

O surgimento de diferentes denominações para a Terapia Comportamental no Brasil

The emergence of different names assigned to Behavioral Therapy in Brazil

Nazaré Costa ✉

Universidade Federal do Maranhão
Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Resumo

O artigo apresenta reflexões acerca do surgimento, na última década, de diferentes denominações dadas à Terapia Comportamental no Brasil, especificamente a Terapia Analítico-Comportamental, a Terapia por Contingências de Reforçamento, a Terapia Molar e de Autoconhecimento e a Psicoterapia Comportamental Pragmática. Observa-se que, apesar das diferenças, as semelhanças encontradas levantam dúvidas sobre a necessidade da criação de novas denominações para esta prática clínica. Afinal, todas estas práticas são fundamentadas na Análise do Comportamento e utilizam a análise de contingências como ferramenta de análise e intervenção, buscando compreender o indivíduo como um todo. A preocupação dos terapeutas brasileiros com suas práticas pode ser vista como produtiva e desejável. Repensá-la de forma crítica, aprofundando as concepções teóricas, ampliando as análises do objeto trabalhado não permite, conceitualmente, entretanto, que sejam compreendidas como novos modelos. Se forem compreendidas como “novos modelos de intervenção”, isto poderá produzir como consequência a desarticulação e enfraquecimento não somente do grupo, mas também, corre-se o risco de ocasionar uma aplicação fragmentada do corpo de conhecimento que a ciência fornece e que fundamenta as intervenções do analista do comportamento.

Palavras chaves: Terapia Analítico-Comportamental, Terapia por Contingências de Reforçamento, Terapia Molar e de Autoconhecimento, Psicoterapia Comportamental Pragmática.

✉ Av. dos Holandeses, s/n. Ed. Porto Ravena, AP. 1301. CEP: 65035-770 – Email: naza.pc@gmail.com

A autora agradece imensamente aos professores João Vicente Marçal e Carlos Augusto de Medeiros por tão prontamente e gentilmente cederem os slides de suas apresentações, sem os quais seria impossível escrever este artigo; aos pareceristas pelas contribuições valiosas e também às estagiárias em Clínica Analítico-Comportamental Maria de Lourdes Guimarães e Holga Cristina Rocha pela disponibilidade em rever o abstract e pela leitura cuidadosa do artigo, respectivamente.

Abstract

In the last decade in the Behavioral Analysis community in Brazil happened the emergence of different therapeutic interventions with different denominations: Analytic-Behavioral Therapy, Contingencies of Reinforcement Therapy, Molar and Self-Knowledge Therapy and Pragmatic Behavioral Psychotherapy. It is observed that despite the differences, the similarities found in the above therapies raise doubts about the necessity of creating new denominations to this clinical practice. Eventually, all the models are based on Behavior Analysis and use the contingency analysis as a tool of analysis and intervention aiming to understand the individual as a whole. The Brazilians therapists' concern about their practice can be seen as productive and desirable. However, rethinking in a critical way, going deeply into the theoretical conceptions and enlarging the behavior analysis do not mean that new models and concepts are being created. If they are accepted as "new intervention models", this can result in the dismemberment and weakening not only of this approach but also the risk of fragmented application use of the knowledge corpus and scientific methods which are the foundation of the behavioral therapist's interventions.

Key-words: *Analytic-Behavioral Therapy, Contingencies of Reinforcement Therapy, Molar and Self-Knowledge Therapy and Pragmatic Behavioral Psychotherapy.*

Este artigo pretende apresentar diferentes denominações dadas à Terapia Comportamental no Brasil com vistas a iniciar um debate acerca dos possíveis riscos relacionados às tentativas de propor "novos modelos de intervenções" terapêuticas, baseados na Análise do Comportamento, que parecem estar implícitos quando novas denominações são lançadas para se referir a tal prática.

Primeiramente serão apenas caracterizadas as práticas clínicas denominadas de Terapia Analítico-Comportamental, Terapia por Contingências de Reforçamento, Terapia Molar e de Autoconhecimento e Psicoterapia Comportamental Pragmática, tal como seus próprios proponentes as apresentam, para que em seguida sejam apontados aspectos comuns e diferentes entre as propostas. Por fim, se concluirá com pontos considerados relevantes para uma reflexão acerca da caracterização dos trabalhos feitas pelos proponentes das denominações.

Caracterização das Práticas

Terapia Analítico-Comportamental

A expressão analítico-comportamental pode ser encontrada na literatura norte americana desde a década de 80 (por exemplo, Hayes & Brownstein, 1986). Entretanto, foi somente em 2001, que, no Brasil, o termo analítico foi acrescido à nomenclatura da Terapia Comportamental. De acordo com Kovac, Zamignanni e Avanzi (2009), "no Brasil, a Terapia Analítico-Comportamental tem origem na produção coletiva de terapeutas de diferentes regiões do país" (p. 321).

Ao responderem sobre o porquê da denominação Terapia Analítico-Comportamental (TAC), Tourinho e Cavalcante (2001) ressaltaram que a mesma tem o objetivo de demarcar a fundamentação na Análise do Comportamento e o afastamento de modelos que usam outros pressupostos, sobretudo, os cognitivistas.

Após este marco, observa-se pela primeira vez a denominação sendo utilizada na Coleção Sobre Comportamento e Cognição (Nota 1), no capítulo intitulado “Terapia Analítico-Comportamental”, de Ribeiro (2001).

Mas como os terapeutas que usam esta denominação caracterizam sua atuação? Esta, sem dúvida, não é uma tarefa fácil. Apesar disso, algum consenso parece existir. São eles:

1. As intervenções têm como base os pressupostos filosóficos, conceituais e metodológicos da Análise do Comportamento (Costa, 2002; Ribeiro, 2001; Meyer, Del Prette, Zamignani, Banaco, Neno & Tourinho, 2010);
2. A terapia objetiva “promover mudanças no comportamento através de mudanças nas contingências” (Banaco, Cardoso, Matos, Menezes, Souza & Pasquinelli, 2006, p. 373 – Nota 2);
3. O instrumento essencial de análise e intervenção consiste na análise funcional ou análise de contingências (Banaco et al., 2006; Costa, 2002; Ribeiro, 2001; Meyer et al., 2010; Ruas, Albuquerque & Natalino, 2010);
4. O processo terapêutico é sempre individualizado, já que cada indivíduo possui uma história de vida singular (Ribeiro, 2001; Ruas, Albuquerque & Natalino, 2010);
5. A relação terapêutica é considerada fundamental para mudanças nas contingências a serem implementadas pelo cliente, cabendo ao terapeuta funcionar como uma audiência não punitiva (Banaco et al., 2006; Costa, 2002; Ribeiro, 2001; Meyer et al., 2010).

Acerca das fases do processo terapêutico, embora possa haver diferenças de terapeuta para terapeuta,

o que se relaciona, sobretudo à formação de cada um, a caracterização atualizada feita por Meyer et al. (2010) pode contemplar o que muitos terapeutas analítico-comportamentais fazem. Para estes autores, o processo inicia com a fase de avaliação, na qual se busca identificar o funcionamento do cliente e não apenas a(s) sua(s) queixa(s). Em seguida organizam-se as informações coletadas, utilizando-se como ferramenta a análise de contingências. Sobre as duas primeiras etapas deste processo terapêutico, Ribeiro (2001) afirma:

Ao contrário do que pode parecer, a formulação não é apenas um conjunto de análises funcionais, ela é uma análise molar sobre a vida do cliente. Essa análise molar é realizada com base nos princípios e teorias comportamentais. Fazer uma análise molar significa “ver o todo”, avaliar todas as áreas de vida do cliente considerando sua complexidade e a rede de relações existente entre tais áreas, que o tornam uma pessoa única, completa e complexa (p. 101).

Esta mesma compreensão pode ser encontrada em Costa (2002) ao tratar da fase de avaliação e da elaboração de micro e macro análises.

As fases posteriores do processo terapêutico, retomando a proposição de Meyer et al. (2010), consistem na preparação e implementação do plano de intervenção. O processo, para os autores, pode chegar ao final quando, após a avaliação dos resultados, verifica-se que os objetivos terapêuticos foram alcançados.

Terapia por Contingências de Reforçamento

No que se refere à Terapia por Contingências, a primeira vez que se identifica o uso da expressão na Coleção Sobre Comportamento e Cognição, tam-

bém foi no ano de 2001, em dois textos: um de Guilhardi e Cesar e outro de Oliveira. Porém, a denominação Terapia por Contingências de Reforçamento (TCR) foi cunhada por Hélio Guilhardi e seu modelo foi apresentado de forma sistemática apenas em 2004 (Guilhardi, 2009).

De acordo com Copque e Guilhardi (2008), A TCR substitui a terminologia Terapia Comportamental, abordagem clínica que teve relevante papel histórico, mas que, atualmente, inclui um emaranhado de conceitos e práticas, que chegam, muitas vezes, a serem incompatíveis entre si, e, como tal, a desgastaram e impedem sua consideração como uma abordagem consistente e harmônica (p. 62).

Guilhardi (2004), ao buscar definir sua proposta, aponta que seria adequado substituir o termo Terapia Comportamental (TC), considerando que não existe consenso, entre os próprios terapeutas que assim se intitulam, sobre o que ela é, o referencial empregado, as práticas adotadas, dentre outros. Para o autor, a mudança de TC para TCR vai além da terminologia, na medida em que o modelo compromete-se com:

1. Arcabouço teórico-filosófico específico: o Behaviorismo Radical...;
2. Ação metodológica para investigar e analisar os fenômenos comportamentais: a Análise do Comportamento...;
3. Utilização de procedimentos de intervenção terapêutica “tecnologicamente” descritos e “conceitualmente” sistemáticos..., derivados da ciência do comportamento;
4. Linguagem para descrever os fenômenos interacionais entre terapeuta (pesquisador) e cliente (su-

jeito) [está] alicerçada na proposta de análise do comportamento verbal de Skinner (1957) (p. 7).

Ao tratar do objetivo da terapia, Guilhardi (2004) argumenta que seria produzir comportamentos, a partir da mudança de contingências, tanto em operação na vida do cliente quanto no contexto terapêutico. O trabalho junto às contingências e não aos comportamentos seria o cerne da TCR (Guilhardi, 2009).

Com base em alguns estudos de casos descritos por autores que usam a denominação TCR em seus trabalhos (por exemplo, Basqueira, Brito & Queiroz, 2007; Queiroz, 2007), verifica-se que o processo terapêutico ocorre de forma semelhante ao descrito por terapeutas da TAC. O que inclui investigação da história de vida do cliente (fase de avaliação), análise de contingências (molecular e molar) e busca de alteração de contingências a partir de descrições de comportamentos (em déficit, reservas e a serem apresentados) e variáveis ambientais, assim como modelagem direta de comportamentos.

A intervenção terapêutica, segundo o próprio Guilhardi (2004), é sempre singular. Nesta fase, o terapeuta faz uso, principalmente, de procedimentos verbais, embora também se utilize de procedimentos não verbais, como por exemplo, sessões em ambientes extra consultório e solicitação de tarefas a fim de que o cliente se comporte na presença do terapeuta (Guilhardi, 2004; 2009).

Ainda sobre a fase de intervenção, verifica-se que o terapeuta fornece, frequentemente, regras específicas sobre o que o cliente deve fazer. Como ilustração, no texto de Basqueira, Brito e Queiroz (2007), as autoras afirmam que “O objetivo dos atendimentos era dar regras de comportamento para o pai, que se

seguidas, ajudariam na manutenção e, assim, na generalização dos repertórios instalados na sessão” (p. 30). Na descrição da intervenção de outro caso, novamente: “A terapeuta deu regras para que a cliente emitisse comportamentos de fuga-esquiva eficazes: como aprender a negociar prazos...” (p. 37).

Em seu texto mais recente sobre a TCR, Guilhardi (2009) afirma que a característica essencial da mesma consiste na “descrição tecnológica dos procedimentos terapêuticos” (p. 2). O que parece significar que durante o processo terapêutico o terapeuta deve ser capaz de descrever o que fez usando a linguagem técnica da Análise do Comportamento.

Em 2010, duas novas denominações para a prática clínica com fundamentação na Análise do Comportamento foram apresentadas no Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental: Terapia Molar e de Autoconhecimento e Psicoterapia Comportamental Pragmática.

Terapia Molar e de Autoconhecimento

Marçal e Dutra são os proponentes da Terapia Molar e de Autoconhecimento (TMA). Para eles, a proposta é coerente com a Análise do Comportamento na medida em que mantém o recorte externalista, focaliza a função dos comportamentos, está “orientado para uma formulação do caso que indique que tipo de manipulação de variáveis ambientais deveria ser feito” e busca promover novas relações entre indivíduo e ambiente (Marçal & Dutra, 2010).

Como a própria nomenclatura sugere, a TMA atribui papel de destaque ao autoconhecimento, considerando-o tanto como um objetivo quanto uma ferramenta essencial do trabalho terapêutico, já que através dele a terapia será mais efetiva (Marçal & Dutra, 2010).

Dentre as características do processo terapêutico da TMA destacadas por Marçal e Dutra (2010), encontram-se:

1. As análises funcionais elaboradas são amplas, buscando-se, na vida do cliente, variáveis atuais e históricas. Embora análises moleculares não sejam descartadas;
2. A intervenção tem como foco o indivíduo como um todo, não se limitando às queixas;
3. “Uso muito restrito de técnicas comportamentais tradicionais”;
4. “Incorpora estratégias da ACT (principalmente) e da FAP”.

Marçal e Dutra (2010) descrevem como seria o raciocínio clínico na TMA. O terapeuta poderia partir da(s) queixa(s) e desta(s) para a identificação de contingências atuais relacionadas à(s) mesma(s), buscando reconhecer os padrões comportamentais do cliente, assim como a generalidade dos estímulos atuantes na história do indivíduo. No primeiro caso a análise é molecular e, no segundo, molar. Em consequência, tanto os objetivos delimitados quanto às intervenções seriam amplas.

Acerca do objetivo da macroanálise funcional, Marçal e Dutra (2010) recorrem a uma citação de Gonçalves (1993) na qual este autor aponta que este tipo de análise tem a finalidade “de proceder a um levantamento geral dos vários problemas e da história das aprendizagens do cliente, de modo a nos possibilitar o esclarecimento da relação funcional entre as várias áreas do seu Funcionamento”.

Especificamente sobre a organização das análises molares, Marçal e Dutra (2010) apresentam um quadro dividido em três colunas. Na primeira se-

riam incluídos os padrões comportamentais e nas segunda e terceira colunas, respectivamente, as consequências reforçadoras e as punitivas e de extinção.

Para Marçal e Dutra (2010), uma análise molar envolve autoconhecimento. Este, como não poderia deixar de ser, é concebido tal qual a proposição de Skinner (1974/1976), como saber descrever variáveis que se relacionam ao que faz e porque faz. Saber este aprendido na interação social. A fim de gerar autoconhecimento, os autores destacam duas estratégias básicas: modelagem do comportamento verbal a partir de análises funcionais e observação dos comportamentos como ocorrem (sem atribuição de valores, tais como bom, difícil, feio, errado).

Diversas vantagens do autoconhecer-se são apontadas por Marçal e Dutra (2010). Algumas delas são: enfraquece respostas que dificultarão o alcance dos objetivos terapêuticos, como por exemplo, o padrão de fuga e esquiva; favorece a definição de objetivos terapêuticos e torna o cliente mais predisposto a agir.

Segundo os proponentes da TMA, alguns procedimentos são contraproducentes no contexto clínico por produzirem respostas de fuga, esquiva ou ataque ao terapeuta e/ou à terapia. Como exemplos de tais procedimentos citam indução de respostas, fornecimento de regras e conselhos específicos e uso de reforço arbitrário.

Psicoterapia Comportamental Pragmática

A Psicoterapia Comportamental Pragmática (PCP), sistematizada por Medeiros, também foi proposta no Encontro da Associação Brasileira de Medicina e Psicoterapia Comportamental, realizado em 2010, como já mencionado. Entretanto, é possível encontrar

alguns dos fundamentos deste modelo no texto intitulado “Comportamento governado por regras na clínica comportamental: Algumas considerações” (Medeiros, 2010a – Nota 4).

A denominação PCP está pautada no fato de enfatizar que o critério para validar as interpretações clínicas feitas no *setting* terapêutico é o de verdade pragmática, isto é, na utilidade da interpretação para a vida do cliente (Medeiros, 2010b).

Ao propor a PCP, Medeiros (2010b) apresenta várias justificativas para sistematização desta proposta, dentre elas, cita o fato de não se enquadrar em nenhuma forma de intervenção clínica pautada na Análise do Comportamento existente e das intervenções serem menos diretivas.

Como autores, na Análise do Comportamento, que fundamentam a prática da PCP são incluídos Skinner, Ferster, Goldiamond, Catania e Ribeiro e, fora da Análise do Comportamento, ideais da Psicanálise, da Centrada na Pessoa e Psicoterapia Cognitiva (Medeiros, 2010b). Ainda segundo o próprio Medeiros (2010b), da Psicanálise observam-se a ênfase nos eventos aos quais o indivíduo não discrimina e funções do dizer e não dizer, por exemplo, da Centrada a ênfase na relação terapeuta cliente e a importância da audiência não punitiva e da Psicoterapia Cognitiva, especificamente, o diálogo Socrático e o questionamento reflexivo.

Uma caracterização geral da PCP encontrada em Medeiros (2010b) é que ela seria uma aplicação da Análise do Comportamento na clínica que se utiliza somente dos fundamentos conceituais desta ciência. Para o autor, a PCP é comprometida com a pesquisa empírica básica e aplicada e atribui “ênfase nas con-

tingências não discriminadas verbalmente no controle do comportamento e diálogo com as demais abordagens psicológicas no âmbito da linguagem cotidiana e do fenômeno psicológico”.

Acerca das características específicas da PCP, destacam-se:

1. Os objetivos do processo terapêutico consistem em levar o terapeuta (termo proposto em substituição à cliente) a desenvolver autoconhecimento e interações mais reforçadoras com o ambiente;
2. Ênfase sobre o comportamento verbal, uma vez que o terapeuta deve: a) buscar identificar os operantes verbais e suas manipulações e b) estar atento para não reforçar as verbalizações do terapeuta e para formulação de perguntas que levem à emissão de intraverbais;
3. A delimitação dos focos para a intervenção (comportamento alvo) é realizada a partir de análises funcionais individuais e não lineares (relações entre os diferentes comportamentos alvo), considerando as consequências em curto e longo prazo;
4. As sessões são conduzidas, basicamente, através de perguntas. Recomendando-se o mínimo de afirmativas (tais como regras, interpretações e “aulas” sobre princípios comportamentais) por parte do terapeuta. São as perguntas formuladas pelo terapeuta que devem levar o terapeuta a formular regras mais precisas (úteis) nas descrições das contingências em vigor, desenvolver regras que propiciem as mudanças das contingências em vigor, mudar as contingências controladoras vigentes e aprender a se fazer as perguntas úteis – fazer análises funcionais e pensar de forma pragmática (Medeiros, 2010b).

Assim como Marçal e Dutra (2010), Medeiros (2010b) enfatiza a necessidade de evitar o uso de reforçadores arbitrários. O terapeuta deve consequenciar comportamentos desejáveis formulando perguntas sobre as consequências do próprio comportamento emitido ou relatado na sessão. Medeiros (2010b) inclusive cita um exemplo no qual um terapeuta pede para mudar seu horário na terapia e o terapeuta diz que não será possível fazê-lo, mas que gostou muito dele (terapeuta) fazer o pedido. O reforçador efetivo para esta resposta seria o terapeuta tentar fazer a mudança de horário.

Buscando privilegiar reforçadores naturais em detrimento dos arbitrários, é papel do terapeuta modelar comportamentos do terapeuta, usando o reforçamento diferencial na própria sessão. Deste modo, o cuidado com a relação terapêutica também é um aspecto relevante na PCP (Medeiros, 2010b). Sobre o autoconhecimento, Medeiros (2010b) compreende que o mesmo pode favorecer mudanças na forma do indivíduo interagir com seu ambiente, entretanto não “é condição necessária nem suficiente para a modificação do comportamento”.

Como indicações para o uso deste modelo, apontam-se adultos e adolescentes mais velhos e como restrições crianças, grupo e casos de limitações no desenvolvimento cognitivo (2010b).

A partir do exposto sobre cada proposta terapêutica é possível identificar em que medida existe ou não diferenças entre as mesmas. É o que se pretende tratar a seguir.

Semelhanças e Diferenças entre as Propostas
Comparando-se a TAC com a TCR, são notórias as semelhanças, desde o motivo pelo qual cada uma

das denominações foi proposta (demarcar que se fundamenta apenas na Análise do Comportamento, afastando-se de modelos cognitivo-comportamentais), até a condução da terapia propriamente dita, não parecendo haver nenhuma diferença, de fato, entre ambas. Talvez se possa afirmar que TAC e TCR são diferentes somente quanto à ênfase dada por esta última à “descrição tecnológica dos procedimentos terapêuticos, o que permite a replicação do que ocorreu nas sessões” (Guilhardi, 2009, p. 2).

Mesmo que Guilhardi (2004) tenha chamado atenção para o fato de o terapeuta trabalhar com contingências e não com comportamentos, como sempre fora ressaltado nos diferentes modelos de TC, compreende-se que esta não consiste realmente em uma diferença, na medida em que se pode afirmar que terapeutas comportamentais concebem o comportamento como proposto por Skinner ainda na década de 30 – como relação entre o organismo e o ambiente (Costa, 2002).

Por outro lado, ao comparar TAC e TCR com a TMA e PCP, algumas diferenças relevantes são identificadas. A primeira diferença consiste no papel atribuído pela TMA ao autoconhecimento como objetivo e ferramenta terapêutica. Falando em nome da TAC, TCR e PCP, se me for permitido, embora seja consenso que o autoconhecimento traz vantagens ao processo terapêutico, ele não é condição *si ne qua non* para sua efetividade. Skinner (1974/1976) já afirmava que para ser efetivo um comportamento não precisa ser consciente. Qual o terapeuta nunca observou um cliente que é capaz de descrever precisamente o que faz e por que faz (variáveis ambientais controladoras) e ainda assim não é capaz de alterar as relações que estabelece com o seu ambiente?

Além do autoconhecimento, a TMA destaca a necessidade de ir além de análises moleculares durante o processo terapêutico. Neste aspecto, já se faz necessária certa cautela, pois mesmo que se identifique na literatura de terapeutas da TAC e TCR a análise de padrões de comportamentos para além da queixa, na prática, não é possível afirmar que todos os terapeutas chegam a elaborar macro análises ou análises molares. Mais do que isso, se pode questionar se os objetivos terapêuticos, como propõem Marçal e Dutra (2010), são estabelecidos a partir de análises molares ou moleculares. Afinal, ainda hoje, clientes, que leram alguma matéria de revista ou foram encaminhados por psiquiatras, procuram terapeutas com referencial comportamental buscando uma intervenção breve e focal. Este então poderia ser outro aspecto o qual alguns terapeutas da TAC e TCR se diferenciam de terapeutas da TMA. E a PCP? Pelo apresentado ao longo do artigo, está totalmente de acordo com a TMA neste ponto.

Outro aspecto no qual se pode contrapor TAC e TCR, de um lado, e TMA e PCP, de outro, refere-se à utilização de regras. Ligada a questões históricas, provavelmente, terapeutas da TAC e TCR tiveram uma formação que estabelecia como característica do modelo comportamental uma atuação diretiva (cf. Costa, 2002). Embora Meyer et al. (2010) citem referências da década de 70 e 90 e da atualidade que apontam explicitamente problemas relacionados ao uso de regras pelo terapeuta, pode-se inferir, com base em algumas referências atuais, que a regra “Devemos ter cuidado com o uso de regras” ou “Devemos usar poucas regras”, ainda não controla o comportamento de muitos terapeutas.

Ainda que haja consenso acerca da condução do processo terapêutico ser guiado pela unicidade de

cada cliente (para alguns poderia ser mais útil usar mais regras e para outros menos, por exemplo), intervir de forma menos diretiva, a partir da formulação de mais perguntas e menos de afirmações, exige maior habilidade por parte do terapeuta e mais tempo de engajamento, do cliente, no processo. Em outras palavras, o custo de resposta para ambos (cliente e terapeuta) é maior.

Por isso, considera-se que a discussão feita por Medeiros (2010a; 2010b) sobre riscos/malefícios do uso extensivo de regras seja de extrema utilidade, para nós, terapeutas e formadores de terapeutas. Esta mudança pode nos levar a uma prática não só distinta, mas também mais efetiva com alguns clientes (aqueles que frequentemente se contrapõem a análises e atividades propostas de forma direta pelo terapeuta, por exemplo). Esta, inclusive, tem sido uma preocupação da terceira geração de terapias fundamentadas na Análise do Comportamento, como se pode identificar no trecho a seguir sobre ACT:

o terapeuta ACT... tratará de minimizar a função do terapeuta como alguém que lhe diga o tipo de vida que deve levar, ou o que deve sentir ou pensar; criará as condições para que o paciente experimente o resultado de sua estratégia (Soriano & Salas, 2006, p. 88).

Na PCP, o criar condições ao qual Soriano e Salas (2006) se referem consistiria na utilização do diálogo socrático e do questionamento reflexivo.

Outra contribuição encontrada na TMA e PCP, que não é explícita na literatura da TAC e TCR, diz respeito à organização das micro análises funcionais. Sabe-se que apesar de efetiva, a organização destas análises apenas nos termos de uma contingên-

cia, sobretudo, tríplice (Sd, R e C), deixa de fora, por exemplo, a história do indivíduo (Delitti, 1997), já que antecedente não se confunde com história (Meyer, 2003). Sobre isto, a afirmação de Meyer em 1997, ainda parece atual: “Na prática clínica não existe instrumento pronto que seja suficiente para fornecer a unidade mais abrangente e relevante com que trabalhar” (p. 33). Deste modo, as formas de organizar as análises propostas pela TMA e PCP poderiam permitir lidar, pelo menos em parte, com as limitações da unidade de análise, tornando-a mais ampla e, possivelmente, mais efetiva.

A organização das análises, como proposto por Marçal e Dutra (2010) envolve: 1) definição de respostas específicas; 2) eventos históricos que favoreceram a instalação das respostas; 3) condições mantenedoras; 4) quando a resposta é funcional e 5) quando a resposta não é funcional. Já Medeiros (2010b) propõe iniciar a análise com os eventos antecedentes (não apenas Sd) e especificar a resposta e suas consequências em curto e longo prazo.

A preocupação com o uso de reforçadores arbitrários no contexto clínico não é recente. Fester (1979/2007), por exemplo, já tratava desta questão há mais de 30 anos. Entretanto, acredita-se que a retomada que Medeiros (2010b) faz sobre o assunto vai um pouco além da percepção que muitos terapeutas têm sobre os controladores de seus próprios comportamentos e sobre os efeitos de suas intervenções na vida do cliente. Isto porque o autor mostra que o elogiar o cliente quando este emite ou relata uma resposta saudável não só não é suficiente como também pode reforçar apenas os relatos ou fatos distorcidos. Mais importante seria colocar o cliente sob controle das consequências do que fez ou disse que fez, como descrito anteriormente.

A última contribuição da PCP consiste na atenção que o terapeuta deve dar aos reforçadores condicionados generalizados utilizados pela cultura, como por exemplo, *status*, poder, admiração, dinheiro e casamento (Medeiros, 2010b).

Em síntese, observa-se que existem algumas diferenças entre TAC, TCR, TMA e PCP. Mas as diferenças apontadas são suficientes para que se diga que temos, no Brasil, 4 (quatro) formas diferentes de atuação clínica pautadas na Análise do Comportamento?

Algumas Reflexões

Ao retomar a caracterização das propostas terapêuticas, no início do artigo, observam-se mais semelhanças do que diferenças entre as mesmas. Sendo possível afirmar que TAC, TCR, TMA e PCP se assemelham quanto:

1. À fundamentação na Análise do Comportamento;
2. À busca por compreender o indivíduo e não simplesmente o problema específico que o trouxe à terapia;
3. Ao uso da análise funcional ou de contingências como ferramenta básica para analisar e intervir ao longo de todo o processo terapêutico;
4. Ao trabalho terapêutico ser conduzido sempre considerando as particularidades de cada indivíduo;
5. À importância atribuída à relação terapêutica, já que dela também depende a efetividade da terapia.

Diante das semelhanças descritas, dois questionamentos iniciais se mostram pertinentes: Que aspectos definem uma prática terapêutica como “comportamental”? As semelhanças não apontam características que possibilitam distinguir o modelo terapêutico baseado na Análise do Comportamento de propostas pautadas em outros referenciais?

Discordâncias à parte, acredita-se que há consenso em relação às práticas terapêuticas se definirem pela visão de mundo e de homem que adotam, no caso, a fundamentação teórico-filosófica (cf. Costa, 2002; cf. Guilhardi, 1988). Considerando que todas as denominações usadas por seus proponentes para se referir ao modelo clínico comportamental, aqui apresentadas, possuem respaldo explícito na filosofia e ciência do comportamento, pode-se responder afirmativamente ao segundo questionamento. As semelhanças entre TAC, TCR, TMA e PCP definem uma intervenção pautada na Análise do Comportamento, distinguindo esta forma de atuar de qualquer terapia sustentada em outro referencial, não cabendo então denominações diferentes para se referir a ela.

O que se observa claramente com as proposições destas denominações é que os terapeutas brasileiros se mostram preocupados com sua prática, buscando repensá-la e/ou renová-la; o que se pensa ser benéfico. Contudo, a proposição de “novos modelos” terapêuticos baseados na ciência do comportamento pode produzir, dentre outras consequências, desarticulação e enfraquecimento deste grupo, além do risco de ocasionar uma aplicação fragmentada do corpo de conhecimento que a ciência fornece e que fundamenta as intervenções do analista do comportamento.

Mais produtivo talvez fosse usar apenas uma denominação para todas estas práticas e articular o que cada uma delas traz de inovador (ou renovador) na condução do processo terapêutico. Para isto, um diálogo maior, e não um consenso sobre aspectos específicos da prática, entre os membros desta comunidade, poderia ser um caminho para que cada vez mais a Análise do Comportamento e suas aplicações possam se expandir e obter reconhecimento no país.

REFERÊNCIAS

- Banaco, R. A., Cardoso, L. R. D., Matos, D. C., Menezes, M. S. T. B., Souza, M. R., & Pasquinelli, R. H. (2006). Práticas clínicas: Um estudo exploratório. In H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição. Análise comportamental aplicada*, Vol. 18 (pp. 371-381). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Basqueira et al. (2007). Atendimento clínico embasado na terapia por contingências de reforçamento (TCR). In Cillo, E. N. P., & Santos, M. R. M. (Orgs.), *Ciência do comportamento: Conhecer e avançar*, Vol. 6 (pp. 21-39). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Costa, N. (2002). *Terapia analítico-comportamental: Dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista*. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Copque, H. & Guilhardi, H. J. (2008). O modelo comportamental na análise do TOC. In W. C. M. P. Silva (Org), *Sobre comportamento e cognição. Análise comportamental aplicada*, Vol. 21 (pp. 61-72). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Delitti, M. (1997). Análise funcional: O comportamento do cliente como foco da análise funcional. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*, Vol. 2 (pp. 37-44). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Fester, C. B. (2007). Psicoterapia do ponto de vista de um comportamentalista. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 3(1), 121-144. (Trabalho original publicado em 1979).
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175-190.
- Guilhardi, H. J. (1988). A formação do terapeuta comportamental. Que formação? In H. W. Lettner & B. Rangé (Orgs.), *Manual de psicoterapia comportamental* (pp. 313-320). São Paulo: Manole.
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por contingências de reforçamento. In C. N., Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 3-40). São Paulo: Roca.
- Guilhardi, H. J. (2009). Terapia por contingências de reforçamento (TCR). Recuperado 29 dezembro, 2100 de http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Terapia_reforcamento2009.pdf
- Guilhardi, H. J., & Cesar, J. (2001). Discussão de caso clínico: A proposta da terapia por contingências. In H. J. Guilhardi; M. B. B. P. Madi; P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade*, Vol. 8 (pp. 269-297). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Kovac, R. Zamignanni, D. R., & Avanzi, A. L. (2009). Análise do comportamento verbal relacional e algumas implicações para a clínica analítico-comportamental. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Desafios, soluções e questionamentos*, Vol. 24 (pp. 314-324). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Marçal, J. V., & Dutra, A. (2010, setembro). *Terapia molar e de autoconhecimento*. Mini-curso ministrado no XIX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Campos do Jordão, SP.

- Medeiros, C. A. (2010a). Comportamento governado por regras na clínica comportamental: Algumas considerações. In A. K. C. R. de-Farias & cols. *Análise comportamental clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 95-111). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Medeiros, C. A. (2010b, setembro). *Psicoterapia comportamental pragmática (PCP): Uma abordagem menos diretiva*. Mini-curso ministrado no XIX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Campos do Jordão, SP.
- Queiroz, P. P. (2007). Terapia por contingências de reforçamento com crianças. In Cillo, E. N. P. & Santos, M. R. M. (Orgs.). *Ciência do comportamento: Conhecer e avançar*, Vol. 6 (pp. 40-65). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Meyer, S. B. (1997). O conceito de análise funcional. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*, Vol. 2 (pp. 31-36). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. In C. E. Costa, J. C. Luzia & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.). *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp. 75-91). São André: ESETec.
- Oliveira, W. (2001). Terapia por contingências: O terapeuta como comunidade verbal anti-internalista. In H. J. Guilhardi; M. B. B. P. Madi; P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade*, Vol. 8 (pp. 297-312). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Ribeiro, M. R. (2001). Terapia analítico-comportamental. In H. J. Guilhardi; M. B. B. P. Madi; P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade*, Vol. 8 (pp. 99-105). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Ruas, S. A., Albuquerque, A. R., & Natalino, P. C. (2010). In A. K. C. R. de-Farias & cols. *Análise comportamental clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 179-200). Porto Alegre: Artmed.
- Skinner, B. (1976). About behaviorism. New York: Vintage Books. (Trabalho original publicado em 1974).
- Soriano, M. C. L. & Salas, M. S. V. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 79-91.
- Tourinho, E. Z., & Cavalcante, S. N. (2001). Por que terapia analítico comportamental? *ABPMC Contexto*, 23, 10.

Notas

Nota 1: Coletânea de trabalhos representativos da produção nacional em Análise do Comportamento nas vertentes filosófica, conceitual, experimental e aplicada.

Nota 2: Neste texto, os autores utilizam a denominação "Análise Funcional" e não Terapia Analítico-Comportamental, embora seja possível observar que estão tratando deste modelo terapêutico.

Nota 3: O livro do qual este capítulo faz parte foi lançado um ano antes da proposição do modelo.

Recebido em 23 de maio de 2011
Aceito em 25 de agosto de 2011