UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

JAN LUIZ LEONARDI

Prática baseada em evidências em psicologia
e a eficácia da análise do comportamento clínica

São Paulo

2016

JAN LUIZ LEONARDI

Prática baseada em evidências em psicologia
e a eficácia da análise do comportamento clínica

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Doutor em
Psicologia

Área de concentração:
Psicologia Clínica

Orientadora: Dra. Sonia Beatriz Meyer

São Paulo

2016

Autorizo a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Leonardi, Jan Luiz.

Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica / Jan Luiz Leonardi; orientadora Sonia Beatriz Meyer. -- São Paulo, 2016.

199 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Análise do comportamento clínica 2. Terapia analítico-comportamental 3. Terapia comportamental 4. Prática baseada em evidências 5. Pesquisa em psicoterapia 6. Psicologia clínica 7. Behaviorismo I. Título.

BF761-768

Nome: Leonardi, Jan Luiz

Título: Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo como parte
dos requisitos para a obtenção do grau de
Doutor em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Clínica

Banca Examinadora

_____ Assinatura:_____

_____ Assinatura:_____

_____ Assinatura:_____

_____ Assinatura:_____

_____ Assinatura:_____

AGRADECIMENTOS

À **Sonia Meyer**, minha orientadora, por ter conduzido todo o processo de forma tão gentil e tornado meu doutoramento uma tarefa leve e gostosa. Obrigado por ter aberto a porta para mim, um aluno desconhecido, e me dado a chance de falar desenfreadamente sobre minhas ideias. Aprendi muito com você.

Aos professores **Alessandra Turini Bolsoni-Silva** e **Roberto Banaco**, pelas importantes contribuições na banca de qualificação.

À **Natália de Mesquita Matheus**, pela inestimável ajuda em todas as etapas de elaboração desta tese – da determinação do problema de pesquisa até os últimos detalhes. Agradeço também ao **Leandro Ribeiro** por todas as horas em que você precisou ficar sem ela por minha causa.

À **Ana Macchione**, minha esposa, melhor amiga e confidente, por ter acompanhado bem de perto o meu caminho acadêmico, compartilhando das descobertas, das frustrações e das ideias. Obrigado por parar o que estava fazendo para ouvir um novo parágrafo que eu tinha acabado de escrever, pelas sugestões de mudança, por me acalmar quando eu dizia que “não ia dar tempo” e por vibrar quando acabei a tese um ano antes do prazo. Obrigado por todo o amor que você me dá.

Aos amigos **Lygia Dorigon**, **Adriana Fidalgo**, **Dan Josua**, **Denigés Regis Neto**, **Sérgio Luna**, **Bruno Costa** e **Bruna Colombo dos Santos**, pela leitura crítica de fragmentos desta tese, o que foi fundamental para elevar a qualidade do trabalho.

À **Mariana Rezende**, pelas inúmeras e obsessivas checagens e verificações.

À **Maria Imaculada Cardoso Sampaio**, pela disponibilidade em discutir minúcias metodológicas.

Ao **Teacher Marcos**, pelas revisões de inglês.

À **Leslie Wittig Quintanilla**, pela ajuda com o espanhol.

Ao **Dante Malavazzi**, por sanar dúvidas sobre as minudências da gramática da língua portuguesa.

Aos amigos do **Paradigma**, com quem tenho o prazer de trabalhar.

A todos os meus **alunos**, que me deram a oportunidade de debater sobre prática baseada em evidências e o futuro da terapia comportamental em diversas aulas durante a elaboração desta tese.

Aos amigos **Adriana Fidalgo**, **Dan Josua**, **Dante Malavazzi**, **Maria Isabel Pires de Camargo**, **Denigés Maurel Regis Neto**, **Bruno Costa**, **Fernanda Moreira**, **Laura Rocha**, **Mariana Cacciaccaro**, **Lygia Dorigon**, **Natália de Mesquita Matheus**, **Fabricio Leotti**, **Fernando LaGamba**, **Rickey Chaman** e outros, pelos momentos de diversão e pelo apoio nas horas difíceis.

Aos meus **pais** e aos meus **sogros**, por tudo.

A **Dice** e a **Electronic Arts**, pelos momentos de descontração ao longo dos últimos anos.

À **CAPES**, pelo financiamento deste trabalho.

“It doesn't make a difference how beautiful your guess is, it doesn't make a difference how smart you are, who made the guess, or what his name is. If it disagrees with experiment, it's wrong.”

Richard P. Feynman

RESUMO

Leonardi, J. L. (2016). *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Tradicionalmente, a escolha pelo tipo de intervenção psicoterápica para diferentes quadros clínicos depende fundamentalmente da experiência profissional do terapeuta e de sua predileção por determinadas estratégias clínicas. Esse cenário, entretanto, tem se modificado no contexto da *prática baseada em evidências*, definida pela *American Psychological Association* como o processo individualizado de tomada de decisão clínica que ocorre por meio da integração da melhor evidência disponível com a perícia clínica no contexto das características, cultura e preferências do cliente. O paradigma de prática baseada em evidências está em perfeita harmonia com a ideologia da análise do comportamento aplicada, que, desde a sua origem, apresenta um forte comprometimento com a sustentação empírica de seus procedimentos terapêuticos. Apesar desse comprometimento, é de fundamental importância avaliar em que medida a área está ou não produzindo evidências de eficácia. Em vista disso, o presente trabalho teve por objetivo analisar a produção de evidências empíricas da terapia analítico-comportamental (TAC) e da psicoterapia analítica-funcional (FAP), na literatura nacional e internacional, de modo a complementar as revisões sistemáticas já realizadas sobre outras modalidades de análise do comportamento clínica – terapia de aceitação e compromisso (ACT), terapia comportamental dialética (DBT) e ativação comportamental (BA). Para cumprir esse objetivo, foi realizada uma revisão da literatura conduzida de forma a localizar o maior número possível de estudos empíricos sobre TAC e FAP, publicados ou não, que abarcou onze bases de dados globais e três bases de dados específicas da análise do comportamento. A seleção dos estudos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ser relato de caso, experimento de caso único ou pesquisa de grupo que descreve os resultados obtidos num processo de terapia individual; ter participantes com desenvolvimento típico e idade igual ou superior a 18 anos; ter ocorrido exclusivamente no ambiente de consultório; ser fundamentado no behaviorismo radical e utilizar conceitos da análise do comportamento na descrição do processo terapêutico. No total, foram selecionados 54 trabalhos que apresentaram 72 casos. As informações de cada um dos casos foram organizadas numa planilha do Microsoft Excel e diferentes categorias de análise foram construídas de modo a possibilitar dois tipos de análise. A primeira, descritiva, abarcou a denominação dada à terapia, idade, gênero e diagnóstico dos clientes, método de pesquisa, número de sessões, avaliação da fidelidade ao procedimento, apresentação de análise de contingências, alvos da intervenção, procedimentos utilizados, eficácia, medidas de resultado e follow-up. A segunda análise consistiu em diversos cruzamentos entre esses dados. Os resultados obtidos permitem concluir que a TAC e a FAP carecem de evidências empíricas que comprovem ou rejeitem sua eficácia. À luz desses dados e das revisões sistemáticas sobre ACT, DBT e BA, argumenta-se que terapeutas e pesquisadores brasileiros têm três opções: (1) utilizar apenas os princípios comportamentais básicos, isto é, a teoria, para guiar sua prática clínica, o que é insuficiente para garantir a eficácia da intervenção; (2) adotar um dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica; (3) sistematizar a TAC para, posteriormente, pesquisá-la experimentalmente. Espera-se que, além de oferecer o “estado da arte” da pesquisa clínica sobre TAC e sobre FAP, este trabalho contribua para o desenvolvimento científico das terapias comportamentais e para o fortalecimento da análise do comportamento como ciência e profissão.

Palavras-chave: análise do comportamento clínica; terapia analítico-comportamental; terapia comportamental; prática baseada em evidências; pesquisa em psicoterapia; psicologia clínica; behaviorismo.

ABSTRACT

Leonardi, J. L. (2016). *Evidence-based practice in psychology and the efficacy of clinical behavior analysis*. Doctoral Dissertation. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil.

Traditionally, the choice of the type of psychotherapeutic intervention for various clinical conditions fundamentally depends on the professional experience of the therapist and his/her predilection for certain clinical strategies. However, this scenario has been changing in the context of *evidence-based practice*, defined by the American Psychological Association as the individualized process of clinical decision-making that takes place through the integration of the best available evidence with clinical expertise in the context of the characteristics, culture and preferences of the client. The paradigm of evidence-based practice is in perfect harmony with the applied behavior analysis ideology, which, since its inception, has a strong commitment to the empirical support of its therapeutic procedures. Despite this commitment, it is of fundamental importance to assess to what extent the area is or is not producing evidence of efficacy. In view of this, this thesis aimed to analyze the production of empirical evidence of behavioral-analytic therapy (TAC) and functional-analytic psychotherapy (FAP), in national and international literature, in order to complement the systematic reviews already conducted on other modalities of clinical behavior analysis – acceptance and commitment therapy (ACT), dialectical behavior therapy (DBT), and behavioral activation (BA). To achieve this goal, a review of the literature was conducted in order to find the largest possible number of empirical studies of TAC and FAP, published or not, which covered eleven global databases and three specific databases of behavior analysis. The selection of studies followed the following inclusion criteria: to be a case report, single-case experiment or group research that describes the results obtained in an individual therapy process; to have participants with typical development and age up to 18 years of age; to have taken place exclusively in the office environment; to be based on radical behaviorism and to use behavior analysis concepts in the description of the therapeutic process. In total, 54 works that presented 72 cases were selected. The information regarding each one of the cases has been organized in a Microsoft Excel worksheet and different analysis categories have been designed so as to enable two kinds of analysis. The first kind was a descriptive one, and embraced the name given to the therapy, age, gender and diagnosis of clients, research method, number of sessions, evaluation of procedure fidelity, description of analysis of contingencies, targets of intervention, procedures used, efficacy, outcome measures and follow-up. The second kind consisted of the analysis of different combinations of these data. The results lead to the conclusion that TAC and FAP lack empirical evidence to support or reject their efficacy. In light of these data and the systematic reviews on ACT, DBT and BA, it is argued that Brazilian therapists and researchers have three options: (1) use only the basic behavioral principles, i.e. the theory, to guide their clinical practice, which is insufficient to ensure the efficacy of the intervention; (2) adopt one of the international models of clinical behavior analysis; (3) systematize TAC so that it can be researched experimentally afterwards. It is expected that, in addition to offering the “state of the art” of clinical research on TAC and on FAP, this work will contribute to the scientific development of behavioral therapies and to the strengthening of behavior analysis as a science and profession.

Keywords: clinical behavior analysis; behavioral-analytic therapy; behavior therapy; evidence-based practice; psychotherapy research; clinical psychology; behaviorism.

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1. Representação do modelo de Prática Baseada em Evidências em Psicologia.</i>	14
<i>Figura 2. Pirâmide de evidências.....</i>	16
<i>Figura 3. Esquema representativo do comportamento operante.....</i>	51
<i>Figura 4. Fluxograma do processo de seleção dos estudos na etapa de busca na literatura.</i>	87
<i>Figura 5. Ficha de extração de dados.....</i>	89
<i>Figura 6. Número absoluto e porcentagem de ocorrência das diferentes denominações dadas à terapia nos 72 casos revisados.</i>	95
<i>Figura 7. Curva acumulada das diferentes denominações dadas à terapia entre 1997 e 2014 nos 72 casos revisados.....</i>	96
<i>Figura 8. Número absoluto e porcentagem de ocorrência de clientes do sexo masculino e do sexo feminino nos 72 casos revisados.</i>	96
<i>Figura 9. Número absoluto e porcentagem de ocorrência das diferentes faixas de idade dos clientes nos 72 casos revisados.</i>	97
<i>Figura 10. Número absoluto e porcentagem de casos que informaram e que não informaram a presença de diagnóstico nos 72 casos revisados.</i>	97
<i>Figura 11. Número absoluto e porcentagem de ocorrência dos diferentes métodos de pesquisa empregados nos 72 casos revisados.</i>	99
<i>Figura 12. Número de ocorrências dos diferentes métodos de pesquisa empregados em relação às denominações dadas à terapia nos 72 casos revisados.</i>	100
<i>Figura 13. Número absoluto e porcentagem de ocorrência da avaliação da fidelidade ao procedimento completa ou parcial nos 72 casos revisados.</i>	101
<i>Figura 14. Número de ocorrências da avaliação da fidelidade ao procedimento completa ou parcial em relação ao tipo de trabalho nos 72 casos revisados.</i>	101
<i>Figura 15. Número absoluto e porcentagem de casos que informaram e não informaram a duração exata ou aproximada da terapia nos 72 casos revisados.</i>	102
<i>Figura 16. Número de ocorrências das diferentes durações da terapia nos 45 casos que informaram o número exato ou aproximado de sessões.</i>	102
<i>Figura 17. Número absoluto e porcentagem de casos que apresentaram e não apresentaram análise de contingências nos 72 casos revisados.....</i>	103
<i>Figura 18. Curva acumulada de casos que apresentaram e não apresentaram análise de contingências entre 1997 e 2014 nos 72 casos revisados.</i>	103
<i>Figura 19. Número absoluto e porcentagem de casos que apresentaram e não apresentaram análise de contingências em relação às denominações dadas à terapia nos 72 casos revisados.</i>	104
<i>Figura 20. Número de ocorrência dos alvos da intervenção identificados nos 72 casos revisados. ...</i>	105

<i>Figura 21.</i> Número de ocorrência dos tipos de intervenção identificados nos 72 casos revisados.....	106
<i>Figura 22.</i> Número absoluto e porcentagem de casos que informaram e não informaram a presença de intervenção externa à terapia nos 72 casos revisados.....	107
<i>Figura 23.</i> Número de ocorrências dos tipos de intervenção externa à terapia nos 14 casos que informaram presença de outra intervenção..	108
<i>Figura 24.</i> Número absoluto e porcentagem de ocorrência dos tipos de eficácia nos 72 casos revisados	108
<i>Figura 25.</i> Número absoluto e porcentagem de casos que informaram e não informaram a realização de follow-up nos 72 casos revisados.....	109
<i>Figura 26.</i> Curva acumulada de realização de follow-up entre 1997 e 2014 nos 72 casos revisados.	109
<i>Figura 27.</i> Número absoluto e porcentagem dos tipos de eficácia identificados nos 17 casos revisados que fizeram follow-up..	110
<i>Figura 28.</i> Número de ocorrências dos diferentes intervalos entre o fim da intervenção e a realização de follow-up nos 14 casos em que foi realizado.	110
<i>Figura 29.</i> Número de ocorrências dos casos que realizaram follow-up em relação às denominações dadas à terapia nos 72 casos revisados.	111
<i>Figura 30.</i> Número absoluto e porcentagem de ocorrência do uso de medidas de resultado objetivas e não objetivas nos 72 casos revisados.	112
<i>Figura 31.</i> Curva acumulada do uso de medidas de resultado objetivas e não objetivas entre 1997 e 2014 nos 72 casos revisados.	112
<i>Figura 32.</i> Número absoluto e porcentagem do uso de medidas de resultado objetivas e não objetivas em relação ao tipo de trabalho nos 72 casos revisados.	113
<i>Figura 33.</i> Número absoluto e porcentagem do uso de medidas de resultado objetivas e não objetivas em relação aos métodos de pesquisa empregados nos 72 casos revisados.....	114
<i>Figura 34.</i> Número absoluto e porcentagem do uso de medidas de resultado objetivas e não objetivas em relação às denominações dadas à terapia nos 72 casos revisados.	115
<i>Figura 35.</i> Soma das ocorrências das categorias de medidas de resultado utilizadas pelos 72 casos revisados.....	116
<i>Figura 36.</i> Número absoluto e porcentagem de ocorrência do uso de escalas padronizadas de autorrelato nos 20 casos que fizeram uso desse tipo de medida de resultado..	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Quantidade de referências localizadas nas bases de dados globais</i>	83
Tabela 2. <i>Quantidade de referências localizadas nas bases de dados específicas</i>	84
Tabela 3. <i>Diagnósticos informados nos 34 dos 72 casos revisados</i>	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT: terapia de aceitação e compromisso

APA: American Psychological Association

BA: ativação comportamental

CRB: comportamento clinicamente relevante

DBT: terapia comportamental dialética

DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

FAP: psicoterapia analítica funcional

PBEP: prática baseada em evidências em psicologia

RFT: teoria das molduras relacionais

TAC: terapia analítico-comportamental

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
1. PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM PSICOLOGIA.....	4
1.1. Desenvolvimento Histórico da Prática Baseada em Evidências em Psicologia.....	4
1.2. Delineamentos de Pesquisa para a Produção de Evidências em Psicoterapia	22
1.2.1. Ensaio Clínico Randomizado	22
1.2.2. Experimento de Caso Único	26
1.2.3. Estudo de Caso	29
1.2.4. Revisão de Literatura.....	33
1.2.5. Algumas Considerações sobre os Delineamentos de Pesquisa.....	36
1.3. Medidas de Resultado na Pesquisa em Psicoterapia.....	39
1.4. Prática Baseada em Evidências em Psicologia: Considerações Finais	45
2. A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO CLÍNICA.....	46
2.1. Fundamentos Filosóficos e Teórico-Conceituais da Análise do Comportamento	46
2.2. Desenvolvimento Histórico das Terapias Comportamentais	53
2.3. A Terapia Analítico-Comportamental (TAC).....	64
3. MÉTODO.....	75
3.1. Considerações Metodológicas	75
3.2. Procedimento	79
3.2.1. Etapa 1 – Formulação do Problema de Pesquisa	79
3.2.2. Etapa 2 – Busca na Literatura.....	79
3.2.3. Etapa 3 – Extração das Informações e Avaliação Crítica	87
3.2.4. Etapa 4 – Procedimento de Análise	93
3.2.5. Etapa 5 – Interpretação dos Resultados	93
3.3. Declaração de Conflito de Interesses	93
4. RESULTADOS.....	94
5. DISCUSSÃO	118
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
7. REFERÊNCIAS	137
APÊNDICE 1 LISTA DOS TRABALHOS SELECIONADOS PARA REVISÃO.....	171
APÊNDICE 2 EXEMPLOS DE CATEGORIZAÇÃO DOS ALVOS DE INTERVENÇÃO	177
APÊNDICE 3 EXEMPLOS DE CATEGORIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO.....	183
APÊNDICE 4 INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DOS CASOS REVISADOS.....	187

APRESENTAÇÃO

Tradicionalmente, a escolha pelo tipo de intervenção psicoterápica para diferentes quadros clínicos depende fundamentalmente da experiência profissional do terapeuta e de sua predileção por determinadas estratégias clínicas (Gaudiano, Brown & Miller, 2011; Morrow-Bradley & Elliott, 1986). Esse cenário, entretanto, tem se modificado no contexto da *prática baseada em evidências* que, embora tenha sido desenvolvida originalmente na década de 1990 na medicina (cf. Guyatt et al., 1992), vem recebendo um crescente interesse na psicologia (Goodheart, Kazdin & Sternberg, 2006; Norcross, Beutler & Levant, 2006) e em outras ciências da saúde, tais como enfermagem (Domenico & Ide, 2003), fisioterapia (Filippin & Wagner, 2008) e odontologia (Richards, 2008).

O advento da prática baseada em evidências foi influenciado por um conjunto de fatores científicos, sociais, econômicos e políticos, tais como interesse de pesquisadores, clínicos e associações profissionais em comprovar os resultados dos serviços prestados pela categoria, demanda dos consumidores em assegurar a qualidade dos serviços recebidos, empenho das agências governamentais em proteger os direitos dos consumidores, interesse dos planos de saúde em maximizar o custo-benefício dos tratamentos, entre outros (Beutler, 1998).

A concepção de uma prática clínica pautada em evidências está em perfeita harmonia com a ideologia da análise do comportamento aplicada, que, desde a sua origem, apresenta um forte comprometimento com a sustentação empírica de seus procedimentos terapêuticos, como ilustra a *Declaração Sobre o Direito ao Tratamento Comportamental Eficaz*, desenvolvida por uma força-tarefa da *Association for Behavior Analysis* (van Houten et al., 1998):

Um indivíduo tem direito a um tratamento eficaz e cientificamente validado. Por sua vez, os analistas do comportamento têm a obrigação de usar apenas as técnicas que a pesquisa demonstrou ser eficaz, informar os consumidores e o público sobre as vantagens e desvantagens dessas técnicas e buscar continuamente pelas melhores estratégias de mudar o comportamento. (p. 383)

De modo semelhante, as *Diretrizes para Atuação Responsável de Analistas do Comportamento* elaboradas pela *Behavior Analyst Certification Board* (2010), organização que regula a certificação profissional de analistas do comportamento em diversos países, afirma repetidamente que a prestação de serviços em análise do comportamento aplicada deve ser embasada na melhor evidência disponível, como ilustram os trechos a seguir:

1.01 Respaldo no Conhecimento Científico. Analistas do comportamento se baseiam em conhecimentos derivados científica e profissionalmente ao fazer juízos científicos ou profissionais na prestação de serviços humanos ou quando engajados em atividades acadêmicas ou profissionais. (p. 1)

2.10 Eficácia do Tratamento. (a) O analista do comportamento sempre tem a responsabilidade de recomendar os mais eficazes procedimentos de tratamento cientificamente sustentados. Os procedimentos de tratamento eficazes são aqueles que foram validados como tendo benefícios tanto de longo prazo quanto de curto prazo para os clientes e para a sociedade. (b) Os clientes têm direito a um tratamento eficaz (i.e., baseado na literatura de pesquisa e adaptado para o cliente individual). (p. 6)

Ainda que análise do comportamento aplicada tenha como pressuposto a necessidade de sustentação empírica de seus procedimentos, é de fundamental importância avaliar em que medida a área está ou não produzindo evidências de eficácia. Em vista disso, o presente trabalho teve por objetivo analisar a produção de evidências empíricas da terapia analítico-comportamental (TAC) e da psicoterapia analítica funcional (FAP), na literatura nacional e internacional, uma vez que as outras modalidades de análise do comportamento clínica – terapia de aceitação e compromisso (ACT), terapia comportamental dialética e ativação comportamental (BA) – já foram revisadas e meta-analisadas recentemente. Assim, espera-se que este trabalho complemente as revisões já realizadas e contribua para a identificação, organização e sumarização das evidências de eficácia dos diferentes tipos de terapia comportamental.

É importante observar que, em vista da grande diversidade de nomes que a terapia comportamental possui, o termo *análise do comportamento clínica* foi escolhido, tanto no título desta tese quanto ao longo dela, para representar a(s) psicoterapia(s) fundamentada(s) na análise do comportamento, sobretudo porque expressões como *modificação do comportamento*, *análise do comportamento aplicada*, *psicoterapia analítica funcional*, *terapia comportamental*, etc. costumam constituir modelos diferentes de prática clínica, o que também é válido para *terapia analítico-comportamental*, rótulo utilizado exclusivamente no Brasil.

Para alcançar o objetivo proposto, o Capítulo 1 apresenta o desenvolvimento histórico do paradigma de prática baseada em evidências em psicologia, discute algumas limitações desse modelo e descreve os principais métodos de pesquisa utilizados para avaliar a eficácia das psicoterapias. O Capítulo 2 oferece uma breve exposição da fundamentação filosófica e teórico-conceitual da TAC, narra a história de desenvolvimento das terapias comportamentais e defende veementemente o argumento de que a transposição direta dos dados oriundos da pesquisa básica para a prática psicoterápica é insuficiente para estabelecer a eficácia de qualquer aplicação da

análise do comportamento à clínica. Em seguida, o Capítulo 3 descreve as etapas metodológicas percorridas para identificar, organizar, sumarizar e avaliar a produção de evidências empíricas em TAC e FAP. O Capítulo 4 apresenta os resultados encontrados, ao passo que o Capítulo 5 os avalia e aponta alguns caminhos possíveis para o futuro da análise do comportamento clínica. Por fim, o Capítulo 6 tece algumas considerações finais acerca da relação entre análise do comportamento clínica e prática baseada em evidências em psicologia.

Enfim, além de oferecer o “estado da arte” da pesquisa em análise do comportamento clínica, espera-se que esta tese também explicita os programas de pesquisa necessários para seu avanço e amplie o pouco diálogo estabelecido com o movimento da prática baseada em evidências.

1. PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM PSICOLOGIA

O presente capítulo tem por objetivo oferecer um panorama geral da *prática baseada em evidências em psicologia* (PBEP). Para cumprí-lo, o texto conta com uma apresentação do desenvolvimento histórico desse movimento e, em seguida, examina as estratégias de pesquisa comumente utilizadas para a produção de evidências empíricas em psicoterapia.

1.1. Desenvolvimento Histórico da Prática Baseada em Evidências em Psicologia

Em 1952, o psicólogo alemão Hans Eysenck publicou uma revisão de 19 estudos empíricos de psicoterapia de sua época, nos quais a única medida de resultado disponível era o registro do terapeuta em termos de *cura ou muita melhora, melhora, pouca melhora e nenhuma melhora*, e concluiu que nenhuma modalidade de intervenção psicoterápica era mais efetiva para a melhora do cliente do que a mera passagem do tempo. O autor, ao resumir os dados analisados por ele, atesta que

eles falham em provar que a psicoterapia, Freudiana ou não, facilita a recuperação de pacientes neuróticos. Eles mostram que aproximadamente dois terços de um grupo de pacientes neuróticos irá se recuperar ou melhorar de forma significativa cerca de dois anos após o início de sua doença, sejam eles tratados por meio da psicoterapia ou não. Esse cenário parece ser notavelmente estável de uma investigação para outra, a despeito do tipo de paciente tratado, medida de recuperação utilizada ou método de terapia empregado. (Eysenck, 1952, p. 322-323)

As conclusões de Eysenck (1952) foram inquietantes e levaram a diferentes tipos de reação. Alguns terapeutas ignoraram as implicações da publicação de Eysenck e continuaram defendendo que a prática da psicoterapia era importante. Grosso modo, o argumento era que “todo mundo sabe que a terapia funciona” (Barlow, Boswell & Thompson-Hollands, 2013). Um exemplo que ilustra essa posição é a afirmação de Strupp (1964), que mais tarde se tornaria um proeminente pesquisador da psicoterapia, de que “observações clínicas documentam amplamente que muitos pacientes se beneficiam de uma relação interpessoal com um profissional quando estão perturbados por dificuldades da vida e procuram ajuda. Argumentar o contrário é simplesmente fechar os olhos para os fatos” (p. 101). Tal afirmação foi respondida ironicamente por Eysenck (1964b) da seguinte forma: “houve uma época em que todo mundo sabia que o mundo era plano” (p. 100).

Outras reações por parte da comunidade foram o questionamento da viabilidade e utilidade da prática psicoterápica para o campo da saúde mental, por um lado, e a assertiva de

que a pesquisa em psicoterapia não poderia produzir nada de relevante para os terapeutas, por outro. Carl Rogers, por exemplo, argumentava que a pesquisa em psicoterapia não exercia nenhum impacto em sua prática clínica e que, portanto, poderia ser abandonada (Barlow et al., 2013).

Entretanto, o principal efeito do trabalho de Eysenck (1952) foi estimular veementemente a busca pela demonstração empírica dos resultados das psicoterapias (Barlow et al., 2013). Diversos trabalhos de revisão surgiram nas décadas seguintes (e.g., Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Smith & Glass, 1977; Smith, Glass & Miller, 1980) e, em sua maioria, demonstravam que a psicoterapia é altamente efetiva e que não existem diferenças significativas entre as várias modalidades de tratamento, conclusão esta que deve ser relativizada em razão de limites metodológicos das pesquisas daquela época.

Por exemplo, em 1975, Luborsky, Singer e Luborsky analisaram 105 pesquisas que compararam o efeito de diferentes modalidades de psicoterapia entre si, tais como psicanálise, terapia centrada no cliente, terapia comportamental e psicodrama, além de comparações com tratamentos medicamentosos e com grupos-controle. Os autores concluíram que “a maioria dos estudos comparativos das diferentes formas de psicoterapia revelaram diferenças insignificantes nas proporções de pacientes que melhoraram ao final da psicoterapia” (p. 1003). Em outras palavras, todos se beneficiaram da terapia, a despeito da teoria ou técnica empregada.

Na mesma direção, Smith, Glass e Miller (1980) revisaram 475 estudos que compararam o efeito da psicoterapia com grupos-controle, tendo encontrado um tamanho de efeito¹ de 0.85. Embora essa descoberta tenha estabelecido a eficácia da psicoterapia entre os psicólogos, Strupp e Howard (1992) fazem alguns alertas sobre a interpretação dos dados oferecida por Smith et al. (1980):

parece justo apontar que 50% do grupo sem tratamento teria tido um resultado igual ou melhor do que a pessoa média não tratada (i.e., numa distribuição normal, metade dos sujeitos irá cair na média ou acima da média). Em outras palavras, a psicoterapia adiciona 30% a esse critério estatístico. Além disso, seus resultados indicam que 20% das pessoas tratadas presumivelmente teriam um resultado igual ou menor do que a pessoa média não tratada [ou seja, a psicoterapia seria prejudicial para 20% dos indivíduos]. (p. 312)

Com base nos resultados de Luborsky et al. (1975) e de Smith et al. (1980), a eficácia das psicoterapias foi atribuída a características que estão presentes nas mais diversas

¹ O tamanho do efeito indica quanta mudança ocorreu na variável dependente (e.g., comportamento-alvo) em relação à introdução da variável independente (e.g., procedimento de intervenção).

intervenções terapêuticas, os chamados fatores comuns, que incluem qualidades do terapeuta (e.g., empatia e aceitação), características do cliente (e.g., esperança de melhora e expectativa em relação à terapia) e relação terapêutica (e.g., transferência e aliança de trabalho), considerada a principal variável causal do sucesso da intervenção (DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005). De acordo com os defensores dos fatores comuns, as especificidades de cada tratamento seriam relativamente pouco importantes para o resultado final do processo terapêutico (Wampold, 2010). Nesse sentido, Luborsky et al. (1975) chegam a afirmar que “de agora em diante nós deveríamos parar de dar atenção à forma do tratamento ao indicar pacientes para a psicoterapia” (p. 1005). A ideia de que todas as formas de terapia funcionam igualmente bem ficou conhecida na literatura como o “veredito do pássaro Dodô”, em alusão a uma passagem de *Alice no País das Maravilhas* (Carroll, 1865/1998): “ao final, o Dodô disse: todos venceram e todos merecem prêmios”.

Muitos pesquisadores (e.g., Beutler, 1979; Kazdin & Bass, 1989), em sua maioria de orientação cognitivo-comportamental, suspeitavam da veracidade do veredito do pássaro Dodô e argumentavam que os principais responsáveis pela mudança terapêutica seriam os fatores específicos – procedimentos, técnicas e estratégias – presentes em cada modalidade de terapia. O paradigma dos fatores específicos é composto de cinco componentes: (1) há um comportamento-alvo, queixa ou transtorno a ser tratado (e.g., fobia de barata); (2) há uma explicação teórica sobre a origem do problema (e.g., condicionamento respondente); (3) há mecanismos de mudança consistentes com determinada abordagem teórica (e.g., extinção respondente); (4) esses mecanismos de mudança indicam uma terapêutica a ser empregada (e.g., dessensibilização sistemática); (5) os resultados (e.g., cura da fobia) são atribuídos à terapêutica empregada, ou seja, a um fator específico da intervenção.

Com o intuito de comprovar o papel dos fatores específicos, a Divisão 12 da APA (Psicologia Clínica) instaurou, em 1993, uma força-tarefa composta por psicólogos de diferentes abordagens teóricas com experiência em clínica e em pesquisa, cujos objetivos eram definir e identificar *tratamentos empiricamente sustentados*, propor diretrizes de formação para futuros terapeutas e de treinamento contínuo para os profissionais em exercício, disseminar os tratamentos empiricamente sustentados para os planos de saúde e informar a população sobre a eficácia da psicoterapia (Chambless, 1993).

Chambless et al. (1998) explicam o processo utilizado na busca por tratamentos empiricamente sustentados: inicialmente, a força-tarefa pediu indicações a seus pares por meio de diversos canais de comunicação (publicações oficiais da APA e e-mails da *Society for Psychotherapy Research* e da *Society for a Science of Clinical Psychology*, por exemplo) e

conduziu revisões de literatura em periódicos que publicam pesquisas empíricas de psicoterapia. Uma vez identificados os potenciais candidatos a tratamentos empiricamente sustentados, um revisor recebia a incumbência de avaliar a eficácia de um tratamento em particular. Quando a evidência era ambígua, o revisor tinha a responsabilidade de determinar se a preponderância era positiva ou negativa, atribuindo maior ou menor crédito aos dados de um estudo a depender de sua qualidade metodológica; caso a evidência fosse negativa, o tratamento não entrava na lista. Posteriormente, o revisor apresentava suas conclusões a um grupo maior e pontos de discordância eram debatidos até que um consenso fosse alcançado. É importante observar que a força-tarefa previa que novos tratamentos poderiam ser adicionados à lista e que tratamentos já listados poderiam ser removidos ou terem sua classificação alterada à medida que novas evidências fossem produzidas.

Nesse trabalho, a força-tarefa considerou apenas os tratamentos que estavam descritos em manuais, sob a premissa de que isso contribuiria para delimitar o que a intervenção realmente incluiu e, portanto, o que realmente foi sustentado (Chambless et al., 1996; Sanderson & Woody, 1995). Os manuais de tratamento apresentam protocolos padronizados de intervenção que devem ser seguidos pelo terapeuta frente a problemas clínicos específicos. Alguns manuais prescrevem o número de sessões requeridas e os procedimentos que devem ser aplicados em cada uma das sessões, enquanto outros apenas fornecem diretrizes flexíveis para a conduta terapêutica. A Divisão 12 entende que a descrição do tratamento na forma de manual é necessária para haver uma definição clara da intervenção (a variável independente em questão) e, também, porque procedimentos muito diferentes podem ser incluídos sob a mesma rubrica, como, por exemplo, *terapia cognitivo-comportamental* ou *psicoterapia psicodinâmica* (Chambless & Ollendick, 2001). Além disso, a sustentação empírica dos tratamentos foi avaliada de acordo com problemas clínicos específicos, tais como transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, fobias, depressão, estresse, disfunções sexuais, problemas de saúde (síndrome do cólon irritável, dor crônica), entre outros. Desse modo, uma modalidade de terapia não seria simplesmente classificada como um tratamento empiricamente sustentado, mas sim como um tratamento empiricamente sustentado para transtorno depressivo maior ou um tratamento empiricamente sustentado para transtorno de personalidade borderline, por exemplo.

Um tratamento era considerado empiricamente sustentado se houvesse: (1) dois ou mais ensaios clínicos randomizados conduzidos por diferentes pesquisadores que demonstrassem que aquele tratamento era superior a placebo ou a outras intervenções psicoterápicas ou que eram equivalentes a um tratamento já estabelecido em estudos

estatisticamente significantes; (2) nove ou mais experimentos de caso único conduzidos por diferentes pesquisadores que demonstrassem que aquele tratamento era eficaz. Um tratamento era considerado provavelmente eficaz quando havia (1) dois estudos que demonstrassem que aquele tratamento era superior a um grupo sem tratamento ou (2) três ou mais experimentos de caso único que demonstrassem que aquele tratamento era eficaz. Um tratamento também era listado como provavelmente eficaz quando atendia a todos os critérios para ser considerado um tratamento empiricamente sustentado, mas os estudos que o sustentavam tinham sido realizados por um mesmo grupo de pesquisadores.

Em 1995, após a análise de diversos grupos de discussão acerca de seu conteúdo, o relatório da força-tarefa da Divisão 12 da APA foi publicado no boletim *The Clinical Psychologist*, no qual foram listados 18 tratamentos empiricamente sustentados e sete provavelmente eficazes, com a observação de que os tratamentos que não haviam sido incluídos nessas duas categorias deveriam ser considerados experimentais (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995). Uma nova atualização da lista foi publicada pela Divisão 12 em 1998, na qual foram relacionados 16 tratamentos empiricamente sustentados e 55 tratamentos provavelmente eficazes, além de uma lista atualizada dos manuais que descrevem as etapas e os procedimentos dos tratamentos empiricamente sustentados e de um conjunto de informações sobre oportunidades de formação e treinamento nessas psicoterapias (Chambless et al., 1998; Woody & Sanderson, 1998).

Em 1999, com o intuito de dar continuidade à identificação, formação e disseminação de tratamentos empiricamente sustentados, a Divisão 12 formou um comitê permanente que publica atualizações constantes sobre a eficácia de intervenções psicológicas². Desde a formação da força-tarefa em 1993, o trabalho da Divisão 12 resultou no desenvolvimento de critérios para a identificação da sustentação empírica de diversas intervenções psicológicas, na identificação de pesquisas de resultado, na publicação de listas que relacionam os tratamentos empiricamente sustentados para diversos diagnósticos, na elaboração de manuais de tratamento e no desenvolvimento de recursos de formação e treinamento nos tratamentos listados (Sanderson, 2003).

Apesar dessas conquistas, o produto da força-tarefa da Divisão 12 foi contestado por diversos pesquisadores e terapeutas, por várias razões. Uma delas diz respeito à inclusão somente de pesquisas cujos participantes preenchiam os critérios diagnósticos para alguma psicopatologia descrita no Eixo I do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*

² Disponíveis em <http://www.psychologicaltreatments.org>

(DSM; American Psychiatric Association, 2002). Alguns autores (cf. Reed, Kihlstrom & Messer, 2006) argumentam que os diagnósticos não capturam as particularidades que os clientes levam para o consultório e nem os contextos em que os problemas surgiram e se mantêm. Outros (e.g., Bohart, O'Hara & Leitner, 1998) defendem que os diagnósticos não são necessários para descrever os clientes e que rotular um grupo de indivíduos apenas por compartilharem algumas características não os torna semelhantes; ao contrário, cada cliente deveria ser visto como único e, portanto, receber um tratamento totalmente individualizado. Além disso, outros autores (e.g., Fava & Mangelli, 2001; Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph, & Brody, 2003; Westen & Arkowitz-Westen, 1998) explicam que boa parte dos clientes costuma apresentar sinais e sintomas de ansiedade, depressão, compulsão alimentar, uso de drogas e alterações de personalidade que estão abaixo do limiar para fechar um diagnóstico completo e que muitos outros buscam a terapia para resolver questões que sequer estão descritas no DSM, como insatisfação com o emprego, dúvida sobre a permanência ou não em um casamento, dificuldade em se envolver em relacionamentos afetivos, entre outros. Por fim, alguns autores (e.g., Hayes & Follette, 1992; Scotti, Morris, McNeil & Hawkins, 1996) sugerem que os problemas clínicos deveriam ser definidos funcionalmente e não descritivamente; por exemplo, ansiedade para falar em público, fuga de tarefas e esquiva experiencial.

Outra razão de insatisfação por parte de clínicos e pesquisadores foi a inclusão somente de tratamentos manualizados. De acordo com Addis, Wade e Hatgis (1999), a reação negativa à manualização deve-se a um conjunto de preocupações por parte de clínicos e pesquisadores de que seguir o manual atrapalharia o desenvolvimento de uma boa relação terapêutica, ignoraria as diferenças individuais, não atenderia às necessidades de clientes com múltiplos problemas e/ou diagnósticos, ameaçaria a independência, espontaneidade e criatividade do clínico, retardaria o desenvolvimento de novas teorias e de intervenções alternativas, etc. Além disso, alguns terapeutas parecem estar convencidos que eles já oferecem um tratamento altamente efetivo e que, por isso, não precisam aprender tratamentos manualizados. Em contrapartida, defensores da manualização (e.g., Addis & Cardemil, 2006; Chambless & Ollendick, 2001) argumentam que a função dos manuais não é substituir a inventividade, flexibilidade ou sensibilidade do terapeuta, mas apenas descrever os ingredientes ativos de determinado tipo de psicoterapia. Para eles, os manuais são uma boa maneira de descrever as características conceituais, estruturais e técnicas de determinado tratamento sem deixar de lado a relação terapêutica, além de proverem um guia para os terapeutas monitorarem sua adesão a um conjunto de intervenções previamente testadas. Dessa forma, os manuais de tratamento ofereceriam vários benefícios para uma prática embasada em evidências.

Ainda outro alvo de crítica ao trabalho da Divisão 12 refere-se à avaliação dos tratamentos por meio de pesquisas cujo método empregado foi o ensaio clínico randomizado, cujos alcances e limites para a pesquisa em psicoterapia serão discutidos mais adiante. A força-tarefa recebeu três grupos de críticas por considerar o ensaio clínico randomizado o padrão-ouro para a produção de evidências (Chambless e Ollendick, 2001): (1) os estudos de grupo, essencialmente quantitativos, seriam pobres para o campo da psicoterapia, sendo a pesquisa qualitativa a mais apropriada; (2) a abordagem cognitivo-comportamental teria levado vantagem na avaliação porque foram muito mais pesquisadas com esse tipo de método do que todas as outras abordagens e, assim, teria sido injustamente considerada mais eficaz; (3) o fato de um tratamento ser eficaz (i.e., demonstrar resultados satisfatórios em condições controladas de pesquisa – validade interna) não garantiria que ele seja efetivo (i.e., apresentar resultados satisfatórios no contexto da oferta real de serviços de psicoterapia – validade externa), sobretudo porque os critérios de seleção dos participantes das pesquisas anulariam a compatibilidade entre estes e os clientes que procuram a clínica particular (cf. Westen, Stirman & DeRubeis, 2006).

As críticas direcionadas ao trabalho da Divisão 12 foram o ponto de partida para o surgimento de forças-tarefas de outras divisões da APA, cuja intenção era corrigir e complementar possíveis omissões na avaliação das intervenções psicoterápicas. Em 1999, uma força-tarefa foi formada pela Divisão 29 da APA (Psicoterapia) com o objetivo de identificar, operacionalizar e disseminar informações sobre *relações terapêuticas empiricamente sustentadas* e sobre métodos efetivos de individualizar a terapia para cada cliente com base em suas características não diagnósticas. Essa força-tarefa conduziu 24 meta-análises de um corpo vasto de pesquisas quantitativas e qualitativas que deu origem a uma listagem de elementos da relação terapêutica (aliança de trabalho, empatia, *feedback*, etc.) e de características do cliente (estilo de enfrentamento, expectativas, etc.) que contribuiriam de forma consistente para o resultado da terapia. O produto final desse trabalho foi publicado no livro *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patient Needs* (Norcross, 2002).

A tensão entre as forças-tarefa das diferentes divisões da APA intensificou o debate sobre o que deveria ser empiricamente validado na pesquisa em psicoterapia – fatores comuns ou fatores específicos. A abordagem dos fatores comuns foi fortalecida pelo trabalho de Luborsky et al. (2002), que examinaram 17 meta-análises sobre o efeito de diferentes psicoterapias para depressão, transtornos de ansiedade e neuroses mistas, tendo encontrado um tamanho de efeito de 0.20, o que indica pouca diferença entre as intervenções. Como já

apontado, os defensores do veredito do pássaro Dodô argumentam que, uma vez que todas as formas de psicoterapia funcionam igualmente bem e que em todas elas o terapeuta procura estabelecer a melhor relação terapêutica possível, os resultados da intervenção provavelmente são fortemente determinados por esse fator comum. Nesse contexto, Wampold (2010) chega até mesmo a sugerir que “ensaios clínicos comparando dois tratamentos deveriam ser descontinuados” (p. 71).

Em contraposição, diversos autores (e.g., Beutler, 2002; Chambless, 2002; DeRubeis et al., 2005; Kazdin, 2005; Rounsaville & Carroll, 2002) questionaram as conclusões dos defensores dos fatores comuns, tanto por razões metodológicas quanto empíricas. Do ponto de vista metodológico, é um erro colocar clientes com diferentes características diagnósticas e/ou queixas clínicas em um mesmo grupo, na medida em que as diversas idiossincrasias dos participantes poderiam afetar diferencialmente suas respostas aos tratamentos. Nesse sentido, agrupar mais de 100 tipos diferentes de clientes em um único grupo, como fizeram Luborsky et al. (1975, 2002), pode mascarar os efeitos dos fatores específicos ao forçar uma homogeneidade inexistente entre os participantes (Beutler, 2002). Para DeRubeis et al. (2005), perguntar se determinada abordagem terapêutica é, na média, superior a alguma outra para todas as queixas clínicas “é o mesmo que perguntar se insulina ou antibiótico é melhor, sem saber a condição na qual esses tratamentos serão administrados” (p. 175). Na perspectiva desses autores, questões genéricas como essa comprometem os resultados obtidos e induzem à conclusão equivocada de que o veredito do pássaro Dodô está correto.

Outro erro metodológico cometido nas meta-análises dos defensores dos fatores comuns foi agrupar as centenas de procedimentos psicoterápicos em alguns poucos rótulos (Beutler, 2002). Por exemplo, na revisão de Luborsky et al. (2002), diferentes escolas teóricas foram tratadas como funcionalmente equivalentes: abordagens distintas como sistêmica, transpessoal, existencial e centrada na pessoa foram agrupadas sob a rubrica de “dinâmicas”. Um erro semelhante cometido pelos autores foi colocar os diversos tratamentos farmacológicos envolvidos nas pesquisas revisadas em um só grupo. Segundo Beutler (2002), a decisão de ignorar o tipo de medicação utilizada e a diversidade de efeitos desses medicamentos para diferentes sintomas demonstra uma enorme depreciação da farmacologia. Tendo em vista a heterogeneidade de diagnósticos da amostra, é muito provável que o grupo nomeado de *tratamento medicamentoso* tenha abarcado inibidores seletivos da recaptação de serotonina, antidepressivos tricíclicos, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, estimulantes, antipsicóticos, etc., cujos efeitos variam enormemente a depender dos problemas clínicos em investigação.

Outro problema metodológico diz respeito à impossibilidade de estabelecer o papel causal da relação terapêutica na melhora observada no processo de psicoterapia, visto que os mais de 2.000 estudos sobre o tema mostram apenas correlação entre a qualidade da relação terapêutica e a intensidade da melhora (Kazdin, 2005). Uma implicação disso é que a equivalência entre diversas modalidades de psicoterapia revelada nas revisões de literatura (e.g. Luborsky et al., 1975, 2002; Smith et al., 1980) não precisa ser, necessariamente, explicada por meio dos fatores comuns. Para DeRubeis et al. (2005), é possível que intervenções psicoterápicas diferentes produzam resultados semelhantes por meio de fatores específicos distintos. Um exemplo disso provém das pesquisas que comparam tratamentos psicológicos com tratamentos farmacológicos. Em muitos casos, psicoterapia e medicamento promovem mudanças similares no sistema nervoso do indivíduo (cf. Cozolino, 2010), supostamente por meio de mecanismos de ação distintos. Em resumo, “a literatura de aliança [terapêutica], pelo menos em seu estado atual, assim como acontece com a literatura de comparação de resultados, não favorece os fatores comuns como uma explicação para a mudança terapêutica” (Kazdin, 2005, p. 186).

Além dos questionamentos metodológicos, há um vasto conjunto de evidências empíricas que demonstram a superioridade de certos tratamentos psicológicos para determinados problemas clínicos. Alguns exemplos são *exposição com prevenção de respostas* para transtorno obsessivo-compulsivo (cf. Williams, Powers & Foa, 2012), *terapia cognitivo-comportamental* para transtorno do pânico (cf. Koerner, Vorstenbosch & Antony, 2012), *economia de fichas* para esquizofrenia (cf. Jones & Meaden, 2012) e *terapia comportamental dialética* para transtorno de personalidade borderline (cf. Sneed, Fertuck, Kanellopoulos & Culang-Reinlieb, 2012). Para Beutler (2002), exemplos como esses deveriam ser interpretados como prova de que fatores específicos podem fazer toda a diferença. Ademais, existem evidências de que certas intervenções podem ser prejudiciais, como o *gerenciamento de estresse de incidente crítico*, a *terapia de comunicação facilitada* e o *programa educacional de resistência às drogas e à violência*, entre outras (Lilienfeld, 2000).

Em meio ao embate entre os defensores dos fatores comuns e os defensores dos fatores específicos, uma força-tarefa foi constituída em 2002 pela *Society for Psychotherapy Research* em conjunto com a Divisão 12 da APA, cuja premissa era a de que todos os fatores envolvidos no processo psicoterápico – qualidades do terapeuta, características do cliente, relação terapêutica e técnicas específicas – estariam relacionados ao resultado e, portanto, deveriam ser levados em consideração. Nesse sentido, o esforço conjunto da *Society for Psychotherapy Research* com a Divisão 12 pretendia, de certa forma, integrar os trabalhos anteriores da Divisão

12 e da Divisão 29. As duas questões que orientaram essa nova força-tarefa foram: (1) o que se sabe sobre a natureza dos participantes (terapeuta e cliente), da relação terapêutica e dos procedimentos no que diz respeito à eficácia da intervenção? (2) como as variáveis relacionadas aos participantes, à relação terapêutica e aos procedimentos trabalham a favor, contra e entre si na terapia? (Beutler & Johannsen, 2006; Castonguay & Beutler, 2006a, 2006b). Para responder a essas perguntas, diversos pesquisadores revisaram, entre outros estudos, a literatura de pesquisa na qual as forças-tarefa da Divisão 12 e da Divisão 29 se basearam, levando em conta quatro grupos de problemas clínicos: transtornos disfóricos, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Esse trabalho de revisão, publicado em 2006 no livro *Principles of Therapeutic Change That Work* (Castonguay & Beutler, 2006b), deu origem à formulação de *princípios de mudança terapêutica*, que “são mais gerais do que uma descrição de técnicas e mais específicos do que formulações teóricas” (Castonguay & Beutler, 2006b, p. 5). Os princípios de mudança terapêutica supostamente poderiam ser aplicados em qualquer modalidade de psicoterapia, já que abarcam variáveis relacionadas ao terapeuta, cliente, relação terapêutica e técnicas extraídas da literatura empírica que foram apresentadas sem ligação com qualquer teoria (Beutler & Johannsen, 2006; Castonguay & Beutler, 2006a, 2006b). Alguns exemplos de princípios de mudança terapêutica são: “a motivação do cliente para o tratamento é acentuada se o terapeuta é flexível nos seus limites, sendo mais disponível ao cliente durante períodos de crise”; “a terapia tende a ser benéfica se uma forte aliança de trabalho é estabelecida e mantida durante o curso do tratamento”; “as expectativas do cliente tendem a desempenhar um papel no resultado do tratamento”; “uma atitude de cuidado, cordialidade e aceitação tende a facilitar a mudança terapêutica”; “a terapia tende a ser benéfica se o terapeuta facilita a mudança nas cognições do cliente” (Castonguay & Beutler, 2006b).

Em meio às controvérsias em torno do que deveria ser empiricamente validado na pesquisa em psicoterapia e bastante preocupada com a lacuna ainda existente entre ciência e prática, a APA instaurou, em 2005, uma força-tarefa composta por psicólogos de diferentes abordagens com o objetivo de delinear um paradigma que fosse representativo de diversas perspectivas teóricas, metodológicas, conceituais e práticas (American Psychological Association, 2006). Assim, a APA validou o papel vital da pesquisa científica, a utilidade dos manuais de tratamento, a relevância das técnicas específicas, a importância dos fatores comuns, a influência exercida pelos planos de saúde, etc. (Norcross et. al., 2006).

Em vista disso, a APA desenvolveu o conceito de *prática baseada em evidências em psicologia* (PBEP), definido como o processo individualizado de tomada de decisão clínica que

ocorre por meio da integração da melhor evidência disponível com a perícia clínica no contexto das características, cultura e preferências do cliente (American Psychological Association, 2006). Como ilustra a Figura 1, os três componentes da definição – evidências de pesquisa, repertório do clínico e idiossincrasias do cliente – possuem o mesmo grau de importância na determinação da melhor conduta para cada cliente.

O primeiro componente da definição – melhor pesquisa disponível – refere-se às evidências empíricas que demonstram quais procedimentos terapêuticos produzem resultados positivos e minimizam resultados negativos (Reed et al., 2006). Tendo em vista que o que constitui a melhor evidência depende do objetivo em questão, a APA (2006) referencia diferentes tipos de métodos nomotéticos e idiográficos (ensaios clínicos randomizados, delineamentos de caso único, estudos de caso), que eventualmente podem culminar na listagem de tratamentos empiricamente sustentados (Chambless et al., 1998), relações terapêuticas empiricamente sustentadas (Norcross, 2002) e princípios de mudança terapêutica (Castonguay & Beutler, 2006b).

A expressão *melhor evidência disponível* sugere a existência de dados com diferentes níveis de qualidade, ficando a cargo do terapeuta a seleção dos mais relevantes. Neste caso, o valor das evidências é estimado com base em dois critérios: (1) grau de compatibilidade das evidências com o caso em questão e (2) grau de confiabilidade dessas evidências, determinada pela quantidade de pesquisas e pela qualidade metodológica das mesmas. É fato que os dados

de pesquisa podem ser incompatíveis, conflitantes ou incompletos, mas, ainda assim, deve-se buscar o uso da melhor evidência disponível sob a premissa de que pouca evidência, se bem utilizada, é melhor do que nenhuma evidência (Spencer, Detrich & Slocum, 2012). Vale observar que parte da comunidade de psicologia clínica adotou, acriticamente, a *pirâmide de evidências* da medicina (que hierarquiza o valor dos diferentes métodos de pesquisa com base em quão resguardados eles estão de vieses; ver Figura 2) como ponto de partida para determinar o grau de importância dos achados dos estudos. Embora a importação desse modelo para a psicologia tenha recebido algumas críticas³ (e.g., Reed, Kihlstrom & Messer, 2006), nenhuma proposta de hierarquização das evidências que contemple as especificidades da psicoterapia foi desenvolvida até o momento.

A perícia clínica diz respeito ao repertório especializado do terapeuta, construído em sua formação acadêmica, supervisão, experiência clínica e estudo da literatura teórica e empírica. Esse repertório inclui competências como avaliação diagnóstica, formulação de caso, identificação de padrões clinicamente relevantes, planejamento e implementação de intervenções, monitoração do progresso, habilidades interpessoais, estabelecimento da relação terapêutica, compreensão das diferenças individuais e culturais, comunicação com outros profissionais envolvidos, domínio teórico e, em especial, obtenção e aplicação das melhores evidências disponíveis para cada caso particular. Dessa forma, deve haver interação constante entre o julgamento profissional e os dados empíricos existentes (American Psychological Association, 2006; Reed et al., 2006; Wampold, Goodheart & Levant, 2007).

De acordo com Spring (2007), a perícia clínica é o componente mais controverso da definição de PBEP, sobretudo porque costuma ser erroneamente concebida como um conjunto de intuições particularizadas sobre quais ações do terapeuta produziram ou não bons resultados. Muitos terapeutas defendem que os dados de pesquisa não podem guiar a prática clínica e que a escolha dos procedimentos terapêuticos deveria se basear fundamentalmente na intuição oriunda da experiência profissional, mas há um considerável corpo de evidências sugerindo que a intuição não é um bom guia; pelo contrário, a intuição costuma estar repleta de vieses, falhas e distorções, a ponto de o terapeuta enxergar sucesso quando há indícios de fracasso (Baron, 2000; Herbert, Neeren & Lowe, 2007). Em contraponto à ideia de um julgamento clínico escorado apenas na opinião e gosto pessoal do terapeuta, a perícia clínica é

³ É digno de nota o fato de que a hierarquia das evidências representada pela pirâmide (Figura 2) vem sendo contestada na medicina e em outras ciências da saúde (e.g., Gugiu & Gugiu, 2010; Rosner, 2012; Tomlin & Borgetto, 2011).

concebida como um conjunto rigoroso de competências que complementa (e não rivaliza com) a melhor evidência disponível (Spencer et al., 2012; Wampold et al., 2007).

A racional do terceiro componente da definição de PBEP – contexto das características, cultura e preferências do cliente – é promover a participação ativa dos clientes nas tomadas de decisão sobre sua própria saúde e bem-estar, uma vez que intervenções costumam ser mais bem-sucedidas quando levam em consideração as particularidades do indivíduo, tais como seus objetivos, valores, crenças, preferências, costumes, contexto sociocultural e estado clínico (American Psychological Association, 2006). A identificação das peculiaridades do cliente como um fator determinante para a escolha dos procedimentos clínicos envolvidos no processo terapêutico é central para a PBEP. Como exemplo, Wampold et al. (2007) afirmam que um terapeuta que deixa de analisar como as crenças religiosas do

cliente estão relacionadas à sua queixa e à intervenção oferecida não está praticando PBEP assim como um terapeuta que ignora as evidências de pesquisa.

A articulação das preferências do cliente com os outros dois componentes da definição de PBEP é uma tarefa complexa. Por um lado, permitir que as preferências do cliente prevaleçam na tomada de decisão clínica sem levar em consideração os dados de pesquisa pode acarretar resultados insatisfatórios ou até prejudiciais, além de desperdício de tempo e de dinheiro. Por outro lado, atentar somente para as evidências empíricas sem levar em consideração as escolhas do cliente pode conduzir a intervenções com baixo nível de aceitação, colocando em risco sua efetividade. Em vista disso, é responsabilidade do terapeuta descrever os procedimentos a serem empregados, explicar sobre seus possíveis benefícios e riscos e advertir sobre intervenções alternativas (Spencer et al., 2012; Spring, 2007).

Neste ponto do texto, a distinção entre PBEP e tratamentos empiricamente sustentados deve estar clara: tratamentos empiricamente sustentados são protocolos de intervenção padronizados em manuais de tratamento que se mostraram eficazes em ensaios clínicos randomizados ou experimentos de caso único, ao passo que o modelo de PBEP não se refere a alguma modalidade específica de psicoterapia, mas sim ao comportamento de tomada de decisão clínica por parte do terapeuta, conforme explicita a seguinte citação retirada do relatório da força-tarefa da APA:

É importante esclarecer a relação entre PBEP e tratamentos empiricamente sustentados (TESs). PBEP é o conceito mais abrangente. Os TESs começam com um tratamento e investigam se ele funciona ou não para certo transtorno ou problema sob circunstâncias específicas. A PBEP começa com o paciente e investiga qual evidência de pesquisa (incluindo resultados relevantes de ECRs [ensaios clínicos randomizados] auxiliará o psicólogo na obtenção do melhor resultado. Além disso, TESs são tratamentos psicológicos específicos que se mostraram eficazes em ensaios clínicos controlados, ao passo que a PBEP abrange um espectro mais amplo de atividades clínicas (por exemplo, avaliação psicológica, formulação de caso, relações terapêuticas). Assim, a PBEP articula um processo de tomada de decisão justamente por integrar múltiplos tipos de evidência de pesquisa – incluindo, mas não se limitando a ECRs – no processo de intervenção. (American Psychological Association, 2006, p. 273)

Conforme descrito anteriormente e ilustrado pela Figura 1, a PBEP é caracterizada como um processo individualizado de tomada de decisão clínica que ocorre por meio da integração da melhor evidência científica com a perícia clínica e as idiossincrasias do cliente. Na prática, esse modelo costuma ser operacionalizado em cinco passos, a saber: (1) levantamento de questões clínicas; (2) busca pelas melhores evidências empíricas, principalmente em bancos de dados que são voltados para profissionais atuantes e não para

pesquisadores e que, por isso, reúnem apenas revisões sistemáticas da literatura empírica, como o *Turning Research Into Practice*⁴, o *SUMSearch*⁵ e a *Cochrane Library*⁶; (3) apreciação crítica das evidências encontradas; (4) intervenção, embasada nas evidências e regulada pelo repertório do terapeuta e pelas características do cliente; (5) avaliação dos resultados da intervenção (Frueh, Ford, Elhai & Grubaugh, 2012; Walker & London, 2007).

Embora o modelo de PBEP represente um importante avanço para o desenvolvimento da psicologia como ciência e profissão, seu status atual apresenta limitações importantes. Em primeiro lugar, a esmagadora maioria das publicações, incluindo os livros da APA (Goodheart et al., 2006; Norcross et al, 2006), focam-se quase que exclusivamente no modelo conceitual de PBEP e nas diversas controvérsias que circundam o tema, em detrimento do ensino das habilidades necessárias para sua aplicação. O contrário ocorre na medicina e na enfermagem, por exemplo, em que o desenvolvimento do repertório prático ocupa 60% ou mais dos livros sobre o tema, conforme análise de Walker e London (2007). Certamente, o desenvolvimento da psicologia como ciência e profissão depende da aprendizagem de competências que permitam a aplicação da PBEP, tais como o uso efetivo das bases de dados que indexam artigos, avaliação crítica das pesquisas clínicas e revisões de literatura, domínio das técnicas terapêuticas, etc.

Além disso, uma importante deficiência da PBEP diz respeito à compreensão do que constitui uma evidência de boa qualidade. Para Lohr (2011), o modelo de PBEP concebido pela APA “ampliou o domínio de ‘evidência’ para incluir praticamente toda e qualquer forma de crença ou opinião clínica” (p. 100-101), o que enfraquece sua cientificidade. Nesse contexto, Stuart e Lilienfeld (2007) sugerem que o progresso da PBEP depende fortemente de três fatores: (1) melhor especificação acerca de qual tipo de dado oriundo de qual tipo de método realmente é uma evidência de qualidade; (2) identificação e interrupção do uso de terapêuticas nocivas (cf. Lilienfeld, 2000); (3) avaliação contínua da prestação de serviços psicoterápicos utilizando medidas de resultado objetivas. Tais ações podem fortalecer a PBEP, na medida em que “clarificam o menu de opções disponíveis para os terapeutas, ajudam a proteger os clientes de danos e oferecem a vantagem de permitir que os clínicos contribuam para o crescente corpo de conhecimento sobre o que funciona e o que não funciona na psicoterapia” (p. 616).

Outro limite da PBEP é a existência de diversos sistemas que se propõem a classificar se uma intervenção é ou não baseada em evidências, de modo que uma modalidade de psicoterapia pode ser considerada empiricamente sustentada em alguns deles e não em outros.

⁴ www.tripdatabase.com

⁵ www.sumsearch.org

⁶ www.thecochranelibrary.com

Por exemplo, como apontam David e Montgomery (2011), não há concordância entre as diretrizes do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), da Divisão 12 da APA e da American Psychiatric Association. Tal divergência, somada à controvérsia concernente à concepção de evidência científica, gera confusão entre psicólogos e clientes que visam utilizar as melhores terapêuticas disponíveis, além de ressaltar a necessidade de criação de um sistema unificado e cientificamente coeso.

Além das questões relativas à aprendizagem das habilidades necessárias para a aplicação da PBEP, à vagueza do conceito de evidência e aos conflitos na classificação do estatuto científico das psicoterapias, o modelo de PBEP tem sido severamente criticado por ignorar se a teoria subjacente às técnicas terapêuticas sustentadas empiricamente dispõe de evidências ou é, pelo menos, plausível (e.g., David & Montgomery, 2011; Lilienfeld, 2011). Como argumenta Lilienfeld (2011), “para separarmos o joio do trigo no campo da psicoterapia, não podemos avaliar pesquisa de processo ou de resultado no vácuo” (p. 110). Afinal, o mais importante passo do empreendimento científico é a construção, sustentação, modificação ou rejeição de teorias, que são a mais rigorosa e mais completa forma de conhecimento⁷ (Popper, 1963).

Do ponto de vista prático, o entendimento dos princípios teóricos que explicam os efeitos de uma intervenção é essencial para o aprimoramento da PBEP, por, pelos menos, dois motivos. Em primeiro lugar, a compreensão dos princípios teóricos permite descrever a etiologia dos fenômenos clínicos, identificar os processos necessários para a melhora do quadro, adaptar os achados empíricos a cada caso individual, desenvolver novas técnicas terapêuticas e, em especial, otimizar a qualidade de intervenção por meio da ativação dos mecanismos de ação responsáveis pela mudança, como ilustra Kazdin (2008):

O condicionamento e a extinção de medo dependem de um receptor específico na amígdala. . . . Em pesquisas com animais não-humanos, bloquear quimicamente o receptor pouco antes do procedimento de extinção bloqueia (i.e., interfere com) a extinção. O bloqueio do receptor após o procedimento de extinção também bloqueia a extinção, o que sugere que o processo de consolidação pode ser interrompido. Um composto (d-cicloserina) liga-se ao receptor e faz com que o receptor trabalhe melhor, aumentando a extinção quando feita antes ou logo depois do procedimento de extinção. Psicoterapias baseadas em exposição são terapias empiricamente sustentadas para ansiedade e são baseadas em um modelo de extinção. A pesquisa de laboratório avançou para ensaios clínicos para melhorar o mecanismo responsável pela extinção. ECRs [ensaios clínicos randomizados] comparando terapia de exposição reforçada versus regular demonstrou que a ativação do receptor crítico

⁷ Para uma discussão exaustiva sobre a necessidade de teorização na psicologia, ver Machado, Lourenço e Silva (2000).

(com doses orais de d-cicloserina) melhora os efeitos terapêuticos da terapia de exposição (i.e., aumenta a extinção). (p. 151-152)

Em segundo lugar, o entendimento da teoria subjacente à prática torna possível a exclusão de terapêuticas pseudocientíficas do rol de opções, sobretudo porque elas geralmente contêm alguns dos fatores comuns (e.g., empatia do terapeuta, crenças e expectativas do cliente, etc.) que podem levar a mudanças clinicamente significativas e, assim, se mostrarem mais eficazes do que nenhum tratamento, configurando-se como um tratamento empiricamente sustentado de acordo com os critérios da Divisão 12 da APA. Por exemplo, em razão dos fatores comuns, uma terapia de energização poderia se mostrar superior a um grupo controle sem nenhum tratamento em um ensaio clínico randomizado, embora tenha como premissa a suposição de que os problemas psicológicos são causados por bloqueios em campos de energia invisíveis, cuja existência nunca foi comprovada e é cientificamente implausível (Lilienfeld, 2011).

Devido à extrema relevância da teoria para a produção de conhecimento científico em psicoterapia, é possível concluir que o acúmulo de evidências empíricas sobre a eficácia de diferentes terapêuticas é insuficiente se não for acompanhado dos princípios teóricos que as fundamentam, posição defendida por diversos autores (e.g., David & Montgomery, 2011; Green, 2000; Herbert, Gaudiano & Forman, 2013; Hughes, 2000; Kihlstrom, 2006; Lilienfeld, 2011, 2014; Lohr, 2011; Mattaini, 2007). Como adverte Kihlstrom (2006), a psicoterapia deve estar embasada no entendimento científico dos processos comportamentais assim como os tratamentos médicos são baseados no entendimento científico da anatomia e da fisiologia.

Com o intuito de preencher essa lacuna, David e Montgomery (2011) propuseram um sistema de classificação para a PBEP que leva em consideração tanto os achados das pesquisas clínicas quanto a sustentação empírica dos mecanismos teóricos supostamente envolvidos na terapêutica em questão. O sistema contém nove categorias que, grosso modo, reproduzem os critérios da Divisão 12 da APA para tratamento empiricamente sustentado, mas adiciona a exigência de que os mecanismos de ação teorizados também devem ser empiricamente validados em dois ou mais ensaios clínicos randomizados ou em nove ou mais experimentos de caso único. Em resumo, a proposta desses autores atesta que deve haver uma base teórica consistente subjacente aos dados empíricos que comprovam a eficácia de uma terapia⁸.

⁸ É curioso observar que, ao mesmo tempo em que defendem que os princípios teóricos de uma terapia devem ser investigados empiricamente, David e Montgomery (2011) afirmam que “nós não vamos fornecer uma discussão epistemológica sobre o que é uma teoria ou um pacote de tratamento 'validado' (sustentado); nós vamos apenas mencionar que a validação de uma teoria refere-se a testá-la com base em uma abordagem científica corrente (e.g.,

Dessa forma, uma modalidade de psicoterapia é inserida na Categoria I – *Psicoterapias Baseadas em Evidências* – se tanto o pacote de tratamento quanto os processos teóricos hipotetizados possuem validação empírica sólida (de acordo com os critérios supracitados). A Categoria II – *Psicoterapias Orientadas à Intervenção* – abarca as terapêuticas com eficácia comprovada que carecem de evidências acerca de seus mecanismos de ação e, inversamente, a Categoria III – *Psicoterapias Orientadas à Teoria* – se refere aos casos em que a teoria tem ótimo suporte empírico, mas os procedimentos não. Quando há evidências favoráveis, porém insuficientes, tanto da teoria quanto da eficácia, o tratamento é classificado na Categoria IV – *Psicoterapia em Investigação*. As terapias empiricamente sustentadas que possuem evidências contrárias a seus princípios teóricos situam-se na Categoria V e, por sua vez, as terapias cuja teoria é empiricamente sustentada e possuem evidências contrárias de eficácia contemplam a Categoria VI. Uma terapia é classificada na Categoria VII se possui evidências contraditórias de eficácia e evidências contrárias à sua teoria e, de modo semelhante, posta na Categoria VIII quando há evidências contrárias à sua eficácia e evidências dúbias relativas à sua teoria. Finalmente, uma modalidade de psicoterapia é colocada na Categoria IX quando há evidências contrárias tanto de sua teoria quanto de sua eficácia.

Com base no status atual da produção de evidências empíricas tanto da eficácia das terapêuticas (testada nas pesquisas de resultado) quanto de seus princípios teóricos (identificados nas pesquisas de processo), Lohr (2011) categoriza algumas intervenções com o intuito de ilustrar o funcionamento do sistema proposto por David e Montgomery (2011), colocando a *exposição com prevenção de respostas* e a *análise do comportamento aplicada* na Categoria I, a *terapia comportamental dialética* na Categoria II, a *terapia de aceitação e compromisso* na Categoria IV, a *dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares* na Categoria V, a *programação neurolinguística* na Categoria VII e as *terapia de recuperação de memória* e *terapia do apego* na Categoria IX.

Em suma, ao exigir que as evidências empíricas acerca de uma terapêutica sejam sustentadas por princípios teóricos sólidos, o novo sistema de categorização das psicoterapias proposto por David e Montgomery (2011) avançam consideravelmente a cientificidade do modelo de PBEP. Afinal, como já profetizava o filósofo Francis Bacon (1620/1994) há quase 400 anos, fatos que não passam por uma análise teórico-conceitual são cegos, desorganizados e insignificantes.

falseabilidade, verificabilidade)” (pp. 92). Na perspectiva do autor desta tese, o valor científico de uma teoria também pode ser atestado por meio de sua coerência interna, capacidade de predição, plausibilidade, etc.

1.2. Delineamentos de Pesquisa para a Produção de Evidências em Psicoterapia

Evidências empíricas podem ser produzidas por meio de diferentes métodos de pesquisa, geralmente divididos em descritivos (e.g., estudo de caso, levantamento), correlacionais (e.g., coorte, caso-controle) e experimentais (e.g., ensaio clínico randomizado, experimento de caso-único). Todos os métodos podem contribuir para o crescimento do conhecimento em psicologia, mas cada um deles serve para responder a um determinado tipo de pergunta de pesquisa. Por exemplo, estudos correlacionais, como o coorte e o caso-controle, são úteis para identificar os fatores de risco envolvidos em um transtorno psiquiátrico, enquanto que estudos de levantamento permitem caracterizar a população que apresenta tal transtorno. Serão apresentados, a seguir, os três métodos de pesquisa empírica que são apropriados para investigar a eficácia de intervenções psicoterápicas – ensaio clínico randomizado, experimento de caso único e estudo de caso – e, depois, os tipos de revisão de literatura que permitem agrupar e sintetizar os dados oriundos de várias pesquisas empíricas em um todo coerente.

1.2.1. Ensaio Clínico Randomizado

O ensaio clínico randomizado consiste na seleção de uma grande amostra de participantes com um mesmo diagnóstico que são alocados randomicamente em dois grupos – um grupo experimental (no qual o tratamento em questão está presente) e um grupo controle (em que o tratamento em questão está ausente). Para evitar vieses, é fundamental que as pessoas envolvidas na pesquisa – pesquisadores, cuidadores e os próprios participantes – não saibam a qual grupo pertencem, o que é chamado de *cegamento* ou *maskamento*. O cegamento é uma característica tão importante na pesquisa farmacológica que comprimidos de farinha com aparência idêntica ao medicamento são fabricados especialmente para fins do estudo e o código numérico de cada participante da pesquisa é ocultado em envelopes opacos. Para avaliar os resultados da exposição ao tratamento em questão, uma ou mais medidas quantitativas são realizadas com cada um dos participantes. Por fim, os dados obtidos são sumarizados por meio de testes estatísticos, o que torna possível afirmar se, na média, determinado tratamento é eficaz para certa doença (Kendall, 2003). É importante observar que um ensaio clínico randomizado pode comparar a eficácia de determinado tratamento em relação à ausência de tratamento (e.g., fluoxetina vs. placebo para depressão) ou comparar diferentes tratamentos entre si (e.g., fluoxetina vs. sertralina para depressão).

Na medicina, o ensaio clínico randomizado é considerado o padrão-ouro para o estabelecimento da eficácia de diferentes tratamentos (farmacológicos, cirúrgicos, etc.), uma vez que possibilita determinar com bastante precisão a relação causal entre as variáveis

independente e dependente. Com o intuito de alcançar, na psicologia, o mesmo rigor metodológico da medicina, Rosenthal e Frank sugeriram, em 1956, que o ensaio clínico randomizado deveria ser utilizado na pesquisa em psicoterapia e, desde então, centenas de estudos empregando esse delineamento foram conduzidos. Nas últimas décadas, o ensaio clínico randomizado passou a ser visto por muitos pesquisadores (e.g., Hollon, 2006; Kendall, Comer & Chow, 2013) como o delineamento mais rigoroso para avaliar os resultados de determinada modalidade de psicoterapia e, por essa razão, tem sido utilizado para identificar as melhores intervenções terapêuticas para diferentes transtornos psiquiátricos.

No campo da psicoterapia, o ensaio clínico randomizado assume algumas características particulares. A amostra geralmente é composta por indivíduos com uma psicopatologia listada pelo DSM e aqueles que apresentam comorbidade (e.g., depressão e abuso de substâncias) são excluídos da pesquisa. Os participantes são distribuídos aleatoriamente entre os grupos experimental e controle, sendo que a intervenção consiste na aplicação de procedimentos padronizados descritos num manual (e.g., Martell, Addis & Jacobson, 2001). O uso dos manuais de tratamento é justificado pela necessidade de indicar com precisão a variável independente e diminuir as idiosincrasias dos terapeutas envolvidos na coleta de dados. Para garantir a fidedignidade da intervenção, os terapeutas são previamente treinados a seguir o manual e, ao longo da pesquisa, são supervisionados com o intuito de monitorar a correspondência entre seu desempenho e as prescrições dos manuais. Todos os participantes são avaliados antes e depois do período de intervenção por meio de medidas de autorrelato (e.g., Inventário de Depressão de Beck) ou outras modalidades de mensuração de resultado (e.g., frequência de um comportamento-alvo) e os desfechos são analisados estatisticamente (Starcevic, 2003). De modo semelhante à pesquisa médica, um ensaio clínico randomizado pode comparar a eficácia de determinada modalidade de psicoterapia em relação à ausência dela (e.g., terapia cognitiva vs. placebo para depressão), comparar diferentes formas de terapia entre si (e.g., terapia cognitiva vs. psicanálise para depressão) ou, ainda, comparar um tipo de terapia com um tratamento farmacológico (e.g., terapia cognitiva vs. fluoxetina para depressão).

Apesar de suas potencialidades, o uso do ensaio clínico randomizado na pesquisa em psicoterapia recebeu muitas críticas. Uma delas é que definir os problemas clínicos pelo DSM restringe os tipos de questões que são pesquisadas, excluindo do escopo de investigação aqueles indivíduos cuja queixa clínica não é contemplada pela semiologia psiquiátrica (Starcevic, 2003; Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph & Brody, 2003). De modo semelhante, o uso de manuais de tratamento é criticado por serem elaborados para transtornos específicos do DSM, o que

limitaria os tópicos de pesquisa e dificultaria a necessária adaptação do repertório do terapeuta às singularidades do cliente (Nathan, Stuart & Dolan, 2000).

Algumas das críticas ao uso do ensaio clínico randomizado na pesquisa em psicoterapia referem-se a limitações metodológicas impostas por características intrínsecas à psicoterapia. Um exemplo disso é a impossibilidade de estabelecer o cegamento: o terapeuta invariavelmente sabe qual é a intervenção que está oferecendo e os participantes podem vir a ter algum conhecimento do tratamento que estão recebendo.

Outro limite bastante importante diz respeito à padronização da intervenção que está sendo investigada (i.e., da variável independente em questão). Na pesquisa farmacológica, todos os participantes recebem exatamente a mesma dose do mesmo medicamento, o que é impossível de ser reproduzido na pesquisa psicológica. Em primeiro lugar, o conjunto de ações que um terapeuta deve executar ao longo de um processo psicoterápico é enorme e variado, de modo incomparável à administração de um comprimido. Além disso, mesmo que previstos e bem descritos num manual, os procedimentos terapêuticos raramente podem ser aplicados da mesma forma em todos os casos, pois cada sessão com cada cliente tem especificidades que não são passíveis de serem previstas, controladas ou padronizadas (Starcevic, 2003).

Outra fonte de críticas ao ensaio clínico randomizado provém da composição dos grupos-controle. Muitas pesquisas (e.g., van Minnen, Hoogduin, Keijsers, Hellenbrand & Hendriks, 2003) comparam os resultados promovidos por determinada intervenção com os desfechos dos indivíduos que ficaram na lista de espera pelo tratamento. Neste tipo de estudo, os participantes do grupo-controle não passam por uma condição placebo e são informados que provavelmente não terão nenhuma melhora enquanto aguardam (Nathan, Stuart & Dolan, 2000). De acordo com Kihlstrom (2006), comparar os efeitos de uma intervenção com a ausência de tratamento tem relevância limitada para o estabelecimento de eficácia, pois “é alguma coisa provar que a psicoterapia é melhor do que nada, mas certamente não é muito” (p. 27). Outras pesquisas (e.g., Schnurr et al., 2007) empregam um placebo psicológico para analisar os efeitos de determinada intervenção. Nestes casos, é oferecido ao grupo-controle um tratamento com pouco ou nenhum benefício terapêutico que, para ser plausível para o cliente, contém fatores comuns, mas não contém os procedimentos específicos que estão sendo investigados como os potenciais responsáveis pela melhora. Diversos autores (e.g., Baskin, Tiemey, Minami & Wampold, 2003; Herbert & Gaudiano, 2005; Wampold, 2006, 2010) apresentam críticas a essa concepção de placebo psicológico. Em primeiro lugar, os placebos em forma de tratamentos “dissimulados” não seriam inertes, uma vez que contém muitos dos fatores comuns que podem levar a mudanças clinicamente significativas (Lambert, 2005;

Weinberger, Rasco & Hofmann, 2007), o que os tornariam tratamentos verdadeiramente ativos. Em segundo lugar, o fato de o terapeuta saber que está oferecendo uma intervenção planejada para falhar pode comprometer seu envolvimento com o processo terapêutico de tal forma que as diferenças encontradas nos resultados do grupo experimental e do grupo controle podem ser fruto de seu pouco engajamento. Além disso, na maioria dos estudos (cf. Baskin et al., 2003), o placebo psicológico não é estruturalmente equivalente ao tratamento em investigação: o grupo-controle passa por um número menor de sessões do que o grupo experimental; o formato de intervenção é diferente (terapia em grupo no grupo-controle e terapia individual no grupo experimental); os terapeutas do grupo-controle recebem menos treinamento e supervisão; etc. Portanto, a superioridade de determinada intervenção poderia ser atribuída à disparidade entre a estrutura dos grupos que recebem o tratamento e o placebo e não a características da própria intervenção.

Além da comparação da intervenção em investigação com lista de espera e placebo psicológico, alguns ensaios clínicos têm como grupo-controle a intervenção que é geralmente oferecida por terapeutas com experiência no transtorno em questão, o que é chamado de *tratamento usual*. Portanto, este tipo de controle é apropriado para avaliar se a intervenção em investigação é melhor do que a que já vem sendo oferecida na comunidade. De acordo com Nathan, Stuart e Dolan (2000), a comparação com o tratamento usual tem dois problemas. Um deles é que o tratamento usual não pode ser considerado um placebo genuíno, pois contém fatores comuns e, ainda, pode conter fatores específicos da intervenção em investigação, comprometendo a validade interna da pesquisa. O outro é que demonstrar igualdade ou superioridade de uma nova intervenção em relação ao tratamento usual pode ser irrelevante caso o tratamento usual não tenha eficácia comprovada.

Para alguns autores (e.g., Borkovec & Castonguay, 2006; Fensterheim & Raw, 1996; Starcevic, 2003), a validade interna do ensaio clínico randomizado – garantida pela homogeneidade diagnóstica dos participantes, delimitação do número de sessões e protocolo de atendimento manualizado – pode diminuir ou até mesmo comprometer a generalização dos resultados para a prática cotidiana da psicoterapia (validade externa). Nesse sentido, Persons e Silberschatz (1998) argumentam que o cliente típico do consultório é exatamente o que tem maior probabilidade de ser excluído de um ensaio clínico randomizado e que a rigidez concernente ao tempo de duração da terapia e à uniformidade das técnicas utilizadas é incompatível com a flexibilidade necessária à boa prática clínica. Em resumo, no que diz respeito à generalização, a crítica ao uso do ensaio clínico randomizado na pesquisa em psicoterapia é que ele testa um tratamento um tanto artificial em um ambiente artificialmente

controlado com clientes atípicos; assim, demonstrar que um tratamento é eficaz nessas circunstâncias não o faz necessariamente efetivo, isto é, útil no mundo real da prática clínica.

Em conclusão, a despeito de ser reprovado por diversos pesquisadores pelas razões apontadas acima (abranger apenas diagnósticos do DSM, impossibilidade de estabelecer cegamento, dificuldade em padronizar a variável independente, concepção de placebo, composição dos grupos-controle, etc.), o ensaio clínico randomizado é um método de pesquisa que possibilita estabelecer relações causais com bastante precisão e, por isso, tem sido considerado o padrão-ouro para determinar a eficácia das diferentes modalidades de psicoterapia.

1.2.2. Experimento de Caso Único

No experimento de caso único, um mesmo indivíduo é submetido a todas as condições da pesquisa e, em vez de ter seu desempenho comparado ao de um grupo, ele serve como seu próprio controle. Isso não significa que apenas um único cliente seja utilizado por estudo, mas que seus dados são tratados individualmente (Matos, 1990; Sampaio et al., 2008). A premissa do delineamento experimental de caso único é que a eficácia de determinada intervenção pode ser estabelecida por meio da mensuração continuada do comportamento-alvo do indivíduo antes, durante e após introduzir e remover aquela intervenção. Para isso, o experimento é dividido em duas condições genéricas – linha de base e tratamento. Na linha de base, a variável dependente (um ou mais comportamentos-alvo, escores em questionários de autorrelato, etc.) é mensurada repetidas vezes para obter-se o desempenho-padrão do indivíduo na ausência da intervenção, condição análoga ao grupo-controle do ensaio clínico randomizado. Na condição de tratamento, a variável independente (uma ou mais ações terapêuticas definidas operacionalmente) é introduzida e novas medidas da variável dependente são realizadas (Barlow, Nock & Hersen, 2008; Hurst & Nelson-Gray, 2006; Kazdin, 1982).

A fim de constatar se há uma relação causal entre as ações do terapeuta e as mudanças no desempenho do cliente, é fundamental medir repetidamente a variável dependente sob uma mesma condição até se obter dados estáveis. Entretanto, como alertam Sampaio et al. (2008), estabilidade não significa imutabilidade, mas sim que o desempenho do participante tem pouca variação ou oscila dentro um padrão. Variações muito grandes (i.e., instabilidade) impossibilitam qualquer conclusão acerca do efeito da variável independente sobre a variável dependente, sendo que as mudanças observadas podem ser resultado de variáveis intervenientes à pesquisa (história de vida, maturação, etc.). Ademais, os mesmos autores lembram que a introdução da intervenção pode não produzir mudanças imediatas ou abruptas no desempenho

do cliente, uma vez que a construção de um novo padrão comportamental costuma depender de diversas interações do indivíduo com o ambiente. Por essas razões, a estabilidade da variável dependente é o principal critério utilizado pelos pesquisadores para decidir se o experimento deve permanecer na fase em que se encontra ou prosseguir para a próxima condição – introdução ou remoção da variável independente (Sampaio et al., 2008).

Além disso, a relação causal observada entre as ações do terapeuta e as mudanças no desempenho do cliente deve ser sistematicamente replicada, o que pode ocorrer tanto intrassujeitos quanto entresujeitos. Para a replicação intrassujeitos, o delineamento com maior rigor experimental é o de reversão ou ABAB (onde A é a condição de linha de base e B a condição de tratamento), que possibilita realizar sucessivas verificações dos efeitos da variável independente sobre a variável dependente por meio da introdução, retirada e reintrodução da variável independente. O delineamento de reversão pode variar quanto ao número e a ordem de fases (e.g., ABA, BABA, ABABAB) e também quanto à quantidade de variáveis independentes manipuladas (e.g., ABACACADADA, onde as letras B, C e D representam diferentes tipos de intervenção) (Barlow, Nock & Hersen, 2008; Hurst & Nelson-Gray, 2006; Kazdin, 1982).

A replicação entre-sujeitos, por sua vez, pode ser obtida tanto pelo uso do mesmo delineamento de reversão com diferentes indivíduos assim como por meio do delineamento de linha de base múltipla, no qual diferentes linhas de base são estabelecidas para cada cliente e o procedimento terapêutico é introduzido em diferentes momentos para cada um deles. Dessa forma, não é necessário fazer reversões para demonstrar os efeitos da variável independente sobre a variável dependente, o que é especialmente relevante para avaliar o resultado de intervenções que são irreversíveis por motivos práticos ou éticos. Vale apontar que, além de ser utilizado para investigar o efeito de uma variável independente sobre o desempenho de dois ou mais participantes, o delineamento de linha de base múltipla também pode ser empregado para examinar o efeito de uma variável independente sobre dois ou mais comportamentos de um mesmo indivíduo ou, ainda, o efeito de uma variável independente sobre um mesmo comportamento de um mesmo indivíduo em duas ou mais condições ambientais (Barlow, Nock & Hersen, 2008; Hurst & Nelson-Gray, 2006; Kazdin, 1982).

Além do ABAB e da linha de base múltipla, outros delineamentos experimentais de caso único são: delineamento de retirada, no qual o tratamento é interrompido para investigar seus efeitos ao longo do tempo; delineamento de sonda, que avalia se a intervenção realizada teve algum efeito sobre o desempenho que não foi alvo da pesquisa; delineamento de mudança de critério, em que a condição experimental é modificada toda vez que o desempenho do

indivíduo alcança um critério previamente estabelecido (Barlow, Nock & Hersen, 2008; Hurst & Nelson-Gray, 2006; Kazdin, 1982).

Tradicionalmente, os dados obtidos nos delineamentos experimentais de caso único são dispostos em gráficos, de modo que diferenças no nível, tendência e variabilidade das medidas do desempenho do cliente são analisadas visualmente, e não estatisticamente, para determinar se houve e qual foi o efeito da intervenção em estudo. Em alguns casos, análises estatísticas podem complementar a interpretação dos resultados, sobretudo quando os dados não apresentam um padrão explícito ou quando há dúvidas sobre sua significância clínica⁹ (Barlow, Nock & Hersen, 2008; Hurst & Nelson-Gray, 2006; Kazdin, 1982).

O delineamento experimental de caso único tem sido defendido por diversos pesquisadores (e.g., Blampied, 1999, 2000, 2001; Hayes, 1981; Hurst & Nelson-Gray, 2006; Lundervold & Belwood, 2000) como um método que deve ter papel central na produção de evidências em psicoterapia, por diversas razões: possibilita o estudo aprofundado do indivíduo em suas particularidades ao mesmo tempo em que mantém a objetividade e o rigor experimental necessários à ciência; facilita o desenvolvimento de intervenções eficazes para transtornos ou padrões comportamentais cuja baixa prevalência impede a criação de grupos amostrais; supera os problemas inerentes aos estudos de grupo de extrair um valor médio relativo ao desempenho de vários indivíduos, proporcionando a análise individualizada dos resultados da psicoterapia em questão; permite decompor os diferentes componentes de uma intervenção para comparar seus efeitos diferenciados; contribui para inovação clínica de forma ética, na medida em que viabiliza a investigação cuidadosa de novos procedimentos terapêuticos sem que seja necessário expor um grande número de pessoas a uma intervenção sem sustentação empírica (i.e., serve como precursor ou complemento de ensaios clínicos randomizados). No que diz respeito a esse último ponto, Hurst e Nelson-Gray (2006) explicam que a eficácia de determinada modalidade de psicoterapia não necessita obrigatoriamente de pesquisas experimentais de grupo, podendo ser estabelecida unicamente por meio de experimentos de caso único. Nessa direção, vale lembrar que a listagem de tratamentos empiricamente sustentados oferecida pela Divisão 12 da American Psychological Association (Chambless et al., 1998) contém terapêuticas que foram assim classificadas tendo por base somente experimentos de caso único, como a *modificação de comportamento para enurese* (Houts, Berman & Abramson, 1994).

⁹ A significância clínica diz respeito ao grau de relevância das mudanças produzidas por uma intervenção, isto é, se os resultados ocasionados pela intervenção têm um impacto genuíno, prático e palpável sobre o funcionamento do cliente em sua vida cotidiana (cf. Ogles, Lunnen & Bonesteel, 2001).

Especialistas (e.g., Barlow, Nock & Hersen, 2008; Blampied, 1999, 2000, 2001; Hurst & Nelson-Gray, 2006; Kazdin, 1982) em delineamento experimental de caso único alertam para algumas limitações desse método de pesquisa: em alguns casos, a reversão para a condição de linha de base é cientificamente inexequível, pois os efeitos da variável independente sobre a variável dependente são permanentes – por exemplo, não é possível remover a aprendizagem de certo repertório; em outros casos, a reversão é eticamente inaceitável, como retornar a uma condição em que ocorrem comportamentos danosos para o indivíduo; além disso, a demonstração cabal dos efeitos de uma intervenção depende de muitas replicações em diversos clientes, o que pode delongar a produção de evidências.

Por fim, é importante apontar que, embora tenha surgido na análise do comportamento (ciência fundamentada no behaviorismo radical de B. F. Skinner), o delineamento experimental de caso único não se restringe a questões específicas dessa abordagem, sendo um método de pesquisa neutro do ponto de vista teórico e extremamente relevante para a produção de conhecimento em psicoterapia.

1.2.3. Estudo de Caso

O estudo de caso é a narrativa fiel, sistemática e longitudinal de um processo terapêutico, geralmente baseado na memória do terapeuta, que abrange a história de vida do cliente, as intervenções realizadas, as mudanças observadas e outras informações relevantes que possam levar a uma melhor compreensão do caso atendido. Dessa forma, o estudo de caso não visa investigar o efeito de uma variável específica ou testar hipóteses preestabelecidas, mas descrever de forma cuidadosa e detalhada um processo terapêutico único em toda a sua complexidade (Serralta, Nunes & Eizirik, 2011; Silves & Banaco, 2000/2012; Stiles, 2006; Zainal, 2007).

Ao longo da história da psicologia clínica, o estudo de caso teve papel central no desenvolvimento das diferentes abordagens terapêuticas. Alguns exemplos famosos são: na psicanálise, Anna O. (Freud, 1893-1895/1957) e Pequeno Hans (Freud, 1909/1957); na terapia comportamental, Pequeno Albert (Watson & Rayner, 1920) e os 50 estudos de caso sobre modificação de comportamento organizados por Ullman e Krasner (1965); na terapia centrada no cliente, a ludoterapia de Dibbs (Axline, 1964); na terapia existencial, os 10 casos apresentados por Yalom (2012) no livro *O Carrasco do Amor e Outras Histórias Sobre Psicoterapia*.

Por se basear em dados naturalísticos oriundos da atividade clínica usual, o estudo de caso é defendido por diversos autores (Dattilio, 2006; Edwards, Dattilio & Bromley, 2004; Hill,

2006; Jones, 1993; Serralta et al., 2011; Stiles, 2006) como uma ferramenta essencial de produção de evidências empíricas, capaz de superar os limites impostos pelos métodos experimentais. Na perspectiva desses autores, a necessidade requerida pela pesquisa experimental em isolar o fenômeno de interesse e controlar variáveis tornaria o processo terapêutico artificial, obscureceria a apreensão de episódios clínicos relevantes, restringiria a expressão da subjetividade por parte do cliente e impediria o exame de dados inesperados às hipóteses em investigação, a ponto de a pesquisa ficar à margem da prática clínica real. O estudo de caso, inversamente, reproduziria o contexto original da prática psicoterápica, levando em consideração, portanto, qualquer fenômeno clínico que surgir ao longo do processo terapêutico e as complexas relações entre muitas variáveis, o que contribuiria para a diminuição da lacuna entre pesquisa e prática que existe na psicologia clínica. Nesse sentido, o estudo de caso não seria apenas útil, mas extremamente necessário (Dattilio, 2006; Hayes, 1983; Stiles, 2006).

A conexão entre pesquisa e prática oferecida pelos estudos de caso é tamanha a ponto de incitar a ideia de que esse método é suficiente para a produção de evidências empíricas em psicoterapia. De acordo com Aveline (2005),

o estudo, documentação e comunicação de estudos de caso são centrais para a prática da psicoterapia. É por meio da escrita, da leitura e da discussão de casos que a maioria dos terapeutas aprende seu ofício e forma sua identidade como praticantes de uma abordagem particular. Os estudos de caso têm sido – e continuarão sendo – uma rica fonte de ideias sobre causalidade e processo; essas ideias informam a teoria e a pesquisa. Estudos de caso são tão centrais para o treinamento e a prática da psicoterapia que os profissionais podem ser instigados a concluir que estudos de caso são base suficiente para a prática baseada em evidências. (p. 133)

Além disso, o estudo de caso é, naturalmente, o método por excelência para a análise de condições raras. Nas palavras de Alvez-Mazzotti (2006):

[Uma] razão que justifica a opção por um estudo de caso é o fato de ele ser extremo ou único. Essa é a situação, comum em Psicologia Clínica, na qual uma pessoa, devido a uma deficiência ou a condições de vida não usuais, apresenta um padrão de comportamento extremamente raro e para o qual não existem ainda teorias explicativas convincentes. O fato de que tais situações são instigantes e extremamente raras justifica a análise em profundidade de qualquer caso em que ocorram tais padrões de comportamento. (p. 644)

Um exemplo, famoso nos livros-texto de Neurociências, é o caso de Phineas Gage, publicado em 1848 por Harlow. Phineas Gage trabalhava na construção de uma via férrea dos Estados Unidos e era responsável por explodir as rochas do terreno para tornar a superfície nivelada para os trilhos do trem. Seu trabalho consistia em fazer um buraco na rocha,

acrescentar pó explosivo e estopim, cobrir a carga com areia e, por fim, compactar todo o conteúdo usando uma barra de metal. Em um momento de desatenção, Phineas Gage socou a barra antes que o explosivo estivesse totalmente coberto pela areia, o que gerou uma faísca e fez o pó explodir. A detonação fez com que a vara de ferro de 6 kg, 1 m de comprimento e 3 cm de diâmetro atravessasse o crânio do operário, destruindo parte de seu lobo cerebral esquerdo. Para a surpresa de todos que presenciaram o acidente, Phineas Gage estava consciente e foi imediatamente levado ao médico, que lhe deu alta em um mês. Apesar da rápida recuperação física, ele passou a apresentar mudanças comportamentais drásticas nas esferas pessoal, afetiva, social e profissional, a ponto de seus amigos afirmarem que “Gage deixara de ser quem era” (Gazzaniga, Ivry & Mangun, 2006). O caso de Phineas Gage foi uma das primeiras evidências científicas sobre como lesões cerebrais podem afetar diferentes repertórios comportamentais, o que ilustra a relevância do método de estudo de caso para a produção de conhecimento em situações que não são passíveis de serem estudadas experimentalmente, seja porque são raras ou porque são eticamente irreproduzíveis.

Todavia, muitos pesquisadores (cf. Reed, Kihlstrom & Messer, 2006) contestam o préstimo científico do estudo de caso por carecer tanto de validade interna quanto de validade externa. Entre os problemas de validade interna estão (1) a omissão ou distorção de informações relevantes devido a esquecimento ou expectativas de sucesso e (2) a inobjetividade do julgamento tanto do terapeuta quanto do cliente para determinar os resultados da intervenção. No que diz respeito à validade externa, o estudo de caso possui duas fraquezas muito importantes: (1) impossibilidade de replicação direta e dificuldade de generalização dos resultados, uma vez que a descrição do estudo envolve aspectos tão individualizados que tornam os dados incomparáveis com outros indivíduos; (2) dificuldade de combinar resultados de diferentes estudos para derivar uma conclusão sobre eficácia, sobretudo porque não foram desenvolvidos métodos específicos de revisão de literatura e de meta-análise para estudos de caso¹⁰.

¹⁰ Alguns esforços para agregar e sintetizar dados oriundos de estudos de caso vem sendo realizados. Entre eles, destacam-se os bancos de dados que reúnem estudos de caso publicados e os organizam de acordo com informações do cliente (idade, sexo, diagnóstico, etc.) e do terapeuta (abordagem teórica, nível de experiência, etc.), além de características da intervenção (tempo de duração, processos envolvidos, etc.). Os bancos de dados de estudos de caso podem ser o ponto de partida para a realização de metassínteses qualitativas, nas quais diferentes casos com alguma similaridade clínica são analisados para obter uma interpretação acerca de determinado fenômeno (e.g., um conceito teórico ou uma técnica específica), e de comparações entre casos, método no qual dois ou mais casos são meticulosamente selecionados para serem examinados *pari passu* no que diz respeito aos fatores que produziram a melhora ou a piora do cliente (Iwakabe & Gazzola, 2009).

Em razão das limitações nas validades interna e externa, Kazdin (1981) afirma que “estudos de caso nunca podem substituir a experimentação” (p. 183). Em consonância, Cassas e Regis Neto (2010) sugerem que o estudo de caso deveria ser empregado apenas no estágio inicial da investigação científica de determinado fenômeno, isto é, como o ponto de partida para a elaboração de pesquisas mais rigorosas. Nesse contexto, esses autores propõem uma distinção entre o estudo de caso propriamente dito e o relato de caso, este concebido como uma forma didática de ilustrar e disseminar o conhecimento já produzido para os profissionais em formação – portanto, sem valor de evidência científica para a sustentação de uma prática terapêutica.

Com o intuito de tornar o estudo de caso mais relevante para a produção de evidências empíricas em psicoterapia, Kazdin (1981) elenca cinco procedimentos que podem ser utilizados para aprimorar sua validade e confiabilidade. São eles: (1) coleta de dados quantitativos ao invés de qualitativos, o que é necessário para medir objetivamente as mudanças ocorridas e tornar o estudo replicável; (2) avaliação contínua das variáveis dependentes e não apenas pré e pós-intervenção, o que garante que as mudanças observadas não sejam produto de outras variáveis, tais como características da coleta e da análise dos dados (e.g., exposição ao instrumento de medida de resultado, regressão para a média¹¹, etc.); (3) conhecimento da estabilidade do problema clínico (que pode provir tanto da avaliação contínua ao longo do processo terapêutico quanto de pesquisas que demonstram se determinado problema clínico tem maior probabilidade de melhorar, piorar ou permanecer o mesmo ao longo do tempo), pois, se o comportamento-alvo está estável e a mudança coincide com a intervenção, então é possível inferir uma relação causal; (4) observação de efeitos imediatos e acentuados, que indicam que a intervenção tem papel causal, ao invés de demorados e brandos, que sugerem que as mudanças podem ser produto de fatores externos (história de vida, maturação, etc.); (5) inclusão de múltiplos casos, o que pode confirmar ou não a demonstração de uma relação causal entre as ações do terapeuta e as mudanças do cliente.

Desde que Kazdin (1981) fez tais recomendações há mais de 30 anos, a preocupação com a objetividade e o rigor dos estudos de caso só aumentou. Por exemplo, na política editorial de *Psychotherapy*¹², periódico publicado pela Divisão 29 da APA, três diretrizes são fornecidas para a elaboração de um *estudo de caso baseado em evidências*: (1) aplicação de duas medidas

¹¹ A regressão para a média é um fenômeno estatístico que ocorre quando a amostra populacional não é aleatória e duas variáveis estão imperfeitamente correlacionadas, fazendo com que uma medida que teve valor extremo em sua primeira mensuração tenda a estar mais próxima da média em sua segunda medição, e vice-versa. Por exemplo, em uma triagem para hipertensão, somente as pessoas com pressão arterial elevada são convidadas a retornar para uma segunda mensuração. Em média, a segunda medida será menor do que a primeira (Everitt, 2002).

¹² <http://www.apa.org/pubs/journals/pst/evidence-based-case-study.aspx>

de resultado padronizadas e de uma medida de processo terapêutico em três momentos distintos no tempo (e.g., antes, durante e depois da psicoterapia); (2) apresentação do tamanho de efeito (cf. Coe, 2002) e da significância clínica dos resultados (cf. Ogles, Lunnen & Bonesteel, 2001); (3) transcrição de trechos do atendimento que destaquem as principais intervenções realizadas e os mecanismos de mudança envolvidos. Um exemplo de estudo de caso que segue esse modelo é o de Hill et al. (2008).

Em suma, embora os estudos de caso sejam profícuos para examinar casos raros ou extremos e até mesmo para iniciar a pesquisa científica sobre determinado fenômeno clínico, há consenso – inclusive entre muitos de seus defensores – de que o método é bastante limitado para o estabelecimento de relações de causa e efeito, fundamental para o entendimento dos efeitos de determinada intervenção psicoterápica (Dattilio, 2006; Hill, 2006; Messer, 2007; Silveiras & Banaco, 2000/2012; Stiles, 2006). De qualquer forma, os estudos de caso podem ser relevantes para a produção de conhecimento em psicoterapia se forem adotados procedimentos (como os elencados por Kazdin, 1981 e pela política editorial de *Psychotherapy*) que fortaleçam sua qualidade científica.

1.2.4. Revisão de Literatura

Conforme explicitado anteriormente, o modelo de PBEP preconiza que a tomada de decisão clínica seja fortemente embasada em evidências empíricas sólidas e atualizadas. Contudo, atender a esse requisito pode ser uma tarefa árdua dada a enorme quantidade de informação existente e a constante produção de conhecimento no campo da psicologia (a título de ilustração, uma busca pelo termo *psychotherapy research* realizada no PsycINFO revelou que, entre 2005 e 2013, foram publicadas, em média, 120 pesquisas empíricas sobre psicoterapia por ano). Além disso, outro fator que pode dificultar o uso de evidências é que raramente um único estudo, por melhor que ele tenha sido conduzido, é capaz de fornecer uma prova definitiva do efeito de determinada terapêutica, na medida em que diferentes estudos podem chegar a resultados conflitantes e até opostos, seja devido a características dos participantes, divergências metodológicas, heterogeneidade no modo de analisar e interpretar os dados, entre outras razões. Dessa forma, fica difícil saber quais evidências são mais ou menos confiáveis e, portanto, quais devem ou não sustentar a prática clínica (Kaczorowski, 2009).

Os problemas relativos ao acúmulo de conhecimento e à inconsistência entre os achados individuais podem ser solucionados por meio da revisão de literatura, um método de pesquisa que tem por objetivo analisar comparativamente os resultados de um grande número de estudos e, assim, prover uma síntese dos efeitos de certa intervenção. Em outras palavras, a

revisão de literatura promove a transição da sobrecarga de informações esparsas para um corpo unificado de conhecimento científico, o que permite concluir se determinada terapêutica é eficaz ou não para o problema em questão (Cooper, 1998; Jesson, Matheson & Lacey, 2011).

Três modalidades de revisão de literatura serão descritas aqui por se constituírem como ferramentas importantes para a síntese de estudos empíricos: *revisão narrativa*, *revisão sistemática* (que pode ou não empregar meta-análise) e *revisão integrativa*. Como poderá ser constatado, as peculiaridades de cada tipo de revisão fazem com que algumas sejam mais e outras menos relevantes para a uma prática baseada em evidências.

A *revisão narrativa* é uma síntese qualitativa de um conjunto de evidências empíricas que tem por objetivo oferecer um panorama geral daquela área de conhecimento. Em geral, ela envolve uma pesquisa bibliográfica limitada, concentrando-se apenas em uma amostra de estudos arbitrariamente selecionada (em virtude de preferências do autor, facilidade de acesso, idioma, etc.). Além disso, esse tipo de revisão carece de ferramentas para avaliar a qualidade metodológica e combinar os resultados das pesquisas revisadas. Tendo em vista os vieses introduzidos pela busca assistemática da literatura e pela interpretação um tanto subjetiva dos dados, cujo produto final é um relato difícil de ser replicado, a revisão narrativa é um método com alcance bastante limitado para determinar se uma modalidade de psicoterapia é ou não eficaz (Kaczorowski, 2009; Uman, 2011). Um exemplo desse tipo de revisão é o trabalho de Leonardi e Rubano (2012), que apresenta uma síntese descritiva dos experimentos sobre o tratamento comportamental do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade publicados no *Journal of Applied Behavior Analysis*.

A *revisão sistemática* consiste num protocolo rigoroso e replicável que orienta a identificação, avaliação e síntese de ensaios clínicos randomizados sobre determinada intervenção. As diretrizes mais comumente utilizadas para a feitura de revisões sistemáticas são as do *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Higgins & Green, 2008) e do *Guidance for Undertaking Reviews in Health Care* (Centre for Reviews and Dissemination, 2008). A elaboração de uma revisão sistemática percorre os seguintes passos: (1) formulação do problema de pesquisa no formato PICO, acróstico para *população*, *intervenção*, *comparação* e *resultado* (do inglês, *outcome*), como, por exemplo, “qual é a eficácia da terapia analítico-comportamental para indivíduos adultos com transtorno depressivo maior em comparação com a fluoxetina?”; (2) busca na literatura, que deve abranger tanto as bases de dados online (PsycINFO, PubMed, etc.) quanto outras fontes, tais como anais de congresso, registros de ensaios clínicos, comunicação com pesquisadores da área, etc., o que permite a localização de trabalhos que não foram publicados (em geral, com resultados negativos); (3)

avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos, feita por meio do preenchimento de um checklist padronizado que estima a validade e a confiabilidade dos achados da pesquisa de modo a contrabalancear a expressividade de cada uma delas no conjunto total das evidências. O uso de tais checklists para avaliar a qualidade dos estudos é um aspecto central na revisão sistemática (e na PBE como um todo) e protocolos já foram desenvolvidos para os métodos de coorte, caso-controle, ensaio clínico randomizado, entre outros (Crombie, 1996); (4) extração dos dados, que organiza as informações de cada um dos estudos (ano de publicação, autores, características dos participantes, medidas de resultado empregadas, desfechos, etc.) em um banco de dados conciso e de fácil manejo; (5) análise e interpretação dos resultados, em que todas as evidências são combinadas (em geral por meio de meta-análise, ver adiante) de forma que seja possível concluir se a terapêutica em questão é ou não eficaz (Kaczorowski, 2009; Khan, Kunz, Kleijnen & Antes, 2003; Leucht, Kissling & Davis, 2009; Uman, 2011). Por fim, vale destacar que, embora revisões sistemáticas sejam publicadas em periódicos científicos, a maior e mais conhecida fonte é a *Colaboração Cochrane*¹³, uma organização internacional sem fins lucrativos composta por mais de 30.000 colaboradores de 120 países que tem por objetivo elaborar, avaliar e difundir revisões sistemáticas sobre a eficácia das mais diversas intervenções na área da saúde. Um exemplo de revisão sistemática produzida pela *Colaboração Cochrane* é o trabalho de Shinohara et al. (2013), que comparou a eficácia de quatro tipos de terapia comportamental com outras modalidades de psicoterapia para o transtorno depressivo maior em adultos.

Atualmente, a esmagadora maioria das revisões sistemáticas em psicoterapia inclui meta-análise, um procedimento estatístico utilizado para calcular a magnitude da intervenção, chamada de *tamanho do efeito*. O tamanho do efeito, em outras palavras, revela quanto de mudança ocorreu na variável dependente (e.g., sintomas de depressão) após a exposição à variável independente (e.g., terapia analítico-comportamental), o que permite determinar se a mudança promovida pelo tratamento é clinicamente significativa. Para isso, o tamanho do efeito de cada um dos estudos é calculado e, posteriormente, os valores individuais são agrupados por meio de diversas fórmulas matemáticas para gerar um escore final (Field, 2013). Tradicionalmente, esse procedimento estatístico é empregado para resumir dados oriundos apenas de ensaios clínicos randomizados e instruções específicas sobre como conduzi-lo nesse âmbito estão disponíveis em diversos manuais (e.g., Borenstein, Hedges, Higgins & Rothstein, 2009; Cooper, Hedges & Valentine, 2009; Higgins & Green, 2008), mas, mais recentemente,

¹³ www.cochrane.org

técnicas de meta-análise vêm sendo desenvolvidas para a síntese de experimentos de caso único (cf. Burns, 2012; Burns, Zaslowsky, Kanive & Parker, 2012; Gage & Lewis, 2013; Kratochwill & Levin, 2014; Manolov, Guilera & Sierra, 2014; Moeyaert, Ferron, Beretvas & Noortgate, 2014; Parker & Vannest, 2012; Rindskopf, 2014; Shadish, 2014; Shadish, Hedges & Pustejovsky, 2014; Shadish, Rindskopf & Hedges, 2008; Shadish, Zuur & Sullivan, 2014; Wilson, 2011).

Findalmente, a *revisão integrativa* é um modelo de revisão da literatura que tem os mesmos objetivos da revisão sistemática (identificar, avaliar e sintetizar evidências oriundas de pesquisas individuais), mas é menos rigorosa no que se refere aos delineamentos empregados, abrangendo pesquisas experimentais (e.g., ensaios clínicos randomizados e experimentos de caso único) e não experimentais (e.g., estudos de caso qualitativos e até trabalhos teóricos). Além disso, a revisão integrativa também é menos rigorosa quanto à avaliação crítica da qualidade metodológica, incluindo na análise todos os estudos que foram encontrados e abrindo mão dessa tarefa a depender dos tipos de dados analisados. Em razão dessas características, a revisão integrativa é o método mais apropriado para analisar as evidências empíricas de determinada intervenção quando a quantidade e/ou a qualidade dos estudos não permitem a execução de uma revisão sistemática. Ao mesmo tempo, tais características impõem limitações na confiabilidade da revisão integrativa, uma vez que não foram desenvolvidos protocolos que orientem como devem ser agrupados os dados produzidos por diferentes métodos de pesquisa ou qual peso deve ser atribuído a eles a depender do tipo de delineamento empregado e de sua qualidade metodológica (Beyea & Nicoll, 1998; Mendes, Silveira & Galvão, 2008; Russell, 2005; Souza, Silva & Carvalho, 2010; Torraco, 2005; Whittemore & Knafl, 2005). Um exemplo desse tipo de revisão é o trabalho de Cisler e Koster (2010), que apresenta uma síntese de estudos teóricos e empíricos sobre o conceito de viés atencional.

Em suma, a revisão de literatura, ao sumarizar diferentes estudos individuais com resultados semelhantes ou contraditórios, permite que o terapeuta assimile em pouco tempo e com pouco esforço uma enorme quantidade de pesquisas e, assim, compreenda os efeitos de determinada modalidade de intervenção psicoterápica. Em vista disso, é possível concluir que a revisão de literatura – em especial a revisão sistemática com meta análise e, em menor grau, a revisão integrativa – é um método de pesquisa essencial para a PBEP.

1.2.5. Algumas Considerações sobre os Delineamentos de Pesquisa

Em um debate sobre os pontos fortes e fracos dos diferentes métodos de produção de evidências em psicoterapia (Stiles et al., 2006), pesquisadores compartilham da opinião de que

o progresso da pesquisa clínica requer múltiplas perspectivas metodológicas e apontam dois motivos que justificam a integração de ensaios clínicos randomizados, experimentos de caso único e estudos de caso qualitativos. Em primeiro lugar, o grau de confiança em um dado empírico é maior quando métodos diferentes produzem resultados semelhantes. Em segundo lugar, o uso de métodos com características distintas entre si pode maximizar a quantidade e a variabilidade das descobertas.

Há consenso, também, de que os estudos de caso qualitativos são úteis para a inovação clínica, constituindo um primeiro passo na identificação e descrição de procedimentos potencialmente eficazes. Nesse sentido, dados oriundos de estudos qualitativos podem servir como ponto de partida para o levantamento de hipóteses causais que serão verificadas em pesquisas experimentais. Além disso, quando já existem dados experimentais que comprovam a eficácia de determinados pacotes de tratamento, os estudos de casos servir como uma ferramenta importante para a individualização dos procedimentos a depender das idiossincrasias de cada cliente e para indicar a investigação dos mecanismos de mudança no contexto da pesquisa de processo (ver adiante). Todavia, embora a metodologia qualitativa permita compreender a vivência subjetiva do cliente em sua complexidade, o estudo de caso é um método deficiente para a produção de evidências porque carece das duas características centrais da pesquisa científica – validade interna e validade externa. Conforme explicitado anteriormente, tal limitação pode ser parcialmente superada aderindo os critérios de Kazdin (1981) e da política editorial de *Psychotherapy*, mas não suprem a necessidade de experimentação.

A pesquisa experimental é vital por ser a única forma possível de atingir o objetivo final da pesquisa em psicoterapia, que é a especificação de relações de causa e efeito –em outras palavras, provar que determinada terapêutica gera melhoras em certo quadro clínico. Dessa forma, tanto os ensaios clínicos randomizados quanto os experimentos de caso único podem ser considerados padrão-ouro para a produção de evidências. Vale observar que, no debate supracitado (Stiles et al., 2006), Steven D. Hollon, um ferrenho defensor do ensaio clínico randomizado, afirma “eu os considero [experimentos de caso único] como o equivalente lógico dos ensaios clínicos randomizados e reconheço que eles conferem algumas vantagens práticas sobre os delineamentos com grupos grandes” (p. 117). Enquanto que os ensaios clínicos randomizados têm como grande vantagem o estabelecimento de relações causais em grupos representativos de uma população, os experimentos de caso único têm, a um só tempo, o rigor experimental de um ensaio clínico randomizado e a perscruta de um estudo de caso, embora ao custo de pouca representatividade. Enfim, ambos os métodos são relevantes para a produção de

evidências empíricas em psicoterapia porque permitem testar com alguma exatidão os efeitos de uma intervenção.

Com base na apresentação acima, é possível imaginar que o desenvolvimento de procedimentos terapêuticos eficazes obedeceria a uma sequência de estágios¹⁴. Inicialmente, uma nova terapêutica seria concebida a partir de observações clínicas, pesquisa básica ou raciocínio teórico e, então, investigada de modo exploratório em estudos de caso. Posteriormente, tal procedimento seria testado com mais precisão em experimentos de caso único, o que indicaria se há ou não necessidade de pesquisá-lo com um grande número de pessoas em um ensaio clínico randomizado. O próximo passo seria avaliar se as intervenções que se mostraram eficazes (i.e., que apresentaram resultados positivos em condições controladas de laboratório) são, de fato, efetivas (i.e., produzem resultados positivos no contexto real da prestação de serviços), o que é chamado de *pesquisa de efetividade*.

Finalmente, uma vez que determinada terapêutica teve sua eficácia comprovada em estudos experimentais, faz-se necessário avançar para a identificação dos mecanismos de mudança que explicam porque ela funciona ou como ela produz melhora, o que é viabilizado pela pesquisa de processo (cf. Greenberg & Watson, 2006; Kazdin, 2001, 2005, 2007, 2009). Dito de outra forma, ensaios clínicos randomizados e experimentos de caso único podem estabelecer com precisão a relação causal entre uma intervenção e a mudança do quadro clínico, mas não explica o *porquê* dessa relação. Por exemplo, depois que diversos estudos demonstraram que a dessensibilização sistemática é eficaz para curar fobias específicas, pesquisadores desmantelaram esse procedimento em pesquisas de processo e concluíram que o mecanismo comportamental responsável pelos seus efeitos era a extinção respondente, e não o contracondicionamento por inibição recíproca, como originalmente proposto (Marks, 1975). Para muitos autores (e.g., Greenberg & Watson, 2006; Kazdin, 2001, 2005, 2007, 2009), conhecer os mecanismos de mudança é o melhor investimento de longo prazo para a PBEP, por duas razões: (1) os diversos tipos de terapia seriam melhor organizados caso fosse constatado que atuam por meio dos mesmos processos e (2) otimizaria a qualidade da intervenção, pois apenas procedimentos críticos seriam utilizados. Vale notar que essas duas razões tornam-se ainda mais importantes quando se leva em consideração que as diferentes modalidades de psicoterapia geralmente são constituídas de um pacote de tratamento que abrange uma miríade de técnicas. Entretanto, apesar de sua extrema relevância para a PBEP, muito pouco é sabido

¹⁴ Para uma análise detalhada sobre os passos de desenvolvimento de uma modalidade de terapia, ver Areán e Kraemer (2013), Onken, Blaine e Battjes (1997) e Rounsaville, Carroll e Onken (2001).

atualmente sobre os mecanismos de mudança subjacentes às terapêuticas com eficácia comprovada, o que coloca a pesquisa de processo no centro das atenções no cenário atual (Kazdin, 2009).

1.3. Medidas de Resultado na Pesquisa em Psicoterapia

Na perspectiva da PBEP, a mera percepção do terapeuta acerca das eventuais mudanças ocorridas nos comportamentos, pensamentos e sentimentos do cliente não é suficiente para determinar a eficácia de uma intervenção psicoterápica. Para isso, faz-se necessário algum tipo de medida que represente o estado do cliente antes e depois do processo terapêutico, tanto no âmbito da pesquisa quanto no da prestação de serviços (Ogles, Lambert & Fields, 2002).

As primeiras tentativas de avaliar os resultados da psicoterapia provieram de registros assistemáticos do próprio terapeuta. Por exemplo, Bergin e Lambert (1978) analisaram anotações de sessões de psicanálise da década de 1920 do Instituto Psicanalítico de Berlim e classificaram o desfecho dos clientes como *curado*, *muita melhora*, *pouca melhora* e *não curado*. Mais tarde, a avaliação de resultados passou a ocorrer por meio de instrumentos fundamentados nas abordagens psicodinâmicas, como o Rorschach e o Teste de Apercepção Temática. Com o passar do tempo, os pesquisadores gradualmente abandonaram os testes psicodinâmicos e desenvolveram métodos mais objetivos para avaliar resultados, entre os quais obtiveram destaque os questionários padronizados de autorrelato (Ogles, 2013).

Em geral, os instrumentos padronizados contemplam determinadas características psicológicas e as simbolizam em uma pontuação, que representa o estado atual de um indivíduo. Em psicometria, o fenômeno em investigação é chamado de *constructo* (e.g., fobia) e os comportamentos, pensamentos e sentimentos correlacionados a ele são chamados de *indicadores* (e.g., autorrelato de medo do estímulo fóbico, respostas de fuga e esquiva do estímulo fóbico, ativação do sistema nervoso simpático na presença do estímulo fóbico, etc.).

Alguns autores (cf. Michell, 2005) argumentam que instrumentos psicométricos não seriam capazes de retratar adequadamente as características psicológicas humanas em sua complexidade. Contudo, a maioria dos pesquisadores defende o uso de tais ferramentas, apontando que a quantificação permite acompanhar de forma objetiva o progresso do cliente, comparar o funcionamento de um indivíduo com o de uma amostra normativa e agregar dados de diferentes pesquisas, de modo que seja possível concluir se determinada intervenção é ou não benéfica. Ao mesmo tempo, tais pesquisadores reconhecem que, ao quantificar comportamentos, pensamentos e sentimentos, obtém-se apenas uma representação limitada da

realidade (Barker, Pistrang & Elliott, 2002; Ogles, 2013; Ogles, Lambert & Fields, 2002). Como explica Starling (2010):

Medir um fenômeno não é esgotar as possibilidades de conhecê-lo nos números que se obtém; medir um fenômeno é uma forma de obter *um tipo* de conhecimento sobre ele, que permite alguns tipos de ação que não são possíveis sem medidas. Este tipo de conhecimento é parte necessária daquilo que se chama ciência. (p. 10)

A construção de um instrumento de avaliação psicológica deve atender a diversas normas de controle de qualidade, descritas em detalhes no *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council of Measurement in Education, 1999), como apresentar *validade* (o instrumento mede com precisão o que ele pretende medir), *confiabilidade* (o instrumento obtém os resultados semelhantes sob as mesmas condições ao longo do tempo), *sensibilidade à mudança* (o instrumento capta as mudanças ocorridas no constructo ao longo do tempo) e *utilidade clínica* (o instrumento é fácil e rápido de administrar, pontuar e interpretar e tem evidências de validade, confiabilidade e sensibilidade à mudança) (Ogles, 2013).

Diversas modalidades de mensuração de resultado podem ser utilizadas na pesquisa em psicoterapia: questionários padronizados de autorrelato, instrumentos individualizados de autorrelato, relatos de terceiros, medidas comportamentais e medidas de eventos fisiológicos. A seguir, tais modalidades serão brevemente descritas, levando-se em consideração as vantagens e desvantagens de cada uma delas.

Os questionários de autorrelato são instrumentos nos quais o cliente responde a um conjunto de questões formuladas com o intuito de obter uma amostra do seu funcionamento psicológico. Essas questões podem abordar comportamentos, sentimentos e pensamentos associados a um determinado transtorno (e.g., Inventário de Depressão de Beck; Beck, Steer & Brown, 2012), ao funcionamento geral do indivíduo (e.g., Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade; Hathaway & Mckinley, 1971) e a aspectos globais de sofrimento psicológico e qualidade de vida (e.g., Outcome Questionnaire; Lambert et al., 1996). A grande variedade de instrumentos padronizados e a enorme quantidade de características que podem ser avaliadas por eles tornam o autorrelato por meio de inventários, questionários e escalas a ferramenta mais comum de mensuração de resultados na pesquisa em psicoterapia. Entre as dezenas de instrumentos frequentemente utilizados atualmente, destacam-se o Inventário de Depressão de Beck (Beck, Steer & Brown, 2012), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Biaggio & Natalício, 1979), o Fear Questionnaire (Marks & Mathews, 1978), o Inventário Multifásico

Minnesota de Personalidade (Hathaway & Mckinley, 1971), a Escala de Avaliação de Sintomas (Laloni, 2001), o Outcome Questionnaire (Lambert et al., 1996) e o Clinical Outcomes in Routine Evaluation System (Evans et al., 2000). As principais vantagens dos instrumentos de autorrelato são: (1) o cliente, que está em uma posição única para falar de si mesmo, pode expor diretamente seus próprios comportamentos, pensamentos e sentimentos; (2) a administração é simples e rápida (a aplicação de muitos dos instrumentos padronizados não demora mais do que 10 ou 15 minutos). A grande desvantagem do autorrelato refere-se aos possíveis vieses do cliente, que podem ocorrer por diversas razões: (1) ele pode alterar a veracidade das suas respostas devido às próprias motivações e interesses ou simplesmente por se sentir avaliado; (2) ele pode carecer do autoconhecimento necessário para descrever a si mesmo; (3) ele pode responder de forma politicamente correta, ocultando os aspectos que costumam ser socialmente condenados; (4) ele pode exagerar a gravidade de seus problemas com o intuito de conseguir o tratamento, acarretando em uma falsa medida de melhora quando o mesmo instrumento é aplicado após a intervenção (Kazdin, 1992; McLeod, 2003; Ogles, 2013; Ogles, Lambert & Fields, 2002).

Além dos instrumentos padronizados descritos acima, existem algumas medidas de autorrelato individualizadas para cada cliente, como a Goal Attainment Scaling (Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994), nos quais terapeuta e cliente especificam os objetivos da terapia e selecionam os indicadores de melhora e piora para cada um deles, mantendo registros semanais. Embora dificultem o agrupamento de dados oriundos de diferentes pesquisas e impeçam a comparação do cliente com uma amostra normativa, as medidas individualizadas têm a vantagem de se adequar com exatidão às queixas de cada cliente (Ogles, 2013).

Outra forma de avaliação dos resultados da psicoterapia é o relato verbal de terceiros, que podem ser pessoas que convivem com o cliente (esposa, pai/mãe, filhos, colegas de trabalho, amigos) ou profissionais da saúde (acompanhante terapêutico, enfermeira, terapeuta ocupacional, médico). As principais vantagens dessa modalidade de mensuração são: (1) obtenção de dados acerca de mudanças clinicamente significativas nos comportamentos do cliente em diferentes contextos, o que contribui para a atenuação dos vieses implícitos no autorrelato; (2) avaliação de características psicológicas diferentes (i.e., flexibilidade); (3) avaliação de indivíduos com queixas das mais diversas (i.e., abrangência). Entre as desvantagens, destacam-se: (1) a motivação ou o interesse do terceiro pela melhora do cliente pode introduzir vieses na avaliação; (2) o terceiro pode não ter um bom repertório de observação ou ter pouca informação sobre o cliente; (3) as medidas globais podem ser muito genéricas (e.g.,

“quão ansioso está o cliente?”) e não serem sensíveis o suficiente para captar mudanças (Kazdin, 1992, 1999; McLeod, 2003).

Uma terceira modalidade de avaliação dos resultados da psicoterapia diz respeito às medidas comportamentais, na qual o foco está naquilo que o indivíduo faz e não no que ele relata fazer. A observação de amostras do comportamento do cliente pode ocorrer em situações cotidianas reais (em casa, na escola, no ambiente de trabalho, etc.) ou em situações especialmente planejadas para evocar os comportamentos-alvo. As medidas comportamentais podem ser diretas (e.g., tempo dedicado à feitura de lições de casa) e indiretas (e.g., notas no boletim escolar). Algumas medidas comportamentais comumente utilizadas na pesquisa em psicoterapia são verbalizações delirantes, crises de ansiedade, autolesão, compulsões, quantidade de cigarros fumados, episódios de agressividade, habilidades sociais, tiques, hiperatividade, entre outras. As principais vantagens das medidas comportamentais são: (1) obter uma estimativa mais concreta e sensível da mudança do cliente do que aquela representada pela pontuação em uma escala de autorrelato; (2) possibilidade de elaborar medidas individualizadas que sejam condizentes com a problemática de cada cliente. Algumas desvantagens são: (1) as amostras de comportamento observadas podem não ser verdadeiramente representativas do funcionamento do indivíduo, seja por causa da influência que o contexto de avaliação exerce sobre seu comportamento ou porque a avaliação ocorreu em um horário em que tal comportamento é incomum; (2) os comportamentos emitidos nas situações artificiais planejadas para observação podem diferir do padrão comportamental cotidiano porque o ambiente pode carecer das condições que tornam aquele comportamento mais ou menos provável (Kazdin, 1992; McLeod, 2003).

Além das medidas de relato verbal e das medidas comportamentais, uma forma de mensuração de resultado que vem sendo cada vez mais utilizada na pesquisa em psicoterapia é a mensuração de eventos fisiológicos, tais como batimentos cardíacos, pressão arterial, volume sanguíneo, tensão muscular, respiração, condutividade da pele, hormônios e imagens cerebrais. Em alguns casos, o funcionamento fisiológico pode ser a melhor e mais direta medida do problema clínico em investigação (e.g., nível de cortisol em clientes com queixa de estresse). A principal vantagem das medidas fisiológicas é a impossibilidade de adulteração dos dados por parte do cliente (para responder de forma politicamente correta, para conseguir algo que lhe interessa, por estar sendo avaliado, etc.). A principal desvantagem dessa modalidade de mensuração está no custo e pouca praticidade do maquinário necessário para realizar os registros (Kazdin, 1992; Ogles, 2013).

A existência de tamanha variedade de modalidades de mensuração de resultado e de diferentes tipos de instrumentos torna bastante difícil a escolha por uma delas. Tendo como objetivo identificar os tipos de medidas de resultado comumente utilizados, diversos autores conduziram revisões da literatura de pesquisa em psicoterapia. Lambert, Christensen e DeJulio (1983) analisaram 216 trabalhos publicados no *Journal of Consulting and Clinical Psychology* e descobriram que o tipo de medida de resultado mais comum era o autorrelato, que foi o único método utilizado em um terço dos trabalhos. No total, 254 modalidades diferentes de autorrelato foram empregadas, sendo o Inventário de Ansiedade Traço-Estado o mais frequente. Além disso, os autores identificaram que 75% das pesquisas utilizaram entre duas e sete medidas diferentes, mas, na maioria dos casos, estas eram oriundas de uma única fonte – o relato do cliente.

De modo semelhante, Froyd, Lambert e Froyd (1996) revisaram 334 estudos publicados em 21 periódicos. No total, 1.430 tipos de medida de resultado foram utilizados; destas, 278 eram medidas não padronizadas que nunca haviam passado por testes de confiabilidade ou validade. Os instrumentos mais utilizados foram o Inventário de Depressão de Beck, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado, a Escala de Depressão de Hamilton, o Checklist de Sintomas, o Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade e a Escala de Ajustamento Conjugal de Locke e Wallace, além de duas medidas fisiológicas – pressão arterial e frequência cardíaca.

A grande variedade de medidas de resultado empregadas na pesquisa em psicoterapia pode ser ainda melhor explicitada pelo trabalho de Ogles, Lambert, Weight e Payne (1990), no qual foram revisadas somente pesquisas de resultado de tratamentos para agorafobia. No total, 98 tipos diferentes de medidas de resultado foram utilizados em 106 estudos, que variaram entre medidas não padronizadas criadas apenas para uma determinada pesquisa até escalas padronizadas bem conhecidas.

As dificuldades geradas pela elevada quantidade de medidas existentes se agravam em face das evidências de que a estimativa do grau de melhora produzido pela psicoterapia pode variar a depender do instrumento utilizado. Por exemplo, no estudo de Lambert, Hatch, Kingston e Edwards (1986), o tamanho de efeito de um tratamento para depressão foi maior quando avaliado pela Escala de Depressão de Hamilton do que pelo Inventário de Depressão de Beck ou pela Escala de Auto-Avaliação de Depressão de Zung.

Em razão da caótica diversidade de instrumentos existentes e das evidências de que diferentes medidas produzem diferentes resultados, diversos autores (e.g., Horowitz, Lambert & Strupp, 1997; Lambert, Christensen & DeJulio, 1983; Waskow & Parloff, 1975) advogam a

criação de uma bateria unificada de medidas de resultado padronizadas, cujo objetivo é tornar possível a comparação dos resultados de diferentes pesquisas, o que é especialmente importante para a elaboração de revisões de literatura com ou sem meta-análise. Apesar de sua importância, o desenvolvimento de uma bateria unificada ainda não ocorreu (Ogles, 2013). Nesse contexto, alguns instrumentos têm sido utilizados pelos pesquisadores com uma frequência cada vez maior, como é o caso do Outcome Questionnaire (Lambert et al., 1996).

Em suma, o estado da arte da mensuração de resultados em psicoterapia é caracterizado por: (1) uma enorme variedade de instrumentos e falta de consenso sobre o uso de instrumentos de mensuração que impossibilitam uma melhor organização e progresso da área (um exemplo disso é o uso de quase 100 tipos de medidas de resultado para um problema clínico circunscrito – agorafobia); (2) inclusão de múltiplas medidas com o intuito de garantir a fidedignidade dos dados obtidos, mas que ainda é limitada por frequentemente provir de uma única fonte – o autorrelato do cliente; (3) desenvolvimento contínuo de novas medidas por parte dos pesquisadores, especialmente para os casos em que não há um instrumento padronizado; (4) uso cada vez mais frequente do mesmo instrumento para determinados problemas clínicos, o que facilita agregar e comparar pesquisas; (5) tentativas malsucedidas de desenvolver uma bateria unificada de medidas de resultado. Apesar desses limites, o uso de algum tipo de medida de resultado é essencial na PBEP, uma vez que qualquer tentativa de comprovar a eficácia de uma intervenção psicológica depende fortemente de alguma ferramenta capaz de avaliar a mudança ocorrida nos comportamentos, pensamentos e sentimentos do cliente. Afinal, a observação do efeito de determinada variável independente requer uma variável dependente.

Por fim, é importante observar que a mensuração objetiva de resultados é essencial para o cálculo da *significância clínica*¹⁵, que se refere ao grau de relevância do resultado obtido em uma terapia, isto é, se as mudanças produzidas pela intervenção têm um impacto genuíno, prático e palpável sobre o funcionamento do cliente em sua vida cotidiana (Kazdin, 1999). Segundo Jacobson e Truax (1991), a significância clínica permite avaliar a extensão na qual a terapia move alguém para fora da população disfuncional ou para dentro da população funcional, ou, em outros termos, se a intervenção é eficaz o suficiente para fazer com que o cliente deixe de preencher os critérios diagnósticos para determinado transtorno psiquiátrico. Em vista disso, o cálculo da significância clínica (que tem como pré-requisito a coleta de dados objetivos) é uma ferramenta fundamental na PBEP, tanto para o profissional que tem por objetivo resolver o problema clínico de seus clientes de modo eficiente, quanto para o

¹⁵ Para instruções passo a passo de como calcular significância clínica, ver Aguiar, Aguiar e Del Prette (2009).

pesquisador que pretende desenvolver procedimentos clinicamente relevantes (Del Prette & Del Prette, 2008).

1.4. Prática Baseada em Evidências em Psicologia: Considerações Finais

O presente capítulo teve como objetivo descrever os constantes esforços de preencher a lacuna entre ciência e prática ainda existente na psicologia clínica que vêm ocorrendo há mais de 60 anos e que, atualmente, se organizam em torno do paradigma de PBEP. Para cumprí-lo, o texto tomou como ponto de partida a invalidação da utilidade da psicoterapia por Eysenck na década de 1950 e traçou a história da busca pela demonstração empírica de sua eficácia, explicitando o embate entre as diferentes forças-tarefa e o esforço da APA em elaborar um modelo representativo das diversas perspectivas teóricas, metodológicas e práticas, que, conforme visto, não é isento de problemas. Além disso, este capítulo examinou os métodos de pesquisa e os tipos de mensuração de resultado que são comumente empregados para produzir evidências em psicoterapia, considerando suas respectivas vantagens e desvantagens. Espera-se que, com isso, este capítulo tenha proporcionado um panorama geral da PBEP.

2. A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO CLÍNICA

A *análise do comportamento clínica* (*clinical behavior analysis*, no original) e a *terapia analítico-comportamental*¹⁶ são definidas como modalidades de psicoterapia fundamentadas na filosofia do behaviorismo radical e nas bases conceituais, metodológicas e empíricas da análise do comportamento (Guinther & Dougher, 2013; Kohlenberg, Tsai & Dougher, 1993; Meyer et al., 2010; Tourinho & Cavalcante, 2001). Tendo em vista que o foco desta tese recai sobre a produção de evidências sobre análise do comportamento clínica, faz-se necessário compreender as idiossincrasias dessa forma de intervenção. Em vista disso, esta seção apresenta os fundamentos da análise do comportamento, descreve brevemente a história de desenvolvimento das terapias comportamentais e caracteriza essas terapias.

2.1. Fundamentos Filosóficos e Teórico-Conceituais da Análise do Comportamento¹⁷

A análise do comportamento é uma ciência básica e aplicada que, orientada pelos pressupostos filosóficos do behaviorismo radical, tem por objetivo explicar, prever, controlar e interpretar o comportamento humano (Skinner, 1974/1976). Em geral, a expressão *análise do comportamento* é utilizada para referir o campo geral da psicologia comportamental, dividido didaticamente em três subáreas indissociáveis: (1) o behaviorismo radical, uma filosofia voltada ao caráter epistemológico, histórico e metacientífico da ciência do comportamento; (2) a análise experimental do comportamento, uma ciência básica encarregada de produzir e validar dados empíricos sobre a natureza dos processos comportamentais; (3) a análise do comportamento aplicada, uma ciência que tem por objetivo aplicar princípios comportamentais para produzir conhecimento novo acerca de problemas socialmente relevantes e, também, uma prestação de serviços na qual o profissional visa auxiliar seu cliente a resolver problemas geralmente atribuídos à psicologia enquanto profissão (Carvalho Neto, 2002; Tourinho & Sérgio, 2010).

De acordo com Skinner (1963/1969b, 1974/1976), a análise do comportamento é uma ciência natural, mais especificamente um ramo da biologia. Como tal, ela busca, via pesquisa experimental, por relações ordenadas, uniformes e fidedignas entre os eventos da natureza, o que culmina na possibilidade de previsão e controle de seu objeto de estudo – o comportamento humano. Além disso, a análise do comportamento visa descrever os fenômenos de forma

¹⁶ As expressões *análise do comportamento clínica* e *terapia analítico-comportamental* não são exatamente sinônimas. A relação entre elas será discutida mais adiante.

¹⁷ Para exposições detalhadas sobre a filosofia behaviorista radical, ver Baum (2005), Carrara (2005), Chiesa (1994) e Moore (2008).

rigorosamente precisa e com o menor grau possível de inferência, empregando uma quantidade mínima de termos para representar um grande número de fatos sobre a dinâmica de funcionamento do comportamento. Uma vez estabelecidos em um rigoroso programa de pesquisas empíricas, os princípios teórico-conceituais permitem a interpretação de aspectos do comportamento humano que não podem ser submetidos a uma análise experimental, seja por limites metodológicos ou éticos. De acordo com Donahoe (1993), o que diferencia a interpretação do analista do comportamento de mera especulação é seu embasamento em princípios empiricamente validados por meio de uma ciência básica rigorosa, o que torna a interpretação analítico-comportamental uma ferramenta poderosa para o entendimento de comportamentos humanos complexos. Nas palavras de Skinner (1974/1976): “obviamente, nós não podemos prever ou controlar o comportamento humano cotidiano com a precisão obtida no laboratório, mas podemos, no entanto, utilizar os resultados do laboratório para interpretar outros comportamentos” (p. 251).

Como qualquer ciência natural, a análise do comportamento sustenta que o homem e o mundo são constituídos por uma única natureza, caracterizando-se como um monismo materialista. Assim, os chamados “fenômenos mentais” (sensações, emoções, cognições, pensamentos, sonhos, etc.) não são vistos como eventos constituídos por uma natureza especial, mas como relações comportamentais que são diferentes apenas porque parte delas ocorre de forma encoberta, isto é, sob a pele do indivíduo (cf. Tourinho, 2006, 2009). Como explica Sérgio (2005), nenhum fenômeno humano é retirado do âmbito de estudo da psicologia, cabendo à análise do comportamento investigá-los em sua totalidade e complexidade.

Nessa perspectiva filosófica, o comportamento é concebido como um objeto de estudo legítimo em si mesmo e não como mera manifestação de estruturas internas subjacentes. Isto quer dizer que a análise do comportamento rejeita a postulação de causas internas na explicação do comportamento, sejam essas causas imputadas a mente, psique, personalidade, estruturas cognitivas ou, ainda, ao funcionamento do sistema nervoso central¹⁸ (Skinner, 1953/1965, 1969d). Para Skinner (1953/1965), a inferência de constructos hipotéticos na explicação do

¹⁸ Para uma análise detalhada sobre a participação de eventos biológicos na explicação do comportamento segundo a ótica behaviorista radical, ver Morris, Lazo e Smith (2004) e Reese (1996a, 1996b). Em síntese, Skinner (e.g. 1938/1991, 1953/1965, 1974/1976, 1990) argumenta que a análise do comportamento é uma disciplina independente da fisiologia e que eventuais descobertas sobre o funcionamento do sistema nervoso não invalidariam a proposta e a pertinência de uma ciência que tem por objeto de estudo o comportamento em si mesmo. O autor afirma ainda que, embora as explicações fisiológicas não possam substituir as explicações comportamentais, elas podem complementar o conhecimento sobre o comportamento, uma vez que explicam como um organismo é modificado quando é exposto a contingências de reforçamento e porque ele se comporta de maneira diferente num momento muito posterior.

comportamento é uma ficção explicativa que obscurece as variáveis ambientais das quais o comportamento é função.

Em oposição ao internalismo, Skinner elabora, com base na teoria da evolução por seleção natural de Charles Darwin, um modelo de causalidade selecionista que substitui explicações baseadas em agentes iniciadores autônomos e explicações que apelam para um propósito ou intenção como causas finais (Sampaio & Andery, 2012). Sob a ótica Darwinista (cf. Meyer & El-Hani, 2005), a formação e a transformação das diferentes espécies envolvem dois processos básicos: variação aleatória dentro de populações e a seleção ambiental de algumas dessas variações. Baseado nesse paradigma, Skinner (1981) formula três níveis de determinação do comportamento humano – filogênese, ontogênese¹⁹ e cultura.

A filogênese refere-se a variação e seleção genéticas, produto de milhões de anos de evolução. Neste nível, foram selecionadas aquelas características que todos os organismos de uma determinada espécie compartilham, tais como a estrutura anatomofisiológica, os mecanismos motivacionais e a sensibilidade a estímulos, o que possibilita diferentes processos de aprendizagem. Além disso, a filogênese também é responsável pelo surgimento e evolução de comportamentos inatos, como os reflexos incondicionados, tropismos, cineses, tatismos e padrões fixos de ação (Moore, 2008).

A ontogênese é o processo pelo qual cada indivíduo adquire um repertório comportamental único ao longo de sua história de vida, tanto por condicionamento respondente, em que novas relações comportamentais são estabelecidas mediante pareamentos de um evento neutro com um estímulo eliciador, quanto por condicionamento operante, no qual novos comportamentos são aprendidos e aprimorados por meio da seleção ambiental de variações nas respostas emitidas pelo indivíduo (Moore, 2008). Enquanto que a consequência selecionadora na filogênese é o potencial de sobrevivência e reprodução do organismo, a consequência selecionadora na ontogênese é qualquer evento do ambiente que aumente a probabilidade futura do responder em questão (i.e., reforçamento).

A cultura diz respeito às contingências de reforçamento mantidas por um grupo. Neste nível, embora o processo de variação e seleção tenha por base o indivíduo, é o efeito sobre o grupo, e não as consequências individuais para seus membros, que é responsável pela seleção dos comportamentos. O surgimento do comportamento verbal exerceu papel central no

¹⁹ O termo *ontogênese* é empregado por Skinner numa acepção distinta da original. Em biologia, ontogênese se refere ao desenvolvimento de qualquer organismo desde a fecundação até a maturidade para reprodução (Houaiss, 2001). Na análise do comportamento, ontogênese descreve a história de condicionamento, tanto respondente quanto operante, de um determinado indivíduo ao longo de toda a sua vida.

estabelecimento do terceiro nível de variação e seleção. Com ele, as relações indivíduo-ambiente deixaram de ser estritamente mecânicas e novas formas de aprendizagem tornaram-se possíveis, proporcionando o acúmulo de conhecimento e a constituição de repertórios relativos à subjetividade (Andery, 1997/2001).

Conforme descrito acima, o modelo de seleção por consequências explicita que as causas do comportamento humano são estabelecidas na relação indivíduo-ambiente. Entretanto, é fundamental observar que as mudanças ambientais produzidas pela ação de um indivíduo afetam apenas a probabilidade futura de seu responder, na medida em que fazem parte de um conjunto mais amplo de variáveis. Portanto, o comportamento humano é visto como um objeto de estudo complexo e multideterminado, de forma que a identificação de causas absolutas e invariáveis é impossível. Apesar das incertezas e imprevisibilidades na determinação do comportamento, oriundas de limites metodológicos e não da natureza do objeto de estudo, os analistas do comportamento persistem na busca por regularidades nas relações indivíduo-ambiente e na promoção de mudanças comportamentais relevantes por meio da manipulação de variáveis ambientais (Carvalho Neto, 2002; Laurenti, 2008).

O estudo científico do comportamento orientado pela filosofia behaviorista radical – monista, determinista, externalista e seletcionista – levou à descoberta de leis gerais do comportamento, organizadas em princípios teórico-conceituais cuja compreensão é essencial para a prática do analista do comportamento em qualquer âmbito profissional. Em vista disso, uma breve exposição desses princípios será oferecida a seguir²⁰.

O termo *comportamento* é definido como a relação entre um organismo e seu ambiente ou, mais especificamente, como a relação entre *respostas* e *estímulos*. Estímulos e respostas não são instâncias independentes, pois, embora seja possível identificar o que é estímulo e o que é resposta numa relação comportamental, ambos dependem um do outro para serem definidos. Essa concepção de comportamento inclui toda e qualquer interação do indivíduo com o ambiente, o que não imputa qualquer tipo de restrição metodológica aos temas resposta e estímulo (Sério, Micheletto & Andery, 2007).

Nessa perspectiva, *ambiente* refere-se ao contexto no qual o responder ocorre e à situação que passa a existir após esse responder, isto é, refere-se aos estímulos que antecedem a resposta e aos estímulos subsequentes a ela. Um estímulo, portanto, é todo e qualquer elemento do ambiente que exerce algum controle sobre o responder. O ambiente compreende

²⁰ Para tratamentos exaustivos sobre os princípios teórico-conceituais da análise do comportamento, ver Catania (2007), Ferster e Culberston (1982), Keller e Schoenfeld (1950/1995), Michael (2004), Millenson e Leslie (1979) e Pierce e Cheney (2008).

estímulos públicos (eventos ambientais acessíveis a dois ou mais observadores) e estímulos privados (eventos ambientais que são diretamente acessíveis apenas ao indivíduo afetado por eles). Por sua vez, o termo resposta diz respeito às atividades do organismo, que envolvem respostas abertas (ações que podem ser observadas por dois ou mais indivíduos) e respostas encobertas (ações às quais apenas o próprio indivíduo tem acesso), além de respostas verbais e não verbais (Sério, Micheletto & Andery, 2007).

Com base na definição de comportamento como relação indivíduo-ambiente, Skinner (1938/1991) distingue dois tipos de comportamento: o *comportamento respondente* e o *comportamento operante*. O comportamento respondente é uma relação em que um determinado estímulo gera uma resposta específica (i.e., o evento ambiental antecedente elicia a ocorrência da resposta). Grosso modo, o paradigma respondente diz respeito a respostas fisiológicas selecionadas na história filogenética e são responsáveis pela adaptação do organismo a mudanças no ambiente que, a depender da história ontogenética do indivíduo, podem passar a ser eliciadas por novos estímulos. Embora as relações respondentes representem apenas uma pequena parcela dos comportamentos do ser humano, o conhecimento sobre elas é imprescindível para a compreensão da origem e do tratamento de diversos fenômenos clínicos, como o uso de drogas (Leonardi & Nico, 2012).

O comportamento operante é uma relação na qual uma resposta de um indivíduo produz mudanças no ambiente que retroagem sobre ele e o modificam, alterando a probabilidade de emissão de respostas semelhantes no futuro. As consequências podem fortalecer ou enfraquecer a resposta que as produziu. Quando uma consequência aumenta a probabilidade de uma resposta, ela é chamada de *estímulo reforçador* e, quando diminui, é chamada de *estímulo aversivo* ou *estímulo punitivo*²¹. Os processos de reforçamento e de

²¹ A compreensão acerca dos mecanismos responsáveis pela redução do responder produzida pela punição é alvo de controvérsias na literatura da análise do comportamento, onde se observam duas posições teóricas contrastantes: a de Skinner (1953/1965) e a de Azrin e Holz (1966). Skinner defende que contingências de punição produzem apenas uma supressão temporária do responder e não eliminam a tendência do indivíduo a se comportar da maneira construída por meio de reforçamento positivo. Assim, a punição não seria um processo oposto ao reforçamento, isto é, não promoveria uma “des-seleção” do comportamento. Para Skinner, a supressão do comportamento observada na punição ocorreria em razão de uma interação entre respostas operantes e respondentes na qual a punição (1) elicia respostas incompatíveis ao comportamento punido, impedindo-o de ocorrer; (2) estabelece o próprio responder do indivíduo como fonte de estimulação aversiva, acarretando sentimentos incômodos; (3) leva o indivíduo a fazer qualquer coisa que reduza a estimulação aversiva originada pelo seu próprio comportamento. Nessa perspectiva, portanto, a punição não é concebida como um processo comportamental em si mesmo, sendo explicada por meio de reforçamento negativo e relações respondentes. Em discordância à posição de Skinner, Azrin e Holz defendem que a punição é um processo comportamental simetricamente oposto ao reforçamento, ou seja, que a punição altera a probabilidade de ocorrência do comportamento da mesma forma que o reforçamento, sendo que a diferença está apenas na direção da mudança: o reforçamento aumenta o responder e a punição diminui o responder.

punição podem ser tanto positivos quanto negativos, adjetivos que indicam meramente o acréscimo ou a retirada de algo no ambiente (Catania, 2007; Skinner, 1953/1965). O valor reforçador ou punitivo de uma consequência depende diretamente das *operações motivadoras* em vigor, eventos que modificam momentaneamente a efetividade da função reforçadora ou punitiva de certos estímulos e, ao mesmo tempo, evocam ou suprimem respostas que foram, no passado, seguidas por esses estímulos (Laraway, Snyckerski, Michael & Poling, 2003).

Além da relação entre o responder e suas consequências, o comportamento operante envolve a relação entre a resposta e os estímulos que estavam presentes na ocasião em que a resposta foi reforçada, processo denominado *discriminação de estímulos*. Para que seja estabelecida uma discriminação, é necessário que o indivíduo passe por uma história de reforçamento diferencial, na qual o responder é seguido de reforço quando emitido na presença de determinado estímulo e não é seguido de reforço quando emitido na presença de outros estímulos (ou é seguido de reforçadores de pior qualidade, em menor quantidade, com maior atraso, etc.). É fundamental notar que, neste caso, o estímulo antecedente não elicia a resposta (como faz o estímulo antecedente em uma relação respondente), mas apenas altera sua probabilidade de emissão ao estabelecer a ocasião na qual será reforçada (Sério, Andery, Gioia & Micheletto, 2004; Skinner, 1953/1965). Desse modo, forma-se a unidade de análise da análise do comportamento, conforme ilustra a Figura 3.

Embasada nesse corpo teórico, estabelecido em um longo e rigoroso programa de pesquisas, a análise do comportamento tem por objetivo a investigação empírica ou interpretativa dos determinantes funcionais do comportamento, respondente ou operante, que recebe o nome de *análise de contingências* ou de *análise funcional*. A análise de contingências é, portanto, “a identificação das relações de dependência entre as respostas de um organismo, o contexto em que ocorrem (condições antecedentes), seus efeitos no mundo (eventos consequentes) e as operações motivadoras em vigor” (Leonardi, Borges & Cassas, 2012, p. 105), o que pode e deve incluir as relações respondentes. É importante observar que uma análise de contingências dá atenção secundária às propriedades topográficas da resposta (forma, intensidade, duração, força, etc.), sobretudo porque respostas topograficamente similares podem produzir consequências diferentes e respostas topograficamente distintas podem produzir consequências iguais. Por isso, diz-se que diversas respostas compõem uma *classe de respostas* quando elas são função de uma mesma consequência. De mesmo modo, estímulos que produzem efeitos funcionalmente semelhantes sobre uma classe de respostas são classificados como membros de uma mesma *classe de estímulos* (Catania, 2007; Skinner, 1953/1965).

Em resumo, a análise do comportamento concebe o comportamento operante como a relação funcional entre respostas (atividades do indivíduo) e estímulos (variáveis ambientais) construída historicamente por meio de processos de variação e seleção nos níveis filogenético, ontogenético e cultural, o que é incompatível com concepções que veem o ser humano como um ser passivo que simplesmente responde às influências do meio e, também, com aquelas que o veem como um agente iniciador autônomo cujas ações não têm qualquer conexão com o que se passa no mundo à sua volta. Nessa perspectiva, portanto, a relação indivíduo-ambiente é determinada reciprocamente, uma vez que o comportamento produz aquilo que faz parte de seus determinantes (Micheletto & Sérgio, 1993).

O homem constrói o mundo a sua volta, agindo sobre ele e, ao fazê-lo, está também se construindo. Não se absolutiza nem o homem, nem o mundo; nenhum dos elementos da relação tem autonomia. Supera-se, com isto, a concepção de que os fenômenos tenham uma existência por si mesmo, e a noção de uma natureza, humana ou não, estática, já dada. A própria relação não é estática, não supõe meras adições ou subtrações, não supõe uma causalidade mecânica. A cada relação obtém-se, como produto, um ambiente e um homem diferentes. (Micheletto & Sérgio, 1993, p. 14)

Em razão do caráter individual, interacionista, processual e histórico do comportamento, analistas do comportamento (e.g., Johnston & Pennypacker, 2009; Sidman,

1960; Skinner, 1963/1969c) defendem veementemente o uso do delineamento experimental de caso único, na medida em que este permite visualizar as relações ordenadas entre classes de respostas e classes de estímulos na sequência em que ocorrem. Dito de outra forma, como nesse método de pesquisa um mesmo indivíduo é submetido a diversas condições onde seu desempenho serve como seu próprio controle, o experimento de caso único permite testemunhar o processo de construção, modificação e desaparecimento de comportamentos em tempo real (Velasco, Garcia-Mijares & Tomanari, 2010).

Nos últimos 80 anos, os princípios teórico-conceituais apresentados acima foram empregados na investigação empírica (em sua maioria com o delineamento experimental de caso único) e interpretativa de diversos fenômenos comportamentais, tais como escolher (Todorov & Hanna, 2005), lembrar (White, 2013), raciocinar (Fantino & Stolarz-Fantino, 2013), simbolizar (Sidman, 1994), resolver problemas (Luna & Marinotti, 2010), uso de substâncias (Leonardi & Bravin, 2011), motivação (Verneque, Moreira & Hanna, 2012), socialização (De-Farias, 2005), sentimentos/emoções (Rico, Golfeto & Hamasaki, 2012), linguagem (Andery, 2010), consciência e autoconhecimento (de Rose, Bezerra & Lazarin, 2012), e na análise de fenômenos clínicos como depressão (Nico & Leonardi, 2014) e ansiedade (Coêlho & Tourinho, 2008).

2.2 Desenvolvimento Histórico das Terapias Comportamentais

A criação do modelo comportamental de intervenção clínica seguiu a mesma estratégia que havia se mostrado bem-sucedida em outras ciências: extrapolar princípios validados empiricamente na pesquisa básica para a resolução de problemas aplicados. Assim, da mesma forma que a medicina se baseava em fisiologia e microbiologia e a engenharia em física e química, a tese defendida pelos pioneiros da terapia comportamental era a de que qualquer intervenção deveria partir do entendimento científico dos processos comportamentais básicos, o que representou uma forte oposição à psicologia clínica vigente na época (terapias psicanalíticas e humanistas em sua maioria) (O'Donohue, 1998).

Motivada pela preocupação com as bases empíricas da psicoterapia, a terapia comportamental teve como marco inicial a aplicação clínica dos princípios de condicionamento descobertos na pesquisa experimental com animais de laboratório, justificada pela noção de continuidade entre as espécies postulada por Darwin em sua teoria da seleção natural. Os programas de pesquisas desenvolvidos nunca tiveram como objetivo estudar comportamentos típicos daqueles espécimes, mas sim valer-se das condições controladas de laboratório para

formular leis gerais do comportamento²². Assumir a continuidade entre as espécies (e, portanto, entre processos fisiológicos, comportamentais, etc.) não implica acreditar que uma lei geral do comportamento, como o condicionamento respondente ou operante, é exatamente igual em todas as espécies ou, ainda, que ratos, pombos e seres humanos são semelhantes em todos os aspectos, mas implica, sim, afirmar que a capacidade de aprender com a experiência é algo básico para o funcionamento dos organismos. Ademais, descobrir quais características os seres humanos compartilham com outros animais favorece a identificação do que é, de fato, exclusivamente humano (Branch & Hackenberg, 1998).

No início do século XX, os fisiólogos russos Vladimir Bechterev e Ivan Pavlov investigavam experimentalmente o processo de condicionamento respondente em cães, e corroboravam a proposição que Ivan Sechenov havia feito no século anterior de que o conceito de reflexo e os métodos da fisiologia conferiam objetividade para o estudo da psicologia, outrora marcado pelo subjetivismo do método introspectivo. Nessa época, portanto, todo e qualquer comportamento – voluntário ou involuntário, inato ou aprendido, humano ou não – era explicado pelo conceito de reflexo. As primeiras tentativas de transposição do conhecimento acerca dos reflexos condicionados para a análise de fenômenos clínicos apareceram rapidamente (Kazdin, 1978).

Em 1920, em um experimento que ficou conhecido na história da psicologia como “o caso do Pequeno Albert”, Watson e Rayner demonstraram como a reação de medo pode ser criada por meio de condicionamento respondente. Albert, um bebê de 11 meses de vida, foi exposto inicialmente a uma série de animais e objetos (coelho, rato branco, cachorro, macaco, algodão, folhas de jornal em chamas, casaco de pele, entre outros), não demonstrando qualquer reação de medo frente a esses itens. Posteriormente, o rato branco foi colocado próximo a Albert e, toda vez que ele tentava tocá-lo, um som alto e estridente era produzido, ocasionando uma forte resposta de sobressalto e choro. No total, sete pareamentos entre esses estímulos (rato branco e som) foram realizados ao longo de aproximadamente duas semanas. Após um intervalo de cinco dias, Albert foi novamente exposto ao rato branco, agora sem a apresentação do ruído, e sua reação foi chorar, cobrir os olhos para não ver o animal e engatinhar para longe, comprovando o condicionamento de medo. Duas semanas depois, Albert foi exposto a

²² Essa mesma linha de raciocínio tem sido muito bem-sucedida na medicina: a *Royal Society of London for Improving Natural Knowledge*, a sociedade científica mais antiga do mundo, argumenta que “praticamente todas as conquistas médicas do século passado dependeram direta ou indiretamente da pesquisa com animais” (The Royal Society, 2004, p. 27).

estímulos com propriedades físicas em comum com o rato branco (e.g., coelho, casaco de pele), o que demonstrou generalização de sua reação emocional²³.

Poucos anos depois, Jones (1924a, 1924b), aluna de Watson à época, investigou o efeito isolado e combinado de sete procedimentos na diminuição da resposta de medo de crianças, a saber: (1) desuso (não exposição ao estímulo temido por semanas ou meses); (2) apelo verbal (relato de histórias prazerosas envolvendo o estímulo temido); (3) adaptação negativa (apresentação repetida ao estímulo temido); (4) repressão (ridicularização do medo); (5) distração (exposição ao estímulo temido enquanto se envolve em outras atividades); (6) condicionamento direto (pareamento entre o estímulo temido e um estímulo prazeroso); (7) imitação social (exposição ao estímulo temido em parceria com uma criança que não tem medo daquele estímulo). Entre eles, apenas o condicionamento direto e a imitação social foram eficazes, que tinham em comum a exposição gradual ao estímulo temido de acordo com o nível de tolerância apresentado pela criança. Os estudos de Jones foram o ponto de partida para o desenvolvimento da técnica de dessensibilização sistemática, o que lhe conferiu o título de “mãe da terapia comportamental” (Rutherford, 2010).

Os estudos de Watson, Rayner e Jones citados acima incentivaram a extensão dos princípios de condicionamento descobertos em laboratório para explicar e modificar o comportamento humano (Kazdin, 1978). Ao longo da primeira metade do século XX, tratamentos fundamentados no paradigma respondente foram elaborados para alcoolismo (Voegtlin, 1940), enurese (Mowrer & Mowrer, 1938), paralisia histérica (Sears & Cohen, 1933), dependência de morfina (Rubenstein, 1931), entre outros. Posteriormente, a aplicação do conhecimento sobre condicionamento respondente culminou no desenvolvimento das técnicas de exposição e de dessensibilização para o tratamento de ansiedade, introduzidas por Wolpe (1954, 1958) na África do Sul e por Eysenck (1960, 1964a) na Inglaterra.

Entre as décadas de 1930 e 1950, período em que procedimentos terapêuticos baseados no paradigma respondente estavam sendo desenvolvidos e utilizados, Skinner dedicava-se ao estudo do comportamento operante. Após realizar diversos experimentos com ratos e pombos, Skinner descobriu os processos comportamentais básicos descritos anteriormente (reforçamento, discriminação, etc.). Nas décadas seguintes, o estudo do condicionamento operante com animais de laboratório foi estendido de forma direta e sistemática para o

²³ Embora seja considerada a primeira demonstração experimental de como o medo pode ser aprendido por meio de condicionamento respondente, a pesquisa de Watson e Rayner (1920) apresenta diversos problemas metodológicos relativos aos procedimentos utilizados, testes de generalização, imprecisões na coleta de dados, etc., envolvendo, inclusive, relações operantes (para uma análise detalhada, ver Bisaccioni & Carvalho Neto, 2010).

comportamento humano. Nesse momento, os pesquisadores tinham como único objetivo avaliar se os processos básicos descobertos na pesquisa animal serviriam também para explicar e alterar o comportamento humano e, por conseguinte, tinham a caixa de Skinner como protótipo de observação, mensuração e intervenção. Sendo assim, a maior parte das primeiras investigações com seres humanos examinava a frequência de respostas de pressão à barra (Kazdin, 1978). Por exemplo, em 1953, Lindsley iniciou uma série de pesquisas sobre condicionamento operante tendo como participantes indivíduos “normais” e pacientes psicóticos residentes em um hospital psiquiátrico. Seguindo a mesma lógica da pesquisa animal, a instalação, manutenção e extinção de respostas de empurrar um êmbolo foram estudadas utilizando cigarros, doces ou dinheiro como estímulos reforçadores e luzes coloridas como estímulos discriminativos (e.g., Lindsley, 1956; Lindsley, Skinner & Solomon, 1953; Skinner, Solomon & Lindsley, 1954).

Ao longo das décadas de 1950 e 1960, diversas universidades e hospitais psiquiátricos tornaram-se centros de pesquisa do condicionamento operante, tais como Metropolitan State Hospital, Harvard University, University of Washington, Indiana University School of Medicine, entre outros. Distribuídos nessas instituições, pesquisadores como Azrin, Baer, Bijou, Ferster, Goldiamond, Lindsley, Lovaas, Staats e Skinner investigaram o efeito de diferentes condições de controle antecedente e consequente sobre diversas respostas operantes em crianças e adultos com e sem psicopatologias, comprovando que a explicação, previsão e controle do comportamento dos seres humanos eram muito similares aos observados em ratos e pombos. Esse foi o ponto de partida para o desenvolvimento de procedimentos de modificação de comportamentos com relevância clínica, conforme explica Kazdin (1978):

Embora esses relatos iniciais fossem principalmente de valor demonstrativo, as aplicações posteriores tornaram-se explicitamente terapêuticas. No fim da década de 1950 e começo da década de 1960, tentativas preliminares foram feitas para aplicar técnicas de condicionamento operante para produzir mudanças de comportamento em populações clínicas. Em meados da década de 1960, diversas aplicações foram descritas e, à medida que proliferaram, essas extensões do condicionamento operante e da análise experimental do comportamento foram reconhecidos formalmente como uma nova área de pesquisa: A Análise do Comportamento Aplicada. (p. 233-234)

A expressão *análise do comportamento aplicada* (do inglês, *applied behavior analysis*) é empregada para referir dois campos distintos de atuação do analista do comportamento: (1) a pesquisa aplicada, que consiste no uso dos princípios comportamentais básicos para produzir conhecimento sobre procedimentos de modificação de comportamentos humanos socialmente relevantes; (2) a prestação de serviços, que consiste na aplicação do

conhecimento científico oriundo das pesquisas experimental e aplicada com o intuito de prevenir e remediar problemas comportamentais humanos nas áreas da saúde mental, educação, trabalho, entre outras (Carvalho Neto, 2002; Tourinho & Sério, 2010).

Em um artigo publicado no primeiro volume do *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA), Baer, Wolf e Risley (1968) demarcaram os critérios que uma pesquisa aplicada em análise do comportamento deveria atender. São eles: (1) *aplicada*: os comportamentos envolvidos devem ser socialmente relevantes e a análise deve levar em consideração as mudanças a curto e longo prazos, tanto para o indivíduo quanto para o grupo social; (2) *comportamental*: a pesquisa deve estar comprometida com aquilo que o indivíduo faz e não apenas com o que ele relata fazer; portanto, o comportamento deve ser observado e medido em suas propriedades; (3) *analítica*: deve-se identificar as relações de dependência entre as respostas do indivíduo, os contextos em que ocorrem (eventos antecedentes) e seus efeitos no mundo (eventos consequentes), isto é, deve-se identificar as variáveis que controlam determinado responder; (4) *tecnológica*: a aplicação deve ser operacionalizada, implementada e descrita de forma clara e detalhada, permitindo que qualquer pesquisador da área consiga replicá-la; (5) *conceitual*: o procedimento de coleta e análise de dados devem estar embasados nos pressupostos filosóficos do behaviorismo radical e nos princípios teóricos e metodológicos da análise do comportamento; (6) *eficaz*: a aplicação deve alterar o comportamento para melhor, sendo que são os participantes da intervenção e os membros da sociedade que avaliam a mudança, e não o pesquisador; (7) *generalizável*: a mudança comportamental deve persistir ao longo do tempo e em diversos ambientes, além de se estender para outras respostas da mesma classe (a generalização não deve ser meramente esperada, mas sim planejada).

Um exemplo de pesquisa aplicada, ilustrativo do lugar intermediário que ela ocupa entre a pesquisa básica e a intervenção, é o estudo de Ayllon, Layman e Kandel (1975). Após registrarem a frequência de comportamentos hiperativos (correr, pular, gritar, sacudir objetos, virar excessivamente as folhas do caderno, destruir objetos, movimentar-se em excesso) e a quantidade de acertos em matemática e em leitura de crianças que utilizavam metilfenidato como tratamento para hiperatividade, os pesquisadores suspenderam o uso da droga durante três dias e notaram que os comportamentos hiperativos aumentaram abruptamente de frequência (revelando o papel da droga como variável de controle) e que as habilidades acadêmicas permaneceram inalteradas. Em seguida, ainda na ausência do metilfenidato, os pesquisadores introduziram na sala de aula um procedimento em que cada resposta correta em matemática era recompensada por uma ficha que, posteriormente, poderia ser trocada por diferentes reforçadores, como tempo livre, doces, materiais escolares, entre outros. Depois de

aplicar esse procedimento por seis dias, os pesquisadores passaram a dar uma ficha também para cada resposta correta de leitura. Ao fim dos 12 dias de intervenção, a frequência de respostas corretas nessas disciplinas quadruplicou e a frequência de comportamentos hiperativos diminuiu para os mesmos níveis do uso do medicamento, sugerindo que, para aquelas crianças, a intervenção comportamental foi mais eficaz do que o tratamento farmacológico.

Em síntese, o cenário das terapias comportamentais na primeira metade do século XX era marcado por dois tipos de atuação. Por um lado, terapeutas aplicavam o conhecimento acerca do condicionamento respondente no ambiente de consultório para tratar transtornos de ansiedade, prática denominada *terapia comportamental*, e, por outro, analistas do comportamento aplicavam os princípios operantes em ambientes institucionais manipulando diretamente as contingências para alterar a frequência de comportamentos específicos, prática que ficou conhecida como *modificação do comportamento*. Vale observar que essa distinção terminológica nunca foi bem aceita pela comunidade científica e que as expressões *terapia comportamental* e *modificação do comportamento* foram, muitas vezes, utilizadas como sinônimos (Barcellos & Haydu, 1995).

No final da década de 1960, terapeutas insatisfeitos com a psicanálise e entusiasmados tanto pela objetividade quanto pelo embasamento empírico do modelo comportamental começaram a demonstrar interesse pelas questões que geralmente levam alguém a procurar atendimento psicológico no consultório, como depressão, dificuldades do dia-a-dia, problemas conjugais, sentimentos e pensamentos desagradáveis, melhora da qualidade de vida e autoconhecimento, fenômenos que recebiam pouquíssima atenção por parte dos analistas do comportamento, tanto por aqueles que trabalhavam no paradigma respondente quanto pelos envolvidos com modificação do comportamento (Hayes, 2004; Pérez-Álvarez, 2006). Segundo Barbosa e Borba (2010), esse desinteresse talvez possa ser explicado pelo embasamento da tecnologia analítico-comportamental em dados empíricos oriundos da pesquisa animal de laboratório, que não requer o estudo de fenômenos subjetivos, e de sua ênfase na intervenção direta sobre as variáveis de controle dos comportamentos-alvo em ambientes controlados, onde era possível observá-los e mensurá-los. Dessa forma,

predominava uma avaliação paradoxal da terapia comportamental, coexistindo um interesse geral pelas suas técnicas, de eficácia cada vez mais comprovada, e um desinteresse ou insatisfação dos novos terapeutas comportamentais pela teoria behaviorista. Tal situação tornou-se, então, propícia para a inserção de outras teorias e técnicas no campo da terapia comportamental, gerando distintos modelos de análise, intervenção e propostas para a adoção de um ecletismo teórico como a melhor alternativa para aqueles que desenvolviam uma prática clínica comportamental. (Barbosa & Borba, 2010, p. 68-69)

Nesse contexto, influenciados pela ascensão da chamada “revolução cognitiva” e interessados na maneira pela qual processos cognitivos poderiam afetar comportamentos e sentimentos, terapeutas passaram a questionar a utilidade dos princípios de condicionamento para a prática da psicoterapia e desenvolveram novos modelos de psicoterapia, dentre os quais se destacam a *terapia cognitiva* de Aaron Beck e a *terapia racional emotiva comportamental* de Albert Ellis. Em geral, tais terapias partem do pressuposto de que pensamentos disfuncionais causam problemas emocionais e comportamentais e, portanto, buscam corrigir crenças irracionais por meio da apreciação de evidências favoráveis e desfavoráveis à interpretação que o indivíduo faz de suas vivências (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Nesse movimento, as novas terapias comportamentais deixaram de se preocupar com as bases empíricas das técnicas empregadas, como explica O’Donohue (1998):

O argumento era que os modelos animais de condicionamento eram inadequados para o estudo da aprendizagem humana porque negligenciavam as habilidades únicas dos seres humanos, como as habilidades verbais. Dessa forma, esses modelos animais de condicionamento precisavam ser complementados ou substituídos por explicações cognitivas. . . . Os críticos foram rápidos em apontar que as novas técnicas cognitivas geralmente tinham, na melhor das hipóteses, uma conexão bastante frouxa com a psicologia cognitiva experimental. Isso era epistemologicamente sério porque, na medida em que essa crítica era verdadeira, os terapeutas comportamentais não estavam mais extrapolando princípios previamente testados (p. 9).

Apesar de postularem que os processos de condicionamento eram insuficientes para o estudo do comportamento humano, as novas modalidades de terapia comportamental que surgiram no final dos anos 1960, cuja ênfase recaía sobre os processos cognitivos, incorporaram muitos dos procedimentos comportamentais (dessensibilização, exposição, modelagem, etc.), culminando num ecletismo técnico e teórico que viria a receber o nome de *terapia cognitivo-comportamental* (Barbosa & Borba, 2010; Hayes, 2004; Pérez-Álvarez, 2006; O’Donohue, 1998), ainda que as diferenças filosóficas entre os modelos cognitivista e analítico-comportamental fossem grandes demais para possibilitar uma integração. Como explica Costa (2002): “defender a compatibilidade, complementaridade e/ou integração entre Behaviorismo Radical e Cognitivismos constitui em uma incoerência teórica que só pode ser explicada pela ausência de familiaridade com os pressupostos de uma ou outra orientação” (p. 44).

As décadas de 1970 e 1980 testemunharam uma gigantesca expansão das terapias comportamentais, com a publicação de inúmeros livros, surgimento de periódicos científicos e fundação de associações profissionais, mas, devido à mistura de teorias e técnicas, o campo ficou extremamente fragmentado. Nesse cenário, os princípios teórico-conceituais da análise

do comportamento e sua filosofia selecionista foram abandonados quase completamente na prática clínica de consultório, embora estivessem acumulando cada vez mais evidências de eficácia nas pesquisas em análise do comportamento aplicada. Certamente, a pouca atenção dada pelos analistas do comportamento às queixas clínicas típicas de indivíduos verbalmente competentes e o estabelecimento da eficácia da terapia cognitivo-comportamental em ensaios clínicos randomizados contribuíram para isso (Barbosa & Borba, 2010; Hayes, 2004; Kohlenberg, Hayes & Tsai, 1993; Pérez-Álvarez, 2006).

No início da década de 1990, então, a prática das terapias comportamentais estava dividida: analistas do comportamento trabalhavam em ambientes institucionais com problemas severos de comportamento e terapeutas cognitivo-comportamentais atuavam no consultório intervindo sobre as mais variadas queixas clínicas. Entretanto, nessa época, alguns analistas do comportamento interessados em psicoterapia começaram a se debruçar sobre o seguinte problema: como realizar intervenções analítico-comportamentais eficazes para queixas típicas de clientes verbalmente competentes no ambiente de consultório por meio de comportamento verbal? Esse problema estava longe de ser simples e foi trazido à tona no Brasil numa forte crítica de Guedes (1993) à prática clínica do analista do comportamento:

Como entender que tal prática terapêutica tenha sido gerada por uma proposta teórica que afirma que: 1) as causas iniciadoras dos comportamentos (expressos ou encobertos) estão na relação com o ambiente, 2) não só os comportamentos mas também os sentimentos são produtos de contingências e 3) portanto, mudanças de comportamento e sentimento só são possíveis com rearranjos entre ambiente e comportamento? (p. 83)

Nesse sentido, a autora argumenta que os analistas do comportamento, ao adotarem o consultório como ambiente de trabalho, deixaram de lidar diretamente com os comportamentos-alvo e de rearranjar as contingências responsáveis pela queixa do cliente, supervalorizando o papel do autoconhecimento na determinação do comportamento e o poder da intervenção verbal, o que colocaria em xeque a efetividade da terapia comportamental para a solução de problemas clínicos. Em suas palavras:

Fica difícil imaginar que interpretações (ou traduções) comportamentais de fenômenos artificiais ao contexto do cliente possam instrumentar (a ele ou aos terapeutas) para rearranjar as contingências relevantes. Contingências artificiais na sessão têm pouca chance de competir com as contingências em geral mais antigas, mais significativas e mais frequentes da vida do sujeito. O máximo que se pode esperar é contar com a sorte ou mesmo criar contingências na sessão para a formulação de conselhos ou regras que então serão seguidas, desmanchar alguns estímulos aversivos eliciadores de ansiedade e reforçar o cliente produzindo um fugaz sentimento de auto-estima. (Guedes, 1993, p. 83-84)

Nos Estados Unidos da América, o conjunto de esforços na direção de solucionar o problema de como o comportamento verbal do terapeuta poderia produzir mudanças clinicamente relevantes nos comportamentos verbais e não verbais do cliente culminou no surgimento da *análise do comportamento clínica*, definida como um ramo da análise do comportamento aplicada que se distingue pelos tipos de clientes atendidos, problemas clínicos abordados, procedimentos utilizados e ambiente no qual a intervenção é conduzida (Dougher & Hayes, 2000; Guinther & Dougher, 2013; Kohlenberg, Tsai & Dougher, 1993).

Porém, alguns autores (Hayes, 2004; Pérez-Álvarez, 2006, 2012) explicam que a análise do comportamento clínica não indica ou é representada por uma única terapia, mas abarca diversas modalidades terapêuticas (às vezes referidas como *terapias comportamentais de terceira onda*), a saber: *terapia de aceitação e compromisso* (ACT, do original *acceptance and commitment therapy*; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), *psicoterapia analítica funcional* (FAP, do original *functional analytic psychotherapy*; Kohlenberg & Tsai, 1991), *terapia comportamental dialética* (DBT, do original *dialectical behavioral therapy*; Linehan, 1993a, 1993b), *ativação comportamental* (BA, do original *behavioral activation*; Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2013), *terapia comportamental integrativa de casais* (IBCT, do original *integrative behavioral couples therapy*; Christensen, Jacobson & Babcock, 1995), entre outras. A seguir, serão brevemente apresentadas as modalidades terapêuticas abarcadas sob o rótulo *análise do comportamento clínica*, também conhecidas como terapias comportamentais de terceira onda.

A FAP, uma terapia desenvolvida por Kohlenberg e Tsai (1991), parte do pressuposto de que os padrões de interação do cliente com seu mundo cotidiano se repetem de forma muito semelhante no contexto clínico. Em vista disso, propõe que a relação entre cliente e terapeuta forma o contexto necessário para o reforçamento diferencial de comportamentos clinicamente relevantes (CRBs, do inglês *clinically relevant behaviors*), classificados em CRB 1 (comportamentos relacionados à queixa do cliente que ocorrem durante a sessão e cuja frequência deve ser reduzida), CRB 2 (melhoras que ocorrem durante a sessão que devem ser reforçadas) e CRB 3 (interpretação do cliente acerca das variáveis que controlam seus comportamentos-alvo, tanto dentro quanto fora da sessão). Com base nisso, a FAP é sistematizada em cinco regras, a saber: (1) observar a ocorrência de CRBs, (2) evocar CRBs, (3) reforçar CRBs, (4) avaliar os efeitos das ações do terapeuta sobre os CRBs e (5) fornecer interpretação funcionais sobre as variáveis determinantes dos CRBs.

Recentemente, Mangabeira, Kanter e Del Prette (2012) conduziram uma revisão de literatura com o objetivo de analisar o desenvolvimento da FAP desde o seu surgimento,

abarcando publicações em português, inglês e espanhol. Entre os 80 artigos localizados, apenas 42% eram pesquisas empíricas, sendo que metade destas eram estudos de caso narrativos, que carecem tanto de validade interna quanto de validade externa. Além disso, os autores chamam a atenção para a escassez de experimentos de caso único e para a inexistência de ensaios clínicos randomizados, considerados o padrão-ouro da pesquisa em psicoterapia. Pouco tempos depois, em 2012, o *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* lançou dois números especiais dedicados à FAP, mas apenas quatro artigos foram publicados sobre a eficácia da FAP (McClafferty, 2012; Oshiro, Kanter & Meyer, 2012; Pedersen, Callaghan, Prins, Nguyen & Tsai, 2012; Xavier, Kanter & Meyer, 2012). Dessa forma, a FAP carece de dados empíricos rigorosos que comprovem sua eficácia.

A ACT é uma terapia criada por Steven Hayes e colaboradores (Hayes & Strosahl, 2010; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) que foi definida como uma intervenção fundamentada na filosofia do *contextualismo funcional* e na *teoria das molduras relacionais* (RFT, do original *relational frame theory*; cf. Perez, Nico, Kovac, Fidalgo & Leonardi, 2013). A ACT concebe o sofrimento humano como produto da inflexibilidade psicológica, que emergiria por meio de processos verbais, esquiva experiencial, fusão cognitiva e perda de contato com o momento presente, resultando na falta de ações direcionadas aos próprios valores. Dessa forma, a ACT emprega estratégias de aceitação e atenção plena com o intuito de aumentar a flexibilidade psicológica, entendida como a capacidade de contatar o momento presente plenamente como um ser humano consciente e comportar-se em prol de seus valores.

A ACT é, atualmente, uma das modalidades de psicoterapia mais pesquisadas no mundo. Em outubro de 2014, o website²⁴ da *Association for Contextual Behavioral Science* listava 102 ensaios clínicos randomizados para diversos quadros clínicos, como depressão, ansiedade, transtorno de personalidade borderline, transtorno obsessivo-compulsivo, tricotilomania, transtornos alimentares, abuso de substâncias, estresse, dor crônica, fibromialgia, obesidade, tabagismo, entre outros. Entretanto, uma revisão sistemática com meta-análise publicada recentemente (Öst, 2014), na qual foram incluídos 60 ensaios clínicos randomizados que compararam a eficácia da ACT com outras terapias psicológicas e farmacológicas, revelou que a esmagadora maioria das pesquisas contém sérios problemas metodológicos que invalidam seus resultados. Entre eles, destacam-se os seguintes: 51% das pesquisas utilizaram apenas um ou dois terapeutas nos grupos ACT e 76% não avaliaram a aderência do terapeuta ao protocolo de intervenção – em ambos os casos, a melhora observada

²⁴ http://contextualscience.org/ACT_Randomized_Controlled_Trials

comprovaria apenas que o terapeuta foi eficaz e não o protocolo utilizado; 67% das pesquisas tiveram grupos-controle com menos horas de terapia do que o grupo ACT – neste caso, a melhora observada poderia ser fruto do tempo de duração da terapia e não da especificidade da intervenção; 45% das pesquisas que revelaram superioridade da ACT em relação aos outros tipos de intervenção utilizaram testes estatísticos errados para comparar os resultados entre os grupos. À luz desses dados, é possível afirmar que a ACT carece de evidências rigorosas que comprovem sua eficácia.

A BA, um tratamento específico para depressão, tem origem na interpretação analítico-comportamental dos sintomas desse transtorno feita por Ferster (1973) e Lewinsohn e colaboradores (Lewinsohn, 1974, 1975; Lewinsohn & Libet, 1972; Lewinsohn, Biglan & Zeiss, 1976), que sugeriram que tristeza, falta de interesse, sentimento de inutilidade, culpa excessiva, fadiga, dificuldade de concentração, etc., seriam produto da baixa densidade de reforçamento positivo (seja pela perda da função de estímulo reforçador de alguns eventos do ambiente, pela indisponibilidade de reforçadores devido a mudanças ambientais ou pela falta de repertório comportamental eficiente para produzir reforçadores que estão disponíveis) associada ao excesso de comportamentos mantidos por reforçamento negativo (i.e., fuga e esquiva de eventos aversivos). O protocolo de BA propriamente dito (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001) surgiu da análise comparativa dos componentes ativos da terapia cognitivo-comportamental, que demonstrou que apenas a parcela comportamental do tratamento (agendamento e monitoramento de atividades gratificantes, exposição gradual a situações difíceis, treino de habilidades sociais, treino de resolução de problemas, gerenciamento de contingências, etc.) sem o uso das técnicas cognitivas era tão eficaz para a melhora da depressão quanto a aplicação do pacote completo (cf. Jacobson et al., 1996). A eficácia da BA foi estabelecida em diversos ensaios clínicos randomizados e confirmada em revisões sistemáticas (Cuijpers, van Straten & Warmerdam, 2007; Ekers, Richards & Gilbody, 2008; Mazzucchelli, Kane & Rees, 2009).

A DBT é uma psicoterapia criada por Lineham (1993a, 1993b) para tratar o transtorno de personalidade borderline. Resumidamente, os procedimentos combinam o desenvolvimento de aceitação e validação dos próprios sentimentos, pensamentos e comportamentos com estratégias comportamentais para a mudança de padrões problemáticos (como impulsividade, desregulação emocional, agressividade, inassertividade, autolesão e comportamento suicida). O pacote completo da DBT, que tem como estratégia central a análise de contingências, inclui terapia individual, treino de habilidades (regulação emocional, comportamentos interpessoais,

etc.) em grupo, consultoria por telefone em momentos de crise e supervisão semanal para o terapeuta.

Em setembro de 2015, a DBT dispunha de 20 ensaios clínicos randomizados publicados (segundo o website²⁵ do *Lineham Institute*), tendo sido reconhecida como o melhor tratamento disponível para o transtorno de personalidade borderline em uma revisão da *Colaboração Cochrane* (Stoffers et al., 2012), superando, inclusive, intervenções farmacológicas. Apesar de ter sido elaborada como uma intervenção para o transtorno de personalidade borderline, a DBT vem sendo adaptada e testada empiricamente como tratamento para outros quadros clínicos, tais como dependência química (Dimeff & Linehan, 2008) e transtornos alimentares (Bankoff, Karpel, Forbes & Pantalone, 2012), entre outros.

2.3 A Terapia Analítico-Comportamental (TAC)

A análise do comportamento foi introduzida no Brasil em 1961 com a vinda do professor norte-americano Fred Keller para ministrar uma disciplina de psicologia experimental na Universidade de São Paulo. À época, a formação consistia na aprendizagem dos processos comportamentais básicos por meio da leitura dos primeiros livros-texto em análise do comportamento (e.g., Keller & Schoenfeld, 1950/1995) e das pesquisas publicadas no *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, além da realização de experimentos com ratos (Guilhardi, 2003; Matos, 1998). Entretanto, as primeiras tentativas de aplicação da pesquisa básica para problemas humanos não demoraram a aparecer.

Em 1969, a primeira turma de psicologia da Universidade Católica de Campinas, que cursava o último ano da graduação, manifestou interesse em aplicar os princípios da análise experimental do comportamento à clínica, o que levou o professor Luiz Otávio de Seixas Queiroz a criar um estágio supervisionado intitulado *Modificação do Comportamento*. No fim desse ano, Luiz Otávio de Seixas Queiroz e seus alunos Hélio Guilhardi, Ana Teresa de Abreu Ramos, Maria Elisa Cardoso Guimarães, Erb Luís Lente Cruz e Ilka da Veiga Moroni fundaram a primeira clínica do Brasil com tratamentos embasados na análise do comportamento (Batista, Ferrari & Laloni, 2005; Guilhardi, 2003). Na mesma época, em São Paulo, os alunos de análise experimental do comportamento da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras Sedes Sapientiae (que mais tarde se tornaria PUC-SP) começaram a solicitar aulas sobre intervenção. Para atender a essa demanda, a professora Rachel Kerbauy convidou o norte-americano Michael Mahoney para ministrar treinos em análise do comportamento aplicada, com aulas teóricas e

²⁵ http://behavioraltech.org/downloads/Research-on-DBT_Summary-of-Data-to-Date.pdf

supervisão (Rangé & Guilhardi, 1995). Ao comentar sobre esse período, Guilhardi (2003) lembra que

o mais interessante é que nem pensávamos em trabalhar em clínica no início de nossa carreira profissional. Estávamos todos interessados na carreira acadêmica e na pesquisa em Análise Experimental do Comportamento. Era fácil entender porque ninguém planejava trabalhar na área aplicada. Tudo que nós alunos conhecíamos, então, eram textos fundamentais da análise do comportamento. (p. 1)

De fato, em uma série de entrevistas com terapeutas brasileiros responsáveis pelo surgimento da TAC, Bellodi (2011) constatou que esse modelo de intervenção foi sendo gradualmente elaborado por eles, uma vez que, à época, os analistas do comportamento estrangeiros atuavam com populações severamente incapacitadas em instituições e a prática clínica em consultório era dominada por terapeutas cognitivos. Assim, sem terem modelos de atuação ou experiência clínica, esses profissionais – Rachel Kerbauy, Diana Laloni, Hélio Guilhardi, Jaíde Regra, Vera Otero, Maly Delitti, Maria Luisa Guedes, Sonia Meyer, Yara Ingberman, Miriam Marinotti, Fátima Conte, Regina Wielenska, Roberto Banaco, entre outros – transpuseram os princípios da análise do comportamento para o ambiente de consultório, criando uma modalidade de psicoterapia de base behaviorista radical.

Pode-se observar, portanto, que a história das terapias comportamentais no Brasil seguiu um percurso diferente em relação ao desenvolvimento dos modelos terapêuticos de origem internacional. Os autores da análise do comportamento clínica construíram suas propostas clínicas (FAP, ACT, BA, etc.) a partir de uma crítica ao internalismo das terapias cognitiva e cognitivo-comportamental, retomando, em tese, as raízes externalistas e selecionistas da análise do comportamento. Os analistas do comportamento brasileiros, por sua vez, transpuseram para o âmbito da psicoterapia seu conhecimento acerca dos processos básicos constitutivos dos fenômenos comportamentais, incluindo a abordagem Skinneriana ao comportamento verbal e à subjetividade, muito antes de as terapias cognitiva e cognitivo-comportamental se tornarem conhecidas ou praticadas neste país. Como explica Vandenberghe (2011):

Nos Estados Unidos, a aplicação plena de uma visão externalista na prática de consultório ocorreu depois que a terapia cognitivo-comportamental (internalista) já tinha sido estabelecida com firmeza. Foi uma contribuição inovadora [da análise do comportamento clínica] propor uma prática clínica coerentemente externalista. A situação brasileira foi bem diferente. No Brasil, a tradição comportamental aderiu desde cedo à análise Skinneriana e a terapia comportamental se desenvolveu dentro da comunidade verbal behaviorista radical. . . . Por isso, o externalismo não constituiu uma inovação na terapia

comportamental brasileira. Os terapeutas comportamentais no país não precisaram esperar a FAP e a ACT para assumir uma visão externalista. . . . Observamos, então, uma cronologia invertida. A terceira onda apareceu no cenário internacional depois da terapia cognitivo-comportamental. O modelo cognitivo e as técnicas da terapia cognitiva estavam amplamente aceitos como a forma ortodoxa de tratar transtornos de ansiedade e de humor. Os autores da terceira onda construíram sua abordagem a partir de uma crítica externalista às práticas existentes. Eles continuaram atuando basicamente como o fizeram os clínicos da segunda onda, mas trocaram o modelo cognitivo por um modelo contextualista, inspirado no behaviorismo radical. . . . No Brasil, a sequência foi diferente. A terapia cognitivo-comportamental se tornou uma força importante quando a terapia comportamental de cunho behaviorista radical já estava bem desenvolvida. (p. 35-36)

Ao longo de seu desenvolvimento, diversas terminologias foram utilizadas para se referir à prática clínica brasileira de base behaviorista radical, tais como *psicoterapia comportamental* (e.g., Barcellos & Haydu, 1995; Lettner & Rangé, 1988), *terapia comportamental* (e.g., Guedes, 1993; Meyer, 1995) e *psicologia clínica comportamental* (e.g., Silveiras, 2000/2012). Entretanto, nos anos 1990 e 2000, analistas do comportamento brasileiros questionavam se essas denominações eram suficientes para representar sua atuação, uma vez que estavam muito associadas às técnicas respondentes (dessensibilização, exposição, etc.) e eram frequentemente confundidas com a terapia cognitivo-comportamental (Zamignani, Silva Neto & Meyer, 2008). Esse era um problema antigo. Desde que Lindsley, Skinner e Solomon (1953) utilizaram a expressão *terapia comportamental* pela primeira vez, uma miríade de práticas foram agrupadas sob esse rótulo sem que houvesse, muitas vezes, qualquer afinidade filosófica, conceitual ou metodológica entre elas (Kazdin, 1978; Nolasco, 2002; O'Donohue, 1998).

Por essa razão, Tourinho e Cavalcante propuseram, em 2001, o uso do termo *terapia analítico-comportamental*, que se tornou consenso entre terapeutas de diferentes regiões do Brasil como a melhor denominação para qualificar sua prática profissional, por especificar, já em seu nome, as bases filosóficas, conceituais e metodológicas que a sustentam²⁶. Deve-se ressaltar que a criação do termo não teve a intenção de propor uma nova modalidade de psicoterapia, mas apenas uniformizar o nome da prática clínica fundamentada na ciência do comportamento Skinneriana que vinha sendo praticada no Brasil desde o início da década de 1970 (Zamignani, Silva Neto & Meyer, 2008). Enfim, como resume Vandenberghe (2011), o

²⁶ Outras denominações foram dadas à terapia comportamental de base behaviorista radical no Brasil, como *terapia por contingências de reforçamento*, *psicoterapia comportamental pragmática* e *terapia molar e de autoconhecimento*, mas as semelhanças entre elas (todas são fundamentadas na análise do comportamento e utilizam a análise de contingências como ferramenta de análise e intervenção) sugerem que o uso de tais denominações é desnecessário (Costa, 2011).

termo *terapia analítico-comportamental* se refere a uma abordagem clínica fundamentada no behaviorismo radical enraizada no Brasil.

Tendo em vista que a TAC nunca foi sistematizada em um manual, como foram a ACT, a DBT, a BA e FAP, será apresentada, a seguir, uma síntese do processo terapêutico analítico-comportamental com base nos trabalhos de Meyer et al. (2010), Banaco (2012), Cassas (2013) e Zamignani (2007).

O sofrimento vivenciado pelo cliente configura-se em uma operação motivadora que estabelece sua eliminação como reforçadora e aumenta a probabilidade do comportamento de buscar ajuda de um psicólogo. O que faz do terapeuta um possível detentor desse reforçador (e, conseqüentemente, o estabelece como um reforçador condicionado) é seu status profissional de especialista em comportamento humano e o ambiente especialmente arranjado para lidar com eventos constrangedores, dolorosos ou socialmente condenáveis no qual atua. É importante observar que a análise do comportamento não compreende nenhum padrão comportamental como psicopatológico, desadaptado, disfuncional ou anormal, uma vez que todos os comportamentos são produto de processos de variação e seleção nos níveis filogenético, ontogenético e cultural (Sturmey, Ward-Horner, Marroquin & Doran, 2007). Em outras palavras, o comportamento “doentio” é visto como sendo “o resultado de combinações quantitativas e qualitativas de processos que são, eles próprios, intrinsecamente ordenados, absolutamente determinados e normais em sua origem” (Sidman, 1966, p. 43). Nessa perspectiva, portanto, a TAC utiliza o sofrimento do cliente como critério para determinar se determinados padrões comportamentais devem ou não ser alterados.

Nas primeiras sessões, o terapeuta tem por objetivo construir uma boa relação terapêutica por meio de audiência não punitiva (uma escuta atenta e cautelosa sem qualquer tipo de julgamento, crítica ou desaprovação), empatia (expressões de aceitação, acolhimento, cuidado, respeito e compreensão ao que o cliente faz, pensa e sente) e demonstrações de que dispõe do conhecimento científico necessário para ajudá-lo, o que, em conjunto, conferem ao terapeuta a função de reforçador positivo condicionado e evocam comportamentos do cliente que foram punidos em seu ambiente cotidiano. Nas palavras de Meyer et al. (2010).

O simples fato de o cliente ter procurado ajuda, independentemente de qualquer padrão de comportamento que ele apresente, deve ser alvo de reforço social, via expressões gerais de suporte ao fato de o cliente estar em terapia, dados os problemas que o cliente enfrenta. . . . O reforço social que o terapeuta deve prover nesse momento parece “não contingente”, uma vez que não é direcionado a nenhuma classe de respostas específica do cliente. Entretanto, ele é relacionado a uma ampla classe de comportamentos do cliente de se engajar em um processo de mudança. As classes de resposta a serem emitidas pelo terapeuta

são aquelas necessárias para o processo terapêutico ocorrer e são constituídas tipicamente por ações e verbalizações do terapeuta que sugerem cuidado e suporte geral contingente à procura pela terapia (p. 163)

Desde as primeiras sessões, nas quais a ênfase recai sobre o estabelecimento da relação terapêutica, o terapeuta coleta informações sobre a constituição da queixa e a história de vida do cliente por meio de diálogos e observações dos comportamentos que ocorrem em sessão. Naturalmente, o cliente relata suas vivências de forma leiga, mas, ao longo do processo, o terapeuta organiza os dados obtidos sob a perspectiva da análise de contingências, que permite interpretar qual elemento da relação comportamental (antecedente, resposta ou consequência) é responsável pelo quadro clínico e, portanto, o que deve ser alterado para promover melhora. Tendo em vista que os fatores determinantes dos comportamentos relacionados à queixa do cliente – variáveis genéticas, história de vida, contexto cultural e condições ambientais atuais – são peculiares a cada caso, a análise de contingências e a intervenção decorrente dela são necessariamente individualizadas. Meyer et al. (2010) explicitam o papel central que a análise de contingências exerce na TAC:

O modelo da análise de contingências é a base das intervenções do terapeuta. A partir dessa organização, o terapeuta pode ter um panorama geral do caso clínico, envolvendo a análise tanto da função exercida pelas respostas-problema do cliente quanto de respostas do cliente que sejam desejáveis (pois produziriam reforçadores se emitidas em um contexto apropriado) e que precisariam ser fortalecidas (p. 161)

A análise de contingências pode revelar que a queixa trazida pelo cliente está relacionada a variáveis consequentes. Em alguns casos, o problema pode ser a ausência de estímulos reforçadores. Por exemplo, falta de interesse, fadiga e comportamentos como passar o dia deitado na cama podem ser compreendidos como produto da indisponibilidade de reforçadores positivos, enquanto frustração, revolta e sensação de incapacidade podem ser atribuídas a uma ruptura de uma relação já estabelecida entre resposta e reforço (Ferster, 1973; Skinner, 1974/1976). Nessas circunstâncias, o papel do terapeuta varia a depender dos comportamentos envolvidos na queixa. Se eles são passíveis de ocorrer em sessão (e.g., dificuldade de relacionamento interpessoal), o terapeuta pode evocá-los e reforçá-los diferencialmente, conforme propõe a FAP. Se não, cabe ao terapeuta identificar as possíveis fontes de reforçamento e propiciar novas emissões do comportamento por parte do cliente, agora passíveis de serem reforçadas.

Em outros casos, o problema pode estar relacionado a consequências concorrentes ou inapropriadas. Por exemplo, comportamentos como reclamar, chorar, expressar angústia e

denegrir-se podem ser reforçados pela diminuição, eliminação e evitação de tarefas aversivas ou por atenção, cuidado e compaixão. Contudo, por serem aversivos para as pessoas que convivem com o cliente, tais comportamentos podem levá-las a se afastar dele, diminuindo, assim, a densidade de reforçamento positivo obtido ao longo do tempo, contribuindo para a permanência do quadro clínico (Dougher & Hackbert, 1994; Kanter, Cautilli, Busch & Baruch, 2005). Em tais situações, o papel do terapeuta consiste em analisar as diferentes consequências envolvidas, identificando os eventos que fortalecem aquele responder e os estímulos aversivos indesejáveis, o que pode aumentar a probabilidade de modos alternativos de ação.

O quadro clínico apresentado pelo cliente pode ser resultado de uma história de punição, o que geralmente traz uma grande diversidade de efeitos colaterais danosos, tais como sentimentos de culpa, vergonha, medo, ansiedade, paralisação de comportamentos, emoções perturbadoras, incitação de violência, etc., conforme ilustrado a seguir num caso hipotético de um adolescente que sofre *bullying*:

A punição dos colegas ou da professora frente ao mau rendimento escolar (tirar notas baixas, fazer perguntas consideradas “burras”, etc.) podem (1) eliciar respostas incompatíveis com o estudar ou fazer a prova (e.g., taquicardia, tremor, tontura, etc. – o famoso “branco”); (2) estabelecer o próprio responder do indivíduo como fonte de estimulação aversiva (estudar, ler, fazer prova e fazer perguntas em sala de aula tornam-se aversivos); (3) levar o indivíduo a fazer qualquer coisa que reduza a estimulação aversiva originada pelo seu próprio comportamento (agredir os colegas ou os professores, faltar na escola, cabular aulas, etc.); (4) levar o indivíduo a evitar o contato com os agentes punidores (isolamento social tanto dentro da sala de aula quanto nos intervalos, como é o caso de alunos que passam o recreio na biblioteca, banheiro, sala dos professores, etc.); (5) levar o indivíduo a evitar o contato com os ambientes em que a punição ocorreu (aumento na frequência de faltas e de aulas cabuladas ou até mesmo desistência da escola) (Nico & Leonardi, 2014, p. 56-57).

A análise de contingências pode revelar que a queixa do cliente está relacionada a variáveis discriminativas, como quando o cliente possui o repertório comportamental necessário para a produção de reforçadores e o ambiente dispõe de consequências reforçadoras, mas não há controle discriminativo ou este é inapropriado. No primeiro caso, o indivíduo não tem o ambiente necessário para a emissão da resposta, como quando perde seu cônjuge (o que implica não apenas a perda de reforçadores importantes, mas também a ausência da condição discriminativa necessária para a obtenção de reforçadores). No segundo caso, o indivíduo emite respostas que foram reforçadas em determinado contexto em uma situação que é imprópria, como falar muitas gírias numa entrevista de emprego. Em ambos os casos, o papel do terapeuta

é auxiliar o cliente a identificar os contextos propícios a cada tipo de comportamento e facilitar seu envolvimento em tais ambientes.

Outro problema relacionado ao antecedente diz respeito ao comportamento governado por regras. O termo *regra* foi cunhado por Skinner (1963/1969a, 1966/1969c) para se referir ao estímulo discriminativo que descreve uma contingência (i.e., uma relação entre o responder e os eventos ambientais antecedentes e consequentes) e aumenta a probabilidade de emissão da resposta especificada por ela. Um exemplo de regra é “quando sua esposa estiver triste (antecedente), pergunte se você pode ajudá-la de alguma forma (resposta), pois isso provavelmente fará com que ela fique mais próxima de você (consequência)”. Embora as regras sejam extremamente úteis para a aprendizagem de novos comportamentos²⁷, elas também podem ser fonte de problemas clínicos. O controle excessivo por regras pode produzir algum grau de insensibilidade a mudanças nas contingências (e, dessa forma, ser responsável por uma rigidez no repertório que contribui para o quadro clínico), enquanto que seu déficit pode dificultar o autocontrole (i.e., a escolha por consequências imediatas de baixo valor reforçador em detrimento de consequências atrasadas de maior valor reforçador) e a capacidade de resolução de problemas (Kanter et al., 2005; Meyer, 2005). No primeiro caso, o papel do terapeuta é levar o cliente a prestar atenção a outros aspectos da situação, diminuindo o grau de controle exercido pela regra, e, no segundo, treinar o seguimento de regras.

Além de revelar se o quadro clínico está relacionado a variáveis antecedentes ou consequentes, a análise de contingências também pode indicar se há problemas no repertório comportamental do cliente, tais como excessos comportamentais (e.g., comer demais), déficits comportamentais (e.g., falta de habilidades sociais) e comportamentos interferentes (e.g., dificuldade em iniciar uma paquera devido à maneira de se vestir). Quando há excessos comportamentais, o papel do terapeuta é instalar ou fortalecer comportamentos alternativos e/ou incompatíveis que produzam reforçadores suficientemente poderosos para competir com os obtidos pelo comportamento-alvo, o que provavelmente diminuirá sua frequência. Quando há déficits, o terapeuta deve instalar os repertórios necessários, podendo fazer uso de modelagem (um processo de aprendizagem em que o responder é modificado gradualmente por meio de reforçamento diferencial de aproximações sucessivas do comportamento final), de modelação (na qual o terapeuta realiza os comportamentos relevantes e o cliente os reproduz até aprender)

²⁷ Veiga e Leonardi (2012), citando Skinner, explicam que a geração de novos comportamentos por meio de regras é vantajoso pelas seguintes razões: economiza tempo, evita possíveis danos da exposição direta às experiências, instala ou mantém comportamentos cujas consequências são atrasadas ou opostas às consequências imediatas e auxilia na manutenção de comportamentos que foram aprendidos por outros meios.

e de regras (em que o terapeuta recomenda formas específicas de se comportar), além, é claro, da combinação entre todas essas estratégias. Quando há comportamentos interferentes, o papel do terapeuta consiste em salientar os efeitos indesejáveis que eles produzem e sugerir alternativas de ação. Por fim, deve-se observar que, em alguns casos, o problema no repertório não está relacionado a comportamentos excessivos, deficitários ou intervenientes, mas sim a topografias inadequadas para o contexto no qual o cliente está inserido. Nestes casos, o papel do terapeuta consiste em lapidar a topografia existente daquele comportamento.

Como pode ser observado na descrição acima, a análise de contingências é a ferramenta norteadora da TAC, sendo utilizada tanto para a compreensão do quadro clínico quanto para a tomada de decisões por parte do terapeuta, mas também pode ser empregada como uma estratégia de intervenção em si mesma, na medida em que a capacidade de descrever o que está fazendo (a topografia do comportamento) e o porquê está fazendo (as variáveis de controle), capacidade esta que recebe o nome de autoconhecimento, fornece, em tese, um controle maior para o indivíduo sobre o ambiente em que está inserido. Para Skinner (1974/1976), “o autoconhecimento tem um valor especial para o próprio indivíduo. Uma pessoa que ‘se tornou consciente de si mesma’ por meio de perguntas que lhe foram feitas está em melhor posição de prever e controlar seu próprio comportamento” (p. 35).

Em suma, a modalidade de psicoterapia fundamentada na filosofia do behaviorismo radical e nos princípios teórico da análise do comportamento que vem sendo desenvolvida e praticada no Brasil desde a década de 1970 pode ser assim resumida:

A terapia analítico-comportamental é uma forma de prestação de serviços que utiliza o arcabouço teórico da análise do comportamento e o conhecimento de pesquisas básicas e aplicadas para a solução de problemas humanos. Intervenções de terapeutas analítico-comportamentais são baseadas em filosofia, princípios, conceitos e métodos da ciência do comportamento [Skinneriana] e incidem sobre as relações do cliente com o seu ambiente, incluindo as relações que definem seus sentimentos e suas cognições, com a participação de eventos (estímulos e respostas) públicos e privados. Para isso, a análise de contingências é o instrumento básico e imprescindível, seja na avaliação da queixa do cliente, seja no delineamento, aplicação e avaliação da própria intervenção. A intervenção pode ser dirigida a diferentes componentes da tríplice contingência, ou seja, mudanças podem ser propostas para alterar antecedentes, respostas ou consequentes. (Meyer et al., 2010, p. 172)

Embora não existisse, até a execução desta tese, nenhuma revisão de literatura abrangente sobre a produção de evidências empíricas em TAC, alguns trabalhos de levantamento sugerem que essa modalidade de psicoterapia não vem sendo sistematicamente pesquisada. Ao revisar 142 publicações brasileiras sobre terapia comportamental, Nolasco

(2002) identificou que 86% da produção de conhecimento da área correspondia a trabalhos conceituais, o que levou o autor a concluir que os terapeutas analítico-comportamentais “têm comunicado pouco à comunidade científica os modelos de seu método de intervenção e os resultados práticos obtidos por meio deles” (p. 64). A carência de estudos empíricos em TAC também pode ser constatada no trabalho de Micheletto, Guedes, César e Pereira (2010). Com o objetivo de caracterizar a produção em análise do comportamento no Brasil, essas autoras revisaram 580 artigos publicados em nove periódicos de psicologia entre 1961 e 2007, além de 789 dissertações de mestrado e 221 teses de doutorado defendidas entre 1968 a 2007, revelando que apenas 9% de todos esses trabalhos eram pesquisas empíricas na área clínica.

Apesar da escassez de pesquisas clínicas, pesquisadores e terapeutas brasileiros e estrangeiros parecem ter bastante convicção de que a psicoterapia fundamentada na análise do comportamento é empiricamente sustentada. Um exemplo disso é a síntese que Forsyth e Hawkins (1997) fazem da opinião dos mais de vinte autores convidados para uma série especial do periódico *Behavior Therapy* motivada pelos trinta anos de fundação da *Association for Advancement of Behavior Therapy*: “há consenso de que a terapia comportamental está, via de regra, cumprindo sua promessa de elaborar intervenções originadas empiricamente, testadas empiricamente, eficazes e breves para aliviar o sofrimento humano” (p. 327). No Brasil, um posicionamento semelhante pode ser constatado no seguinte trecho retirado de Meyer et al. (2010): “a abordagem analítico-comportamental é empiricamente validada em laboratório e em situações aplicadas, tais como a clínica, por meio de demonstração de relações ordenadas entre comportamento e ambiente” (p. 157).

Possivelmente, a ideia de que uma psicoterapia fundamentada na análise do comportamento é baseada em evidências tem origem em seu comprometimento com a pesquisa experimental em laboratório dos processos básicos constitutivos dos fenômenos comportamentais. Nesse sentido, Branch e Hackenberg (1998) lembram que “as origens de muitas técnicas terapêuticas empregadas por terapeutas comportamentais podem ser traçadas diretamente aos resultados de pesquisa com animais não humanos e conceituações gerais empregadas por terapeutas comportamentais frequentemente têm suas raízes na pesquisa com animais não humanos” (p. 15), ao passo que Hawkins e Forsyth (1997), ao comentarem sobre a abrangência de indivíduos, comportamentos e ambientes que os procedimentos comportamentais foram aplicados com sucesso, afirmam que “esse extraordinário alcance de efetividade é, em parte, por causa da relativa integração entre análise do comportamento aplicada e básica” (p. 12).

De acordo com Critchfield (2014), a crença de que os dados da ciência básica são suficientes para fundamentar procedimentos de intervenção é um sério problema da análise do comportamento – um “excesso de confiança translacional” (p. 37), em suas palavras. Um exemplo bastante ilustrativo é a concepção de que todo e qualquer uso de punição é prejudicial. Diversos autores (e.g., Guedes, 2011; Matos, 1981; Sidman, 1989/2009) asseveram que os subprodutos envolvidos em procedimentos de punição tornam injustificável qualquer defesa de seu uso e que, portanto, analistas do comportamento deveriam empregar apenas procedimentos que envolvem reforçamento positivo. Embora seja possível citar muitos exemplos, a seguinte afirmação de Sidman (1989/2009) resume o repúdio por parte de muitos analistas do comportamento ao uso da punição: “punição é o método mais sem sentido, indesejável e mais fundamentalmente destrutivo de controle da conduta” (p. 91). Entretanto, para ser consistente com a prerrogativa da análise do comportamento de julgar a validade de uma afirmação com base em dados empíricos objetivos, a recomendação ou a rejeição do uso da punição deveria ser fundamentada em evidências em vez de constituir um a priori ideológico. Assim, deve-se indagar: quais dados sustentam a noção de que a punição é prejudicial? Esboçando uma resposta a essa pergunta, Critchfield (2014) lembra que a pesquisa seminal sobre punição, realizada entre as décadas de 1940 e 1970, não foi projetada para solucionar questões de aplicação (os procedimentos envolviam a administração de choque elétrico em animais de laboratório em condições muito circunscritas), corroborando a análise de Cipani (2004) de que os experimentos sobre punição e os respectivos subprodutos observados diferem consideravelmente das circunstâncias cotidianas onde a punição costuma ser utilizada. Ademais, ao revisarem a literatura de pesquisa básica e aplicada da punição, Lerman e Vorndran (2002) concluíram que, mesmo na pesquisa básica, os resultados encontrados acerca da manutenção, generalização e efeitos adversos da punição são contraditórios e que “a extensão pela qual as descobertas sobre choque elétrico contingente a respostas de não humanos pode ser extrapolada para o tratamento de transtornos comportamentais em populações clínicas pode ser substancialmente restrita” (p. 456). Por conseguinte, questões como “a punição pode contribuir para a redução de comportamentos-problema?”, “quais são os seus subprodutos?”, “os benefícios compensam os eventuais efeitos nocivos?”, “existem meios de diminuir esses efeitos nocivos?”, “quais parâmetros tornam a punição mais ou menos eficiente?” precisam ser respondidas pela pesquisa empírica em contextos de aplicação. Em conclusão, prescrever ou condenar o uso da punição com base nos dados existentes seria algo bastante precipitado.

O excesso de confiança translacional que circunscreve o tema da punição ilustra que, apesar da extrema relevância dos dados oriundos da pesquisa básica para o desenvolvimento da

análise do comportamento clínica e da terapia analítico-comportamental, a mera transposição direta desse conhecimento para os mais diversos tipos de problemas clínicos não garante, a priori, a efetividade da intervenção (Eifert & Plaud, 1998; Holden, 2007; Neno, 2005; O'Donohue & Ferguson, 2006; Plaud, Eifert, & Wolpe, 1998). Portanto, ainda que orientados pela pesquisa básica, os procedimentos, estratégias e técnicas requeridos para uma intervenção analítico-comportamental eficaz precisam ser formulados e testados no próprio âmbito da pesquisa clínica. As seguintes considerações de O'Donohue (1998), um ferrenho defensor da importância da pesquisa básica para a prática psicoterápica, ilustram o valor, mas não a suficiência, dos princípios elaborados em laboratório, e apontam para a necessidade de examinar empiricamente os procedimentos de intervenção:

É um ponto metodológico fundamental que a pesquisa de laboratório troca validade externa por validade interna. Protocolos de laboratório são simplificados a fim de isolar e melhorar o controle de variáveis independentes e aumentar a precisão da mensuração de variáveis dependentes. Ao fazer isso, a preparação de laboratório torna-se frequentemente idealizada e descolada dos fenômenos naturalísticos. Entretanto, uma vez que regularidades são descobertas no laboratório, o próximo passo é verificar se elas podem ser extrapoladas para variáveis relacionadas (mas não idênticas) no ambiente natural. Relações semelhantes podem ser encontradas em preparações de laboratório e fenômenos naturalísticos em fisiologia e medicina, por exemplo. (p. 11)

Nessa direção, Neno (2005) defende que a TAC precisa integrar esforços em torno de programas de pesquisa para avaliar a eficácia de seus procedimentos, estratégias e técnicas de intervenção. Ao mesmo tempo, a autora aponta que a literatura da área revela dispersão e pouca sistematização, o que pode obstruir o desenvolvimento de novas pesquisas clínicas. Desse modo, faz-se necessário identificar, organizar, sumarizar e avaliar criticamente o conhecimento produzido até o presente momento. Conforme apresentado anteriormente, as pesquisas sobre ACT, DBT e BA foram revisadas e meta-analisadas recentemente, mas ainda não foi realizada nenhuma revisão sistemática sobre a eficácia da TAC e da FAP.

Em visto disso, esta tese teve por objetivo responder a quatro perguntas: (1) quais são as evidências empíricas de eficácia da TAC e da FAP? (2) qual é a qualidade dessas evidências? (3) quais evidências estão faltando? (4) quais são as pesquisas futuras necessárias?

3. MÉTODO

3.1 Considerações Metodológicas

Inicialmente, pretendia-se conduzir uma revisão sistemática da literatura utilizando o protocolo elaborado pela *Colaboração Cochrane* (cf. Higgins & Green, 2008) e os instrumentos padronizados de avaliação crítica (cf. Crombie, 1996), uma vez que essa modalidade de revisão é considerada a estratégia de pesquisa mais indicada para identificar, sintetizar e avaliar a literatura empírica relativa à eficácia de tratamentos (médicos, psicológicos, etc.)²⁸. Entretanto, uma análise preliminar dos dados revelou que tanto a falta de ensaios clínicos randomizados quanto a baixa qualidade metodológica das pesquisas empíricas sobre TAC impossibilitam a realização de uma revisão sistemática.

Por essa razão, este trabalho se aproximou do modelo de revisão integrativa, que, assim como a revisão sistemática, consiste num modelo rigoroso de revisão da literatura empregado para sumarizar as evidências disponíveis em determinada área da saúde, mas, diferentemente da revisão sistemática, permite abranger todas as pesquisas produzidas, a despeito dos delineamentos utilizados e de suas respectivas qualidades metodológicas, possibilitando a síntese de diferentes achados empíricos em um todo coerente (Beyea & Nicoll, 1998; Smith Jr., Smith & Stullenbarger, 1991). Nesse sentido, Souza, Silva e Carvalho (2010) destacam o valor da revisão integrativa:

Diante da necessidade de assegurar uma prática assistencial embasada em evidências científicas, a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico. . . . Portanto, é imperativo firmar a revisão integrativa como instrumento válido da Prática Baseada em Evidências. (p. 105)

Especialistas em revisão integrativa (e.g., Beyea & Nicoll, 1998; Mendes, Silveira & Galvão, 2008; Russell, 2005; Souza et al., 2010; Torraco, 2005) afirmam que sua elaboração deve percorrer cinco etapas distintas, a saber: (1) formulação do problema de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) extração de dados; (4) análise dos dados; (5) interpretação dos resultados. Ainda que compartilhe muitas das características de qualquer revisão de literatura,

²⁸ Essa afirmação torna-se questionável quando se problematiza se o ensaio clínico randomizado, único delineamento abarcado nas revisões sistemáticas tradicionais, é realmente o melhor método de pesquisa para a psicoterapia, conforme discutido no Capítulo 1.

a revisão integrativa possui algumas particularidades e, por isso, suas etapas serão descritas abaixo.

A primeira etapa da revisão integrativa consiste na formulação clara e específica de um problema de pesquisa que tenha relevância para a prática clínica, cuja abrangência varia a depender de quanto o tema já foi estudado. Se o tema de pesquisa tem uma longa história e muitos estudos foram feitos na área, a revisão deve estreitar o problema de pesquisa. Se o tema é novo e poucos estudos foram realizados, o problema de pesquisa deve ser mais abrangente (Mendes et al., 2008; Russell, 2005). Mendes et al. (2008) explicam que “a questão norteadora da revisão integrativa pode ser delimitada focalizando, por exemplo, uma intervenção específica, ou mais abrangente, examinando diversas intervenções ou práticas na área da saúde” (p. 761). A definição do problema de pesquisa é considerada a etapa mais importante da revisão integrativa, pois determina quais estudos serão buscados na literatura, indica os meios a serem utilizados para encontrá-los, identificá-los e selecioná-los, e delimita as informações que serão coletadas em cada estudo (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

A busca na literatura – segunda etapa da revisão integrativa – deve ser ampla e diversificada, a fim de se obter o maior número possível de estudos. Para isso, é fortemente recomendado que a busca ocorra em diversas fontes de informação, incluindo bases de dados eletrônicas (e.g., PubMed, PsycINFO, etc.), trabalhos não publicados (e.g., teses e dissertações, artigos no prelo), anais de congresso, checagem das referências bibliográficas dos estudos encontrados, entre outras (Beyea & Nicoll, 1998; Russell, 2005; Souza et al., 2010; Whitemore & Knafl, 2005). Naturalmente, cada fonte de informação demanda uma estratégia de busca diferente (Higgins & Green, 2008).

A seleção dos estudos encontrados na busca da literatura deve obedecer a critérios de inclusão e exclusão predeterminados de acordo com o problema de pesquisa. Contudo, diferentemente da revisão sistemática, na qual o pesquisador exclui estudos com baixa qualidade com o intuito de garantir que apenas dados empíricos rigorosamente produzidos sejam considerados para concluir se determinada intervenção é ou não eficaz, na revisão integrativa todos os estudos encontrados são incluídos e diferentes pesos são atribuídos a cada um deles a depender de sua qualidade metodológica. Nesse sentido, Mendes et al. (2008) explicam que

a avaliação da adequação da metodologia dos estudos não deve ser utilizada como critério de inclusão, pois este critério seria um problema caso o revisor considerasse quase todos os estudos selecionados com metodologia inadequada e excluí-los. A melhor estratégia

seria incluir todos os estudos e pesquisar padrões de possíveis influências metodológicas nos resultados. (p. 762)

A terceira etapa da revisão integrativa é a extração dos dados, que tem por objetivo a organização e sumarização dos estudos em um banco de dados conciso e de fácil manejo. Para isso, faz-se necessário construir uma ficha de extração de dados que define previamente quais informações serão coletadas e posteriormente analisadas. A elaboração de uma ficha de extração de dados é extremamente importante para assegurar a objetividade da revisão, uma vez que garante que todas as informações relevantes sejam registradas e minimiza o risco de vieses na transcrição. Diferentes dados podem ser extraídos dos estudos selecionados a depender dos objetivos da revisão, tais como participantes, delineamentos, intervenções, resultados, etc. (Souza et al., 2010; Whitemore & Knafl, 2005).

É recomendado que a terceira etapa inclua uma avaliação crítica da qualidade dos estudos revisados, que geralmente ocorre por meio do preenchimento de um checklist padronizado, conforme mencionado no Capítulo 1. A escolha de um instrumento adequado de avaliação crítica é considerada parte fundamental da prática baseada em evidências, uma vez que a informação sobre a validade interna de cada um dos estudos é extremamente importante para que os consumidores de pesquisa sejam capazes de determinar se seus resultados são relevantes e, portanto, se devem ou não ser transpostos para os mais diversos âmbitos, tais como prática clínica, formação de profissionais, formulação de políticas públicas, etc. (Katrak, Bialocerkowski, Massy-Westropp, Kumar & Grimmer, 2004).

Todavia, o uso de instrumentos de avaliação crítica é mais complicado do que parece. Em uma revisão da literatura, Katrak, Bialocerkowski, Massy-Westropp, Kumar e Grimmer (2004) identificaram a existência de 121 instrumentos de avaliação crítica e analisaram seus respectivos conteúdos (i.e., lista de itens), propósitos (i.e., tipo de delineamento a que se referem), métodos de construção (i.e., se o instrumento dispunha de fundamentação empírica), propriedades psicométricas (i.e., validade e confiabilidade) e diretrizes para uso. A pesquisa revelou, entre outras coisas, que apenas 14% dos instrumentos passaram por testes de validade e confiabilidade, 12% tinham alguma base empírica e 43% possuíam instruções de como utilizá-los. Com base nesses achados, os autores chegaram às seguintes conclusões: a ausência de testes de validade e confiabilidade associada à falta de instruções específicas de como utilizar os instrumentos pode levar os pesquisadores a interpretar os itens do checklist de maneira muito diferente, invalidando os resultados da avaliação crítica; a enorme diversidade de instrumentos para um mesmo delineamento (dos 121 instrumentos, 45 eram destinados ao ensaio clínico randomizado) pode tornar a escolha por um deles bastante difícil e, pior, o uso de diferentes

instrumentos para um mesmo delineamento pode gerar conclusões muito distintas acerca da qualidade de um estudo; por essas razões, consumidores de pesquisa não têm qualquer garantia de que o conteúdo dos instrumentos de avaliação crítica publicados refletem os aspectos mais importantes da qualidade do estudo em questão. Em vista desse cenário, os autores recomendam que

os consumidores de pesquisa deveriam selecionar cuidadosamente as ferramentas de avaliação crítica para as suas necessidades. As ferramentas selecionadas deveriam ter evidências publicadas da base empírica de sua construção, validade dos itens e confiabilidade da interpretação, bem como orientações para uso, de modo que as ferramentas possam ser aplicadas e interpretadas de forma padronizada. (Katrak et al., 2004, p. 8)

Além dos problemas relativos ao uso de instrumentos explicitados na revisão de Katrak et al. (2004), é importante observar que a realização de avaliação crítica da qualidade dos estudos é uma empreitada particularmente difícil na revisão integrativa. Enquanto que na revisão sistemática o pesquisador utiliza apenas um único instrumento, dado que essa modalidade de revisão abarca um único delineamento de pesquisa, a avaliação da qualidade metodológica numa revisão integrativa exigiria que fossem utilizados diversos instrumentos específicos para cada tipo de delineamento ou, então, um único instrumento genérico que abarcasse diversos delineamentos, o qual, muitas vezes, não é capaz de captar as características fundamentais dos estudos em questão. Além disso, não há diretrizes que especifiquem como comparar ou agrupar as informações obtidas nos instrumentos de avaliação crítica de cada tipo de delineamento, o que torna a tarefa bastante artesanal.

Depois que todos os dados foram extraídos, o pesquisador percorre a quarta etapa da pesquisa – a análise dos dados. Enquanto que na revisão sistemática esta fase geralmente consista de procedimentos estatísticos que permitem combinar todos os estudos individuais para calcular o tamanho do efeito de determinada intervenção, não há, na revisão integrativa, qualquer padronização na maneira de analisar e interpretar os dados no processo de síntese dos estudos. Assim, cabe ao pesquisador elaborar suas próprias estratégias para organizar e sumarizar a produção de conhecimento da área em investigação. Em geral, os dados extraídos devem ser agrupados e comparados de acordo com as similaridades que possuem entre si (e.g., a variável dependente observada), de modo que seja possível estabelecer relações, identificar padrões e derivar conclusões, proporcionando um retrato fiel do “estado da arte” do tema investigado na revisão.

A quinta e última etapa da revisão integrativa – interpretação dos resultados – corresponde à discussão dos dados sumarizados. Nesta etapa, portanto, deve-se explicitar o que os resultados encontrados indicam, relacionar os achados empíricos à teoria que os sustentam, apontar as implicações clínicas dos dados analisados e sugerir estudos futuros. Em poucas palavras, a interpretação dos resultados possibilita identificar o estado atual da produção de evidências empíricas de determinada modalidade de intervenção (Mendes et al., 2008; Souza et al., 2010).

3.2 Procedimento

As cinco etapas da revisão integrativa – (1) formulação do problema de pesquisa, (2) busca na literatura, (3) extração de dados e avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos, (4) análise dos dados e (5) interpretação dos resultados – percorridas na presente pesquisa estão descritas a seguir.

3.2.1 Etapa 1 – Formulação do Problema de Pesquisa

Conforme apresentado no Capítulo 2, o objetivo deste trabalho foi identificar, organizar, sumarizar e avaliar criticamente a produção de evidências empíricas acerca da eficácia da TAC e a da FAP. Em outras palavras, esta tese pretende responder a quatro perguntas: (1) quais são as evidências empíricas de eficácia da TAC e da FAP? (2) qual é a qualidade dessas evidências? (3) quais evidências estão faltando? (4) quais são as pesquisas futuras necessárias?

3.2.2 Etapa 2 – Busca na Literatura

A busca na literatura foi finalizada em 01/10/2014 e foi conduzida de forma a localizar o maior número possível de estudos empíricos sobre TAC e FAP, publicados ou não. Em vista disso, foram utilizadas bases de dados globais que indexam trabalhos relativos à psicologia geral e a outras ciências da saúde, além de fontes específicas da análise do comportamento.

Bases de dados globais

Tendo por base as diretrizes do *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Higgins & Green, 2008) e uma consulta realizada com uma bibliotecária do

Instituto de Psicologia da USP especializada em revisões de literatura, foram selecionadas 11 bases de dados globais²⁹, a saber:

PsycINFO, uma base de dados da APA que indexa artigos, capítulos de livro, dissertações e teses da literatura internacional em psicologia. Abrangendo publicações de aproximadamente 50 países, esta base cobre mais de 2.450 periódicos científicos, dentre os quais se encontram publicações de extrema relevância para a terapia comportamental.

PubMed, uma base de dados desenvolvida pelo *National Center for Biotechnology Information* que contempla mais de 17 milhões de referências de artigos e outros documentos na área da saúde publicados em cerca de 3.800 revistas científicas.

Web of Knowledge, uma base de dados mantida pela *Thomson Reuters* cuja indexação abrange mais de 23.000 periódicos científicos desde o ano de 1900, totalizando mais de 40 milhões de referências (artigos, livros, anais de congresso, patentes, etc.).

PSICODOC, uma base de dados especializada em psicologia que indexa trabalhos publicados desde 1975 em periódicos científicos, livros e congressos da Espanha, Portugal e América Latina. Atualmente, conta com aproximadamente 113.000 referências bibliográficas, distribuídas em 770 revistas, 650 congressos e 2.200 livros.

Scopus, produzida pela *Elsevier*, é considerada a maior base de dados do mundo de literatura científica revisada por pares, abrangendo cerca de 53 milhões de registros publicados em mais de 20.000 periódicos e 40.000 livros, dos quais um terço é relativo às ciências da saúde.

ProQuest, uma editora eletrônica coordenada pelo *Cambridge Information Group* que reúne diversos tipos de documentos, entre eles periódicos científicos, teses e dissertações.

Cochrane Library, que organiza uma grande coleção de revisões sistemáticas e meta-análises que avaliam a eficácia de diferentes intervenções na área da saúde.

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), uma base de dados que abarca a Scientific Electronic Library Online (SCIELO), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o Portal de Evidências em Saúde, entre outros, cuja indexação contempla mais de 540.000 artigos e 110.000 monografias, teses e dissertações, além de livros, capítulos de livros, anais de congressos, relatórios técnico-científicos, etc. em psicologia.

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

²⁹ Pretendia-se utilizar também o Embase (uma base de dados que contém mais de 25 milhões de referências relacionadas à biomedicina e à farmacologia) e a Clase (um indexador de trabalhos da América Latina), mas não foi possível acessá-las em razão de problemas contratuais com a CAPES à época da busca na literatura.

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

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

Bases de dados de análise do comportamento

Embora as bases de dados globais descritas acima abarquem artigos, dissertações e teses nacionais e internacionais, foram incluídas com o intuito de abranger o maior número possível de estudos empíricos em TAC e FAP, a saber:

Banco de Dados de Dissertações e Teses em Análise do Comportamento no Brasil (BDTAC/BR), um banco de dados desenvolvido pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento da PUC-SP que lista 789 dissertações e 221 teses em análise do comportamento realizadas entre 1968 e 2007. As informações estão organizadas por título, autor, ano, resumo, palavras-chave e tipo de pesquisa (básica, aplicada e histórica/conceitual).

Sobre Comportamento e Cognição e *Comportamento em Foco*, uma coleção de 31 livros (sendo 27 de *Sobre Comportamento e Cognição* e quatro de *Comportamento em Foco*) onde foram publicados os principais trabalhos apresentados nas 23 edições do Encontro Brasileiro de Psicologia e Medicina Comportamental (promovido pela Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental), o maior e mais importante congresso brasileiro da área.

Website oficial da FAP, que lista na seção *References*³⁰ todas as publicações sobre essa modalidade de terapia desde 1987 até os trabalhos no prelo.

Estratégias de busca

Diferentes estratégias de busca foram elaboradas para cada uma das bases de dados a depender dos campos disponíveis para pesquisa e de sua especificidade (i.e, global ou de análise do comportamento).

Nas bases de dados globais, os termos buscados foram: “*terapia analítico-comportamental*”, “*clínica analítico-comportamental*”, “*terapia por contingências de reforçamento*”, “*psicoterapia analítica funcional*”, “*psicoterapia analítico funcional*”, “*behavior analytic therapy*”, “*functional analytic psychotherapy*” e “*clinical behavior analysis*”, além dos cruzamentos “*behavior therapy*” X “*radical behaviorism*”, “*psychotherapy*” X “*radical behaviorism*”, “*clinical psychology*” X “*radical behaviorism*” e de seus equivalentes em português (i.e., “*terapia comportamental*” X “*behaviorismo radical*”, “*psicoterapia*” X “*behaviorismo radical*”, “*psicologia clínica*” X “*behaviorismo radical*”. Quando a base de dados não possibilitava pesquisar por cruzamentos, caso do BDTD/IBICT e das bibliotecas digitais da PUC-SP, UNICAMP, UEL, UFG, UFMG e UFPR, a expressão “*terapia comportamental*” foi buscada sem nenhum cruzamento. Além disso, no BDTD CAPES, optou-se por buscar por “*terapia comportamental*” sem nenhum cruzamento, pois essa estratégia se mostrou mais efetiva para a recuperação de registros. A Tabela 1 apresenta os campos nos quais esses termos foram pesquisados e a quantidade de referências localizadas nas bases de dados globais.

Nas bases de dados específicas da análise do comportamento, duas diferentes estratégias de busca foram empregadas. A busca das teses e dissertações no BDTAC/BR ocorreu por meio da opção *filtro*, que permite buscar as células que contêm a palavra digitada. Para a busca das teses e dissertações relevantes para o presente trabalho, o filtro foi aplicado às colunas *título* e *resumo* e as seguintes palavras foram buscadas: *atendimento*, *caso*, *cliente*, *paciente*, *intervenção*, *intervenções*, *psicoterapeuta*, *psicoterapia*, *psicoterápica*, *psicoterápico*, *clínica*, *clínico*, *sessão*, *sessões*, *terapeuta*, *terapêutica*, *terapêutico*, *terapia*, *tratamento* e “*relato de experiência*”. Quanto às coleções *Sobre Comportamento e Cognição* e *Comportamento em Foco*, o título de todos os capítulos foram lidos e aqueles que continham as palavras de busca mencionadas foram selecionados. A Tabela 2 apresenta a quantidade de

³⁰ <http://functionalanalyticpsychotherapy.com/references/>

referências encontradas nessas duas bases de dados. Por fim, todos os artigos encontrados no website da FAP foram incluídos para, posteriormente, passarem pelos critérios de inclusão.

Tabela 1.

Quantidade de referências localizadas nas bases de dados globais

Base de Dados	Campos	Resultados
PsycINFO	title OR keywords	187
PubMed	title OR abstract	44
Web of Knowledge	title OR topic	118
PSICODOC	all fields	104
Scopus	title OR abstract OR keywords	138
Proquest	title OR abstract OR keywords	1
Cochrane Library	title OR abstract OR keywords	2
BVS	título OR resumo OR assunto	229
BDTD IBICT	título OR resumo OR assunto	77
BDTD CAPES	todos os campos	28
Bibliotecas Digitais	todos os campos	127
		Total: 1055

No total, a busca na literatura descrita acima resultou na identificação de 1920 registros. Após a remoção das duplicações, realizada por meio da ferramenta *find duplicates* do *Endnote®Web* para as bases de dados que se comunicam com esse software e manualmente nos outros casos, além da remoção de livros, a seleção consistiu em 926 registros, sendo 267 artigos, 44 capítulos de livros estrangeiros, 357 capítulos de *Sobre Comportamento e Cognição*, 24 capítulos de *Comportamento em Foco*, 187 dissertações de mestrado e 47 teses de doutorado.

Tabela 2.

Quantidade de referências localizadas nas bases de dados específicas

Fonte	Resultados
BDTAC/BR	208
Sobre Comportamento e Cognição	464
Comportamento em Foco	26
Website da FAP	167
<hr/>	
Total: 865	

Obtenção dos textos completos

Diversos meios foram utilizados para a obtenção dos textos completos dos estudos revisados. Artigos com acesso gratuito foram obtidos no próprio website do periódico e artigos pagos foram obtidos por meio do Portal de Periódicos da CAPES. Em alguns casos, foi necessário fotocopiar o artigo na versão impressa do periódico, obtido na Biblioteca Dante Moreira Leite do Instituto de Psicologia da USP. Teses e dissertações disponíveis em *pdf* foram obtidas nos bancos de teses (BDTD/IBICT e BDTD/CAPES) e nas bibliotecas digitais das universidades. Artigos, teses e dissertações que não puderam ser obtidos por meio das formas descritas acima foram solicitados ao Programa de Comutação Bibliográfica do IBICT. Os capítulos das coleções *Sobre Comportamento e Cognição* e *Comportamento em Foco* foram obtidos no acervo pessoal do presente autor e os volumes de *Comportamento em Foco* no website da ABPMC.

Utilizando os meios descritos acima, todos os trabalhos foram obtidos, com exceção de uma dissertação de mestrado – Araújo (2004). Diferentes formas de acessá-la foram tentadas (contato com a orientadora, com um dos membros da banca e com a biblioteca da universidade onde foi defendida), mas todas sem sucesso. Assim, esse trabalho não passou sequer pela análise dos critérios de inclusão.

Crítérios de inclusão e de exclusão

Em seguida, foram lidos os títulos e resumos (quando havia) de todos os 926 trabalhos encontrados com o intuito de selecionar aqueles que seriam objeto de análise desta revisão. Quando apenas a leitura do título e do resumo não permitiu determinar a elegibilidade do

estudo, este foi lido na íntegra e excluído da seleção final caso não atendesse a todos os critérios de inclusão descritos a seguir.

Para ser incluído nesta revisão, o estudo deveria atender a todos os seguintes critérios: ser relato de caso, experimento de caso único ou pesquisa de grupo que descreva os resultados obtidos num processo de terapia individual; ter participantes com desenvolvimento típico e idade igual ou superior a 18 anos; ter ocorrido exclusivamente no ambiente de consultório; ser fundamentado no behaviorismo radical e utilizar conceitos da análise do comportamento na descrição do processo terapêutico. Dessa forma, foram excluídos: trabalhos não empíricos; pesquisas clínicas que não apresentam dados relativos à eficácia da intervenção³¹; estudos com participantes menores de 18 anos ou com desenvolvimento atípico (e.g., autismo); intervenções nas quais os clientes eram um casal ou um grupo; intervenções que envolveram qualquer intervenção em ambiente extraconsultório (e.g., hospital, escola, residência, etc.); estudos que deixavam dúvidas quanto a sua vinculação com a abordagem analítico-comportamental³²; pesquisas que utilizaram a TAC ou a FAP apenas como uma intervenção adjuntiva a outras formas de terapia (e.g., Kanter, Schildcrout & Kohlenberg, 2005; Kohlenberg & Tsai, 1994; Kohlenberg, Kanter, Bolling & Parker, 2002). Além disso, trabalhos sobre ACT, DBT e BA foram excluídos, pois, conforme apresentado anteriormente, essas modalidades de terapia foram revisadas e meta-analisadas recentemente.

Outros dois critérios foram utilizados: (1) nos casos em que uma tese de doutorado ou dissertação de mestrado havia sido publicada em formato de artigo, foi selecionada apenas a versão publicada, o que ocorreu em três ocasiões: a dissertação de Gavazzoni (2008) publicada

³¹ Alguns exemplos são: Almas (2004) e Silva (2001), que demonstraram como o reforçamento diferencial do terapeuta de verbalizações específicas do cliente aumentam ou diminuem sua frequência; Campos (2007), que investigou as relações funcionais envolvidas em comportamentos depressivos; Donadone (2004), que analisou como a formação teórica, tempo de experiência, tipo de cliente e tema abordado em sessão afetam o comportamento de orientar por parte do terapeuta; Dotto (1998), que pesquisou a instalação e manutenção de comportamento bulímico sob a ótica da análise funcional; Martins (1999), que investigou a frequência e o tipo de verbalização sobre eventos privados emitidas tanto pelo terapeuta quanto pelo cliente ocorrem em sessões de psicoterapia; Sousa (2004), que descreveu os sentimentos que o atendimento a clientes com transtorno de personalidade borderline provocaram em quatro terapeutas comportamentais; Oliveira (2008), que verificou a correspondência entre os relatos emitidos por terapeutas comportamentais sobre seus próprios comportamentos na interação com seus clientes e os comportamentos que de fato ocorreram; Sadi (2011), que registrou a frequência de verbalizações do terapeuta e do cliente (segundo o *Sistema Multidimensional de Categorização de Comportamentos na Interação Terapêutica* de Zamignani, 2007) em um caso de abandono de terapia por um cliente com transtorno de personalidade borderline; Starling (2010), cujo objetivo foi testar o modelo de prática controlada no âmbito do consultório particular, com o intuito de aproximar a prestação de serviços em TAC de uma prática científica.

³² Em consonância com Meyer (1995), uma terapia foi considerada consistente com a análise do comportamento quando a análise de contingências era o princípio organizador da intervenção, os procedimentos utilizados eram relacionados aos processos básicos do comportamento (reforçamento, extinção, discriminação, regra, etc.) e a descrição da terapia estava pautada na filosofia behaviorista radical (rejeição ao mentalismo, ênfase no selecionismo, etc.).

em Gavazzoni e Marinho-Casanova (2008); a tese de Oshiro (2011) publicada em Oshiro, Kanter e Meyer (2012); a dissertação de Perón (2012) publicada em Perón e Silveira (2013); (2) quando um texto relatava mais do que um caso clínico e nem todos atendiam aos critérios de inclusão, apenas o(s) caso(s) que atendia(m) aos critérios foi(ram) selecionado(s). Um exemplo é o artigo de Vandenberghe, Nasser e Silva (2010), que contém dois casos, sendo um de terapia de casal, infringindo os critérios de inclusão, e outro de terapia individual cujas características atendiam aos critérios. Assim, apenas o último foi selecionado.

Após a aplicação dos critérios de inclusão apresentados acima, a seleção de textos passou para 19 artigos, 25 capítulos de *Sobre Comportamento e Cognição*, um capítulo de *Comportamento em Foco*, oito dissertações de mestrado e uma tese de doutorado. Posteriormente, o título de todas as referências citadas por esses 54 trabalhos foi lido com o intuito de localizar estudos que eventualmente tenham ficado de fora das bases de dados pesquisadas. Aquelas que continham em seu título uma ou mais das palavras-chave buscadas nas bases globais e nas bases específicas foram incluídas na seleção e, posteriormente, triadas de acordo com os critérios de inclusão já apresentados. No total, os 54 trabalhos citaram 1.425 referências, mas, após a remoção das duplicações e a aplicação dos critérios de inclusão, nenhum novo estudo foi selecionado. Todos os trabalhos incluídos nesta revisão estão listados no Apêndice 1.

O fluxograma apresentado na Figura 4 mostra o número de estudos selecionados e eliminados em cada um dos estágios da busca na literatura.

3.2.3 Etapa 3 – Extração das Informações e Avaliação Crítica

Para a avaliação crítica dos estudos revisados nesta tese, pretendia-se utilizar um instrumento específico para extrair e analisar os relatos de caso, outro para os experimentos de caso único e um terceiro para as pesquisas de grupo. Entretanto, a análise dos instrumentos voltados para pesquisa experimental, observacional e qualitativa listados na revisão de Katrak et al. (2004) e dos checklists providos pelo *Critical Appraisal Skills Programme* revelou que muitas das questões eram pouco pertinentes para os fins deste trabalho – por exemplo, o *Ten Questions to Help You Make Sense of Qualitative Research* (Critical Appraisal Skills Programme, 2013) – instrumento voltado para pesquisa qualitativa que, em tese, poderia ser empregado para os estudos de caso – indaga sobre o processo de seleção e representatividade estatística do participante, além de fazer perguntas sobre o procedimento de coleta e análise de dados que não se aplicam a trabalhos relativos à psicoterapia. Além disso, a literatura

encontrada e selecionada para esta revisão carece de ensaios clínicos randomizados, o que torna desnecessária a aplicação de um instrumento específico a esse delineamento, como o *CONSORT Statement* (Boutron, Moher, Altman, Schulz & Ravaud, 2008).

Dessa forma, concluiu-se que não seria possível utilizar um dos checklists publicados para fazer a avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos, seja porque não há instrumentos que atendam às idiossincrasias da literatura revisada neste trabalho ou porque nenhum deles preenche os critérios aventados por Katrak et al. (2004): fundamentação empírica, validade dos itens, confiabilidade da interpretação e orientações para uso. Por fim, é importante apontar que, embora a inclusão de estudos com diferentes métodos de pesquisa (relatos de caso, experimentos de caso único e pesquisas de grupo) possa complicar a análise dos dados, é somente incluindo todo e qualquer estudo que será possível obter um retrato abrangente, profundo e atualizado sobre a produção de evidências empíricas acerca da eficácia da TAC e da FAP.

Assim, tendo em vista as limitações mencionadas acima, optou-se por apenas extrair as informações dos estudos da maneira mais completa possível e valer-se de suas características para estimar sua qualidade metodológica. As informações de cada um dos estudos selecionados foram organizadas numa ficha de extração construída no Microsoft Excel especialmente para este trabalho (Figura 5).

As informações de todos os trabalhos selecionados para revisão foram extraídas pelo autor desta tese e por outra pesquisadora, cuja formação no momento da coleta era graduação em Psicologia e especialização *latu sensu* em terapia analítico-comportamental. O objetivo em ter um segundo pesquisador extraindo as mesmas informações não foi calcular o percentual de concordância obtido, mas sim identificar, debater e solucionar quaisquer divergências, de modo a garantir maior fidedignidade na obtenção das informações. Ademais, é importante observar que a extração das informações ocorreu individualmente para cada um dos casos. Dessa forma, quanto um trabalho relatou mais de um caso (e.g., Oshiro, Kanter & Meyer, 2012), sua referência foi repetida no preenchimento da planilha.

Figura 5. Ficha de extração de dados.

Na planilha apresentada na Figura 5, cada linha representou um caso e, em cada coluna, foi inserida a informação referente a cada aspecto do trabalho, detalhados a seguir.

- **autores, ano e tipo de publicação:** artigo (ART), dissertação de mestrado (DM), tese de doutorado (TD) ou capítulo de livro (CL).
- **denominação dada à terapia:** terapia analítico-comportamental (TAC), terapia por contingências de reforçamento (TCR), terapia comportamental (TC), psicoterapia analítica funcional (FAP), análise do comportamento clínica (ACC), outra (OUT) ou não informa (NI).
- **método de pesquisa:** relato de caso (RC), experimento de caso único (ECU) ou pesquisa de grupo (GRU). No caso de experimentos de caso único, foi registrado o delineamento empregado (e.g., ABAB, AB, A/A+B, etc.).
- **idade, gênero e diagnóstico (psiquiátrico ou não) do cliente:** em relação ao diagnóstico, três possibilidades de registro foram consideradas: diagnóstico propriamente dito (e.g., transtorno depressivo maior), informa que não tem diagnóstico (não) ou não informa se o cliente tinha ou não um diagnóstico (NI).
- **número de sessões:** número exato de sessões, número aproximado (em semanas ou meses de terapia) ou não informa (NI). Nos casos em que o autor apresentou a duração em semanas ou meses, foi realizado um cálculo arbitrário para convertê-la em número de sessões³³.
- **alvos da intervenção:** inicialmente, foi realizada a transcrição literal da informação apresentada no texto para a planilha e, posteriormente, a leitura de todas as transcrições permitiu a criação das seguintes categorias: atividades acadêmicas ou profissionais (ACAP); adesão a outros tratamentos (ADE-OT); adesão à terapia (ADE-T); atividade física (AFIS); hábitos alimentares (ALIM); autoconhecimento (AUTOCON); relações conjugais (CONJ); atividades cotidianas (COT); identificação, contato e expressão de sentimentos (EXPS); relações familiares (FAM); organização financeira (FIN); fobia

³³ Quando o texto descreveu que as sessões de terapia ocorreram semanalmente por um ano ou mais, o número de sessões registrado foi de 46 por ano, estimando que, das 52 semanas do ano, em seis o cliente não teve sessão por conta de feriados, férias ou cancelamentos. Quando o texto descreveu que as sessões de terapia ocorreram semanalmente por menos de um ano, o número de sessões registrado foi calculado sem nenhuma subtração (ou seja, sete meses de terapia equivaliu a 28 sessões).

(FOB); habilidades sociais gerais (HS-G); habilidades sociais com terapeuta (HS-T); atividades de lazer (LAZ); descrição e interpretação da realidade – correspondência entre regras ou autorregras e contingências em vigor (REAL-CO); descrição e interpretação da realidade – hipersignificação do passado (REAL-HP); rituais e compulsões (RITCOM); sentimentos negativos (SENTN); relações sexuais (SEX); sintomas físicos (SFIS); uso de substâncias (SUBS); ideação suicida ou tentativa de suicídio (SUIC); outro (OUT). No Apendice 2 está disponível uma relação de exemplos de categorização dos alvos da intervenção que foram extraídos dos textos.

- **análise de contingências:** apresenta (sim) ou não apresenta (não). Caso o autor tenha apresentado apenas uma hipótese funcional ou variável relacionada ao alvo da intervenção (e.g., o comportamento X possivelmente era mantido por atenção), foi registrado que o caso apresenta, sim, análise de contingências. Caso o autor afirme que realizou uma análise de contingências, mas não a descreveu no texto, foi registrado que não.

- **procedimentos de intervenção:** inicialmente, foi realizada a transcrição literal da informação apresentada no texto para a planilha e, posteriormente, a leitura de todas as transcrições permitiu a criação das seguintes categorias: apresentação e/ou ensino de análise de contingências (AEAC); contracondicionamento respondente (CCRESP); confronto (CONF); empatia/validação (EMP); exposição (EXP); psicoterapia analítica funcional (FAP); fornecimento de regras (FR); fornecimento de estímulo discriminativo (FSD); inclassificável (INC); modelação e/ou ensaio comportamental (MOD); outro (OUT); psicoeducação (PSICOEDU); punição de emissão de comportamento-alvo em sessão (PUNCAS); punição de relato de emissão de comportamento-alvo (PUNRECA); reforçamento de emissão de comportamento-alvo em sessão (REFCAS); reforçamento de relato de emissão de comportamento-alvo (REFRECA); treino de respiração e/ou de relaxamento (RESPREL); treino de habilidades sociais (THS). No Apendice 3 está disponível uma relação de exemplos de categorização dos procedimentos de intervenção que foram extraídos dos textos. Se um único caso descrever várias vezes o uso de um mesmo procedimento, apenas um registro foi realizado na planilha.

- **variáveis externas à terapia:** qualquer intervenção direcionada ao alvo da intervenção além da terapia, como medicação, orientação de nutricionista, acompanhamento de professor de educação física, etc.

- **fidelidade ao procedimento:** registro da avaliação de se a intervenção foi, de fato, implementada conforme planejada e descrita. Caso o texto informasse que todas as sessões foram analisadas integralmente, foi registrado que sim. Caso o texto informasse que parte das sessões ou que uma amostra de todas as sessões foi analisada integralmente, foi registrado como parcialmente. Todas as outras situações foram registradas como não.
- **medida de resultado:** relato assistemático por parte do cliente e/ou terapeuta (RTC); autorrelato por meio de registro individualizado (AI); relato assistemático por terceiro (RAT); relato de terceiro por meio de registro individualizado (RTI); relato assistemático por outro profissional (OP); autorrelato por meio de instrumento padronizado (AP); observação sistemática do comportamento em sessão (OS); relato por terceiro por meio de instrumento padronizado (RTP); medida fisiológica (MF); medida de comportamento externo à sessão (MCE). Foram consideradas como medidas não objetivas RTC, AI, RAT, RTI e OP e como medidas objetivas AP, OS, RTP, MF e MCE.
- **eficácia da intervenção:** positiva (+), quando houve melhora no quadro clínico; negativa (-), quando houve piora do quadro clínico; inócua (I), quando nenhuma mudança ocorreu no quadro clínico; ambígua 1 (A1), quando um ou mais alvos melhoram e um ou mais alvos não melhoram ou pioram; ambígua 2 (A2), quando medidas de resultados diferentes indicam eficácia diferente.
- **follow-up:** em primeiro lugar, foi registrado se o estudo informa a realização de follow-up (S), informa que não houve follow-up (não) ou não informa (NI). Caso o trabalho informe que houve follow-up, foram registrados o intervalo de tempo entre o fim da intervenção e a realização do follow-up e o tipo de resultado encontrado nele, utilizando as mesmas categorias de eficácia mencionadas acima. Dessa forma, caso um estudo tenha informado que fez follow-up 18 semanas após o fim da intervenção e que a melhora no quadro clínico observada ao fim da intervenção foi mantida, a informação inserida na planilha foi S+ (18 semanas).

É importante observar que o tratamento das informações e a criação das categorias baseou-se exclusivamente na interpretação do pesquisador acerca da descrição apresentada nos textos analisados, uma vez que não existe, para este tipo de trabalho, uma metodologia de pesquisa sistematizada e compartilhada por um grande número de pesquisadores. Logo, o procedimento adotado neste trabalho é idiossincrático e, portanto, não passível de replicação

direta. Para diminuir os inevitáveis vieses desse modo de proceder, a construção das categorias e as categorizações das transcrições foram debatidas com uma segunda pesquisadora, uma psicóloga com mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento e doutorado em Psicologia da Educação que possui experiência como docente e orientadora. Apesar dos vieses, espera-se que a descrição das decisões metodológicas apresentadas seja satisfatória para garantir a relevância dos dados obtidos.

3.2.4 Etapa 4 – Procedimento de Análise

Os dados obtidos foram organizados de maneira a possibilitar dois tipos de análise. A primeira, descritiva, abarcou a denominação dada à terapia, idade, gênero e diagnóstico dos clientes, método de pesquisa, número de sessões, avaliação da fidelidade ao procedimento, apresentação de análise de contingências, alvos da intervenção, procedimentos utilizados, eficácia, medidas de resultado e follow-up. A segunda análise consistiu em cruzamentos entre denominação dada à terapia e ano; denominação dada à terapia e método de pesquisa; denominação dada à terapia e apresentação de análise de contingências; denominação dada à terapia e follow-up; apresentação de análise de contingências e ano; medida de resultado e ano; medida de resultado e tipo de trabalho; etc. (ver Capítulo 4 – Resultados)

3.2.5 Etapa 5 – Interpretação dos Resultados

A interpretação dos resultados encontrados e suas implicações para a prática clínica analítico-comportamental está descrita nos Capítulos 4 e 5 – Resultados e Discussão, respectivamente, desta tese.

3.3 Declaração de Conflito de Interesses

O presente autor atua profissional e academicamente com terapia comportamental e apresenta comprometimento com a propagação da análise do comportamento.

4. RESULTADOS

Os objetivos desta tese foram identificar, organizar, sumarizar e avaliar criticamente a produção de evidências empíricas acerca da eficácia da TAC e a da FAP³⁴. Pretendeu-se responder a quatro perguntas: (1) quais são as evidências empíricas de eficácia da TAC e da FAP? (2) qual é a qualidade dessas evidências? (3) quais evidências estão faltando? (4) quais são as pesquisas futuras necessárias?

Para atingir esse objetivo, foi realizada uma busca sistemática na literatura nacional e internacional, na qual foram empregadas 11 bases de dados globais (PsycINFO, PubMed, Web of Knowledge, PSICODOC, Scopus, ProQuest, Cochrane Library, Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e as bibliotecas digitais de teses e dissertações das universidades que possuem programas de pós-graduação em análise do comportamento ou que tenham linha de pesquisa na área) e três fontes de informação específicas da análise do comportamento (Banco de Dados de Dissertações e Teses em Análise do Comportamento no Brasil, coleções *Sobre Comportamento e Cognição* e *Comportamento em Foco*, além do website da FAP).

A busca na literatura resultou em 19 artigos, 25 capítulos de *Sobre Comportamento e Cognição*, um capítulo de *Comportamento em Foco*, oito dissertações de mestrado e uma tese de doutorado, totalizando 54 trabalhos que apresentaram 72 relatos de terapia individual fundamentada na análise do comportamento realizada exclusivamente no ambiente de consultório com clientes adultos verbalmente competentes.

Os dados extraídos de cada um dos 72 casos podem ser examinados na planilha apresentada no Apêndice 4. A seguir, serão descritos os resultados das análises das informações obtidas (denominação dada à terapia, idade, gênero e diagnóstico dos clientes, método de pesquisa, número de sessões, avaliação da fidelidade ao procedimento, apresentação de análise de contingências, alvos da intervenção, procedimentos utilizados, eficácia, medidas de resultado e follow-up) e cruzamentos entre elas para todos os casos.

Conforme ilustra a Figura 6, não há uma única denominação dada à terapia: dos 57 casos que informaram o nome da intervenção realizada, 28 (38.9%) empregaram a *psicoterapia*

³⁴ Conforme explicado na seção de Método, as pesquisas sobre ACT, DBT e BA não foram incluídas neste trabalho porque foram revisadas e meta-analisadas recentemente (cf. Bankoff, Karpel, Forbes & Pantalone, 2012; Cuijpers, van Straten & Warmerdam, 2007; Ekers, Richards & Gilbody, 2008; Mazzucchelli, Kane & Rees, 2009; Öst, 2014; Stoffers et al., 2012).

analítica funcional (FAP) e 29 (40.3%) utilizaram outras quatro denominações – *terapia comportamental* (TC), *terapia analítico-comportamental* (TAC), *análise do comportamento clínica* (ACC) e *terapia por contingências de reforçamento* (TCR). Além disso, 15 casos (20.8%) não designaram um nome à prática clínica realizada. É importante observar que todos os casos que empregaram as denominações TC, TAC, ACC, TCR e NI foram oriundos do Brasil e, portanto, representam a modalidade de terapia desenvolvida e praticada neste país³⁵.

A Figura 7 mostra as denominações utilizadas ao longo dos anos. Observa-se um aumento acentuado no número de pesquisas sobre FAP a partir de 2009. A TAC apareceu pela primeira vez em 2002, tendo sido empregada oito vezes entre 2002 e 2014. Por sua vez, TC, que teve sua primeira aparição em 1997, continuou em voga ao longo dos anos, aparecendo em nove casos entre 2001 (quando Tourinho e Cavalcante propuseram o uso de TAC) e 2014. Dez casos nesse mesmo período não informaram nenhuma denominação.

³⁵ Ainda que a expressão *análise do comportamento clínica* (ACC) tenha sido cunhada originalmente nos EUA, todos os trabalhos revisados nesta tese que empregaram essa denominação foram desenvolvidos no Brasil.

Em relação aos clientes atendidos, as Figuras 8 e 9 revelam que a maioria foi do sexo feminino (71%) e tinha entre 18 e 41 anos de idade (88.6%). Entre os 72 casos considerados nesta revisão, apenas dois clientes tinham idade entre 50 e 59 anos e nenhum deles eram idosos (i.e., com idade igual ou superior a 60 anos). Em outras palavras, 91.6% dos casos analisados neste trabalho tinham entre 18 e 49 anos.

Ainda em relação aos clientes atendidos, a Figura 10 ilustra que 47.2% deles recebeu algum diagnóstico (psiquiátrico ou não) e que 6.9% não – estes oriundos de duas dissertações de mestrado (Mitsi, 2007 e Popovitz, 2013) que informaram que os clientes não preenchiam critérios diagnósticos para nenhum transtorno psiquiátrico ou outra doença. Dentre os demais casos (45.8%), nenhuma informação diagnóstica foi relatada, o que impossibilita saber se o cliente tinha algum diagnóstico ou apenas se o autor não o relatou.

A Tabela 3 lista os diagnósticos informados nos 34 casos. O grupo diagnóstico mais frequente foi o dos Transtornos Depressivos, com 31.9%, tendo como único representante o Transtorno Depressivo Maior. O segundo grupo diagnóstico com o maior número de ocorrências – 25.6% do total – foi o de Transtornos da Personalidade, seguido pelo grupo dos Transtornos de Ansiedade, que somaram 23.5% do total. O transtorno obsessivo-compulsivo apareceu duas vezes (4.3% do total) e outros dois transtornos relacionados a ele – transtorno dismórfico corporal e tricotilomania – tiveram uma ocorrência cada. O grupo Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos consistiu em 4.3% de todos os diagnósticos, sendo que ambas as ocorrências foram de esquizofrenia paranoide. O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade foi o único do grupo Transtornos do Neurodesenvolvimento.

Tabela 3.
Diagnósticos informados nos 34 dos 72 casos revisados

Grupo Diagnóstico	Diagnóstico	nº	%	% do Grupo
Transtornos Depressivos	Transtorno depressivo maior	15	31.9%	31.9%
Transtornos da Personalidade	Transtorno da personalidade borderline	4	8.5%	25.6%
	Transtorno da personalidade depressiva	3	6.4%	
	Transtorno da personalidade evitativa	2	4.3%	
	Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva	2	4.3%	
	Transtorno da personalidade dependente	1	2.1%	
Transtornos de Ansiedade	Transtorno de ansiedade generalizada	3	6.4%	23.5%
	Transtorno do pânico	3	6.4%	
	Fobia social	3	6.4%	
	Fobia específica	2	4.3%	
Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados	Transtorno obsessivo-compulsivo	2	4.3%	8.5%
	Transtorno dismórfico corporal	1	2.1%	
	Tricotilomania	1	2.1%	
Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	Esquizofrenia paranoide	2	4.3%	4.3%
Transtornos do Neurodesenvolvimento	Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade	1	2.1%	2.1%
Diagnósticos Não Psiquiátricos	Insuficiência renal crônica	1	2.1%	4.2%
	Fibromialgia	1	2.1%	
<i>Total</i>		47	100%	100%

Nota. A soma de diagnósticos é superior a 34 porque alguns casos receberam mais de um.

No que diz respeito ao método de pesquisa dos 72 casos revisados, 60 foram relatos de caso e 12 empregaram o experimento de caso único (ver Figura 11). Os delineamentos específicos empregados nos experimentos de caso único foram ABAB (três casos), ABABA (dois casos), ABABB (dois casos), A/A+B (dois casos) e AB (três casos). Nenhum caso envolvendo delineamento de grupo foi identificado.

A Figura 12 ilustra a relação entre o método de pesquisa empregado e a denominação dada à terapia. Para esta análise, foram agrupadas as denominações TC, TAC, ACC, TCR e NI, de modo a distinguir a FAP do modelo de terapia comportamental desenvolvido e praticado no Brasil. Dentre os 60 relatos de caso, 22 utilizaram a denominação FAP e 38 fizeram uso de outras denominações (TC = 12; TAC = 7; ACC = 3; TCR = 1, NI = 15). Por sua vez, seis dos 12 experimentos de caso único foram realizados sob a denominação FAP e seis sob outras denominações (um utilizou TAC e os outros cinco TC). Proporcionalmente, o experimento de caso único foi utilizado em 21.4% dos casos de FAP e em 13.6% dos casos relatados sob outras denominações.

A fidelidade ao procedimento (i.e., a avaliação de se a intervenção foi, de fato, implementada conforme planejada e descrita) foi verificada por completa em oito casos e parcialmente em seis deles (ver Figura 13). Todos os casos nos quais houve avaliação da fidelidade (por completa ou parcialmente) utilizaram a denominação FAP. Nos outros 58 casos – 14 de FAP e 44 de outras denominações – não houve qualquer tipo de avaliação da fidelidade ao procedimento.

Todos os casos nos quais a fidelidade ao procedimento foi avaliada por completa foram publicados em artigos. De modo semelhante, todos os casos nos quais ela foi avaliada parcialmente foram relatados em dissertações de mestrado (ver Figura 14). Nenhum dos casos publicados em *Sobre Comportamento e Cognição* e em *Comportamento em Foco*, bem como o caso apresentado na única tese de doutorado incluída nesta revisão, avaliou a fidelidade.

No que diz respeito ao tempo de duração da terapia, 34 casos informaram o número exato de sessões, 11 informaram o tempo aproximado e 27 não informaram (ver Figura 15).

Considerando os dados dos 45 casos que descreveram (precisa ou aproximadamente) a duração da terapia (ver Figura 16), a maioria (73.3%) não ultrapassou 32 sessões, sendo que cinco casos passaram por uma ou duas sessões (descritos no mestrado de Darwich, 1999).

Outro aspecto identificado nos 72 casos foi a descrição da análise de contingências realizada (ver Figura 17). Pouco mais da metade dos casos (55.6%) descreveram hipóteses funcionais ou variáveis relacionadas ao alvo da intervenção. Vale lembrar que não foram considerados os casos nos quais o autor afirma ter realizado uma análise de contingências, mas

não a apresentou (e.g., Callaghan, Summers & Weidman, 2003; Goulart-Junior & Britto, 2010; Mendes & Vandenberghe, 2009; Souza, Ribeiro, Ramos, & Guilhardi, 2004).

Além disso, a Figura 18 mostra que, até 2005, a tendência de os textos apresentarem ou não análise de contingências foi bastante semelhante, mas, de 2006 em diante, eles passaram a descrever mais frequentemente as hipóteses funcionais ou variáveis relacionadas ao alvo da intervenção. Todavia, apesar desse aumento nos últimos anos, 21 dos 50 casos (i.e., 42%) relatados entre 2006 e 2014 não mencionaram qualquer hipótese funcional.

A Figura 19 mostra a distribuição dos casos que apresentaram análise de contingências de acordo com as denominações dadas à terapia. Para esta análise, novamente foram agrupadas as denominações TC, TAC, ACC, TCR e NI (o que torna possível distinguir a FAP do modelo de terapia comportamental desenvolvido e praticado no Brasil). Dentre os 28 casos que utilizaram a denominação FAP, nove (i.e., 32.1%) descreveram as hipóteses funcionais ou as variáveis relacionadas ao alvo da intervenção. Por sua vez, dentre os 44 casos relatados sob outras denominações, 31 (70.5%) mencionaram hipóteses funcionais ou as variáveis relacionadas ao alvo da intervenção.

No que diz respeito aos alvos de intervenção identificados nos 72 casos revisados, nota-se na Figura 20 (apresentada na página a seguir) que, no total, 24 tipos foram abarcados, sendo as Habilidades Sociais Gerais o mais frequente, com 37 ocorrências. Outros cinco alvos tiveram entre 18 e 23 ocorrências, a saber: Identificação, Contato e Expressão de Sentimentos, Adesão à Terapia, Autoconhecimento, Habilidades Sociais com Terapeuta e Sentimentos Negativos. Sete alvos de intervenção – Relações Conjugais, Descrição e Interpretação da Realidade (Correspondência Entre Regras ou Autorregas e Contingências em Vigor), Atividades Acadêmicas ou Profissionais, Sintomas Físicos, Atividades Cotidianas, Relações Familiares e Hábitos Alimentares – apareceram entre sete e dez vezes. Os alvos menos

frequentes foram Uso de Substâncias, Ideação Suicida e/ou Tentativas de Suicídio e Fobia, com uma ocorrência cada.

Figura 20. Número de ocorrência dos alvos da intervenção identificados nos 72 casos revisados. HS-G = habilidades sociais gerais; EXPS = identificação, contato e expressão de sentimentos; ADE-T = adesão à terapia; AUTOCON = autoconhecimento; SENTN = sentimentos negativos; HS-T = habilidades sociais com terapeuta; CONJ = relações conjugais; REAL-CO = descrição e interpretação da realidade (correspondência entre regras ou autorreglas e contingências em vigor); ACAP = atividades acadêmicas ou profissionais; SFIS = sintomas físicos; COT = atividades cotidianas; FAM = relações familiares; ALIM = hábitos alimentares; OUT = outro; RITCOM = rituais ou compulsões; REAL-HP = descrição e interpretação da realidade (hipersignificação do passado); LAZ = atividades de lazer; AFIS = atividade física; SEX = relações sexuais; ADE-OT = adesão a outros tratamentos; FIN = organização financeira; SUIC = ideação suicida ou tentativa de suicídio; SUBS = uso de substâncias; FOB = fobia.

No que se refere aos procedimentos de intervenção identificados nos 72 casos revisados, nota-se na Figura 21 que, no total, 18 tipos foram abarcados, sendo FAP, Apresentação e/ou Ensino de Análise de Contingências e Fornecimento de Regras os mais frequentes (27 ocorrências para os dois primeiros e 24 ocorrências para o último). Outros três alvos tiveram entre 11 e 16 ocorrências, a saber: Psicoeducação, Modelação e /ou Ensaio Comportamental e Treino de Habilidades Sociais. O procedimento menos frequente foi Punição

de Emissão de Comportamento-Alvo em Sessão. Por fim, vale destacar que dois procedimentos não foram passíveis de serem categorizados (por exemplo, o autor descreve que o procedimento foi “levar a cliente à perceber que o registro diário favorece o processo de reeducação alimentar”, mas não descreve ou especifica como isso foi realizado).

Figura 21. Número de ocorrência dos tipos de intervenção identificados nos 72 casos revisados. FAP = psicoterapia analítica funcional; AEAC: apresentação e/ou ensino de análise de contingências; FR = fornecimento de regras; PSICOEDU = psicoeducação; MOD = modelação e/ou ensaio comportamental; THS = treino de habilidades sociais; REFRECA = reforçamento de relato de emissão de comportamento-alvo; REFCAS = reforçamento de emissão de comportamento-alvo em sessão; OUT = outra; CONF = confronto; RESPREL = treino de respiração e/ou de relaxamento; EXP = exposição; CCRESP = contracondicionamento respondente; PUNRECA = punição de relato de emissão de comportamento-alvo; EMP = empatia/validação; INC = inclassificável; FSD = fornecimento de SD; PUNCAS = punição de emissão de comportamento-alvo em sessão.

É importante observar que o cruzamento entre Alvos da Intervenção e Procedimentos da Intervenção não foi realizado, por três razões. (1) Em muitos casos, não houve correspondência ponto a ponto entre o alvo em questão e o procedimento utilizado. Por exemplo, em Bermúdez, García e Calvillo (2010), os alvos Adesão à Terapia, Autoconhecimento, Atividades Cotidianas, Identificação, Contato e Expressão de Sentimentos, Habilidades Sociais Gerais, Descrição e Interpretação da Realidade (Hipersignificação do

Passado) e Relações Sexuais tiveram como único procedimento de intervenção a FAP. (2) Em alguns casos, um único alvo teve diversos procedimentos. Por exemplo, em Guilhardi e Queiroz (1997), o alvo Relações Conjugais teve Apresentação e/ou Ensino de Análise de Contingências, Fornecimento de Regras, Modelação e/ou Ensaio Comportamental, Punição de Relato de Emissão de Comportamento-Alvo e Reforçamento de Relato de Emissão de Comportamento-Alvo. (3) Além disso, conforme explicado na seção de Método, se um único caso empregou, por exemplo, Fornecimento de Regras quatro vezes, apenas um registro foi realizado. Em razão desses três fatores, o cruzamento entre Alvos da Intervenção e Procedimentos da Intervenção poderia levar a falsas conclusões.

Além da terapia, 14 dos 72 casos (i.e., 19.4%) descreveram que os clientes passaram também por algum outro tipo de intervenção (ver Figura 22). Na Figura 23, apresentada na página a seguir, observa-se que dentre esses 14 casos, nove receberam medicação, cinco orientação de nutricionista e quatro acompanhamento de professor de educação física.

Em relação à eficácia da terapia (Figura 24), 56 casos apresentaram eficácia positiva em todos os alvos da intervenção e três tiveram melhora em pelo menos um dos alvos (Ambígua 1), totalizando 82% de resultados positivos. Em outros cinco casos, medidas de resultado diferentes sugeriram alguma divergência na determinação da eficácia (Ambígua 2). Além disso, a terapia foi ineficaz em cinco casos e, em outros três, o resultado da intervenção não foi informado. Nenhum caso descreveu eficácia negativa, ou seja, piora do quadro clínico.

Ainda no que se refere à avaliação da eficácia da intervenção, a Figura 25 revela que 17 casos (i.e., 23.6%) fizeram follow-up, outros dois informaram não terem realizado e 53 não mencionam se houve ou não follow-up. Além disso, os dados obtidos nesta revisão indicam que parece não existir uma tendência maior a coletar medidas de follow-up nos últimos anos, uma vez que há mais casos sem do que com follow-up, como explicitam a aceleração das curvas da Figura 26.

A Figura 27 mostra que, dentre os 17 casos que realizaram follow-up, 15 obtiveram manutenção positiva da eficácia da terapia e, em dois casos, medidas diferentes sugeriram alguma divergência na manutenção da eficácia. Por fim, um dado relevante (que a Figura 27 não ilustra) é que, dentre os 17 casos que fizeram follow-up, sete (i.e., 41.2%) tiveram como única medida de resultado o relato assistemático por parte do cliente e/ou do terapeuta.

O intervalo entre o fim da intervenção e a efetuação do follow-up nesses 17 estudos variou entre um mês e 84 meses, como ilustra a Figura 28.

A Figura 29 mostra a distribuição dos casos que apresentaram dados de follow-up de acordo com as denominações dadas à terapia. Dentre os 28 casos que utilizaram a denominação FAP, cinco (i.e., 17.9%) avaliaram se os efeitos da intervenção se mantiveram ao longo do tempo. Por sua vez, 12 dos 44 (i.e., 27.3%) casos relatados sob outras denominações (TC, TAC, ACC, TCR e NI) – todos trabalhos brasileiros – fizeram follow-up.

A última análise desta tese se refere às medidas de resultado utilizadas nos 72 casos revisados. Conforme mostra a Figura 30, a eficácia da terapia foi avaliada por meio de medidas objetivas em 27 dos 72 casos (i.e., 37.5%) e por meio de medidas não objetivas em 45 casos (i.e., 62.5%). Conforme descrito na seção de Método, foram consideradas medidas objetivas o autorrelato do cliente por meio de escala padronizada (AP), a observação sistemática do comportamento em sessão (OS), o relato por terceiros por meio de escala padronizada (RTP), medida fisiológica (MF) e medida de comportamento externo à sessão (MCE). Foram consideradas medidas não objetivas o relato assistemático por parte do terapeuta e/ou cliente RTC), o autorrelato por meio de registro individualizado (AI), o relato assistemático por terceiro (RAT), o relato por terceiro por meio de registro individualizado (RTI) e o relato assistemático por outro profissional (OP).

A Figura 31 mostra o uso de medidas de resultado objetivas e não objetivas ao longo dos anos. Como explicita a aceleração das curvas, o uso de uma ou mais medidas objetivas foi pouco comum entre os anos de 1997 e 2009, mas passou a ser mais frequente entre 2010 e 2014. Por outro lado, o uso exclusivo de medidas não objetivas se manteve estável desde 1997, revelando que, até os dias de hoje, muitos trabalhos não dispõem de dados precisos acerca da eficácia da terapia.

O uso de medidas de resultado objetivas foi mais frequente em artigos e dissertações de mestrado do que em capítulos de *Sobre Comportamento e Cognição* e de *Comportamento*

em *Foco*, tanto em termos absolutos quanto em termos proporcionais. Na Figura 32 nota-se que uma ou mais medidas objetivas de resultado foram utilizadas em 11 dos 24 casos publicados em artigos e em 12 dos 20 casos relatados em dissertações de mestrado. Por outro lado, esse tipo de medida foi empregado em apenas quatro dos 27 casos descritos nos capítulos de *Sobre Comportamento e Cognição* e de *Comportamento em Foco* e não foi empregado na única tese de doutorado revisada neste trabalho. Proporcionalmente, 45.8% dos artigos e 60% das dissertações de mestrado utilizaram uma ou mais medidas objetivas, enquanto que apenas 14.8% dos casos publicados em *Sobre Comportamento e Cognição* e de *Comportamento em Foco* empregaram esse tipo de medida.

Além disso, no que diz respeito ao método de pesquisa empregado, é importante observar que todos os experimentos de caso único fizeram uso de uma ou mais medidas de resultado objetivas, enquanto que apenas 15 dos 60 (i.e., 25%) relatos de caso empregaram essa forma de medida para avaliar a eficácia da terapia (ver Figura 33, apresentada na página a seguir).

A Figura 34 mostra os casos que apresentaram medidas de resultado objetivas e não objetivas de acordo com as denominações dadas à terapia. Mais uma vez, foram agrupadas as denominações TC, TAC, ACC, TCR e NI. Como pode ser observado, 16 dos 28 casos com a denominação FAP utilizaram uma ou mais medidas objetivas, enquanto 11 dos 44 casos relatados sob outras denominações fizeram uso desse tipo de medida para avaliar a eficácia da intervenção. Proporcionalmente, 57.1% dos casos descritos sob a denominação FAP utilizaram uma ou mais medidas objetivas, enquanto que apenas 25% dos casos relatados sob outras denominações (que representam a modalidade de terapia comportamental desenvolvida no Brasil) fizeram uso desse tipo de medida para avaliar a eficácia da intervenção.

Ainda no que diz respeito ao uso de medidas de resultado, é fundamental observar que se pretendia apresentar o uso de medidas objetivas e não objetivas em relação aos alvos de intervenção. Entretanto, os dados obtidos nesse cruzamento seriam enganosos, uma vez que muitos alvos que foram medidos de maneira não objetiva estavam correlacionados a outros alvos que foram, estes sim, medidos de forma objetiva. Por exemplo, dos 11 casos que avaliaram Aderência à Terapia, nove utilizaram o Inventário de Depressão de Beck (que não faz qualquer tipo de avaliação de aderência à terapia) para avaliar outros alvos do caso.

De modo a identificar quais tipos de medidas objetivas e não objetivas foram utilizadas nos 72 casos revisados, foram criadas categorias cuja soma de ocorrências pode ser observada na Figura 35 (apresentada na página a seguir). O relato assistemático por parte do cliente e/ou do terapeuta (RTC) foi a mais utilizada (59 ocorrências), seguido por escalas padronizadas de autorrelato (45 ocorrências). Embora esse dado possa sugerir que os casos tenham empregado esses dois meios de medir resultado de forma razoavelmente equitativa, isso não é verdade: os 45 usos de escalas padronizadas de autorrelato (AP) ocorreram em apenas 20 casos; em outras palavras, apenas 27.8% dos casos fizeram uso desse tipo de instrumento. Ao mesmo tempo, dentre as 59 ocorrências de RCT, em 35 casos esta foi a única medida empregada.

A Figura 35 também ilustra que 16 casos realizaram observação sistemática do comportamento do cliente em sessão (OS). Dentre esses 16 casos, 13 utilizaram a denominação FAP, e empregaram o *Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale* para observar e mensurar os comportamentos-alvo. Além disso, é importante destacar que um único caso fez uso de medida de comportamento externo (Goulart-Junior & Britto, 2010), no qual uma cliente portadora do diagnóstico de tricotilomania fotografou o crescimento progressivo de seu cabelo ao longo das fases do estudo.

A Figura 36 apresenta um detalhamento das 45 ocorrências de escalas padronizadas de autorrelato (AP) utilizadas nos 20 casos que fizeram uso desse tipo de medida. Nota-se que a escala mais utilizada foi o Inventário de Depressão de Beck, com 13 ocorrências, e o Inventário de Habilidades Sociais, com 10 ocorrências. Esses dois instrumentos, em conjunto, representaram mais da metade de todos os usos de escalas padronizadas de autorrelato. A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV, o Mini-Inventário de Fobia Social e o Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários foram empregados três vezes cada. A Escala de Ajustamento Diádico, o Quality of Relationship Inventory e o Acceptance and Action Questionnaire foram usados apenas duas vezes cada. Outros sete instrumentos foram utilizados apenas uma vez, a saber: Inventário de Ansiedade de Beck, Escala de Ideação Suicida de Beck, Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown, Experience of Self Scale, Inventário de Sintomas de Stress para Adultos, Melanie Fennell Self-Esteem Index e Worry Domains Questionnaire.

Em suma, os resultados encontrados na revisão conduzida nesta tese e sistematizados acima possibilitaram caracterizar a produção de evidências empíricas acerca da eficácia da TAC e da FAP, complementando as meta-análises já realizadas sobre ACT, DBT e BA. Com isso, este trabalho contribuiu para identificação, organização e sumarização das evidências empíricas de eficácia das diferentes modalidades de análise do comportamento clínica.

5. DISCUSSÃO

Os dados obtidos e analisados na presente tese permitem concluir que a FAP e a TAC carecem de evidências empíricas que comprovem ou rejeitem sua eficácia, tanto pela quantidade quanto pela qualidade dos trabalhos. Tais dados serão discutidos mais adiante, mas, antes, é fundamental tecer algumas considerações sobre a literatura analisada.

Embora a revisão de literatura tenha abarcado 14 bases de dados, não foram incluídos casos publicados em importantes livros da área, como o *Análise Comportamental Clínica: Aspectos Teóricos e Estudos de Caso* (de-Farias, 2010) e o recente *Terapia Analítico-Comportamental: Relato de Casos e de Análises* (Meyer et al., 2015), além de livros estrangeiros que contêm esse tipo de material. Dessa forma, parte da produção científica sobre TAC e sobre FAP ficaram de fora da revisão realizada nesta tese.

Além disso, a forma pela qual os dados foram extraídos e o método de análise utilizado nesta tese acarretaram perda de detalhes relevantes dos casos relatados, como a história de vida do cliente, a análise de contingências do quadro clínico, as transcrições de fragmentos do diálogo entre terapeuta e cliente, entre outros fatores responsáveis pela riqueza do método qualitativo.

Outro aspecto fundamental de ser destacado é o fato de que boa parte dos trabalhos incluídos na revisão não tinha como objetivo produzir evidências de eficácia, pelos menos não de acordo com os exigentes critérios da prática baseada em evidências, mas ilustrar o trabalho terapêutico baseado nos princípios da análise do comportamento, possibilitar o intercâmbio intelectual entre os profissionais da área, produzir material didático para ensinar as novas gerações como analisar contingências envolvidas em queixas clínicas, etc. (ver, por exemplo, os prefácios de *Sobre Comportamento e Cognição* e de *Comportamento em Foco*, cujos casos representam 37.5% da amostra revisada). Em poucas palavras, esta tese avaliou em um contexto trabalhos que foram produzidos em outro contexto.

Contudo, embora parte da literatura sobre FAP e TAC não tivesse como objetivo produzir evidências de eficácia, isso não isenta que essas propostas psicoterápicas sejam analisadas no cenário da prática baseada em evidências. Afinal, a ciência avança por meio da avaliação crítica de si mesma e, se os dados atuais revelam que a crença disseminada de que essas terapias são empiricamente sustentadas está equivocada, então abre-se a oportunidade de a comunidade modificar seu rumo. É sob essa prerrogativa que os dados obtidos e analisados nesta tese serão discutidos abaixo.

Inicialmente, é importante observar que a terapia comportamental criada e desenvolvida no Brasil (que, como foi explicado no Capítulo 2, surgiu da transposição dos princípios básicos da análise do comportamento para o âmbito da psicoterapia, seguindo um percurso diferente do ocorrido nos EUA) tem recebido diferentes designações. Apesar de o termo TAC ter sido cunhado com o intuito de uniformizar o nome da terapia que vinha sendo praticada pelos analistas do comportamento brasileiros, a denominação *terapia comportamental* continuou em voga, aparecendo nove vezes entre 2001 (quando Tourinho e Cavalcante propuseram o uso de TAC) e 2014. Além disso, outras denominações foram utilizadas nesse período de 2001 a 2014, como *terapia por contingências de reforçamento* e *análise do comportamento clínica*. Em suma, os dados apresentados indicam que há pouca regularidade na denominação utilizada para se referir à terapia comportamental embasada nos fundamentos da análise do comportamento e suscitam a questão de se *terapia analítico-comportamental*, *terapia por contingências de reforçamento* e *análise do comportamento clínica* são apenas nomes diferentes para uma mesma prática ou se são modelos terapêuticos distintos, ainda que todos sejam embasados na análise do comportamento.

No que diz respeito aos clientes atendidos, os dados obtidos revelaram que 71% eram do sexo feminino, o que é compatível com as pesquisas epidemiológicas em saúde coletiva, que mostram que as taxas de procura por serviços de saúde são maiores para as mulheres do que para os homens (Dilélío et al., 2014; Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002). Além disso, chama a atenção o fato de os estudos revisados não terem incluído nenhum cliente idoso, ainda que seja pouco comum a busca por psicoterapia por indivíduos nessa faixa etária (Rebelo, 2012). Tendo em vista o envelhecimento da população brasileira constatado em pesquisas epidemiológicas (Minayo, 2012), é importante que a TAC e toda a análise do comportamento clínica dispense esforços no sentido de elaborar intervenções eficazes para atender a essa nova demanda.

Ainda em relação aos clientes atendidos, foi constatado que 47.2% deles recebeu algum diagnóstico (psiquiátrico ou não). Embora três modalidades de quadros clínicos foram bastante pesquisadas – Transtornos Depressivos, Transtornos da Personalidade e Transtornos de Ansiedade – outros não apareceram nenhuma vez, a saber: Transtorno de Estresse Pós-traumático, Transtorno Bipolar, Transtornos Dissociativos, Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos, Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. Estudos futuros deveriam dedicar-se a avaliar a eficácia da TAC e da FAP com essas populações.

O fato de que nenhuma informação diagnóstica foi relatada em quase metade dos casos talvez possa ser atribuída à compreensão que diversos analistas do comportamento (e.g.,

Banaco, Zamignani & Meyer, 2010; Leonardi, Rubano & Assis, 2010; Sturmey, P., Ward-Horner, J., Marroquin, M. & Doran, E. (2007) possuem acerca dos diagnósticos psiquiátricos. Para esses e outros autores, os diagnósticos psiquiátricos são pouco profícuos para a avaliação e intervenção em comportamentos clinicamente relevantes, sobretudo por conceberem o comportamento como manifestação ou sintoma de uma estrutura interna (deixando de tratar o comportamento como um objeto de estudo legítimo em si mesmo), descreverem apenas a topografia dos comportamentos (desconsiderando suas funções) e criarem uma falsa dicotomia entre normal e patológico a partir de médias populacionais (ferindo, a um só tempo, o modelo causal de seleção por consequências e o modelo de sujeito único).

No que diz respeito aos alvos de intervenção, deve-se destacar que os trabalhos sobre TAC e FAP vêm abarcando uma grande diversidade de possibilidades, incluindo comportamentos conspícuos, como hábitos alimentares e habilidades sociais, e fenômenos subjetivos, como interpretação da realidade e identificação, contato e expressão de sentimentos. Um aspecto que merece destaque é a alta frequência de casos que tiveram como um dos alvos da intervenção o desenvolvimento de habilidades sociais, que, por estarem correlacionadas a diversos transtornos psiquiátricos (cf. Segrin & Flora, 2000), costumam ocupar um lugar importante em diversas psicoterapias. Além disso, alguns alvos que são de grande relevância clínica, tais como uso de substâncias e comportamento suicida, requerem mais estudos dentro da TAC e da FAP.

Do ponto de vista da qualidade metodológica, a produção de evidências empíricas acerca da eficácia da TAC e da FAP é bastante falha. Em primeiro lugar, a área carece de estudos experimentais, indispensáveis para estabelecer relações causais entre os procedimentos realizados e os resultados observados, sendo, portanto, necessários para determinar a eficácia de uma intervenção. Como foi apresentado na seção de Resultados, tanto a FAP quanto a terapia comportamental brasileira dispõem, cada uma, de apenas seis experimentos de caso único e de nenhum ensaio clínico randomizado. Dessa forma, a maior parte da amostra é formada por relatos de caso que, por não terem validade interna e validade externa, são insuficientes como evidência científica.

Em segundo lugar, a maioria dos procedimentos de intervenção não foi descrita de forma que um leitor treinado em terapia comportamental fosse capaz de replicá-los em uma pesquisa ou reproduzi-los em sua prática. Alguns exemplos, entre muitos outros, em que não é possível compreender as ações que o terapeuta executou são “treino de habilidades sociais”, “uso de técnicas de resolução de problemas”, “dar estímulos discriminativos para o cliente se aproximar da família”, “dar estímulos discriminativos explícitos para o cliente discriminar as

emoções”, “apresentação da análise funcional ao cliente”, “análise das regras que controlavam os comportamentos-problema” ou “questionamento de regras”, “fornecer regras sobre como ser um bom professor”, “levar a cliente a perceber que o registro diário favorece o processo de reeducação alimentar”, etc. A falta de informações acerca de quais foram, de fato, os comportamentos que o terapeuta emitiu ao longo das sessões diminui consideravelmente o valor científico dos trabalhos.

Na mesma direção, a ausência de avaliação da fidelidade ao procedimento em todos os estudos produzidos no Brasil inviabiliza determinar se a intervenção relatada foi ou não eficaz, na medida em que os resultados podem não estar relacionados com o que o terapeuta acredita ter feito (i.e., o tratamento planejado), mas sim a outras ações terapêuticas que sequer foram planejadas e descritas (i.e., o tratamento que foi realmente praticado).

A junção da falta de descrições precisas dos procedimentos de intervenção utilizados com a inexistência de avaliação da fidelidade destes inviabiliza identificar as características da prática da terapia comportamental brasileira (que, como exposto anteriormente, tem recebido diferentes denominações – *terapia analítico-comportamental*, *terapia por contingências de reforçamento*, etc.). Conforme explicam Newland, Pennypacker, Anger e Mele (2003):

Construir uma ciência aplicada sem especificar claramente os procedimentos é reconhecidamente difícil. Construir uma tecnologia nessas circunstâncias é impossível. . . . Muito mais ênfase deve ser dada ao problema da identificação, observação, quantificação e, portanto, controle, da variável independente na pesquisa aplicada. Da mesma forma, qualquer tecnologia resultante deve focar principalmente nesses fatores. Eles devem ser isolados e refinados até o ponto em que possam ser reproduzidos por outros sob uma variedade de circunstâncias e seus efeitos esperados possam ser rotineiramente obtidos. (p. 534)

De modo semelhante, Horner e Kratochwill (2012) afirmam que:

O ponto principal é que qualquer esforço para definir uma prática como “baseada em evidências” deve começar com uma definição rigorosa da prática. Práticas que são definidas de forma ambígua não podem ser documentadas como baseadas em evidências. Esses critérios operacionais deveriam, então, ser aplicados à pesquisa sendo conduzida (e.g., ensaios clínicos randomizados e/ou investigações com delineamento de caso único), assim como a prática na qual a pesquisa está sendo generalizada para o problema ou questão em consideração. (p. 268)

Outra deficiência metodológica dos estudos revisados nesta tese diz respeito ao pouco uso de medidas objetivas para avaliar o resultado das intervenções. Embora pouco mais da metade dos casos descritos sob a denominação FAP tenham utilizado pelos menos uma medida

objetiva, apenas 25% dos casos realizados no modelo brasileiro de terapia comportamental o fizeram. Dessa forma, tendo em vista que a demonstração da eficácia depende fortemente de alguma medida pré e pós-intervenção que indique a mudança ocorrida, os resultados obtidos na maioria dos casos relatados na literatura brasileira não servem para provar ou rejeitar sua eficácia. Por conseguinte, não é possível saber, neste momento, se a terapia comportamental que foi desenvolvida e vem sendo praticada no Brasil tem relevância clínica e, naturalmente, impede que ela seja empiricamente comparada com outras modalidades psicoterápicas, sejam elas comportamentais ou não.

Por fim, soma-se aos problemas metodológicos descritos acima o fato de poucos casos – cinco entre os 28 que utilizaram a denominação FAP e 12 entre os 44 que empregaram outras denominações – terem realizado follow-up. A ausência de follow-up é um limite bastante importante para o estabelecimento da eficácia de uma terapia, uma vez que os resultados observados indicam apenas o efeito imediato da intervenção e não informam sobre sua manutenção ao longo do tempo.

Além dos limites impostos pela carência de estudos experimentais, falta de descrição precisa dos procedimentos de intervenção, ausência de avaliação da fidelidade ao procedimento, pouco uso de medidas de resultado objetivas e baixa frequência de realização de follow-up, chama a atenção o fato de 32.1% dos casos de FAP e de 70.5% dos casos relatados sob as outras denominações não apresentarem análise de contingências, que, segundo diversos autores brasileiros (e.g., Banaco, 1999/2001; Delitti, 1997/2001; Guilhardi & Queiroz, 1997/2001; Ingberman, 1997/2001; Meyer et al., 2010; Meyer, 1998, 2003; Neno, 2005) e estrangeiros (e.g., Haynes & O'Brien, 1990; Follette, Naugle & Linnerooth, 2000; Sturmey, 1996, 2007, 2008; Yoman, 2008), é o instrumento básico de trabalho do terapeuta comportamental. Isto é, a característica definidora e essencial da prática clínica do analista do comportamento não vem sendo descrita com frequência na literatura (especialmente no Brasil), sendo mais um fator que compromete o valor científico dos trabalhos produzidos. Vale observar que não foi realizada nesta tese um exame minucioso da qualidade das análises de contingências quando elas foram descritas. Estudos futuros poderiam investigar suas características, tais como número de termos (e.g., resposta e consequência; resposta, consequência e estímulo discriminativo; resposta, consequência, estímulo discriminativo e operação motivadora), tipo de análise (molar, molecular), complexidade (interação operante-respondente; contingências entrelaçadas com outros indivíduos), precisão conceitual, etc.

Tendo em vista os problemas metodológicos discutidos até aqui, a eficácia positiva relatada pelos 77.8% dos casos deve ser interpretada com bastante cautela. Primeiramente,

porque a determinação da eficácia de um estudo está diretamente relacionada à validade e à confiabilidade do método de pesquisa empregado, que, como explicitado acima, foi de baixa qualidade. Além disso, a alta porcentagem de casos com eficácia positiva talvez possa ser atribuída a *viés de publicação*, que é “a tendência de os estudos com resultados positivos serem mais frequentemente publicados que estudos com resultados negativos” (Sousa & Ribeiro, 2009, p. 244). Sham e Smith (2014), em uma revisão da literatura envolvendo trabalhos publicados e não publicados na qual identificaram viés de publicação em experimentos de caso único sobre uma intervenção para autismo da análise do comportamento aplicada, explicam que pesquisas clínicas sobre problemas comportamentais envolvendo o sujeito como seu próprio controle são ainda mais suscetíveis a esse tipo de viés por conta de envolver conjuntos de dados menores e, portanto, mais variáveis, do que uma amostra com representatividade estatística.

Em suma, os dados oriundos da revisão sobre TAC e FAP realizada nesta tese indicam que ambas carecem de pesquisas clínicas de qualidade que comprovem sua eficácia. Somados às meta-análises sobre ACT (Öst, 2014), BA (Cuijpers, van Straten & Warmerdam, 2007; Ekers, Richards & Gilbody, 2008; Mazzucchelli, Kane & Rees, 2009) e DBT (Stoffers et al., 2012), os resultados encontrados nesta tese revelam que, entre todas as modalidades clínicas abarcadas pelo rótulo *análise do comportamento clínica* ou *terapias comportamentais de terceira geração*, apenas a BA e a DBT possuem evidências rigorosas da eficácia.

Apesar da escassez de pesquisas clínicas e do baixo rigor científico dos trabalhos que investigaram a eficácia das diversas modalidades de análise do comportamento clínica, pesquisadores e terapeutas brasileiros e estrangeiros parecem ter bastante convicção de que uma terapia fundamentada na análise do comportamento é empiricamente sustentada. Por exemplo, em um polêmico artigo publicado em 2001 pela *Behavior Therapy*, Corrigan afirma que os adeptos da FAP, ACT e DBT estavam se antecipando às evidências ao disseminá-las, descrevendo-os como “devotos de intervenções que não possuem dados para sustentá-las” (p.192).

Atualmente, quinze anos depois da crítica de Corrigan (2001), o cenário da análise do comportamento clínica encontra-se da seguinte forma: a DBT dispõe de uma grande quantidade de dados empíricos que comprovam sua eficácia para o transtorno de personalidade borderline e vem sendo testada em ensaios clínicos randomizados para dependência química, transtornos alimentares, transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de oposição desafiante, entre outros; a BA possui evidências empíricas de eficácia para o transtorno depressivo maior; a FAP e a TAC carecem de pesquisas clínicas que comprovem sua eficácia; a ACT dispõe de mais de uma centena de ensaios clínicos

randomizados, mas a maioria deles possui sérios problemas metodológicos que impossibilitam concluir se e para quais tipos de problemas clínicos ela é eficaz (cf. O'Donohue, Snipes & Soto, no prelo; Öst, 2014).

À luz desse panorama e do fato de a TAC nunca ter sido sistematizada no formato de manual de intervenção, terapeutas e pesquisadores brasileiros têm três opções: (1) utilizar apenas os princípios comportamentais básicos, isto é, a teoria, para guiar sua prática clínica; (2) adotar um dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica – FAP, ACT, DBT, BA – e, caso sua escolha seja por FAP e/ou ACT, colaborar para a validação empírica dessas terapias; (3) sistematizar a TAC para, posteriormente, pesquisá-la experimentalmente. Essas três alternativas serão pormenorizadas a seguir.

No que diz respeito à teoria, Forsyth (1997) argumenta que a prática da terapia comportamental deveria ser guiada pelos princípios conceituais, especialmente por conta da interconexão entre filosofia, teoria, pesquisa animal, pesquisa aplicada e prestação de serviços que caracteriza a análise do comportamento como ciência e profissão. Inclusive, o autor lembra que a análise do comportamento se sobressaiu do resto da Psicologia justamente porque perseguiu o objetivo de construir uma teoria acerca do funcionamento do comportamento humano, o que, conseqüentemente, culminou na possibilidade de explicá-lo, prevê-lo e controlá-lo. Para Skinner (1947/1972):

O acúmulo de fatos não é ciência em si. Existem manuais científicos que contêm centenas de milhares de fatos isolados – talvez o conhecimento mais concentrado que existe – mas isso não é ciência. A física é mais do que uma coleção de constantes físicas, assim como a química é mais do que uma descrição das propriedades dos elementos e compostos. . . . Não existe figura mais patética na psicologia atualmente do que a do simples colecionador de fatos, que opera, ou acha que opera, sem base para a seleção de um fato em detrimento de outro. O comportamento só pode ser satisfatoriamente compreendido indo-se além dos fatos em si. O que é necessário é uma teoria do comportamento. (p. 301)

Neste contexto, é importante destacar que a importância da teoria para a psicoterapia foi enfatizada em um número especial da *Behavior Therapy*, publicado em 2013, dedicado a discutir a lacuna entre teoria e prática comumente observada nas terapias cognitivo-comportamentais. De modo geral, os autores (e.g., Herbert, Gaudiano & Forman, 2013; Hofmann, 2013; Pilecki & McKay, 2013) demonstram receio de que os terapeutas apliquem protocolos empiricamente sustentados de maneira inflexível e, assim, prejudiquem o resultado da terapia, e oferecem diversos argumentos a favor da necessidade de um amplo conhecimento teórico, a saber: orientar a avaliação clínica e a formulação do caso; desenvolver novos procedimentos de intervenção; aperfeiçoar a qualidade da intervenção; adaptar tratamentos

empiricamente sustentados para atender às necessidades individuais de cada cliente; possibilitar o uso de diferentes intervenções manualizadas quando o cliente possui comorbidades; etc. Em resumo, a opinião dos autores dos artigos publicados no número especial da *Behavior Therapy* sobre a lacuna entre teoria e prática nas terapias cognitivo-comportamentais parece corroborar a afirmação de Kurt Lewin (1951) de que “não há nada tão prático quanto uma boa teoria” (p. 169).

Entretanto, tentativas de aplicar os princípios teórico-conceituais da análise do comportamento para a prática clínica que não forem precisamente descritas e nem testadas em experimentos não são suficientes para fundamentar uma prática psicoterápica baseada em evidências, sobretudo porque a transformação de ciência básica em tecnologia de intervenção não é simples e nem direta, mas deve ser desenvolvida e investigada no âmbito da pesquisa aplicada. Nesse sentido, Plaud, Eifert e Wolpe (1998) alertam para o fato de que

pesquisadores em terapia comportamental precisarão prestar mais atenção à maneira pela qual o conhecimento científico é traduzido em algo que possa ser utilizado ou aplicado pelo praticante. Como a teoria da aprendizagem apenas fornece analogias para o delineamento de tratamento, os princípios básicos da teoria devem ser traduzidos no trabalho clínico em um conjunto secundário de princípios a partir dos quais o tratamento pode ser derivado. O processo pelo qual um clínico pode fazer transformações da teoria para prática da forma mais efetiva é um processo importante, complexo e mal compreendido e, portanto, um tópico digno de estudo mais detalhado. (p. 329)

De modo semelhante, em *The Evidence-Based Practice of Applied Behavior Analysis*, artigo publicado pela *The Behavior Analyst*, Slocum et al. (2014) explicam que:

Princípios do comportamento são afirmações amplamente generalizadas que descrevem relações comportamentais. Sua base empírica é extremamente vasta e diversificada, incluindo participantes humanos e não humanos em diversos contextos, comportamentos e consequências. Embora os princípios do comportamento sejam baseados em uma literatura de pesquisa extremamente ampla, eles também são afirmados em nível amplo. Como resultado, o julgamento do analista do comportamento tem um papel fundamental na aplicação dos princípios para problemas particulares, e uma tentativa particular de aplicar um princípio para resolver um problema pode não ser bem-sucedida. Portanto, embora os princípios comportamentais sejam sustentados por evidências, intervenções recém-construídas baseadas nesses princípios ainda não foram avaliadas. Essas intervenções devem ser consideradas menos certas ou validadas do que pacotes de tratamento ou elementos que tiveram sua efetividade demonstrada para problemas, populações e contextos específicos. (p. 49-50)

Em síntese, por melhores que sejam a coerência interna de uma teoria e a sustentação empírica de seus princípios, as evidências de eficácia de determinados procedimentos em

detrimento de outros deveriam ser soberanas. Afinal, é perfeitamente possível que uma terapêutica funcione mesmo que os pesquisadores não saibam explicar o porquê. Assim, quando um terapeuta se depara com um cliente em profundo sofrimento, não parece ético fazê-los esperar pela identificação dos princípios teóricos que sustentam aquela prática comprovadamente eficaz. Em defesa desse argumento, suponha a existência de dois tratamentos para câncer: o X teve eficácia de 95% nos ensaios clínicos randomizados, mas é totalmente ilógico do ponto de vista teórico; o Y é totalmente compatível com a teoria, mas nunca foi testado empiricamente. Qual desses tratamentos seria a melhor opção para um paciente oncológico? Dificilmente alguém escolheria o Y.

Quer os analistas do comportamento reconheçam ou não, a terapia cognitivo-comportamental dispõe de mais de 325 ensaios clínicos randomizados que demonstraram sua eficácia para diversos transtornos psiquiátricos (cf. Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006), enquanto que as evidências da análise do comportamento clínica são escassas. Em vista desses dados e das limitações da teoria para a prática clínica, é compreensível a resposta contundentemente pragmática que Bernard Rangé deu à pergunta “Por que sou terapeuta cognitivo-comportamental?” em uma conferência realizada no segundo congresso da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC):

Acostumei-me a valorizar mais os dados do que a retórica, pois são o único fundamento confiável para a nossa prática, e sempre acabam se impondo inevitavelmente. E eles têm demonstrado inequivocamente a efetividade da terapia cognitivo-comportamental. Não pretendo, pois, negar a força destes dados em defesa de uma filosofia, por mais adequada que pareça. (Rangé, 1997/2001, p. 21)

É importante observar que as evidências empíricas de eficácia de determinados procedimentos produzidas pela terapia cognitivo-comportamental ou até mesmo dentro de outras tradições poderiam ser absorvidas por analistas do comportamento sem que fosse necessário assimilar explicações internalistas ou incorrer em ecletismo teórico. Afinal, para postularem constructos cognitivos, as propostas mentalistas precisam necessariamente partir de algum fenômeno comportamental e, portanto, dispõem de dados que são relevantes para o avanço de uma ciência do comportamento e de uma prática clínica embasada nesta. Segundo de Rose (1999):

A própria Psicologia Cognitivista, antagônica à Análise do Comportamento, uma vez que se propõe a estudar a mente, com base na analogia com o computador e sua função de processador de informações, não tem outra escolha a não ser a de tomar o comportamento como variável dependente de seus estudos experimentais. Nesta medida, a própria

Psicologia Cognitivista tem produzido muitos dados interessantíssimos sobre comportamento, por mais que o objetivo de seus proponentes seja o de estudar a mente. (p. 72)

Nesse sentido, um programa de pesquisas poderia ser desenvolvido com o intuito de analisar os diversos tratamentos empiricamente sustentados sob a ótica da análise do comportamento. Tal empreendimento representaria um importante avanço tanto para a terapia comportamental quanto para a prática baseada em evidências em psicologia como um todo, pois os princípios teórico-conceituais da análise do comportamento poderiam elucidar os processos comportamentais envolvidos nas diversas intervenções comprovadamente eficazes que existem para um mesmo quadro clínico. Em resumo:

Uma vez que a teoria da aprendizagem é sobre o comportamento humano como um todo, é, obviamente, possível analisar todas as terapias psicológicas com base nesse quadro de referência, a despeito de qual teoria a terapia em questão se baseia. Se as ações de um terapeuta em relação a um cliente de fato modificam o comportamento do cliente, isso deve estar ocorrendo de acordo com princípios de comportamento, se assumirmos que esses princípios são universalmente válidos. Quando um psicanalista ou um terapeuta cognitivo produz mudanças em um setting clínico (Leichsenring, 2005; Dobson, 1989; Beck, 2005), isso ocorre porque suas ações na terapia influenciam antecedentes e consequentes do comportamento que foi modificado. Não há outra possibilidade quando olhamos para isso de uma perspectiva comportamental, apesar de os próprios terapeutas desprezarem seu trabalho para atingir tal mudança de um ângulo teórico diferente. (Törneke, 2010, p. 158-159)

Se a análise do comportamento é capaz de se apropriar dos dados empíricos acerca da eficácia de determinados procedimentos que foram produzidos em outras tradições, faz-se necessária uma mudança de atitude por parte dos analistas do comportamento, que, segundo diversos autores da área (e.g., Augustson, 2002; Critchfield, 2014, Glenn, 1993) têm assumido uma postura de autossuficiência e difamado publicamente pesquisas de outras abordagens teóricas. Certamente, a análise do comportamento clínica não tem todas as respostas e ignorar informações preciosas sobre quais procedimentos psicoterápicos são ou não eficazes é um posicionamento anticientífico e incompatível com a máxima Skinneriana de que ciência “é a disposição para aceitar fatos mesmo quando eles são opostos aos desejos” (Skinner, 1953/1965, p. 12). Em suma, como defendem Reese, Rosenfield e Wilhelm (2013), descartar um procedimento que se provou útil em pesquisas rigorosas apenas porque ele não é compatível com os pressupostos de uma filosofia ou teoria é uma prática eticamente condenável.

Além da possibilidade de utilizar a teoria como guia, que, conforme exposto acima, contém limites importantes, terapeutas comportamentais brasileiros preocupados em oferecer

intervenções empiricamente sustentadas e, ao mesmo tempo, dispostos a exercer uma prática clínica com a identidade própria da análise do comportamento, têm como alternativa adotar um dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica ou, então, descrever minuciosamente o que caracteriza a TAC e pesquisá-la experimentalmente.

Neste contexto, alguém poderia questionar: por que distinguir a TAC do restante da análise do comportamento clínica? Tal distinção é importante porque definir tanto a TAC (cf. Meyer et al., 2010; Tourinho & Cavalcante, 2001) quanto a análise do comportamento clínica (Guinther & Dougher, 2013; Kohlenberg, Tsai & Dougher, 1993) como psicoterapias fundamentadas na filosofia do behaviorismo radical e nas bases conceituais, metodológicas e empíricas da análise do comportamento poderia sugerir, à primeira vista, que elas são compatíveis entre si ou, até mesmo, que são apenas nomes diferentes para uma mesma prática. Todavia, a relação entre elas não é tão simples assim. Por um lado, ambas defendem a transposição de princípios comportamentais empiricamente validados (reforçamento, discriminação, etc.), mas, por outro, a análise do comportamento clínica não indica ou é representada por uma única terapia, mas inclui a ACT, a FAP, a DBT, a BA, entre outras, que são modelos idiossincráticos. Desse modo, embora o movimento intitulado *análise do comportamento clínica* possa ter aparecido como um avanço para aqueles que buscavam exercer uma prática psicoterápica com a identidade da análise do comportamento (uma vez que seria um retorno da terapia comportamental às características essenciais dessa abordagem), ele acabou culminando na criação de diferentes modelos de intervenção, repetindo, mais uma vez, a história de ecletismo da terapia comportamental. Inclusive, as terapias comportamentais que originalmente foram definidas como análise do comportamento clínica são também chamadas, atualmente, de *terapias contextuais* (e.g., Pérez-Alvarez, 2012; Wulfert, 2002), *terapias cognitivo-comportamentais contextuais* (Hayes, Villatte, Levin & Hildebrandt, 2011) e *terapias comportamentais contextuais* (Mulick, Landes & Kanter, 2011).

Além disso, os modelos terapêuticos abarcados pela análise do comportamento clínica apresentam, às vezes, desprendimento com os princípios da análise do comportamento e fazem uso de um linguajar que soa mentalista para aqueles que valorizam o jargão Skinneriano (Vandenberghe, 2011). Já em 1997, numa edição especial da *Behavior Therapy* publicada em comemoração aos trinta anos da fundação da *Association for Advancement of Behavior Therapy*, representantes de três gerações de terapeutas comportamentais (e.g., Eifert, Schulte, Zvolensky, Lejuez & Lau, 1997; Forsyth, 1997; Franks, 1997; Hawkins, 1997; Jacobson, 1997; Wilson, 1997; Wolpe, 1997) afirmam que a terapia comportamental, como um todo, se afastou de seus pressupostos filosóficos, de seus princípios teóricos, de suas raízes na pesquisa básica

e de seu enfoque idiográfico, de tal forma que sua identidade foi completamente perdida. Poucos anos depois, essa perda de identidade se tornou ainda mais explícita com a mudança do nome da associação supracitada para *Association for Behavioral and Cognitive Therapies* em 2005. Como resume Guilhardi (2004):

Não há unanimidade, mesmo entre os que se denominam terapeutas comportamentais, quanto à definição de Terapia Comportamental, quanto às práticas clínicas empregadas com o cliente, quanto ao referencial conceitual adotado, quanto aos dados de pesquisa utilizados, quanto à metodologia de pesquisa adotada, quanto ao objeto fundamental de estudo, isso somente para citar as divergências mais relevantes (p. 7).

Um exemplo bastante ilustrativo desse conflito de identidade presente na terapia comportamental é a ACT, a modalidade de análise do comportamento clínica com o maior número de publicações teóricas e empíricas, que possui um modelo de formulação de caso que prescinde da análise de contingências e faz uso extensivo de termos de nível médio (*middle-level terms*, no original), como *fusão cognitiva*, *inflexibilidade psicológica*, *self como contexto* e *self conceitualizado*, que não foram gerados a partir da pesquisa básica e que parecem não possuir qualquer relação com a teoria e o vocabulário da análise do comportamento (Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes e Luciano, 2013; Guilhardi, 2012; McEnteggart, Barnes-Holmes, Hussey & Barnes-Holmes, 2015).

Esses termos [termos de nível médio] adicionam pouco ou nada para a nossa compreensão dos processos de sofrimento psicológico e não oferecem nenhuma direção para seu alívio. Esta questão, *em si mesma*, pode não ser um problema para *todas* as tradições clínicas, mas é extremamente problemática para cientistas e profissionais alinhados com a psicologia analítico-funcional. . . . Para ser franco, há pouca evidência até agora de que os termos de nível médio da ACT possam ser submetidos a um exame analítico-funcional apropriado. (McEnteggart, Barnes-Holmes, Hussey & Barnes-Holmes, 2015, p. 57-58)

Em suma, o cenário descrito aqui permite constatar que, tanto no Brasil quanto no resto do mundo, ainda não existe consenso sobre o modelo analítico-comportamental de intervenção psicoterápica. Afinal, simplesmente postular que ACT, FAP, DBT, BA, etc. fazem parte de um movimento intitulado análise do comportamento clínica implica que todas essas modalidades de terapia são embasadas nos fundamentos filosóficos, conceituais, metodológicos e empíricos da análise do comportamento, mas tal postulado requer um exame crítico e aprofundado acerca da compatibilidade desses modelos com os princípios da análise do comportamento, o que poderia vir a ser realizado em estudos futuros. Além disso, outros trabalhos poderiam fazer análises comparativas para identificar as semelhanças e diferenças entre os diferentes modelos

de terapias comportamentais de terceira geração, de modo a especificar, de maneira mais homogênea, a identidade da análise do comportamento clínica.

Em busca de uma possível solução para a crise de identidade da terapia comportamental, Callaghan e Darrow (2015) sugerem retomar a avaliação funcional como a principal ferramenta norteadora da prática do terapeuta comportamental e utilizá-la como diretriz para determinar qual procedimento de intervenção oriundo de qual das diferentes modalidades de análise do comportamento clínica deveria ser empregado, o que constituiria a quarta geração das terapias comportamentais. Em suas palavras:

Sem denegrir qualquer um dos tratamentos de terceira onda, é possível ver o surgimento de uma quarta onda da terapia comportamental. Esta onda enfatizaria o papel central da avaliação funcional na seleção dos problemas do cliente e na escolha de quais estratégias dos diferentes tratamentos comportamentais existentes seriam aplicadas a um determinado cliente. Isso relega os tratamentos atuais de terceira onda a um conjunto de intervenções para os problemas do cliente que podem ser integradas em uma intervenção coerente e individualizada guiada por uma avaliação funcional. Isto está em contraste ao uso mais típico da ACT, FAP, DBT ou Ativação Comportamental como intervenções independentes, e exigiria que o terapeuta considerasse múltiplas hipóteses para variáveis contextuais envolvidas em diferentes tipos de sofrimento. . . . Criar uma abordagem para entender e tratar o sofrimento humano que seja baseada em princípios comportamentais, orientada pela avaliação funcional e que utilize as tecnologias contemporâneas de tratamento comportamental disponíveis pode permitir que um clínico se torne uma referência da ciência clínica e terapia contemporâneas. A próxima onda da terapia comportamental pode integrar abordagens existentes para partir do cliente, e não do transtorno e nem do tratamento, mas sim de uma avaliação funcional dessa pessoa única. Mais do que isso, essa onda vai dar espaço para o desenvolvimento de novas estratégias para aliviar o sofrimento à medida que nossos problemas psicológicos evoluem com a espécie humana. (p. 62-63)

A proposição de Callaghan e Darrow (2015) parece se aproximar da prática da TAC, uma vez que a avaliação funcional é, neste modelo, a ferramenta que orienta a avaliação clínica e que determina a intervenção apropriada para modificar os comportamentos-alvo (cf. Del Prette & Almeida, 2012; Leonardi, Borges & Cassas, 2012; Meyer et al., 2010). Nessa perspectiva, a assimilação de um ou mais dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica por terapeutas brasileiros pode ser menos complicada.

Finalmente, além das possibilidades de utilizar a teoria como guia para a prática clínica e de adotar um dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica, pesquisadores brasileiros também poderiam se dedicar ao estabelecimento da TAC como um modelo de psicoterapia com identidade própria, o que requer, em primeiro lugar, descrever meticulosamente seus procedimentos para, então, investigar sua eficácia. Caso tal descrição revele que a TAC é muito similar a um dos modelos internacionais, seria uma perda de tempo

e de dinheiro testar sua eficácia em trabalhos experimentais. Por outro lado, se a TAC possuir características únicas que não foram abarcadas por um dos modelos internacionais e os terapeutas não se satisfizerem com os modelos internacionais, então será necessário pesquisá-la experimentalmente. De um jeito ou de outro, para que terapeutas e pesquisadores saibam o que exatamente constitui a TAC, ela precisa ser sistematizada no formato de um manual de tratamento. A imprescindibilidade do manual é explicitada no excerto abaixo:

Estudos de psicoterapia diferem de outros ensaios clínicos porque dependem significativamente de manuais de tratamento que detalham como a intervenção é feita; por conta dos métodos utilizados para treinar terapeutas na intervenção (tanto experimental quanto controle); e por conta dos métodos para medir quão bem os terapeutas do estudo realizaram as intervenções com qualidade elevada e da forma prevista. . . . A finalidade do manual é garantir que os terapeutas da pesquisa forneçam o tratamento conforme pretendido, para assegurar que os terapeutas administrem o mesmo tratamento e, se provado que o tratamento foi bem-sucedido, para permitir que outros profissionais da área repliquem as técnicas terapêuticas. (Areán & Kraemer, 2013, p. 37)

Sistematizar ou manualizar a TAC pode parecer, à primeira vista, contraditório à premissa básica da terapia comportamental de realizar intervenções individualizadas baseadas na análise de contingências que, por definição, é estritamente peculiar a cada caso, uma vez que cada pessoa possui uma história genética e ambiental totalmente única (Meyer et al., 2010). Entretanto, ainda que a individualização da terapia seja inevitável sob a ótica dos fundamentos da análise do comportamento, isso não significa que a prática clínica deve ficar presa a tentativas assistemáticas ou improvisadas de transposição dos princípios teórico-conceituais da análise do comportamento. Neno (2005), que fez uma aprofundada análise acerca da compatibilidade de intervenções padronizadas em manuais com a TAC, explica que

o lugar reservado à individualização não torna o tratamento uma intervenção avessa ao conhecimento científico sobre o que funciona, em quais contextos. A rigor, uma intervenção absolutamente individualizada seria uma intervenção que não usufrui do conhecimento acumulado sobre o tratamento para problemáticas específicas, o que é difícil de sustentar no contexto de uma abordagem psicológica fortemente comprometida com a ciência. (p. 199)

Com o intuito de superar a dicotomia entre intervenções padronizadas e individualizadas, Neno (2005) defende que o uso de manuais é compatível com a inevitável individualização de uma terapia embasada na análise do comportamento, desde que não restrinja o tempo de duração e o conteúdo da terapia e que não adote o modelo médico de

psicopatologia em detrimento da concepção funcional³⁶. Nesse sentido, vale lembrar que a análise do comportamento aplicada ao autismo, área em que essa ciência foi mais bem-sucedida, faz largo uso de protocolos padronizados de tratamento. Alguns exemplos são o *Getting Started: Developing Critical Learning Skills for Children on the Autism Spectrum: A Step-by-Step Guide to Further the Development of Children with Minimal Language Skills* (Partington, 2014) e o *A Work in Progress: Behavior Management Strategies and a Curriculum for Intensive Behavioral Treatment of Autism* (Leaf & McEachin, 1999).

Enfim, para que a TAC possa vir a ser uma intervenção psicoterápica empiricamente sustentada e, assim, alcançar o mesmo sucesso da análise do comportamento aplicada ao autismo, é necessário o desenvolvimento de um manual que combine a realização de intervenções individualizadas (“sob medida”) que, ao mesmo tempo, tiveram sua eficácia estabelecida empiricamente em pesquisas experimentais. Embora tal empreendimento seja um tanto complexo, ele já foi atingido pela DBT, por exemplo, que é uma terapia comportamental manualizada que não limita o tempo de duração e o conteúdo da terapia e, ainda que seja altamente estruturada, emprega a análise de contingências como seu principal instrumento³⁷ (fato que, inclusive, reforça a necessidade de conduzir análises comparativas entre a TAC e os modelos internacionais de terapia comportamental).

De acordo com o guia de Areán e Kraemer (2013) de como fazer pesquisa de alta qualidade sobre psicoterapia, a manualização de uma intervenção que já vem sendo praticada por um grupo de terapeutas, caso da TAC, precisa percorrer cinco etapas, a saber: (1) discussão com especialistas na intervenção para levantar os elementos centrais que a caracterizam; (2) observação de sessões realizadas pelos especialistas por meio de gravações, de modo a identificar os procedimentos que faltaram na descrição por parte deles; (3) elaboração da primeira versão do manual e análise daqueles e de outros especialistas para verificar se o texto realmente representa a intervenção – mudanças são realizadas até que haja consenso e uma versão final do manual possa ser elaborada; (4) comparação entre a intervenção orientada pelo manual com a intervenção sem o uso do manual, que tem por objetivo determinar se o manual a torna replicável. Maiores detalhes sobre cada uma dessas etapas e de todo o processo de

³⁶ Para uma análise acerca das incompatibilidades do modelo psiquiátrico de transtorno mental com a concepção funcional da análise do comportamento, ver Banaco, Zamignani e Meyer (2010).

³⁷ Alguém poderia argumentar que a DBT adota o modelo médico de psicopatologia, visto que seus ensaios clínicos randomizados foram realizados para diagnósticos psiquiátricos como transtorno de personalidade borderline, transtornos alimentares, etc. Entretanto, é importante observar que, pelos menos nos EUA, as agências de fomento à pesquisa exigem que os estudos sobre eficácia das psicoterapias elejam um transtorno listado no *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* – DSM (Brum et al., 2012; Linehan & Wilks, 2015).

construção de uma intervenção até o estabelecimento de sua eficácia podem ser encontrados no guia de Areán e Kraemer (2013).

Caso a TAC venha a ser sistematizada no formato de um manual de intervenção, sua eficácia poderia ser, finalmente, testada empiricamente em pesquisas experimentais. Conforme discutido no Capítulo 1 desta tese, dois métodos são úteis para isso: o experimento de caso único e o ensaio clínico randomizado.

É importante lembrar que o experimento de caso único, cuja origem e desenvolvimento ocorreu no seio da análise do comportamento e é certamente o método de preferência dos analistas do comportamento, foi reconhecido pela força-tarefa da Divisão 12 como um método legítimo para identificar tratamentos empiricamente sustentados, uma vez que é quantitativo, experimental e dispõe de validade interna e de validade externa. Contudo, tendo em vista que apenas um experimento de caso único (bem como um único ensaio clínico randomizado) é insuficiente para estabelecer a eficácia de uma intervenção, é essencial, como discutido no Capítulo 1, sintetizar as evidências oriundas de diversas pesquisas por meio de revisões sistemáticas da literatura. Com base nisso, o *What Works Clearinghouse* (WWC), um núcleo de pesquisa do *Institute of Education Sciences* do Departamento de Educação dos EUA, desenvolveu critérios de avaliação da qualidade metodológica de experimentos de caso único (cf. Kratochwill et al., 2013), que deveriam ser seguidos por qualquer pesquisador interessado em contribuir para o avanço da TAC.

Além de pesquisá-la em experimentos de caso único, a eficácia da TAC provavelmente teria de ser comprovada também em ensaios clínicos randomizados. Embora, tradicionalmente, os analistas do comportamento rejeitem fortemente os delineamentos de grupo (cf. Sidman, 1960; Skinner, 1963), o ensaio clínico randomizado é considerado o padrão-ouro tanto pelos pesquisadores em saúde mental quanto pelas agências de fomento e, portanto, abrir mão de pesquisar a TAC com esse método seria, em certa medida, escolher ficar de fora do cenário da prática baseada em evidências.

Vale destacar que a proposta de investigar intervenções analítico-comportamentais combinando experimentos de caso único e ensaios clínicos randomizados não é uma inovação da presente tese, tendo sido aventada já em 1997 por Thyer. Em suas palavras:

Talvez, apenas talvez, o que seria útil seriam programas de avaliação em larga escala do tratamento analítico-comportamental, usando tanto delineamentos de sujeito único quanto de grupo, e a análise visual de dados individuais apresentados em gráficos somada a análises estatísticas nomotéticas. Usemos medidas comportamentais diretas rigorosas e as escalas de lápis e papel tão favorecidas pelos terapeutas comportamentais. Examinemos

tratamentos analítico-comportamentais delineados individualmente derivados da análise funcional versus a tão falada terapia cognitivo-comportamental praticada via protocolo padronizado. Se eles são tratamentos verdadeiramente efetivos, seus efeitos positivos deveriam ser detectados usando-se tanto estratégias nomotéticas quanto idiográficas, e avaliações comparativas da efetividade dos tratamentos deveriam ser possíveis. Se a análise do comportamento é tão poderosa quanto acreditamos que seja, então deveríamos participar do grande jogo dos ensaios clínicos randomizados (ECRs). Os ECRs são a moeda do reino no que diz respeito aos padrões contemporâneos de evidência (p. 733)

Em conclusão, o “estado da arte” da análise do comportamento clínica configura-se da seguinte forma: entre todas as modalidades clínicas abarcadas por esse rótulo, também chamadas de terapias comportamentais de terceira onda, apenas a BA e a DBT possuem evidências rigorosas da eficácia; a ACT dispõe de mais de uma centena de ensaios clínicos randomizados, mas a maioria tem baixa qualidade metodológica; FAP e TAC têm poucas pesquisas e, no geral, sua qualidade metodológica é baixa. Nesse contexto, os terapeutas brasileiros têm como opção transpor a teoria da análise do comportamento para a prática, o que é insuficiente para garantir a eficácia da intervenção, adotar um dos modelos internacionais de análise do comportamento clínica que já tiveram sua eficácia empiricamente comprovada (neste momento, BA e DBT), o que requer uma análise aprofundada dessas terapias à luz dos fundamentos da análise do comportamento ou, então, desenvolver um manual de TAC a fim de identificar suas características definidoras para, então, testá-la empiricamente em pesquisas experimentais. Seja adotando um modelo internacional empiricamente sustentado ou pesquisando a TAC, os analistas do comportamento brasileiros que atuam com psicologia clínica caminhariam na direção de uma prática psicoterápica baseada em evidências.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma verdadeira revolução ocorreu na psicologia clínica nas últimas décadas com o surgimento da prática baseada em evidências. Esse movimento, que continua no centro das atenções no cenário internacional e que começa a ganhar espaço em território brasileiro, permitiu um avanço incomensurável na lacuna comumente observada entre a pesquisa e a prática da psicoterapia.

Tendo em vista o incessante comprometimento dos aplicadores da análise do comportamento com a sustentação empírica de seus procedimentos, era esperado que as terapias intituladas *análise do comportamento clínica* – ACT, FAP, DBT e BA – e a terapia analítico-comportamental (TAC), desenvolvida no Brasil por terapeutas profundamente influenciados pela obra de Skinner, dispusessem de evidências empíricas de eficácia de boa qualidade metodológica. Entretanto, a FAP e a TAC têm um número muito pequeno de pesquisas experimentais, enquanto que a ACT possui trabalhos de baixo rigor científico.

Terapeutas que utilizam FAP, TAC e ACT deveriam ficar assombrados pela ausência de sua sustentação empírica, de modo que elas não deveriam ser veiculadas como cientificamente comprovadas até que estudos conclusivos sejam realizados. Espera-se que um eventual assombro possa ser transformado em motivação para lançar mão de um longo programa de pesquisas sobre essas terapias.

Naturalmente, nenhum laboratório de pesquisa será capaz, sozinho, de produzir o corpo de evidências necessário para a sustentação empírica da análise do comportamento clínica. Nesse sentido, deve-se notar que alguns grupos no Brasil já estão se dedicando à pesquisa clínica utilizando metodologias rigorosas, como o Laboratório de Terapia Comportamental da Universidade de São Paulo, liderado pela Prof. Dra. Sonia Beatriz Meyer, o Grupo de Processos Verbais na Interação Terapêutica Analítico-Comportamental do Centro Paradigma de Ciências e Tecnologia do Comportamento, liderado pelo Prof. Dr. Denis Roberto Zamignani, o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná, liderado pela Prof. Dra. Jocelaine Martins da Silveira e o Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista, liderado pela Prof. Dra. Alessandra Turini Bolsoni-Silva. O esforço desses grupos de pesquisa revela que os analistas do comportamento clínicos estão, gradualmente, buscando comprovar empiricamente a eficácia de suas intervenções.

Por fim, ao explicitar as deficiências das evidências da TAC e da FAP e discutir caminhos futuros para o progresso de uma psicologia clínica embasada na análise do comportamento, espera-se que este trabalho possa contribuir para o desenvolvimento científico das terapias comportamentais e para o fortalecimento da análise do comportamento como ciência e profissão.

7. REFERÊNCIAS

- Addis, M. E. & Cardemil, E. V. (2006). Psychotherapy manuals can improve outcomes. Em J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 131-140). Washington: American Psychological Association.
- Addis, M. E., Wade, W. A. & Hatgis, C. (1999). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 430-441.
- Aguiar, A. R., Aguiar, R. G. & Del Prette, Z. A. P. (2009). *Calculando a significância clínica e o índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção*. São Carlos: Edufscar.
- Almasy, C. A. (2004). *Efeitos da consequência na sessão terapêutica* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Alvez-Mazzotti, A. D. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, 36, 637-651.
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council of Measurement in Education (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington: AERA.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a ed., texto revisado; C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Andery, M. A. P. A. (2001). O modelo de seleção por consequências e a subjetividade. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 182-190). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Andery, M. A.P. A. (2010). Especificidades e implicações da interpretação da linguagem como comportamento verbal. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações histórias, conceituais e aplicadas* (pp. 61-99). São Paulo: Roca.
- Araújo, V. M. A. (2004). *Terapia comportamental e mudanças orgânicas observadas pela tomografia computadorizada por emissão de fóton único e pósitrons, em pessoas que evitam eventos sociais* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.

- Areán, P. A. & Kraemer, H. C. (2013). *High quality psychotherapy research: From conception to piloting to national trials*. Oxford University Press.
- Augustson, E. M. (2002). An overview of some current challenges within the field of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst Today*, 3, 265-269.
- Aveline, M. (2005). Clinical case studies: Their place in evidence-based practice. *Psychodynamic Practice*, 11, 133-152.
- Axline, V. (1964). *Dibs in search of self*. New York: Ballantine Books.
- Ayllon, T., Layman, D. & Kandel, H. J. (1975). A behavioral-educational alternative to drug control of hyperactive children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 137-146.
- Azrin, N. H. & Holz, W. C. (1966). Punishment. Em W. K. Honig (Org.), *Operant behavior: Areas of research and application* (pp. 380-447). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Bacon, F. (1994). *Novum Organum, with other parts of The Great Instauration* (P. Urbach & J. Gibson, Orgs. e Trads.). Chicago: Open Court. (Trabalho original publicado em 1620)
- Baer, D. M., Wolf, M. M. & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Banaco, R. A. (2001). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 4. Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (pp. 75-82). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1999)
- Banaco, R. A. (2012). *O que mantêm a cultura da terapia?* Trabalho apresentado na reunião do grupo de trabalho Investigações Conceituais e Aplicadas em Análise do Comportamento da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia). São Paulo, Brasil.
- Banaco, R. A., Zamignani, D. R. & Meyer, S. B. (2010). Função do comportamento e do DSM: Terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 175-191). São Paulo: Roca.
- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E. & Pantalone, D. W. (2012). A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 20, 196-215.
- Barbosa, J. I. C. & Borba, A. (2010). O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12, 60-79.

- Barcellos, A. & Haydu, V. B. (1995). História da psicoterapia comportamental. Em B. P. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 43-53). Campinas: Editorial Psy.
- Barker, C., Pistrang, N. & Elliott, R. (2002). *Research methods in clinical psychology: An introduction for students and practitioners*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Barlow, D. H., Boswell, J. F. & Thompson-Hollands, J. (2013). Eysenck, Strupp, and 50 years of psychotherapy research: A personal perspective. *Psychotherapy*, 50, 77-87.
- Barlow, D. H., Nock, M. K. & Hersen, M. (2008). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (3a ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Baron, J. (2000). *Thinking and deciding* (3a ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baskin, T. W., Tiemey, S. C., Minami, T. & Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 973-979.
- Batista, C. G., Ferrari, E. M. & Laloni, D. T. (2005). Luiz Otávio de Seixas Queiroz: Um pioneiro da análise do comportamento no Brasil. *Revista Brasileira de Análise do comportamento*, 1, 269-273.
- Baum, W. M. (2005). *Understanding behaviorism: Behavior, culture, and evolution* (2a ed.). Malden: Blackwell.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2012). *Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II* (C. Gorenstein, W. Y. Pang, I. L. Argimon & B. S. G. Werlang, Trans.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Behavior Analyst Certification Board (2010). *Guidelines for responsible conduct for behavior analysts*. Disponível em <http://www.bacb.com/index.php?page=57>
- Bellodi, A. C. (2011). *Terapia comportamental no Brasil: História de terapeutas* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Bergin, A. E. & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. Em S. L. Garfield & A. E. Bergin (Orgs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2a ed., pp. 139-189). New York: Wiley.
- Beutler, L. E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882-897.

- Beutler, L. E. (1998). Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 113-120.
- Beutler, L. E. (2002). The dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 30-34.
- Beutler, L. E., & Johannsen, B. E. (2006). Principles of change. Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 226-234). Washington: American Psychological Association.
- Beyea, S. & Nicoll, L. H. (1998). Writing an integrative review. *AORN Journal*, 67, 877-880.
- Biaggio, A. M. B. & Natalício, L. (1979). *Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)*. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada.
- Bisaccioni, P. & Carvalho Neto, M. B. (2010). Algumas considerações sobre o “pequeno Albert”. *Temas em Psicologia*, 18, 491-498.
- Blampied, N. M. (1999). A legacy neglected: Restating the case for single-case research in cognitive-behaviour therapy. *Behaviour Change*, 16, 89-104.
- Blampied, N. M. (2000). Single-case research designs: A neglected alternative. *American Psychologist*, 55, 960.
- Blampied, N. M. (2001). The third way: Single-case research, training, and practice in clinical psychology. *Australian Psychologist*, 36, 157-163.
- Bohart, A. D., O'Hara, M. & Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatments: disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8, 141-157.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T. & Rothstein, H. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Chichester: Wiley.
- Borkovec, T. D. & Castonguay, L. G. (2006). Effectiveness research. Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 89-96). Washington: American Psychological Association.
- Boutron, I, Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F. & Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 148, 295-309.
- Branch, M. N. & Hackenberg, T. D. (1998). Humans are animals, too: Connecting animal research to human behavior and cognition. Em W. O'Donohue (Org.), *Learning and behavior therapy* (pp. 15-35). Boston: Allyn and Bacon.

- Brum, E. H. M., Frizzo, G. B., Gomes, A. G., Silva, M. R., Souza, D. D. & Piccinini, C. A. (2012). Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29, 259-269.
- Burns, M. K. (2012). Meta-analysis of single-case design research: Introduction to the special issue. *Journal of Behavioral Education*, 21, 175-184.
- Burns, M. K., Zaslowsky, A. F., Kanive, R. & Parker, D. C. (2012). Meta-analysis of incremental rehearsal using phi coefficients to compare single-case and group designs. *Journal of Behavioral Education*, 21, 185-202.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Callaghan, G. M. & Darrow, S. M. (2015). The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: Foundations and future directions for a fourth wave. *Current Opinion in Psychology*, 2, 60-64.
- Campos, A. P. A. (2007). *Análise comportamental em depressivos* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Carrara, K. (2005). *Behaviorismo radical: Crítica e metacrítica* (2a ed.). São Paulo: UNESP.
- Carroll, L. (1998). *Alice's adventures in wonderland*. London: Penguin. (Trabalho original publicado em 1865)
- Carvalho Neto, M. B. (2002). Análise do comportamento: Behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6, 13-18.
- Cassas, F. A. & Regis Neto, D. M. (2010). Estudos de caso e relatos de caso: Uma reflexão inicial sobre suas possíveis diferenças e funções. Em M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. Cillo, P. B. Faleiros & P. Piazon. (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 27. Terapia comportamental e cognitiva* (pp. 280-285). Santo André: Esetec.
- Cassas, F. A. (2013). *O acompanhamento terapêutico como prática do analista do comportamento: Uma caracterização histórica com base no behaviorismo radical* (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica São Paulo, São Paulo, SP.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006a). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631-638.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (Orgs.). (2006b). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.

- Catania, A. C. (2007). *Learning* (4a ed. interim). Cornwall-on-Hudson: Sloan Publishing.
- Centre for Reviews and Dissemination (2008). *Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York: University of York.
- Chambless, D. & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D. L. (1993). Task force on promotion and dissemination of psychological procedures: A report adopted by the Division 12 Board. Washington: American Psychological Association. Retirado de <http://www.apa.org/divisions/div12/est/chamble2.pdf>
- Chambless, D. L. (2002). Beware the Dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13-16.
- Chambless, D. L., Baker, M., Baucom, D. H., Beutler L. E, Calhoun K. S., Crits-Christoph, P., . . . Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., . . . McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Chiesa, M. (1994). *Radical behaviorism: The philosophy and the science*. Boston: Authors Cooperative.
- Christensen, A., Jacobson, N. S. & Babcock, J. C. (1995). Integrative behavioral couples therapy. Em N.S. Jacobson & A. S. Gurman (Orgs.), *Clinical handbook for couples therapy* (pp. 31-64). New York: Guilford.
- Cipani, E. (2004). *Punishment on trial: A resource guide to child discipline*. Reno: Context Press.
- Cisler, J. M. & Koster, E. H. W. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 30, 203-216.
- Coe, R. (2002). *It's the effect size, stupid: What effect size is and why it is important*. Trabalho apresentado no British Educational Research Association, University of Exeter, England. Disponível em <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00002182.htm>
- Coêlho, N. L. & Tourinho, E. Z. (2008). O conceito de ansiedade na análise do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21, 171-178.
- Cooper, H. M. (1998). *Synthesizing research: A guide for literature reviews* (3a ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

- Cooper, H., Hedges, L. V. & Valentine, J. C. (Orgs.). (2009). *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (2a ed.). New York: Russell Sage Foundation.
- Corrigan, P. W. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*, 24, 198-193.
- Costa, N. (2002). *Terapia analítico-comportamental: Dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista*. Santo André: Esetec.
- Costa, N. (2011). O surgimento de diferentes denominações para a terapia comportamental no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13, 46-57.
- Cozolino, L. (2010). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain* (2a ed.). New York: W. W. Norton & Company.
- Critchfield, T. S. (2014). Punishment: Destructive force or valuable social “adhesive”? *Behavior Analysis in Practice*, 7, 36-44.
- Critical Appraisal Skills Programme. (2013). *Ten questions to help you make sense of qualitative research*. CASP, Oxford. Disponível em http://media.wix.com/ugd/dded87_951541699e9edc71ce66c9bac4734c69.pdf
- Crombie, I. K. (1996). *The pocket guide to critical appraisal: A handbook for health care professionals*. London: BMJ Publishing Group.
- Cuijpers, P., van Straten, A. & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.
- Dattilio, F. M. (2006). Does the case study have a future in the psychiatric literature? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10, 195-203.
- David, D. & Montgomery, G. H. (2011). The scientific status of psychotherapies: A new evaluative framework for evidence-based psychosocial interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 89-99.
- de Rose, J. C. (1999). O que é um Skinneriano? Uma reflexão sobre mestres, discípulos e influência intelectual. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1, 67-74.
- de Rose, J. C. C., Bezerra, M. S. L. & Lazarin, T. (2012). Consciência e autoconhecimento. Em M. M. C. Hübner & M. B. Moreira (Orgs.), *Temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento* (pp. 188-207). São Paulo: GEN.
- De-Farias, A. K. C. R. (2005). Comportamento social: Cooperação, competição e trabalho individual. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 265-281). Porto Alegre: Artmed.

- de-Farias, A. K. C. R. (Org.) (2010). *Análise comportamental clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso*. Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, G. & Almeida, T. A. C. (2012). O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 147-159). Porto Alegre: Artmed.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 497-505.
- Delitti, M. (2001). Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental* (pp. 35-42). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174-183.
- Dilélío, A. S., Tomasi, E., Thumé, E., da Silveira, D. S., Siqueira, F. C. V., Piccini, R. X. . . & Facchini, L. A. (2014). Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 2594-2606.
- Dimeff, L. A. & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4, 39-47.
- Domenico, E. B. & Ide, C. A. (2003). Enfermagem baseada em evidências: Princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11, 115-118.
- Donadone, J. (2004). *O uso de orientação em intervenções clínicas por terapeutas comportamentais experientes e pouco experientes* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Donahoe, J. W. (1993). The unconventional wisdom of B. F. Skinner: The analysis-interpretation distinction. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 60, 453-456.
- Dotto, M. C. (1998). *Uma análise funcional do comportamento* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Dougher, M. J. & Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 321-334.
- Dougher, M. J. & Hayes, S. C. (2000). Clinical behavior analysis. Em M. J. Dougher (Org.), *Clinical behavior analysis* (pp. 11-26). Reno: Context Press.

- Edwards, D. J. A., Dattilio, F. M. & Bromley, D. B. (2004). Developing evidence based practice: The role of case-based research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 589-597.
- Eifert, G. H. & Plaud, J. J. (1998). From behavior theory to behavior therapy: An overview. Em J. J. Plaud & G. H. Eifert (Orgs.), *From behavior theory to behavior therapy* (pp. 1-14). Boston: Allyn and Bacon.
- Eifert, G. H., Schulte, D., Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W. & Lau, A. W. (1997). Manualized behavior therapy: Merits and challenges. *Behavior Therapy*, 28, 499-509.
- Ekers, D., Richards, D. & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatments of depression. *Psychological Medicine*, 38, 611-623.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham M., Audin, K., Connell, J. & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9, 247-255.
- Everitt, B. S. (2002). *The Cambridge dictionary of statistics* (2a ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H. J. (1964b). The outcome problem in psychotherapy: A reply. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 97-100.
- Eysenck, H. J. (Org.). (1960). *Behaviour therapy and the neuroses*. London: Pergamon Press.
- Eysenck, H. J. (Org.). (1964a). *Experiments in behaviour therapy*. London: Pergamon Press.
- Fantino, E. & Stolarz-Fantino, S. (2013). The logic and illogic of human reasoning. Em G. J. Madden (Org.), *APA handbook of behavior analysis. Vol. 1: Methods and principles* (pp. 439-461). Washington: American Psychological Association.
- Fava, G. A. & Mangelli, L. (2001). Assessment of subclinical symptoms and psychological well-being in depression. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 47-52.
- Fensterheim, H. & Raw, S. D. (1996). Psychotherapy research is not psychotherapy practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 168-171.
- Ferster, C. B. & Culberston, S. A. (1982). *Behavior principles* (3a ed.). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.

- Field, A. P. (2013). Meta-analysis in clinical psychology research. Em J. S. Comer & P. C. Kendall (Orgs.), *The Oxford handbook of research strategies for clinical psychology* (pp. 317-335). New York: Oxford University Press.
- Filippin, L. I. & Wagner, M. B. (2008). Fisioterapia baseada em evidência: Uma nova perspectiva. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12, 432-433.
- Follette, W. C., Naugle, A. E. & Linnerooth, P. J. (2000). Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. Em M. J. Dougher (Org.), *Clinical behavior analysis* (pp. 99-125). Reno: Context Press.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D. & Luciano, C. (2013). An empirical investigation of hierarchical versus distinction relations in a self-based ACT exercise. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13, 373-388.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D. & Luciano, C. (2013). An empirical investigation of hierarchical versus distinction relations in a self-based ACT exercise. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13, 373-388.
- Forsyth, J. P. & Hawkins, R. P. (1997). Thirty years of behavior therapy: Promises kept, promises unfulfilled. *Behavior Therapy*, 28, 327-331.
- Forsyth, J. P. (1997). In the name of the “advancement” of behavior therapy: Is it all in a name? *Behavior Therapy*, 28, 615-627.
- Franks, C. M. (1997). It was the best of times, it was the worst of times. *Behavior Therapy*, 28, 389-396.
- Freud, S. (1957). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. Em J. Strachey (Org. & Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 10). London: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1909)
- Freud, S. (1957). Studies on hysteria. Em J. Strachey (Org. & Trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2). London: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1893-1895)
- Froyd, J. E., Lambert, M. J. & Froyd, J. D. (1996). A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health*, 5, 11-16.
- Frueh, B C., Ford, J. D., Elhai, J. D. & Grubaugh, A. L. (2012). Evidence-based practice in adult mental health. Em P. Sturmey & M. Hersen (Orgs.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology, volume two: Adult disorders* (pp. 3-14). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Gage, N. A. & Lewis, T. J. (2013). Analysis of effect for single-case design research. *Journal of Applied Sport Psychology*, 25, 46-60.

- Gaudiano, B. A., Brown, L. A. & Miller, I. W. (2011). Let your intuition be your guide? Individual differences in the evidence-based practice attitudes of psychotherapists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 628-634.
- Gavazzoni, J. A. & Marinho-Casanova, M. L. (2008). Avaliação do efeito de um programa de intervenção comportamental sobre o comportamento de fumar cigarros. *Temas em Psicologia*, 16, 83-95.
- Gavazzoni, J. A. (2008). *Avaliação do efeito de um programa de intervenção comportamental sobre o comportamento de fumar cigarros* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR.
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B. & Mangun, G. R. (2006). *Cognitive neuroscience: The biology of the mind* (3a ed.). New York: W. W. Norton & Company.
- Glenn, S. S. (1993). Windows on the 21st century. *The Behavior Analyst*, 16, 133-151.
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E. & Sternberg, R. J. (Orgs.). (2006). *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. Washington: American Psychological Association.
- Green, J. (2000). The role of theory in evidence-based health promotion practice. *Health Education Research*, 15, 125-129.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2006). Change process research. Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 81-89). Washington: American Psychological Association.
- Guedes, M. L. (1993). Equívocos da terapia comportamental. *Temas em Psicologia*, 2, 81-85.
- Guedes, M. L. (2011). Porque o controle aversivo não é uma possibilidade na clínica. *Acta Comportamentalia*, 19, 65-70.
- Gugiu, P. C. & Gugiu, M. R. (2010). A critical appraisal of standard guidelines for grading levels of evidence. *Evaluation & the Health Professions*, 33, 233-255.
- Guilhardi, H. J. & Queiroz, P. B. P. S. (2001). A análise funcional no contexto terapêutico o comportamento do terapeuta como foco da análise. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental* (pp. 43-93). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Guilhardi, H. J. (2003). *Tudo se deve às conseqüências...* Disponível em http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/helio/tudo_consequencias.pdf

- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por contingências de reforçamento. Em C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 3-40). São Paulo: Roca.
- Guilhardi, H. J. (2012). *Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil*. Retirado de: <http://www.itcrcampinas.com.br/txt/terceiraonda.pdf>
- Guinther, P. M. & Dougher, M. J. (2013). From behavioral research to clinical therapy. Em G. J. Madden (Org.), *APA handbook of behavior analysis. Vol. 2: Translating principles into practice* (pp. 3-32). Washington: American Psychological Association.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., . . . Tugwell, P. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, 268, 2420-2425.
- Harlow, J. M. (1848). Passage of an iron rod through the head. *Boston Medical and Surgical Journal*, 39, 389-393.
- Hathaway, S. R. & Mckinley, J. C. (1971). *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade* (A. Benkö & R. J. P. Simões, Trans.). Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada.
- Hawkins, R. P. & Forsyth, J. P. (1997). The behavior analytic perspective: Its nature, prospects, and limitations for behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 7-16.
- Hawkins, R. P. (1997). Can behavior therapy be saved from triviality? Commentary on "Thirty years of behavior therapy". *Behavior Therapy*, 28, 637-645.
- Hayes, S. C. & Follette, W. C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndrome classification? *Behavior Assessment*, 14, 345-365.
- Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (Orgs.). (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S. C. (1981). Single case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 193-211.
- Hayes, S. C. (1983). The role for the individual case in the production and consumption of clinical knowledge. Em M. Hersen, A. E. Kazdin & A. S. Bellack (Orgs.), *The clinical psychology handbook* (pp. 181-195). New York: Pergamon Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.

- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Haynes, S. N. & O'Brien, W. O. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Herbert, J. D. & Gaudiano, B. A. (2005). Moving from empirically supported treatment lists to practice guidelines in psychotherapy: The role of the placebo concept. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 893-908.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A. & Forman, E. M. (2013). The importance of theory in cognitive behavior therapy: A perspective of contextual behavioral science. *Behavior Therapy*, 44, 580-591.
- Herbert, J. D., Neeren, A. M. & Lowe, M. R. (2007). Clinical intuition and scientific evidence: What is their role in treating eating disorders. *The Renfrew Perspective*, Winter, 15-17.
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. West Sussex: The Cochrane Collaboration.
- Hill, C. E. (2006). Qualitative research. Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 74-81). Washington: American Psychological Association.
- Hill, C., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C. & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 298-315.
- Hofmann, S. G. (2013). Bridging the theory-practice gap by getting even bolder with the Boulder model. *Behavior Therapy*, 44, 603-608.
- Holden, B. (2007). The relationship between explanations and practice in behavior analysis: Some challenges, and possible solutions. *European Journal of Behavior Analysis*, 8, 65-76.
- Hollon, S. D. (2006). Randomized clinical trials. Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 96-105). Washington: American Psychological Association.
- Horner, R. H. & Kratochwill, T. R. (2012). Synthesizing single-case research to identify evidence-based practices: Some brief reflections. *Journal of Behavioral Education*, 21, 266-272.
- Horowitz, L. J., Lambert, M. J. & Strupp, H. H. (Orgs.). (1997). *Measuring patient change in mood, anxiety, and personality disorders: Toward a core battery*. Washington: American Psychological Association.

- Houaiss, A. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Houts, A., Berman, J. & Abramson, H. (1994). The effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 737-745.
- Hughes, J. N. (2000). Reconsideration of the role of theory in psychosocial intervention. *Journal of School Psychology*, 38, 389-401.
- Hurst, R. M. & Nelson-Gray, R. (2006). Single-participant (S-P) design research. Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 64-73). Washington: American Psychological Association.
- Ingberman, Y. K. (2001). Análise funcional de um caso de depressão. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental* (pp. 196-199). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Iwakabe, S. & Gazzola, N. (2009): From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19, 601-611.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., . . . Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jacobson, N. S. (1997). Advancing behavior therapy means advancing behaviorism: Commentary on "In the name of the advancement of behavior therapy: Is it all in a name?" *Behavior Therapy*, 28, 629-632.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Jesson, J. K., Matheson, L. & Lacey, F. M. (2011). *Doing your literature review: Traditional and systematic techniques*. Los Angeles: Sage.
- Johnston, J. M. & Pennypacker, H. S. (2009). *Strategies and tactics of behavioral research* (3a ed.). New York: Routledge.
- Jones, C. & Meaden, A. (2012). Schizophrenia. Em P. Sturmey & M. Hersen (Orgs.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology, volume two: Adult disorders* (pp. 221-242). Hoboken: John Wiley & Sons.

- Jones, E. E. (1993). Introduction to special section: Single-case research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 371-372.
- Jones, M. C. (1924a). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, 31, 308-315.
- Jones, M. C. (1924b). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 382-390.
- Kaczorowski, J. (2009). Standing on the shoulders of giants: Introduction to systematic reviews and meta-analyses. *Canadian Family Physician*, 55, 1155-1156.
- Kanter, J. W., Cautilli, J. D., Busch, A. M. & Baruch, D. E. (2005). Toward a comprehensive functional analysis of depressive behavior: Five environmental factors and a possible sixth and seventh. *The Behavior Analyst Today*, 6, 65-81.
- Kanter, J. W., Schildcrout, J. S. & Kohlenberg, R. J. (2005). In vivo processes in cognitive therapy for depression: Frequency and benefits. *Psychotherapy Research*, 15, 366-373.
- Katrak, P., Bialocerkowski, A. E., Massy-Westropp, N. Kumar, V. S. S. & Grimmer, K. A. (2004). A systematic review of the content of critical appraisal tools. *BMC Medical Research Methodology*, 4, 1-11.
- Kazdin, A. E. & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park Press.
- Kazdin, A. E. (1981). Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 183-192.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (1992). *Research design in clinical psychology* (2a ed.). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Kazdin, A. E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 143-151.

- Kazdin, A. E. (2005). Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 184-188.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19, 418-428.
- Keller, F. S. & Schoenfeld, W. N. (1995). *Principles of psychology: A systematic text in the science of behavior*. Acton: Copley Publishing Group (Trabalho original publicado em 1950)
- Kendall, J. M. (2003). Designing a research project: Randomised controlled trials and their principles. *Emergency Medicine Journal*, 20, 164-168.
- Kendall, P. C., Comer, J. S. & Chow, C. (2013). The randomized controlled trial: Basics and beyond. Em J. S. Comer & P. C. Kendall (Orgs.), *The Oxford handbook of research strategies for clinical psychology* (pp. 40-61). New York: Oxford University Press.
- Khan, K. S., Kunz, R., Kleijnen, J. & Antes, G. (2003). Five steps to conducting a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 118-121.
- Kihlstrom, J. F. (2006). Scientific research. Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 23-31). Washington: American Psychological Association.
- Kiresuk, T. J., Smith, A. & Cardillo, J. E. (Orgs.). (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale: Erlbaum.
- Koerner, N., Vorstenbosch, V. & Antony, M. M. (2012). Panic disorder. Em P. Sturmey & M. Hersen (Orgs.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology, volume two: Adult disorders* (pp. 285-311). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1994). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C. & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.

- Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y. & Parker, C. R. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213-229.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. & Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282.
- Kratochwill, T. R. & Levin, J. R. (2014). Meta- and statistical analysis of single-case intervention research data: Quantitative gifts and a wish list. *Journal of School Psychology*, 52, 231-235.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M. & Shadish, W. R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education*, 34, 26-38.
- Laloni, D. T. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas-90-R SCL-90-R: Adaptação, precisão e validade*. (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than “placebo effects”. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 855-869.
- Lambert, M. J., Christensen, E. R. & DeJulio, S. S. (1983). *The assessment of psychotherapy outcome*. New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G., . . . Reisinger, C. W. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ45.2)*. Wilmington: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., Hatch, D. R., Kingston, M. D. & Edwards, B. C. (1986). Zung, Beck, and Hamilton rating scales as measures of treatment outcome: A meta-analytic comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 54-59.
- Laraway, S., Snyderski, S., Michael, J. & Poling, A. (2003). Motivating operations and terms to describe them: Some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 407-414.
- Laurenti, C. (2008). Determinismo, probabilidade e análise do comportamento. *Temas em Psicologia*, 16, 171-183.
- Leaf, R. & McEachin, J. (Orgs.) (1999). *A work in progress: Behavior management strategies and a curriculum for intensive behavioral treatment of autism*. New York: DRL Books.
- Leonardi, J. L. & Bravin, A. A. (2011). Uma introdução à farmacologia comportamental. *Interação em Psicologia*, 15, 193-201.

- Leonardi, J. L. & Nico, Y. (2012). Comportamento respondente. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 18-23). Porto Alegre: Artmed.
- Leonardi, J. L. & Rubano, D. R. (2012). Fundamentos empíricos da análise do comportamento aplicada para o tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 3, 1-19.
- Leonardi, J. L., Borges, N. B. & Cassas, F. A. (2012). Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 105-109). Porto Alegre: Artmed.
- Leonardi, J. L., Rubano, D. R. & Assis, F. R. P. (2010). Subsídios da análise do comportamento para avaliação de diagnóstico e tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no âmbito escolar. Em Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.), *Medicalização de crianças e adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 111-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lerman, D. C. & Vorndran, C. M. (2002). On the status of knowledge for using punishment: Implications for treating behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 431-434.
- Lettner, H. W. & Rangé, B. P. (Orgs.) (1988). *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Manole.
- Leucht, S., Kissling, W. & Davis, J. M. (2009). How to read and understand and use systematic reviews and meta-analyses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 443-450.
- Lewin, K. (1951). Problems of research in social psychology. Em D. Cartwright (Org.), *Field theory in social science: Selected theoretical papers* (pp. 155-169). New York: Harper & Row.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to the treatment of depression. Em R. M. Friedman & M. M. Katz (Orgs.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. Em M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Orgs.), *Progress in behavior modification* (pp. 19-64). New York: Academic Press.
- Lewisohn, P. M. & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 291-295.

- Lewisohn, P. M., Biglan, A. & Zeiss, A. S. (1976). Behavioral treatment of depression. Em P. O. Davidson (Org), *The behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp. 91-146). New York: Brunner/Mazel.
- Lilienfeld, S. O. (2000). Psychological therapies that cause harm. *Perspectives in Psychological Science*, 2, 53-70.
- Lilienfeld, S. O. (2011). Distinguishing scientific from pseudoscientific psychotherapies: Evaluating the role of theoretical plausibility, with a little help from reverend Bayes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 105-112.
- Lilienfeld, S. O. (2014). Evidence-based practice: The misunderstandings continue. *Psychology Today: The Skeptical Psychologist*. Disponível em <http://www.psychologytoday.com/blog/the-skeptical-psychologist/201401/evidence-based-practice-the-misunderstandings-continue>
- Lindsley, O. R. (1956). Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia. *Psychiatric Research Reports*, 5, 118-139.
- Lindsley, O. R., Skinner, B. F. & Solomon, H. C. (1953). *Studies in behavior therapy: Status report I*. Waltham, Massachusetts: Metropolitan State Hospital.
- Linehan, M. M. & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69, 97-110.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Lohr, J. M. (2011). What is (and what is not) the meaning of evidence-based psychosocial intervention? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 100-104.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., . . . Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2-12.
- Luborsky, L., Singer, B. H. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luna, S. V. & Marinotti, M. (2010). Ensino da resolução de problemas: Questões conceituais e metodológicas. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações histórias, conceituais e aplicadas* (pp. 194-217). São Paulo: Roca.

- Lundervold, D. A. & Belwood, M. F. (2000). The best kept secret in counseling: Single-case (N = 1) experimental designs. *Journal of Counseling & Development*, 78, 92-102.
- Machado, A., Lourenço, O. & Silva, F. J. (2000). Facts, concepts, and theories: The shape of psychology's epistemic triangle. *Behavior and Philosophy*, 28, 1-40.
- Mangabeira, V., Kanter, J. & Del Prette, G. (2012). Functional analytic psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 78-89.
- Manolov, R., Guilera, G. & Sierra, V. (2014). Weighting strategies in the meta-analysis of single-case studies. *Behavior Research Methods*.
- Marks, I. (1975). Behavioral treatments of phobic and obsessive-compulsive disorders: A critical appraisal. Em M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Orgs.), *Progress in behavior modification* (Vol. 1, pp. 66-158). New York: Academic Press
- Marks, I. M. & Mathews, A. M. (1978). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behavior Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Martell, C. R., Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W. W. Norton.
- Martell, C. R., Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R. (2013). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: Guilford.
- Martins, P. S. (1999). *Atuação de terapeutas estagiários com relação a falas sobre eventos privados em sessões de terapia comportamental* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
- Matos, M. A. (1981). A ética do exercício de controles aversivos. *Boletim de Psicologia*, 33, 125-133.
- Matos, M. A. (1990). Controle experimental e controle estatístico: A filosofia do caso único na pesquisa comportamental. *Ciência e Cultura*, 42, 585-592.
- Matos, M. A. (1998). Contingências para a análise comportamental no Brasil. *Psicologia USP*, 9, 89-100.
- Mattaini, M. A. (2007). The problem with evidence-based practice. *Behavior and Social Issues*, 16, 109-110
- Mazzucchelli, T., Kane, R. & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 383-411.

- McClafferty, C. (2012). Expanding the cognitive behavioural therapy traditions: An application of functional analytic psychotherapy treatment in a case study of depression. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 90-95.
- McEntegart, C., Barnes-Holmes, Y., Hussey, I. & Barnes-Holmes, D. (2015). The ties between a basic science of language and cognition and clinical applications. *Current Opinion in Psychology*, 2, 56-59.
- McLeod, J. (2003). *Doing counselling research* (2a ed.). London: Sage Publications.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P. & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17, 758-764.
- Messer, S. B. (2007). Psychoanalytic case studies and the pragmatic case study method. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3, 55-58.
- Meyer, D. & El-Hani, C. N. (2005). *Evolução: O sentido da biologia*. São Paulo: UNESP.
- Meyer, S. B. (1995). Quais os requisitos para que uma terapia seja considerada comportamental? *Instituto de Psicologia Aplicada*. Disponível em <http://www.inpaonline.com.br/requisitos-terapia-considerada-comportamental/>
- Meyer, S. B. (1998). Análise funcional como prerrogativa do clínico comportamental. *Integração: Ensino, Pesquisa e Extensão*, 4, 26-28.
- Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. Em C. E. Costa, J. C. Luzia & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 75-91). Santo André: Esetec.
- Meyer, S. B. (2005). Regras e auto-regras no laboratório e na clínica. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 211-227). Porto Alegre: Artmed.
- Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S. & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações histórias, conceituais e aplicadas* (pp. 153-174). São Paulo: Roca.
- Meyer, S. B., Villas-Bôas, A. A. V., Franceschini, A. C. T., Oshiro, C. K. B., Kameyama, M, Rossi, P. R. & Mangabeira, V. (2015). *Terapia analítico-comportamental: Relato de casos e de análises*. São Paulo: Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.
- Michael, J. L. (2004). *Concepts and principles of behavior analysis* (edição revisada). Kalamazoo: Association for Behavior Analysis International.

- Micheletto, N. & Sérgio, T. M. A. P. (1993). Homem: Objeto ou sujeito para Skinner? *Temas em Psicologia, 1*, 11-21.
- Micheletto, N., Guedes, M. C., César, G. & Pereira, M. E. M. (2010). Disseminação do conhecimento em análise do comportamento produzido no Brasil (1962-2007). Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 101-125). São Paulo: Roca.
- Michell, J. (2005). *Measurement in psychology: A critical history of a methodological concept*. New York: Cambridge University Press.
- Millenson, J. R. & Leslie, J. C. (1979). *Principles of behavior analysis* (2a ed.). New York: Macmillan Publishing.
- Minayo, M. C. S. (2012). O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 28*, 208-209.
- Moeyaert, M., Ferron, J. M., Beretvas, S. N. & Noortgate, W. V. (2014). From a single-level analysis to a multilevel analysis of single-case experimental designs. *Journal of School Psychology, 52*, 191-211.
- Moore, J. (2008). *Conceptual foundations of radical behaviorism*. Cornwall-on-Hudson: Sloan.
- Morris, E. K., Lazo, J. F. & Smith, N. G. (2004). Whether, when, and why Skinner published on biological participation in behavior. *The Behavior Analyst, 27*, 153-169.
- Morrow-Bradley, C. & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist, 41*, 188-197.
- Mowrer, O. H. & Mowrer, W. M. (1938). Enuresis: A method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 8*, 436-459.
- Mulick, P. S., Landes, S. J. & Kanter, J. W. (2011). Contextual behavior therapies in the treatment of PTSD: A review. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*, 23-32.
- Nathan, P. E., Stuart, S. P. & Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin, 126*, 964-981.
- Neno, S. (2005). *Tratamento padronizado: Condicionantes históricos, status contemporâneo e (in)compatibilidade com a terapia analítico-comportamental* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
- Newland, M. C., Pennypacker, H. S., Anger, W. K. & Mele, P. (2003). Transferring behavioral technology across applications. *Neurotoxicology and Teratology, 25*, 529-542.

- Nico, Y. & Leonardi, J. L. (2014). Determinantes culturais da depressão nas sociedades pós-modernas: Uma análise comportamental. Em A. C. C. P. Bittencourt, E. C. Almeida Neto, M. E. Rodrigues, N. B. Araripe. (Orgs), *Depressão: Psicopatologia e terapia analítico-comportamental* (pp. 51-105). Curitiba: Juruá.
- Nolasco, N. C. (2002). *A evolução do conceito de intervenção clínica comportamental conforme apresentada em artigos produzidos no Brasil: Uma revisão histórica* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Norcross, J. C. (Org.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E. & Levant, R. F. (Orgs.). (2006). *Evidence-based practice in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington: American Psychological Association.
- O'Donohue, W. & Ferguson, K. E. (2006). Evidence-based practice in psychology and behavior analysis. *The Behavior Analyst Today*, 7, 335-350.
- O'Donohue, W. (1998). Conditioning and third-generation behavior therapy. Em W. O'Donohue (Org.), *Learning and behavior therapy* (pp. 1-14). Boston: Allyn and Bacon.
- O'Donohue, W., Snipes, C. & Soto, C. (no prelo). The design, manufacture, and reporting of weak and pseudo-tests: The case of ACT. *Journal of Contemporary Psychotherapy*.
- Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. Em M. J. Lambert (Org.), *Bergin's and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6a ed.; pp. 134-166). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J. & Fields, S. A. (2002). *Essentials of outcome assessment*. New York: Wiley.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., Weight, D. G. & Payne, I. R. (1990). Agoraphobia outcome measurement in the 1980's: A review and meta-analysis. *Psychological Assessment*, 2, 317-325.
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M. & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.
- Oliveira, W. (2008). *O que se faz e o que se diz: Auto-relatos emitidos por terapeutas comportamentais* (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Onken, L. S., Blaine, J. D. & Battjes, R. J. (1997). Behavioral therapy research: A conceptualization of a process. Em S. W. Henggeler & A. B. Santos (Orgs.), *Innovative approaches from difficult-to-treat populations* (pp. 477-485). Washington: American Psychiatric Press.

- Oshiro, C. K. B. (2011). *Delineamento experimental de caso único: A psicoterapia analítica funcional com dois clientes difíceis*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Oshiro, C. K. B., Kanter, J. W. & Meyer, S. B. (2012). A single-case experimental demonstration of functional analytic psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 7, 111-116.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Öst, L. G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121.
- Parker, R. I. & Vannest, K. J. (2012). Bottom-up analysis of single-case research designs. *Journal of Behavioral Education*, 21, 254-265.
- Partington, J. W. (2014). *Getting started: Developing critical learning skills for children on the autism spectrum: A step-by-step guide to further the development of children with minimal language skills*. Walnut Creek: Behavior Analysts.
- Pedersen, E. R., Callaghan, G. M., Prins, A., Nguyen, H. V. & Tsai, M. (2012). Functional analytic psychotherapy as an adjunct to cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder: Theory and application in a single case design. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 125-134.
- Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P. & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à teoria das molduras relacionais (relational frame theory): Principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 4, 32-50.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, 159-172.
- Pérez-Alvarez, M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 291-310.
- Perón, F. & Silveira, J. M. (2013). Efeitos de uma atividade de fantasia em medidas da interação terapêutica. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15, 20-35.
- Perón, F. (2012). *Efeitos de uma atividade de fantasia em medidas da interação terapêutica* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.
- Persons, J. B. & Silberschatz, G. (2003). Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? Em A. E. Kazdin (Org.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (3a ed.; pp. 547-568). Washington: American Psychological Association.

- Pierce, W. D. & Cheney, C. D. (2008). *Behavior analysis and learning* (4a ed.). New York: Psychology Press.
- Pilecki, B. & McKay, D. (2013). The theory-practice gap in cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 44, 541-547.
- Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C. & Brito, A. D. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 687-707.
- Plaud, J. J., Eifert, G. H. & Wolpe, J. (1998). The role of theory in behavior therapy: Conceptual and practical conclusions. Em J. J. Plaud & G. H. Eifert (Orgs.), *From behavior theory to behavior therapy* (pp. 320-331). Boston: Allyn and Bacon.
- Popper, K. R. (1963). *Conjectures and refutations*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Rangé, B. & Guilhardi, H. (1995). História da psicoterapia comportamental e cognitiva no Brasil. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 55-69). Campinas: Editorial Psy.
- Rangé, B. P. (2001). Por que sou terapeuta cognitivo-comportamental? Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 31-39). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Rebelo, H. (2012). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 25, 543-557.
- Reed, G. M., Kihlstrom, J. F. & Messer, S. B. (2006). What qualifies as evidence of effective practice? Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 13-55). Washington: American Psychological Association.
- Reese, H. E., Rosenfield, E. & Wilhelm, S. (2013). Reflections on the theory-practice gap in cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, 44, 609-613.
- Reese, H. W. (1996a). How is physiology relevant to behavior analysis? *The Behavior Analyst*, 19, 61-70.
- Reese, H. W. (1996b). Response to commentaries. *The Behavior Analyst*, 19, 85-88.
- Richards, D. (2008). Reflecting the evidence. *Evidence-Based Dentistry*, 9, 98.
- Rico, V. V., Golfeto, R. & Hamasaki, E. I. M. (2012). Sentimentos. Em M. M. C. Hubner & M. B. Moreira (Orgs.), *Temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento* (pp. 88-99). São Paulo: GEN.
- Rindskopf, D. (2014). Nonlinear Bayesian analysis for single case designs. *Journal of School Psychology*, 52, 179-189.

- Rosenthal, D. & Frank, J. D. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53, 294-302.
- Rosner, A. L. (2012). Evidence-based medicine: Revisiting the pyramid of priorities. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 16, 42-49.
- Rounsaville, B. J. & Carroll, K. M. (2002). Commentary on dodo bird revisited: Why aren't we dodos yet? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 17-20.
- Rounsaville, B. J., Carroll, K. M. & Onken, L. S. (2001). A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving on from stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 133-142.
- Rubenstein, C. (1931). The treatment of morphine addiction in tuberculosis by Pavlov's conditioning method. *American Review of Tuberculosis*, 24, 682-685.
- Russell, C. L. (2005). An overview of the integrative research review. *Progress in Transplantation*, 15, 8-13.
- Rutherford, A. (2010). *Profile of Mary Cover Jones*. Psychology's Feminist Voices Multimedia Internet Archive. Retirado de <http://www.feministvoices.com/mary-cover-jones/>
- Sadi, H. M. (2011). *Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de transtorno de personalidade borderline* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Sampaio, A. A. S. & Andery, M. A. P. A. (2012). Seleção por consequências como modelo de causalidade e a clínica analítico-comportamental. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 77-86). Porto Alegre: Artmed.
- Sampaio, A. A. S., Azevedo, F. H. B., Cardoso, L. R. D., Lima, C., Pereira, M. B. R. & Andery, M. A. P. A. (2008). Uma introdução aos delineamentos experimentais de sujeito único. *Interação em Psicologia*, 12, 151-164.
- Sanderson, W. C. & Woody, S. R. (1995). Manuals for empirically validated treatments: A project of the Task Force on Psychological Interventions. *The Clinical Psychology*, 48, 7-11.
- Sanderson, W. C. (2003). Why empirically supported psychological treatments are important. *Behavior Modification*, 27, 290-299.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., . . . Bernardy, N. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 297, 820-830.

- Scotti, J. R., Morris, T. L., McNeil, C. B. & Hawkins, R. P. (1996). DSM-IV and disorders of childhood and adolescents: Can structural criteria be functional? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1177-1191.
- Sears, R. R. & Cohen, L. H. (1933). Hysterical anesthesia, analgesia and astereognosis. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 29, 260-271.
- Segrin, C. & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research*, 26, 489-514.
- Sério, T. M. A. P. (2005). O behaviorismo radical e a psicologia como ciência. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 247-261.
- Sério, T. M. A. P., Andery, M. A. P. A., Gioia, P. S. & Micheletto, N. (2004). Os conceitos de discriminação e generalização. Em T. M. A. P. Sério, M. A. P. A. Andery, P. S. Gioia & N. Micheletto (Orgs.), *Controle de estímulos e comportamento operante: Uma (nova) introdução* (pp. 7-24). São Paulo: Educ.
- Sério, T. M. A. P., Micheletto, N. & Andery, M. A. P. A. (2007). O comportamento como objeto de estudo. *Ciência: Comportamento e Cognição*, 1, 17-24.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T. & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28, 502-510.
- Shadish, W. R. (2014). Analysis and meta-analysis of single-case designs: An introduction. *Journal of School Psychology*, 52, 109-122.
- Shadish, W. R., Hedges, L. V. & Pustejovsky, J. E. (2014). Analysis and meta-analysis of single-case designs with a standardized mean difference statistic: A primer and applications. *Journal of School Psychology*, 52, 123-147.
- Shadish, W. R., Rindskopf, D. M. & Hedges, L. V. (2008). The state of the science in the meta-analysis of single-case experimental designs. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, 2, 188-196.
- Shadish, W. R., Zuur, A. F. & Sullivan, K. J. (2014). Using generalized additive (mixed) models to analyze single case designs. *Journal of School Psychology*, 52, 149-178.
- Sham, E. & Smith, T. (2014). Publication bias in studies of an applied behavior-analytic intervention: An initial analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 47, 663-678.
- Shinohara, K., Honyashiki, M., Imai, H., Hunot, V., Caldwell, D. M., Davies, P., . . . Churchill R. (2013). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. New York: Basic Books.

- Sidman, M. (1966). Normal sources of pathological behavior. Em R. Ulrich, T. Stachnik & J. Mabry (Orgs.), *Control of human behavior* (pp. 42-53). Glenview: Scott, Foresman and Co.
- Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior: A research story*. Boston: Authors Cooperative.
- Sidman, M. (2009). *Coerção e suas implicações* (M. A. Andery & T. M. Sério, Trans.). Campinas: Livro Pleno. (Trabalho originalmente publicado em 1989)
- Silva, A. S. (2001). *Investigação dos efeitos do reforçamento, na sessão terapêutica, sobre relatos de eventos privados, relatos de relações entre eventos privados e variáveis externas e relatos de relações entre eventos ambientais e respostas abertas* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- Silvaes, E. F. M. & Banaco, R. A. (2012). O estudo de caso clínico comportamental. Em E. F. M. Silvaes (Org.). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil: Vol. 1. Fundamentos conceituais, estudos grupais e estudos relativos a problemas de saúde* (7a ed.; pp. 31-48). Campinas: Papirus. (Trabalho original publicado em 2000)
- Silvaes, E. F. M. (Org.). (2012). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil: Vol. 1. Fundamentos conceituais, estudos grupais e estudos relativos a problemas de saúde* (7a ed.). Campinas: Papirus. (Trabalho original publicado em 2000)
- Skinner, B. F. (1963). Operant behavior. *American Psychologist*, 18, 503-515.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. New York: Free Press. (Trabalho original publicado em 1953)
- Skinner, B. F. (1969a). An operant analysis of problem solving. Em B. F. Skinner (Org.), *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis* (pp. 133-171). New York: Appleton Century Crofts. (Trabalho original publicado em 1966)
- Skinner, B. F. (1969b). Behaviorism at fifty. Em B. F. Skinner (Org.), *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis* (pp. 221-268). New York: Appleton-Century-Crofts. (Trabalho original publicado em 1963)
- Skinner, B. F. (1969c). Operant behavior. Em B. F. Skinner (Org.), *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis* (pp. 105-132). New York: Appleton Century Crofts. (Trabalho original publicado em 1963)
- Skinner, B. F. (1969d). The inside story. Em B. F. Skinner (Org.), *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis* (pp. 269-297). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1972). Current trends in experimental psychology. Em B. F. Skinner (Org.), *Cumulative record* (3a ed.; pp 295-313). New York: Appleton-Century-Crofts. (Trabalho original publicado em 1947)

- Skinner, B. F. (1976). *About behaviorism*. New York: Vintage Books. (Trabalho original publicado em 1974)
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504.
- Skinner, B. F. (1990). Can psychology be a science of mind? *American Psychologist*, 45, 1206-1210.
- Skinner, B. F. (1991). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Acton: Copley Publishing Group. (Trabalho original publicado em 1938)
- Skinner, B. F. (1992). *Verbal behavior*. Acton: Copley Publishing Group. (Trabalho original publicado em 1957)
- Skinner, B. F., Solomon, H. & Lindsley, O. R. (1954). A new method for the experimental analysis of the behavior of psychotic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 120, 403-406.
- Slocum, T. A., Detrich, R., Wilczynski, S. M., Spencer, T. D., Lewis, T. & Wolfe, K. (2014). The evidence-based practice of applied behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 37, 41-56.
- Smith Jr., J. T., Smith, M. C. & Stullenbarger, E. (1991). Decision points in the integrative research review process: A flow-chart approach. *Medical Reference Services Quarterly*, 10, 47-72.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Sneed, J. R., Fertuck, E. A., Kanellopoulos, D. & Culang-Reinlieb, M. E. (2012). Borderline personality disorder. Em P. Sturmey & M. Hersen (Orgs.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology, volume two: Adult disorders* (pp. 507-529). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Sousa, A. C. A. (2004). *O impacto sobre a pessoa do terapeuta do atendimento ao cliente borderline* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.
- Sousa, M. R. & Ribeiro, A. L. P. (2009). Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: Um tutorial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 92, 241-251.
- Souza, M. T., Silva, M. D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer. *Einstein*, 8, 102-106.
- Spencer, T. D., Detrich, R. & Slocum, T. A. (2012). Evidence-based practice: A framework for making effective decisions. *Education and Treatment of Children*, 35, 127-151.

- 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, 611-631.
- Starcevic, V. (2003). Psychotherapy in the era of evidence-based medicine. *Australasian Psychiatry*, 11, 278-281.
- Starling, R. R. (2010). *Prática controlada: Medidas continuadas e produção de evidências empíricas em terapias analítico-comportamentais* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Starling, R. R. (2015, maio). *Por que análise do comportamento e ACT (RFT) são modelos diferentes e incompatíveis: Uma leitura epistemológica*. Palestra ministrada no III Congresso Brasileiro de Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR) e Encontro de Terapeutas Comportamentais. Campinas, SP.
- Stiles, W. B. (2006). Case studies. Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 57-64). Washington: American Psychological Association.
- Stiles, W. B., Hurst, R. M., Nelson-Gray, R., Hill, C. E., Greenberg, L. S., Watson, J. C., . . . Hollon, S. D. (2006). What qualifies as research on which to judge effective practice? Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 57-130). Washington: American Psychological Association.
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P. & Brody, P. E. (2003). Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 963-972.
- Stoffers, J. M., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.
- Strupp, H. H. & Howard, K. I. (1992). A brief history of psychotherapy research. Em D. K. Freedheim (Orgs.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 309-334). Washington: American Psychological Association.
- Strupp, H. H. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A rejoinder. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 101.
- Stuart, R. B. & Lilienfeld, S. O. (2007). The evidence missing from evidence-based practice. *American Psychologist*, 62, 615-616.
- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Oxford: John Wiley & Sons

- Sturmey, P. (2008). *Behavioral case formulation and intervention: A functional analytic approach*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Sturmey, P. (Org.) (2007). *Functional analysis in clinical treatment*. Burlington: Academic Press.
- Sturmey, P., Ward-Horner, J., Marroquin, M. & Doran, E. (2007). Structural and functional approaches to psychopathology and case formulation. Em P. Sturmey (Org.), *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 1-21). Burlington: Academic Press.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- The Royal Society (2004). *The use of non-human animals in research: A guide for scientists*. London: Royal Society. Disponível em https://royalsociety.org/~media/Royal_Society_Content/policy/publications/2004/9726.pdf
- Thyer, B. A. (1997). Professor Higgins' dilemma: Eliza Doolittle grows up-a review of *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders*, edited by Vincent
- Todorov, J. C. & Hanna, E. S. (2005). Quantificação de escolhas e preferências. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Orgs.), *Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 159-174). Porto Alegre: Artmed.
- Todorov, J. C. (2011). Quem tem medo de controle aversivo? *Acta Comportamentalia*, 19, 5-7.
- Tomlin, G. & Borgetto, B. (2011). Research pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 189-196.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Oakland: New Harbinger.
- Torraco, R. J. (2005). Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. *Human Resource Development Review*, 4, 356-367.
- Tourinho, E. Z. & Cavalcante, S. N. (2001). Por que terapia analítico-comportamental? *ABPMC Contexto*, 23, 10.
- Tourinho, E. Z. & Sérgio, T. M. A. P. (2010). Definições contemporâneas da análise do comportamento. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações histórias, conceituais e aplicadas* (pp. 1-13). São Paulo: Roca.
- Tourinho, E. Z. (2006). Private stimuli, covert responses, and private events: Conceptual remarks. *The Behavior Analyst*, 29, 13-31.

- Tourinho, E. Z. (2009). *Subjetividade e relações comportamentais*. São Paulo: Núcleo Paradigma.
- Ullman, L. P. & Krasner, L. (Orgs.). (1965). *Case studies in behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Uman, L. S. (2011). Systematic reviews and meta-analyses. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 57-59.
- Van Hasselt and Michel Hersen. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 731-734.
- van Houten, R., Axelrod, S., Bailey, J. S., Favel, J. E., Foxx, R. M., Iwata, B. A. & Lovaas, O. I. (1988). The right to effective behavioral treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21, 381-384.
- van Minnen, A., Hoogduin, K. A. L., Keijsers, G. P. J., Hellenbrand, I. & Hendriks, G. J. (2003). Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: A randomized, waiting-list controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 517-522.
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos? *Boletim Contexto ABPMC*, 34, 33-41.
- Vandenberghe, L., Nasser, K. C. F. O, & Silva, D. P. (2010). Couples therapy, female orgasmic disorder and the therapist-client relationship: Two case studies in functional analytic psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 23, 45-53.
- Veiga, D. I. & Leonardi, J. L. (2012). Considerações conceituais sobre o controle por regras na clínica analítico-comportamental. Em N. B. Borges & F. A. Cassas (Orgs.), *Clínica analítico-comportamental: Aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed.
- Velasco, S. M., Garcia-Mijares, M. & Tomanari, G. Y. (2010). Fundamentos metodológicos da pesquisa em análise experimental do comportamento. *Psicologia em Pesquisa*, 4, 150-155.
- Verneque, L., Moreira, M. B. & Hanna, E. S. (2012). Motivação. Em M. M. C. Hubner & M. B. Moreira (Orgs.), *Temas clássicos da psicologia sob a ótica da análise do comportamento* (pp. 74-87). São Paulo: GEN.
- Voegtlin, W. L. (1940). The treatment of alcoholism by establishing a conditioned reflex. *American Journal of the Medical Sciences*, 199, 802-810.
- Walker, B. B. & London, S. (2007). Novel tools and resources for evidence-based practice in psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 633-642.
- Walker, B. B., Seay, S. J., Solomon, A. C. & Spring, B. (2006). Treating chronic migraine headaches: An evidence-based practice approach. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62, 1367-1378.

- Wampold, B. E. (2006). Not a scintilla of evidence to support empirically supported treatments as more effective than other treatments. Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 299-308). Washington: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. Em L. B. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Orgs.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2a ed.; pp. 49-81). Washington: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Goodheart, C. D. & Levant, R. F. (2007). Clarification and elaboration on evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 62, 616-618.
- Waskow, I. E. & Parloff, M. B. (1975). *Psychotherapy change measures*. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Watson, J. B. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Weinberger, J., Rasco, C. & Hofmann, S. G. (2007). Empirically supported common factors. Em S. G. Hofmann & J. Weinberger (Orgs.), *The art and science of psychotherapy* (pp. 103-129). New York: Routledge.
- Westen, D. & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1767-1771.
- Westen, D. I., Stirman, S. W. & DeRubeis, R. J. (2006). Are research patients and clinical trials representative of clinical practice? Em J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 161-189). Washington: American Psychological Association.
- White, K. G. (2013). Remembering and forgetting. Em G. J. Madden (Org.), *APA handbook of behavior analysis. Vol. 1: Methods and principles* (pp. 411-437). Washington: American Psychological Association.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 546-553.
- Williams, M., Powers, M. B. & Foa, E. B. (2012). Obsessive-compulsive disorders. Em P. Sturmey & M. Hersen (Orgs.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology, volume two: Adult disorders* (pp. 313-335). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Wilson, G. T. (1997). Behavior therapy at century close. *Behavior Therapy*, 28, 449-458.
- Wilson, K. P. (2011). Synthesis of single-case design research in communication sciences and disorders: Challenges, strategies, and future directions. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, 5, 104-115.

- Wolpe, J. (1954). Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 72, 205-226.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. California: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1997). Thirty years of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 28, 633-635.
- Woody, S. R. & Sanderson, W. C. (1998). Manuals for empirically supported treatments: 1998 update. *The Clinical Psychologist*, 51, 17-21.
- Wulfert, E. (2002). Can contextual therapies save clinical behavior analysis? *The Behavior Analyst Today*, 3, 254-258.
- Xavier, R. N., Kanter, J. W. & Meyer, S. B. (2012). Transitional probability analysis of two child behavior analytic therapy cases. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 182-188.
- Yalom, I. D. (2012). *O carrasco do amor e outras histórias sobre psicoterapia* (M. A. V. Veronese, Trad.). Rio de Janeiro: Ediouro.
- Yoman, J. (2008). A primer on functional analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 325-340.
- Zainal, Z. (2007). Case study as a research method. *Jurnal Kemanusiaan*, 9, 1-6.
- Zamignani, D. R. (2007). *O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- 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.

APÊNDICE 1

LISTA DOS TRABALHOS SELECIONADOS PARA REVISÃO

- Arruda, M. C. C. & de-Farias, A. K. C. R. (2009). Multideterminação de uma disfunção sexual: Um breve estudo de caso. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 24. Desafios, soluções e questionamentos* (pp. 183-188). Santo André: Esetec.
- Barbosa, C. (2005). Uma prática clínica voltada prioritariamente à normalidade. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 15. Expondo a variabilidade* (pp. 157- 168). Santo André: Esetec.
- Batista, M. P. S. & Ribeiro, M. R. (2008). Comportamento governado por regras e resistência às mudanças: Um estudo de caso. Em W. C. M. P. Silva (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 21. Análise comportamental aplicada* (pp. 121-134). Santo André: Esetec.
- Beckert, M. E. (2006). A partir da queixa, o que fazer? Correspondência verbal-não-verbal: Um desafio para o terapeuta. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, M. C. Scoz & C. Amorim (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 7. Expondo a variabilidade* (pp. 186-194). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 2001)
- Bermúdez, M. A. L., García, R. F. & Aguayo, L. V. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 22, 92-98.
- Bermúdez, M. A. L., García, R. F. & Calvillo, M. (2010). An application of functional analytic psychotherapy in a case of anxiety panic disorder without agoraphobia. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6, 356-372.
- Bernardes, L. A. (2014). Automonitoramento como fonte de avaliação para atendimento de paciente com sobrepeso. Em C. Vichi, E. Huziwara, H. Sadi & L. Postalli (Orgs.), *Comportamento em Foco: Vol. 3* (pp. 179-188). São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental.
- Borges, N. B. (2010). Discutindo o atentar como comportamento precorrente na clínica analítico-comportamental: Extendendo a avaliação funcional. Em M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. Cillo, P. B. Faleiros & P. Piazzon (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 27. Terapia comportamental e cognitiva* (pp. 367-378). Santo André: Esetec.
- Brandão, M. Z. S., Menezes, C. C., Jacovozzi, F. M., Simomura, J., Bitencourt, L., Rocha R. C. A. & Santana, M. G. (2006). Comportamento de esquiva no contexto clínico. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 18. Expondo a variabilidade* (pp. 509-513). Santo André: Esetec.
- Bueno, G. N. (2009). Quando as obsessões-compulsões interditam a vida: A intervenção pelas estratégias comportamentais. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 23. Desafios, soluções e questionamentos* (pp. 346-360). Santo André: Esetec.

- Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J. W., Baruch, D. E. & Weeks, C. (2010). The functional analytic psychotherapy rating scale: A replication and extension. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 11-19.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J. & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical improvement using functional analytic psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321-339.
- Chamati, A. B. D. & Pergher, N. K. (2010). Identificação de efeitos do controle aversivo a partir do relato verbal de uma cliente em atendimento terapêutico. Em M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. Cillo, P. B. Faleiros & P. Piazzon (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 27. Terapia comportamental e cognitiva* (pp. 201-209). Santo André: Esetec.
- Darwich, R. A. (1999). *Tratamento de processos alérgicos ao nível comportamental* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Pará, Belém, PA.
- Delitti, M. (2001). Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental* (pp. 35-42). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Elias, P. V. O. (2005). Terapia comportamental aplicada ao tratamento da obesidade. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 16. Expondo a variabilidade* (pp. 164-173). Santo André: Esetec.
- Ferreira, L. N. S. & de-Farias, A. K. C. R. (2009). Autoconhecimento e relações amorosas: Um estudo de caso. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 24. Desafios, soluções e questionamentos* (pp. 56-64). Santo André: Esetec.
- Freitas, S. T. (2011). *Efeitos de procedimentos focados na relação terapêutica sobre comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.
- García, R. F., Aguayo, L. V. & Montero, M. C. V. (2006). Application of functional analytic psychotherapy: Clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7, 1-18.
- García, R. F., Bermudez, M. A. L & Aguayo, L. V. (2012). Treatment of a disorder of self through functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 45-51.
- Gomes, A. R., Ferrari, M. C. F. & Tucci, H. (2009). A interface entre a psicoterapia comportamental e a prática psiquiátrica. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 23. Desafios, soluções e questionamentos* (pp. 162-168). Santo André: Esetec.

- Goulart-Junior, R. M., Britto, I. A. G. S. (2010). Intervenção analítico-comportamental em tricotilomania. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12, 224-237.
- Guilhardi, H. J. & Oliveira, W. (2001). Linha de base múltipla: Possibilidades e limites deste modelo de controle de variáveis em situação clínica. Em R. A. Banaco (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 309-342). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Guilhardi, H. J. & Queiroz, P. B. P. S. (2001). A análise funcional no contexto terapêutico o comportamento do terapeuta como foco da análise. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental* (pp. 43- 93). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Holman, G., Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2012). Development and preliminary evaluation of a FAP protocol: Brief relationship enhancement. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 52-57.
- Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E. & Busch, A. M. (2013). The impact of the active components of functional analytic psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 49-57.
- Manduchi, K. & Schoendorff, B. (2012). First steps in FAP: Experiences of beginning functional analytic psychotherapy therapist with an obsessive-compulsive personality disorder client. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 72-77.
- Martins, L. J. & Guilhardi, H. J. (2006). História de contingências coercitivas e suas implicações: Estudo de caso sob a perspectiva da Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR). Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 17. Expondo a variabilidade* (pp. 231-259). Santo André: Esetec.
- Melo, C. M. & Gongora, M. A. N. (2003). Libertando-se de controles aversivos do passado para entrar em contato com contingências do presente: Um estudo de caso. *Interação em Psicologia*, 7, 37-44.
- Mendes, N. A. & Vandenberghe, L. (2009). O relacionamento terapeuta-cliente no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26, 545-552.
- Meneghelo, M. H. B. G., Neto, A. A & Teixeira, M. C. T. V. (2005). Autoconhecimento: Uma via de mão dupla entre terapeuta e cliente. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 15. Expondo a variabilidade* (pp. 428-441). Santo André: Esetec.

- Meurer, P. H. (2011). *Efeito da apresentação de feedback no comportamento do terapeuta de evocar e responder aos comportamentos clinicamente relevantes* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.
- Mitsi, C. A. (2007). *Efeito da intervenção com base no ensino da análise funcional sobre respostas alimentares e práticas de exercícios físicos para mulheres com excesso de peso* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR.
- Moriyama, J. S. (2007). *Processo terapêutico analítico-comportamental em dois casos de transtorno dismórfico corporal* (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Moriyama, J. S., Escaraboto, K. M. & Koeke, M. U. (2009). Transtorno de personalidade borderline: Comportamentos sugeridos ao psicoterapeuta num caso clínico. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 24. Desafios, soluções e questionamentos* (pp. 21-31). Santo André: Esetec.
- Oliveira, E. H. P. D. (2004). *Reforçadores generalizados e o comportamento depressivo em contexto clínico* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO.
- Oshiro, C. K. B., Kanter, J. & Meyer, S. B. (2012). A single-case experimental demonstration of functional analytic psychotherapy with two clients with severe interpersonal problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 111-116.
- Otero, V. R. L. & Rosa, H. H. F. (2006). A tomada de decisões nas intervenções psicoterápicas: Da teoria à prática. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 18. Expondo a variabilidade* (pp. 472-478). Santo André: Esetec.
- Otero, V. R. L. (2001). Análise funcional de um caso clínico de depressão. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental* (pp. 188-195). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Penteado, L. C. P. (2001). Fantasia e imagens da infância como instrumento de diagnóstico e tratamento de um caso de fobia social. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 6. Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (pp. 257-264). Santo André: Esetec.
- Pereira, C. R. S. (2001). Relato de um caso de déficit de repertório social. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 2. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental* (pp. 200-204). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 1997)
- Perón, F. & Silveira, J. M. (2012). Quando o responder antigo torna-se um comportamento novo: Descrição de um processo de mudança clínica. *Psicologia Argumento*, 30, 491-502.

- Pezzato, F. A., Brandão, A. S. & Oshiro, C. K. B. (2012). Intervenção baseada na psicoterapia analítica funcional em um caso de transtorno de pânico com agorafobia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14, 74-84.
- Popovitz, J. M. B. (2013). *A resposta contingente do terapeuta aos comportamentos clinicamente relevantes: Especificação e avaliação* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.
- Queiroz, P. P. & Guilhardi, H. J. (2006). Identificação e análise de contingências geradoras de ansiedade: Caso clínico. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz, M. C. Scoz & C. Amorim (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 7. Expondo a variabilidade* (pp. 221-230). Santo André: Esetec. (Trabalho original publicado em 2001)
- Range, M. G. R. & Martinelli, J. C. M. (2010). Terapia analítico-comportamental de uma paciente com diagnóstico de insuficiência renal crônica terminal e depressão: Um estudo de caso. Em M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. Cillo, P. B. Faleiros & P. Piazzon (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 27. Terapia comportamental e cognitiva* (pp. 74-107). Santo André: Esetec.
- Rocha, J. F. (2012). *Efeitos de uma intervenção comportamental com treino de habilidades sociais para universitários com fobia social* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, SP.
- Santos, C. V. & Abreu-Rodrigues, J. (2002). Valores do terapeuta e do cliente no estabelecimento de objetivos: Uma análise funcional baseada no conceito de metacontingências. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 9. Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp. 83-87). Santo André: Esetec.
- Scemes, S., Wielenska, R. C., Savoia, M. G. & Bernik, M. (2011). Fobia de deglutição: Discussão analítico-comportamental de seus determinantes e da amplitude da mudança. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13, 37-51.
- Silva, M. C. A. (2012). *Metáfora e terapia analítico-comportamental: Revisão de estudos brasileiros e verificação de seus prováveis efeitos* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.
- Souza, F., Ribeiro, M. P. L., Ramos, F. P. & Guilhardi, H. J. (2004). Procedendo a análise funcional no contexto terapêutico: Relações entre história de vida e déficits comportamentais. Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, V. L. M. Silva & S. M. Oliani (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 13. Contingências e metacontingências: Contextos sócio-verbais e o comportamento do terapeuta* (pp. 175-183). Santo André: Esetec.
- Tsai, M. & Reed, R. (2012). Working in-vivo with client sense of unlovability. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 147-150.

- Vandenberghe, L. & Silveira, J. M. (2012). The trouble with the short-term therapist-client relationship and what can be done about it. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 159-166.
- Vandenberghe, L., Nasser, K. C. F. O, & Silva, D. P. (2010). Couples therapy, female orgasmic disorder and the therapist-client relationship: Two case studies in functional analytic psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 23, 45-53.

APÊNDICE 2

EXEMPLOS DE CATEGORIZAÇÃO DOS ALVOS DE INTERVENÇÃO

Adesão a outros tratamentos (ADE-OT): adesão ao tratamento da insuficiência renal crônica terminal; ir ao médico.

Adesão à terapia (ADE-T): ir à terapia; chegar atrasado à sessão; atrasar o pagamento das sessões; falar que era incapaz de fazer as tarefas de casa da terapia; falar sobre assuntos secundários quando questionada do efeito das suas respostas nas outras pessoas e na terapeuta; apresentar um conflito e em seguida a solução (“está tudo sob controle”); aceitar sua parcela de responsabilidade no processo terapêutico, em vez de atribuir o sucesso do tratamento exclusivamente à competência da terapeuta; cooperar a contragosto com o terapeuta; reclamar da terapeuta e atribuir a esta seus sentimentos e crenças; rebaixar o valor do seu relacionamento com a terapeuta, demonstrando desconfiança que a relação terapêutica pode dar a ela o que precisa; fuga e esquiva do enfrentamento de situações-problema nas sessões de terapia); engajar-se na terapia e na resolução de problemas relacionados à queixa; evitar certos temas e palavras, respondendo com gritos; comprometer-se a fazer alguma tarefa terapêutica e não cumprir.

Atividade física (AFIS): fazer atividade física cinco vezes por semana; correr; comportamento de exercitar-se.

Atividades acadêmicas ou profissionais (ACAP): ir à faculdade; estudar; trabalhar; organizar horários de trabalho disponíveis e listar alguns trabalhos que poderiam ser encaixados nestes horários; entrar em contato com pessoas divulgando sua disponibilidade e interesse num novo trabalho; organizar material de apresentação do seu trabalho; marcar entrevistas; ampliar e aprimorar repertório docente; estudar para aplicar para uma promoção no trabalho.

Atividades cotidianas (COT): deitar, acordar e sair mais cedo do quarto; usar menos o computador à noite; aceitar suas responsabilidades domésticas e cotidianas; usar ônibus e elevador; fazer planos para seguir a vida (se envolver em novas atividades, conhecer mais pessoas, ligar para amigos antigos; ampliar a variedade de atividades que faz); cuidar das próprias roupas, morar sozinha; envolver-se com atividades rotineiras da casa.

Atividades de lazer (LAZ): sair com amigos e colegas de classe; ouvir música; ler; ter hobbies; buscar atividades como artesanato, culinária e trabalho voluntário.

Autoconhecimento (AUTOCON): capacidade de auto-observação e de relatos de fatos; esclarecer e reformular autoconceitos; identificar situações que desencadeavam comportamentos deprimidos e suas respectivas funções; identificar os modelos aprendidos; identificar antecedentes comportamentais envolvidos nos surtos de raiva; observação e descrição que o cliente tem de si mesmo e de suas experiências; identificar a relação entre antecedente, resposta e consequência; descrever relações funcionais; autoconhecimento (conhecer as fontes de controle que governam o comportamento e assim ter autoconfiança para se comportar de maneira adequada); emitir CRBs 3;

Descrição e interpretação da realidade – correspondência entre regras ou autorregras e contingências em vigor (REAL-CO): autorregras do comportamento de comer; identificar quais dos comportamentos eram controlados por regras e passar o controle para as contingências atuais; seguimento rígido de regras que evocavam comportamentos-problema; regras oferecidas pelos pais ou pela religião; regras autodepreciativas; substituir o controle por regras do cliente pelo controle de regras da terapeuta, de modo que o cliente se exponha a novas contingências (potencialmente sem o valor aversivo que o cliente “imagina” que elas têm).

Descrição e interpretação da realidade – hipersignificação do passado (REAL-HP): lembrança/imagem recorrente de um episódio de sua infância no qual sua mãe lhe dava uma grande bronca; pensar e sonhar obsessivamente com o passado; culpar sua história de vida por comportamentos inadequados atuais; aceitar seu passado e as experiências aversivas que ocorrem em sua vida; pensar, com alta frequência, o que poderia ter feito diferente e pensar que errou na educação do filho; ressignificar que ser “boa mãe” não implica na tarefa impossível de proteger os filhos para sempre.

Fobia (FOB): fobia de barata; fobia de deglutição.

Habilidades sociais com terapeuta (HS-T): comportamentos pró-sociais em sessão; expressar suas opiniões, especialmente quando eram diferentes das da terapeuta; assumir liderança e controle das sessões de forma autoritária e grosseira; agressões verbais (discordância ou julgamento desfavorável sobre comentários e análises do terapeuta); falar em demasia, sem dar

espaço para a terapeuta; interromper a terapeuta; ignorar perguntas da terapeuta; fazer pedidos pouco claros para o terapeuta; solicitar comunicação excessiva entre as sessões (por meio de mensagens de texto e telefonemas); falar em demasia, sem dar espaço para a terapeuta; interromper a terapeuta; ignorar perguntas da terapeuta; escutar sem interrupção as falas da terapeuta e se interessar pelo que ela tinha a dizer; fazer pedidos claros de ajuda; reconhecer o efeito de seus comportamentos sobre o terapeuta; telefonar para a terapeuta excessivamente; paquerar a terapeuta; não levar em consideração a perspectiva da terapeuta; ouvir cuidadosamente e empaticamente a opinião da terapeuta; preocupações acerca do julgamento do terapeuta e de parecer ridícula.

Habilidades sociais gerais (HS-G): negar pedidos que julgasse exagerados; não comprar nada que não gostasse ou que lhe fosse empurrado; não se preocupar tanto com o que as pessoas pensavam dela; ampliar repertório social; comportamentos sociais; preocupação de ser sempre uma pessoa boa, que não nega nada para ninguém, que está sempre disponível; dificuldade de interação social; dificuldades no relacionamento com colegas de trabalho, com familiares e com profissionais das unidades de saúde; respostas de fuga/esquiva de situações sociais no trabalho, na faculdade e outras; aprimorar habilidades sociais de expressão de opiniões e sentimentos; iniciar, manter e encerrar conversação; falar em público; aprender a receber elogios e elogiar outras pessoas; atentar para tom de voz, expressão de interesse na conversa e postura; dar e receber feedback positivo e negativo tanto para a família quanto para os amigos; solicitar ajuda dos outros quando necessário; fazer críticas de maneira habilidosa; iniciar conversas; ser assertivo; reconhecer o efeito sobre o outro de seu comportamento de criticar e falar mal dos outros; interagir socialmente de forma hostil, especialmente ao fazer algum pedido; comportamentos exagerados e dramáticos de demandar atenção; manter relacionamentos sociais positivos.

Hábitos alimentares (ALIM): procurar uma nutricionista; controlar a compulsão alimentar sem medicamentos, seguindo as diretrizes da nutricionista e alimentando-se em horários regulares e de preferência nos mesmos lugares; quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos, horários de consumo, locais de alimentação e atividades durante a ingestão; dificuldade para o controle de ingestão de água; comportamento alimentar; voltar a comer.

Ideação suicida ou tentativa de suicídio (SUIC): verbalizações e atos suicidas.

Identificação, contato e expressão de sentimentos (EXPS): esquiva de falar sobre a morte da filha; esquiva experiencial relacionada à morte da filha; aceitar e vivenciar a dor da perda da filha; expor-se ao “risco” de desenvolver vínculos de amizade ou amoroso; envolver-se afetivamente com a terapeuta (receber e expressar afeto, desenvolver um relacionamento mais íntimo com a terapeuta); respostas de esquiva de envolvimento afetivo; respostas de se envolver e se aprofundar nos relacionamentos (relatar seus sentimentos para as pessoas com quem se relaciona, contar para os amigos sobre os problemas de sua família, envolver-se com pessoas com as quais haja possibilidade de continuar o relacionamento, etc.); relatar para a terapeuta situações sofridas sem demonstrar emoções; expressar o que realmente sentia, por meio de uma escolha espontânea de palavras, choro e linguagem corporal; relatar para amigos e familiares situações sofridas sem demonstrar emoções; evitar entrar em contato com sentimentos; dificuldade de estabelecer novas relações de intimidade; identificação de emoções; dificuldade em identificar e expressar suas próprias experiências emocionais; aceitar que seu namoro acabou; evitar falar sobre o que a deixa infeliz; dificuldade para expressar raiva; aceitação e vivência adequada da dor da perda da filha; dificultar as tentativas do terapeuta de evocar conteúdos emocionais; expressão genuína dos sentimentos; comportamentos emocionalmente genuínos; descrever emoções; deixar de expressar sentimentos; tolerar emoções; coerência entre o conteúdo relatado e a manifestação emocional;

Organização financeira (FIN): propor-se metas compatíveis com sua realidade socioeconômica e engajar-se em estratégias realistas para atingi-las; desorganização financeira; responsabilizar-se por sua vida financeira.

Outro (OUT): não saber resolver seus problemas e dificuldade em tomar decisões; realizar tarefas que se comprometia e abandonava; autocuidado; self instável; frequência de relatos verbais positivos e frequência de relatos verbais negativos.

Relações conjugais (CONJ): interação com a namorada; agressividade e intolerância com sua esposa; identificar comportamentos adequados do marido e reforçá-los; eliminar verbalizações de ameaças e comportamentos agressivos em relação ao marido; criar condições que propiciem atividades comuns para a cliente e o marido (assistir TV, jantar, saírem); problemas no relacionamento com o cônjuge e satisfação do casal; generalizar os CRBs 2 na sua interação com o marido (diminuindo o conflito entre o casal) e com a família; controlar detalhes da vida

do namorado, tomar decisões por ele, fazer namorado abrir mão de aspectos importantes de sua vida para que ela não se sinta insegura com ciúmes; manejar seu ciúmes.

Relações familiares (FAM): passar mais tempo com os filhos; fazer as tarefas escolares junto com o filho mais velho e levar a filha mais nova para as aulas de balé; interação com os pais; dificuldades nas relações familiares; generalizar os CRBs 2 na sua interação com a família; comportamentos evitativos da função materna (expressar inadequadamente sentimentos na relação com o filho, deixar de acolher tentativas do filho de aproximação, agir de modo coercitivo quando filho relata problemas com pai, perceber pouco a inadequação de seu repertório para educar o filho, delegar a seus pais funções importantes de cuidado com filho); repertório inadequado na relação com a mãe (dizer que a mãe a critica o tempo todo e deixar de falar/fazer coisas importantes por isso, ficar fora de casa a maior parte do tempo, permitir que sua mãe a desqualifique, evitar tatear eventos privados produzidos na relação com a mãe); cuidar do filho; repertório adequado na relação com o filho (ficar sensível às necessidades do filho (ouvi-lo, atender seus pedidos ou explicar porque não os atenderia, expressar adequadamente sentimentos na relação com o filho, acolher tentativas do filho de aproximação, acolher relatos de problemas do filho com pai; comprometer-se na educação do neto; evitar conversar com o filho, evitar emitir opiniões sobre a vida do filho, evitar envolver-se em questões importantes da educação do neto).

Relações sexuais (SEX): manter relações sexuais satisfatórias e se negar a ter relações de forma assertiva (em vez de culpar os sintomas físicos); esquivar de ter relações sexuais com o marido e limitar sua atividade sexual ao intervalo de 4 dias pré e pós-menstrual; disfunção erétil; ejaculação tardia; anorgasmia.

Rituais e compulsões (RITCOM): enfraquecer ritual do cabelo e aumentar variabilidade comportamental; medo intenso que a levava a superstições e rituais e intermináveis de qualquer que fosse a atividade por ela realizada; comportamento repetitivo de arrancar os cabelos; tricotilomania e contagem; sintomas de transtorno dismórfico corporal (pensamentos obsessivos sobre modificar a barriga, checagem da barriga no espelho e em objetos com superfície refletora, comportamentos de esconder a barriga usando roupas largas, colocando objetos e acessórios no colo e cruzando os braços, comparar a barriga com a de outras pessoas, perguntar repetidamente para a mãe e a avó se estava gorda, comportamentos de esQUIVA social

e isolamento); respostas de fuga/esquiva de comer (em sessão e fora), o que a levou a excluir certos alimentos de sua dieta regular e exigia despendar cerca de 3 horas para cada refeição.

Sentimentos negativos (SENTN): sensações de ansiedade; falta de motivação para sair de casa; choro frequente; tristeza; pessimismo; sentimento de incapacidade; insegurança; medos (de ficar doente e morrer, de ser rejeitado ou abandonado, de ser incapaz pessoal e profissionalmente); surtos de raiva e controle da impulsividade; baixa autoestima; pessimismo; passividade; anedonia; tristeza e pessimismo quanto ao futuro; mania de perseguição; desesperança e incontrolabilidade; sentimento de que nada mais faz e nem fará sentido; dizer que não há sentido em continuar viva; sentir que nada do que faz pode evitar coisas ruins na vida; culpa excessiva.

Sintomas físicos (SFIS): dores de cabeça; eliminação regular das fezes; sono ruim; dores no corpo; sintomas de alergia ao se imaginar em um ambiente empoeirado; sintomas de alergia ao entrar em contato com poeira.

Uso de substâncias (SUBS): comportamento de usar drogas; fumar para se acalmar.

APÊNDICE 3

EXEMPLOS DE CATEGORIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO

Apresentação e/ou ensino de análise de contingências (AEAC): análise funcional das relações sociais realizada com a cliente; descrever e analisar o repertório de fuga-esquiva, salientando que tais comportamentos o afastam de testar a realidade; apresentação de análise funcional ao cliente; solicitar que o cliente identificasse quais as possíveis consequências para cada situação; análise das contingências do comportamento de usar drogas; análise funcional de respostas alimentares e de práticas de exercícios físicos; instruções sobre o que e como deveria observar e descrever os comportamentos-problema e modelagem de descrições mais acuradas sobre as relações entre seus comportamentos e ambiente; quando tinha sensações físicas como dores no pescoço ou no peito, tontura, formigamento no braço, dores no estômago ou náuseas, observar em que situação estava, identificar o que o preocupava e quais eram os comportamentos com função de fuga/esquiva; identificar os estímulos com função de pré-aversivo, os comportamentos de fuga/esquiva dos pré-aversivos, explicar que o cliente está mais sob controle de regras do que das consequências da realidade.

Contracondicionamento respondente (CCRESP): o cliente identificou uma substância à qual reagia de forma alérgica, e, como um não-alérgeno, uma substância fisicamente semelhante ao alérgeno em questão, mas à qual ele não reagia de forma alérgica. A seguir, o terapeuta passou para a seqüência dos quatro passos, conforme descritos a seguir. Passo 1. O terapeuta instruiu o cliente a imaginar-se, de forma associada, em uma situação que envolvesse a presença do alérgeno, durante o período de tempo que fosse necessário para que a presença do estímulo lhe parecesse clara, em seus mínimos detalhes. Passo 2. O terapeuta instruiu o cliente a imaginar-se, de forma associada, em uma situação que envolvesse a presença do não-alérgeno durante o período de tempo que fosse necessário para que a presença do estímulo lhe parecesse clara, em seus mínimos detalhes. A partir do início deste passo e até o final do seguinte, o terapeuta lançou mão de uma estimulação tátil, mantendo um toque constante, com uma das mãos, em um de seus braços. Passo 3. O terapeuta instruiu o cliente a se manter dissociado de si enquanto visualizasse, à sua frente, os eventos que lhe iam sendo narrados. Neste momento, portanto, o cliente, ao invés de criar uma situação, acompanhava a descrição de uma cena onde ele se encontrasse, de início, na presença do não-alérgeno, e, gradualmente (em períodos cada vez mais longos e a intervalos cada vez menores), do alérgeno. Passo 4. O terapeuta retirou a

estimulação tátil e instruiu o cliente a imaginar-se novamente na presença do alérgeno, como quando do passo 1.

Confronto (CONF): salientar que as suposições do cliente acerca do que as pessoas vão pensar dele como argumento para não se aproximar socialmente e sua dificuldade para se afastar concretamente da situação não são necessariamente verdadeiros; oferecer interpretações alternativas ao significado dos comportamentos do marido; questionamento dos valores (regras) do cliente, buscando identificar que variáveis controlavam sua manutenção.

Empatia/validação (EMP): acolhimento; audiência não punitiva para a cliente falar sem censura sobre seu passado; indicar à cliente uma visão de que tudo o que se passou com ela era “normal”, no sentido de ser esperado ou natural, pois em tais condições suas atitudes eram as respostas possíveis nas situações específicas daquele contexto, com o repertório comportamental decorrente de sua história particular; validação de sentimentos.

Exposição (EXP): técnica de exposição com prevenção de respostas (construção da hierarquia e exposição realizadas pela própria cliente sob orientação da terapeuta; a exposição era feita pela cliente fora do consultório sem a presença da terapeuta); exposição às situações em que sente ansiedade; exposição gradual aos estímulos ansiogênicos (grupos de alimentos) associada a procedimentos de relaxamento muscular e respiratório, levando em consideração seu potencial reforçador (i.e., qual alimento a cliente gostava mais).

Psicoterapia analítica funcional (FAP). foi utilizada a FAP, conforme Kohlenberg e Tsai (1991)

Fornecimento de regras (FR): levar a cliente a investir no ritual alimentar, como comer sentada, observar o que estava colocando no prato, observar o tipo e a quantidade de alimento que estava comendo, mastigar por mais tempo (não especifica como); dar tarefas e exercícios a serem praticados fora da sessão em seu cotidiano (não especifica como); encorajar o cliente a aceitar os sentimentos de ansiedade e permanecer em contato com as situações aversivas, aumentando assim a probabilidade de entrar em contato com os reforçadores da situação; instruir a procurar um médico para orientá-la quanto à menopausa e também sobre a tensão pré-menstrual; aconselhar a voltar a fazer coisas que, no passado, lhe eram agradáveis (como retornar aos cultos de sua igreja); aconselhar a fazer cursos e cantar no coro da igreja; fazer

vários tipos de topete mais simples de serem feitos (para cima, para o lado direito, para o lado esquerdo, etc.); instruir a cliente a emitir em seu ambiente natural os comportamentos adequados que têm sido emitidos em sessão (generalização); instruir o cliente a programar atividades potencialmente reforçadoras com o objetivo de identificar pequenas sensações de prazer e construir sua própria opinião sobre as experiências vividas; não procurar médico ou farmacêutico; não se automedicar; não telefonar para alguém da família para falar que estava doente.

Fornecimento de estímulo discriminativo (FSD): usar Sds explícitos para o cliente discriminar seus sentimentos associados aos comportamentos emitidos; dar SDs específicos para o cliente se aproximar da família, da mulher, participar de suas atividades sociais e participar de programas com a família dela que eram reforçadores para a esposa, quer aceitando os convites dela quer tomando iniciativas de convidá-la para fazerem programas juntos; dar SDs explícitos para o cliente discriminar as emoções associadas aos comportamentos emitidos na relação com os filhos;

Inclassificável (INC): levar a cliente a perceber que o registro diário favorece o processo de reeducação alimentar (não especifica como); terapia analítico-comportamental.

Modelação e/ou ensaio comportamental (MOD): modelação de comportamentos sociais; modelação da ingestão adequada dos alimentos; modelos de verbalizações e ações; ensaio comportamental de entrevista de emprego; terapeuta expressa seus próprios sentimentos (em relação aos comportamentos agressivos da cliente) para ensinar a cliente a expressar os seus).

Outro (OUT): uso de metáfora como estimulação suplementar; bloqueio de esQUIVA de relatar o cumprimento de seus compromissos/responsabilidades em sessão; cartas não enviadas para seus conflitos mais relevantes; técnicas de resolução de problemas; escala de adjetivos (o cliente se avalia em uma escala de 0 a 5 em determinado adjetivo e diz que nota outras pessoas lhe dariam naquele mesmo item); técnica das frases incompletas.

Psicoeducação (PSICOEDU): psicoeducação quanto aos fatores que dificultam ou facilitam a perda e o ganho de peso; psicoeducação dos procedimentos básicos de manejo de comportamento com exemplos concretos da própria interação do cliente com os filhos; orientação sexual; informações sobre sexualidade humana; orientações sobre o diagnóstico de

depressão e as contingências responsáveis por isso; explicação sobre as questões filogenéticas, ontogenéticas e culturais que estão relacionadas ao hábito alimentar; explicação sobre seus comportamentos encobertos com base no desamparo aprendido; explicação das contingências envolvidas na ansiedade.

Punição de emissão de comportamento-alvo em sessão (PUNCAS): identificar cada ocasião em que arrancava o cabelo e descrever a sensação de ter o cabelo entre seus dedos e, logo após, simular repetidamente o comportamento de levar as mãos no cabelo, sem arrancá-los. Se a participante tentasse arrancar os cabelos, a terapeuta imediatamente impedia, segurando seu braço até que desistisse do movimento. Esta ação foi repetida tantas e quantas vezes a participante levasse as mãos aos cabelos.

Punição de relato de emissão de comportamento-alvo (PUNRECA): punição do comportamento de ameaçar ou agredir verbalmente o marido; sinal de desaprovação contingente às verbalizações negativas (por exemplo, “pode não ser bem assim”, “está errado!” ou balançava a cabeça negativamente discordando ou franzindo as sobrancelhas e lhe dirigia uma questão a respeito do relato).

Reforçamento de emissão de comportamento-alvo em sessão (REFCAS): dar consequências verbais, com possível função reforçadora; sinal de aprovação contingente às verbalizações positivas (por exemplo, “Certo!” “Muito bom!”, “Que ótimo!” ou inclinava a cabeça concordando ou sorrindo e em seguida verbalizava um comentário pertinente ao relato verbal da cliente).

Reforçamento de relato de emissão de comportamento-alvo (REFRECA): reforçamento diferencial do relato fidedigno dos eventos (a fim de evitar “pistas falsas” e desvios nos objetivos da sessão); consequenciar diferencialmente relatos sobre as experiências vivenciadas.

Treino de respiração e/ou de relaxamento (RESPREL): treino de respiração; treino de relaxamento progressivo de Jacobson.

Treino de habilidades sociais (THS): treino de habilidades sociais (com base na lista dos comportamentos relacionados à alta ansiedade definidos pela cliente); treino de Habilidades Sociais, descrito em Bolsoni-Silva, A. T. (2009); treinamento de assertividade.

APÊNDICE 4

INFORMAÇÕES EXTRAÍDAS DOS CASOS REVISADOS

Seguem abaixo as siglas para a compreensão das informações contidas na planilha:

• **Tipo (TP):**

ART: artigo
CL: capítulo de livro
DM: dissertação de mestrado
TD: tese de doutorado

• **Método (MET):**

ECU: experimento de caso único
RC: relato de caso

• **Denominação (DEN):**

ACC: análise do comportamento clínica
FAP: psicoterapia analítica funcional
TAC: terapia analítico-comportamental
TC: terapia comportamental
TCR: terapia por contingências de reforçamento
NI: não informa

• **Gêner (GEN):**

M: masculino
F: feminino

• **Diagnóstico (DIAG):**

ESQP: esquizoparanóide
FIBRO: fibromialgia
FOB: fobia
FS: fobia social
IRC: insuficiência renal crônica
NI: não informa
TAG: transtorno de ansiedade generalizada
TDAH: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade
TDC: transtorno dismórfico corporal
TDM: transtorno depressivo maior
TOC: transtorno obsessivo-compulsivo
TPB: transtorno de personalidade borderline
TP-CA: transtorno do pânico com agorafobia
TPD: transtorno de personalidade depressiva
TPDT: transtorno de personalidade dependente
TPE: transtorno de personalidade esquiva
TPOC: transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva
TP-SA: transtorno do pânico sem agorafobia
TRICO: tricotilomania

• **Alvos (ALV):**

ACAP: atividades acadêmicas ou profissionais
ADE-OT: adesão a outros tratamentos
ADE-T: adesão à terapia
AFIS: atividade física
ALIM: hábitos alimentares
AUTOCON: autoconhecimento
CONJ: relações conjugais
COT: atividades cotidianas
EXPS: identificação, contato e expressão de sentimentos
FAM: relações familiares
FIN: organização financeira
FOB: fobia
HS-G: habilidades sociais gerais
HS-T: habilidades sociais com terapeuta
LAZ: atividades de lazer
OUT: outro
REAL-CO: descrição e interpretação da realidade (correspondência entre regras ou autorreglas e contingências em vigor)
REAL-HP: descrição e interpretação da realidade (hipersignificação do passado)
RITCOM: rituais ou compulsões
SENTN: sentimentos negativos
SEX: relações sexuais
SFIS: sintomas físicos
SUBS: uso de substâncias
SUIC: ideação suicida ou tentativa de suicídio

• **Procedimentos (PROC):**

AEAC: apresentação e/ou ensino de análise de contingências
CCRESP: contracondicionamento respondente
CONF: confronto
EMP: empatia/validação
EXP: exposição
FAP: psicoterapia analítica funcional
FR: fornecimento de regras
FSD: fornecimento de estímulo discriminativo
INC: inclassificável
MOD: modelação e/ou ensaio comportamental
OUT: outro
PSICOEDU: psicoeducação
PUNCAS = punição de emissão de comportamento-alvo em sessão
PUNRECA: punição de relato de emissão de comportamento-alvo
REFCAS: reforçamento de emissão de comportamento-alvo em sessão
REFRECA: reforçamento de relato de emissão de comportamento-alvo
RESPREL: treino de respiração e/ou de relaxamento
THS: treino de habilidades sociais

• **Variáveis Externas (VEXT):**

EDFIS: profissional de educação física

GASTRO: gastroenterologista

MED: medicação

Não

NUTRI: nutricionista

NI: não informa

Medida de Resultado (MR):

AI: autorrelato por meio de registro individualizado

AP: autorrelato por meio de escala padronizada

MCE: medida de comportamento externo à sessão

MF: medida fisiológica

OP: relato assistemático por outro profissional

OS: observação sistemática do comportamento em sessão

RAT: relato assistemático por terceiro

RTC: relato assistemático por parte do terapeuta e/ou cliente

RTI: relato por terceiro por meio de registro individualizado

RTP: relato por terceiro por meio de escala padronizada

• **Eficácia (EFI):**

+: melhora no quadro clínico

-: piora do quadro clínico

I: nenhuma mudança no quadro clínico

A1: um ou mais alvos melhoram e um ou mais alvos pioram

A2: medidas de resultados diferentes indicam eficácia diferente

NI: não informa

• **Follow-up (FUP):**

S: sim

Não

NI: não informa

*OBS 1: o resultado encontrado no follow-up utiliza as mesmas siglas de eficácia

*OBS 2: o número entre parênteses representa o intervalo de tempo entre o fim da intervenção e a realização do follow-up em meses

<i>Autor</i>	<i>TP</i>	<i>MET</i>	<i>DEN</i>	<i>Idade</i>	<i>GEN</i>	<i>DIAG</i>	<i>Nº de Sessões</i>	<i>ALV</i>	<i>Análise de Contingências</i>	<i>PROC. de Intervenção</i>	<i>Fidelidade</i>	<i>VEXT</i>	<i>MR</i>	<i>EFI</i>	<i>FUP</i>
Arruda, M. C. C. e de-Farias, A. K. C. R. (2009)	CL	RC	ACC	42	M	NI	NI	CONJ; SEX; SENTN; OUT	sim	AEAC; OUT; RESPREL; THS	não	NI	RTC	+	NI
Barbosa, C. (2005)	CL	RC	NI	41	F	ESQP	28	HS-G; SENTN; SFIS	sim	FR; RESPREL	não	MED	RTC	+	NI
Batista, M. P. S. e Ribeiro, M. R. (2008)	CL	RC	NI	21	F	NI	13	HS-G; HS-T; REAL-CO; SENTN; OUT	sim	AEAC; CONF; RESPREL; THS	não	NI	RTC; AI; AP	A1	NI
Beckert, M. E. (2001/2006)	CL	RC	ACC	20	M	NI	NI	AFIS; HS-G; SUBS	sim	AEAC; FR; REFRECA; THS	não	NI	RTC; AI; RAT; MF	+	NI
Bermúdez, M. A. L., García, R. F. e Aguayo, L. V. (2010)	ART	RC	FAP	40	F	TDM	17	ACAP; ADE-T; AUTOCON; CONJ; EXPS; HS-T; SENTN	sim	FAP	não	NI	RTC; AP	+	S+ (7 e 17)
Bermúdez, M. A. L., García, R. F. e Calvillo, M. (2010)	ART	RC	FAP	35	F	TP-SA	21	ADE-T; AUTOCON; COT; EXPS; HS-G; REAL-HP; SEX	sim	FAP	não	NI	RTC	+	S+ (6 e 18)

<i>Autor</i>	<i>TP</i>	<i>MET</i>	<i>DEN</i>	<i>Idade</i>	<i>GEN</i>	<i>DIAG</i>	<i>Nº de Sessões</i>	<i>ALV</i>	<i>Análise de Contingências</i>	<i>PROC. de Intervenção</i>	<i>Fidelidade</i>	<i>VEXT</i>	<i>MR</i>	<i>EFI</i>	<i>FUP</i>
Bernardes, L. A. (2014)	CL	RC	NI	30	F	NI	39	AFIS; ADE-OT; ALIM; COT; FAM; HS-G	sim	FR; THS	não	MED	RTC; AI; RAT; MF	+	S+ (12)
Borges, N. B. (2010)	CL	RC	TAC	28	M	NI	NI	AUTOCON	sim	AEAC; FR; REFRECA	não	NI	RTC	+	NI
Brandão, M. Z. S. et al. (2006)	CL	RC	NI	25	M	NI	NI	ACAP; ADE-T; HS-G; SENTN	sim	FR; OUT	não	NI	RTC	I	NI
Bueno, G. N. (2009)	CL	RC	NI	20	F	TAG; TDM; TOC	104	RITCOM	sim	AEAC; EXP; OUT	não	MED	AI; RAT (3); AP (7)	+	S+ (2)
Busch, A. M., Callaghan, G. M., Kanter, J. W., Baruch, D. E. e Weeks, C. (2010)	ART	RC	FAP	20 e poucos	F	TPB	24	ADE-T; EXPS; HS-G; HS-T; OUT	não	FAP	sim	NI	RTC; AP; OS	+	NI
Callaghan, G. M., Summers, C. J. e Weidman, M. (2003)	ART	RC	FAP	30	M	não	23	EXPS; HS-G	não	FAP	sim	NI	RTC; OS	+	NI
Chamati, A. B. D. e Pergher, N. K. (2010)	CL	RC	TAC	28	F	NI	12	HS-G; LAZ; SENTN; SUIC	sim	AEAC; REFRECA	não	MED	RTC	+	NI

<i>Autor</i>	<i>TP</i>	<i>MET</i>	<i>DEN</i>	<i>Idade</i>	<i>GEN</i>	<i>DIAG</i>	<i>Nº de Sessões</i>	<i>ALV</i>	<i>Análise de Contingências</i>	<i>PROC. de Intervenção</i>	<i>Fidelidade</i>	<i>VEXT</i>	<i>MR</i>	<i>EFI</i>	<i>FUP</i>
Darwich, R. A. (1999)	DM	RC	TC	32	F	NI	1	SFIS	não	CCRESP	não	NI	RTC	+	S+ (72)
Darwich, R. A. (1999)	DM	RC	TC	31	F	NI	2	SFIS	não	CCRESP	não	NI	RTC	+	S+ (84)
Darwich, R. A. (1999)	DM	RC	TC	36	F	NI	1	SFIS	não	CCRESP	não	NI	RTC	+	S+ (72)
Darwich, R. A. (1999)	DM	RC	TC	31	M	NI	2	SFIS	não	CCRESP	não	NI	RTC	I	NI
Darwich, R. A. (1999)	DM	RC	TC	34	F	NI	2	SFIS	não	CCRESP	não	NI	RTC	I	NI
Delitti, M. (1997/2001)	CL	RC	TC	34	M	NI	NI	HS-G; HS-T; REAL-CO	sim	AEAC; MOD	não	NI	RTC	NI	NI
Elias, P. V. O. (2005)	CL	RC	TC	39	F	NI	49	ALIM; HS-G; REAL-CO; SENTN	sim	AEAC; FR; INC; MOD; PSICOEDU; RESPREL; THS	não	NUTRI; EDFIS	RTC; AI	+	S+ (6)

<i>Autor</i>	<i>TP</i>	<i>MET</i>	<i>DEN</i>	<i>Idade</i>	<i>GEN</i>	<i>DIAG</i>	<i>Nº de Sessões</i>	<i>ALV</i>	<i>Análise de Contingências</i>	<i>PROC. de Intervenção</i>	<i>Fideli- dade</i>	<i>VEXT</i>	<i>MR</i>	<i>EFI</i>	<i>FUP</i>
Ferreira, L. N. S. e de-Farias, A. K. C. R. (2009)	CL	RC	NI	27	F	NI	36	AUTOCON; HS-G; SENTN	sim	AEAC	não	NI	RTC	+	NI
Freitas, S. T. (2011)	DM	ECU	FAP	31	F	TDM	15	ADE-T; CONJ; COT; EXPS; FAM; FIN; HS-T	não	FAP	parcial- mente	NI	RTC; AP; OS	+	NI
Freitas, S. T. (2011)	DM	ECU	FAP	58	F	TDM	14	ACAP; ADE-T; COT; EXPS; FAM; LAZ; REAL-HP; SENTN	não	FAP	parcial- mente	NI	RTC; AP; OS	+	NI
García, R. F., Aguayo, L. V. e Montero, M. C. V. (2006)	ART	RC	FAP	36	F	TDM	48	ACAP; ALIM; AUTOCON; COT; EXPS; HS- G; HS-T; LAZ; REAL-HP; SENTN; SUBS	sim	FAP	não	MED	RTC	+	S+ (15)
García, R. F., Bermudez, M. A. L e Aguayo, L. V. (2012)	ART	RC	FAP	24	F	TDM	23	ADE-OT; AUTOCON; EXPS; HS- G; LAZ	não	FAP	não	NI	RTC; AP (2)	+	S+ (13)

<i>Autor</i>	<i>TP</i>	<i>MET</i>	<i>DEN</i>	<i>Idade</i>	<i>GEN</i>	<i>DIAG</i>	<i>Nº de Sessões</i>	<i>ALV</i>	<i>Análise de Contingências</i>	<i>PROC. de Intervenção</i>	<i>Fidelidade</i>	<i>VEXT</i>	<i>MR</i>	<i>EFI</i>	<i>FUP</i>
Gomes, A. R., Ferrari, M. C. F. e Tucci, H. (2009)	CL	RC	TC	21	M	TAG; TDAH	92	ACAP; AUTOCON; HS-G; SENTN	não	NI	não	MED	RTC	+	NI
Goulart- Junior, R. M. e Britto, I. A. G. S. (2010)	ART	ECU	TAC	21	F	TRICO	32	RITCOM	não	PUNCAS; REFCAS	não	MED	OS; MCE	+	S+ (1)
Guilhardi, H. J. e Oliveira, W. (1997/2001)	CL	RC	NI	37	M	NI	NI	HS-G	sim	AEAC; CONF; FR; FSD; MOD; PSICOEDU; REFCAS	não	NI	RTC	+	NI
Guilhardi, H. J. e Queiroz, P. B. P. S. (1997/2001)	CL	RC	NI	30	F	NI	NI	CONJ; FIN	sim	AEAC; CONF; FR; MOD; PURECA; REFRECA	não	NI	RTC	+	não
Holman, G., Kohlenberg, R. J. e Tsai, M. (2012)	ART	RC	FAP	29.6 (média)	M e F	NI	4	CONJ	não	FAP	sim	NI	AI (2); AP (2); OS (1); RTP (2)	A2	NI
Holman, G., Kohlenberg, R. J. e Tsai, M. (2012)	ART	RC	FAP	30 (média)	M e F	NI	4	CONJ	não	FAP	sim	NI	AI (2); AP (2); OS (1); RTP (2)	A2	NI
Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E. e Busch, A. M. (2013)	ART	RC	FAP	44	F	TAG; TDM; TPD; FIBRO	NI	HS-G; HS-T	não	FAP	sim	NI	AI	+	NI

<i>Autor</i>	<i>TP</i>	<i>MET</i>	<i>DEN</i>	<i>Idade</i>	<i>GEN</i>	<i>DIAG</i>	<i>Nº de Sessões</i>	<i>ALV</i>	<i>Análise de Contingências</i>	<i>PROC. de Intervenção</i>	<i>Fidelidade</i>	<i>VEXT</i>	<i>MR</i>	<i>EFI</i>	<i>FUP</i>
Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E. e Busch, A. M. (2013)	ART	RC	FAP	20	F	TDM; TPE; TPOC	NI	HS-G; HS-T	não	FAP	sim	NI	AI	+	NI
Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E. e Busch, A. M. (2013)	ART	RC	FAP	28	M	TDM; TPB; TPD; TPE	NI	EXPS; HS-T	não	FAP	sim	NI	AI	I	não
Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E. e Busch, A. M. (2013)	ART	RC	FAP	26	M	TDM; TPE	NI	EXPS; HS-T	não	FAP	sim	NI	AI	+	NI
Manduchi, K. e Schoendorff, B. (2012)	ART	RC	FAP	36	F	TPOC	52	ADE-T; AUTOCON; CONJ; EXPS; FAM; HS-T; REAL-HP	não	FAP	não	NI	RTC; AP (4)	+	NI
Martins, L. J. e Guilhardi, H. J. (2006)	CL	RC	TCR	22	M	NI	NI	FAM; HS-G; REAL-CO; RITCOM; SFIS	sim	AEAC; EMP; FR; MOD; PSICOEDU; REFCAS	não	NUTRI; GASTRO	RTC	+	NI
Melo, C. M. e Gongora, M. A. N. (2003)	ART	RC	NI	40	F	TDM	NI	FAM; REAL-HP; SENTN	sim	AEAC; EMP; FR; PSICOEDU	não	MED	RTC	+	NI

<i>Autor</i>	<i>TP</i>	<i>MET</i>	<i>DEN</i>	<i>Idade</i>	<i>GEN</i>	<i>DIAG</i>	<i>Nº de Sessões</i>	<i>ALV</i>	<i>Análise de Contingências</i>	<i>PROC. de Intervenção</i>	<i>Fidelidade</i>	<i>VEXT</i>	<i>MR</i>	<i>EFI</i>	<i>FUP</i>
Mendes, N. A. e Vandenberghe, L. (2009)	ART	RC	FAP	47	F	TOC	NI	ADE-T; EXPS; HS-G; HS-T; RITCOM	não	FAP	não	NI	RTC	+	S+ (7)
Meneghelo, M. H. B. G., Neto, A. A e Teixeira, M. C. T. V. (2005)	CL	RC	ACC	19	F	NI	NI	AUTOCON	sim	MOD; OUT	não	NI	RTC	+	NI
Meurer, P. H. (2011)	DM	RC	FAP	25	F	NI	16	ADE-T; COT; EXPS; HS-G; LAZ	sim	FAP	parcialmente	NI	AP (2); OS (1)	+	NI
Meurer, P. H. (2011)	DM	RC	FAP	25	F	NI	16	ADE-T; EXPS; HS-G	sim	FAP	parcialmente	NI	AP (2); OS (1)	+	NI
Mitsi, C. A. (2007)	DM	RC	NI	24	F	não	8	AFIS; ALIM	sim	AEAC; PSICOEDU	não	NUTRI; EDFIS	RTC; AI (2)	+	NI
Mitsi, C. A. (2007)	DM	RC	NI	28	F	não	8	AFIS; ALIM	sim	AEAC; PSICOEDU	não	NUTRI; EDFIS	RTC; AI (2)	A1	NI
Mitsi, C. A. (2007)	DM	RC	NI	30	F	não	8	AFIS; ALIM	sim	AEAC; PSICOEDU	não	NUTRI; EDFIS	RTC; AI (2)	A1	NI

<i>Autor</i>	<i>TP</i>	<i>MET</i>	<i>DEN</i>	<i>Idade</i>	<i>GEN</i>	<i>DIAG</i>	<i>Nº de Sessões</i>	<i>ALV</i>	<i>Análise de Contingências</i>	<i>PROC. de Intervenção</i>	<i>Fidelidade</i>	<i>VEXT</i>	<i>MR</i>	<i>EFI</i>	<i>FUP</i>
Moriyama, J. S., Escaraboto, K. M. e Koeke, M. U. (2009)	CL	RC	FAP	22	F	TPB	NI	ADE-T; AUTOCON; EXPS; HS-G; SENTN; OUT	não	AEAC; EMP; FR; MOD; OUT; REFCAS	não	NI	RTC	+	NI
Moriyana, J. S. (2007)	TD	RC	TAC	23	F	TDC	10	AUTOCON; HS-G; RITCOM	sim	AEAC	não	não	RTC; AI	+	NI
Oliveira, E. H. P. D. (2004)	DM	ECU	TC	19	F	TDM	24	OUT	não	PURECA; REFRECA	não	não	RTC; RTI; AP; OS	+	NI
Oliveira, E. H. P. D. (2004)	DM	ECU	TC	41	F	TDM	24	OUT	não	PURECA; REFRECA	não	não	RTC; RTI; AP; OS	A2	NI
Oshiro, C. K. B., Kanter, J. e Meyer, S. B. (2012)	ART	ECU	FAP	46	F	TPB	NI	ADE-T; HS-T	não	FAP	não	NI	RTC; OS	+	NI
Oshiro, C. K. B., Kanter, J. e Meyer, S. B. (2012)	ART	ECU	FAP	18	M	ESQP	NI	ADE-T; HS-T	não	FAP	não	NI	RTC; OS	+	NI
Otero, V. R. L. (1997/2001)	CL	RC	NI	31	F	TDM	NI	AUTOCON; REAL-CO; SFIS; SENTN	sim	AEAC; FR	não	MED	RTC	+	NI

<i>Autor</i>	<i>TP</i>	<i>MET</i>	<i>DEN</i>	<i>Idade</i>	<i>GEN</i>	<i>DIAG</i>	<i>Nº de Sessões</i>	<i>ALV</i>	<i>Análise de Contingências</i>	<i>PROC. de Intervenção</i>	<i>Fidelidade</i>	<i>VEXT</i>	<i>MR</i>	<i>EFI</i>	<i>FUP</i>
Otero, V. R. L. e Rosa, H. H. F. (2006)	CL	RC	TC	28	M	NI	138	AUTOCON; CONJ; FAM; HS-G; REAL-CO; SENTN	sim	AEAC; FR; PSICOEDU; THS	não	NI	RTC	+	NI
Otero, V. R. L. e Rosa, H. H. F. (2006)	CL	RC	TC	29	F	FOB (barata)	6	FOB	sim	EXP; FR; PSICOEDU	não	NI	RTC	+	S+ (10)
Penteado, L. C. P. (2001)	CL	RC	TC	31	F	NI	NI	HS-G; REAL-HP	sim	CONF; FR; FSD; OUT	não	NI	RTC	+	NI
Pereira, C. R. S. (1997/2001)	CL	RC	NI	41	M	NI	74	ACAP; HS-G; REAL-CO; SENTN	não	CONF; FR; MOD; PSICOEDU	não	NI	RTC	+	NI
Perón, F. e Silveira, J. M. (2012)	ART	RC	FAP	23	F	NI	42	ACAP; COT; EXPS; HS-G	sim	FAP	não	NI	RTC; OS	+	NI
Pezzato, F. A., Brandão, A. S. e Oshiro, C. K. B. (2012)	ART	RC	FAP	47	F	TP-CA	NI	ADE-T; EXPS; HS-G	sim	FAP	não	NI	RTC	+	NI
Popovitz, J. M. B. (2013)	DM	ECU	FAP	31	F	não	15	ADE-T; EXPS; HS-T	sim	FAP	parcialmente	não	RTC; AP (2); OS	+	NI

<i>Autor</i>	<i>TP</i>	<i>MET</i>	<i>DEN</i>	<i>Idade</i>	<i>GEN</i>	<i>DIAG</i>	<i>Nº de Sessões</i>	<i>ALV</i>	<i>Análise de Contingências</i>	<i>PROC. de Intervenção</i>	<i>Fidelidade</i>	<i>VEXT</i>	<i>MR</i>	<i>EFI</i>	<i>FUP</i>
Popovitz, J. M. B. (2013)	DM	ECU	FAP	25	F	não	16	ADE-T; EXPS	sim	FAP	parcialmente	não	RTC; AP (2); OS	I	NI
Queiroz, P. P. e Guilhardi, H. J. (2001/2006)	CL	RC	TC	23	M	NI	NI	ACAP; AUTOCON; REAL-CO	sim	AEAC; FR; PSICOEDU; REFRECA	não	NI	RTC	+	NI
Range, M. G. R. e Martinelli, J. C. M. (2010)	CL	RC	TAC	32	F	TDM; IRC	24	ADE-OT; ALIM; AUTOCON; HS-G; SENTN	sim	AEAC; PSICOEDU; REFCAS; REFRECA	não	NI	RTC	+	NI
Rocha, J. F. (2012)	DM	ECU	TC	19	M	FS	24	AUTOCON; HS-G	sim	AEAC; FR; MOD; REFCAS; THS	não	não	AI; AP (4)	A2	SA2 (4)
Rocha, J. F. (2012)	DM	ECU	TC	22	F	FS	24	AUTOCON; HS-G	sim	AEAC; FR; MOD; REFCAS; THS	não	não	AI; AP (4)	A2	SA2 (4)
Rocha, J. F. (2012)	DM	ECU	TC	31	F	FS	16	AUTOCON; HS-G	sim	AEAC; FR; MOD; REFCAS; THS	não	não	AI; AP (4)	+	S+ (4)
Santos, C. V. e Abreu-Rodrigues, J. (2002)	CL	RC	TAC	24	M	NI	NI	EXPS; HS-G; REAL-CO	não	AEAC; CONF; FR; PSICOEDU; THS	não	NI	RTC	NI	NI

<i>Autor</i>	<i>TP</i>	<i>MET</i>	<i>DEN</i>	<i>Idade</i>	<i>GEN</i>	<i>DIAG</i>	<i>Nº de Sessões</i>	<i>ALV</i>	<i>Análise de Contingências</i>	<i>PROC. de Intervenção</i>	<i>Fidelidade</i>	<i>VEXT</i>	<i>MR</i>	<i>EFI</i>	<i>FUP</i>
Scemes, S., Wielenska, R. C., Savoia, M. G. e Bernik, M. (2011)	ART	RC	TAC	35	F	FOB (deglutição)	NI	CONJ; RITCOM	sim	AEAC; EXP; FR; MOD; PSICOEDU; RESPREL	não	não	RTC; AI; OP	+	S+ (1.5 e 8.7)
Silva, M. C. A. (2012)	DM	RC	TAC	NI	F	NI	49	COT; EXPS; HS- G; HS-T	não	INC; OUT	não	NI	RTC; AP (3)	+	NI
Souza, F., Ribeiro, M. P. L., Ramos, F. P. e Guilhardi, H. J. (2004)	CL	RC	NI	31	F	NI	NI	ACAP; ADE-T; AUTOCON; HS-G; SENTN	não	EXP; PSICOEDU; REFRECA; THS	não	NI	RTC	NI	NI
Tsai, M. e Reed, R. (2012)	ART	RC	FAP	50	M	NI	116	ADE-T; EXPS	não	FAP	não	NI	RTC	+	NI
Vandenberghé, L. e Silveira, J. M. (2012)	ART	RC	FAP	20 e poucos	M	TPDT	NI	ADE-T; CONJ; HS- G; HS-T	não	FAP; FR	não	não	RTC	+	NI
Vandenberghé, L., Nasser, K. C. F. O. e Silva, D. P. (2010)	ART	RC	FAP	28	F	NI	NI	ADE-T; EXPS; HS- T; SENTN; SEX	não	CONF; EXP; FAP; FR; PSICOEDU; RESPREL	não	não	RTC	+	NI