequências do externalismo behaviorista radical. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 15, n.02, p. 107-115, Brasília, 1999.

TOURINHO, E. Z.; CAVALCANTE, S. N. Por que terapia analítico comportamental? **ABPMC Contexto**. v. 10, n. 23. 2001.

TSAI, M. et al. **Um guia para a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP):** consciência, coragem, amor e behaviorismo. Santo André: ESETEc, 2011. (Trabalho original publicado em 2009)

VANDEMBERGHE, L. Terceira onda e terapia analítico-comportamental: um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos. **Boletim Contexto**, v.34, p. 33-41, 2011.

WATSON, J. B.; RAYNER, R. Conditioned emotional reactions. **Journal of Experimental Psychology**, v.3, n.1, p. 1-14, 1920.

WOLPE, J. **Psychotherapy by reciprocal inhibition**. California: Stanford University Press, 1958.

ZAMIGNANI, D. R.; SILVA NETO, A. C. P.; MEYER, S. B. Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: a terapia analítico-comportamental. **Boletim Paradigma**. v. 3, n. 1, p. 9-16, 2008.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da primeira fase da pesquisa intitulada “Terapia Analítico-Comportamental: contribuições para a sistematização”. Esta pesquisa justifica-se por tal modelo clínico nunca ter sido sistematizado no formato de um manual de intervenções, o que torna sua replicação inviável e, conseqüentemente, o impede de ser empiricamente testado. Assim, o estudo tem como objetivo caracterizar a Terapia Analítico-Comportamental (TAC) junto aos terapeutas responsáveis pela sua elaboração e desenvolvimento.

A sua participação consistirá na indicação de nomes de terapeutas que possam representar tal modelo e compor a amostra que participará da segunda fase desta pesquisa. Para tanto, é necessário que você atue na clínica comportamental e que tenha alguma qualificação/formação nessa área (carga horária mínima de 70h), independente do seu tempo de atuação.

Você não será identificado e sua participação é totalmente voluntária. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

Em qualquer etapa do estudo você poderá esclarecer eventuais dúvidas ou obter informações sobre os resultados da pesquisa entrando em contato com a pesquisadora através do email [thallyssa.alves@gmail.com](mailto:thallyssa.alves@gmail.com). Em caso de dúvidas quanto a questões éticas, você poderá entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA, localizado a Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho PPPG, Bloco C Sala 07, São Luís-MA, ou pelo telefone (98) 3272-8708.

A pesquisadora responsável declara o cumprimento das exigências contidas nas resoluções CNS 466/12 e 510/16.

( ) Declaro que li as informações acima e aceito participar da pesquisa.

**APÊNDICE B****QUESTIONÁRIO SOBRE OS PRINCIPAIS REPRESENTANTES DA TAC**

1) Qual o seu tempo de atuação na clínica comportamental?

2) Qual(is) tipo(s) de qualificação(s), para além da graduação, você possui?

Curso de formação

Doutorado

Especialização

Pós-doutorado

Mestrado

Outra(s). Quais?

3) Em qual região você atua?

Norte

Sudeste

Nordeste

Sul

Centro-oeste

4) Em sua opinião, quem são os 10 terapeutas que melhor representam a Terapia Analítico-Comportamental (prática exclusivamente brasileira)? Considere que aqui exclui-se modelos internacionais como ACT, FAP, DBT, dentre outros.



## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, da pesquisa “Terapia Analítico-Comportamental: contribuições para a sistematização”. Esta pesquisa justifica-se por tal prática nunca ter sido sistematizada no formato de um manual de intervenções, o que torna sua replicação inviável e, conseqüentemente, a impede de ser empiricamente testada. Assim, esta pesquisa tem como objetivo caracterizar a Terapia Analítico-Comportamental (TAC) junto aos terapeutas responsáveis pela sua elaboração e desenvolvimento.

A sua participação consistirá no preenchimento de dois questionários, o primeiro questionário visa fazer uma caracterização pessoal, com dados sociodemográficos e relativos à sua formação, enquanto o segundo apresenta questões referentes a um caso clínico e que devem ser respondidas à luz da TAC.

Ressalta-se que a participação na pesquisa apresenta risco mínimo a você, podendo, entretanto, ocorrer desconforto e/ou cansaço pelo tempo de preenchimento dos questionários. Caso isso ocorra ou você sinta qualquer outro incômodo, o preenchimento dos questionários pode ser interrompido. O benefício que esse trabalho poderá para você é a oportunidade de refletir e melhorar sua atuação profissional, uma vez que as informações coletadas fornecerão subsídios para a produção de conhecimento acerca da TAC, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

A participação nesta pesquisa não exigirá de você qualquer despesa. Também não há nenhuma gratificação ou compensação financeira relacionada à sua participação. Despesas adicionais serão de responsabilidade da pesquisadora. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), você tem direito às indenizações legalmente estabelecidas.

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de trabalho de dissertação de mestrado, artigos científicos e apresentações em eventos da comunidade acadêmica, porém, você não será identificado(a).

Em qualquer etapa do estudo você poderá esclarecer eventuais dúvidas ou obter informações sobre os resultados da pesquisa entrando em contato com a pesquisadora através do email [thallyssa.alves@gmail.com](mailto:thallyssa.alves@gmail.com) ou telefone (98) 981055553. Em caso de dúvidas quanto a questões éticas, você poderá entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA, localizado a Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho PPPG, Bloco C Sala 07, São Luís-MA, ou pelo telefone (98) 3272-8708.

A pesquisadora responsável declara o cumprimento das exigências contidas nas resoluções CNS 466/12 e 510/16.

( ) Declaro que li as informações acima e aceito participar da pesquisa.

## APÊNDICE D

### QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL

Sexo: Feminino ( ) Masculino ( ) Idade: \_\_\_\_\_

Estado de residência: \_\_\_\_\_

Quanto tempo de formado você tem (graduação)? \_\_\_\_\_

Possui pós-graduação? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, de que tipo?

( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Em que área? \_\_\_\_\_

Tempo de atuação profissional (em psicologia): \_\_\_\_\_

Se você possui outra(s) área(s) de atuação além da clínica, assinale abaixo, qual ou quais são elas:

( ) Organizacional ( ) Educacional ( ) Hospitalar ( ) Saúde ( ) Social  
( ) Jurídica ( ) Esporte ( ) Acadêmica (docência) ( ) Outra(s): \_\_\_\_\_

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

Qual modelo de intervenção terapêutica você utiliza predominantemente?

- ( ) Terapia Analítico-Comportamental (TAC)
- ( ) Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR)
- ( ) Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA)
- ( ) Psicoterapia Comportamental Pragmática (PCP)
- ( ) Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP)
- ( ) Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)
- ( ) Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)
- ( ) Terapia Comportamental Dialética (DBT)
- ( ) Outro (s): \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E

### QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA DA TAC

Considere o seguinte caso clínico para responder as questões que o seguem.

#### CASO CLÍNICO<sup>1</sup>

*Héctor era um homem de origem latino-americana de 24 anos que se apresentou para tratamento depois de ter sido colocado sob observação acadêmica. Embora tivesse um histórico acadêmico extremamente bom nas cadeiras básicas, Héctor estava tendo dificuldades para acompanhar as exigências das disciplinas da faculdade de medicina. Inicialmente, ele procurou tratamento com a profissional de cuidados de saúde primária para uma ampla variedade de sintomas relacionados ao estresse, incluindo dores de cabeça, tensão muscular e desconforto gastrointestinal frequentes.*

*No entanto, ela pediu que ele procurasse terapia para o que ela acreditava ser um transtorno de ansiedade. Na avaliação inicial, Héctor confirmou sintomas compatíveis com TAG. Ele descreveu uma longa história de preocupação que começou no ensino fundamental. Sua preocupação estava dirigida principalmente a suas demandas de ensino. Ele informou se preocupar constantemente com a qualidade do seu trabalho, a suficiência de seu conhecimento e sua capacidade de cumprir as expectativas acadêmicas – as suas e as de outros. Héctor foi a primeira pessoa da família a se formar em uma faculdade, e toda a sua família ampliada estava extremamente orgulhosa dele, e investira muito para que ele obtivesse um diploma de médico. A mãe de Héctor tinha assumido um segundo emprego para ajudar a pagar os custos cada vez maiores da educação dele, um de seus tios se ofereceu para ser fiador de um financiamento, e seu primo lhe ofereceu um lugar para morar sem pagar aluguel. Embora estivesse extremamente agradecido pelo apoio deles, Héctor se preocupava constantemente com a possibilidade de decepcioná-los.*

*Héctor também estava invadido por preocupações com a saúde e o bem-estar de sua mãe. Ele estava preocupado que ela estivesse se desgastando demais com dois empregos e pudesse ter um ataque cardíaco ou adormecer enquanto dirigia para casa, e viesse a morrer em um acidente de carro. Héctor também se preocupava muito com seus dois sobrinhos. Em sua*

---

<sup>1</sup> Texto retirado de: ROEMER, L.; ORSILLO, S. M. Uma terapia comportamental baseada em aceitação para o transtorno de ansiedade generalizada. In: BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

*opinião, eles passaram tempo demais assistindo à televisão e jogando videogame, e precisavam de mais estrutura e orientação do que seu irmão estava oferecendo.*

*Héctor descreveu uma série de dores que atribuía a seu alto nível de tensão física constante. Ele observou que tinha grande dificuldade de adormecer todas as noites, enquanto sua mente repassava constantemente uma série de resultados negativos potenciais que o dia seguinte poderia trazer. Não surpreendentemente, ele descreveu que tinha muita dificuldade de se concentrar principalmente enquanto estava em sala de aula e quando tentava fazer a tarefa de leitura.*

*Quando a ansiedade e a preocupação ficavam graves demais, ele matava aula e ia à academia de ginástica. No passado, quando fazia exercícios suficientes, ficava tão cansado fisicamente que pegava no sono assim que a “cabeça tocava no travesseiro”. Infelizmente, essa estratégia de enfrentamento vinha se tornando cada vez menos eficaz. No início, ele viu que estava matando aula e indo à academia cada vez com mais frequência, a ponto de não conseguir manter boas notas. Além disso, embora ainda pegasse no sono com bastante rapidez após fazer exercícios, agora ele acordava depois de apenas 1 ou 2 horas de sono.*

*Quando estava no ensino médio, Héctor também descobriu que passar tempo com amigos e parentes mantinha seus sintomas de TAG sob controle. No entanto, seis meses antes, ele havia deixado sua rede de apoio para trás em Miami e se mudado para Boston, para estudar medicina. Embora, no início, ele saísse para comer com colegas de aula e participasse de grupos de estudo com eles de vez em quando, ele nunca se sentiu totalmente confortável nesses eventos. Ele se preocupava com a possibilidade de que seus colegas não achassem que ele pertencesse a uma faculdade de medicina de tanto prestígio, e Héctor estava ciente de que era um dos poucos alunos de grupos étnicos/minorias.*

- 1) Selecione três comportamentos-problema e elabore suas análises funcionais (ou de contingências).
- 2) Formule os objetivos da intervenção a ser realizada com esse cliente.
- 3) Cite quais técnicas você utilizaria para intervir nas respostas ou padrões comportamentais.

## APÊNDICE F

### **Respostas fornecidas pelos participantes quanto a seleção de comportamentos problema e elaboração de análise de contingências**

#### **Participante 1**

Considerando o texto fiquei em dúvida se estava cursando ou não medicina, pois há os trechos "Héctor estava tendo dificuldades para acompanhar as exigências das disciplinas da faculdade de medicina" e "Héctor foi a primeira pessoa da família a se formar em uma faculdade, e toda a sua família ampliada estava extremamente orgulhosa dele".

Também há falta de informações sobre o histórico da queixa de ansiedade que pelo relato começou no ensino fundamental, seguiu pelo ensino médio e também na faculdade, portanto não é um sintoma circunscrito na faculdade. Quais contingências ele teve no curso da vida para justificar a ansiedade? Há histórico na família? Quando ansioso quais operantes emitia e quais consequências obtinha? Porque ele foi o único a estudar? Quais contingências propiciaram essa conquista? Porque há tanta preocupação com a aceitação dos colegas e familiares? Quais regras funcionam como discriminativo? Essas informações poderiam permitir uma análise funcional ampliada considerando o histórico da queixa e as interdependências comportamentais.

Com os dados expressos, se considerar que está cursando medicina, poderia supor que a família sempre exigiu bom desempenho que desde o ensino médio ele parece não cumprir o suficiente (do ponto de vista da família ou do ponto de vista dele próprio), pode ser que a família seja extremamente exigente e, com isso, o cliente teria que aprender a formular novas regras que fossem tatos e procurar segui-las, separando o que é dificuldade dele e dificuldade da família (análise funcional e treino assertivo para responder às exigências exageradas da família); caso não seja excesso de exigência da família e sim dele mesmo será importante verificar o controle por regra e alterar o que não corresponde às contingências e ensinar operantes para reduzir aversivos e produzir reforçadores.

Desse modo como comportamento Problema 1 poderia ser identificado o responder por regras que não são tatos, por exemplo descrevendo funcionalmente como Sd: "ao me sentir ansioso devo fazer academia", resposta - fazer exercícios, consequências reforçadoras positivas a curto prazo - dormir melhor, que não se mantém gerando punições; consequências reforçadoras negativas - livrar-se da ansiedade e da dificuldade em sala de aula; consequências punitivas positivas a médio prazo - tirar notas baixas/repetir nas matérias; consequências punitivas positivas a longo prazo - desapontar familiares; consequências punitivas negativas a longo prazo - perder título de médico.

Problema 2 - dificuldade de fazer novos amigos e de manter amigos antigos. Há o relato de que o cliente tinha amigos que ele perdeu ao mudar de cidade para cursar medicina. Sabe-se, na história, no Ensino Médio, que em situações de ansiedade (sd) ficar com amigos (resposta) reduzia a ansiedade (reforço negativo) e possivelmente essa interação produzia reforçador positivo também. Na faculdade não se sentiu integrado, talvez por pertencer a grupo minoritário, ou porque talvez não tenha repertório suficiente, seja qual o motivo pode ser que responda a regra que não descreve contingência, mas precisaria investigar melhor porque não faz novos amigos na universidade, que poderia ajudar a reduzir a ansiedade além dos exercícios.

Problema 3 - preocupação com a saúde da mãe. Teria que investigar melhor mas pode ser que o cliente acredite que precise se formar e sustentar a mãe e retribuir todo o investimento dela e de outros familiares para seus estudos. Em sendo essa hipótese poderia ser uma regra que funcione como sd, levando a respostas encobertas como os pensamentos de preocupar-se,

discriminar mais eventos negativos que positivos, gerando mais ansiedade e dificuldade em dormir (punições) e como reforçadores que mantêm o padrão poderia-se hipotetizar que ao pensar nesses problemas está se preocupando e conseguirá resolver, ajudando a sua mãe.

## **Participante 2**

Faltam dados para identificar três comportamentos problema.

Do ponto de vista da TAC pensar, sentir, atuar publicamente são, igualmente, comportamentos diferenciados apenas por serem públicos ou encobertos.

Héctor descreve vários pensamentos - catastróficos, obsessivos, auto persecutórios e extremamente auto-exigentes - que caracterizam um TOC, (e não, simplesmente TAG) resultando nos sintomas físicos de ansiedade (falta de concentração, insônia, dor de cabeça, dor muscular etc.). Héctor encontra na atividade física intensa, por exemplo, um alívio para os incômodos anteriormente citados, reduzindo assim a ansiedade. Neste ponto encontramos a função de esquiva que a atividade física adquiriu para Héctor.

O comportamento de problematizar situações futuras parecem também funcionar para manter-se na fantasia e não atuar concretamente para solucionar as necessidades imediatas, por exemplo ir à aula (situação ansiogênica para ele).

O comportamento de preocupar-se obsessivamente com o julgamento do outro gera a busca da perfeição (irreal) e em consequência o pensamento de que nunca, o que/como ele faz, não é suficiente. Esse alto nível de exigência e consequente sentimento de culpa pelas possíveis catástrofes também caracterizam um quadro de TOC.

Importante chamar a atenção para o peso que o fato de ser o primeiro da família e em seu meio social a ter uma faculdade, tem sobre a auto-exigência ao lado do temor de frustrar expectativas e sacrifícios dos que esperam seu sucesso.

## **Participante 3**

1. Matar aula. 2. Pensar constantemente sobre resultados negativos potenciais (em relação a família e aos estudos). 3. Problemas para dormir e permanecer dormindo.

1) Em relação ao 1, o cliente relata dificuldades de concentração em contexto de demanda acadêmica (situação de leitura, por exemplo), é possível que o comportamento de faltar as aulas esteja sendo reforçado negativamente com o atraso da demanda (são necessárias informações adicionais) que passa a ser maior na medida em que falta constantemente e não se concentra no conteúdo. 2) Em relação ao 2, ocorrem tanto em relação ao bem estar da família quanto em relação ao seu desempenho acadêmico. É comum em casos de TAG a antecipação de perigos e ameaças potenciais, provavelmente esse padrão é reforçado negativamente pela não ocorrência dos eventos temidos. Outra possível análise é que devido a essa história de sacrifícios de sua família, em prol da sua educação, regras e autoregras tenham sido emitidas descrevendo uma exigência alta em relação ao seu desempenho e ele esteja sobre controle dessas regras assim como, provavelmente, de histórico de reforço social de alta magnitude contingente ao bom desempenho acadêmico. Especificamente em relação as demandas acadêmicas, faltar as aulas e não conseguir se concentrar interferem diretamente no seu desempenho e ele entra em contato com eventos aversivos relacionados ao potencial "fracasso" (pensar sobre, nota não tão alta quanto antes, sintomas de ansiedade cada vez maior em situação de demanda). Vale mencionar, que os exercícios físicos eram emitidos relacionados funcionalmente aos pensamentos sobre potenciais ameaças. No caso, os exercícios físicos eram reforçados negativamente por

diminuírem a frequência temporariamente desses pensamentos aversivos. 3) Em relação ao 3, A dificuldade de dormir e permanecer dormindo parece se relacionar funcionalmente com os pensamentos sobre resultados negativos. Na presença deles o dormir é negativamente afetado. No entanto, como dito no segundo tópico, os pensamentos sobre possíveis resultados negativos, provavelmente está sob controle de regras e histórico de reforçamento social relacionados ao seu desempenho acadêmico.