



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

Rodrigo Sardinha Borborema

Análise da literatura, identificação e descrição dos procedimentos da Terapia

Análítico-Comportamental: um requisito para a produção de evidências

SÃO PAULO

2022

Rodrigo Sardinha Borborema

**Análise da literatura, identificação e descrição dos procedimentos da Terapia
Analítico-Comportamental: um requisito para a produção de evidências**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo como requisito
para obtenção do título de bacharel
em Psicologia, sob orientação do
Prof. Dr. Daniel de Moraes Caro.
Coorientadora: Ma. Ana Carolina
Santos do Amaral Lima

SÃO PAULO

2022

Agradecimentos

Aos professores e professoras da PUC-SP pela formação ampla e de excelência que recebi como psicólogo e pesquisador, muito obrigado a cada um(a) de vocês! Agradeço em especial aos(às) professores(as) de Análise do Comportamento; tenho orgulho da formação que tive como analista do comportamento até agora, e devo muito disso a vocês.

Aos colegas com quem estudei e trabalhei na PUC, por compartilharem a trajetória acadêmica comigo e tornarem a minha ainda melhor.

Aos colegas do LAREPsi pela parceria, por colaborarem para minha formação como pesquisador e pela convivência prazerosa. Em especial, agradeço ao Marcelo Batistuzzo por todo o aprendizado que você me proporcionou; você é um exemplo de pesquisador e orientador para mim.

Ao Daniel Caro, meu orientador, por tudo; pelas aulas excelentes que tive com você, pela parceria e confiança que você depositou em mim como monitor de AC e pela orientação excepcional neste trabalho. Te agradeço demais por me dar liberdade para expressar minhas ideias, e pela leveza que você promoveu na produção desse trabalho. Você marcou demais a minha trajetória acadêmica até aqui.

À Ana Carolina Santos do Amaral Lima, minha coorientadora, por ter se interessado pela minha pesquisa, por cada dica preciosa que você me deu e pela confiança no meu trabalho como pesquisador. Você fez muita diferença neste trabalho. Muito obrigado.

Ao Jan Leonardi, pela inspiração deste trabalho, por tudo que você me ensinou como professor e autor, e por tudo que você fez pela Psicologia Baseada em Evidências. Você abriu o caminho da PBE para mim e muitos outros "entusiastas" da PBE que estão iniciando a trajetória na Psicologia, e fez muita diferença na minha formação.

À Gabriela dos Santos por também inspirar este trabalho, sobretudo o método deste. Sua dissertação me auxiliou muito na produção da minha pesquisa.

A todos os profissionais que promovem uma Psicologia científica e baseada em evidências.

Aos professores do Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento por tudo que me ensinaram até aqui e por tudo que ainda aprenderei com vocês.

Aos analistas do comportamento, sobretudo aqueles que originaram a TAC, e/ou que contribuem com seu avanço.

Aos autores dos trabalhos analisados na presente pesquisa, sem os quais nada disso teria sido possível.

Aos meus amigos Brabos pelos anos que dividimos na PUC, por cada momento especial que tivemos e ainda teremos. Vocês são muito importantes para mim, amo vocês.

À querida Famêlea: Mat, Meza, Gui e Rossa, pelos anos de parceria, por todo o apoio, pelos momentos de diversão, e por acompanharmos uns aos outros na trajetória da vida. Acho especial termos crescido, e seguirmos crescendo juntos. Amo muito vocês.

À Mi, por tudo que você fez e faz por mim, por cada papel que você ocupa na minha vida, por todo o amor e alegria que você me traz. Não tenho palavras para expressar o quanto eu te amo e o quanto sou grato por dividirmos a vida. Você é meu sonho e meu *"Lebenslangerschicksalsschatz"*. *"The right place, at the right time"*.

À minha família pelo nosso carinho e união, e por colaborarem para que eu fosse quem sou hoje.

Ao meu irmão pelo amor e convivência, e por me inspirar a ser um profissional cada vez melhor. Você é um exemplo pra mim.

Agradeço em especial aos meus pais por me incentivarem, acreditarem em mim, me amarem e me ajudarem tanto em tudo, nas pequenas e nas grandes coisas. Muito obrigado por me proporcionarem a realização do sonho que era me formar psicólogo pela PUC e de tantos outros sonhos que realizei no caminho. Conseguimos. Todo o agradecimento do mundo seria pouco. Muito obrigado por tudo, amo vocês!

"Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente" (SKINNER, B. F., 1969, p. 2).

"Siga as evidências aonde quer que elas o levem" (PILATI, R., 2018, p. 44).

"The good thing about Science is that it's true whether or not you believe in it" (TYSON, N. D. G., 2013).

Resumo

BORBOREMA, Rodrigo Sardinha. **Análise da literatura, identificação e descrição dos procedimentos da Terapia Analítico-Comportamental: um requisito para a produção de evidências**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

Introdução: A Análise do Comportamento tem desde sua origem um forte comprometimento com a sustentação empírica dos seus procedimentos; assim, era esperado que a Terapia Analítico-Comportamental (TAC) tivesse consistentes evidências empíricas de eficácia; entretanto, esta psicoterapia ainda carece de tais evidências. Além disso, há uma ausência de precisão da descrição dos procedimentos realizados na TAC, não tendo sido possível até hoje concluir quais são seus procedimentos e em que eles consistem. Para que sejam realizadas pesquisas experimentais que avaliem a eficácia da TAC, de acordo com os parâmetros da Prática Baseada em Evidências, é necessário anteriormente produzir uma especificação operacional dos procedimentos da TAC, que pode ser denominada de "manual". **Objetivo:** A partir disso, o presente trabalho teve como objetivo sintetizar a prática da TAC, apontando quais são os procedimentos de formulação de caso, intervenção e avaliação de resultados nela aplicados e em que eles consistem objetivamente. **Método:** Foi realizada uma revisão da literatura de pesquisas clínicas da TAC dos últimos 10 anos, atualizando-se o levantamento desta literatura. As nove pesquisas selecionadas foram analisadas inserindo-se em planilhas trechos que expressavam a aplicação de procedimentos, e categorizando estes através de três "afunilamentos". Registrou-se também outros dados acerca de cada estudo. Então, foram realizadas análises estatísticas descritivas dos procedimentos, identificando-se: o número e a porcentagem de aplicações de cada procedimento na amostra, e a quantidade e a porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento. Com isso, constatou-se o quanto cada procedimento foi aplicado, e em que a aplicação de cada procedimento consistiu. Analisou-se também um subgrupo de estudos de ansiedade/fobia social. **Resultados:** Foram identificados ao todo 117 procedimentos. Os principais (mais aplicados) procedimentos de formulação de caso foram respectivamente: análise molar; análise de tríplice contingência; avaliações funcionais inclassificáveis; e estabelecimento de objetivos da terapia. Os de intervenção foram: fornecimento de regras; apresentação ao cliente de avaliação funcional; procedimentos de exposição a estímulos aversivos; e tarefas de casa. E os de avaliação de resultados foram: uso de instrumentos (inventários, questionários e escalas); frequência dos comportamentos-alvo como indicador de resultado; embasamento no auto-relato vocal do cliente; e *follow-up*. Todos os procedimentos foram descritos com base nos correspondentes trechos selecionados e nas suas categorizações. **Conclusões:** Observou-se, além de constatações específicas sobre os procedimentos, que a TAC tem uma variedade considerável de procedimentos, que "indicadores" quantitativos são fundamentais na avaliação de resultados, e que avaliações funcionais e relatos verbais dos clientes são indispensáveis em todos os âmbitos desta psicoterapia.

Palavras-chave: Análise do Comportamento Clínica. Terapia Analítico-Comportamental. Terapia Comportamental. Prática Baseada em Evidências. Behaviorismo.

Abstract

BORBOREMA, Rodrigo Sardinha. **Literature analysis, identification and description of Behavioral-Analytic Therapy procedures: a requirement for the production of evidences**. 2022. Monograph (Undergraduate in Psychology) - Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, Brazil, 2022.

Introduction: The Behavior Analysis has since its origin a strong commitment to the empirical support of its procedures; therefore, it was expected that Behavioral-Analytic Therapy (TAC) had consistent empirical evidence of efficacy; however, this psychotherapy still lacks such evidence. Moreover, there is an absence of precision in the description of the procedures performed in the TAC, and it has not been possible to conclude precisely what its procedures are and what they consist of. In order to carry out experimental research evaluating the effectiveness of the TAC, according to the criteria of the Evidence-Based Practice, it is previously necessary to produce an operational specification of the TAC procedures, which can "be called" a Manual. **Objective:** The present study aimed to synthesize the practice of the TAC, pointing out the procedures of case formulation, intervention and results evaluation applied in it and in which they consist objectively. **Method:** A review of the clinical research literature on TAC of the last 10 years was performed, updating the survey of this literature. The nine selected studies were analyzed by selecting excerpts that expressed applied procedures, inserting them into spreadsheets, separating them by "stage" of the psychotherapy (case formulation, intervention and evaluation of results), and categorizing the procedures identified, through three steps. Other data about each study were also recorded. Then, descriptive statistical analyses of the procedures were performed, identifying: the number and percentage of applications of each procedure in the sample, and the amount and percentage of studies in which the procedure was applied. Therefore, it was verified how much each procedure was applied, and in which the application of each procedure consisted. A subgroup of social anxiety/phobia studies was also analyzed. **Results:** A total of 117 procedures was identified. The main (most applied) case formulation procedures were respectively: molar analysis; three-term contingency analysis; unclassifiable functional assessments; and establishment of therapy objectives/goals. The main intervention procedures were: provision of rules (contingency descriptions); presentation to the client of functional assessment; exposure procedures to aversive stimuli; and homework. The main results evaluation procedures were: use of psychometric instruments (inventories, questionnaires and scales); frequency of target behaviors as an indicator of outcome; analysis of client's vocal statements; and follow-up. All procedures were described based on the corresponding selected excerpts and their categorizations. **Conclusions:** In addition to specific findings about the procedures, it was observed that the TAC has a considerable variety of procedures, that quantitative "indicators" are fundamental in its evaluation of results, and that functional assessments and verbal reports of clients are indispensable in all areas of this psychotherapy.

Keywords: Clinical Behavior Analysis. Behavioral-Analytic Therapy. Behavioral Therapy. Evidence-based Practice. Behaviorism.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC: Análise do Comportamento

ACC: Análise do Comportamento Clínica

ACT: terapia de aceitação e compromisso

APA: American Psychological Association

BA: ativação comportamental

DBT: terapia comportamental dialética

DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

FAP: psicoterapia analítica funcional

Org. Organizador

PBE: prática baseada em evidências

PBEP: prática baseada em evidências em psicologia

PUC-SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

RBTC: Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva

S: estímulo

Sav: estímulo aversivo

SR+: estímulo reforçador positivo

TAC: terapia analítico-comportamental

UEL: Universidade Estadual de Londrina

UFTM: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UNESP: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

USP: Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Trabalhos de referência para a presente pesquisa.....	19
2. MÉTODO.....	23
2.1 Busca na literatura.....	23
2.1.1 Bases de dados globais.....	23
2.1.2 Bases de dados de Análise do Comportamento.....	24
2.1.3 Bases excluídas da revisão.....	24
2.1.4 Estratégias de busca e critérios de inclusão e exclusão de literatura...	24
2.2 Definição da faixa de tempo da busca de literatura.....	25
2.3 Coleta de dados.....	25
2.4 Análise dos dados.....	29
2.5 Diminuição dos riscos de viés da pesquisa.....	30
3. RESULTADOS.....	32
3.1 Resultados da busca da literatura.....	33
3.2 Representatividade da amostra de estudos.....	34
3.3 Apresentação dos estudos analisados.....	36
3.4 Resultados da análise dos estudos.....	37
3.4.1 Formulação de caso.....	37
3.4.2 Intervenções.....	52
3.4.3 Avaliação de resultados.....	64
3.5 Resultados da análise dos subgrupos.....	74
3.5.1 Subgrupo "Ansiedade Social".....	74
3.5.1.1 Formulação de caso.....	75
3.5.1.2 Intervenções.....	80
3.5.1.3 Avaliação de resultados.....	84
3.5.2 Subgrupo "Demandas variadas".....	88
3.5.2.1 Formulação de caso.....	88
3.5.2.2 Intervenções.....	93
3.5.2.3 Avaliação de resultados.....	97
3.6 Número de procedimentos identificados.....	100
3.7 Número de sessões.....	101
4. DISCUSSÃO.....	104
5. CONCLUSÃO.....	108
5.1 Formulação de caso.....	109
5.2 Intervenções.....	111
5.3 Avaliação de resultados.....	113

5.4 Conclusões gerais.....	115
5.5. Conclusões exploratórias acerca de casos relacionados a ansiedade social.....	115
5.5.1 Formulação de casos relacionados a ansiedade social.....	116
5.5.2 Intervenções em casos relacionados a ansiedade social.....	117
5.5.3 Avaliação de resultados de casos relacionados a ansiedade social....	119
5.5.4 Conclusões gerais acerca do atendimento de casos de ansiedade social.....	119
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS.....	124

1. INTRODUÇÃO

As Terapias Comportamentais se desenvolveram a partir de uma estratégia que se mostrou bem-sucedida em outras ciências: extrapolar princípios validados empiricamente na pesquisa básica para a intervenção em problemas aplicados (LEONARDI; MEYER, 2016). Este desenvolvimento se deu de forma gradual, tendo seu grande marco inicial em 1920, quando houve tentativas de transpor o conhecimento acerca dos princípios de condicionamento respondente (investigados por Pavlov no início do século XX) para a compreensão de fenômenos aplicados (LEONARDI, 2015). Ao longo da primeira metade do século XX, tratamentos baseados nos princípios de condicionamento respondente foram elaborados para diferentes problemas clínicos (LEONARDI, 2015). Na década de 1950, as constatações de Skinner acerca dos princípios de comportamento operante em animais não-humanos foram ampliadas para o comportamento humano; inicialmente, o objetivo dos pesquisadores era avaliar se estes processos poderiam servir para explicar e modificar o comportamento humano; e subsequentemente, o interesse tornou-se explicitamente terapêutico, dando origem à Análise do Comportamento Aplicada (LEONARDI; MEYER, 2016).

Diversos avanços foram realizados internacionalmente na segunda metade do século XX; e na década de 1990, analistas do comportamento dos Estados Unidos da América (EUA) buscaram desenvolver modelos de psicoterapia consistentes com os princípios da Análise do Comportamento (AC), caracterizando a *Análise do Comportamento Clínica* (ACC), um ramo da Análise do Comportamento Aplicada, criando diferentes modalidades de psicoterapia (referidas como terapias comportamentais de terceira onda), como: a Terapia de Aceitação e Compromisso - ACT, do inglês *Acceptance and Commitment Therapy* (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999), a Psicoterapia Analítica Funcional - FAP, do inglês *Functional Analytic Psychotherapy* (KOHLENBERG; TSAI, 1991), a Terapia Comportamental Dialética - DBT, do inglês *Dialectical Behavioral Therapy* (LINEHAN, 1993), a Ativação Comportamental - BA, do inglês *Behavioral Activation* (MARTELL; DIMIDJIAN; HERMAN-DUNN, 2013), entre outras (LEONARDI, 2015).

No Brasil, o desenvolvimento da aplicação da Análise do Comportamento à clínica seguiu um percurso diferente dos modelos de atendimento estrangeiros. Enquanto fora do Brasil, a ACC foi se constituir como área após haver um significativo estabelecimento da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na área clínica; no Brasil, a terapia comportamental se desenvolveu desde seu início dentro da comunidade behaviorista radical, com base nos princípios propostos por Skinner; assim, quando a ACC teve seu início nos EUA, no Brasil já havia uma solidificação de uma terapia comportamental de base skinneriana (LEONARDI, 2015). Já no final da década de 1960, a aplicação da Análise do Comportamento na clínica passou a ser abordada por cursos de Psicologia do país, na Faculdade de Filosofia Ciências e Letras Sedes Sapientiae (que mais tarde se tornaria PUC-SP), na Universidade de São Paulo e na Universidade Católica de Campinas (LEONARDI, 2015); na mesma época, foi fundada a primeira clínica do país com tratamentos embasados na Análise do Comportamento (GUILHARDI, 2003).

Como exposto, no Brasil, a Análise do Comportamento já é utilizada na clínica há certo tempo; entretanto, não havia uma nomeação consensual para a prática desde seu início; o termo Terapia Comportamental era utilizado, mas deixou de atender à necessidade dos analistas do comportamento, pois estava também associado a práticas distintas das destes profissionais (ZAMIGNANI; NETO; MEYER, 2008). Assim, em 2005, analistas do comportamento do Brasil definiram o nome Terapia Analítico-Comportamental (TAC) para se referir à prática já realizada, sendo este o nome utilizado na área até hoje (ZAMIGNANI; NETO; MEYER, 2008).

A TAC tem como referencial teórico o modelo causal de seleção por consequências, fundamentado na compreensão de comportamento operante, a partir da qual entende-se que a ação de um indivíduo modifica o ambiente, produzindo consequências que alteram o próprio indivíduo (ANDERY; MICHELETTO; SÉRIO, 2007); de forma que de acordo com esse modelo, o indivíduo tem um papel ativo na produção de seu ambiente e de si, sendo entretanto, determinado pelas consequências ambientais de seu comportamento. Assim, a Análise do Comportamento (AC) adota um modelo alternativo às explicações internalistas e mecanicistas, compreendendo que o comportamento está sempre sob controle (de forma interacionista, operante, não-mecanicista) das

variáveis ambientais (ZAMIGNANI; NETO; MEYER, 2008). A AC é crítica em relação à coercitividade presente nas instituições sociais, na cultura e nas relações humanas (SIDMAN, 1995), de forma que a psicoterapia é compreendida nela como uma prática criada para, entre outras finalidades, solucionar os problemas gerados pelo controle coercitivo do comportamento (ZAMIGNANI; NETO; MEYER, 2008). A TAC visa promover interações mais favoráveis do indivíduo com seu ambiente, minimizando seus problemas emocionais e seu sofrimento, aumentando o seu bem-estar, desenvolvendo sua autonomia, aumentando o acesso a estímulos reforçadores positivos, entre outros objetivos, fazendo o uso de diversas estratégias e procedimentos que se baseiam na avaliação funcional realizada pelo terapeuta analítico-comportamental (ZAMIGNANI; NETO; MEYER, 2008).

A ACC (que inclui a TAC e os demais modelos já referidos) tem, desde sua origem um forte comprometimento com a sustentação empírica dos seus procedimentos (LEONARDI; MEYER, 2016), como atesta-se a partir da Declaração Sobre o Direito ao Tratamento Comportamental Eficaz, desenvolvida por analistas do comportamento da *Association for Behavior Analysis* (VAN HOUTEN et al., 1988), na qual afirma-se que os indivíduos atendidos têm direito a um tratamento eficaz e cientificamente validado, e que os analistas do comportamento têm a obrigação de utilizar apenas técnicas que demonstraram-se eficazes (em pesquisas) e de buscar continuamente pelas melhores estratégias terapêuticas. Essa declaração tem consonância com as Diretrizes para Atuação Responsável de Analistas do Comportamento elaboradas pela *Behavior Analyst Certification Board* (2010) (organização que administra a certificação profissional de analistas do comportamento de diversos países), na qual afirma-se que a aplicação da AC deve se fundamentar em conhecimentos construídos cientificamente, e deve ser embasada na melhor evidência disponível, com adaptação individual a cada cliente.

Vale apontar, acerca da produção de conhecimento da ACC, um artigo de Baer, Wolf e Risley (1968), no qual os autores apontam critérios aos quais pesquisas aplicadas em AC (incluindo-se, portanto, pesquisas da ACC) deveriam atender. Tratam-se das seguintes dimensões, resumidamente: (1) aplicada: os comportamentos investigados devem ser "socialmente relevantes" e a investigação destes deve considerar mudanças a curto e longo prazos, tanto para o indivíduo

quanto para o grupo social; (2) comportamental: na pesquisa, deve-se basear diretamente em comportamentos que o indivíduo analisado emite, e não no que o indivíduo relata fazer/ter feito, assim, deve-se observar e medir os comportamentos investigados; (3) analítica: deve-se identificar as relações de dependência entre os comportamentos do indivíduo, os contextos em que ocorrem e suas consequências; é preciso identificar se há uma relação de causalidade entre procedimentos aplicados em um "atendimento/tratamento" e os comportamentos do indivíduo atendido; (4) tecnológica: as técnicas que formam a "aplicação comportamental" devem ser completamente identificadas e descritas, de forma clara, detalhada e precisa, permitindo que qualquer pesquisador da área consiga replicá-las a partir da leitura da pesquisa; (5) conceitual: as descrições de procedimentos devem estar embasadas nos pressupostos filosóficos do Behaviorismo Radical e nos princípios conceituais da AC; (6) eficaz: a aplicação deve ser eficaz na mudança do comportamento, promovendo a alteração desejada; (7) generalizável: a mudança do comportamento deve persistir ao longo do tempo e em diferentes ambientes, além de se estender para outros "comportamentos relacionados", tal generalização deve ser planejada pelo pesquisador.

Verifica-se, com base nas citadas declarações/diretrizes da *Association for Behavior Analysis* e da *Behavior Analyst Certification Board*, assim como em dimensões abordadas por Baer, Wolf e Risley (1968), que a ACC tem pressupostos que se aproximam significativamente com os da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP), formulados pela *American Psychological Association* (APA), tratados a seguir.

Há um crescimento na preocupação dos profissionais da saúde de que suas práticas sejam solidamente sustentadas por evidências empíricas (LEONARDI, 2017a). Esse movimento, denominado Prática Baseada em Evidências (PBE) foi inicialmente promovido e disseminado na Medicina, e foi adotado na Psicologia para promover a eficácia de seus serviços (MORAES; SILVERA, 2019), sendo institucionalizado pela APA (2006), que definiu a PBEP como um processo individualizado de tomada de decisão clínica que envolve a integração da melhor da melhor evidência disponível com a experiência clínica no contexto das características, cultura e preferências do paciente/cliente. Os três elementos da

definição (evidências empíricas, repertório profissional, e particularidades do cliente) são igualmente fundamentais (LEONARDI, 2017a). A APA (2006) apontou como objetivos do fomento à PBEP a promoção de práticas efetivas que melhorem a saúde pública, a partir da fundamentação em princípios empiricamente embasados na formulação de caso, relação terapêutica, intervenção, e avaliação.

A PBEP recebe muitas críticas de pesquisadores e profissionais da Psicologia, sendo, entretanto, defendida por outros pesquisadores e profissionais que apoiam a sua adoção e incentivo, como ilustram Moraes e Silvera (2019), tendo atualmente uma Associação nacional, a Associação Brasileira de Psicologia Baseada em Evidências, fundada em 2022. Uma das críticas feitas em relação à PBEP se dá devido à relativa especificidade do contexto da sua criação, uma vez que ela foi desenvolvida, nos EUA, devido a um contexto social que envolvia o interesse dos planos de saúde em oferecer tratamentos rápidos e de menor custo, das agências governamentais pela proteção do direito dos clientes, e dos próprios clientes pela comprovação de estarem recebendo atendimentos de qualidade (BEUTLER, 1998). Outra crítica frequente à PBEP se dá em relação a alguns de seus critérios metodológicos, como o ensaio clínico randomizado (LEONARDI, 2017a). Em relação à primeira crítica, vale reiterar aqui que depreende-se da própria definição da PBEP a indissociabilidade da sua adoção com a adaptação a cada contexto (MORAES; SILVERA, 2019), uma vez que, como já dito, um dos pilares da PBEP é a atenção à cultura e às características e preferências do cliente. Em relação à segunda, a análise dos métodos de pesquisa (para a produção de evidências) está fora do escopo do presente estudo, mas deve-se apontar que tanto o ensaio clínico randomizado quanto o experimento de caso único são apontados como métodos válidos e relevantes na PBEP, e que na área, destaca-se, inclusive, que o progresso da pesquisa clínica requer diferentes metodologias de pesquisa (STILES et al., 2006). Reitera-se também, como dito, que há pesquisadores, profissionais e associações profissionais da Psicologia, e de outras áreas, que defendem a adoção da PBE pelo incentivo ao desenvolvimento de intervenções com sustentação científica (MORAES; SILVERA, 2019); e ressalta-se que a PBE, além de já ter certo nível de aceitação na Psicologia, está em acelerado crescimento neste campo no Brasil.

É possível constatar com base no que foi exposto, que os pressupostos da ACC (e da TAC) aparentemente estão em harmonia com os elementos da definição da PBEP: a integração da melhor da melhor evidência disponível com a experiência clínica no contexto das características, cultura e preferências do cliente (LEONARDI; MEYER, 2016). Na área, há um crescente interesse na PBEP, assim como um crescimento do reconhecimento da importância da produção de dados científicos para a validação das práticas terapêuticas analítico-comportamentais, sendo realizadas diversas pesquisas no Brasil voltadas para tal objetivo (ZAMIGNANI; VILAS BOAS; CALIXTO, 2019), havendo destaque de alguns grupos de pesquisa, que estão se dedicando à pesquisa clínica utilizando metodologias rigorosas: da Universidade de São Paulo, do Centro Paradigma de Ciências e Tecnologia do Comportamento, da Universidade Federal do Paraná e da Universidade Estadual Paulista (LEONARDI; MEYER, 2016). Entretanto, ainda que haja compatibilidade entre os pressupostos da ACC (e da TAC) e a PBEP, além de uma crescente preocupação com a produção de evidências empíricas para a validação das práticas terapêuticas analítico-comportamentais, é necessário avaliar em que medida os analistas do comportamento estão ou não produzindo evidências de eficácia de seus procedimentos.

A partir disso, Leonardi e Meyer (2016) realizaram uma revisão de literatura na qual se propuseram a avaliar o status atual da produção de evidências de eficácia na ACC, incluindo diferentes modelos de atendimento desta. Os autores observaram que a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) carece de dados empíricos rigorosos, em termos de quantidade e qualidade metodológica. Em relação à Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), apontou-se que foram realizadas muitas pesquisas, havendo, entretanto sérios problemas metodológicos em muitas destas. Tratando da Terapia Comportamental Dialética (DBT), e da Ativação Comportamental (BA), os autores apontam que há uma quantidade satisfatória de pesquisas com um alto rigor científico.

A TAC, a psicoterapia analisada no presente estudo, foi objeto de estudo de uma revisão sistemática de Leonardi (2016), na qual foram localizados 44 casos de TAC (denominada nos estudos como TAC, Terapia Comportamental, ACC, entre outros nomes), sendo 38 relatos de caso, que é um método insuficiente como

evidência científica, isto é, neste caso, que não permite averiguar a eficácia de uma psicoterapia (LEONARDI, 2017a) e 6 experimentos de caso único. Assim, 13,6% dos casos trataram-se de experimentos de caso único, 0% de delineamento de grupo, e o restante, 86,4%, de relatos de caso. Leonardi (2016), apontou que na maior parte dos estudos localizados, houve um baixo rigor científico, o que, segundo o autor, diminui consideravelmente a confiabilidade das conclusões obtidas nos mesmos.

Tendo em vista que a significativa maioria das pesquisas clínicas na TAC são estudos de caso, um método deficiente para a produção de evidências científicas (uma vez que carece de validade interna e validade externa) (LEONARDI, 2017a), havendo poucas pesquisas experimentais, que são indispensáveis para o estabelecimento de relações causais entre procedimentos realizados e resultados (LEONARDI, 2017b); além do fato de que as pesquisas experimentais realizadas se dão através de um só método de pesquisa, deixando-se a desejar em termos de variabilidade (entre ensaios clínicos randomizados e experimentos de caso único); deve-se afirmar que não é possível, atualmente, determinar a eficácia da TAC (LEONARDI, 2017b).

É importante ressaltar que além da ausência de comprovação de eficácia da TAC, há também uma ausência de precisão da descrição dos procedimentos nela realizados, não tendo sido possível até hoje concluir com clareza quais são as características e procedimentos da TAC (LEONARDI, 2017b). A partir destes fatos, Leonardi e Meyer (2016) apontam que há um "excesso de confiança translacional" por parte dos psicoterapeutas da TAC. Afirma-se que a crença de que dados da ciência básica são suficientes para fundamentar procedimentos de intervenção é um sério problema da Análise do Comportamento (CRITCHFIELD, 2014), e que a mera transposição direta dos conhecimentos obtidos a partir da pesquisa básica (ainda que tais pesquisas sejam absolutamente rigorosas) não garante a efetividade de intervenções (NENO, 2005). Assim, ainda que embasados em conhecimento científico (produzido em pesquisas básicas), os procedimentos, estratégias e técnicas requeridos para uma intervenção analítico-comportamental eficaz precisam ser elaborados e testados no âmbito da pesquisa clínica (LEONARDI; MEYER, 2016).

A partir de tal cenário, Leonardi (2016; 2017b) propõe 3 possíveis caminhos para que a atuação dos psicoterapeutas analítico-comportamentais esteja de acordo com o modelo da PBEP: utilizar a teoria da Análise do Comportamento como guia da prática clínica e meio de apropriação de evidências produzidas em outras abordagens teóricas (empiricamente sustentadas); adotar um dos modelos internacionais de ACC que seja empiricamente sustentado; ou sistematizar a TAC para, posteriormente, pesquisar a sua eficácia experimentalmente. No presente estudo, é importante tratar mais a fundo do terceiro caminho apontado, seguido aqui. Leonardi (2017b) afirma que a construção de uma tecnologia psicoterápica resultante dos princípios teórico-conceituais da Análise do Comportamento necessita de uma especificação operacional das suas estratégias, e que somente após esta etapa, será possível a realização de pesquisas experimentais que avaliem a eficácia da TAC.

Essa especificação operacional pode ser denominada de "manual", e uma possibilidade de percurso para sua construção foi descrita por Areán e Kraemer (2013), envolvendo as seguintes etapas, no caso da TAC: (1) discussão com especialistas na TAC para levantar os elementos centrais que a caracterizam; (2) observação de sessões realizadas pelos especialistas através de gravações, com o intuito de identificar procedimentos aplicados em sessões que faltaram na descrição deles; (3) elaboração da primeira versão do manual e análise daqueles especialistas e de outros para verificar se o texto realmente representa a TAC, então mudanças são realizadas nessa versão do manual, até que haja consenso e uma versão final do manual possa ser elaborada; (4) comparação entre o atendimento orientado pelo manual com o atendimento sem o uso do manual, que tem por objetivo determinar se o manual torna tal atendimento replicável. Maiores detalhes sobre cada uma dessas etapas e de todo o processo de construção de uma modalidade de tratamento até o estabelecimento de sua eficácia podem ser encontrados no guia de Areán e Kraemer (2013).

É sabido que a individualização da psicoterapia é parte central da TAC, uma vez que cada indivíduo têm um repertório e uma história única (MEYER et al., 2010), entretanto, é importante ressaltar que a individualização da psicoterapia não significa que a prática clínica deva ficar presa a tentativas assistemáticas ou improvisadas de

transposição de princípios teórico-conceituais; e que a centralidade da individualização não torna o tratamento uma prática avessa ao conhecimento acumulado sobre o tratamento para problemáticas específicas (NENO, 2005). Vale lembrar que na AC aplicada ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), área em que AC obteve muito sucesso, se fez amplo uso de protocolos padronizados de tratamento (LEAF; MCEACHIN, 1999). Portanto, para que a TAC torne-se uma intervenção psicoterápica empiricamente sustentada, e alcance, por exemplo, o mesmo sucesso obtido na aplicação da AC ao TEA, é necessária uma padronização que aponte objetivamente quais são os procedimentos da TAC, e que esclareça, operacionalmente, no que eles consistem. Assim, esta padronização, um "manual", quando estiver suficientemente detalhada e operacional, poderá ser empiricamente testada, avaliando-se a eficácia da TAC (para a demanda psicológica e objetivo investigados nos respectivos estudos).

A partir disso, o presente trabalho teve como objetivo analisar as pesquisas clínicas da TAC dos últimos 10 anos, de forma a sintetizar a prática desta psicoterapia, apontando quais são os procedimentos nela aplicados e no que eles consistem. Isso com o intuito de oferecer subsídios para que, posteriormente (em outras pesquisas), se construa uma sintetização plenamente operacional da TAC (um "manual"), e se teste empiricamente a mesma, de forma que possivelmente ela venha a ser uma prática psicoterápica empiricamente sustentada, de acordo com os parâmetros da Prática Baseada em Evidências, passando a estar inserida nesta.

Com isso, o trabalho buscou responder às seguintes questões:

- (1) Quais são os procedimentos aplicados na TAC?
 - (a) Quais são os procedimentos de formulação de caso aplicados na TAC?
 - (b) Quais são os procedimentos de intervenção aplicados na TAC?
 - (c) Quais são os procedimentos de avaliação de resultados aplicados na TAC?
- (2) Em que consistem, objetivamente, as aplicações destes procedimentos?

1.1 Trabalhos de referência para a presente pesquisa

Para alcançar tal objetivo, o presente trabalho teve como referência metodológica a dissertação de mestrado de dos Santos (2018), que teve como referência a tese de doutorado de Leonardi (2016), que por sua vez, motivou a escolha do tema e dos objetivos da presente pesquisa. Optou-se pela dissertação de dos Santos (2018) como referência metodológica uma vez que nesta, assim como no presente estudo, o objetivo envolveu analisar pesquisas clínicas de TAC, de forma a compreender o que define esta psicoterapia; além disso, a dissertação em questão teve como contexto-base a PBE, assim como o presente estudo.

Foram descritos a seguir aspectos metodológicos da dissertação de dos Santos (2018), sobretudo relativos ao levantamento da literatura, que serão referenciados no método do presente estudo.

Na sua dissertação, dos Santos (2018), partiu da compreensão de que a TAC, apesar de ser comprometida com a ciência desde a sua concepção, carece de evidências empíricas que comprovem sua eficácia (LEONARDI, 2016). A partir de tal fato, a autora, compreendendo que *"o ponto principal de qualquer esforço para definir uma prática como baseada em evidências é começar com uma definição rigorosa da prática"* (DOS SANTOS, 2018, p. 32), teve como objetivo examinar as definições da TAC descritas por autores de pesquisas empíricas, visando promover uma descrição mais precisa da TAC, a fim de favorecer avanços na área e viabilizar pesquisas que avaliem a eficácia da mesma.

Para alcançar tais objetivos, dos Santos (2018) realizou uma atualização do levantamento da literatura de pesquisas empíricas em TAC realizado por Leonardi (2016), replicando os passos descritos por este, focando, entretanto, somente na literatura brasileira de TAC; e a partir disto, dos Santos (2018) fez uma revisão desta literatura.

Dos Santos (2018) utilizou as seguintes bases de dados:

- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): engloba uma coleção de revistas acadêmicas de Psicologia e áreas relacionadas.

- Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (BDTD/IBICT): indexa mais de 190.000 teses e 510.000 dissertações, produzidas em mais de 120 instituições brasileiras de ensino e pesquisa.
- Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (BDTD/CAPES): indexa teses e dissertações produzidas no Brasil desde 1987.
- Bibliotecas digitais de teses e dissertações das universidades brasileiras que possuem programas de pós-graduação em AC ou linhas de pesquisa na abordagem (identificadas pela autora através do Banco de Dados de Dissertações e Teses em Análise do Comportamento no Brasil): 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).
- Comportamento em Foco (Base de dados de Análise do Comportamento): uma coleção de livros, disponibilizados de forma digital, relativa aos principais trabalhos apresentados nos Encontros anuais da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC), o maior e mais importante congresso de AC no Brasil.

A autora analisou trabalhos também da coleção Sobre Comportamento e Cognição e o Banco de Dados de Dissertações e Teses em Análise do Comportamento no Brasil (BDTAC/BR), entretanto, não incluindo-os na atualização

da busca da literatura por já terem sido integralmente incluídos na revisão de Leonardi (2016), uma vez que estas publicações foram finalizadas em 2008 e 2007 respectivamente.

Dos Santos (2018) utilizou diferentes estratégias de busca para cada base de dados, a depender dos campos disponíveis para pesquisa e de sua especificidade (global ou de AC). Nas bases de dados globais, as expressões buscadas foram: “terapia analítico-comportamental”, “clínica analítico-comportamental”, “terapia por contingências de reforçamento”; “terapia comportamental" 'AND' 'behaviorismo radical”, “psicoterapia" 'AND' 'behaviorismo radical" e “psicologia clínica" 'AND' 'behaviorismo radical”.

Para as bases BDTD/IBICT e para as bibliotecas digitais da BDTD CAPES, PUC-SP, UNICAMP, UEL, UFG, UFMG, e UFPR, o termo “terapia comportamental” foi buscado sem cruzamento (DOS SANTOS, 2018).

Nas bases de dados específicas da análise do comportamento, duas diferentes estratégias de busca foram empregadas por Leonardi (2016) e reproduzidas por dos Santos (2018): a busca dos trabalhos no BDTAC/BR ocorreu através da opção filtro, que permite buscar as células que contêm a palavra digitada. Para a busca de teses e dissertações, o filtro foi aplicado às colunas título e resumo, e as seguintes palavras foram buscadas: atendimento, caso, cliente, paciente, intervenção, intervenções, psicoterapeuta, psicoterapia, psicoterápica, psicoterápico, clínica, clínico, sessão, sessões, terapeuta, terapêutica, terapêutico, terapia, tratamento e "relato de experiência". Quanto à coleção Comportamento em Foco, os títulos de todos os capítulos foram lidos e aqueles que continham as palavras de busca aqui mencionadas foram selecionados.

Os critérios de inclusão e exclusão da busca na literatura de dos Santos (2018), definidos com base em Leonardi (2016), foram: ser relato de caso, experimento de caso único ou pesquisa de grupo que descreva os resultados obtidos em um processo de psicoterapia individual; ter participantes com desenvolvimento neurotípico e idade igual ou superior a 18 anos; ter ocorrido exclusivamente no ambiente de consultório; ser embasado no Behaviorismo

Radical; e utilizar conceitos da AC na descrição do processo terapêutico. Além disso, dos Santos (2018) utilizou apenas a literatura em português da TAC, por se tratar de um modelo psicoterapêutico elaborado no Brasil.

Assim, foram excluídos: trabalhos não-aplicados; pesquisas clínicas que não apresentavam dados relativos aos resultados do atendimento; estudos com participantes menores de 18 anos ou com desenvolvimento neurológico atípico (e.g., TEA); atendimentos em que os clientes eram um casal ou um grupo; atendimentos que envolveram qualquer intervenção em ambiente extraconsultório (i.e., escola, residência, hospital, etc.); estudos que deixavam dúvidas quanto à sua vinculação com a abordagem analítico-comportamental; pesquisas que utilizaram a TAC apenas como uma intervenção adjunta a outras modalidades de terapia; estudos estrangeiros; etc. Dos Santos (2018) também excluiu trabalhos sobre FAP, ACT, DBT e BA, uma vez que estas modalidades de terapia não encaixavam-se nos objetivos do seu estudo. Outro critério utilizado pela autora é que, nas situações em que uma tese de doutorado ou dissertação de mestrado tenha sido publicada em formato de artigo, selecionou-se somente a versão publicada.

2. MÉTODO

Compreendendo-se que para uma prática ser testada experimentalmente, de acordo com critérios da PBE, é necessário que ela seja sistematizada de forma rigorosa; e que, assim, no caso da TAC, para que os terapeutas e pesquisadores deste modelo psicoterápico saibam o que o constitui exatamente, seus procedimentos precisam ser identificados e operacionalmente descritos (LEONARDI, 2016). Com isso, a partir do objetivo de analisar as pesquisas clínicas da TAC e sintetizar a prática desta psicoterapia, apontando quais são os procedimentos nela aplicados e no que eles consistem, foi realizada uma revisão da literatura de pesquisas clínicas da TAC, seguindo os seguintes passos: (1) atualização da revisão integrativa da literatura de pesquisas clínicas da TAC realizada por dos Santos (2018); (2) leitura das pesquisas e tabulação de trechos que explicitam procedimentos da TAC; (3) categorização dos procedimentos identificados; (4) análise dos dados.

Os procedimentos adotados para realizar a presente revisão de literatura constam descritos a seguir.

2.1 Busca na literatura

O levantamento de literatura de dos Santos (2018) foi realizado até a data de 22/11/2017. O presente trabalho atualizou o levantamento de literatura da autora, até a data 13/01/2022, excluindo-se o mês de Novembro e Dezembro de 2017, isto é, na atualização da presente pesquisa, trabalhos de 2018 a 2021 foram buscados.

Além disso, foram incluídos no escopo da análise do presente estudo pesquisas da amostra de dos Santos (2018) publicadas a partir de 2011.

2.1.1 Bases de dados globais

O presente estudo utilizou as seguintes bases de dados globais (que contém produções relativas à psicologia geral e a outras ciências da saúde), usadas por dos Santos (2018):

- Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)
- Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (BDTD/IBICT)
- Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (BDTD/CAPES)
- Bibliotecas digitais de teses e dissertações das universidades brasileiras que possuem programas de pós-graduação em AC ou linhas de pesquisa na abordagem, identificadas por dos Santos (2018).

2.1.2 Bases de dados de Análise do Comportamento

- Utilizou-se a revista Comportamento em Foco, replicando o levantamento de literatura de dos Santos (2018).

2.1.3 Bases excluídas da revisão

Foram excluídas da atualização e da amostra de trabalhos a serem analisados: a coleção Sobre Comportamento e Cognição e o Banco de Dados de Dissertações e Teses em Análise do Comportamento no Brasil (BDTAC/BR), que já haviam sido integralmente incluídos na revisão de dos Santos (2018), assim como na revisão de Leonardi (2016), tendo sido finalizados em 2008 e 2007 respectivamente, não se encaixando, portanto, nos critérios de inclusão da presente pesquisa.

2.1.4 Estratégias de busca e critérios de inclusão e exclusão de literatura

Foram utilizadas as mesmas estratégias de busca e critérios de inclusão e exclusão de dos Santos (2018), descritos anteriormente no presente trabalho. A

única alteração do método de busca da literatura da autora foi que, na presente pesquisa, o termo “terapia comportamental” foi buscado sem cruzamento em todas as bibliotecas digitais de teses e dissertações das universidades brasileiras, enquanto dos Santos (2018), sinalizou que buscou este termo nas universidades PUC-SP, UNICAMP, UEL, UFG, UFMG, e UFPR.

Na seção de Resultados, se apresenta um fluxograma ilustrativo da busca na literatura do presente trabalho.

2.2 Definição da faixa de tempo da busca de literatura

Uma vez que o objetivo do presente estudo foi analisar as pesquisas clínicas da TAC, de forma a sintetizar a prática desta psicoterapia, buscou-se estabelecer uma faixa de tempo razoável, considerando o tempo reservado à presente pesquisa e a faixa de tempo das amostras de dos Santos (2018) e Leonardi (2016), de modo a se incluir na presente pesquisa uma parcela significativa da literatura clínica da TAC, que pudesse ser cuidadosamente analisada dentro do tempo disponível ao presente trabalho. Foram priorizadas pesquisas mais atuais, em detrimento de mais antigas, com o objetivo de se atualizar o levantamento da literatura empírica da TAC realizado por Leonardi (2016) e por dos Santos (2018), e sobretudo, para que se captasse no presente trabalho no que consiste a TAC atualmente. Assim, analisou-se no presente trabalho pesquisas publicadas entre 2011 e 2021.

2.3 Coleta de dados

Os trabalhos incluídos na presente pesquisa foram analisados individualmente. Os artigos foram lidos integralmente, e nas teses e dissertações leu-se o resumo, o método e a parte dos resultados da pesquisa que abordava os procedimentos da terapia realizada (incluindo procedimentos de formulação de caso, de intervenção e de avaliação de resultados da mesma). Para cada trabalho,

inicialmente o pesquisador realizou uma inspeção geral do texto, lendo o título, resumo, e subtítulos. Depois, lia-se o texto grifando os trechos que tratavam explicitamente de procedimentos aplicados pelo terapeuta ou de comportamentos do mesmo relativos ao atendimento/ao cliente. Então, lia-se cada trecho grifado, julgando-se se de fato se encaixavam nesses critérios, e em caso positivo, selecionava-se o trecho copiando-o integralmente e colando-o em uma planilha de *Excel*.

A inserção dos trechos na planilha, já tendo-se definido que o trecho seria selecionado, se dava separando os trechos nas seguintes colunas: "objetivo do estudo"; "demanda/queixa do caso"; "número de sessões"; "classificação indefinida"; "formulação de caso"; "intervenção"; ou "avaliação de resultados". Além disso, a planilha tinha as colunas "título da pesquisa", "autores", "periódico/instituição", "ano", "Procedimento da TAC", "Sintetização dos procedimentos" e "Síntese final do procedimento".

Os trechos poderiam ser incluídos em mais de uma coluna quando preenchiam os critérios de inclusão para tal. A seguir, segue explicitado o critério de inclusão de cada coluna.

- **Objetivo do estudo:** Incluiu-se nesta coluna os trechos que afirmavam explicitamente o objetivo do estudo.
- **Demanda/queixa do caso:** Foram incluídos trechos que apontaram explicitamente a(s) principal(is) queixa(s) do cliente do caso, e/ou a(s) principal(is) questão(s) compreendida(s) pelo terapeuta como o(s) problema(s) a ser(em) resolvido(s).
- **"Classificação indefinida":** Quando necessário, foram incluídos trechos em relação aos quais o pesquisador não conseguiu, inicialmente, concluir em qual coluna inserir. Nestes casos, os trechos inseridos na coluna foram reavaliados, e após uma melhor compreensão, inseridos na coluna (outra) em que melhor se encaixavam; uma vez inseridos nas novas colunas, foram re-lidos mais

uma vez para se certificar de que haviam sido alocados corretamente. O objetivo foi que ao final da extração dos dados, não houvesse nenhum trecho nesta coluna.

- **"Formulação de caso"**: Nesta coluna, foram inseridos trechos que envolviam explicitamente análises do terapeuta acerca do cliente, isto é, sobre os comportamentos deste, ou sobre as situações em que estava inserido (no geral, estas análises ocorriam sobretudo no início dos atendimentos); os trechos poderiam envolver também descrições do terapeuta acerca dos próprios comportamentos, cuja função era ampliar o conhecimento sobre o cliente, ou direcionar as tomadas de decisão (do terapeuta) nas etapas seguintes do caso.
- **"Intervenção"**: Inseriu-se trechos que explicitavam intervenções realizadas por terapeutas, fossem elas técnicas descritas de forma padronizada na literatura (Borges e Cassas, 2012), intervenções não padronizadas, ou comportamentos do terapeuta relativos ao atendimento do cliente, na presença deste.
- **"Avaliação de resultados"**: Foram inseridos trechos que envolviam explicitamente avaliações acerca dos resultados das intervenções ou do tratamento/atendimento de forma geral.
- **"Título da pesquisa"**: Foi incluído o título de cada trabalho.
- **"Autores"**: Foram incluídos os autores de cada trabalho.
- **"Periódico/Instituição"**: Incluiu-se o periódico ou a instituição relativos à publicação do respectivo trabalho.
- **"Ano"**: Foi incluído o ano de publicação de cada trabalho.

- **"Número de sessões"**: Foi registrado o número de sessões do processo terapêutico. Quando o autor apontava o número exato de sessões, este era registrado na planilha; quando apontava-se um número aproximado, em semanas ou meses de terapia, realizava-se um cálculo, considerando uma sessão por semana, para inferir o número de sessões; se era apontado a realização de sessões de mais de uma hora, contava-se uma sessão por hora de atendimento; quando não se registrava o número de sessões ou a duração da terapia, registrava-se que o dado não constava no trabalho.
- **"Procedimento da TAC"**: Nesta coluna, foram inseridas as primeiras categorizações do pesquisador acerca dos trechos, nas quais cada trecho foi classificado como um procedimento (isto é, uma categoria de procedimento) claramente expresso no mesmo, buscando-se captar o procedimento expresso para além da particularidade do caso em questão. Cada categoria foi revisada e aprovada por um dos orientadores do trabalho, embora eles não tenham lido os trabalhos de onde foram retiradas as informações.
- **"Sintetização dos procedimentos"**: Nesta coluna, foram inseridas as segundas categorizações do pesquisador acerca dos trechos e das primeiras categorizações; aqui, buscou-se afastar-se ainda mais da particularidade de cada caso, e aproximar-se de uma explicitação mais abrangente dos procedimentos expressos nos trabalhos analisados.
- **"Síntese final do procedimento"**: Nesta coluna, foram agrupadas as sintetizações dos procedimentos (coluna explicada acima), criando-se categorias finais que estabeleciam os procedimentos identificados. As sintetizações foram agrupadas quando consistiam no mesmo procedimento, ou em procedimentos muito similares, passando a serem denominadas da mesma forma na coluna final, em uma "categoria" de procedimento que necessariamente contemplava todas

as sintetizações incluídas no mesmo. Na seção de Resultados, cada procedimento identificado (oriundo desta coluna) consta descrito/esclarecido.

É importante ressaltar que acerca dos trechos que expressavam procedimentos (das colunas "Formulação de caso", "Intervenção" e "Avaliação de resultados"), buscou-se selecionar trechos que se referiam a uma aplicação de procedimento específica não expressa em outro trecho; ou seja, quando constatou-se que dois trechos referiam-se a uma mesma aplicação específica (uma mesma emissão de comportamento do terapeuta), apenas um deles foi selecionado, de forma a evitar, ao máximo possível, superestimar a frequência da aplicação dos procedimentos.

2.4 Análise dos dados

Como apontado, os dados coletados foram inseridos em planilhas de *Excel*. A partir disso, criou-se três planilhas separando-se as "etapas" do tratamento, tendo-se assim, uma para os dados acerca da formulação de caso, outra para os de intervenções e outra para os de avaliação de resultado. Então, foram realizadas análises estatísticas descritivas dos procedimentos (da categoria "Síntese final do procedimento" apontada acima), identificando-se: o número de menções de cada procedimento nos estudos, a porcentagem da aplicação do respectivo procedimento em relação ao total de procedimentos daquela "etapa" do tratamento, a quantidade dos estudos da amostra em que aplicou-se o procedimento e a porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento; estes dois últimos tópicos foram identificados a partir da criação de planilhas em que não se repetia a contagem de procedimentos no mesmo estudo.

Concomitantemente à identificação dos dados, foram geradas tabelas que os apresentavam por ordem de porcentagem da aplicação do procedimento (em relação ao total de procedimentos da "etapa"). Após a criação das tabelas, analisou-se os dados expostos nelas, constatando o quanto cada procedimento foi

aplicado na amostra, em que cada aplicação de procedimento consistiu (com base nos trechos selecionados nos textos e nas categorizações dos mesmos), buscando observar similaridades entre os procedimentos. As apresentações destas tabelas e das análises constam na seção de Resultados.

Além do que foi citado, realizou-se uma divisão da amostra em dois subgrupos de estudos, classificados pelas demandas psicológicas de seus casos, que serão apresentados adiante; e efetuou-se para estes subgrupos as mesmas análises realizadas em relação à amostra completa. Dessa forma, houve três conjuntos de dados a serem analisados: a amostra completa e cada um dos dois subgrupos.

2.5 Diminuição dos riscos de viés da pesquisa

Por fim, é importante ressaltar que a seleção e categorização dos trechos dependeram significativamente do olhar do pesquisador, uma vez que não existe, para este tipo de trabalho, uma metodologia de pesquisa sistematizada e compartilhada por um número significativo de pesquisadores (LEONARDI, 2016), e que para diminuir os vieses nos procedimentos da pesquisa, os seguintes cuidados foram tomados: no início da pesquisa, o pesquisador dedicou-se a analisar de forma completa (selecionando, categorizando, e inserindo os dados obtidos nas planilhas de *Excel*, conforme apresentado na subseção anterior) três pesquisas, e apresentar as análises para os orientadores, recebendo *feedback* em relação a acertos e erros na análise, de acordo com os critérios definidos; além disso, o pesquisador foi acompanhado pelos orientadores em todas as outras etapas do trabalho, focando-se inicialmente na seleção e categorização dos trechos de acordo com os critérios definidos; ademais, cada categoria de "Procedimento da TAC" foi revisada e avaliada, em relação ao seu respectivo trecho, pela coorientadora do trabalho, que revisou também a "Sintetização dos procedimentos", assim como a "Síntese final do procedimento". Em suma, todas as etapas do trabalho foram supervisionadas pelos orientadores. Tais procedimentos foram empregados com o intuito de identificar, debater e solucionar divergências entre o pesquisador e os

orientadores em relação à extração dos dados, de modo a garantir maior fidedignidade na obtenção das informações, e com o objetivo de garantir uma boa qualidade metodológica em todas as etapas do trabalho.

O trabalho contou com um orientador e uma coorientadora: o orientador realizou mestrado e doutorado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, e especialização em terapia analítico-comportamental pelo Centro Paradigma; a coorientadora realizou mestrado, e realiza doutorado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Apesar dos inevitáveis vieses, espera-se que a descrição das decisões metodológicas tomadas seja satisfatória para garantir a relevância dos dados obtidos.

3. RESULTADOS

Para expor os resultados obtidos, foram apresentados a seguir um fluxograma da descrição da busca na literatura, uma tabela dos dados dos estudos analisados e tabelas referentes aos procedimentos de formulação de caso, intervenção e avaliação de resultados da TAC identificados nos estudos analisados na presente pesquisa. Nestas tabelas, foram apresentados os procedimentos identificados, a quantidade de menções dos mesmos nos estudos, a porcentagem do respectivo procedimento em relação à quantidade total de procedimentos da amostra, o número de estudos em que se aplicou cada procedimento e a porcentagem de estudos em que se utilizou cada procedimento.

Os procedimentos, como exposto no Método da presente pesquisa, foram identificados nos estudos clínicos analisados, selecionando-se diretamente trechos que tratavam explicitamente da aplicação de procedimentos, sendo estes classificados em uma categoria expressa nos mesmos, após 3 "afunilamentos" das categorias, buscando-se captar o procedimento da TAC apresentado, para além da particularidade do caso em questão.

Seguem apresentadas a seguir uma tabela para cada "etapa" do processo psicoterapêutico (formulação de caso, intervenção e avaliação de resultados), havendo três conjuntos de resultados: da amostra completa e de dois subgrupos de textos incluídos na mesma (como resultados exploratórios).

Os dados de cada tabela foram descritos nesta seção, assim como uma descrição de todos os procedimentos identificados na presente pesquisa. Estas exposições foram realizadas com base nos trechos selecionados nos textos e nas categorizações do pesquisador acerca dos trechos, descritas no Método, relendo-se cada um deles e suas categorizações logo antes de se detalhar o procedimento correspondente, para que a explicação sobre estes fosse precisa e fidedigna aos estudos, ao máximo possível. As descrições tiveram o intuito de esclarecer, ao máximo possível, no que consistiu cada um dos procedimentos constatados, dependendo-se do detalhamento dado nos estudos investigados acerca do respectivo procedimento, uma vez que, como apontado acima, prezou-se pela

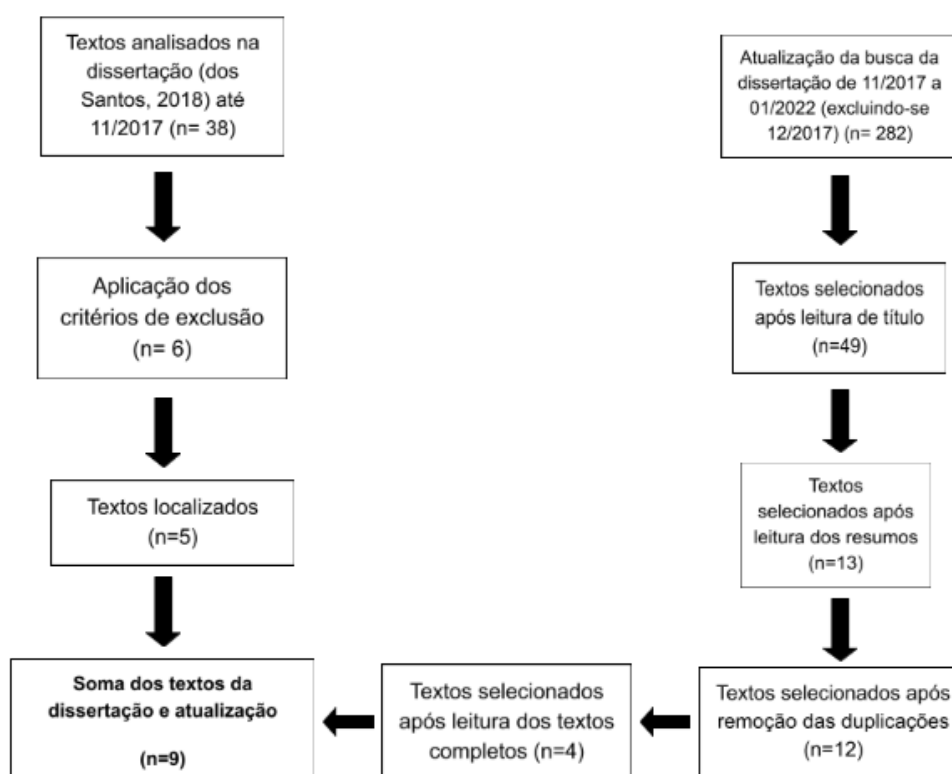
fidelidade das categorizações e descrições dos procedimentos aos estudos que os apresentaram.

3.1 Resultados da busca da literatura

No fluxograma a seguir, foram apresentados os dados da atualização da busca, incluindo o número final de textos selecionados para análise na presente pesquisa (n=9).

A literatura dos estudos clínicos analisados na presente pesquisa foi levantada a partir de duas frentes: utilizou-se parte dos trabalhos analisados por dos Santos (2018) (os publicados a partir de 2011), o que representou-se na coluna esquerda do fluxograma; e foi realizada na presente pesquisa uma atualização da busca da literatura, adicionando-se estudos posteriores à busca de dos Santos (2018), representada na coluna direita do fluxograma. Ambas as frentes de levantamento de literatura foram descritas no método da presente pesquisa.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos textos na busca de literatura.



Na coluna da esquerda, como dito, representa-se a inclusão de trabalhos analisados por dos Santos (2018) na amostra da presente pesquisa. Como representado no fluxograma, a autora analisou em sua dissertação 38 trabalhos; aplicando-se os critérios de exclusão, destes, foram selecionados 6 para a presente pesquisa; entretanto, 1 destes trabalhos não foi localizado (apesar da extensiva busca); sendo incluídos, assim, 5 trabalhos oriundos da dissertação de dos Santos (2018).

Já na coluna da direita, como apontado, foi descrita a atualização da busca da literatura realizada na presente pesquisa. Aplicando os critérios de busca descritos no método, foram localizados 282 trabalhos. Após a leitura do título, foram selecionados 49 trabalhos. Então, após a leitura dos resumos, selecionou-se 13 trabalhos. Removendo-se as duplicações destes, restaram 12. E após a leitura dos 12 textos completos, foram incluídos 4 na amostra da presente pesquisa.

Foram somados então os 5 trabalhos oriundos da dissertação de dos Santos (2018) e os 4 trabalhos levantados na atualização da busca da literatura feita na presente pesquisa, totalizando-se, assim, uma amostra de 9 trabalhos a serem analisados na presente monografia.

3.2 Representatividade da amostra de estudos

É fundamental analisar a representatividade da amostra dos estudos incluídos na presente monografia, isto é, o quanto este conjunto de estudos representa fielmente todos os estudos de TAC (de qualquer ano e base de dados, que se encaixem nos outros critérios de seleção da presente monografia), e sobretudo, o quanto os estudos analisados representam atendimentos de TAC de forma geral, incluindo-se assim, atendimentos relatados em estudos acadêmicos e atendimentos não relatados.

Para realizar tal análise, deve-se ressaltar que a amostra de dos Santos (2018), que incluiu todos os estudos de TAC (que se encaixavam nos critérios de inclusão) produzidos até então, teve 38 trabalhos, havendo portanto 42 trabalhos na

literatura em questão após a atualização do presente estudo. Dessa forma, analisou-se 21,4% de toda a literatura em questão na presente monografia, sendo esta parcela, como relatado, a mais atual possível.

É importante analisar também, entretanto, que o presente trabalho, assim como o de dos Santos (2018) incluiu somente atendimentos de TAC relatados em estudos acadêmicos, de forma que é possível que haja diferenças entre estes atendimentos e os atendimentos da TAC de forma geral.

Outro tópico que deve ser ressaltado é que o presente estudo averiguou os procedimentos realizados nos atendimentos dos estudos através da exposição desses pelos pesquisadores/terapeutas; ou seja, caso tenha havido procedimentos que foram aplicados nos atendimentos, mas não apontados no respectivo estudo acadêmico, estes procedimentos não foram identificados na presente pesquisa.

Entretanto, reitera-se que os dados extraídos na presente pesquisa partiram de exposições dos pesquisadores/terapeutas acerca do que eles fizeram, e não de análises destes acerca dos próprios procedimentos; coletando-se, assim, dados objetivos dos estudos analisados.

A partir de tais considerações, é possível afirmar que a amostra do presente estudo provavelmente representa fielmente os estudos acadêmicos de TAC, sobretudo os mais atuais; não sendo entretanto possível afirmar seguramente se há representatividade dos atendimentos de TAC de forma geral, considerando os não relatados em estudos. Reconhece-se que essa é uma limitação da presente monografia, porém compreende-se que esta limitação é incontornável sendo este estudo uma revisão de literatura, assim como o é nos demais estudos deste tipo.

Ressalta-se, como apontado, que outros procedimentos (por exemplo, que envolvem a gravação e observação de atendimentos, e/ou que envolvem discussões com especialistas na TAC) seriam importantes para se identificar e descrever os procedimentos da TAC e reitera-se que estes estudos ainda devem ser realizados; porém, não seria possível realizar tais procedimentos investigando-se tantos casos quanto feito na presente pesquisa dentro do tempo reservado a essa.

3.3 Apresentação dos estudos analisados

Tabela 1 - Número dos estudos analisados, título dos mesmos, autores, periódico ou instituição de publicação, ano da publicação, número de sessões do atendimento do estudo, síntese da demanda do caso atendido no estudo, e número de procedimentos coletados em cada estudo na presente pesquisa.

Número	Título do trabalho	Autores	Periódico/ Instituição	Ano	Número de sessões	Síntese da Demanda	Número de procedimentos coletados
1	Automonitoramento como fonte de avaliação para atendimento de paciente com sobrepeso	Luiz Antonio Bernardes	Comportamento em Foco	2014	39	Sobrepeso/ Demandas variadas	41
2	Avaliação de um procedimento analítico-comportamental com exposição à realidade virtual para intervenção em ansiedade social	Bruna Zolim Canali	UEL	2018	14	Ansiedade social	40
3	Efeitos de uma intervenção comportamental com treino de habilidades sociais para universitários com fobia social	Juliana Ferreira da Rocha	UNESP	2012	24	Fobia Social	35
4	Exposição à realidade virtual como forma de diminuir a ansiedade de falar em público	Carolina Machado Ortega	PUC-SP	2019	9	Ansiedade de falar em público	46
5	Fobia de deglutição: discussão analítico-comportamental de seus determinantes e da amplitude da mudança.	Silvia Scemes et al.	RBTCC	2011	Não informado	Fobia de deglutição	76
6	Intervenções psicoterapêuticas com idosos na abordagem analítico-comportamental	Beatriz Gobi	UFTM	2020	32	Demandas associadas a envelhecimento/Demandas variadas	15
7	Manejo de metáforas em psicoterapia analítico-comportamental	Emerson Figueirêdo Simões	USP	2014	21	Transtorno de Ansiedade	49

Número	Título do trabalho	Autores	Periódico/ Instituição	Ano	Número de sessões	Síntese da Demanda	Número de procedimentos coletados
		Filho				Generalizada	
8	Um Programa de Intervenção para Transtorno de Ansiedade Social com o Uso da Realidade Virtual	Yhann Hafeel Trad Perandré e Verônica Bender Haydu	Temas em Psicologia	2018	17	Ansiedade social	53
9	Verificação dos Prováveis Efeitos da Metáfora em um Processo Terapêutico Analítico-Comportamental	Maria Cecília de Abreu e Silva e Jocelaine Martins da Silveira	RBTC	2017	9	Demandas variadas	19
					Média= 20,6		Média=41,6
							Total=374

Na tabela acima, como apontado, indicam-se dados centrais dos estudos analisados. Oito dos estudos foram localizados em sua versão completa, e um deles, a dissertação de Gobi (2020), teve apenas sua "versão resumida" localizada (apesar de extensiva busca), a qual foi integralmente analisada.

3.4 Resultados da análise dos estudos

3.4.1 Formulação de caso

A seguir, apresenta-se a tabela relativa aos procedimentos de formulação de caso identificados na presente pesquisa, incluindo-se todos os estudos analisados.

Tabela 2 - Quantidade de menções dos procedimentos de formulação de caso nos estudos analisados, porcentagem em relação à quantidade total de

procedimentos de formulação de caso da amostra, quantidade de estudos em que aplicou-se cada procedimento e porcentagem de estudos em que utilizou-se o respectivo procedimento.

Procedimentos de formulação de caso	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Análise molar	17	11,8%	7	77,8%
Análise de tríplex contingência	10	6,9%	4	44,4%
Avaliações funcionais (tipo inclassificável)	9	6,3%	5	55,6%
Estabelecimento de objetivos terapêuticos	8	5,6%	5	55,6%
Definição de procedimento com base na coleta de dados	7	4,9%	5	55,6%
Realização de linha de base	6	4,2%	6	66,7%
Uso de Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente)	6	4,2%	4	44,4%
Uso de instrumentos ou medidas fisiológicas para avaliar estados emocionais do cliente	5	3,5%	3	33,3%
Flexibilidade no planejamento das sessões, condicionada às particularidades do cliente	5	3,5%	4	44,4%
Análise das R emitidas em sessão	5	3,5%	3	33,3%
Investigação de Sav privados (através de perguntas ou instrumentos)	4	2,8%	2	22,2%
Formação de hierarquia da magnitude de S (majoritariamente de Sav)	4	2,8%	3	33,3%
Estruturação prévia da sessão	4	2,8%	4	44,4%
Análise da suficiência do repertório do cliente (Afirmação de déficits comportamentais)	4	2,8%	4	44,4%
Delineamento de linha de base múltipla	4	2,8%	4	44,4%
Uso do DSM para embasar entrevista	3	2,1%	3	33,3%
Inserção de emoções do cliente em análises de contingências	3	2,1%	2	22,2%
Embasamento em terapias contextuais (ACT e FAP)	3	2,1%	3	33,3%

Procedimentos de formulação de caso	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Atenção aos SR+ presentes na vida do cliente	3	2,1%	3	33,3%
Análise dos prejuízos sociais do comportamento-problema	3	2,1%	3	33,3%
Avaliação da capacidade de autoanálise do cliente	3	2,1%	3	33,3%
Relato do cliente embasa formulação de caso	2	1,4%	2	22,2%
Poder do cliente para interromper procedimento	2	1,4%	2	22,2%
Organização dos procedimentos com base no diagnóstico psiquiátrico	2	1,4%	2	22,2%
Mensuração da frequência de comportamento-alvo do cliente	2	1,4%	1	11,1%
Medidas fisiológicas como dados para formulação do caso	2	1,4%	1	11,1%
Levantamento de hipóteses das causas de comportamentos	2	1,4%	2	22,2%
Investigação de "repertório de enfrentamento" de cliente	2	1,4%	2	22,2%
Investigação das relações sociais da cliente	2	1,4%	1	11,1%
Flexibilidade para mudança dos objetivos terapêuticos	2	1,4%	2	22,2%
Autonomia do terapeuta para escolher procedimentos	2	1,4%	1	11,1%
Análise de classes de S	2	1,4%	1	11,1%
Verificação da disponibilidade do cliente para tratar de assuntos da terapia	1	0,7%	1	11,1%
Valores do cliente como orientação da terapia (procedimento não-especificado)	1	0,7%	1	11,1%
Uso de protocolo de procedimentos padronizado	1	0,7%	1	11,1%
Uso de inventário para avaliar repertório inicial do cliente	1	0,7%	1	11,1%
Investigação do motivo da busca pela terapia	1	0,7%	1	11,1%

Procedimentos de formulação de caso	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Investigação de conhecimento do cliente sobre seu diagnóstico	1	0,7%	1	11,1%
Investigação da capacidade de emissão do repertório-alvo	1	0,7%	1	11,1%
Inserção de OM na trílice contingência	1	0,7%	1	11,1%
Identificação de comportamento-problema (procedimento não-especificado)	1	0,7%	1	11,1%
Estabelecimento de ordem de demandas a serem trabalhadas	1	0,7%	1	11,1%
Embasamento de intervenções em manual	1	0,7%	1	11,1%
Divisão do processo terapêutico em etapas	1	0,7%	1	11,1%
Constatação do tempo gasto no comportamento-problema	1	0,7%	1	11,1%
Avaliação da aparência do cliente (sinal de auto-cuidado)	1	0,7%	1	11,1%
Acompanhamento da adesão a outro tratamento (nutricional)	1	0,7%	1	11,1%
Total	144	100,0%	9	100,0%

Os procedimentos de formulação de caso utilizados nos atendimentos de Terapia Analítico-Comportamental analisados na presente pesquisa serão listados a seguir, em ordem da porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos.

Foram identificados os seguintes procedimentos: Análise molar, que representou 12% das aplicações de procedimentos de formulação de caso, e foi aplicado em 78% dos estudos analisados; Análise de trílice contingência, que representou 7% das aplicações de procedimentos de formulação de caso, e foi utilizado em 44% dos estudos; Avaliações funcionais (tipo inclassificável), que representou 6% das aplicações, e foi utilizado em 56% dos estudos; "Estabelecimento de objetivos terapêuticos", que representou 6% das aplicações, e

foi aplicado em 56% da amostra; "Definição de procedimento com base na coleta de dados", com 5% das aplicações, utilizado em 56% dos estudos; "Realização de linha de base", com 4% das aplicações, utilizado em 67% dos estudos; "Uso de Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente)", com 4% das aplicações, utilizado em 44% dos estudos; "Uso de instrumentos ou medidas fisiológicas para avaliar estados emocionais do cliente" e "Análise das R emitidas em sessão", com 4% das aplicações, utilizado em 33% dos estudos; e "Flexibilidade no planejamento das sessões, condicionada às particularidades do cliente", que representou 4% das aplicações, e foi utilizado em 44% dos estudos.

Além destes, identificou-se os procedimentos: "Investigação de [estímulos aversivos] (Sav) privados (através de perguntas ou instrumentos)", com 3% das aplicações, utilizado em 22% dos estudos; "Formação de hierarquia da magnitude de S (majoritariamente de Sav)" com 3% das aplicações, utilizado em 33% dos estudos; "Estruturação prévia da sessão", "Análise da suficiência do repertório do cliente (Afirmação de déficits comportamentais)", e Delineamento de linha de base múltipla, todos com 3%, utilizados em 44% dos estudos cada.

Houve também os seguintes procedimentos, que representaram 2% das aplicações dos procedimentos, e foram utilizados em 33% dos estudos: "Uso do DSM para embasar entrevista"; "Embasamento em terapias contextuais (ACT e FAP)"; "Atenção aos SR+ presentes na vida do cliente"; "Análise dos prejuízos sociais do comportamento-problema"; e "Avaliação da capacidade de autoanálise do cliente". O procedimento "Inserção de emoções do cliente em análises de contingências" representou também 2% das aplicações, sendo porém utilizado em 22% dos estudos.

Os seguintes procedimentos representaram 1% das aplicações e foram utilizados em 22% dos estudos: "Relato do cliente embasa formulação de caso" (este procedimento foi explicitado na amostra somente no número citado, entretanto, infere-se seguramente que o relato de clientes esteve envolvido em outras categorias, como ressaltado adiante); "Poder do cliente para interromper procedimento"; "Organização dos procedimentos com base no diagnóstico psiquiátrico"; "Levantamento de hipóteses das causas de comportamentos";

"Investigação de 'repertório de enfrentamento' de cliente" e "Flexibilidade para mudança dos objetivos terapêuticos".

Já os demais procedimentos de formulação de caso, listados na tabela acima, constituíram aproximadamente 1% das aplicações de procedimentos, e foram aplicados em 11% da amostra (1 estudo).

Ao todo, nos 9 estudos analisados, identificou-se na presente pesquisa 144 aplicações de procedimentos de formulação de caso, com 47 diferentes "categorias" de procedimentos. A seguir, serão descritos os procedimentos identificados.

O procedimento "Análise molar", classificado com base no livro *Teoria e Formulação de Casos em Análise Comportamental Clínica* (FONSECA; NERY, 2018), tratou-se de análises de contingência dos terapeutas, acerca da vida dos clientes, que envolveram: a história de vida/história de reforçamento dos clientes, assim (história de aquisição e manutenção de seus repertórios, assim como eventos de vida marcantes); classes de respostas/padrões comportamentais dos clientes; classes de estímulos; e consequências de médio e longo prazo dos comportamentos dos clientes. Alguns exemplos de variáveis analisadas na "Análise molar" são: falecimento de familiares; relatos ouvidos ao longo do tempo sobre o estímulo fóbico do caso; punições sofridas em relacionamentos íntimos e conflitos interpessoais pelos quais o cliente passou; uma baixa taxa de reforçadores positivos na vida do cliente ao longo do tempo; consequências de médio e longo prazos do comportamentos-problema; "históricos de contingências" que envolveram "depressão, solidão e ansiedade associadas a situações de abuso, conflitos familiares e perdas de entes queridos, bem como um histórico de contingências marcados por diversas situações coercitivas"; e a compreensão de que as situações "entrar em banheiros de avião", "permanecer desacompanhada em elevadores", "medicar-se com comprimidos e pílulas" e se alimentar, são evitadas pela mesma variável ("medo de engasgar, sufocar e morrer"). Aponta-se que a vasta maioria das informações analisadas neste procedimento foram necessariamente obtidas pelo terapeuta através de relatos do cliente.

O procedimento "Análise de tríplice contingência", também classificado com base em Fonseca e Nery (2018) consistiu na análise dos terapeutas acerca das contingências (SKINNER, 1953) da vida dos clientes envolvendo a análise de

respostas, estímulos antecedentes às respostas (incluindo operações motivadoras) e estímulos subsequentes a estas; atentou-se também para contingências de controle coercitivo (SIDMAN, 1995). O tipo de análise mais frequente envolveu os três termos da contingência: os estímulos antecedentes, a resposta emitida e as consequências desta. Alguns exemplos de variáveis analisadas por tríple contingências na amostra envolveram situações vividas pelo cliente no seu ambiente de trabalho, outras situações sociais vividas pelo cliente fora da sessão, eventos privados e atividades da sessão (procedimento de exposição). Dessa forma, assim como no procedimento anterior, a vasta maioria das informações analisadas em tríple contingências foram necessariamente obtidas pelo terapeuta através de relatos do cliente.

O procedimento "Avaliações funcionais (tipo inclassificável)" tratou-se de análises de contingência realizadas pelos terapeutas, como nos dois procedimentos citados acima; foram inseridos nesta categoria trechos dos trabalhos nos quais os terapeutas apontaram a realização de tais análises, não sendo, entretanto, possível classificar estas análises nas categorias "Análise molar" ou "Análise de tríple contingência" por falta de informações nos trechos coletados. Na maioria dos trechos, os terapeutas apontaram a realização de "avaliações funcionais", ou de "conceituação do caso", ou do "reconhecimento do fenômeno tratado"; indicando-se também na amostra uma "observação das variáveis de manutenção dos comportamentos-problema", ou uma análise das "variáveis de controle" do comportamento-problema, sem se explicitar quais foram as variáveis analisadas.

Já o procedimento "Estabelecimento de objetivos terapêuticos" tratou-se do estabelecimento, entre o terapeuta e o cliente, de objetivos específicos para o processo terapêutico. Os objetivos foram traçados nos atendimentos com base na coleta de dados de cada caso, e por vezes explicitou-se nos estudos que embasou-se na queixa trazida pelos clientes. Alguns exemplos de objetivos traçados nos estudos analisados foram: "deitar, acordar e sair mais cedo do quarto"; "controlar a compulsão alimentar sem medicamentos"; "Fazer atividade física"; "não se preocupar tanto com o que as pessoas pensavam dela" [a cliente]; desenvolver o repertório social; aprender a "discriminar contingências"; entre outros.

Nos estudos analisados, realizou-se a "Definição de procedimento com base

na coleta de dados", o que tratou-se da definição, por parte do terapeuta, de quais procedimentos seriam aplicados, e como o seriam, a partir dos dados coletados até então acerca do cliente. Apontou-se na amostra que estas definições foram orientadas "por hipóteses acerca do caso", "a partir das metas terapêuticas", a partir da "conceituação do caso", ou da "coleta de dados do caso". A maior parte dos estudos em que se apresentou o presente procedimento envolvia demandas de Ansiedade ou Fobia, mais especificamente, de Transtorno de Ansiedade Generalizada, Ansiedade Social, Fobia Social ou Fobia de deglutição, indicando-se nos casos em que havia procedimentos de exposição a estímulos fóbicos (intervenção), que a ordem da exposição era definida com base na coleta de dados do caso.

O procedimento "Realização de linha de base" tratou-se na amostra do presente estudo da observação ou mensuração de comportamentos do cliente, ou da constatação de indicadores deste, em uma fase prévia ao início das intervenções, como parte da formulação de caso, e como parte inicial da avaliação de resultados (sendo, após as intervenções, repetidas as mesmas observações, comparando-se estas com as primeiras, com o intuito de avaliar se houve melhora clínica no caso). Nos estudos analisados, a vasta maioria das aplicações dos procedimentos envolveu a constatação de escores em instrumentos psicométricos (como inventários); houve também a observação não-sistemática de comportamentos (isto é, sem mensurá-los precisamente); e em apenas um estudo, houve mensurações precisas dos comportamentos do cliente, e também em um estudo, o indicador da linha de base foi a magnitude (subjetiva) da aversividade de estímulos.

O procedimento "Uso de Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente)" trata-se da utilização de Folhas de registro de comportamento (fichas escritas) (SILVARES; MEYER, 2000), preenchidas pelo cliente fora das sessões, nas quais o mesmo registra comportamentos relevantes que emitiu naquele período (frequentemente uma semana) e variáveis ambientais relacionadas a estes comportamentos, como uma fonte de informação para o terapeuta, apresentando-se, mais precisamente, comportamentos emitidos pelo cliente fora de sessão, a frequência da emissão destes comportamentos, e outras variáveis das contingências, como estímulos antecedentes e consequências das respostas do

cliente. A Folha de Registro Comportamental permitia, assim, ao terapeuta um acompanhamento dos comportamentos-alvo e comportamentos-problema do caso.

Na amostra, houve o "Uso de instrumentos ou medidas fisiológicas para avaliar estados emocionais do cliente", o que tratou-se da utilização de inventários, questionários e escalas (que serão explicados adiante, na subseção de Avaliação de Resultados), ou de um equipamento de mensuração da condutância da pele, para que o terapeuta obtivesse dados acerca dos estados emocionais, isto é, eventos privados, dos clientes. Estes procedimentos foram aplicados em 3 casos de Ansiedade/Fobia social. A maior parte da aplicação do procedimento envolveu o uso de instrumentos psicométricos (inventários, questionários e escalas).

O procedimento "Flexibilidade no planejamento das sessões, condicionada às particularidades do cliente" tratou-se da consideração, por parte dos terapeutas, das particularidades/individualidade dos clientes no planejamento das sessões, de forma a individualizar o atendimento. Em relação a este procedimento, nos estudos analisados, apontou-se que "o treinamento de habilidades sociais se deu a partir do repertório observado na Linha de Base", neste caso, a "habilidade trabalhada" era definida a partir da demanda do caso; indicou-se também na amostra que as particularidades do cliente embasaram: a escolha de quais metáforas seriam utilizadas, e em qual momento; a quantidade de sessões; e quantas sessões eram reservadas à cada atividade planejada.

A "Investigação de Sav privados (através de perguntas ou instrumentos)" tratou-se da investigação dos terapeutas de estímulos aversivos (Sav) privados (SKINNER, 1953) dos clientes, o que realizou-se na maior parte das aplicações do procedimento através de solicitações de autotatos (SKINNER, 1957), ou de instrumentos psicométricos (inventários, questionários e escalas). Este procedimento foi aplicado em 3 casos de Ansiedade/Fobia social, e buscava investigar os estados emocionais dos clientes quando em meio à apresentação de estímulos aversivos, (apresentados anteriormente à esta investigação).

O procedimento "Formação de hierarquia da magnitude de S (majoritariamente de Sav)" tratou-se da construção conjunta entre terapeuta e cliente de uma lista de estímulos ordenada pela magnitude dos mesmos para o cliente, como parte da formulação de caso; a maior parte do procedimento envolveu a

ordenação de Sav (estímulos aversivos) de acordo com o grau de aversividade destes. Mencionou-se nos estudos classificações do grau de aversividade em escalas de 1 a 4, ou 1 a 8. Além disso, foi apontado que esta ordem foi determinante para a definição da ordem de procedimentos de exposição aos estímulos fóbicos (intervenção).

O procedimento "Estruturação prévia da sessão" tratou-se de um planejamento (dos terapeutas) das sessões, previamente às mesmas, definindo-se o(s) tema(s) para a sessão, o que se deu na maior parte das aplicações deste procedimento, e também as etapas das "atividades" da sessão.

Nos estudos, realizou-se a "Análise da suficiência do repertório do cliente (Afirmação de déficits comportamentais)", que implicou na análise e conclusão dos terapeutas de que havia "déficits" em "repertórios" do cliente, ou um "padrão deficitário" em determinadas "habilidades". Este procedimento envolveu, em todas as suas aplicações, repertórios de "Habilidades Sociais".

No "Delineamento de linha de base múltipla", segundo Baer, Wolf e Risley (1968), uma série de respostas são identificadas e mensuradas como linha de base (já explicada anteriormente); e após tais mensurações, aplica-se intervenções a um dos comportamentos de cada vez, observando se há mudança neste e nos outros comportamentos. Outra possibilidade trata-se da aplicação, após a realização de linhas de base, de intervenções em momentos diferentes para diferentes clientes, verificando-se se a mudança no desempenho ocorre para todos, visando assim verificar se há atribuição da mudança à intervenção (DA ROCHA, 2012). A maior parte das aplicações da amostra envolveu a constatação de escores em instrumentos psicométricos (como inventários), e a observação não-sistemática de comportamentos (isto é, sem mensurá-los precisamente).

Os seguintes procedimentos, por se tratarem dos procedimentos menos aplicados nos estudos analisados, serão majoritariamente descritos brevemente (salvo quando julgou-se que uma descrição mais extensa era necessária para a compreensão do procedimento).

O procedimento "Uso do DSM para embasar entrevista" envolveu a utilização de critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*, elaborado pela American Psychiatric Association (2013), para realizar

entrevistas com os clientes, avaliando se eles se encaixavam, ou não, em determinado diagnóstico psicológico/psiquiátrico. Na amostra, indicou-se a aplicação da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica - SCID-CV (DEL-BEN et al., 2001).

Na formulação de caso da amostra, houve a "Inserção de emoções do cliente em análises de contingências", que envolveu a atenção dos terapeutas às emoções dos clientes e a inserção destas em avaliações funcionais pelos terapeutas. As aplicações deste procedimento envolveram "o nível de ansiedade" do cliente, "alívio", "sentimento de baixa autoestima" e sentimentos de constrangimento e vergonha.

Nos estudos analisados, realizou-se um "Embasamento em terapias contextuais (ACT e FAP)", o que tratou-se da utilização, por parte dos terapeutas, de manuais da ACT (EIFERT; FORSYTH, 2005; HAYES et al., 1999; LUOMA et al., 2007; WILSON; LUCIANO, 2022), do "modelo de conceituação proposto por Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette, e Callaghan (2009)"; e da "teoria dos quadros relacionais (HAYES; STROSAHL; WILSON, 1999)" para direcionar as tomadas de decisão do terapeuta acerca dos procedimentos a serem utilizados no caso e/ou para embasar uma ampliação da compreensão sobre o cliente.

O procedimento "Atenção aos SR+ presentes na vida do cliente" tratou-se de um direcionamento da atenção dos terapeutas, na formulação do caso, para os estímulos reforçadores positivos presentes na vida dos clientes. Nos três estudos em que aplicou-se o procedimento, houve uma constatação de uma falta de reforçadores positivos na vida do cliente ou uma "baixa taxa de atividades reforçadoras".

O procedimento "Análise dos prejuízos sociais do comportamento-problema" envolveu uma investigação dos terapeutas acerca do grau de prejuízo que os comportamentos-problema do cliente traziam para a sua vida. Como exemplo, em um dos estudos, apontou-se que o cliente "Evitava alimentar-se em situações sociais esquivando-se de críticas" (envolvendo um quadro de Fobia de deglutição).

É importante ressaltar que "comportamento-problema" foi compreendido no presente estudo como um comportamento que se objetiva, no processo terapêutico, diminuir ou eliminar do repertório do cliente, sendo definido pelo psicoterapeuta na

formulação de caso com base na queixa do cliente e no prejuízo que o comportamento causa para o mesmo.

Na amostra, terapeutas realizaram uma "Avaliação da capacidade de autoanálise do cliente", que tratou-se de uma avaliação do repertório do cliente de descrição de contingências às quais o mesmo estava submetido. Apontou-se que o cliente "Descrevia as contingências parcialmente ou totalmente equivocadas", ou que "não discriminou a ocorrência das alterações de comportamento", compreendendo-se nestes casos que este era um repertório a ser trabalhado nas fases seguintes do atendimento.

O procedimento "Análise das R emitidas em sessão" tratou-se da análise do terapeuta de comportamentos que o cliente emitiu em sessão como parte da formulação do caso. Um exemplo de comportamento analisado foram os movimentos do cliente no cenário da Realidade Virtual. Os outros estudos em que se aplicou o procedimento não especificaram quais foram os comportamentos analisados.

O procedimento "Relato do cliente embasa formulação de caso" tratou-se do embasamento dos terapeutas no relato dos clientes para a obtenção de informações pertinentes para a formulação de caso. Inseriu-se trechos que apontavam explicitamente o procedimento, como nos demais, porém, foi possível inferir seguramente, como já indicado, que o relato dos clientes esteve envolvido como fonte de informações para diversos outros procedimentos muito aplicados. Uma explicação mais aprofundada dessa compreensão consta adiante.

Foi explicitado em dois estudos que envolviam procedimentos de exposição a estímulos aversivos o "poder do cliente para interromper procedimento", nos quais apontou-se que o cliente "poderia encerrar a exposição a qualquer momento, caso não se sentisse bem" ou que a exposição "poderia ser encerrada antes, a pedido do participante".

Na amostra, houve uma "organização dos procedimentos com base no diagnóstico psiquiátrico", que envolveu a realização de uma avaliação psiquiátrica (realizada em um estudo pelo terapeuta, através de uma entrevista clínica baseada no DSM (2013), e em outro estudo por um médico psiquiatra), e um embasamento nas conclusões desta para definir a escolha de procedimentos a serem aplicados no

atendimento. Um exemplo foi a escolha de "cenários específicos projetados para o tratamento de transtorno de ansiedade social".

O procedimento "Mensuração da frequência de comportamento-alvo do cliente" envolveu a medida objetiva, feita pelo terapeuta, da frequência da emissão, em sessão, do comportamento-alvo do cliente.

Ressalta-se que "comportamento-alvo" foi compreendido no presente estudo como um comportamento que se objetiva, no processo terapêutico, instalar ou fortalecer no repertório do cliente, sendo definido pelo psicoterapeuta na formulação do caso.

Já o procedimento "Medidas fisiológicas como dados para formulação do caso" envolveu o embasamento do terapeuta para formular o caso em medidas fisiológicas objetivas do cliente, no caso o índice de massa corporal (IMC) e a circunferência abdominal (em um caso cuja demanda era relativa a sobrepeso).

Na amostra da presente pesquisa, foi apontado um "levantamento de hipóteses das causas de comportamentos" dos clientes na formulação de caso, explicitando-se a "formulação de hipóteses acerca da promoção e manutenção" dos comportamentos-problema e de comportamentos-alvo.

O procedimento "Investigação de 'repertório de enfrentamento' de cliente" tratou-se da investigação dos terapeutas acerca de comportamentos dos clientes que se configuravam como "comportamentos de enfrentamento"; um dos estudos indicou a apuração de como o cliente emitia "uma habilidade, se encontrava alguma dificuldade, com quem, em qual contexto e o que fazia para resolver". Esta investigação ocorreu por meio de solicitações de relato (ZAMIGNANI, 2007), ou através do uso de Folhas de registro do comportamento, acerca de comportamentos emitidos pelo cliente fora de sessão.

O procedimento "Investigação das relações sociais da cliente" envolveu investigações do terapeuta, através de uma "entrevista semiestruturada" para compreender especificamente as relações sociais da cliente, isto é, o "contexto familiar", "círculos de amizade" e a "rotina atual".

Já o procedimento "Flexibilidade para mudança dos objetivos terapêuticos" tratou-se da possibilidade de mudança de objetivos terapêuticos estabelecidos previamente no atendimento, o que se deu nos estudos devido a uma mudança

brusca da vida da cliente ou a uma percepção da terapeuta sobre déficits de repertórios específicos, a serem trabalhados a partir de então no repertório da cliente.

Explicitou-se em um estudo a "autonomia do terapeuta para escolher procedimentos", que envolveu a liberdade do terapeuta para decidir quais procedimentos seriam aplicados no caso, com base na sua "experiência clínica e seu julgamento", na "conceituação e o desenrolar do caso", na "análise de contingências em vigor neste (e o efeito cumulativo destas no repertório do cliente)".

O procedimento "Análise de classes de S" envolveu a análise do terapeuta acerca de estímulos presentes na vida do cliente, classificando-se diferentes estímulos como pertencentes a uma mesma classe.

Os seguintes procedimentos foram aplicados apenas uma vez na amostra, e por isso, serão descritos ainda mais brevemente que os acima (salvo quando julgou-se que uma descrição mais extensa era necessária para a compreensão do procedimento).

O procedimento "Verificação da disponibilidade do cliente para tratar de assuntos da terapia" tratou-se de uma pergunta do terapeuta verificando se o cliente aceitava ser perguntado e falar sobre assuntos relativos a sua ansiedade.

O procedimento "Valores do cliente como orientação da terapia (procedimento não-especificado)" tratou-se da orientação da escolha (do terapeuta) de procedimentos (metáforas), a partir dos valores do cliente. O procedimento não foi esclarecido.

Em um dos estudos (DA ROCHA, 2012), explicitou-se a aplicação de um protocolo de procedimentos padronizado (BOLSONI-SILVA, 2009a; BOLSONI-SILVA, 2009b).

O procedimento "Uso de inventário para avaliar repertório inicial do cliente" envolveu a aplicação de um inventário, melhor explicado adiante, para avaliar o repertório do cliente no início do atendimento do mesmo.

O procedimento "Investigação do motivo da busca pela terapia" tratou-se de uma "entrevista semiestruturada para investigar o motivo do participante ter procurado ajuda".

Em um estudo, realizou-se uma "investigação de conhecimento do cliente

sobre seu diagnóstico", que envolveu uma investigação do terapeuta, não especificada, do conhecimento que o cliente tinha sobre seu diagnóstico, Fobia Social.

Já o procedimento "Investigação da capacidade de emissão do repertório-alvo" envolveu o seguinte questionamento do terapeuta para o cliente: "Você consegue manter conversas com estranhos?", tratando-se de um caso que envolvia ansiedade de falar em público.

Em um dos estudos, houve a "inserção de OM na tríplice contingência", o que envolveu a inserção, feita pelo terapeuta, de Operações Motivadoras (SKINNER, 1953) em análises de tríplice contingência realizadas, como um dos estímulos antecedentes à resposta do cliente.

O procedimento "Identificação de comportamento-problema (procedimento não-especificado)" foi identificado em um dos estudos da amostra, no qual apontou-se: "As duas primeiras consultas visaram especificamente a coleta, com J [o cliente], de informações relevantes que permitiram identificar os comportamentos-problema". O procedimento não foi esclarecido para além do exposto neste parágrafo.

Houve na amostra o "estabelecimento de ordem de demandas a serem trabalhadas", feito pelo terapeuta, de acordo com o nível de importância para o caso de cada tema, optando-se por postergar no processo terapêutico a abordagem de um tema específico.

Em um estudo, houve um "embasamento de intervenções em manual" na medida em que (parte dos) procedimentos de intervenção (metáforas) utilizados no caso "foram extraídos e compilados de manuais".

O procedimento "Divisão do processo terapêutico em etapas" envolveu a definição, feita pelo terapeuta, de etapas da terapia, como parte da formulação de caso, designando temas a serem trabalhados e o número de sessões estipulado para cada tema.

O procedimento "Constatação do tempo gasto no comportamento-problema" abarcou uma investigação, e constatação, do terapeuta de quanto tempo o cliente gastava devido aos comportamentos-problema, apontando-se que o cliente "passou a levar pequenas porções à boca, as quais mastigava até torná-las liquefeitas, o que

exigia despendar cerca de três horas em cada refeição".

Um dos terapeutas realizou uma "Avaliação da aparência do cliente (sinal de auto-cuidado)", na medida em que analisou a aparência do cliente como um indicador do autocuidado, apontando que o cliente "chegava para as sessões com uma aparência desleixada", compreendendo-se assim que "o repertório de autocuidado era deficitário".

O último procedimento de formulação de caso identificado na presente pesquisa foi o "Acompanhamento da adesão a outro tratamento (nutricional)", que tratou-se do acompanhamento do terapeuta da adesão do cliente ao tratamento nutricional, pelo qual ele também estava passando.

3.4.2 Intervenções

Apresenta-se adiante a tabela relativa aos procedimentos de intervenção identificados na presente pesquisa, incluindo-se todos os estudos analisados.

Tabela 3 - Quantidade de menções dos procedimentos de intervenção nos estudos analisados, porcentagem em relação à quantidade total de procedimentos de intervenção da amostra, quantidade de estudos em que aplicou-se cada procedimento e porcentagem de estudos em que utilizou-se o respectivo procedimento.

Procedimentos de intervenção	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido fora da sessão)	11	9,1%	6	66,7%
Apresentação de avaliação funcional	11	9,1%	6	66,7%
Aumento gradual da aversividade dos Sav em procedimento de exposição	8	6,6%	4	44,4%
Tarefa de casa	6	5,0%	5	55,6%
Procedimento de exposição a Sav por Realidade Virtual	6	5,0%	3	33,3%

Procedimentos de intervenção	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Solicitação de auto-relato (majoritariamente de eventos privados)	5	4,1%	5	55,6%
Psicoeducação (ensino de conceitos e apresentação de informações [variados])	5	4,1%	4	44,4%
Procedimento de exposição a Sav (sem Realidade Virtual)	5	4,1%	2	22,2%
Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido na atividade da sessão)	5	4,1%	4	44,4%
Esclarecimento sobre o atendimento	5	4,1%	2	22,2%
Treino de relaxamento (muscular e/ou respiratório)	4	3,3%	3	33,3%
Apresentação de metáforas	4	3,3%	2	22,2%
Solicitação de avaliação funcional feita pelo cliente	3	2,5%	2	22,2%
Realização de avaliação funcional com cliente	3	2,5%	2	22,2%
Modelagem	3	2,5%	3	33,3%
Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente)	3	2,5%	3	33,3%
<i>Role Playing</i>	2	1,7%	2	22,2%
Mudança nas contingências (procedimento não-especificado)	2	1,7%	1	11,1%
Modelação	2	1,7%	2	22,2%
Estabelecimento de vínculo (procedimento não-especificado)	2	1,7%	2	22,2%
Empatia [Procedimento sintetizado por Zamignani (2007)]	2	1,7%	1	11,1%
Apresentação de fotos e desenhos	2	1,7%	2	22,2%
Apresentação de avaliação de evolução do cliente	2	1,7%	2	22,2%
Treino de tomada de decisões e resolução de conflitos (procedimento não-especificado)	1	0,8%	1	11,1%
Treino de habilidades sociais (procedimento não-especificado)	1	0,8%	1	11,1%
Solicitação de autopercepção (de eventos privados)	1	0,8%	1	11,1%

Procedimentos de intervenção	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Reforçamento	1	0,8%	1	11,1%
Orientação de realização de atividade física	1	0,8%	1	11,1%
Levantamento com cliente de comportamentos alternativos	1	0,8%	1	11,1%
Intervenções não-programadas	1	0,8%	1	11,1%
Intervenções da ACT	1	0,8%	1	11,1%
Interação sobre acontecimentos da semana	1	0,8%	1	11,1%
Incentivo de emissão de comportamentos de enfrentamento (procedimento não-especificado)	1	0,8%	1	11,1%
Extinção	1	0,8%	1	11,1%
Explicação sobre importância de comportamento-alvo	1	0,8%	1	11,1%
Evitação de diretividade do terapeuta (procedimento não-especificado)	1	0,8%	1	11,1%
Ensino do uso dos equipamentos (de realidade virtual)	1	0,8%	1	11,1%
Ensino do repertório de auto-análise (com base em conceitos da AC)	1	0,8%	1	11,1%
Encaminhamento para tratamento conjunto com outra área (Nutricional)	1	0,8%	1	11,1%
Descrição de efeitos privados que cliente produz no terapeuta	1	0,8%	1	11,1%
Confrontações (procedimento não-especificado)	1	0,8%	1	11,1%
Auxílio no preenchimento da tarefa de casa em sessão	1	0,8%	1	11,1%
Apresentação de descrição do comportamento do cliente	1	0,8%	1	11,1%
Total	121	100,0%	9	100,0%

Os procedimentos de intervenção utilizados nos atendimentos de Terapia Analítico-Comportamental analisados na presente pesquisa serão listados a seguir,

em ordem da porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos.

Foram identificados os procedimentos: "Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido fora da sessão)", que representou 9% das aplicações de procedimentos de intervenção, e foi utilizado em 67% dos estudos analisados; "Apresentação de avaliação funcional", que representou também 9% das aplicações de procedimentos de intervenção e 67% dos estudos analisados; "Aumento gradual da aversividade dos Sav em procedimento de exposição", que representou 7% das aplicações, e foi utilizado em 44% dos estudos; Tarefa de casa, que representou 5% das aplicações, e foi aplicado em 56% dos estudos; "Procedimento de exposição a Sav por Realidade Virtual", com 5% das aplicações, utilizado em 33% dos estudos; "Solicitação de auto-relato (majoritariamente de eventos privados)", com 4% das aplicações, utilizado em 56% da amostra; "Psicoeducação (ensino de conceitos e apresentação de informações [variados])" e "Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido na atividade da sessão)", ambos com 4%, utilizados em 44% dos estudos; "Procedimento de exposição a Sav (sem Realidade Virtual)" e "Esclarecimento sobre o atendimento", ambos com 4%, utilizados em 22% dos estudos;

Além destes, foram relatados os seguintes procedimentos: "Treino de relaxamento (muscular e/ou respiratório)", com 3%, aplicado em 33% dos estudos; "Apresentação de metáforas", com 2%, utilizado em 22% dos estudos; "Solicitação de avaliação funcional feita pelo cliente", "Solicitação de avaliação funcional feita pelo cliente" e "Realização de avaliação funcional com cliente", com 2% das aplicações cada, sendo utilizados em 22% da amostra; "Modelagem" e "Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente)", que representam 9% das aplicações cada, e foram aplicados em 33% dos estudos;

Já os procedimentos "Role Playing", "Modelação", "Estabelecimento de vínculo (procedimento não-especificado)", "Apresentação de fotos e desenhos" e "Apresentação de avaliação de evolução do cliente" representaram 2% das aplicações cada, sendo utilizados em 22% dos estudos; os procedimentos "Mudança nas contingências (procedimento não-especificado)" e "Empatia [Procedimento

sintetizado por Zamignani (2007)]", corresponderam a 2% das aplicações, sendo aplicados em 11% da amostra.

Os demais procedimentos de intervenção, listados na tabela acima, constituíram 1% das aplicações de procedimentos, e foram aplicados em 11% da amostra (1 estudo).

Ao todo, nos 9 estudos analisados, identificou-se na presente pesquisa 121 aplicações de procedimentos de intervenção, com 43 diferentes "categorias" de procedimentos. A seguir, seguem descritos os procedimentos identificados.

O "Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido fora da sessão)", uma das duas intervenções mais aplicadas na amostra, tratou-se de da emissão do terapeuta de instruções/orientações/recomendações/ordens (descrições de contingência), através das quais solicitava-se que o cliente emitisse determinados comportamentos fora da sessão. Alguns exemplos de comportamentos cuja emissão foi solicitada nestes procedimentos são: "fazer atividade física", ir "para a nutricionista", realizar respiração diafragmática, preencher a folha de registro, levar "à boca" porções de comida "gradualmente maiores" e "observar os níveis de desconforto antes, durante e logo em seguida do consumo de cada alimento", entre outros.

O procedimento "Apresentação de avaliação funcional", a outra intervenção mais aplicada na amostra, envolveu a apresentação, feita pelos terapeutas em sessão, das análises de contingência sobre os clientes para os mesmos; ou seja, nesta intervenção, as análises de contingência realizadas pelos terapeutas sobre um determinado cliente, eram expostas para este em sessão. São exemplos deste procedimento os seguintes trechos: "a terapeuta descreveu a dificuldade da cliente de emitir tatos de eventos privados" e "Em suma, explicou-se à cliente que sua história de vida propiciou o desenvolvimento de reações de ansiedade frente a duas situações, uma relacionada ao enfrentamento de conflitos interpessoais e outra referente à ingesta de alimentos. Acrescentou-se, ainda, que entrar simultaneamente em contato com as duas contingências aversivas foi o fator que provavelmente favoreceu a instalação do medo de engasgar e o desenvolvimento das diversas esquivas fóbicas".

Os procedimentos "Procedimento de exposição a Sav por Realidade Virtual" e

"Procedimento de exposição a Sav (sem Realidade Virtual)" foram aplicados em casos de fobia/ansiedade em relação a (classes de) estímulos específicos, e trataram-se da apresentação "material" (i.e., não-verbal, mesmo que virtualmente), aos clientes, de estímulos aversivos da mesma classe da fobia em questão.

Detalhando o procedimento que envolve o uso de Realidade Virtual, este procedimento, envolveu a exposição dos clientes aos estímulos aversivos (descrita acima) por meio de simuladores de Realidade Virtual, através dos quais os clientes tinham uma experiência fictícia de estarem na presença dos estímulos aversivos; nestes casos de ansiedade social, os clientes eram inseridos em cenários que "apresentavam contexto para possíveis interações sociais com os avatares". Um simulador utilizado na amostra foi o "Virtua.Therapy" (CANALI, 2018).

Já o procedimento de exposição "ao vivo", isto é, sem Realidade Virtual, consistiu na apresentação dos estímulos aversivos explicados acima, no consultório (na maior parte das aplicações) ou estabelecendo-se como "Tarefa de casa" do cliente se expor ao Sav na sua casa. Exemplos de estímulos apresentados são: para um caso de fobia de deglutição, alimentos que deveriam ser ingeridos (no consultório, e na casa do cliente); e para um caso de ansiedade/fobia social, fotos de pessoas, apontando-se que o cliente deveria "interagir socialmente" com tais fotos.

Nestes procedimentos de exposição a estímulos aversivos, houve um "Aumento gradual da aversividade dos Sav em procedimento de exposição", que tratou-se em quase todas as aplicações, de uma progressão de apresentação de estímulos por ordem de aversividade para o cliente (verificada na formulação do caso), iniciando-se com estímulos menos aversivos, progredindo para estímulos mais aversivos, todos relacionados à "fobia" e à demanda do caso. Compuseram também o procedimento, em uma vez cada na amostra: um aumento gradativo do tempo de permanência do estímulo aversivo; e a progressão de apresentação de estímulos por ordem do valor reforçador e do valor aversivo do mesmo estímulo (iniciando com estímulos com um valor reforçador considerável, e aversividade baixa). Exemplos do procedimento são: na exposição por Realidade Virtual em casos de ansiedade/fobia social, iniciar "em uma sala de espera, onde não há nenhum avatar e nenhuma interação social, em que o participante poderia explorar o ambiente para se acostumar com o equipamento", introduzir "avatares

gradualmente", assim iniciando "na cena que menos causava ansiedade até a cena que mais causava ansiedade"; já na exposição "ao vivo", sem Realidade Virtual, aumentar gradualmente as dimensões das porções de alimento levadas à boca em um caso de fobia de deglutição; ou aumentar a duração "do discurso em cada sessão, supondo-se que o participante tenderia a fazer o discurso o mais breve possível para fugir da estimulação aversiva" em um caso de ansiedade/fobia social.

O procedimento "Tarefa de casa" tratou-se do combinado entre terapeuta e cliente de que este realizaria em sua casa alguma "tarefa" ligada à sua terapia, e assim, da realização (mesmo que não em todas as vezes planejadas) do cliente destas. A maior parte das aplicações do procedimento teve como "tarefa" o preenchimento da Folha de registro comportamental, explicada mais profundamente adiante; na amostra, também foram dadas aos clientes a tarefa de elaborar um discurso para a próxima sessão (em um caso de ansiedade de falar em público) e ingerir determinados alimentos em casa (em um caso de fobia de deglutição).

Já a intervenção "Solicitação de auto-relato (majoritariamente de eventos privados)" consistiu na emissão, do terapeuta (vocalmente ou através instrumentos psicométricos, explicados adiante), de solicitações para o cliente de que este emitisse relatos acerca do próprio comportamento. Na maior parte das aplicações, solicitava-se relatos acerca de eventos privados do cliente a partir de solicitações vocais do terapeuta. Exemplos da aplicação do procedimento são: as perguntas (do terapeuta) "O que você sentiu?", "Como você agiu para lidar com isso?"; ou uma "Escala Subjetiva de Ansiedade" na qual os clientes "avaliaram o seu grau de ansiedade numa escala de zero a 10".

O procedimento "Psicoeducação (ensino de conceitos e apresentação de informações [variados])" envolveu explicações (do terapeuta, através de cartilhas impressas ou vocalmente) de conceitos ou informações para o cliente, que não necessariamente se relacionavam diretamente com seu tratamento individual (mesmo que envolvessem temas relacionados a este). Fizeram parte desta categoria: explicações de conceitos da Análise do Comportamento relativos a como comportamentos são controlados - "numa linguagem acessível, enfatizou-se para J os mecanismos de aprendizagem envolvidos [condicionamento de comportamento emocional, o papel das esquivas operantes, além da possível relação entre eventos

públicos e privados e os estados corporais por eles eliciados]" ou "uma breve explicação dos comportamentos envolvidos nas relações interpessoais que produziam o medo e/ou esquiva das situações". Além disso, houve explicações gerais sobre o tema central do atendimento, com uma cartilha denominada "Como enfrentar os desafios da universidade" (BOLSONI-SILVA, 2009a), que apresentou "uma definição dos temas trabalhados e exemplos de sua aplicabilidade para os contextos de vida universitária, relacionamento amoroso e familiar".

O procedimento "Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido na atividade da sessão)" tratou-se da emissão do terapeuta de instruções/orientações/ordens (descrições de contingência), através das quais solicitava-se que o cliente emitisse determinados comportamentos na sessão, e instrua-se o cliente de como emití-los. Alguns exemplos de comportamentos cuja emissão foi solicitada nestes procedimentos são: interagir com os estímulos virtuais do simulador de Realidade Virtual e explorar os cenários; interagir com as fotos de pessoas; realizar a respiração diafragmática; entre outros.

O procedimento "Esclarecimento sobre o atendimento" envolveu a explicação/descrição, feita pelo terapeuta, para o cliente, sobre o tratamento específico deste. Essa explicação ocorreu na maior parte dos casos por respostas vocais do terapeuta, havendo também a utilização de instruções impressas. Na amostra, a explicação do terapeuta, foi exemplificada por: "Nas nossas sessões, utilizaremos algumas situações em que você falará em público, e utilizaremos alguns questionários para poder identificar sua melhora"; "a Folha de Instrução da exposição à RV subsidiava a compreensão das relações comportamentais proporcionadas pela exposição à RV"; "Lembre-se que o propósito dessa intervenção é a melhora da sua condição de vida". Além destas aplicações, foi apontado também: "Ao longo de cada sessão, você pode tirar eventuais dúvidas".

O procedimento "Treino de relaxamento (muscular e/ou respiratório)" tratou-se da realização do treino, no repertório do cliente, de relaxamento muscular e respiratório, apontando-se na maioria dos estudos o ensino da "respiração diafragmática". Em um dos estudos, especificou-se que esta respiração consistia em uma "respiração executada com o auxílio máximo do músculo diafragmático que facilita a entrada de oxigênio nos pulmões".

Já o procedimento "Apresentação de metáforas" consistiu na emissão de metáforas, por parte do terapeuta (na interação com o cliente) ou de materiais apresentados, com o intuito de representar contingências da vida do cliente ou de alterar o comportamento do mesmo. Na maior parte das aplicações do procedimento, o terapeuta emitiu vocalmente as metáforas.

Por sua vez, o procedimento "Solicitação de avaliação funcional feita pelo cliente" tratou-se de solicitações do terapeuta para que o cliente apresentasse análises de contingência que envolvem seu comportamento e variáveis ambientais relacionadas a este. As variáveis envolvidas nestas análises, planejadas pelos terapeutas, foram: "acontecimentos da semana", "variáveis envolvidas nas queixas", "o contexto, os sentimentos eliciados, os comportamentos evocados e as consequências" relacionados à demanda, do caso. Foi inserida na categoria também uma "Solicitação de reflexão" [ao cliente], procedimento apontado por Zamignani (2007).

O procedimento "Realização de avaliação funcional com cliente" consistiu na realização de análises de contingência feitas conjuntamente pelo terapeuta e cliente em sessão. Em todas as aplicações, estas análises se basearam na Folha de Registro Comportamental preenchida pelo cliente, analisando-se as "situações descritas".

A "Modelagem", definida por Del Prette e de Almeida (2012) como "reforçamento diferencial e gradativo de respostas que pertencem a uma classe operante-alvo", foi aplicada em três estudos analisados; em um deles, através de simuladores de Realidade Virtual.

Em três estudos, fez-se uso de uma "Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente)" que trata-se da utilização de folhas de registro de comportamento (fichas escritas), preenchidas pelo cliente fora das sessões. Nestas, o cliente registra comportamentos relevantes que emitiu naquele período, como uma fonte de informação para o terapeuta (SILVARES e MEYER, 2000), como já dito, e também como uma forma de aumento da atenção do cliente para os seus comportamentos relevantes e para as contingências relativas a estes. Sinalizou-se na amostra que foi explicado ao cliente como preencher a folha de registro.

Os seguintes procedimentos, por se tratarem dos procedimentos menos

aplicados nos estudos analisados, serão majoritariamente descritos brevemente (salvo quando julgou-se que uma descrição mais extensa era necessária para a compreensão do procedimento).

"*Role Playing*", foi definido por Del Prette e de Almeida (2012) como "uma técnica que corresponde ao uso da modelação, planejado e sinalizado pelo clínico. Neste uso, analista e cliente podem interpretar diversos papéis. O clínico pode, por exemplo, desempenhar o papel do cliente e solicitar que ele desempenhe o papel de seu chefe, colega, parceiro, etc., e, em seguida, trocar os papéis para observar e consequenciar o desempenho subsequente do cliente [...] Com o *role-play*, o clínico aproxima, para a situação imediata, variáveis presentes em contingências fora da sessão, e pode manejar direta e imediatamente tais variáveis, em vez de se restringir ao relato verbal sobre estas". O procedimento foi aplicado 2 vezes na amostra, ambas em casos de fobia social/ansiedade de falar em público.

Foi explicitada em um atendimento uma "Mudança nas contingências (procedimento não-especificado)", no qual se apontou que a cliente (de um caso no qual o objetivo era a redução do peso) precisou de "mudanças nas contingências para que seu peso entrasse na classificação considerada normal", e que quando a cliente sai de casa para fazer atividade física, sai da frente do computador, ou quando não compra tantos doces, ele diminui a probabilidade de se engajar em comportamentos alimentares não saudáveis.

Já a "Modelação" foi definida por Del Prette e de Almeida (2012) como uma "relação entre um modelo antecedente e a resposta de observá-lo e imitá-lo, o que, em geral, produz para o imitador consequências similares às do modelo". A "Modelação" foi aplicada em dois estudos, ambos relacionados a fobias; um relacionado a "Fobia social", e um a "Fobia de deglutição".

O procedimento "Estabelecimento de vínculo (procedimento não-especificado)" foi aplicado em dois atendimentos, no início destes, entretanto, não foi especificado nos estudos no que consistiu. Em um dos estudos apontou-se que no início do atendimento "foi priorizado o estabelecimento de vínculo, aumentando a adesão à terapia/pesquisa e diminuindo a chance de uma possível desistência".

O procedimento "Empatia [Procedimento sintetizado por Zamignani (2007)]"

foi definido pelo autor citado como "verbalizações breves que resumem, comentam ou recuperam assunto em discussão", podendo também "apresentar a forma afirmativa, contendo menos, mas semelhantes palavras às utilizadas pelo cliente e sendo tipicamente mais diretas e claras que a verbalização do cliente".

Por sua vez, o procedimento "Apresentação de fotos e desenhos" consistiu na apresentação, por parte do terapeuta, de fotos e gravuras para o cliente. Em um dos casos, apresentou-se fotos de pessoas como Sav para um cliente com fobia social; em outro, fez-se o uso de desenhos representativos de temas importantes para o cliente com o intuito de evocar relatos da mesma.

O procedimento "Apresentação de avaliação de evolução do cliente" tratou-se de uma apresentação explícita do terapeuta da evolução clínica/desempenho do cliente no processo terapêutico; em um dos casos apontou-se que a terapeuta salientou "à cliente os ganhos conquistados a cada sessão".

O procedimento "Treino de tomada de decisões e resolução de conflitos (procedimento não-especificado)", explicitado uma vez na amostra, não foi esclarecido na mesma.

O procedimento "Treino de habilidades sociais (procedimento não-especificado)" também não foi plenamente esclarecido, apontando-se entretanto que a cliente passou pelo "treino de habilidades sociais para aprender a negar pedidos que julgasse exagerados e não comprar nada que não gostasse ou que lhe fosse empurrado".

Já o procedimento "Solicitação de autopercepção (de eventos privados)" tratou-se de uma solicitação do terapeuta de que o cliente observasse "os níveis de desconforto antes, durante e logo em seguida do consumo de cada alimento" em um caso de Fobia de deglutição.

"Reforçamento", explicitado em um dos estudos da amostra, foi definido neste como "processo no qual a emissão de uma consequência para um determinado comportamento aumenta a probabilidade de sua ocorrência".

A "Orientação de realização de atividade física" envolveu a orientação do terapeuta para que o cliente fizesse "atividade física, no mínimo, cinco vezes por semana, aumentando progressivamente" em um caso no qual o objetivo era a redução do peso.

Em um dos estudos, houve um "Levantamento com cliente de comportamentos alternativos" na medida em que discutia-se entre terapeuta e cliente "alternativas socialmente habilidosas de resolução para as dificuldades descritas".

Em um dos estudos, afirmou-se que "Intervenções não-programadas poderiam ser utilizadas por se tratar de um processo terapêutico".

A categoria "Intervenções da ACT" apareceu em um dos estudos, em que se utilizou "metáforas orientadas para valores, da ACT". O procedimento não foi plenamente esclarecido, como apontado aqui, apesar de se indicar o que foi aplicado.

O procedimento "Interação sobre acontecimentos da semana" tratou-se de "uma breve conversa sobre como havia sido a semana do participante".

Já o procedimento "Incentivo de emissão de comportamentos de enfrentamento (procedimento não-especificado)" não foi esclarecido; apontou-se apenas que o terapeuta agiu "incentivando o enfrentamento das situações de interação social".

Por sua vez, a "Extinção", aplicada em um dos estudos, tratou-se do não-reforçamento de uma resposta, "indesejada" no momento.

Em um dos estudos, houve uma "Explicação sobre importância de comportamento-alvo", mais especificamente, uma "explicação sobre a relevância da comunicação assertiva nos relacionamentos interpessoais".

O procedimento "Evitação de diretividade do terapeuta (procedimento não-especificado)" foi apontado em um dos estudos, afirmando-se que "pode-se analisar o padrão de responder do terapeuta... como pouco recomendativo".

O "Ensino do uso dos equipamentos (de realidade virtual)" tratou-se do ensino, do terapeuta para o cliente, de "como utilizar o equipamento e os acessórios" do simulador de Realidade Virtual, como os "joysticks, a função de pegar objetos, movimentação no cenário e o head-tracking".

Já o "Ensino do repertório de auto-análise (com base em conceitos da AC)" foi apontado na amostra como um ensino do repertório de identificar respostas, S antecedentes, consequências, e sentimentos eliciados na contingência através da realização de avaliações funcionais com cliente e solicitações de avaliações

funcionais deste.

O "Encaminhamento para tratamento conjunto com outra área (Nutricional)" tratou-se da orientação do terapeuta para a cliente "procurar uma nutricionista que a ajudasse a planejar uma dieta balanceada"

O procedimento "Descrição de efeitos privados que cliente produz no terapeuta" foi descrito em um estudo como um "*Feedback*" de "descrição" do "efeito" que o cliente produz no terapeuta.

Por sua vez, o procedimento "Confrontações (procedimento não-especificado)", explicitado uma vez na amostra, não foi esclarecido na mesma.

O procedimento "Auxílio no preenchimento da tarefa de casa em sessão" foi explicitado em relação à tarefa de casa de preencher a Folha de registro do comportamento, apontando-se que se o cliente não trouxesse o registro completo, a terapeuta o ajudava a preencher durante a sessão.

O último procedimento de intervenção identificado na presente pesquisa, "Apresentação de descrição do comportamento do cliente" foi apontado em um dos estudos como um "*feedback*" de "descrição de como a pessoa [o cliente] age".

3.4.3 Avaliação de resultados

Apresenta-se, em seguida, a tabela relativa aos procedimentos de avaliação de resultados identificados na presente pesquisa, incluindo-se todos os estudos analisados.

Tabela 4 - Quantidade de menções dos procedimentos de avaliação de resultados nos estudos analisados, porcentagem em relação à quantidade total de procedimentos de avaliação de resultados da amostra, quantidade de estudos em que aplicou-se cada procedimento e porcentagem de estudos em que utilizou-se o respectivo procedimento.

Procedimentos de avaliação de resultados	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Uso de instrumentos (inventários, questionários e escalas)	29	24,4%	7	77,8%
Aumento da frequência de comportamento-alvo (procedimento não-especificado)	17	14,3%	7	77,8%
Embasamento no auto-relato vocal do cliente	12	10,1%	6	66,7%
Realização de <i>follow-up</i>	9	7,6%	6	66,7%
Medidas fisiológicas relacionadas ao objetivo	7	5,9%	4	44,4%
Diminuição da frequência de comportamento-problema (procedimento não-especificado)	5	4,2%	2	22,2%
Auto-avaliação do cliente	5	4,2%	3	33,3%
Embasamento nos comportamentos emitidos em sessão	4	3,4%	3	33,3%
Aumento do repertório de auto-análise (constatado por avaliação do terapeuta de auto-análises do cliente emitidas em sessão)	4	3,4%	3	33,3%
Habituação emocional a S fóbicos (constatada majoritariamente por auto-relato do cliente)	3	2,5%	2	22,2%
Uso de categorias de avaliação de resultados da FAP	2	1,7%	1	11,1%
Melhora na qualidade de comportamento-alvo (constatada de forma variada)	2	1,7%	2	22,2%
Folha de registro (Constatação da frequência do comportamento-alvo)	2	1,7%	2	22,2%
Diagnóstico psiquiátrico	2	1,7%	2	22,2%
Avaliação subjetiva do terapeuta	2	1,7%	2	22,2%
Avaliação do cliente sobre atendimento	2	1,7%	2	22,2%
Aumento de sentimentos prazerosos (constatado por auto-relato do cliente)	2	1,7%	2	22,2%
Embasamento em relatos de familiar do cliente	1	0,8%	1	11,1%

Procedimentos de avaliação de resultados	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Registro comportamental feito pelo cliente (Folha de Registro) após terapia, até <i>follow-up</i>	1	0,8%	1	11,1%
Melhora da qualidade do sono (procedimento não-especificado)	1	0,8%	1	11,1%
Embasamento em elogios de terceiros acerca do objetivo da terapia	1	0,8%	1	11,1%
Cooperação de familiar da cliente ao tratamento	1	0,8%	1	11,1%
Comportamentos do terapeuta como medidores de resultado	1	0,8%	1	11,1%
Aumento nas relações sexuais da cliente (procedimento não-especificado)	1	0,8%	1	11,1%
Aumento da variabilidade do repertório-alvo (procedimento não-especificado)	1	0,8%	1	11,1%
Análise da função da terapia na melhora da cliente	1	0,8%	1	11,1%
Adesão ao tratamento de outra área - nutricional (procedimento não-especificado)	1	0,8%	1	11,1%
Total	119	100,0%	9	100,0%

Os procedimentos de avaliação de resultados utilizados nos atendimentos de Terapia Analítico-Comportamental analisados na presente pesquisa serão listados a seguir, em ordem da porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos.

Foram identificados os procedimentos: Uso de instrumentos (inventários, questionários e escalas), representando 24% das aplicações de procedimentos de avaliação de resultados, e sendo utilizado em 78% dos estudos analisados; Aumento da frequência de comportamento-alvo (procedimento não-especificado), com 14% das aplicações dos procedimentos, sendo utilizado também em 78% dos estudos; Embasamento no auto-relato vocal do cliente, com 10% das aplicações, sendo aplicado em 67% dos estudos; Realização de *follow-up*, com 8% das aplicações, sendo aplicado também em 67% dos estudos; Medidas fisiológicas

relacionadas ao objetivo, com 6%, aplicado em 44% dos estudos; Diminuição da frequência de comportamento-problema (procedimento não-especificado), com 4%, aplicado em 22% dos estudos; e Auto-avaliação do cliente, com 4%, aplicado em 33% dos estudos.

Além destes, na amostra, apresentou-se os seguintes procedimentos: Embasamento nos comportamentos emitidos em sessão e Aumento do repertório de auto-análise (constatado por avaliação do terapeuta de auto-análises do cliente emitidas em sessão), representando 3% dos procedimentos cada, sendo aplicados em 33% da amostra.

Foram explicitados também os próximos procedimentos, que representaram 2% das aplicações dos procedimentos da avaliação de resultados, e foram utilizados em 22% dos estudos: Habituação emocional a S fóbicos (constatada majoritariamente por auto-relato do cliente); Aumento de sentimentos prazerosos (constatado por auto-relato do cliente); Melhora na qualidade de comportamento-alvo (constatada de forma variada); Folha de registro (Constatação da frequência do comportamento-alvo); Diagnóstico psiquiátrico; Avaliação subjetiva do terapeuta; e Avaliação do cliente sobre atendimento. O procedimento Uso de categorias de avaliação de resultados da FAP correspondeu a 2% das aplicações, e 11% dos estudos.

Os demais procedimentos foram aplicados apenas uma vez na amostra.

Ao todo, nos 9 estudos analisados, identificou-se na presente pesquisa 119 aplicações de procedimentos de avaliação de resultados, com 27 diferentes "categorias" de procedimentos. A seguir, serão descritos os procedimentos identificados.

O procedimento "Uso de instrumentos (inventários, questionários e escalas)", o mais aplicado dentre os procedimentos de avaliação de resultados, e dentre todos os procedimentos da presente pesquisa, trata-se da aplicação de inventários, questionários e escalas para avaliar os resultados do tratamento; estes são instrumentos em que o cliente responde a um conjunto de questões formuladas com o intuito de se obter uma amostra do seu funcionamento psicológico (LEONARDI, 2016). Estas questões podem abordar: comportamentos públicos (SKINNER, 1953); sentimentos e pensamentos relacionados a um determinado transtorno [e.g.,

Inventário de Depressão de Beck (BECK; STEER; BROWN, 2012)]; o "funcionamento geral" do cliente [e.g., Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (HATHAWAY; MCKINLEY, 1971)]; e aspectos globais de sofrimento psicológico e de qualidade de vida [e.g., *Outcome Questionnaire* (LAMBERT et al., 1996)] (LEONARDI, 2016). Na amostra da presente pesquisa, os instrumentos psicométricos mais utilizados foram o Inventário de Depressão de Beck (BECK; STEER; BROWN, 2012) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BECK; EPSTEIN; BROWN; STEER, 1988); foram aplicados também o Inventário de Habilidades Sociais (DEL PRETTE; DEL PRETTE; BARRETO, 1998), o Inventário de Fobia Social (CONNOR et al., 2000); Inventário de Ansiedade Traço-Estado (BIAGGIO; NATALÍCIO, 1979); a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LIEBOWITZ, 1987); a Escala de Avaliação de Desempenho Social (TROWER; BRYANT; ARGYLE, 1978); o Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2009); entre outros.

O procedimento "Aumento da frequência de comportamento-alvo (procedimento não-especificado)" envolve o aumento da frequência do comportamento-alvo do caso atendido como uma medida do sucesso do tratamento. Indicou-se que o procedimento não foi especificado, pois não foi apontado nos estudos da amostra como a frequência dos comportamentos fora medida (entretanto, a maioria das aplicações deste procedimento indicava ter sido embasada em relatos do cliente). Alguns exemplos dos diferentes estudos analisados são um aumento nos comportamentos de: praticar exercício físico, acordar mais cedo, fazer as tarefas com os filhos, levar a filha ao balé, falar em público e interagir socialmente, ter contato com S antes aversivos (alimentos, pessoas, situações de exposição social, entre outros), estabelecer relações entre eventos, "repertórios de habilidades sociais", entre outros.

O procedimento "Embasamento no auto-relato vocal do cliente" trata-se do auto-relato vocal do cliente como uma fonte de informação para o terapeuta acerca dos resultados da terapia. Este embasamento se dava para investigar a emissão dos comportamentos-alvo ou dos comportamentos-problema do cliente, ou de eventos privados do cliente, sendo assim uma forma de "determinar indiretamente" a frequência da emissão destes (sobretudo acerca de comportamentos emitidos fora

das sessões). Vale ressaltar que foram classificados neste procedimento apenas trechos que o explicitaram, porém, como apontado, o relato verbal dos clientes indicou estar envolvido com diversos outros procedimentos.

O procedimento "Realização de *follow-up*" trata-se da realização de uma avaliação dos resultados da terapia após um determinado tempo do término da mesma. Esta avaliação se dá repetindo-se os procedimentos de avaliação de resultados aplicados durante a terapia; de forma que na amostra da presente pesquisa, aplicou-se como *follow-up*: o uso de instrumentos (inventários, questionários e escalas); um embasamento no auto-relato vocal do cliente; medidas fisiológicas do cliente (relacionadas ao objetivo da terapia); a investigação de alterações na frequência dos comportamentos-alvo e comportamentos-problema; entre outros procedimentos. Os *follow-up* foram realizados nos estudos após 1 mês, 1 e 3 meses (com maior frequência), 2 e 9 meses, e 12 meses do término dos atendimentos.

As "Medidas fisiológicas relacionadas ao objetivo" realizadas nos estudos da amostra envolveram medições de indicadores fisiológicos (que indicariam estados privados ou públicos do indivíduo) relacionados à demanda e ao objetivo do atendimento. Alguns exemplos de indicadores medidos nos estudos são: peso e circunferência abdominal do cliente (em casos em que havia o objetivo de redução do peso corporal); e respostas galvânicas da pele (registradas por meio de eletrodos).

O procedimento "Diminuição da frequência de comportamento-problema (procedimento não-especificado)" envolve a diminuição da frequência de comportamentos-problema do caso atendido como uma medida do sucesso do tratamento. Indicou-se que o procedimento não foi especificado, pois não indicou-se na amostra como a frequência dos comportamentos fora medida (entretanto, a maioria das aplicações deste procedimento indicava ter sido embasada em relatos do cliente). Alguns exemplos dos diferentes estudos analisados são uma diminuição nos comportamentos de: se abster no trabalho, comprar itens que não agradavam o cliente, comer alimentos calóricos, comer excessivamente, usar computador à noite, ter uma auto-cobrança excessiva e levar horas para fazer uma refeição.

Nos estudos analisados, um dos procedimentos de avaliação de resultados

foram auto-avaliações dos clientes, que trataram-se do terapeuta levar em conta como uma medida dos resultados da terapia as avaliações dos clientes sobre a evolução deles mesmos no período da terapia. Esta auto-avaliação ocorreu nos estudos tanto através do auto-relato vocal do cliente, quanto do preenchimento de "tabelas de avaliação" impressas, e envolveu dificuldades enfrentadas para melhorar clinicamente, e também a "qualidade" dos comportamentos-alvo emitidos.

O procedimento "Embasamento nos comportamentos emitidos em sessão" trata-se do embasamento nos comportamentos diretamente emitidos pelo cliente em sessão como uma fonte de informação para avaliar os resultados da terapia. Os comportamentos avaliados variaram de acordo com as particularidades de cada caso.

O "Aumento do repertório de auto-análise (constatado por avaliação do terapeuta de auto-análises do cliente emitidas em sessão)" trata-se da constatação do terapeuta do aumento da emissão de comportamentos relativos a auto-análise ou auto-percepção do cliente, ou do aumento da acurácia de tais análises, como uma medida de resultados da terapia. Os procedimentos foram incluídos nesta categoria quando o repertório de auto-análise observado não tratava-se dos comportamentos-alvo do caso. Alguns exemplos de repertórios observados nos estudos analisados são a discriminação da cliente de variáveis controladoras de seu comportamento; a descrição correta de contingências ("ficando sob controle de variáveis ambientais e não mais usando seus sentimentos como explicações causais para o seu comportamento"); e o estabelecimento de "relações entre eventos".

A "Habituação emocional a S fóbicos (constatada majoritariamente por auto-relato do cliente)" foi considerada na amostra como uma medida de resultado tratando-se da constatação do terapeuta de que houve "habituação emocional" do cliente a estímulos que antes eram fóbicos e/ou aversivos para o mesmo; esta habituação, como indicado no nome do procedimento, foi constatada majoritariamente através de auto-relatos dos clientes. Exemplos de estímulos antes fóbicos e/ou aversivos para os clientes, em relação aos quais estes se habituaram nos estudos investigados são: entrevistas de emprego (o cliente conseguiu participar de entrevistas e ser contratado para um emprego), alimentos (o cliente passou a conseguir ingeri-los), aviões, terremotos, distância dos familiares e amigos, tarefas

do trabalho, entre outros.

Os seguintes procedimentos, por se tratarem dos procedimentos menos aplicados nos estudos analisados, serão majoritariamente descritos brevemente (salvo quando julgou-se que uma descrição mais extensa era necessária para a compreensão do procedimento).

O procedimento "Uso de categorias de avaliação de resultados da FAP", aplicado em um dos estudos analisados, envolveu o enquadrando de comportamentos do cliente na "classe de respostas 'Melhora clínica no contexto da relação terapêutica (CRB2)'", uma "categoria" de classe de respostas utilizada na FAP (KOHLENBERG; TSAI, 1991).

Em dois estudos da amostra, a "Melhora na qualidade de comportamento-alvo (constatada de forma variada)" foi utilizada como uma medida de resultado implicando na avaliação, do terapeuta e do cliente, da qualidade de comportamentos-alvo do cliente, tanto de comportamentos observados em sessão, quanto emitidos fora dela (relatados pelo cliente). Os comportamentos que tiveram sua qualidade avaliada foram "realizar discursos", "expressar o que pensa e deseja" e ser flexível às necessidades de terceiros.

O procedimento "Folha de registro (Constatação da frequência do comportamento-alvo)" trata-se da utilização de Folhas de registro de comportamento (SILVARES; MEYER, 2000) (fichas escritas), preenchidas pelo cliente fora das sessões, nas quais o mesmo registra comportamentos relevantes que emitiu naquele período (frequentemente uma semana), como uma fonte de informação para o terapeuta acerca da frequência da emissão de comportamentos do cliente fora da sessão, e assim, acerca dos resultados da terapia.

O "Diagnóstico psiquiátrico" foi realizado na amostra como uma medida de resultados da terapia, ao se constatar, com base no DSM (2013), que o cliente teve uma "remissão dos sintomas" que preenchiam o critério diagnóstico para o transtorno diagnosticado anteriormente no caso, deixando assim "de apresentar diagnóstico para o transtorno". Este diagnóstico foi realizado em um estudo pelo terapeuta, através de uma entrevista clínica baseada no DSM (2013), e em outro estudo por um médico psiquiatra.

Em dois estudos analisados, houve avaliações subjetivas do terapeuta

relacionadas aos resultados da terapia; isto se deu a partir da observação e dos registros de sessão produzidos pelos terapeutas.

Houve também em dois estudos avaliações do cliente sobre o atendimento realizado como um dos indicadores de resultados da terapia, nas quais o cliente expunha "suas opiniões sobre o tratamento" ou "sobre o desempenho da terapeuta e dos procedimentos", através de vocalizações, ou do preenchimento de tabelas escritas.

O procedimento "Aumento de sentimentos prazerosos (constatado por auto-relato do cliente)" envolveu o embasamento da avaliação de resultados na constatação do aumento de sentimentos prazerosos do cliente (informados por estes por auto-relatos vocais), abrangendo relatos dos clientes de estar "orgulhoso de si" e de relatar, segundo os pesquisadores dos estudos analisados, sentir "subprodutos emocionais de felicidade", e ter um "aumento de prazer em atividades sociais".

Os seguintes procedimentos foram aplicados em apenas um estudo.

O procedimento "Embasamento em relatos de familiar do cliente" envolveu o embasamento do terapeuta "nos relatos do marido" da cliente como indicativo de "resultados promissores" da terapia.

O procedimento "Registro comportamental feito pelo cliente (Folha de Registro) após terapia, até *follow-up*" trata-se do embasamento do terapeuta, para avaliação dos resultados da terapia, em Folhas de Registro do comportamento preenchidas pelo cliente após a terapia, sendo recebidos pelo terapeuta no *follow-up*.

Em um dos estudos, a "melhora da qualidade do sono" foi considerada um indicativo de sucesso da terapia, mesmo não sendo este o comportamento-alvo e o objetivo principal do caso. Não foi exposto como a informação dessa melhora foi obtida pelo terapeuta.

O procedimento "Embasamento em elogios de terceiros acerca do objetivo da terapia" envolveu *feedbacks* positivos do marido da cliente e de outras pessoas acerca da sua perda de peso e de sua aparência, em um caso no qual o objetivo era a redução do peso.

Em um dos casos, a cooperação/adesão de uma familiar (mãe) da cliente ao tratamento foi compreendida como indicativa de sucesso da terapia; a mãe da

cliente passou a "não disponibilizar tantos doces como antes" em um caso no qual o objetivo era a redução do peso.

O procedimento "Comportamentos do terapeuta como medidores de resultado" tratou-se da compreensão de comportamentos, do terapeuta, "descritores de um bom processo terapêutico" (segundo Simões Filho [2014]), como indicativos de sucesso da terapia.

Em um dos estudos, o "aumento nas relações sexuais da cliente" (procedimento não-especificado) foi considerado um indicativo de sucesso da terapia, mesmo não sendo este o comportamento-alvo e o objetivo principal do caso. Não foi exposto como esta informação foi obtida pelo terapeuta.

O procedimento "Aumento da variabilidade do repertório-alvo (procedimento não-especificado)" envolveu o aumento da variabilidade do repertório-alvo do caso (comer uma variedade de alimentos, em um caso cuja queixa era fobia de deglutição) como uma medida do sucesso do tratamento. Indicou-se que o procedimento não foi especificado, pois não indicou-se na amostra como a variabilidade dos comportamentos fora medida (por relatos do cliente, relatos de terceiros, por observação direta, etc.).

O procedimento "Análise da função da terapia na melhora da cliente" tratou-se da análise da terapeuta acerca da relação entre a variável dependente "comportamento do cliente" e a variável independente "terapia", em que questionou-se se era possível atribuir à terapia as altas taxas de emissão do comportamento-alvo por parte da cliente. A terapeuta apontou que havia a "possibilidade de vieses no início da pesquisa, como efeitos do registro ou efeito placebo", uma vez que a cliente havia "sido encaminhada por uma outra terapeuta analítico-comportamental", podendo ter elevado as taxas de emissão do comportamento-alvo no início do atendimento do caso.

A última "categoria" de procedimentos de avaliação de resultados identificada na amostra da presente pesquisa foi a "Adesão ao tratamento de outra área - nutricional (procedimento não-especificado)", que envolveu a compreensão da adesão da cliente ao tratamento nutricional como um indicativo de sucesso da terapia, em um caso no qual o objetivo era a redução do peso. Não foi exposto como a informação acerca de tal adesão foi obtida pelo terapeuta.

3.5 Resultados da análise dos subgrupos

Os estudos analisados na presente pesquisa foram agrupados em dois subgrupos, de quatro estudos cada: o subgrupo "Ansiedade social", composto por casos cuja demanda principal envolvia "ansiedade social", "ansiedade de falar em público" ou "fobia social"; e o subgrupo "Demandas variadas", que serviu como um "grupo controle" para as comparações com o primeiro subgrupo, sendo composto por casos de demandas psicológicas variadas que não envolviam "fobia" ou as demandas do primeiro subgrupo. A categorização dos subgrupos se baseou na síntese das demandas psicológicas presentes nos estudos analisados, que por sua vez, foi definida a partir dos trechos (diretamente retirados dos estudos da amostra) em que apontava-se explicitamente a demanda do caso atendido. O estudo de Scemes et al. (2011) não foi inserido em nenhum dos dois subgrupos por não se encaixar nos critérios de inclusão dos mesmos. A partir da definição dos subgrupos, foram realizadas nestes as mesmas análises estatísticas descritivas dos procedimentos realizadas com a amostra completa de estudos.

Serão expostos a seguir, os resultados exploratórios obtidos a partir da análise dos dois subgrupos formados no presente estudo: "Ansiedade social" e "Demandas variadas".

Além disso, expõe-se abaixo uma tabela referente às demandas atendidas nos estudos do subgrupo "Ansiedade social". A categoria do subgrupo foi estabelecida a partir da similaridade entre as demandas atendidas, sintetizadas também na tabela abaixo. Em seguida, serão apresentados os resultados da identificação dos procedimentos do subgrupo.

3.5.1 Subgrupo "Ansiedade Social"

Tabela 5 - Apresentação de dados dos textos do subgrupo de "Ansiedade social": título dos estudos, transcrição das demandas/queixas apontadas nos mesmos e síntese das demandas.

Título do trabalho	Demanda/Queixa	Síntese da Demanda
Avaliação de um procedimento analítico-comportamental com exposição à realidade virtual para intervenção em ansiedade social	"Ansiedade social"	Ansiedade social
Efeitos de uma intervenção comportamental com treino de habilidades sociais para universitários com fobia social	"A variável controlada para a inclusão dos participantes no estudo foi ser universitário com o diagnóstico de Fobia Social, sem comorbidade"	Fobia Social
Exposição à realidade virtual como forma de diminuir a ansiedade de falar em público	"Ansiedade de falar em público"	Ansiedade de falar em público
Um Programa de Intervenção para Transtorno de Ansiedade Social com o Uso da Realidade Virtual	"Transtorno de ansiedade social"	Ansiedade social

3.5.1.1 Formulação de caso

Apresenta-se adiante a tabela relativa aos procedimentos de formulação de caso identificados no subgrupo "Ansiedade social" na presente pesquisa.

Tabela 6 - Quantidade de menções dos procedimentos de formulação de caso no subgrupo de casos de ansiedade social, porcentagem em relação à quantidade total de procedimentos de formulação de caso do subgrupo, quantidade de estudos do subgrupo em que aplicou-se cada procedimento e porcentagem de estudos do subgrupo em que utilizou-se o respectivo procedimento.

Procedimentos de formulação de caso - subgrupo "Ansiedade social"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Análise de tríplex contingência	8	12,3%	3	75,0%
Uso de instrumentos ou medidas fisiológicas para avaliar estados emocionais do cliente	5	7,7%	3	75,0%

Procedimentos de formulação de caso - subgrupo "Ansiedade social"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Realização de linha de base	4	6,2%	4	100,0%
Uso de Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente)	4	6,2%	3	75,0%
Investigação de Sav privados (através de perguntas ou instrumentos)	4	6,2%	2	50,0%
Flexibilidade no planejamento das sessões, condicionada às particularidades do cliente	4	6,2%	3	75,0%
Análise molar	4	6,2%	3	75,0%
Uso do DSM para embasar entrevista	3	4,6%	3	75,0%
Inserção de emoções do cliente em análises de contingências	3	4,6%	2	50,0%
Estruturação prévia da sessão	3	4,6%	3	75,0%
Poder do cliente para interromper procedimento	2	3,1%	2	50,0%
Investigação de "repertório de enfrentamento" de cliente	2	3,1%	2	50,0%
Investigação das relações sociais da cliente	2	3,1%	1	25,0%
Formação de hierarquia da magnitude de S (majoritariamente de Sav)	2	3,1%	2	50,0%
Definição de procedimento com base na coleta de dados	2	3,1%	2	50,0%
Avaliações funcionais (tipo inclassificável)	2	3,1%	2	50,0%
Análise da suficiência do repertório do cliente (Afirmação de déficits comportamentais)	2	3,1%	2	50,0%
Delineamento de linha de base múltipla	2	3,1%	2	50,0%
Análise das R emitidas em sessão	2	3,1%	1	25,0%
Verificação da disponibilidade do cliente para tratar de assuntos da terapia	1	1,5%	1	25,0%
Uso de protocolo de procedimentos padronizado	1	1,5%	1	25,0%
Organização dos procedimentos com base no diagnóstico psiquiátrico	1	1,5%	1	25,0%

Procedimentos de formulação de caso - subgrupo "Ansiedade social"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Levantamento de hipóteses das causas de comportamentos	1	1,5%	1	25,0%
Investigação do motivo da busca pela terapia	1	1,5%	1	25,0%
Investigação de conhecimento do cliente sobre seu diagnóstico	1	1,5%	1	25,0%
Investigação da capacidade de emissão do repertório-alvo	1	1,5%	1	25,0%
Inserção de OM na tríplice contingência	1	1,5%	1	25,0%
Divisão do processo terapêutico em etapas	1	1,5%	1	25,0%
Análise dos prejuízos sociais do comportamento-problema	1	1,5%	1	25,0%
Estabelecimento de objetivos terapêuticos	0	0,0%	0	0,0%
Embasamento em terapias contextuais (ACT e FAP)	0	0,0%	0	0,0%
Atenção aos SR+ presentes na vida do cliente	0	0,0%	0	0,0%
Avaliação da capacidade de autoanálise do cliente	0	0,0%	0	0,0%
Relato do cliente embasa formulação de caso	0	0,0%	0	0,0%
Flexibilidade para mudança dos objetivos terapêuticos	0	0,0%	0	0,0%
Valores do cliente como orientação da terapia (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Uso de inventário para avaliar repertório inicial do cliente	0	0,0%	0	0,0%
Mensuração da frequência de comportamento-alvo do cliente	0	0,0%	0	0,0%
Medidas fisiológicas como dados para formulação do caso	0	0,0%	0	0,0%
Identificação de comportamento-problema (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Estabelecimento de ordem de demandas a serem trabalhadas	0	0,0%	0	0,0%

Procedimentos de formulação de caso - subgrupo "Ansiedade social"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Embasamento de intervenções em manual	0	0,0%	0	0,0%
Constatação do tempo gasto no comportamento-problema	0	0,0%	0	0,0%
Avaliação da aparência do cliente (sinal de auto-cuidado)	0	0,0%	0	0,0%
Autonomia do terapeuta para escolher procedimentos	0	0,0%	0	0,0%
Análise de classes de S	0	0,0%	0	0,0%
Acompanhamento da adesão a outro tratamento (nutricional)	0	0,0%	0	0,0%
Total	65	100,0%	4	100,0%

Os procedimentos de formulação de caso utilizados nos atendimentos de Terapia Analítico-Comportamental do subgrupo "Ansiedade social" serão listados a seguir, em ordem da porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos do subgrupo.

Foram identificados os seguintes procedimentos: Análise de tríplex contingência, que representou 12% das aplicações de procedimentos de formulação de caso do subgrupo, e foi utilizado em 75% dos estudos do mesmo; Uso de instrumentos ou medidas fisiológicas para avaliar estados emocionais do cliente, com 8% das aplicações, utilizado também em 75% dos estudos do subgrupo; Realização de linha de base, com 6% das aplicações, aplicado em todos os estudos; Uso de Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente), Flexibilidade no planejamento das sessões condicionada às particularidades do cliente e Análise molar com 6% das aplicações cada, utilizados em 75% dos estudos; Investigação de Sav privados (através de perguntas ou instrumentos), com 6%, aplicado em 50% dos estudos; Uso do DSM para embasar entrevista e Estruturação prévia da sessão, ambos com 5%, utilizados em 75% dos estudos; e Inserção de emoções do cliente em análises de contingências, com 5%, utilizado em 50% do subgrupo.

Além destes, os próximos procedimentos representaram 3% das aplicações dos procedimentos do subgrupo, e foram utilizado em 50% dos estudos do mesmo: Poder do cliente para interromper procedimento; Investigação de "repertório de enfrentamento" de cliente; Formação de hierarquia da magnitude de S (majoritariamente de Sav); Definição de procedimento com base na coleta de dados; Avaliações funcionais (tipo inclassificável); Análise da suficiência do repertório do cliente (Afirmção de déficits comportamentais) e Delineamento de linha de base múltipla. Já os procedimentos Investigação das relações sociais da cliente e Análise das R emitidas em sessão corresponderam a 3%, e foram utilizados em 25% dos estudos.

Houve também os seguintes procedimentos, que corresponderam a uma aplicação: Verificação da disponibilidade do cliente para tratar de assuntos da terapia; Uso de protocolo de procedimentos padronizado; Organização dos procedimentos com base no diagnóstico psiquiátrico; Levantamento de hipóteses das causas de comportamentos; Investigação do motivo da busca pela terapia; Investigação de conhecimento do cliente sobre seu diagnóstico; Investigação da capacidade de emissão do repertório-alvo; Inserção de OM na tríplice contingência; Divisão do processo terapêutico em etapas e Análise dos prejuízos sociais do comportamento-problema.

Já os seguintes procedimentos não foram aplicados neste subgrupo: Estabelecimento de objetivos terapêuticos; Embasamento em terapias contextuais (ACT e FAP); Atenção aos SR+ presentes na vida do cliente; Avaliação da capacidade de autoanálise do cliente; Relato do cliente embasa formulação de caso; Flexibilidade para mudança dos objetivos terapêuticos; Valores do cliente como orientação da terapia (procedimento não-especificado); Uso de inventário para avaliar repertório inicial do cliente; Mensuração da frequência de comportamento-alvo do cliente; Medidas fisiológicas como dados para formulação do caso; Identificação de comportamento-problema (procedimento não-especificado); Estabelecimento de ordem de demandas a serem trabalhadas; Embasamento de intervenções em manual; Constatação do tempo gasto no comportamento-problema; Avaliação da aparência do cliente (sinal de auto-cuidado);

Autonomia do terapeuta para escolher procedimentos; Análise de classes de S e Acompanhamento da adesão a outro tratamento (nutricional).

Ao todo, nos 4 estudos analisados no subgrupo, identificou-se na presente pesquisa 65 aplicações de procedimentos de formulação de caso, com 28 diferentes "categorias" de procedimentos. Como todos os procedimentos identificados na presente pesquisa já foram descritos no início desta seção, a descrição dos procedimentos não foi repetida.

3.5.1.2 Intervenções

Apresenta-se adiante a tabela relativa aos procedimentos de intervenção identificados no subgrupo "Ansiedade social" na presente pesquisa.

Tabela 7 - Quantidade de menções dos procedimentos de intervenção no subgrupo de casos de ansiedade social, porcentagem em relação à quantidade total de procedimentos de intervenção do subgrupo, quantidade de estudos do subgrupo em que aplicou-se cada procedimento e porcentagem de estudos do subgrupo em que utilizou-se o respectivo procedimento.

Procedimentos de intervenção - subgrupo "Ansiedade social"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Procedimento de exposição a Sav por Realidade Virtual	6	9,7%	3	75,0%
Esclarecimento sobre o atendimento	5	8,1%	2	50,0%
Aumento gradual da aversividade dos Sav em procedimento de exposição	5	8,1%	3	75,0%
Tarefa de casa	4	6,5%	3	75,0%
Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido na atividade da sessão)	4	6,5%	3	75,0%
Treino de relaxamento (muscular e/ou respiratório)	3	4,8%	2	50,0%
Solicitação de auto-relato (majoritariamente de	3	4,8%	3	75,0%

Procedimentos de intervenção - subgrupo "Ansiedade social"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
eventos privados)				
Realização de avaliação funcional com cliente	3	4,8%	2	50,0%
Psicoeducação (ensino de conceitos e apresentação de informações [variados])	3	4,8%	2	50,0%
Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido fora da sessão)	3	4,8%	2	50,0%
Solicitação de avaliação funcional feita pelo cliente	2	3,2%	1	25,0%
<i>Role Playing</i>	2	3,2%	2	50,0%
Modelagem	2	3,2%	2	50,0%
Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente)	2	3,2%	2	50,0%
Apresentação de avaliação funcional	2	3,2%	2	50,0%
Reforçamento	1	1,6%	1	25,0%
Procedimento de exposição a Sav (sem Realidade Virtual)	1	1,6%	1	25,0%
Modelação	1	1,6%	1	25,0%
Levantamento com cliente de comportamentos alternativos	1	1,6%	1	25,0%
Interação sobre acontecimentos da semana	1	1,6%	1	25,0%
Incentivo de emissão de comportamentos de enfrentamento (procedimento não-especificado)	1	1,6%	1	25,0%
Ensino do uso dos equipamentos (de realidade virtual)	1	1,6%	1	25,0%
Ensino do repertório de auto-análise (com base em conceitos da AC)	1	1,6%	1	25,0%
Descrição de efeitos privados que cliente produz no terapeuta	1	1,6%	1	25,0%
Auxílio no preenchimento da tarefa de casa em sessão	1	1,6%	1	25,0%
Apresentação de fotos e desenhos	1	1,6%	1	25,0%
Apresentação de descrição do comportamento do cliente	1	1,6%	1	25,0%
Apresentação de avaliação de evolução do cliente	1	1,6%	1	25,0%
Estabelecimento de vínculo (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%

Procedimentos de intervenção - subgrupo "Ansiedade social"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Apresentação de metáforas	0	0,0%	0	0,0%
Treino de tomada de decisões e resolução de conflitos (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Treino de habilidades sociais (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Solicitação de autopercepção (de eventos privados)	0	0,0%	0	0,0%
Orientação de realização de atividade física	0	0,0%	0	0,0%
Mudança nas contingências (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Intervenções não-programadas	0	0,0%	0	0,0%
Intervenções da ACT	0	0,0%	0	0,0%
Extinção	0	0,0%	0	0,0%
Explicação sobre importância de comportamento-alvo	0	0,0%	0	0,0%
Evitação de diretividade do terapeuta (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Encaminhamento para tratamento conjunto com outra área (Nutricional)	0	0,0%	0	0,0%
Empatia [Procedimento sintetizado por Zamignani (2007)]	0	0,0%	0	0,0%
Confrontações (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Total	62	100,0%	4	100,0%

Os procedimentos de intervenção mais utilizados nos atendimentos de Terapia Analítico-Comportamental do subgrupo "Ansiedade social" serão listados a seguir, em ordem da porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos do subgrupo.

Foram identificados os seguintes procedimentos: Procedimento de exposição a Sav por Realidade Virtual, que representou 10% das aplicações de procedimentos de intervenção do subgrupo, e foi utilizado em 75% dos estudos do mesmo; Esclarecimento sobre o atendimento, com 8% das aplicações dos procedimentos, utilizado em 50% dos estudos do subgrupo; Aumento gradual da aversividade dos Sav em procedimento de exposição, com 8% das aplicações dos procedimentos,

utilizado em 75% dos estudos do subgrupo; e Tarefa de casa e Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido na atividade da sessão), com 6% cada, aplicados em 75% dos estudos.

Além destes, cada um dos seguintes procedimentos representou 5% das aplicações dos procedimentos do subgrupo, e foi utilizado em 50% dos estudos do mesmo: Treino de relaxamento (muscular e/ou respiratório); Realização de avaliação funcional com cliente; Psicoeducação (ensino de conceitos e apresentação de informações [variados]); Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido fora da sessão). O procedimento Solicitação de auto-relato (majoritariamente de eventos privados) correspondeu a 5% das aplicações, sendo usado em 75% dos estudos.

Houve também a identificação dos próximos procedimentos, que equivaleram a 3%, e foram aplicados em 50% dos estudos do subgrupo: *Role Playing*; Modelagem; Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente); Apresentação de avaliação funcional. Já o procedimento Solicitação de avaliação funcional feita pelo cliente representou 3% das aplicações, sendo usado em 25% dos estudos.

Os seguintes procedimentos foram aplicados uma vez no subgrupo: Reforçamento; Procedimento de exposição a Sav (sem Realidade Virtual); Modelação; Levantamento com cliente de comportamentos alternativos; Interação sobre acontecimentos da semana; Incentivo de emissão de comportamentos de enfrentamento (procedimento não-especificado); Ensino do uso dos equipamentos (de realidade virtual); Ensino do repertório de auto-análise (com base em conceitos da AC); Descrição de efeitos privados que cliente produz no terapeuta; Auxílio no preenchimento da tarefa de casa em sessão; Apresentação de fotos e desenhos; Apresentação de descrição do comportamento do cliente; Apresentação de avaliação de evolução do cliente.

Já os procedimentos a seguir não foram aplicados neste subgrupo: Estabelecimento de vínculo (procedimento não-especificado); Apresentação de metáforas; Treino de tomada de decisões e resolução de conflitos (procedimento não-especificado); Treino de habilidades sociais (procedimento não-especificado); Solicitação de autopercepção (de eventos privados); Orientação de realização de

atividade física; Mudança nas contingências (procedimento não-especificado); Intervenções não-programadas; Intervenções da ACT; Extinção; Explicação sobre importância de comportamento-alvo; Evitação de diretividade do terapeuta (procedimento não-especificado); Encaminhamento para tratamento conjunto com outra área (Nutricional); Empatia [Procedimento sintetizado por Zamignani (2007)]; e Confrontações (procedimento não-especificado).

Ao todo, nos 4 estudos analisados no subgrupo, identificou-se na presente pesquisa 62 aplicações de procedimentos de intervenção, com 28 diferentes "categorias" de procedimentos. Como todos os procedimentos identificados na presente pesquisa já foram descritos no início desta seção, a descrição dos procedimentos não foi repetida.

3.5.1.3 Avaliação de resultados

Apresenta-se adiante a tabela relativa aos procedimentos de avaliação de resultados identificados no subgrupo "Ansiedade social" na presente pesquisa.

Tabela 8 - Quantidade de menções dos procedimentos de avaliação de resultados no subgrupo de casos de ansiedade social, porcentagem em relação à quantidade total de procedimentos de avaliação de resultados do subgrupo, quantidade de estudos do subgrupo em que aplicou-se cada procedimento e porcentagem de estudos do subgrupo em que utilizou-se o respectivo procedimento.

Procedimentos de avaliação de resultados - subgrupo "Ansiedade social"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Uso de instrumentos (inventários, questionários e escalas)	20	35,1%	4	100,0%
Realização de <i>follow-up</i>	7	12,3%	4	100,0%
Embasamento no auto-relato vocal do cliente	6	10,5%	3	75,0%

Procedimentos de avaliação de resultados - subgrupo "Ansiedade social"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Aumento da frequência de comportamento-alvo (procedimento não-especificado)	6	10,5%	3	75,0%
Auto-avaliação do cliente	4	7,0%	2	50,0%
Medidas fisiológicas relacionadas ao objetivo	3	5,3%	2	50,0%
Folha de registro (constatação da frequência do comportamento-alvo)	2	3,5%	2	50,0%
Avaliação subjetiva do terapeuta	2	3,5%	2	50,0%
Avaliação do cliente sobre atendimento	2	3,5%	2	50,0%
Registro comportamental feito pelo cliente (Folha de Registro) após terapia, até <i>follow-up</i>	1	1,8%	1	25,0%
Melhora na qualidade de comportamento-alvo (constatada de forma variada)	1	1,8%	1	25,0%
Habituação emocional a S fóbicos (constatada majoritariamente por auto-relato do cliente)	1	1,8%	1	25,0%
Diagnóstico psiquiátrico	1	1,8%	1	25,0%
Aumento de sentimentos prazerosos (constatado por auto-relato do cliente)	1	1,8%	1	25,0%
Embasamento nos comportamentos emitidos em sessão	0	0,0%	0	0,0%
Aumento do repertório de auto-análise (constatado por avaliação do terapeuta de auto-análises do cliente emitidas em sessão)	0	0,0%	0	0,0%
Diminuição da frequência de comportamento-problema (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Uso de categorias de avaliação de resultados da FAP	0	0,0%	0	0,0%
Embasamento em relatos de familiar do cliente	0	0,0%	0	0,0%
Melhora da qualidade do sono (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Embasamento em elogios de terceiros	0	0,0%	0	0,0%

Procedimentos de avaliação de resultados - subgrupo "Ansiedade social"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
acerca do objetivo da terapia				
Cooperação de familiar da cliente ao tratamento	0	0,0%	0	0,0%
Comportamentos do terapeuta como medidores de resultado	0	0,0%	0	0,0%
Aumento nas relações sexuais da cliente (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Aumento da variabilidade do repertório-alvo (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Análise da função da terapia na melhora da cliente	0	0,0%	0	0,0%
Adesão ao tratamento de outra área (nutricional)	0	0,0%	0	0,0%
Total	57	100,0%	4	100,0%

Os procedimentos de avaliação de resultados utilizados nos atendimentos de Terapia Analítico-Comportamental do subgrupo "Ansiedade social" serão listados a seguir, em ordem da porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos.

Foram identificados os seguintes procedimentos: Uso de instrumentos (inventários, questionários e escalas), que representou 35% das aplicações de procedimentos de avaliação de resultados do subgrupo, e foi utilizado em 100% dos estudos do mesmo; Realização de *follow-up*, que representou 12% das aplicações de procedimentos do subgrupo, e foi utilizado em 100% dos estudos do mesmo; Embasamento no auto-relato vocal do cliente e Aumento da frequência de comportamento-alvo (procedimento não-especificado), ambos com 10% das aplicações, utilizados em 75% dos estudos do subgrupo cada; Auto-avaliação do cliente, com 7%, aplicado em 50% dos estudos; e Medidas fisiológicas relacionadas ao objetivo, com 5%, aplicado também em 50% dos estudos.

Os seguintes procedimentos representaram 4% das aplicações do subgrupo, e foram utilizados em 50% do mesmo: Folha de registro (constatação da frequência do comportamento-alvo); Avaliação subjetiva do terapeuta; Avaliação do cliente sobre atendimento. Já estes procedimentos foram aplicados uma vez no subgrupo, correspondendo a 2% das aplicações e 25% do subgrupo: Registro comportamental feito pelo cliente (Folha de Registro) após terapia, até *follow-up*; Melhora na qualidade de comportamento-alvo (constatada de forma variada); Habituação emocional a S fóbicos (constatada majoritariamente por auto-relato do cliente); Diagnóstico psiquiátrico; Aumento de sentimentos prazerosos (constatado por auto-relato do cliente).

Por sua vez, os seguintes procedimentos não foram aplicados neste subgrupo: Embasamento nos comportamentos emitidos em sessão; Aumento do repertório de auto-análise (constatado por avaliação do terapeuta de auto-análises do cliente emitidas em sessão); Diminuição da frequência de comportamento-problema (procedimento não-especificado); Uso de categorias de avaliação de resultados da FAP; Embasamento em relatos de familiar do cliente; Melhora da qualidade do sono (procedimento não-especificado); Embasamento em elogios de terceiros acerca do objetivo da terapia; Cooperação de familiar da cliente ao tratamento; Comportamentos do terapeuta como medidores de resultado; Aumento nas relações sexuais da cliente (procedimento não-especificado); Aumento da variabilidade do repertório-alvo (procedimento não-especificado); Análise da função da terapia na melhora da cliente; e Adesão ao tratamento de outra área - nutricional (procedimento não-especificado).

Ao todo, nos 4 estudos analisados no subgrupo "Ansiedade social", identificou-se na presente pesquisa 57 aplicações de procedimentos de avaliação de resultados, com 14 diferentes "categorias" de procedimentos. Como todos os procedimentos identificados na presente pesquisa já foram descritos no início desta seção, a descrição dos procedimentos não foi repetida.

3.5.2 Subgrupo "Demandas variadas"

Adiante, se evidenciam os resultados relativos ao subgrupo "Demandas variadas", como feito no primeiro subgrupo. Dessa forma, expõe-se a tabela referente às demandas psicológicas atendidas nos estudos do presente subgrupo, assim como os resultados da identificação dos procedimentos aplicados no mesmo.

Tabela 9 - Apresentação de dados dos textos do subgrupo "Demandas variadas": título dos estudos, transcrição das demandas/queixas apontadas nos mesmos e síntese das demandas.

Título do trabalho	Demanda/Queixa	Síntese da Demanda
Automonitoramento como fonte de avaliação para atendimento de paciente com sobrepeso	"Principais queixas: Permanecer por tempo prolongado na frente do computador à noite (redes sociais), ingestão de alimentos calóricos à noite, indisposição e sonolência ao longo do dia, falta de atividade física, ter pouco tempo dedicado aos filhos e perder a manhã dormindo".	Sobrepeso/Demandas variadas
Intervenções psicoterapêuticas com idosos na abordagem analítico-comportamental	"As principais queixas versavam sobre conflitos familiares, abuso financeiro e psicológico, sintomas depressivos e ansiosos, luto e solidão.... uma gama de queixas relacionadas ao processo de envelhecimento".	Demandas associadas a envelhecimento/Demandas variadas
Manejo de metáforas em psicoterapia analítico-comportamental	"Episódio que essa relata como 'crise de ansiedade' (SIC), em que parou em uma cadeira de rodas em um hospital. Na ocasião, Natália fora diagnosticada com transtorno de ansiedade generalizada".	Transtorno de Ansiedade Generalizada
Verificação dos Prováveis Efeitos da Metáfora em um Processo Terapêutico Analítico-Comportamental	"A cliente emitia poucos fatos de eventos privados e apresentava problemas no relacionamento familiar".	Demandas variadas

3.5.2.1 Formulação de caso

Apresenta-se adiante a tabela relativa aos procedimentos de formulação de caso identificados no subgrupo "Demandas variadas" na presente pesquisa.

Tabela 10 - Quantidade de menções dos procedimentos de formulação de caso no subgrupo de casos de demandas variadas, porcentagem em relação à quantidade total de procedimentos de formulação de caso do subgrupo, quantidade de estudos do subgrupo em que aplicou-se cada procedimento e porcentagem de estudos do subgrupo em que utilizou-se o respectivo procedimento.

Procedimentos de formulação de caso - subgrupo "Demandas variadas"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Estabelecimento de objetivos terapêuticos	6	14,0%	4	100,0%
Análise molar	4	9,3%	3	75,0%
Avaliações funcionais (tipo inclassificável)	3	7,0%	2	50,0%
Uso de Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente)	2	4,7%	1	25,0%
Mensuração da frequência de comportamento-alvo do cliente	2	4,7%	1	25,0%
Medidas fisiológicas como dados para formulação do caso	2	4,7%	1	25,0%
Embasamento em terapias contextuais (ACT e FAP)	2	4,7%	2	50,0%
Definição de procedimento com base na coleta de dados	2	4,7%	2	50,0%
Autonomia do terapeuta para escolher procedimentos	2	4,7%	1	25,0%
Atenção aos SR+ presentes na vida do cliente	2	4,7%	2	50,0%
Avaliação da capacidade de autoanálise do cliente	2	4,7%	2	50,0%
Análise de tríplice contingência	2	4,7%	1	25,0%
Análise das R emitidas em sessão	2	4,7%	1	25,0%
Análise da suficiência do repertório do cliente (Afirmação de déficits comportamentais)	2	4,7%	2	50,0%
Valores do cliente como orientação da terapia (procedimento não-especificado)	1	2,3%	1	25,0%

Procedimentos de formulação de caso - subgrupo "Demandas variadas"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Uso de inventário para avaliar repertório inicial do cliente	1	2,3%	1	25,0%
Relato do cliente embasa formulação de caso	1	2,3%	1	25,0%
Flexibilidade para mudança dos objetivos terapêuticos	1	2,3%	1	25,0%
Flexibilidade no planejamento das sessões, condicionada às particularidades do cliente	1	2,3%	1	25,0%
Estruturação prévia da sessão	1	2,3%	1	25,0%
Embasamento de intervenções em manual	1	2,3%	1	25,0%
Avaliação da aparência do cliente (sinal de auto-cuidado)	1	2,3%	1	25,0%
Análise dos prejuízos sociais do comportamento-problema	1	2,3%	1	25,0%
Acompanhamento da adesão a outro tratamento (nutricional)	1	2,3%	1	25,0%
Delineamento de linha de base múltipla	1	2,3%	1	25,0%
Realização de linha de base	1	2,3%	1	25,0%
Uso do DSM para embasar entrevista	0	0,0%	0	0,0%
Uso de instrumentos ou medidas fisiológicas para avaliar estados emocionais do cliente	0	0,0%	0	0,0%
Formação de hierarquia da magnitude de S (majoritariamente de Sav)	0	0,0%	0	0,0%
Poder do cliente para interromper procedimento	0	0,0%	0	0,0%
Organização dos procedimentos com base no diagnóstico psiquiátrico	0	0,0%	0	0,0%
Levantamento de hipóteses das causas de comportamentos	0	0,0%	0	0,0%
Investigação de Sav privados (através de perguntas ou instrumentos)	0	0,0%	0	0,0%
Investigação de "repertório de enfrentamento" de cliente	0	0,0%	0	0,0%
Inserção de emoções do cliente em análises de contingências	0	0,0%	0	0,0%

Procedimentos de formulação de caso - subgrupo "Demandas variadas"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Verificação da disponibilidade do cliente para tratar de assuntos da terapia	0	0,0%	0	0,0%
Uso de protocolo de procedimentos padronizado	0	0,0%	0	0,0%
Investigação do motivo da busca pela terapia	0	0,0%	0	0,0%
Investigação de conhecimento do cliente sobre seu diagnóstico	0	0,0%	0	0,0%
Investigação das relações sociais da cliente	0	0,0%	0	0,0%
Investigação da capacidade de emissão do repertório-alvo	0	0,0%	0	0,0%
Inserção de OM na tríplice contingência	0	0,0%	0	0,0%
Identificação de comportamento-problema (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Estabelecimento de ordem de demandas a serem trabalhadas	0	0,0%	0	0,0%
Divisão do processo terapêutico em etapas	0	0,0%	0	0,0%
Constatação do tempo gasto no comportamento-problema	0	0,0%	0	0,0%
Análise de classes de S	0	0,0%	0	0,0%
Total	43	100,0%	4	100,0%

Os procedimentos de formulação de caso utilizados nos atendimentos de Terapia Analítico-Comportamental do subgrupo "Demandas variadas" serão listados a seguir, em ordem da porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos.

Foram identificados os seguintes procedimentos: Estabelecimento de objetivos terapêuticos, que representou 14% das aplicações de procedimentos de formulação de caso do subgrupo, e foi utilizado em 100% dos estudos do mesmo; Análise molar; com 9% das aplicações, utilizado em 75% dos estudos do subgrupo; e Avaliações funcionais (tipo inclassificável), com 7%, aplicado em 50% dos estudos.

Os próximos procedimentos representaram 5% das aplicações, e foram utilizado em 50% dos estudos do subgrupo: Embasamento em terapias contextuais (ACT e FAP); Definição de procedimento com base na coleta de dados; Atenção aos SR+ presentes na vida do cliente; Avaliação da capacidade de autoanálise do cliente e Análise da suficiência do repertório do cliente (Afirmação de déficits comportamentais). Já os procedimentos seguintes, representaram também 5% das aplicações, sendo utilizados, entretanto, em 25% dos estudos do subgrupo: Uso de Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente); Mensuração da frequência de comportamento-alvo do cliente; Medidas fisiológicas como dados para formulação do caso; Autonomia do terapeuta para escolher procedimentos; Análise de tríplice contingência e Análise das R emitidas em sessão.

Os procedimentos a seguir foram uma vez no subgrupo: Valores do cliente como orientação da terapia (procedimento não-especificado); Uso de inventário para avaliar repertório inicial do cliente; Relato do cliente embasa formulação de caso; Flexibilidade para mudança dos objetivos terapêuticos; Flexibilidade no planejamento das sessões, condicionada às particularidades do cliente; Estruturação prévia da sessão; Embasamento de intervenções em manual; Avaliação da aparência do cliente (sinal de auto-cuidado); Análise dos prejuízos sociais do comportamento-problema; Acompanhamento da adesão a outro tratamento (nutricional); Delineamento de linha de base múltipla; e Realização de linha de base.

Já os demais procedimentos não foram aplicados neste subgrupo; são eles: Uso do DSM para embasar entrevista; Uso de instrumentos ou medidas fisiológicas para avaliar estados emocionais do cliente; Formação de hierarquia da magnitude de S (majoritariamente de Sav); Poder do cliente para interromper procedimento; Organização dos procedimentos com base no diagnóstico psiquiátrico; Levantamento de hipóteses das causas de comportamentos; Investigação de Sav privados (através de perguntas ou instrumentos); Investigação de "repertório de enfrentamento" de cliente; Inserção de emoções do cliente em análises de contingências; Verificação da disponibilidade do cliente para tratar de assuntos da terapia; Uso de protocolo de procedimentos padronizado; Investigação do motivo da busca pela terapia; Investigação de conhecimento do cliente sobre seu diagnóstico; Investigação das relações sociais da cliente; Investigação da capacidade de

emissão do repertório-alvo; Inserção de OM na tríplice contingência; Identificação de comportamento-problema (procedimento não-especificado); Estabelecimento de ordem de demandas a serem trabalhadas; Divisão do processo terapêutico em etapas; Constatação do tempo gasto no comportamento-problema; e Análise de classes de S.

Ao todo, nos 4 estudos analisados no subgrupo, identificou-se na presente pesquisa 43 aplicações de procedimentos de formulação de caso, com 23 diferentes "categorias" de procedimentos. Como todos os procedimentos identificados na presente pesquisa já foram descritos no início desta seção, a descrição dos procedimentos não foi repetida.

3.5.2.2 Intervenções

Apresenta-se a seguir a tabela relativa aos procedimentos de intervenção identificados no subgrupo "Demandas variadas" na presente pesquisa.

Tabela 11 - Quantidade de menções dos procedimentos de intervenção no subgrupo de casos de demandas variadas, porcentagem em relação à quantidade total de procedimentos de intervenção do subgrupo, quantidade de estudos do subgrupo em que aplicou-se cada procedimento e porcentagem de estudos do subgrupo em que utilizou-se o respectivo procedimento.

Procedimentos de intervenção - subgrupo "Demandas variadas"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Apresentação de avaliação funcional	7	18,9%	3	75,0%
Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido fora da sessão)	4	10,8%	3	75,0%
Apresentação de metáforas	4	10,8%	2	50,0%
Mudança nas contingências (procedimento não-especificado)	2	5,4%	1	25,0%
Empatia [Procedimento sintetizado por	2	5,4%	1	25,0%

Procedimentos de intervenção - subgrupo "Demandas variadas"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Zamignani (2007)]				
Treino de tomada de decisões e resolução de conflitos (procedimento não-especificado)	1	2,7%	1	25,0%
Treino de habilidades sociais (procedimento não-especificado)	1	2,7%	1	25,0%
Tarefa de casa	1	2,7%	1	25,0%
Solicitação de auto-relato (majoritariamente de eventos privados)	1	2,7%	1	25,0%
Solicitação de avaliação funcional feita pelo cliente	1	2,7%	1	25,0%
Psicoeducação (ensino de conceitos e apresentação de informações [variados])	1	2,7%	1	25,0%
Orientação de realização de atividade física	1	2,7%	1	25,0%
Modelagem	1	2,7%	1	25,0%
Intervenções não-programadas	1	2,7%	1	25,0%
Intervenções da ACT	1	2,7%	1	25,0%
Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido na atividade da sessão)	1	2,7%	1	25,0%
Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente)	1	2,7%	1	25,0%
Extinção	1	2,7%	1	25,0%
Evitação de diretividade do terapeuta (procedimento não-especificado)	1	2,7%	1	25,0%
Estabelecimento de vínculo (procedimento não-especificado)	1	2,7%	1	25,0%
Encaminhamento para tratamento conjunto com outra área (Nutricional)	1	2,7%	1	25,0%
Confrontações (procedimento não-especificado)	1	2,7%	1	25,0%
Apresentação de fotos e desenhos	1	2,7%	1	25,0%
Aumento gradual da aversividade dos Sav em procedimento de exposição	0	0,0%	0	0,0%
Treino de relaxamento (muscular e/ou respiratório)	0	0,0%	0	0,0%

Procedimentos de intervenção - subgrupo "Demandas variadas"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Procedimento de exposição a Sav por Realidade Virtual	0	0,0%	0	0,0%
<i>Role Playing</i>	0	0,0%	0	0,0%
Realização de avaliação funcional com cliente	0	0,0%	0	0,0%
Procedimento de exposição a Sav (sem Realidade Virtual)	0	0,0%	0	0,0%
Modelação	0	0,0%	0	0,0%
Esclarecimento sobre o atendimento	0	0,0%	0	0,0%
Apresentação de avaliação de evolução do cliente	0	0,0%	0	0,0%
Solicitação de autopercepção (de eventos privados)	0	0,0%	0	0,0%
Reforçamento	0	0,0%	0	0,0%
Levantamento com cliente de comportamentos alternativos	0	0,0%	0	0,0%
Interação sobre acontecimentos da semana	0	0,0%	0	0,0%
Incentivo de emissão de comportamentos de enfrentamento (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Explicação sobre importância de comportamento-alvo	0	0,0%	0	0,0%
Ensino do uso dos equipamentos (de realidade virtual)	0	0,0%	0	0,0%
Ensino do repertório de auto-análise (com base em conceitos da AC)	0	0,0%	0	0,0%
Descrição de efeitos privados que cliente produz no terapeuta	0	0,0%	0	0,0%
Auxílio no preenchimento da tarefa de casa em sessão	0	0,0%	0	0,0%
Apresentação de descrição do comportamento do cliente	0	0,0%	0	0,0%
Total	37	100,0%	4	100,0%

Os procedimentos de intervenção mais utilizados nos atendimentos de Terapia Analítico-Comportamental do subgrupo "Demandas variadas" serão listados

a seguir, em ordem da porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos.

Foram identificados os seguintes procedimentos: Apresentação de avaliação funcional, que representou 19% das aplicações de procedimentos de intervenção do subgrupo, e foi utilizado em 75% dos estudos do mesmo; Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido fora da sessão), com 11% das aplicações, sendo utilizado em 75% dos estudos do subgrupo; Apresentação de metáforas, com 11% das aplicações, utilizado em 50% dos estudos do subgrupo; Mudança nas contingências (procedimento não-especificado) e Empatia [Procedimento sintetizado por Zamignani (2007)], ambos com 5% dos procedimentos, sendo aplicados em 25% do subgrupo.

Já os procedimentos a seguir foram identificados uma vez no subgrupo: Treino de tomada de decisões e resolução de conflitos (procedimento não-especificado); Treino de habilidades sociais (procedimento não-especificado); Tarefa de casa; Solicitação de auto-relato (majoritariamente de eventos privados); Solicitação de avaliação funcional feita pelo cliente; Psicoeducação (ensino de conceitos e apresentação de informações [variados]); Orientação de realização de atividade física; Modelagem; Intervenções não-programadas; Intervenções da ACT; Fornecimento de regra (referente a comportamento a ser emitido na atividade da sessão); Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente); Extinção; Evitação de diretividade do terapeuta (procedimento não-especificado); Estabelecimento de vínculo (procedimento não-especificado); Encaminhamento para tratamento conjunto com outra área (Nutricional); Confrontações (procedimento não-especificado); Apresentação de fotos e desenhos.

Os seguintes procedimentos não foram aplicados neste subgrupo: Aumento gradual da aversividade dos Sav em procedimento de exposição; Treino de relaxamento (muscular e/ou respiratório); Procedimento de exposição a Sav por Realidade Virtual; *Role Playing*; Realização de avaliação funcional com cliente; Procedimento de exposição a Sav (sem Realidade Virtual); Modelação; Esclarecimento sobre o atendimento; Apresentação de avaliação de evolução do cliente; Solicitação de autopercepção (de eventos privados); Reforçamento; Levantamento com cliente de comportamentos alternativos; Interação sobre

acontecimentos da semana; Incentivo de emissão de comportamentos de enfrentamento (procedimento não-especificado); Explicação sobre importância de comportamento-alvo; Ensino do uso dos equipamentos (de realidade virtual); Ensino do repertório de auto-análise (com base em conceitos da AC); Descrição de efeitos privados que cliente produz no terapeuta; Auxílio no preenchimento da tarefa de casa em sessão; Apresentação de descrição do comportamento do cliente.

Ao todo, nos 4 estudos analisados no subgrupo, identificou-se na presente pesquisa 37 aplicações de procedimentos de intervenção, com 23 diferentes "categorias" de procedimentos. Como todos os procedimentos identificados na presente pesquisa já foram descritos no início desta seção, a descrição dos procedimentos não foi repetida.

3.5.2.3 Avaliação de resultados

Apresenta-se adiante a tabela relativa aos procedimentos de avaliação de resultados coletados no subgrupo "Demandas variadas" no presente estudo.

Tabela 12 - Quantidade de menções dos procedimentos de avaliação de resultados no subgrupo de casos de demandas variadas, porcentagem em relação à quantidade total de procedimentos de avaliação de resultados do subgrupo, quantidade de estudos do subgrupo em que aplicou-se cada procedimento e porcentagem de estudos do subgrupo em que utilizou-se o respectivo procedimento.

Procedimentos de Avaliação de Resultados - subgrupo "Demandas variadas"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Uso de instrumentos (inventários, questionários e escalas)	8	17,8%	2	50,0%
Aumento da frequência de comportamento-alvo (procedimento não-especificado)	8	17,8%	3	75,0%

Procedimentos de Avaliação de Resultados - subgrupo "Demandas variadas"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Diminuição da frequência de comportamento-problema (procedimento não-especificado)	4	8,9%	1	25,0%
Embasamento nos comportamentos emitidos em sessão	4	8,9%	3	75,0%
Aumento do repertório de auto-análise (constatado por avaliação do terapeuta de auto-análises do cliente emitidas em sessão)	4	8,9%	3	75,0%
Medidas fisiológicas relacionadas ao objetivo	3	6,7%	1	25,0%
Uso de categorias de avaliação de resultados da FAP	2	4,4%	1	25,0%
Embasamento no auto-relato vocal do cliente	2	4,4%	2	50,0%
Embasamento em relatos de familiar do cliente	1	2,2%	1	25,0%
Realização de <i>follow-up</i>	1	2,2%	1	25,0%
Melhora da qualidade do sono (procedimento não-especificado)	1	2,2%	1	25,0%
Embasamento em elogios de terceiros acerca do objetivo da terapia	1	2,2%	1	25,0%
Cooperação de familiar da cliente ao tratamento	1	2,2%	1	25,0%
Comportamentos do terapeuta como medidores de resultado	1	2,2%	1	25,0%
Auto-avaliação do cliente	1	2,2%	1	25,0%
Aumento nas relações sexuais da cliente (procedimento não-especificado)	1	2,2%	1	25,0%
Análise da função da terapia na melhora da cliente	1	2,2%	1	25,0%
Adesão ao tratamento de outra área - nutricional (procedimento não-especificado)	1	2,2%	1	25,0%
Melhora na qualidade de comportamento-alvo (constatada de forma variada)	0	0,0%	0	0,0%
Habituação emocional a S fóbicos (constatada majoritariamente por auto-relato do cliente)	0	0,0%	0	0,0%
Folha de registro (constatação da frequência do comportamento-alvo)	0	0,0%	0	0,0%

Procedimentos de Avaliação de Resultados - subgrupo "Demandas variadas"	Número de menções	Porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos	Quantidade de estudos em que aplicou-se o procedimento	Porcentagem de estudos em que aplicou-se o procedimento
Diagnóstico psiquiátrico	0	0,0%	0	0,0%
Avaliação subjetiva do terapeuta	0	0,0%	0	0,0%
Avaliação do cliente sobre atendimento	0	0,0%	0	0,0%
Aumento de sentimentos prazerosos (constatado por auto-relato do cliente)	0	0,0%	0	0,0%
Aumento da variabilidade do repertório-alvo (procedimento não-especificado)	0	0,0%	0	0,0%
Total	45	100,0%	4	100,0%

Os procedimentos de avaliação de resultados utilizados nos atendimentos de Terapia Analítico-Comportamental do subgrupo "Demandas variadas" serão listados a seguir, em ordem da porcentagem da aplicação do procedimento em relação ao total de procedimentos.

Foram identificados os seguintes procedimentos: Uso de instrumentos (inventários, questionários e escalas), representando 18% das aplicações de procedimentos de avaliação de resultados, e sendo utilizado em 50% dos estudos do subgrupo; Aumento da frequência de comportamento-alvo (procedimento não-especificado), com 18% das aplicações dos procedimentos, sendo utilizado em 75% dos estudos; Diminuição da frequência de comportamento-problema (procedimento não-especificado), que representou 9% das aplicações do subgrupo, e foi utilizado em 25% dos estudos do subgrupo; Embasamento nos comportamentos emitidos em sessão e Aumento do repertório de auto-análise (constatado por avaliação do terapeuta de auto-análises do cliente emitidas em sessão), ambos com 9% das aplicações, e utilizados em 75% dos estudos; Medidas fisiológicas relacionadas ao objetivo, com 7%, utilizado em 25% do subgrupo; Uso de categorias de avaliação de resultados da FAP, com 4%, utilizado em 25% do subgrupo; e Embasamento no auto-relato vocal do cliente, com 4%, utilizado em 50% dos estudos.

Além destes, os seguintes procedimentos representaram 2% das aplicações dos procedimentos do subgrupo, e foram utilizado em 25% dos estudos do mesmo: Embasamento em relatos de familiar do cliente; Realização de *follow-up*; Melhora da qualidade do sono (procedimento não-especificado); Embasamento em elogios de terceiros acerca do objetivo da terapia; Cooperação de familiar da cliente ao tratamento; Comportamentos do terapeuta como medidores de resultado; Auto-avaliação do cliente; Aumento nas relações sexuais da cliente (procedimento não-especificado); Análise da função da terapia na melhora da cliente; e Adesão ao tratamento de outra área (nutricional).

Já os seguintes procedimentos não foram aplicados neste subgrupo: Melhora na qualidade de comportamento-alvo (constatada de forma variada); Habituação emocional a S fóbicos (constatada majoritariamente por auto-relato do cliente); Folha de registro (constatação da frequência do comportamento-alvo); Diagnóstico psiquiátrico; Avaliação subjetiva do terapeuta; Avaliação do cliente sobre atendimento; Aumento de sentimentos prazerosos (constatado por auto-relato do cliente); Aumento da variabilidade do repertório-alvo (procedimento não-especificado).

Ao todo, nos 4 estudos analisados no subgrupo, identificou-se na presente pesquisa 45 aplicações de procedimentos de avaliação de resultados, com 18 diferentes "categorias" de procedimentos. Como todos os procedimentos identificados na presente pesquisa já foram descritos no início desta seção, a descrição dos procedimentos não foi repetida.

3.6 Número de procedimentos identificados

Apresenta-se a seguir a tabela relativa ao número de procedimentos identificados por conjunto de estudos na presente pesquisa.

Tabela 13 - Número de procedimentos de Formulação de caso, Intervenção e Avaliação de resultados, e o número total de procedimentos, em cada conjunto

de estudos (Amostra completa, Subgrupo "Ansiedade social" e Subgrupo "Demandas variadas").

Conjunto de estudos	Número de procedimentos de Formulação de caso	Número de procedimentos de Intervenção	Número de procedimentos de Avaliação de resultados	Número total de procedimentos
Amostra completa	47	43	27	117
Subgrupo "Ansiedade social"	28	28	14	70
Subgrupo "Demandas variadas"	23	23	18	64

Na tabela acima, constata-se que na amostra completa da presente pesquisa, foram identificados 47 procedimentos de formulação de caso, 43 de intervenção, e 27 de avaliação de resultados, totalizando 117 procedimentos. Já no subgrupo "Ansiedade social", identificou-se 28 procedimentos de formulação de caso, 28 de intervenção, e 14 de avaliação de resultados, totalizando 70 procedimentos. E no subgrupo "Demandas variadas", foram identificados 23 procedimentos de formulação de caso, 23 de intervenção, e 18 de avaliação de resultados, totalizando 64 procedimentos.

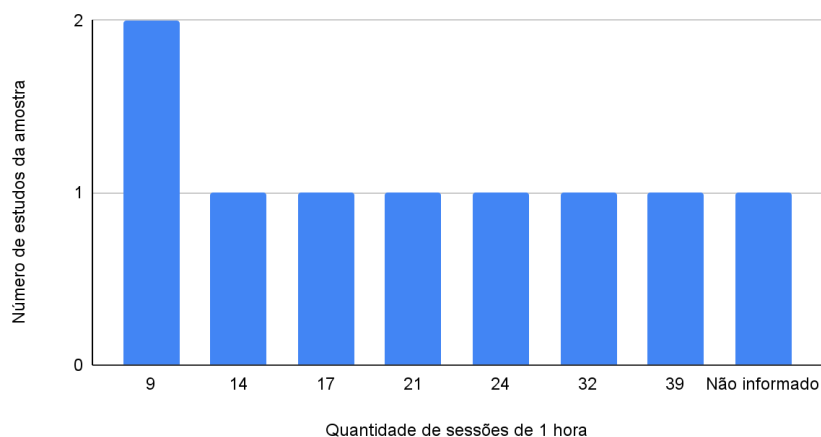
3.7 Número de sessões

Apresenta-se abaixo os resultados da análise do número de sessões realizadas nos estudos investigados. Serão expostos gráficos referentes à quantidade de sessões realizadas nos atendimentos e ao número de estudos em que sinalizou-se cada quantidade de sessões. Expõe-se também a média da quantidade de sessões de cada conjunto de estudos: a amostra completa de estudos e os dois subgrupos já apresentados.

Segue a seguir o gráfico relativo à amostra completa de estudos.

Gráfico 1 - Número de estudos em que sinalizou-se cada quantidade de sessões em função da quantidade de sessões realizadas nos atendimentos da amostra.

Número de sessões dos estudos analisados

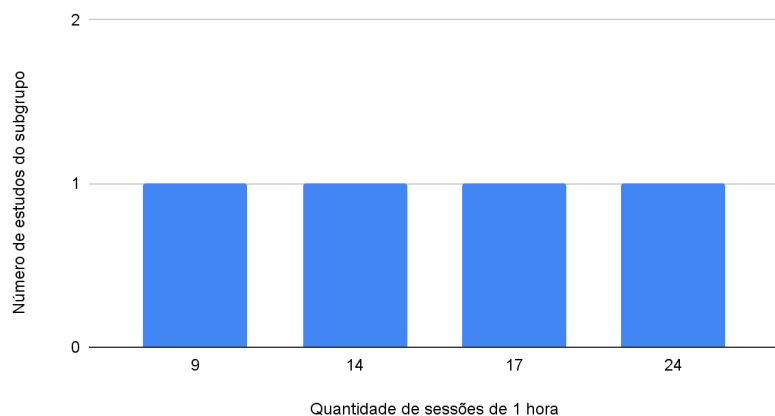


Média da quantidade de sessões por estudo = 20,6.

Expõe-se abaixo o gráfico relativo ao subgrupo "Ansiedade social".

Gráfico 2 - Número de estudos em que sinalizou-se cada quantidade de sessões em função da quantidade de sessões de 1 hora realizadas nos atendimentos do subgrupo "Ansiedade social".

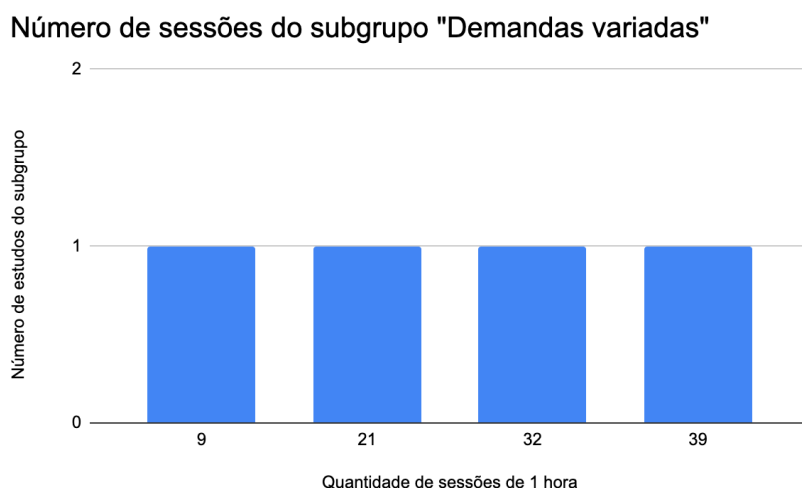
Número de sessões do subgrupo "Ansiedade social"



Média da quantidade de sessões por estudo = 16.

Apresenta-se a seguir o gráfico relativo ao subgrupo "Demandas variadas".

Gráfico 3 - Número de estudos em que sinalizou-se cada quantidade de sessões em função da quantidade de sessões de 1 hora realizadas nos atendimentos do subgrupo "Demandas variadas".



Média da quantidade de sessões por estudo = 25,25.

Como apresentado acima, a amostra completa teve uma variação de 9 a 39 sessões, tendo um estudo que não informou a quantidade de sessões, resultando em uma média de aproximadamente 21 sessões por atendimento.

Já o subgrupo "Ansiedade social" esteve entre 9 e 24 sessões, tendo em média 16 sessões por atendimento.

O subgrupo "Demandas variadas", por sua vez, apresentou uma variação de 9 a 39 sessões, resultando em uma média de aproximadamente 25 sessões por atendimento.

4. DISCUSSÃO

Como apontado na introdução da presente pesquisa, a TAC é uma psicoterapia comportamental de base skinneriana, isto é, que envolve transposições dos conceitos do autor e da AC de forma geral ao contexto clínico, desenvolvida no Brasil (LEONARDI, 2015). Ela foi objeto de estudo de uma revisão sistemática de Leonardi (2016), em que o autor analisou a produção de evidências empíricas da TAC localizando 44 casos clínicos (descritos em estudos acadêmicos), sendo 38 relatos de caso, que é um método insuficiente como evidência científica de eficácia, isto é, neste caso, que não permite averiguar a eficácia de uma psicoterapia, uma vez que carece de validade interna e validade externa (LEONARDI, 2017a), e 6 experimentos de caso único. Assim, 13,6% dos casos encontrados na tese de Leonardi (2016) trataram-se de experimentos de caso único, 0% de delineamentos de grupo, e 86,4%, de relatos de caso. A partir disto, e de diversos outros dados, o autor apontou que não era possível, até então, determinar a eficácia da TAC (LEONARDI, 2016; LEONARDI, 2017b).

Como já apontado, no presente estudo realizou-se uma atualização da literatura estudada por Leonardi (2016), através da atualização da literatura analisada por dos Santos (2018). Em relação à literatura estudada por Leonardi (2016), foram acrescentados 6 trabalhos: Simões Filho (2014), e os demais trabalhos posteriores a este ano. Assim, a atualização da literatura realizada no presente estudo aumentou em 14% a amostra analisada por Leonardi (2016). Uma vez que nesta amostra houve uma diferença tão expressiva entre a porcentagem dos relatos de caso e os demais delineamentos de pesquisa, compreende-se que a adição de 14% de novos trabalhos não é suficiente para alterar os resultados obtidos pelo autor. Com isso, infere-se que as conclusões do autor, apontadas acima, persistem.

Também indicou-se na Introdução que, segundo Leonardi (2017b), há uma ausência de precisão da descrição dos procedimentos realizados na TAC, não tendo sido possível até então concluir com clareza quais são as características e procedimentos da mesma. Em relação à importância da precisão da descrição dos procedimentos, o artigo de Baer, Wolf e Risley (1968) aponta, acerca da "dimensão

tecnológica", que as técnicas que formam a "aplicação comportamental" devem ser completamente identificadas e descritas, de forma clara, detalhada e precisa, permitindo que qualquer pesquisador da área consiga replicá-las a partir da leitura da pesquisa.

Como já apontado no presente estudo, até hoje, não foi feita uma especificação operacional dos procedimentos da TAC (um manual). Além disso, na presente monografia, constatou-se que de forma geral, os estudos analisados não tinham uma descrição plenamente precisa e detalhada dos procedimentos neles aplicados, de forma que não seria possível replicá-los a partir da leitura dos estudos, não tendo sido possível compreendê-los plenamente.

Exemplifica-se a seguir alguns trechos dos estudos analisados. Procedimentos de formulação de caso: "Além disso, era informado que [o cliente] poderia encerrar a exposição a qualquer momento, caso não se sentisse bem"; "Essa análise funcional como análise comportamental descritiva da categoria diagnóstica do transtorno de ansiedade social é feita a partir da operacionalização dos seguintes aspectos: (a) das classes de resposta em níveis molares, (b) das consequências, (c) dos eventos antecedentes à resposta, (d) da história de reforço, e (e) do tratamento derivado dessa avaliação funcional". Procedimentos de intervenção: "a pesquisadora investigava acontecimentos da semana, buscando identificar variáveis envolvidas nas queixas, por meio de perguntas que levassem a uma descrição funcional das contingências"; "nessa fase, o pesquisador-terapeuta realizou intervenções de análise de contingências dos relatos do cliente". E de avaliação de resultados: "Baseado nas observações dentro do consultório, houve resultados promissores"; "[os clientes] descreviam melhora no repertório de habilidades sociais".

Percebe-se assim, como dito, que de modo geral, apesar de ser possível compreender até certo nível o procedimento realizado, esta compreensão não é suficientemente profunda a ponto de ser possível replicar o procedimento. Entretanto, a partir do embasamento em descrições de diferentes estudos acerca dos mesmos procedimentos, foi possível, de forma geral, aprofundar a compreensão sobre os procedimentos identificados, como consta na seção de Resultados.

A partir do exposto, corrobora-se, ao menos grande parte, com a afirmação de Leonardi (2017b) de que há uma ausência de precisão da descrição dos procedimentos realizados na TAC, e compreende-se, assim, que para a TAC estar melhor alinhada com a "Dimensão Tecnológica" de Baer, Wolf e Risley (1968), é necessário que, em seus estudos aplicados, os procedimentos sejam descritos de forma mais detalhada e precisa. É importante ressaltar que uma melhora da descrição dos procedimentos nos estudos de TAC é fundamental pois se não há uma descrição precisa e detalhada de um procedimento, não há como o psicoterapeuta saber se está aplicando-o corretamente, e, dessa forma, não há como o mesmo replicar bons resultados clínicos obtidos por outros psicoterapeutas através de aplicações do respectivo procedimento. Além disso, entendendo que (ao menos de forma geral) a literatura empírica produzida na TAC não tem descrições de procedimentos plenamente precisas até hoje, reitera-se que para se concluir com clareza quais são as características e procedimentos da TAC, como apontado por Leonardi (2017b), é preciso que seja elaborada uma especificação operacional dos seus procedimentos (por exemplo, por meio de um manual).

Abordando os resultados da presente pesquisa de forma exploratória, em diálogo com outras dimensões apontadas por Baer, Wolf e Risley (1968), reitera-se que os autores afirmaram que, em pesquisas de AC aplicada, incluindo-se, portanto, a TAC, os comportamentos investigados devem ser "socialmente relevantes" (dimensão aplicada); deve-se basear diretamente em comportamentos que o indivíduo analisado emite, e não no que o indivíduo relata fazer/ter feito, observando-se e medindo os comportamentos investigados (dimensão comportamental); entre outras "dimensões".

Em relação às dimensões citadas, observou-se na presente pesquisa que os comportamentos investigados nos estudos analisados eram "socialmente relevantes", envolvendo diferentes demandas psicológicas relacionadas ao sofrimento dos clientes atendidos, havendo assim uma consonância em relação à "dimensão aplicada". Em relação à "dimensão comportamental", constatou-se que os estudos analisados não estavam de acordo com a mesma, uma vez que procedimentos que envolviam embasamento no relato do cliente, ou que ligavam-se

diretamente a tais relatos, foram extremamente mais utilizados do que medidas diretas de comportamentos.

Na Introdução da presente pesquisa, apontou-se que há na TAC, como um "embasamento teórico-filosófico" importante, uma crítica ao controle coercitivo (SIDMAN, 1995), de forma que na literatura de TAC há uma oposição ao uso de controle coercitivo na Psicoterapia (ZAMIGNANI; NETO; MEYER, 2008). No presente trabalho, foi observado que entre os 43 procedimentos identificados, somente o procedimento de exposição a estímulos aversivos (dividido nos resultados em três "categorias de procedimento") envolveu de alguma forma o controle coercitivo, não tendo sido aplicadas, por exemplo, punições (SKINNER, 1953) de "comportamentos-problema" em nenhum dos estudos. Assim, os achados do presente estudo tornaram possível inferir (uma vez que tal dado não foi investigado diretamente) que a crítica ao controle coercitivo e a oposição ao seu uso na Psicoterapia seguem sendo embasamentos importantes para a TAC, assim como apontado na literatura.

5. CONCLUSÃO

Retomando brevemente o objetivo e as perguntas da presente pesquisa, assim como o estado da área analítico-comportamental acerca dos temas aqui investigados, reitera-se que a Análise do Comportamento Clínica tem, desde sua origem, um forte comprometimento com a sustentação empírica dos seus procedimentos (LEONARDI; MEYER, 2016), como apontado pela *Association for Behavior Analysis* (VAN HOUTEN et al., 1988), e pela *Behavior Analyst Certification Board* (2010). Entretanto, fez-se necessário avaliar em que medida os analistas do comportamento estão ou não de fato produzindo evidências de eficácia de seus procedimentos.

Acerca da TAC, esta avaliação foi realizada em uma revisão sistemática de Leonardi (2016), na qual constatou-se que não é possível, atualmente, determinar a eficácia da TAC, ou seja, que esta não tem evidências de eficácia consistentes. Além disso, aponta-se na literatura que não foi possível até hoje concluir com clareza quais são as características e procedimentos da TAC (LEONARDI, 2017b). Para solucionar tal situação, um dos caminhos possíveis seria realizar uma sistematização da TAC para, posteriormente, pesquisar a sua eficácia experimentalmente, uma vez que, somente após a produção de uma especificação operacional das estratégias da TAC, que pode ser denominada de "manual", será possível realizar pesquisas experimentais que avaliem a sua eficácia (LEONARDI, 2017b).

A partir disso, o presente trabalho teve como objetivo analisar pesquisas clínicas da TAC, de forma a sintetizar a prática desta psicoterapia, buscando-se descobrir quais são os procedimentos (de formulação de caso, intervenção e avaliação de resultados) aplicados na TAC, e em que consistem (objetivamente) as aplicações destes procedimentos.

É importante notar, como já apontado, que no presente estudo, não foi possível produzir uma descrição completamente operacional do que consistiam os procedimentos analisados, e de como estes eram aplicados, uma vez que de forma geral, os estudos analisados não tinham uma descrição precisa e detalhada dos procedimentos, de modo que não seria possível a partir da leitura dos estudos,

replicá-los. Houve nos estudos exposições de procedimentos que não possibilitaram compreender do que estes se trataram; porém houve também exposições com um certo nível de descrição, acerca da maior parte dos procedimentos, que possibilitaram tal compreensão.

A partir disto, acredita-se que foi possível na presente pesquisa apresentar descrições precisas, claras e razoavelmente detalhadas da maior parte dos procedimentos identificados, o que se deu a partir do embasamento das descrições apresentadas em trechos de diferentes estudos acerca dos mesmos procedimentos.

Analizando os procedimentos encontrados, foi possível extrair compreensões acerca da TAC, que sintetizam alguns aspectos da prática desta psicoterapia, para além das compreensões sobre os procedimentos separadamente, apresentados a seguir.

5.1 Formulação de caso

Acerca dos procedimentos de formulação de caso, constatou-se que na TAC há procedimentos relativos à coleta de dados acerca do cliente, a análises dos dados coletados, e a tomadas de decisões do terapeuta.

Foi observado que a coleta dos dados se deu, ao que se indica, sobretudo a partir de relatos vocais dos clientes (relacionados com diversas categorias de procedimentos) e a partir de Folhas de Registro Comportamental, preenchidas pelos clientes (utilizadas em 44% dos casos), além disso, utilizou-se instrumentos psicométricos (inventários, questionários e escalas) e medidas fisiológicas (em 44% dos casos); em contraponto, mensurações diretas, em sessão, de comportamentos do cliente foram relatadas em apenas 11% dos casos. A partir disso, é possível concluir que o relato verbal dos clientes tem um papel central na formulação de casos da TAC.

É importante ressaltar que compreendeu-se que estiveram diretamente envolvidos com o relato verbal dos clientes (em todas ou na maior parcela das aplicações) os seguintes procedimentos: "Análise molar", "Análise de tríplice contingência", "Uso de Folha de Registro Comportamental (preenchida pelo cliente)", "Investigação de Sav privados (através de perguntas ou instrumentos)", "Formação

de hierarquia da magnitude de S (majoritariamente de Sav)", "Uso do DSM para embasar entrevista", entre outros.

Já a análise dos dados coletados, se deu a partir de avaliações funcionais/análises de contingências, tendo-se realizado análises molares em 78% dos trabalhos e análises de tríplice contingência em 44% dos trabalhos, além de avaliações funcionais não-especificadas, em 56% dos mesmos. Estes três procedimentos foram os mais apontados entre os de formulação de caso. Podemos concluir a partir disso que avaliações funcionais são procedimentos indispensáveis na formulação de caso da TAC, e nesta psicoterapia de forma geral, e que pode-se realizar ambos os tipos de avaliação funcional (molar e de tríplice contingência) em uma mesma formulação de caso. Constata-se também que a análise molar é um procedimento especialmente central na TAC.

Tratando das tomadas de decisão do terapeuta acerca do caso atendido, observou-se que estas eram realizadas com base nos dados coletados e nas avaliações funcionais acerca do respectivo cliente. Os principais procedimentos de tomada de decisão foram: definições de procedimentos a serem aplicados (embasadas na coleta de dados e análise destes, citadas em 56% da amostra); o estabelecimento de objetivos terapêuticos (em 56% dos estudos), e também flexibilidade para se mudar tais objetivos (apontada em 22% dos estudos); o planejamento prévio da sessão (44% dos casos), mas também flexibilidade neste planejamento, de acordo com a individualidade do caso (44% dos casos); entre outros. Com isso, atesta-se que a análise do caso tem muita importância nas decisões do terapeuta acerca dos procedimentos a se aplicar e do direcionamento da psicoterapia; observa-se também que na TAC, há um padrão de se planejar o rumo e os procedimentos da terapia (com base na análise do caso), mas também de se alterar tal planejamento quando necessário.

Foi constatado também, que os principais "objetos" da análise do caso, isto é, os principais pontos analisados pelos terapeutas, foram: comportamentos importantes do cliente (no geral, comportamentos-alvo ou comportamentos-problema emitidos fora de sessão) e variáveis ambientais, antecedentes e subsequentes, relacionadas a estes (ambos presentes em diversos procedimentos, como os três de avaliação funcional); entre os comportamentos

analisados, estiveram também respostas do cliente emitidas em sessão (em 33% dos casos), comportamentos privados dos mesmos (como emoções), relatados em sessão, tratando-se no geral de eventos privados aversivos (também em 33%); além disso, analisou-se a magnitude da aversividade de estímulos importantes no respectivo caso do cliente, como estímulos de uma classe de S relacionada a fobia (em 33%). Também realizou-se uma avaliação de suficiência *versus* déficits do repertório do cliente (em 44% dos casos); atentou-se para os SR+ da vida do cliente, e dos prejuízos sociais nesta, assim como para a capacidade de autoanálise do cliente (os três em 33% dos casos).

Um procedimento, que envolve outros citados, que deve ser ressaltado também é a realização de linha de base (em 67% dos casos); este procedimento mostrou-se central na TAC como parte da formulação de caso, e como parte inicial de avaliações dos resultados. Vale lembrar que o procedimento praticamente não envolveu medidas diretas de comportamentos do cliente, envolvendo sobretudo escores em instrumentos psicométricos.

A partir disso, pode-se notar que há uma variedade de "objetos"/tópicos analisados em formulações de casos da TAC. Percebe-se também que os comportamentos "centrais" do cliente e as variáveis ambientais relacionadas a estes são, ao que se indica, analisados em todos os casos de TAC. Em relação aos comportamentos analisados, constata-se que se atenta para diferentes topografias; e em relação às variáveis ambientais, é possível notar que há uma atenção mais focada em eventos/estímulos aversivos da vida do cliente. Ademais, a suficiência do repertório do cliente, e os prejuízos sociais gerados por "déficits" nesse repertório, são tópicos também relevantes na formulação de caso da TAC.

5.2 Intervenções

Abordando os procedimentos de intervenção da TAC, observou-se que há diversas intervenções relativas à ampliação da compreensão do cliente acerca do próprio comportamento e das variáveis relacionadas a este, e também diversas intervenções diretamente relacionadas a comportamentos-alvo.

Os principais procedimentos do primeiro conjunto citado foram: procedimentos ligados a avaliações funcionais (em mais de 67% dos casos, sobretudo tratando-se da apresentação destas pelo terapeuta); solicitações de auto-relato do cliente, incluindo relatos em sessão (em 56% dos casos) e o preenchimento, fora de sessão, de Folhas de Registro Comportamental (em 44% dos casos); e a aplicação de procedimentos de Psicoeducação (em 44% dos estudos). Houve também a aplicação (em 22% ou 11% cada) de mais sete procedimentos referentes à ampliação da autocompreensão do cliente.

Já tratando dos procedimentos de intervenção diretamente relacionados a comportamentos-alvo, os principais foram: fornecimento de regra do terapeuta ao cliente, referentes a comportamentos emitidos fora (em 67% dos casos) e em sessão (em 44% dos casos); procedimentos de exposição a estímulos aversivos (em ao menos 44% dos casos, havendo exposições com e sem o uso de Realidade Virtual); Treino de relaxamento, Modelagem, Role Playing e Modelação (em 33% ou 22% dos estudos cada); e mais seis procedimentos, menos utilizados.

Outro procedimento identificado que deve ser ressaltado é o de "tarefas de casa", aplicado em 56% dos estudos.

Com isso, observa-se que há uma grande variedade de procedimentos de intervenção na TAC. Constata-se também que tanto intervenções diretamente relacionadas a comportamentos-alvo, quanto intervenções relacionadas à autocompreensão do cliente, são indispensáveis na TAC, sendo, ao que tudo indica, ambos os tipos de procedimentos aplicados em todos os casos de TAC; e que a autocompreensão do cliente (dos próprios comportamentos e das variáveis controladoras destes) tem uma condição de extremamente destacada importância, em relação a outros repertórios comportamentais, na TAC. Além disso, percebendo que duas das intervenções mais aplicadas nas sessões (fornecimento de regras referentes a comportamentos fora de sessão e tarefas de casa) envolvem o âmbito da rotina do cliente, de fora da sessão, nota-se que este âmbito é muito relevante na TAC como agente de mudança do cliente; assim como o que ocorre em sessão.

Verificou-se (em relação às intervenções relativas à autocompreensão do cliente) que na TAC, as avaliações funcionais têm um papel central também como intervenções. Foi constatado também que as emissões de auto-relatos do cliente,

em sessão e fora dela, são relevantes no processo terapêutico da TAC, possivelmente colaborando para uma ampliação da compreensão do cliente acerca das contingências às quais está submetido. Além disso, conclui-se que são realizados fornecimentos de regras na vasta maioria dos atendimentos de TAC.

Vale ressaltar que compreendeu-se que estiveram diretamente envolvidos com o relato verbal dos clientes (em todas ou na maior parcela das aplicações) as seguintes intervenções: "Solicitação de auto-relato", "Solicitação de avaliação funcional feita pelo cliente", "Realização de avaliação funcional com cliente", "Folha de Registro Comportamental", entre outras.

5.3 Avaliação de resultados

Na avaliação de resultados dos casos de TAC, as principais formas de se coletar dados para a compreensão/avaliação dos resultados da psicoterapia, foram: instrumentos psicométricos (inventários, questionários e escalas, aplicados em 78% dos casos, representando quase 25% dos procedimentos desta "etapa"); o embasamento no auto-relato vocal do cliente (em 67% dos casos); medidas fisiológicas (em 44% dos casos); a auto-avaliação do cliente e a observação (majoritariamente não-sistematicamente) dos comportamentos do cliente emitidos em sessão (ambos em 33% dos casos).

Com isso, podemos observar que o uso de instrumentos psicométricos têm um papel muito central na TAC, tendo sido o procedimento mais aplicado em toda a amostra (incluindo-se as três "etapas" analisadas); observa-se também que o relato vocal do cliente também tem um papel fundamental na avaliação de resultados da TAC; além disso, as medidas fisiológicas também se mostraram relevantes.

Já tratando dos "indicadores" dos resultados, isto é, os fatores que indicaram se houve ou não melhora clínica, constatou-se que os principais foram: escores dos instrumentos psicométricos (em 78% dos estudos); alteração na frequência de comportamentos do cliente (em 78% dos casos, representando ao todo 18% das aplicações desta "etapa"); e marcadores fisiológicos (como resposta galvânica da pele, circunferência abdominal, entre outros, utilizados em 44% dos estudos); esses

três "indicadores" citados trataram-se de parâmetros quantitativos. Houve também o uso dos seguintes indicadores, qualitativos: o aumento do repertório de auto-análise do cliente (em 33% dos casos); o valor (de melhora ou não) da auto-avaliação do cliente (também em 33% dos casos); a habituação emocional a estímulos fóbicos, a melhora na qualidade de comportamentos-alvo e um aumento de sentimentos prazerosos (em 22% dos casos cada); entre outros menos aplicados.

A partir disso, podemos notar que há uma variedade considerável de "indicadores" de resultados utilizados na TAC, e que esses voltam-se para os comportamentos do indivíduo (em vez de variáveis ambientais). Além disso, constatou-se que "indicadores" quantitativos são mais utilizados do que os qualitativos, sendo usados, ao que se indica, em todos os casos da TAC, sobretudo envolvendo a frequência de emissão de comportamentos e escores em instrumentos psicométricos. Além disso, acerca dos "indicadores" qualitativos, foi possível perceber que há uma variedade especialmente notória.

É importante ressaltar também a realização de follow-ups em 67% dos casos analisados, que permite concluir que na TAC, no geral, atenta-se para os efeitos/resultados da terapia para além do seu término.

Constatou-se que "tecnologias", como instrumentos psicométricos e instrumentos de medidas fisiológicas, são relevantes para a TAC, sendo utilizadas na vasta maioria de seus casos. Possivelmente, isso indica que essas tecnologias permitem uma investigação de eventos privados e comportamentos do cliente mais acurada do que através de relatos do mesmo, e que tal acurácia é relevante na TAC.

Além do exposto, foi compreendido que estiveram diretamente envolvidos com o relato verbal dos clientes (em todas ou na maior parcela das aplicações) os seguintes procedimentos: "Uso de instrumentos", "Aumento da frequência de comportamento-alvo", "Embasamento no auto-relato vocal do cliente", "Diminuição da frequência de comportamento-problema", entre outros.

5.4 Conclusões gerais

Observa-se que a TAC tem, de forma geral, em todas as "etapas" de seu atendimento, uma variedade e abrangência considerável de procedimentos, tendo sido identificados 47 categorias de procedimentos de formulação de caso, 43 de intervenção e 27 de avaliação de resultados. Nota-se também que a "etapa" de avaliação de resultados tem uma variedade menor de procedimentos em relação às demais. A partir da abrangência dos procedimentos, é possível inferir, como hipótese, que, na TAC, atende-se uma vasta gama de casos e demandas psicológicas.

Acerca da duração dos atendimentos, constatou-se que estes eram relativamente curtos (tendo em média 21 sessões); entretanto, é importante lembrar que na amostra analisou-se somente estudos acadêmicos, o que possivelmente diminuiu a quantidade de atendimentos neles realizados.

Constatou-se também que as avaliações funcionais são procedimentos indispensáveis em todos os âmbitos da TAC. Além disso, foi compreendido que os relatos verbais dos clientes têm um papel central em diversos procedimentos muito frequentemente aplicados na TAC. Ademais, foi observado que "indicadores" quantitativos são extremamente utilizados na avaliação de resultados da TAC e também, em menor frequência, na formulação de caso.

Reitera-se mais uma vez, em suma, que as conclusões apresentadas dizem respeito a possíveis sintetizações da prática da TAC de forma geral, assim, de características centrais desta; e que as "respostas" acerca da investigação dos procedimentos da TAC (relacionadas às perguntas da pesquisa), tratam-se dos resultados já apresentados.

5.5. Conclusões exploratórias acerca de casos relacionados a ansiedade social

Como já apontado, a presente pesquisa não teve como objetivo investigar o tratamento da TAC para demandas específicas. Entretanto, uma vez que 44% dos

estudos analisados envolveram casos de Ansiedade social (especificamente "ansiedade social", "ansiedade de falar em público" ou "fobia social"), observou-se uma oportunidade de analisar o atendimento da TAC especificamente para tais casos. Vale ressaltar que a alta porcentagem destes casos na amostra se deu por acaso, isto é, sem que houvesse uma busca de literatura direcionada a estas demandas psicológicas. Este dado indica que, possivelmente, na TAC se tem atendido casos relacionados à "ansiedade social" com uma maior frequência em relação aos demais.

A seguir apresenta-se compreensões acerca do atendimento de casos relacionados a ansiedade social na TAC, que foram obtidas a partir da comparação do subgrupo "Ansiedade social" com o subgrupo "Demandas variadas", que serviu como "grupo controle" em relação ao subgrupo investigado. Ambos os subgrupos foram apresentados nos resultados da pesquisa.

Inicialmente, ressalta-se que assim como na investigação da amostra completa do estudo, os procedimentos aplicados nos atendimentos relacionados a "ansiedade social", a "frequência" de tais aplicações e as descrições das mesmas constam na seção de Resultados. Para além disso, apresenta-se de forma relativamente breve (por se tratar de conclusões exploratórias) conclusões que aprofundam a compreensão do atendimento da demanda psicológica em questão.

5.5.1 Formulação de casos relacionados a ansiedade social

Tratando da formulação de caso, foi observado que no subgrupo "Ansiedade social", utilizou-se instrumentos psicométricos ou medidas fisiológicas para avaliar estados emocionais dos clientes em 75% dos casos de ansiedade social, o que não ocorreu em nenhum atendimento do subgrupo "Demandas variadas". Nota-se que esse procedimento é muito relevante no atendimento de ansiedade social e que é fortemente associado a esta demanda psicológica, em comparação com outras; o que pode se dar pela importância acentuada que emoções, como medo e ansiedade, e comportamentos encobertos de "respostas de ansiedade" (como

aumento na frequência de batimentos cardíacos, sensações de falta de ar, entre outros) (ZAMIGNANI; BANACO, 2005), têm em casos de ansiedade social.

O mesmo se deu para a investigação de estímulos aversivos privados e do "repertório de enfrentamento", para a formação de hierarquia da magnitude de estímulos aversivos, para inserção de emoções do cliente em análises de contingências e para o poder do cliente para interromper procedimento, aplicando-se estes procedimentos em 50% dos casos de "Ansiedade social". Com isso, observa-se que estes procedimentos também são relevantes no atendimento de ansiedade social, e que são associados a tais atendimentos.

Além disso, o procedimento "Realização de linha de base" foi aplicado em todos os estudos do subgrupo "Ansiedade social", e em 25% do outro subgrupo. Nota-se em relação a este procedimento que ele é indispensável no atendimento de casos de ansiedade social, e que é associado a tais atendimentos, em relação aos demais.

No subgrupo investigado, as análises de tríplice contingência foram muito aplicadas (em 75% dos casos), enquanto no subgrupo "Demandas variadas", as mesmas foram realizadas apenas em 25% dos casos; o mesmo ocorreu em relação ao uso de Folhas de Registro Comportamental. As análises molares foram aplicadas em 75% dos casos em ambos os subgrupos, sendo aplicadas mais vezes em "Demandas variadas". A partir disso, compreende-se que ambas as análises de contingência, assim como as Folhas de Registro Comportamental, são centrais no atendimento de ansiedade social, e que as análises de tríplice contingência e as Folhas de Registro são especialmente ligadas a estes casos.

Além do exposto, notou-se que a estruturação prévia das sessões, assim como a flexibilidade neste planejamento, são centrais no atendimento de casos de ansiedade social.

5.5.2 Intervenções em casos relacionados a ansiedade social

Acerca dos procedimentos de intervenção dos casos de ansiedade social, os procedimentos de exposição a estímulos aversivos por Realidade Virtual e de

aumento gradual da aversividade foram aplicados em 75% dos casos, o procedimento de exposição "presencial", sem Realidade Virtual foi aplicado em 25% dos casos. Os três procedimentos citados não foram aplicados nenhuma vez no "subgrupo controle" (subgrupo de "Demandas variadas"). Compreende-se, portanto, que os procedimentos de exposição a estímulos aversivos são centrais no atendimento de ansiedade social na TAC, e que são fortemente associados a este tipo de demanda, em relação às demais, o que pode se dar devido à importância de processos respondentes (ZAMIGNANI; BANACO, 2005) em casos de ansiedade social, de forma que o procedimento de exposição pode gerar uma quebra no pareamento de estímulos aversivos (SKINNER, 1953) relacionados ao respectivo comportamento respondente. Além disso, constata-se que a tecnologia da Realidade Virtual é significativamente utilizada nesses atendimentos.

Os procedimentos de *role playing*, esclarecimento sobre o atendimento, treino de relaxamento e realização de avaliação funcional com cliente foram realizados em 50% dos caso de ansiedade social, e em nenhum caso do "subgrupo controle". Assim, se vê que são procedimentos relevantes no atendimento de ansiedade social, e que são ligados a esta demanda, em relação às demais.

Já os procedimentos "tarefa de casa", "Solicitação de auto-relato" e "fornecimento de regra referente a comportamento a ser emitido na atividade da sessão" foram aplicados 75% nos casos em questão, e 25% no "subgrupo controle"; de forma que constata-se que são procedimentos centrais no atendimento em questão, e que tem certo nível de ligação com estes tipos de casos em relação aos demais. A "psicoeducação" foi realizada em 50% no subgrupo investigado, e também em 25% no "subgrupo controle"; indicando uma conclusão semelhante, à aqui apontada porém menos expressiva.

Em 50% dos atendimentos em questão, houve fornecimentos de regras referentes a comportamentos a serem emitidos fora da sessão, enquanto estes foram realizados em 75% do subgrupo "Demandas variadas". Observa-se assim, que trata-se de um procedimento relevante para o atendimento de ansiedade social, e ainda mais importante para o atendimento de outras demandas psicológicas na TAC.

5.5.3 Avaliação de resultados de casos relacionados a ansiedade social

Abordando a avaliação de resultados, constatou-se que o uso de instrumentos psicométricos e a realização de follow-up foram aplicados em todos os casos relacionados à ansiedade social; no "subgrupo controle", o primeiro procedimento foi aplicado em 50% dos casos, e o segundo em 25%. É possível compreender a partir disso que estes procedimentos são absolutamente centrais no atendimento de ansiedade social na TAC, e que são relativamente associados a esta demanda, em relação às demais.

Os procedimentos de constatação da frequência do comportamento-alvo por Folha de Registro, avaliação subjetiva do terapeuta e avaliação do cliente sobre atendimento foram aplicados em metade dos casos de ansiedade social, e não o foram em nenhum caso do "subgrupo controle". Com isso, pode-se constatar que estes procedimentos são importantes no atendimento de ansiedade social da TAC, e associados à mesma. O embasamento em auto-avaliações do cliente apresentou uma disparidade similar (menos significativa, vide resultados) entre os grupos, gerando uma conclusão semelhante, porém menos expressiva.

Em 75% dos casos de ansiedade social, houve o embasamento no auto-relato vocal do cliente e a avaliação da frequência de comportamento-alvo; estes procedimentos foram aplicados com uma "frequência" similar no "subgrupo controle". Houve também uma proporção similar em relação à realização de medidas fisiológicas (presente em 50% dos casos de ansiedade social). Assim, observa-se que estes procedimentos são relevantes no atendimento de ansiedade social, assim como nos atendimentos da TAC de forma geral.

5.5.4 Conclusões gerais acerca do atendimento de casos de ansiedade social

Analisando-se amplamente o subgrupo de casos de ansiedade social, para além das conclusões acerca de cada "etapa" do atendimento, compreende-se que

no atendimento de TAC destes casos, os instrumentos psicométricos (inventários, questionários e escalas) são importantes tanto na formulação de caso quanto na avaliação de resultados. Percebe-se também que nos atendimentos em questão, os relatos do cliente são relevantes em todos os âmbitos do atendimento, e hipotetiza-se que a constatação da frequência da emissão de comportamentos-alvo do cliente se dê através dos relatos deste. A linha de base também mostrou-se indispensável na formulação de caso e como parte inicial de avaliações dos resultados dos casos de ansiedade social.

Além disso, constata-se que procedimentos de exposição a estímulos aversivos são muito centrais nestes atendimentos, e que as regras referentes a comportamentos a serem emitidos em sessão envolvem majoritariamente os comportamentos de exposição a tais estímulos. Ainda, hipotetiza-se que os procedimentos de exposição foram formulados sobretudo com base em análises de tríplice contingência, e que as Folhas de Registro Comportamental, assim como os relatos do cliente, basearam estas análises.

Ademais, acerca da duração dos atendimentos relacionados à ansiedade social, constatou-se que estes eram (relativamente) significativamente curtos, tendo uma média de 16 sessões, enquanto os do "subgrupo controle" tiveram 25 sessões; compreendendo-se que demandas de ansiedade social são "suficientemente atendidas" em tratamentos mais curtos que de outras demandas psicológicas.

Por fim, aponta-se que há no presente estudo a hipótese de que os procedimentos identificados no subgrupo "Ansiedade social" (sobretudo os mais aplicados neste) constituem o tratamento da TAC para casos de ansiedade social.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apontado no presente estudo, a Análise do Comportamento tem desde sua origem um forte comprometimento com a sustentação empírica dos seus procedimentos, de forma que era esperado que a TAC tivesse consistentes evidências empíricas de eficácia. Entretanto, foi constatado na revisão sistemática de Leonardi (2016) que a TAC ainda carece de tais evidências. Dessa forma, há um problema importante na medida em que a TAC é amplamente aplicada na Análise do Comportamento Clínica brasileira, mesmo não tendo sido possível até agora determinar a eficácia desta psicoterapia.

Este problema precisa ser solucionado. É fundamental que na AC, e na Psicologia de forma geral, aplique-se procedimentos que tenham comprovação de eficácia, em outras palavras, que comprovadamente funcionem. Para isso, Leonardi (2016) apontou três possíveis caminhos, descritos no presente estudo, para que a atuação dos psicoterapeutas analítico-comportamentais passe a se pautar em evidências empíricas de eficácia, um deles envolveu sistematizar a TAC, especificando operacionalmente seus procedimentos, para posteriormente pesquisá-la experimentalmente. O presente estudo teve o objetivo de avançar neste caminho.

Acredita-se que, através da identificação e descrição dos procedimentos de TAC aplicados na amostra do presente estudo, este contribuiu como um passo a mais no caminho apontado acima. Entretanto, como já afirmado, não foi possível produzir uma descrição completamente operacional do que consistiram os procedimentos identificados, uma vez que de forma geral, os estudos analisados não tinham uma descrição precisa e detalhada de seus procedimentos. Com isso, sugere-se para futuras pesquisas clínicas de TAC: ao descrever procedimentos padronizados, utilizar nomenclaturas já descritas na literatura, evitando nomenclaturas inexatas; e ao descrever outros procedimentos, o fazer da forma mais precisa, clara e detalhada possível.

Espera-se também que a área da ACC e da TAC, de forma ampla, passe a se engajar na tarefa de construir uma sistematização plenamente operacional dos procedimentos da TAC, em outras palavras, um manual desta psicoterapia. Tal

objetivo pode, e deve, ser alcançado a partir do engajamento de pesquisadores, profissionais e instituições de pesquisa de Análise do Comportamento. Como apontado no presente estudo, já há laboratórios de pesquisa, da Universidade de São Paulo, do Centro Paradigma de Ciências e Tecnologia do Comportamento, da Universidade Federal do Paraná, da Universidade Estadual Paulista, entre outros (LEONARDI; MEYER, 2016), comprometidos com a produção de evidências da TAC. Assim, entende-se que o caminho para tal produção de evidências já foi iniciado, sendo importante atualmente, entretanto, uma priorização deste tópico de pesquisa na ACC.

Acredita-se que o presente estudo pode auxiliar no caminho da construção de um manual da TAC, possivelmente tornando essa trajetória mais breve. Uma possibilidade de construção desta sistematização foi apontada na Introdução do presente estudo, a qual inicia-se com a discussão com especialistas na TAC para levantar os elementos centrais que a caracterizam; entende-se que o presente trabalho, sobretudo a seção de Resultados, pode servir como um material-base para iniciar tal discussão, por exemplo, perguntando-se aos especialistas quais alterações eles fariam na lista de procedimentos identificados na presente pesquisa, de forma que a lista representasse ao máximo a TAC; ou questionando o que estes especialistas acrescentariam nas descrições dos procedimentos apresentadas no presente estudo para que tais descrições estivessem idealmente detalhadas e precisas.

Além disso, o presente trabalho apresentou como contribuição uma identificação e descrição de procedimentos aplicados em casos de ansiedade/fobia social; sendo esta uma demanda psicológica/diagnóstico específica para a qual, partindo do presente estudo, possivelmente pode-se iniciar a produção de um protocolo de tratamento da TAC (tendo aprofundamentos e detalhes dos achados da presente pesquisa).

Outros delineamentos de pesquisa que colaborem com a construção da sistematização da TAC são também extremamente bem-vindos, e compreende-se que, possivelmente, o presente trabalho pode contribuir com estas outras pesquisas.

Espera-se que o presente trabalho tenha contribuído com o avanço da TAC e com a Psicologia Baseada em Evidências, colaborando para que a TAC futuramente

venha a ser uma prática psicoterápica empiricamente sustentada, sendo inserida no "rol" da Prática Baseada em Evidências.

Reitera-se, finalizando o presente trabalho, que apesar de relativamente longo e trabalhoso, o caminho da construção de evidências da TAC é indispensável para que a atuação dos psicoterapeutas analítico-comportamentais passe a se pautar em evidências empíricas de eficácia, e, portanto, fundamental para que a Análise do Comportamento avance como ciência e profissão; e de forma ainda mais importante, para que os analistas do comportamento, ao ofertarem serviços à população, diminuam o sofrimento e promovam o bem-estar dos indivíduos atendidos com a maior eficácia possível.

REFERÊNCIAS

- ANDERY, M. A. P. A.; MICHELETTO, N.; SÉRIO, T. M. A. P. Modo causal de seleção por consequências e a explicação do comportamento. In: Andery, M. A. P. A.; Sério, T. M. A. P.; Micheletto, N. (orgs.), **Comportamento e causalidade**. Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento – PUCSP, 2007. p. 31-48.
- APA PRESIDENTIAL TASK FORCE ON EVIDENCE-BASED PRACTICE. **Evidence-Based Practice in Psychology**. American Psychologist, v. 61, n.4, p. 271-285, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>.
- AREÁN, P. A.; KRAEMER, H. C. High quality psychotherapy research: From conception to piloting to national trials. **Oxford University Press**. , [S. l.], 2013.
- BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, (S. l.), v. 56, p. 893–897, 1988.
- BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. (GORESTEIN, W. Y. et al. Trans.). **Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- BEHAVIOR ANALYST CERTIFICATION BOARD. **Guidelines for responsible conduct for behavior analysts**, (S. l.), 2010. Disponível em: <http://www.bacb.com/index.php?page=57>. Acesso em: 15 jun. 2021.
- BERNARDES, L. A. Automonitoramento como fonte de avaliação para atendimento de paciente com sobrepeso. **Comportamento em Foco**, (S. l.), v. 3, p. 179–186, 2014.

BEUTLER, L. E. Identifying empirically supported treatments: what if we didn't? **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, (S. l.), v. 66, p. 113-120, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.113>.

BIAGGIO, A. M. B.; Natalício, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada, 1979.

BOLSONI-SILVA, A. T. **Como enfrentar os desafios da universidade**. São Carlos: Suprema, 2009a.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais de universitários: procedimentos de intervenção na perspectiva da Análise do Comportamento. In: WIELENSKA, R. C. (Org.). **Sobre Comportamento e Cognição: Desafios, soluções e questionamentos**. Santo André: ESETEC Editores Associados, 2009b, p. 21-52.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. Questionário de Habilidades Sociais para Universitários discriminando características para fobia social e déficits interpessoais. In: **Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica**, Campinas. Anais do Congresso de Avaliação Psicológica – IBAP, 2009, p. 464.

CANALI, B. Z. **Avaliação de um procedimento analítico-comportamental com exposição à realidade virtual para intervenção em ansiedade social**. 2018. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

CONNOR et al. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). **Br J Psychiatry**, (S. l.), v. 176, p. 379–386, 2000.

CRITCHFIELD, T. S. Punishment: Destructive force or valuable social “adhesive”? **Behavior Analysis in Practice**, (S. l.), v. 7, p. 36-44, 2014. DOI:10.1007/s40617-014-0005-4.

DA ROCHA, J. F. **Efeitos de uma intervenção comportamental com treino de habilidades sociais para universitários com fobia social**. 2012. Dissertação

(Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2012.

DE ABREU, M. C.; DA SILVEIRA, J. M. Verificação dos Prováveis Efeitos da Metáfora em um Processo Terapêutico Analítico-Comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, (S. l.), v. 19, n. 1, p. 4–17, 2017.

DEL BEN C.M. et al. Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica” traduzida para o português. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 3, p. 156-159, 2001.

DEL PRETTE, G.; ALMEIDA, T. A. C. **O uso de técnicas na clínica analítico-comportamental**. In: BORGES, N. B. et al. (org.). Porto Alegre : Artmed, 2012. p. 147–159.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A; BARRETO, M. C. M. Análise de um Inventário de Habilidades Sociais (IHS) em uma amostra de universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, (S. l.), v. 14, n. 3, p. 219–228, 1998.

DOS SANTOS, G. A. R. **Terapia analítico-comportamental: sistematização da definição com base em introduções de textos empíricos**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

EIFERT, G. H.; FORSYTH, J. P. **Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders**. Oakland: New Harbinger, 2005.

GOBI, B. **Intervenções psicoterapêuticas com idosos na abordagem analítico-comportamental**. 2020. Dissertação - Versão Resumida (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2020.

GUILHARDI, H. J. Tudo se deve às consequências. **Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento**, Campinas, 2003. Disponível em: http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/helio/tudo_consequencias.pdf. Acesso em 18 jun. 2021.

HATHAWAY, S.R.; MCKINLEY, J.C. (Benkö, A.; SIMÕES, R. J. P. Trans.). **Inventário Multifásico Minesota de Personalidade Manual**. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada, 1971.

HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. **Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change**. New York: The Guilford Press, 1999.

HUBNER, M. M. C. Comportamento verbal e prática clínica: parte III. *In*: KERBAUY, R. R.; WIELENSKA, R. C. (org.). **Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação**. Santo André: Arbytes, 1999.

KOHLBERG, R. J.; TSAI, M. **Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships**. New York: Plenum, 1991.

LAMBERT, M. J. et al. **Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ45.2)**. *Wilmington: American Professional Credentialing Services*, 1996.

LEAF, R.; MCEACHIN, J. (Orgs.). **A work in progress: Behavior management strategies and a curriculum for intensive behavioral treatment of autism**. New York: DRL Books, 1999.

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

DOI:10.18761/pac.2015.027.

Disponível

em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pac/v6n2/v6n2a04.pdf>. Acesso em 18 jun. 2021.

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

LEONARDI, J. L. Métodos de pesquisa para o estabelecimento da eficácia das psicoterapias. **Interação em Psicologia**, (S. l.), 2017a.

LEONARDI, J. L. Reflexões sobre a terapia analítico-comportamental no contexto da prática baseada em evidências e possibilidades de atuação em análise do comportamento clínica. **Acta Comportamentalia**, (S. l.), v. 25, 2017b.

LEONARDI, J. L.; MEYER, S. B. Evidências de eficácia e o excesso de confiança translacional da análise do comportamento clínica. **Temas em Psicologia**, (S. l.), 2016.

LIEBOWITZ, M. Social phobia. In: LIEBOWITZ, M. (org.). **Modern problems of pharmacopsychiatry**. 1987, p. 141–173.

LINEHAN, M. M. **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder**. New York: Guilford, 1993.

LUOMA, J. B.; HAYES, S. C.; WALSER, R. D. **Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists**. Oakland: New Harbinger Publications, 2007.

MARTELL, C. R.; DIMIDJIAN, S.; HERMAN-DUNN, R. **Behavioral activation for depression: A clinician's guide**. New York: Guilford Press, 2013.

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

MORAES, P.; MARTINS DA SILVEIRA, J. Prática baseada em evidências e produção brasileira em Análise do Comportamento Clínica. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, (S. l.), v. 21, n. 4, p. 472-486, 2019. Disponível em: <http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/1236>. Acesso em: 17 jun. 2021.

NEIL DEGRASSE TYSON. **Twitter account**. 2013.

NENO, S. **Tratamento padronizado: Condicionantes históricos, status contemporâneo e (in) compatibilidade com a terapia analítico-comportamental**. 2005. Tese (Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) - Universidade Federal do Pará, Belém, 2005.

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

ORTEGA, C. M. **Exposição à realidade virtual como forma de diminuir a ansiedade de falar em público**. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

PERANDRÉ, Y. H. T.; HAYDU, V. B. Um Programa de Intervenção para Transtorno de Ansiedade Social com o Uso da Realidade Virtual. **Temas em Psicologia**, (S. l.), v. 26, n. 2, p. 851–866, 2018.

PILATI, R. **Ciência e pseudociência: por que acreditamos naquilo em que queremos acreditar**. São Paulo: Editora Contexto, 2018.

SCEMES, S. et al. Fobia de deglutição: discussão analítico-comportamental de seus determinantes e da amplitude da mudança. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, (S. l.), v. 13, n. 1, p. 37–51, 2011.

SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. Campinas: Editorial Psy., 1995.

SIMÕES FILHO, E. F. **Manejo de metáforas em psicoterapia analítico-comportamental**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano**. (Todorov, J. C.; Azzi, R. trads.). São Paulo: EPU, 1953.

SKINNER, B. F. **Verbal Behavior**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1957.

SKINNER, B. F. **Walden II: uma sociedade do futuro**. . São Paulo: EPU, 1969.

SILVARES, E. F. M.; MEYER, S. B. Análise funcional da fobia social em uma concepção behaviorista radical. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 329-334, 2000.

STILES, W. B. Case studies. In: NORCROSS, J. C.; BEUTLER, L. E.; LEVANT, R. F. (Orgs.), **Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions**. Washington: American Psychological Association, 2006, p. 57-64.

TROWER, P.; BRYANT, B.; ARGYLE, M. **Social skills and mental health**. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1978.

TSAI, M. et al. **A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism**. New York: Springer, 2009.

VAN HOUTEN, R. et. al. The right to effective behavioral treatment. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 21, p. 381-384, 1988. DOI:10.1901/jaba.1988.21-381.

WILSON, K. G.; LUCIANO, C. **Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores**. Madrid: Pirámide, 2002.

ZAMIGNANI, D. R. **O desenvolvimento de um sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica**. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ZAMIGNANI, D.; BANACO, R. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, (S. l.), v. 3, n. 1, p. 77-92, 2005.

ZAMIGNANI, D. R.; SILVA NETO, A. C. P.; MEYER, S. B. Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: A terapia analítico-comportamental. **Boletim Paradigma**, v. 3, p. 9-16, 2008. Disponível em: <http://www.nucleoparadigma.com.br/mac/upload/arquivo/Boletim2008.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

ZAMIGNANI, D. R.; VILAS BOAS, D. de L. O.; CALIXTO, F. Editorial: Em busca de evidências empíricas das terapias analítico-comportamentais. **Perspectivas Em Análise Do Comportamento**, v. 10 n. 1, p. 1-6, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18761/PAC.TAC.2019.001>. Disponível em: <https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/572>. Acesso em: 18 jun. 2021.