

Terapia Analítico-Comportamental: reflexões sobre a sistematização de uma prática

(Behavior-Analytic Therapy: reflections about the systematization of a practice)

Gabriel Vieira Cândido^{1*} y Tiago Alfredo da Silva Ferreira^{2**}

*Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

**Universidade Federal da Bahia (UFBA)

(Brasil)

RESUMO

A Terapia Analítico-Comportamental (TAC) é um modelo de psicoterapia originado no Brasil, que vem recebendo críticas em relação à ausência de evidências que sustentem sua prática. Este artigo tem por objetivo discutir a sistematização da TAC e, para tanto, apresenta a questão da sistematização e formalização de modelos de intervenção psicoterápica. Em seguida, aborda o problema da transposição cultural de modelos psicoterápicos e sua relação com a recente proposta da Terapia Baseada em Processos (TBP). Por fim, discute alguns dados que mostrem a evolução da TAC em termos de objetivos propostos, problemas enfrentados e intervenções realizadas, bem como sua relação com as propostas atuais da TBP. A partir destas etapas, é argumentado que a TAC possui sistematização enquanto modelo psicoterápico, bem como evidências de sua eficácia, desde que a noção de evidências de pesquisa não seja reduzida ao modelo da Psicoterapia Baseada em Evidências proposto pela American Psychological Association.

Palavras-chave: modelo psicoterápico, psicoterapia baseada em processo, modelos transdiagnósticos, terapia analítico-comportamental, sistematização, terapia baseada em evidências.

1) Ambos os autores integram a Rede de Colaboração Interinstitucional para a Pesquisa e o Desenvolvimento das Terapias Analítico-Comportamentais – RedeTAC.

2) Endereço para correspondência: Tiago Alfredo da Silva Ferreira. Instituto de Psicologia - UFBA. Rua Aristides Novis, 197, Estrada de São Lázaro. CEP 40210-730. Salvador, Bahia, Brazil. E-mail: tiagothr@gmail.com

ABSTRACT

Behavior Analytic Therapy (TAC) is a psychotherapy model originated in Brazil, which comes to receive criticism regarding the lack of evidence to support its practice. This article aims to discuss the TAC systematization and, for that, presents the issue of psychotherapy interventions models formalization. Then, it addresses the problem of psychotherapeutic models cultural transposition and its relationship with the recent proposal of Process-Based Therapy (TBP). Finally, it discusses historical aspects of the TAC's development, looking for some data that show that its evolution in terms of proposed goals, problems faced, and activities carried out, as well as its relationship with the current proposals of TBP. From these steps, it is argued that TAC has a systematization as a psychotherapeutic model, as well as evidence of its effectiveness, as long as the notion of evidence research is not reduced to the Evidence-Based Psychotherapy model proposed by the American Psychological Association.

Keywords: psychotherapy model, process-based therapy, transdiagnostic models, behavior-analytic therapy, systematization, evidence-based therapy.

Este artigo tem como objetivo principal discutir o tema da sistematização da Terapia Analítico-Comportamental (TAC) e sua relação com demandas atuais para o surgimento de modelos psicoterápicos. Este tema se faz especialmente importante no contexto da recente discussão acerca da busca por evidências clínicas nas psicoterapias. Neste âmbito, existem críticas de que a TAC seria carente de evidências de sua capacidade para produzir mudanças satisfatórias em problemas emocionais e comportamentais na população por ela atendida, o que a fragilizaria enquanto um modelo de psicoterapia cientificamente embasada (e.g., Cavalcante & Tourinho, 2012; Leonardi & Meyer, 2016; Leonardi, 2017; Neno, 2005).

Um cuidado necessário para discutir a sistematização da TAC se refere a explorar a própria prática de sistematização de modelos científicos. Principalmente com os trabalhos da força tarefa sobre Práticas Baseadas em Evidências, estabelecida pela Associação Americana de Psicologia (APA) no começo da década de 1990, a sistematização de modelos de psicoterapia se tornou um tema amplamente debatido ao mesmo tempo em que produziu impactos diretos nas diferentes formas de intervenção em psicologia (American Psychological Association, 2006; Cook, Swartz, & Kaslow, 2017; Dozois et al., 2014; Spring, 2007; Tourinho & Neno, 2003).

O objetivo desta força tarefa instalada pela APA tem sido, desde sua criação, produzir diretrizes para identificação de modelos de psicoterapia com as melhores evidências de eficácia. Há o pressuposto de que, assim, as melhores intervenções poderiam ser oferecidas à população que busca auxílio profissional. A despeito do que seja considerado “evidência” (conceito pouco debatido), consideraram que uma prática é eficaz quando há publicação em periódicos com avaliação por pares, apresentando resultados de pesquisa que tenha medida objetiva, com avaliação de linha de base, e avaliação pós-intervenção. Deste modo, para um modelo de intervenção ter evidência de eficácia, há a exigência de pesquisas com ensaio clínico

randomizado e delineamentos de caso único e/ou estudo de caso, em geral realizando comparações entre modalidades de intervenção.

Uma das características dos modelos psicoterápicos baseados nas Práticas Baseadas em Evidência é o uso de manuais, que apresentam descrições de intervenções a serem replicadas pelo terapeuta, na expectativa de que serão reproduzidos resultados semelhantes aos das pesquisas que sustentam aquela prática. Estes manuais contêm prescrições de procedimentos de avaliação e de intervenção.

A origem do termo TAC remonta ao início dos anos 2000 (Tourinho e Cavalcante, 2001). No entanto, apesar da novidade em termos de nomenclatura para terapias comportamentais, as práticas às quais a nomenclatura TAC se refere não são exatamente novas. Enquanto prática psicoterápica, a TAC vem se desenvolvendo desde a década de 1960, por terapeutas e pesquisadores brasileiros. Sua origem, de muitas maneiras, foi impulsionada por áreas de pesquisa e intervenção que surgiram de modo paralelo em outros países, mas sobretudo nos Estados Unidos, a exemplo da Modificação do Comportamento, da Análise do Comportamento Aplicada e da Análise Experimental do Comportamento, da Terapia Comportamental e da Terapia Cognitiva (Costa, 2011; Queiroz & Guilhardi, 1980; Queiroz, Guilhardi, Guedes, & Martin, 1976; Kerbaux, 1983; Leonardi & Meyer, 2016; Leonardi, 2017; Meyer, et al., 2010; Pavan-Cândido, 2019; Tourinho & Cavalcanti, 2001; Zamignani, Pacheco, & Meyer, 2008; Zamignani, et al., 2016).

A Terapia Analítico-Comportamental se fundamenta nos pressupostos da Análise do Comportamento e do Behaviorismo Radical (monista, selecionista e funcionalista). Historicamente, os conceitos básicos estudados em laboratório, o conjunto de pesquisas aplicadas da área e demandas surgidas durante as intervenções realizadas no contexto clínico cotidiano (como a relação terapêutica, a história de vida do cliente, o contexto em que ele se insere e a definição de objetivos terapêuticos considerando a interação desta pessoa nos diferentes contextos em que transita) estão na origem desta terapia.

Quanto aos seus objetivos, a literatura não tem sido unânime: “auxilia na reflexão e intervenção frente a fenômenos complexos, como os que se apresentam em ambientes clínicos” (Tourinho e Cavalcante, 2001, p. 10); “modificar o repertório comportamental tornando o indivíduo mais adaptado” (Medeiros, 2002, p. 106); “promover uma interação mais favorável do indivíduo com o grupo social e com o ambiente físico, minimizando os problemas emocionais e o sofrimento.” (Zamignani, Silva Neto e Meyer, 2008, p. 11). “solução de problemas humanos” (Meyer, et al., 2010, p. 158); “promover um repertório de auto-observação, enfrentamento e de solução de problemas, de modo que o indivíduo maximize o acesso a reforçadores, com o mínimo de punição” (Zamignani, et al, 2016). Não obstante as diferenças, os diversos objetivos perpassam a compreensão de que a TAC tem como parte dos seus objetivos a ampliação do repertório de comportamentos do cliente, promovendo autoconhecimento e interações mais reforçadoras (Ferreira, Santos, Matos, Moura, & Rodrigues, 2017).

A ferramenta de trabalho que o terapeuta analítico-comportamental utiliza para isso é a análise funcional do comportamento ou análise de contingências, que au-

xilia tanto na identificação de variáveis que estão interferindo na ocorrência do comportamento problema e/ou comportamento alvo da intervenção, quanto na avaliação comportamental e de resultados obtidos (Banaco, 1999; Del Prette, 2011; Guilhardi, 2001; Neno, 2003; Ulian, 2007).

Em coerência com o caráter ideográfico da análise funcional, o processo terapêutico é planejado caso a caso, uma vez que considera cada pessoa como um indivíduo único em sua história de exposição às contingências. A relação terapeuta-cliente é um dos principais agentes promotores da mudança, e deve proporcionar empatia, confidencialidade e segurança para o processo clínico.

Além, dos fatores internos à própria Análise do Comportamento e à Terapia Comportamental, fatores externos como os políticos, sociais, econômicos, etc, no Brasil da segunda metade do século XX, também estão na origem da Terapia Analítico-Comportamental. A TAC é, então, um modelo de psicoterapia que se desenvolveu historicamente no Brasil ao longo da segunda metade do século XX e recebeu influência deste momento histórico brasileiro que incluiu a) a construção de Brasília como capital federal; b) o reconhecimento legal da formação de psicólogo e sua profissão pela Lei 4119/61, dando início aos primeiros cursos de graduação em psicologia no Brasil e impulsionando o surgimento de novos campos de atuação para este novo profissional; c) a expansão da pós-graduação no Brasil; e d) a ditadura militar no Brasil. (Cândido & Massimi, 2012; Guedes, *et al*, 2008; Leonardi, 2015; Pavan-Cândido, 2019; Todorov & Hanna, 2010; Vandenberghe, 2011).

Assim, para cumprir a proposta deste artigo, a discussão será dividida em três seções. Na primeira, discutiremos a questão dos modelos de intervenção psicoterápica: sistematização e formalização, especialmente o caso dos modelos transdiagnósticos baseados em processos e da Terapia Baseada em Processos. Em seguida, abordaremos a TAC desde sua constituição histórica. Por fim, na terceira parte, discutiremos especificamente o problema da sistematização da TAC.

MODELOS DE INTERVENÇÃO PSICOTERÁPICA: SISTEMATIZAÇÃO E FORMALIZAÇÃO

Modelos de intervenção psicoterápica buscam uma representação idealizada do processo psicoterápico, especificando o comportamento dos elementos (terapeuta, paciente, instrumentos de avaliação, etc) que compõem a intervenção. Este tipo de modelo excede a descrição e explicação teórica de fenômenos clínicos, produzindo também componentes normativos acerca de questões como saúde mental e qualidade de vida como norteadores da intervenção psicoterápica (Ferreira, Santos, Matos, Moura, & Rodrigues, 2017; Ferreira & Souza, 2019).

Em seu conteúdo descritivo e normativo, os modelos clínicos em psicoterapia, em geral, buscam mobilizar aspectos teóricos e conceituais para contemplar, ao menos: Descrição tecnológica (e.g. procedimentos e instrumentos), conceitualização de caso e normatividade clínica (Ferreira, Santos, Matos, Moura, & Rodrigues, 2017; Ferreira & Souza, 2019). Apesar da persistência, em meios leigos e acadêmicos, de uma visão deformada que transmite uma imagem descontextualizada

e socialmente neutra da ciência (Perez, Montoro, Alís, Cachapuz, & Praia, 2001), cada um dos componentes de um modelo psicoterápico é culturalmente situado, uma vez que tanto descrições quanto normas são construídas em um contexto pragmático que envolve interesses, significados e crenças da comunidade científica que o elabora (American Psychological Association, 2006).

De acordo com Fishman, Rego e Muller (2011), pelo menos seis dimensões compõem o que tipicamente é chamado de modelo em psicoterapia. Seriam eles: a) adesão a pressupostos epistemológicos e de filosofia de ciência específicos, b) posições teóricas, c) corpo de dados científicos, d) coleção de técnicas e tecnologias, e) valores específicos e posições éticas e f) contexto sociológico, político e histórico particulares.

Assim, mais do que um conjunto de ferramentas técnicas usadas com o objetivo de alterar comportamentos, um modelo em psicoterapia se fundamenta em uma epistemologia. Esta maneira de compreender aspectos mais gerais sobre o ser humano define, em grande parte, as posições teóricas adotadas pelo terapeuta, assim como o conjunto de valores que direcionarão discussões sobre o sofrimento humano. Ao mesmo tempo, espera-se que a posição teórica do terapeuta esteja de acordo com dados empíricos, produzidos em condições controladas. Por fim, outra dimensão que compõe um modelo de psicoterapia se refere às condições sociais mais amplas que são condicionantes tanto dos problemas psicopatológicos que levam pessoas a buscarem tratamento psicológico quanto das possibilidades viáveis de intervenção para tais problemas.

Modelos de intervenção são testados a partir da ação prática dos clínicos que agem coerentemente com o modelo, em situações concretas. Na orientação do comportamento dos clínicos, tais modelos podem ser dispostos em um *continuum* de formalização, localizando seus extremos entre um polo altamente formalizado e outro com mínima formalização.

Alto grau de formalização envolve a descrição manualizada das sessões de atendimento, incluindo temas, falas típicas a serem introduzidas em cada sessão, instrumentos a serem utilizados e objetivos a serem alcançados em cada etapa (e.g. Koerner, 2013). Existem vantagens e desvantagens decorrentes da alta formalização em intervenções clínicas.

Como principais vantagens: (1) A pesquisa para obtenção de evidências de eficácia do modelo exige que a atuação do clínico seja bem descrita o suficiente para que o êxito ou malogro da intervenção possa ser atribuída a características do modelo, e não a atributos subjetivos do terapeuta (Leonardi & Meyer, 2015). (2) O treinamento de novos terapeutas pode ser favorecido por uma descrição mais clara e objetiva do que se espera de sua atuação clínica em coerência com o modelo.

No entanto, algumas desvantagens dos modelos com alta formalização podem ser destacadas: (1) Com relação à pesquisa para obtenção de evidências, a alta formalização manualizada pode artificializar a clínica, fazendo com que os resultados de evidências em pesquisa não sejam facilmente transpostos para a prática clínica cotidiana (Koerner, 2013; Ferreira & Matos, 2019). (2) A pesquisa clínica comumente se estabelece em relação a categorias do modelo diagnóstico biomé-

dico que é síndrômico por natureza (American Psychiatric Association, 2013). No entanto, existem críticas que indicam que tal modelo possui limitações em orientar claramente a escolha do tratamento clínico (Hayes & Hofmann, 2018), não descreve adequadamente o paciente típico que procura tratamento em contextos clínicos comuns (Chambless & Ollendick, 2001) e, ainda mais significativo, oculta que processos psicológicos semelhantes podem dar origem a transtornos diversos e que processos psicológicos diversos podem dar origem a um mesmo transtorno (Hayes & Hofmann, 2018).

Com relação ao treinamento de novos terapeutas, nos USA enfatizou-se, prioritariamente, o aprendizado de aplicação dos protocolos clínicos, o que comprometeu aspectos importantes da formação de psicólogos (Koerner, 2013). Para melhoria da formação clínica, a *Association for Behavioral and Cognitive Therapies* (ABCT) desenvolveu uma Força tarefa inter-organizacional para desenvolver princípios e diretrizes norteadores da educação doutoral em psicologia (Klepac et al., 2012). Esta força tarefa iniciou o seu relatório indicando duas diretrizes fundamentais para o treinamento de novos psicólogos: a competência em filosofia das ciências e a competência para uma “apreciação profunda de princípios éticos” em pesquisa e em contextos aplicados.

Para além disso, a força tarefa enuncia dez conceitos abrangentes para o treinamento em intervenções psicológicas (Klepac et al., 2012). Deste relatório é possível depreender que, mesmo no país de origem da maior parte dos modelos psicoterápicos com alta formalização, a comunidade psicológica tem se esforçado para promover um treinamento clínico pautado em estudos filosóficos e éticos, bem como na competência para realizar análises funcionais contextuais e, principalmente, na autonomia para planejar intervenções a partir destas análises (Hofmann & Hayes, 2018). No Brasil, por outro lado, há movimento recente de aumento de publicações de protocolos de intervenção e de pesquisas que buscam evidências para a aplicação destes protocolos (e.g. Hayes, Pistorello, & Biglan, 2008; Linehan, 2010, 2018; Safer, Adler, & Masson, 2020).

MODELOS TRANSDIAGNÓSTICOS BASEADOS EM PROCESSOS

Na cultura ocidental, o modo predominante para falar sobre questões relativas à saúde mental tem sido a conceituação taxonômica baseada em diagnósticos síndrômicos (Hayes e Hofmann, 2018; Dalgleish, Black, Johnston, & Bevan, 2020). Conquanto avanços significativos tenham sido conseguidos no campo da saúde mental a partir do desenvolvimento do DSM (American Psychiatric Association, 2013), ao longo do século XX houve um crescente consenso na literatura internacional de que a nosologia psiquiátrica proposta por estes manuais tem gerado dúvidas em relação à sua utilidade clínica e de pesquisa (Insel et al., 2010; Hayes & Hofmann, 2018; Dalgleish, Black, Johnston, & Bevan, 2020).

Como alternativa para a nosologia atual, há um conjunto de propostas transdiagnósticas (i.e., conceituações que atravessam as fronteiras diagnósticas utilizando outras categorias de análise) que visa a identificação de processos subjacentes

aos problemas de saúde mental, bem como das teorias que explicam tais processos. A natureza dos processos pode variar de uma ênfase predominantemente biológica (e.g., Insel et al., 2010) até a adoção de categorias eminentemente situadas em processos psicológicos (Hayes & Hofmann, 2018, 2019).

Não obstante a pluralidade da natureza dos processos investigados, existem alguns desafios que qualquer proposta precisa enfrentar. A partir de uma revisão narrativa da literatura atual em abordagens transdiagnósticas, Dalgleish, Black, Johnston e Bevan (2020) levantaram sete problemas da nosologia tradicional que devem ser sanados (ou ao menos reduzidos) pela construção de novas propostas.

Primeiro, e mais fácil de ser enfrentada transdiagnosticamente, os processos psicológicos e biológicos subjacentes não são limitados pelas fronteiras diagnósticas atuais e, por conta disso, uma identificação mais clara dos processos é exigida. Em segundo lugar, o caráter dimensional dos sintomas impede que o critério diagnóstico seja por “ausência” ou “presença” de um certo fator. Neste sentido, os critérios dimensionais geram uma instabilidade nosológica, possibilitando a ocorrência de pessoas que precisam de cuidado profissional e não cumprem critérios para serem considerados representantes de um transtorno.

Na atual modalidade nosológica, a comorbidade não se tornou a exceção, mas a regra - assim como tornou-se rara a identificação de um diagnóstico único - que constitui o terceiro conjunto de problemas desta lista. Em quarto lugar, há uma heterogeneidade massiva interna aos diagnósticos. Isto implica dizer que indivíduos que receberam o mesmo diagnóstico podem representar um conjunto sintomático tão diverso que inviabilizam uma das tarefas essenciais de um modelo diagnóstico que é organizar e facilitar a compreensão de um campo complexo a partir de unidades discretas.

O quinto conjunto de problemas está na captura dos sintomas através de instrumentos. A multiplicação de instrumentos que capturam elementos diversos é progressiva e exponencial. Por exemplo, no último século foram desenvolvidos mais de 280 instrumentos diagnósticos apenas para o diagnóstico de depressão (Dalgleish, Black, Johnston, & Bevan, 2020). Em sexto lugar, ao longo da história de vida de um paciente, há uma plasticidade fenotípica que o impele a receber diagnósticos diferentes ao longo do tempo.

O sétimo e último conjunto de problemas se refere a uma das funções essenciais de um modelo diagnóstico: dirigir o tratamento mais adequado para cada categoria utilizada, com menor custo e melhores resultados. Esta função pragmática, no entanto, pode não ser cumprida atualmente, até mesmo porque intervenções psicológicas e farmacológicas parecem efetivas para um grande espectro de diagnósticos diferentes (Hayes & Hofmann, 2018).

A este conjunto de problemas, podemos acrescentar um tema atual: topografias comportamentais são variadas ao longo de diferentes culturas, bem como as normas morais acerca de tais topografias. Considerando que a classificação de um repertório como patológico ou saudável depende de normas culturais que se estabelecem principalmente sobre topografias de comportamentos, uma nosologia que estabelece critérios para saúde mental a partir da forma que repertórios devem ter, tende a ser culturalmente insensível. Por exemplo, a alexitimia é um constructo que

tem sido relacionado a diferentes transtornos psiquiátricos, como abuso de substâncias, transtorno de estresse pós-traumático, distúrbio somatoforme, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e depressão, associados a normas ‘ocidentais’ que enfatizam a experiência emocional individual e a expressão verbal de emoção (Bankier, Aigner, & Bach, 2001. Dere, Tang, Zhu, Cai, Yao, & Ryder, 2013). Essa associação pode transformar um repertório desenvolvido em uma cultura específica, com normas emocionais específicas, em um problema de saúde mental.

Propostas transdiagnósticas baseadas em processos têm sido defendidas como capazes de enfrentar os sete desafios propostos por Dalgleish, Black, Johnston e Bevan (2020). A Terapia Baseada em Processos (TBP) é a proposta transdiagnóstica baseada em processos mais destacada na literatura acadêmica atual (Ong, Levin, & Twohig, 2020). Neste sentido, uma compreensão mais adequada da TBP pode fornecer informações importantes sobre o desenvolvimento atual de modelos clínicos. Uma vez descrita esta proposta, será possível investigar se a TAC se alinha a tal conjunto de modelos clínicos ou se possui características distintas.

TERAPIA BASEADA EM PROCESSOS

A Terapia Baseada em Processos é constituída por modelos psicoterápicos que avaliam os processos psicológicos subjacentes ao fenômeno clínico e propõem procedimentos de intervenção vinculados a estes processos (Hofmann & Hayes, 2019). Isto implica que a ênfase não está na descrição de protocolos vinculados a síndromes, mas na identificação de processos psicológicos relevantes descritos tanto na pesquisa básica quanto na pesquisa aplicada. Como a psicologia possui larga tradição no estudo de processos psicológicos (e.g., reforçamento, discriminação, regulação emocional, controle por regras, dentre outros), estes ganham relevância clínica quando são subjacentes tanto aos fenômenos clínicos vinculados ao sofrimento do paciente quanto ao seu avanço em direção a mudanças significativas (Hofmann & Hayes, 2018).

Para que a identificação de processos ocorra, tanto na avaliação clínica quanto no planejamento das intervenções, a literatura internacional explicita a necessidade de que o clínico seja treinado na competência para realizar análises funcionais (Klepac, 2012; Hayes & Hofmann, 2018; 2019). Por definição, a análise funcional é ideográfica e busca a compreensão de um comportamento alvo de forma contextual a partir da descrição da relação entre variáveis que contribuem para a origem e manutenção deste repertório (Haynes & O’Brien, 1990; Hayes & Hofmann, 2018). Neste sentido, embora os processos psicológicos possam ser entendidos de forma universal (e.g., qualquer membro da espécie humana é susceptível a processos de reforçamento) a compreensão do modo pelo qual o processo ocorrerá para cada sujeito depende de uma análise funcional ideográfica. Como não é possível preencher processos psicológicos apenas por uma descrição sindrômica, uma avaliação funcional é necessária para qualquer TBP.

Esta caracterização do modelo da TBP pode representar um avanço em relação

ao desenvolvimento de uma psicoterapia culturalmente situada. Para este fim, ao menos duas características são essenciais: em primeiro lugar, o nível de formalização do modelo, na TBP, é reduzido e tem sua ênfase no desenvolvimento de competências clínicas mais abrangentes e compreensivas (e.g., avaliação funcional ideográfica; construção de procedimentos a partir do processo psicológico identificado). Com menos formalização, a flexibilidade do modelo para sua transposição cultural é facilitada, caracterizando-se pela avaliação ideográfica contextualmente situada em detrimento de compromissos com a reprodução topográfica de procedimentos.

Em segundo lugar, como a TBP propõe a competência clínica para avaliação funcional de processos psicológicos subjacentes ao fenômeno clínico, o ensino de psicoterapia, segundo esta proposta, prepara psicólogos para uma abordagem mais compreensiva do fenômeno, com uma dependência menor da reprodução topográfica de intervenções. Em intervenções multiculturais, o clínico treinado em TBP deve possuir competência para avaliar as contingências em atuação e não apenas para aplicar protocolos de intervenção pré-estabelecidos. A lógica que vincula um diagnóstico psiquiátrico sindrômico com um conjunto específico de procedimentos perde lugar para a competência clínica em avaliações a partir de interpretações teóricas do caso particular.

Certamente, diversas questões relativas à construção de uma psicoterapia culturalmente sensível não são endereçadas unicamente por uma mudança para TBP. Alguns exemplos: Existem poucos trabalhos examinando sistematicamente diferenças raciais em relação ao sofrimento psicológico (Gouveia Damasceno & Zanello, 2019); Existem poucos trabalhos explicitando diferenças no modo como processos psicológicos se estabelecem em diferentes culturas (Dere, Tang, Zhu, Cai, Yao, & Ryder, 2013); Existem poucos trabalhos que examinam qual o impacto da psicologia clínica na produção de normatizações culturais (Illouz, 2011). Neste sentido, a mudança para uma ênfase em processos na psicoterapia não é suficiente para uma psicoterapia culturalmente situada, mas segundo o que apresentamos, é uma mudança necessária para este fim.

Em resumo, modelos de psicoterapia são compostos não apenas por sua dimensão tecnológica, mas também por valores, posições epistemológicas acerca do próprio conhecimento e do conhecimento acerca do ser humano. Grande parte dos modelos psicoterápicos com impacto global é constituída com base na cultura e no funcionamento da população branca e socioeconomicamente bem sucedida (Gouveia Damasceno & Zanello, 2019) que compartilha práticas culturais ocidentais (Dere, Tang, Zhu, Cai, Yao, & Ryder, 2013), porém frequentemente é utilizada como se fosse passível de aplicação universal (Gouveia Damasceno & Zanello, 2019). Neste sentido, todo modelo psicoterápico possui vieses culturais em sua construção, validação e aplicação.

No Brasil, em especial, este é um campo delicado porque modelos desenvolvidos eminentemente em culturas anglo-saxãs (e.g., Terapia de Aceitação e Compromisso; Terapia Analítica Funcional; Terapia comportamental dialética) são amplamente difundidos e utilizados em instituições públicas e particulares. Tal difusão e utilização ocorre sem que, necessariamente, uma reflexão culturalmente

situada acerca da natureza dos modelos seja tema frequente na literatura (Gouveia, Damasceno & Zanello, 2019). Tampouco se discute quais competências culturais são necessárias para aprendizagem e aplicação das intervenções modeladas.

Em princípio, Hayes e Hofmann (2018) afirmam que a TBP representa uma inovação em relação ao formato atual da maioria dos modelos das psicoterapias comportamentais e cognitivas. No entanto, Davison (2018) argumenta que a TBP é apenas uma reafirmação do que a terapia comportamental já propõe desde a segunda metade do século XX. Esta reflexão foi realizada no contexto estadunidense e pôde constatar que há uma tensão entre a proposta das terapias comportamentais e a forma como os modelos psicoterápicos têm sido desenvolvidos. A reflexão de Davison, por sua vez, é limitada pela ausência de referência a outras propostas analítico-comportamentais construídas fora do contexto norte-americano.

Assim, no sentido de explorar a ideia de sistematização da TAC enquanto um modelo de psicoterapia é importante conhecer o desenvolvimento histórico de suas práticas. Para tanto, algumas reflexões serão apresentadas a seguir, buscando responder a questões como: quais problemas foram tratados? Quais procedimentos foram utilizados? e como os terapeutas fundamentaram suas práticas?

TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL

Apesar da dificuldade em determinar as origens de uma área da ciência, certamente podemos afirmar que a TAC surgiu com um primeiro grupo de profissionais e pesquisadores que trabalhariam com a “teoria do reforço” no Brasil, a partir de 1961 (cf. Keller, 1962). Inicialmente, este grupo se debruçaria sobre pesquisas experimentais em análise experimental do comportamento, mas não demoraria para aplicar a teoria do reforço à problemas educacionais (e.g., Cândido, 2017; Miranda & Cirino, 2010; Souza Jr, Miranda, & Cirino, 2018; Todorov & Hanna, 2010; Matos, 1998).

A TAC, enquanto prática científica, possui raízes na primeira geração de pesquisadores brasileiros da análise experimental do comportamento, aplicando a teoria do reforço. A primeira aplicação desse conhecimento, feita por estes pesquisadores, se deu no planejamento de contingências para o ensino, sob as quais se formaram aqueles que atuariam com o planejamento de contingências não apenas no contexto educacional, mas de contingências responsáveis por diferentes problemas comportamentais em contextos diversos (Bellodi, 2011; Guilhardi, 2003; Pavan-Candido, 2019).

A primeira publicação no campo da terapia marcada pela aplicação da teoria do reforço, no Brasil, relata intervenções com seis crianças com deficiência intelectual, consideradas pelo próprio autor como uma experiência no “campo de terapia de reforçamento”. Estas intervenções foram caracterizadas pela “aplicação dos princípios da análise experimental da aprendizagem e correção e ao condicionamento de repertórios de respostas em sujeitos humanos tem demonstrado eficácia notável” (Pessotti, 1966, p. 91).

Possivelmente, o primeiro grupo de terapeutas comportamentais surgiu sob coordenação de Luiz Otávio Seixas Queiroz (aluno do curso de Psicologia da UnB em 1964 e 1965), então professor da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas, que formou um grupo em Modificação de Comportamento. A atuação deste grupo tinha um enfoque nas intervenções comportamentais ao mesmo tempo em que buscavam manter critérios da Análise Experimental do Comportamento (Queiroz & Guilhardi, 1980).

Vale dizer que esta história da TAC é marcada por pesquisas clínicas realizadas a partir do delineamento de sujeito único, medidas de frequência de resposta e demonstrações de relação entre variáveis, mas com um menor controle de variáveis em comparação com as pesquisas de laboratório. Em contextos aplicados, o modelo experimental de sujeito único chamou atenção para 1) os processos do comportamento individual, 2) a descrição operacional do comportamento e 3) a análise funcional do comportamento. Estes foram os princípios gerais que direcionaram o olhar dos primeiros terapeutas no Brasil (Bellodi, 2011; Pavan-Cândido, 2019).

No entanto, não se pode afirmar que houve uma transposição acrítica do laboratório para a clínica. Pelo menos dois aspectos do processo terapêutico podem ser mencionados. Um deles se refere à avaliação de resultados da terapia, e aos objetivos que terapia pretende atingir. (Kerbaux, 1981a, 1981b; Queiroz *et al.*, 1976; Queiroz & Guilhardi, 1980; Witter, 1974). O segundo aspecto é o papel da relação terapeuta-cliente como ferramenta de mudança (Mettel, 1986, 1987; Otero, *et al.*, 1974). O conteúdo da produção científica dos primeiros terapeutas comportamentais do Brasil demonstra o esforço de um grupo de pesquisadores brasileiros em construir ferramentas que pudessem produzir melhora na vida das pessoas. (e.g., Queiroz *et al.*, 1976; Queiroz & Guilhardi, 1980; Kerbaux, 1981a, 1981b; Mettel, 1986, 1987; Otero, *et al.*, 1974; Witter, 1974).

A terapia analítico-comportamental se desenvolveu no contexto das associações científicas, quando ocorriam debates sobre pesquisa clínica, como mostram os anais dos encontros da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto (SPRP, <https://www.sbponline.org.br/anais-e-resumos>) e os boletins da Associação de Modificação do comportamento (Torres, Miranda & Cândido, 2020). A literatura existente já na década de 1990 permite afirmar que já havia uma terapia comportamental, no Brasil, fundamentada em pressupostos skinnerianos, destacando a importância da análise funcional, o estabelecimento de uma boa relação terapêutica e intervenção direcionada a objetivos e apoiados no externalismo como explicação de fenômenos psicológicos (e.g. Kerbaux, 1989, Kerbaux & Buzzo, 1991; Lettner, 1989; Lettner & Rangé, 1988; Pessoti, 1966; Queiroz & Guilhardi, 1980; Rangé & Guilhardi, 1995).

Até a década de 1990, o termo TAC não era utilizado. Os terapeutas se referiam às suas próprias práticas pelos termos Terapia Comportamental, Modificação do comportamento ou Terapia Comportamental Cognitivo (Pavan-Cândido, 2019). Justamente devido às diferentes definições e nomenclaturas, aqueles terapeutas que se identificavam com a proposta skinneriana para compreensão dos fenômenos clínicos sugeriram o termo Terapia Analítico-Comportamental (TAC). O que se deu por duas razões principais: por um lado, serviu como forma de demarcação dos

pressupostos que fundamentam a prática; por outro lado, representou uma forma de distanciamento de outras terapias não fundamentadas em princípios analítico-comportamentais, principalmente as terapias cognitivas (Tourinho & Cavalcante, 2001).

TERAPIA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL E SISTEMATIZAÇÃO DE MODELOS CLÍNICOS

A proposta da TBP possui similaridades explícitas com a Terapia Analítico-Comportamental. Entre as semelhanças, podemos destacar a ênfase na análise funcional ideográfica de fenômenos clínicos; nível de formalização mais baixo em relação aos manuais típicos das Psicoterapias Baseadas em Evidência, com atenção especial ao desenvolvimento de competências analíticas contextuais e éticas; formação de novos terapeutas com repertório reflexivo pautado em análise da filosofia de base; recusa de redução da intervenção clínica à sintomatologia, dentre outras.

Todas estas características estão presentes ao longo da história da TAC e algumas delas foram sistematizadas em alguns manuais clínicos (e.g., Borges & Cassas, 2012; De-Farias, Fonseca, & Nery, 2018). Esta afirmação pode parecer estranha caso a concepção de manual clínico seja reduzida aos manuais de alta formalização típicos do modelo das Psicoterapias Baseadas em Evidência. No entanto, se considerarmos que manuais são sistematizações didáticas das estratégias de análise e intervenção em um certo campo científico (Kuhn, 1996), a TAC possui diversos representantes dessa forma de literatura científica. Tais manuais, em geral, apresentam estratégias para conceitualização do caso clínico, descrições dos processos psicológicos relevantes para compreensão dos fenômenos clínicos, descrições dos procedimentos de intervenção a partir da identificação dos processos psicológicos clinicamente relevantes, exemplos de intervenções já realizadas (casos clínicos) ou idealizadas verbalmente (exemplos hipotéticos), bem como reflexões mais abrangentes sobre diferentes perfis de clientes e seu impacto na TAC.

Neste sentido, é um equívoco asserir que a Terapia Analítico-Comportamental não possui uma sistematização. Pelo contrário, há uma sistematização historicamente construída e devidamente documentada em manuais clínicos de relevância para a comunidade terapêutica. Mais do que isso, é possível defender que a TAC é um modelo clínico que vem se desenvolvendo desde o final da década de 1960, com características que têm sido reconhecidas apenas atualmente (pela literatura internacional) como necessárias para o contexto clínico contemporâneo (i.e., a ênfase em processos psicológicos como base da intervenção psicoterápica em detrimento da relação protocolo-síndrome).

Decerto, a sistematização da TAC não exclui a diversidade existente entre versões desenvolvidas por autores diferentes. Da sistematização não se pressupõe a homogeneidade das propostas. Tal diversidade é, não obstante, característica comum da sistematização de modelos clínicos. Por exemplo, a Terapia de Aceitação e Compromisso é um modelo clínico sistematizado por diversos manuais e por pesquisas que atestam maior ou menor eficácia de protocolos amplamente reconhe-

cidos como partícipes de um mesmo modelo. No entanto, existem discussões atuais na literatura que envolvem discordâncias explícitas acerca de quais os melhores contornos teórico-práticos para o modelo (e.g., Barnes-Holmes et al., 2018).

Eventualmente, mesmo considerando que a TAC já tenha sido sistematizada ao longo das últimas décadas, é possível defender que ainda não existem evidências de eficácia deste modelo. No entanto, tal defesa frequentemente ocorre tomando como premissa os critérios de evidência propostos pela APA no modelo das Psicoterapias Baseadas em Evidência. Dito isto, se recusamos a concepção tradicional de modelo clínico baseada na relação protocolo-síndrome, também ampliamos a noção do que pode ser considerado como evidência em modelos clínicos.

Em relação à natureza das evidências clínicas, a TBP tem proposto como fontes confiáveis de evidências as pesquisas translacionais e os estudos de caso clínicos como alternativas viáveis aos ensaios clínicos que hegemonicamente constavam como principais fontes de evidências clínicas. A TAC acumula, ao longo dos anos, experiência de sistematização e produção de evidências clínicas relevantes, vide os a) anais das reuniões anuais da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto registraram pesquisas realizadas desde 1971 à 1990, dando lugar aos anais das reuniões anuais da Sociedade Brasileira de Psicologia (disponível em <https://www.sbponline.org.br/anais-e-resumos>); b) os encontros da ABPMC, com parte dos trabalhos publicados na coleção Sobre Comportamento e Cognição; c) as publicações da Associação de Modificação do Comportamento (1974 – 1984), analisadas por Torres, Cândido e Miranda (2020); d) publicações da Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (RBTC); entre outras.

CONCLUSÃO

A sistematização de práticas ou modelos de intervenção, bem como das suas evidências de eficácia, tem sido um tema amplamente debatido nos dias atuais. No entanto, os critérios para esta discussão, em geral, são estabelecidos por associações profissionais norte-americanas (e.g., APA) e pouco submetidos à análise crítica a partir das experiências de outras comunidades profissionais em psicoterapia. O movimento das Terapias Baseadas em Processo tem estabelecido um contraponto relevante aos critérios usuais dessa discussão e aberto possibilidades de análises mais reflexivas acerca da natureza dos modelos e das evidências em psicoterapia.

O presente estudo defende que a TAC é um modelo psicoterápico que apresenta semelhanças com a proposta atual da TBP e acumula, ao longo dos anos, uma experiência de sistematização e produção de evidências clínicas relevantes. Mas afirmar que a TAC tenha semelhanças com TPB não implica dizer que ela coadune com todas as premissas defendidas pelos autores da TBP. Embora uma análise pormenorizada dessas diferenças fuja ao escopo do atual trabalho, tal análise se mostra um campo aberto para novas investigações.

A defesa de que a TAC possui sistematização e um corpo de evidências clínicas relevantes não implica, também, afirmar a suficiência ou completude de tais elementos. Certamente a TAC precisa refinar tanto sua sistematização quanto suas pesquisas de evidências. No entanto, este refinamento não pode prescindir de uma

coerência com sua proposta teórica e filosófica. Dito de outra forma, critérios ex-temporâneos à Análise do Comportamento devem ser analisados e, a partir desta análise crítica, aceitos, recusados ou modificados para que se tornem relevantes para a comunidade de terapeutas e clientes.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. *Sobre comportamento e cognição*, 4, 75-82.
- Bankier, B.; Aigner, M. & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV Disorder Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression. *Psychosomatics* 42(3), 235-240.
- Barnes-Holmes, Y., Kavanagh, D., Barnes-Holmes, D. et al. (2018). Review: Mastering the Clinical Conversation: Language as Intervention, Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). New York, NY: The Guilford Press. *Psychol Rec*, 68, 107–111.
- Bellodi, A. C. (2011). *Terapia Comportamental no Brasil: História de Terapeutas*. Dissertação de Mestrado. PUC, São Paulo.
- Borges, N. & Cassas, F. (2012). *Clínica Analítico-Comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed.
- Cândido, G. V, Massimi, M. (2012). Contribuição para a formação de Psicólogos: análise de artigos de Carolina Bori publicados até 1962. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 246-263.
- Cândido, G. V. (2017). Introdução da Análise do Comportamento no Brasil: a Cadeira de Psicologia de Rio Claro (1962-1963). *Perspectivas em análise do comportamento*, 8(1), 135-143.
- Cavalcante, S. N., & Tourinho, E. Z. (2012). Classificação e diagnóstico na clínica: Possibilidades de um modelo analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14(2), 139-147.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Costa, N. (2011). O surgimento de diferentes denominações para a Terapia Comportamental no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(2), 46-57.
- Cook, S. C., Schwartz, A. C., & Kaslow, N. J. (2017). Evidence-based psychotherapy: Advantages and challenges. *Neurotherapeutics*, 14(3), 537-545. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4>

- Davison, G. C. (2018). A Return to Functional Analysis, the Search for Mechanisms of Change, and the Nomothetic-Idiographic Issue in Psychosocial Interventions. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 51-53. <https://doi.org/10.1177/2167702618794924>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D. & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic Approaches to Mental Health Problems: Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 88, No. 3, 179–195. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000482>
- De-Farias, A.; Fonseca, F. & Nery, L. (2018). *Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, G. (2011). Treino didático de análise de contingências e previsão de intervenções sobre as consequências do responder. *Perspectivas em análise do comportamento*, 2(1), 53-71.
- Dere, J.; Tang, Q.; Zhu, X.; Cai, L.; Yao, S. & Ryder, A. (2013). The cultural shaping of alexithymia: Values and externally oriented thinking in a Chinese clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 362–368. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.10.013>
- Dozois, D. J. A., Mikail, S. F., Alden, L. E., Bieling, P. J., Bourgon, G., Clark, D. A., Drapeau, M., Gallson, D., Greenberg, L., Hunsley, J., & Johnston, C. (2014). The CPA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(3), 153–160. <https://doi.org/10.1037/a0035767>
- Ferreira, T. A. Da S.; Santos, F.; Matos, J.; Moura, M. & Rodrigues, S. (2017). Qual o Objetivo da Análise do Comportamento Clínica? *Acta Comportamental*, Vol. 25, N. 3, pp. 395-410
- Ferreira, T. A. da S., & Souza, M. de M. (2019). Considerações Éticas sobre a Natureza das Evidências nas Terapias Analítico-Comportamentais. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 10(1), 016-026. <https://doi.org/10.18761/PAC.TAC.2019.012>
- Fishman, D. B., Rego, S. A., & Muller, K. L. (2011). Behavioral theories of psychotherapy. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (p. 101–140). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12353-004>
- Gouveia Damasceno, M., & Zanello, V. (2019). Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras. *Psicologia Em Estudo*, 24. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.42738>
- Guedes, M. C, Cândido, G. V., Belloti, A. C., Giolo, J. C. C., Vieira, M. C., Mathews, N. M., Miguel, R. R., Gurgel, T. G. (2008). A introdução da análise do comportamento no Brasil: vicissitudes. *Behaviors*, v.12, p.41-57.
- Guilhardi, H. J. (2001). Com que contingências o terapeuta trabalha em sua atuação clínica. Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento. In R. A. Banaco (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição – aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. Vol. 1. Ed. ARBytes: São Paulo. 316-331.

- Guilhardi, H. J. (2003). *Tudo se deve às conseqüências*. Disponível em http://www.itrcampinas.com.br/pdf/helio/tudo_consequencias.pdf. Data de acesso 10/09/2020
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2019). Focusing on the Correct Level of Analysis in Process-Based Therapy. *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 7(2), 189. <https://doi.org/10.1177/2167702618818433>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de aceitação e compromisso: Modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 10(1), 81-104.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668. [doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90074-K](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90074-K)
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2018). The history and current status of CBT as an evidence-based therapy. In S. C. Hayes & S. G. Hoffman (Eds.), *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy* (pp. 7-22). CA: New Harbinger.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Illouz, E. (2011). *O Amor nos Tempos do Capitalismo*. Rio de Janeiro: Zahar
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., et al. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-751. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Keller, F. S. (1962). A Reformulação da Psicologia Moderna. *Ciência e Cultura*, 14(1), 11-19.
- Kerbaux, R. R. (1981a). Avaliação da intervenção terapêutica. *Ciência e Cultura*, 33(6), 829-834.
- Kerbaux, R. R. (1981b). Mudaram as técnicas ou os terapeutas. *Ciência e Cultura*, 33(8), 1077-1088.
- Kerbaux, R. R. (1983). Terapia comportamental cognitiva: uma comparação entre perspectivas. *Psicologia: ciência e profissão*, 3(2), 9-23.
- Kerbaux, R.R. (1989) Psicologia aplicada em análise do comportamento: rotina X pesquisa. Anais do 2o Simpósio Brasileiro de Pesquisa e Intercâmbio científico da ANPEPP. p.72-83.
- Kerbaux, R. R., & Buzzo, M. P. (1991). Descrição de algumas variáveis no comportamento de esperar por recompensas previamente escolhidas. *Psicologia USP*, 2(1-2), 77-84.
- Klepac, R. K., Ronan, G. F., Andrasik, F., Arnold, K. D., Belar, C. D., Berry, S. L., ... & Strauman, T. J. (2012). Guidelines for cognitive behavioral training

- within doctoral psychology programs in the United States: Report of the Inter-organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. *Behavior Therapy*, 43(4), 687-697.
- Koerner, K. (2013). What must you know and do to get good outcomes with DBT? *Behavior Therapy*, 44, 568-579. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.005>
- Kuhn, T. S. (1996). *The structure of scientific revolutions*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Leonardi, J. L. (2015). O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico. *Perspectivas em análise do comportamento*, 6(2), 119-131.
- Leonardi, J. L. (2017). Reflexões sobre a terapia analítico-comportamental no contexto da prática baseada em evidências e possibilidades de atuação em análise do comportamento clínica. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 25(2), 215-230.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1139-1156. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001552014>
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2016). Evidências de eficácia e o excesso de confiança translacional da análise do comportamento clínica. *Temas em Psicologia*, 24(4), 1465-1477. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2016.4-15Pt>
- Lettner, Harald W. (1989). Com o que, de fato, a terapia comportamental trabalha?: um depoimento pessoal de um terapeuta comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 9(2), 35-36. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931989000200012>
- Lettner, H. W. & Range, B. P. (1988). *Manual de psicoterapia comportamental*. Sao Paulo: Manole, 341p.
- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline*. Porto Alegre: Artmed.
- Linehan, M. M. (2018). *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta*. Artmed Editora.
- Matos, M. A. (1998). Contingências para a análise comportamental no Brasil. *Psicologia Usp*, 9(1), 89-100.
- Medeiros, C. A. (2002). Comportamento verbal na terapia analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(2), 105-118.
- Mettel, T. P. L. (1986). A relação terapeuta-cliente sob o enfoque comportamental: algumas considerações. O estudo do comportamento: pesquisa e prática no Brasil. *Anais da X Reunião Anual de Psicologia de Ribeirão Preto* (147-150). Ribeirão Preto: SBP.
- Mettel, T.P.L. (1987). A relação terapeuta-cliente sob o enfoque comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 7(1), 28-29.
- Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S., & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do Comportamento e Terapia Analítico-Comporta-

- mental. In: Tourinho, Emmanuel Zagury, Luna, Sérgio Vasconcelos. *Análise do Comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas*. São Paulo: Roca, 153-174.
- Miranda, R. L., & Cirino, S. D. (2010). Os primeiros anos dos laboratórios de análise do comportamento no Brasil. *Psychologia Latina*, 1(1), 79-87.
- Neno, S. (2003). Análise funcional: Definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 5(2), 151-165.
- Neno, S. (2005). *Tratamento padronizado: Condicionantes históricos, status contemporâneo e (in) compatibilidade com a terapia analítico-comportamental*. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará.
- Ong, C.; Levin, M., & Twohig, M. (2020). Beyond Acceptance and Commitment Therapy: process-based therapy. *The Psychological Record*. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00397-z>
- Otero, V. R. L., Correia, D. L., Oliveira, R., & Mettel, T. P. L. (1974). Treinamento de mães como agentes terapêuticos. *Ciência e Cultura*, 7, 657.
- Pavan-Cândido, C. C. (2019). *Terapias de base comportamental e terapias de base cognitiva: Aproximações e divergências a partir de uma análise histórica*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.
- Pérez, Daniel Gil, Montoro, Isabel Fernández, Alís, Jaime Carrascosa, Cachapuz, António, & Praia, João. (2001). Para uma imagem não deformada do trabalho científico. *Ciência & Educação (Bauru)*, 7(2), 125-153
- Pessotti, I. (1966). Alguns problemas técnicos em terapia de reforçamento. *Boletim de Psicologia*, 18 e 19(51-54), 91-105.
- Queiroz, L. O. S., & Guilhardi, H. J. (1980). Use of mediators in a Behavior Modification Clinic in Brazil. In G. L. Martin, & J. G. Osborne (1980). *Helping in the community: Behavioral Applications*. Plenum Press.
- Queiroz, L. O. S., Guilhardi, H. J., Guedes, M. C., & Martin, G. (1976). A university program in Brazil to develop psychologists with specialization in Behavior Modification. *The Psychological Records*, 26, 181-188.
- Rangé, B., & Guilhardi, H. (1995). História da psicoterapia comportamental e cognitiva no Brasil. In B. Rangé (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (Vol. 2, pp.55-69). Campinas: Editorial Psy.
- Safer, D. L., Adler, A., Masson, P.C. (2020). Programa DBT® para o comer emocional e compulsivo. São Paulo: Editora Hogrefe.
- Souza Jr, E. J. D., Miranda, R. L., & Cirino, S. D. (2018). A recepção da instrução programada como abordagem da análise do comportamento no Brasil nos anos 1960 e 1970. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(2), 449-467. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000200009>
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of clinical psychology*, 63(7), 611-631. <https://doi.org/10.1002/jclp.20373>

- Todorov, J. C., & Hanna, E. S. (2010). Análise do comportamento no Brasil. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(SPE), 143-153.
- Torres, J. A., Cândido, G. V., & Miranda, R. L. (2020). Associação de Modificação do Comportamento: contingências para a institucionalização da Análise do Comportamento no Brasil. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 11(1), 001-016.
- Tourinho, E. Z., & Cavalcante, S. N. (2001). Por que terapia analítico-comportamental. *ABPMC Contexto*, 23(10).
- Tourinho, E. Z., & Neno, S. (2003). Effectiveness as truth criterion in behavior analysis. *Behavior and Philosophy*, 31, 63-80.
- Ulian, A. L. A. O. (2007). *Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental: subsídios para a formação*. 2007. 240 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos. *Boletim Contexto*, 34, 33-41.
- Witter, G. (1974). Terapia comportamental em grupo. *Ciência e Cultura*, 26(9), 909-910.
- Zamignani, D. R., Pacheco, A. C., & Meyer, S. B. (2008). Uma aplicação dos princípios da Análise do Comportamento para a clínica: a terapia analítico-comportamental. *Boletim Paradigma*, 3, 9-15
- Zamignani, D. R., Silva Neto, A. C. P. & Meyer, S. B. (2008). Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: A terapia analítico-comportamental. *Boletim Paradigma*, 3, 9-16.
- Zamignani, D. R., Vermes, J. S., Meyer, S. B., Banaco, R. A. (2016). Terapia Analítico Comportamental. In Rodrigues Jr., Oswaldo M. *Práticas das Psicologias Comportamentais no Brasil*, ALAMOC – Associação Latino-americana de Análise e Modificação do Comportamento e Terapia Cognitivo-Comportamental, 51-69

(Received: October 02, 2020; Accepted: March 30, 2021)