

O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico

The place of behavioral-analytic therapy in the international scenario of behavioral therapies: a historical overview

El lugar de la terapia analítica-conductual en el escenario internacional de las terapias conductuales: una visión histórica

Jan Luiz Leonardi¹

[1] Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento e Universidade de São Paulo | **Título abreviado:** Terapia analítico-comportamental no cenário internacional | **Endereço para correspondência:** Rua Cardoso de Almeida, 977 - Apto 151 CEP: 05013-001. São Paulo - SP | **Email:** janleonardi@gmail.com | DOI: 10.18761/pac.2015.027

Resumo: Ao longo do século XX, o termo *terapia comportamental* foi utilizado para se referir a diferentes modalidades de prática clínica, sem que houvesse, muitas vezes, qualquer afinidade filosófica, conceitual ou metodológica entre elas. Com o intuito de distinguir a prática psicoterápica exercida por analistas do comportamento dessa eclética terapia comportamental, o termo *análise do comportamento clínica* (*clinical behavior analysis*, no original) foi criado, mas diferentes modelos surgiram dentro desse movimento, tais como *psicoterapia analítica funcional*, *terapia de aceitação e compromisso*, *terapia de ativação comportamental*, *terapia comportamental dialética*, entre outros. Paralelamente, no Brasil, o termo *terapia analítico-comportamental* foi cunhado no início do século XXI para uniformizar o nome da prática clínica fundamentada na filosofia do behaviorismo radical e na ciência da análise do comportamento que vinha sendo praticada nesse país desde o início da década de 1970. Essa grande diversidade de nomes, modelos e práticas de terapia comportamental somente pode ser compreendida com algum conhecimento das origens e momentos de transformação da terapia comportamental. Em vista disso, o presente artigo tem por objetivo apresentar, de modo introdutório e didático, a história das terapias comportamentais e analisar de que modo a terapia analítico-comportamental se insere nesse cenário.

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

Abstract: Throughout the 20th century, the term *behavior therapy* was used to refer to different types of clinical practice, often without there being any philosophical, conceptual or methodological affinity between them. In order to distinguish the psychotherapeutic practice exercised by behavior analysts from this eclectic behavior therapy, the term *clinical behavior analysis* was created, but different models emerged within this movement, such as *functional analytic psychotherapy*, *acceptance and commitment therapy*, *behavioral activation*, *dialectical behavior therapy*, among others. In parallel, in Brazil, the term *behavioral-analytic therapy* was coined in the early 21st century to standardize the name of the clinical practice based on the philosophy of radical behaviorism and on the science of behavior analysis that had been practiced in this country since the beginning of the 1970s.. This great diversity of names, models and practices of behavior therapy can only be understood with some knowledge of the origins and moments of transformation of behavior therapy. Thus, this paper aims to present, in an introductory and didactic way, the history of the behavioral therapies and analyze how the behavioral-analytic therapy participates in this scenario.

Keywords: clinical behavior analysis; behavioral-analytic therapy; behavior therapy; history

Resumen: A lo largo del siglo XX, se utilizó el término *terapia conductual* para referirse a diferentes tipos de práctica clínica, a menudo sin que haya alguna afinidad filosófica, conceptual o metodológica entre ellos. Para distinguir la práctica psicoterapéutica ejercida por los analistas del comportamiento de esta terapia conductual ecléctica, el término *análisis de conducta clínico* (*clinical behavior analysis* en el original) fue creado, pero diferentes modelos surgieron dentro de este movimiento, como la *psicoterapia analítico-funcional*, *terapia de aceptación y compromiso*, la *activación conductual*, la *terapia dialéctica conductual*, entre otros. En paralelo, en Brasil, el término *terapia analítica-conductual* fue acuñado a principios del siglo XXI para estandarizar el nombre de la práctica clínica basada en la filosofía del conductismo radical y la ciencia del análisis de la conducta que se había sido practicada en este país desde el comienzo de la década de 1970. Esta gran diversidad de nombres, modelos y prácticas de terapia conductual sólo se puede entender con un poco de conocimiento de los orígenes y momentos de transformación de la terapia conductual. Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo presentar, de manera introductoria y didáctica, la historia de las terapias conductuales y analizar cómo se incluye la terapia analítica-conductual en este escenario.

Palabras-clave: análisis clínico de comportamiento; terapia analítica-conductual; terapia conductual; historia

Desde que Lindsley, Skinner e Solomon (1953) utilizaram a expressão *terapia comportamental* pela primeira vez, uma miríade de práticas foram agrupadas sob esse rótulo sem que houvesse, muitas vezes, qualquer afinidade filosófica, conceitual ou metodológica entre elas (Kazdin, 1978; Nolasco, 2002; O'Donohue, 1998).

É possível encontrar na literatura, tanto nacional quanto internacional, nomes como *modificação do comportamento*, *análise do comportamento aplicada*, *terapia cognitivo-comportamental*, *terapia comportamental-cognitiva*, *psicoterapia analítica funcional*, *terapia de aceitação e compromisso*, *terapia de ativação comportamental*, *terapia comportamental dialética*, entre outros (cf. Barcellos & Haydu, 1995; Nolasco, 2002; Pérez-Álvarez, 2006, 2012). Além disso, o último quarto do século XX testemunhou a criação e o desenvolvimento de uma prática clínica exclusivamente brasileira, chamada (atualmente) de *terapia analítico-comportamental* (TAC) (Zamignani, Silva Neto & Meyer, 2008).

Essa grande diversidade de nomes, modelos e práticas de terapia comportamental costuma gerar confusão quanto à identidade da prática clínica dos analistas do comportamento (se é que existe uma) e somente pode ser compreendida com algum conhecimento das origens e momentos de transformação da história da terapia comportamental, isto é, a partir do passado do qual essa multiplicidade é fruto. Em vista disso, o presente artigo tem por objetivo apresentar, de modo introdutório e didático, a história das terapias comportamentais, explicitando o modo pelo qual a TAC se insere nesse cenário.

Uma Breve História das Terapias Comportamentais

A criação do modelo comportamental de intervenção clínica seguiu a mesma estratégia que havia se mostrado bem-sucedida em outras ciências: extrapolar princípios validados empiricamente na pesquisa básica para a resolução de problemas aplicados. Assim, da mesma forma que a medicina se baseava em fisiologia e microbiologia e a enge-

nharia em física e química, a tese defendida pelos pioneiros da terapia comportamental era a de que qualquer intervenção deveria partir do entendimento científico dos processos comportamentais básicos, o que representou uma forte oposição à psicologia clínica vigente na época (O'Donohue, 1998).

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

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

los com propriedades físicas em comum com o rato branco (e.g., coelho, casaco de pele), o que demonstrou generalização de sua reação emocional¹.

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

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

introduzidas por Wolpe (1954, 1958) na África do Sul e por Eysenck (1960, 1964) na Inglaterra.

Entre as décadas de 1930 e 1950, período em que procedimentos terapêuticos baseados no paradigma respondente estavam sendo desenvolvidos e utilizados, Skinner (e.g., 1938/1991) dedicava-se ao estudo do comportamento operante. Após realizar diversos experimentos com ratos e pombos, Skinner descobriu processos comportamentais básicos, como reforçamento, discriminação, etc.

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

Ao longo das décadas de 1950 e 1960, diversas universidades e hospitais psiquiátricos tornaram-se centros de pesquisa do condicionamento operante, tais como Metropolitan State Hospital, Harvard University, University of Washington, Indiana University School of Medicine, entre outros. Distribuídos nessas instituições, pesquisadores como Azrin, Baer, Bijou, Ferster, Goldiamond, Lindsley, Lovaas, Staats e Skinner investigaram o efeito de diferentes condições de controle antecedente e consequente sobre diversas respostas operantes em crianças e adultos com e sem psicopatologias, comprovando que a explicação, previsão e controle do comportamento dos seres humanos

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

eram muito similares aos observados em ratos e pombos. Esse foi o ponto de partida para o desenvolvimento de procedimentos de modificação de comportamentos com relevância clínica, conforme explica Kazdin (1978):

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

A expressão *análise do comportamento aplicada* (do inglês, *applied behavior analysis*) é empregada para referir dois campos distintos de atuação do analista do comportamento: (1) a pesquisa aplicada, que consiste no uso dos princípios comportamentais básicos para produzir conhecimento sobre procedimentos de modificação de comportamentos humanos socialmente relevantes; (2) a prestação de serviços, que consiste na aplicação do conhecimento científico oriundo das pesquisas experimental e aplicada com o intuito de prevenir e remediar problemas comportamentais humanos nas áreas da saúde mental, educação, trabalho, entre outras (Carvalho Neto, 2002; Tourinho & Sério, 2010).

Em um artigo publicado no primeiro volume do *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA), Baer, Wolf e Risley (1968) demarcaram os critérios que uma pesquisa aplicada em análise do comportamento deveria atender. São eles: (1) *aplicada*: os comportamentos envolvidos devem ser socialmente relevantes e a análise deve levar em consideração as mudanças a curto e longo prazos, tanto para o indivíduo quanto para o grupo social; (2) *comportamental*: a pesquisa deve estar comprometida com aquilo que o indivíduo faz e não apenas com o que ele relata fazer; portanto, o comportamento deve

ser observado e medido em suas propriedades; (3) *analítica*: deve-se identificar as relações de dependência entre as respostas do indivíduo, os contextos em que ocorrem (eventos antecedentes) e seus efeitos no mundo (eventos consequentes), isto é, deve-se identificar as variáveis que controlam determinado responder; (4) *tecnológica*: a aplicação deve ser operacionalizada, implementada e descrita de forma clara e detalhada, permitindo que qualquer pesquisador da área consiga replicá-la; (5) *conceitual*: o procedimento de coleta e análise de dados devem estar embasados nos pressupostos filosóficos do behaviorismo radical e nos princípios teóricos e metodológicos da análise do comportamento; (6) *eficaz*: a aplicação deve alterar o comportamento para melhor, sendo que são os participantes da intervenção e os membros da sociedade que avaliam a mudança, e não o pesquisador; (7) *generalizável*: a mudança comportamental deve persistir ao longo do tempo e em diversos ambientes, além de se estender para outras respostas da mesma classe (a generalização não deve ser meramente esperada, mas sim planejada).

Um exemplo de pesquisa aplicada, ilustrativo do lugar intermediário que ela ocupa entre a pesquisa básica e a intervenção, é o estudo de Ayllon, Layman e Kandel (1975). Após registrarem a frequência de comportamentos hiperativos (correr, pular, gritar, sacudir objetos, virar excessivamente as folhas do caderno, destruir objetos, movimentar-se em excesso) e a quantidade de acertos em matemática e em leitura de crianças que utilizavam metilfenidato como tratamento para hiperatividade, os pesquisadores suspenderam o uso da droga durante três dias e notaram que os comportamentos hiperativos aumentaram abruptamente de frequência (revelando o papel da droga como variável de controle) e que as habilidades acadêmicas permaneceram inalteradas. Em seguida, ainda na ausência do metilfenidato, os pesquisadores introduziram na sala de aula um procedimento em que cada resposta correta em matemática era recompensada por uma ficha que, posteriormente, poderia ser trocada por diferentes reforçadores, como tempo livre, doces, materiais escolares, entre outros. Depois de aplicar esse procedimento por seis dias, os pesquisadores passaram a dar uma ficha também para cada resposta correta de leitura. Ao fim dos 12 dias de in-

tervenção, a frequência de respostas corretas nessas disciplinas quadruplicou e a frequência de comportamentos hiperativos diminuiu para os mesmos níveis do uso do medicamento, sugerindo que, para aquelas crianças, a intervenção comportamental foi mais eficaz do que o tratamento farmacológico.

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

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

predominava uma avaliação paradoxal da terapia comportamental, coexistindo um interesse geral pelas suas técnicas, de eficácia cada vez

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

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

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

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

As décadas de 1970 e 1980 testemunharam uma gigantesca expansão das terapias comportamentais, com a publicação de inúmeros livros, surgimento de periódicos científicos e fundação de associações profissionais, mas, devido à mistura de teorias e técnicas, o campo ficou extremamente fragmentado. Nesse cenário, os princípios teórico-conceituais da análise do comportamento e sua filosofia seletiva foram abandonados quase completamente na prática clínica de consultório, embora estivessem acumulando cada vez mais evidências de eficácia nas pesquisas em análise do comportamento aplicada. Certamente, a pouca atenção dada pelos analistas do comportamento às queixas clínicas típicas de indivíduos verbalmente competentes e o estabelecimento da eficácia da terapia cognitivo-comportamental em ensaios clínicos randomizados contribuíram para isso (Barbosa & Borba, 2010; Hayes, 2004; Kohlenberg, Hayes & Tsai, 1993; Pérez-Álvarez, 2006).

No fim dos anos 1980, então, a prática das terapias comportamentais estava dividida: analistas do comportamento trabalhavam em ambientes institucionais com problemas severos de comportamento e terapeutas cognitivo-comportamentais atuavam no consultório intervindo sobre as mais variadas queixas clínicas. Esse cenário começou a mudar no início da década de 1990 quando alguns

analistas do comportamento dos Estados Unidos da América buscaram desenvolver um modelo de psicoterapia consistente com os pressupostos da análise do comportamento e distingui-lo da eclética terapia comportamental, o que culminou no surgimento da *análise do comportamento clínica* (CBA, do inglês *clinical behavior analysis*).

A CBA foi definida como um ramo da análise do comportamento aplicada que se distingue pelos tipos de clientes atendidos, problemas clínicos abordados, procedimentos utilizados e ambiente no qual a intervenção é conduzida (Guinther & Dougher, 2013; Kohlenberg, Hayes & Tsai, 1993; Kohlenberg, Tsai & Dougher, 1993). Porém, alguns autores (Hayes, 2004; Pérez-Álvarez, 2006, 2012) explicam que a CBA não indica ou é representada por uma única terapia, mas abarca diversas modalidades terapêuticas (às vezes referidas como *terapias comportamentais de terceira onda*), a saber: *terapia de aceitação e compromisso* (ACT, do original *acceptance and commitment therapy*; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), *psicoterapia analítica funcional* (FAP, do original *functional analytic psychotherapy*; Kohlenberg & Tsai, 1991), *terapia comportamental dialética* (DBT, do original *dialectical behavioral therapy*; Linehan, 1993a, 1993b), *ativação comportamental* (BA, do original *behavioral activation*; Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2013), *terapia comportamental integrativa de casais* (IBCT, do original *integrative behavioral couples therapy*; Christensen, Jacobson & Babcock, 1995), e *terapia cognitiva baseada em mindfulness* (MBT, do original *mindfulness-based cognitive therapy*; Segal, Teasdale & Williams, 2002).

Assim, embora o movimento intitulado CBA possa ter sugerido um avanço para aqueles que buscavam exercer uma prática psicoterápica embasada na análise do comportamento (uma vez que seria um retorno da terapia comportamental às características essenciais dessa abordagem), ele acabou culminando na criação de diferentes modalidades de prática clínica, repetindo, mais uma vez, a história de ecletismo da terapia comportamental.

Por fim, é importante observar que, quando se postula que ACT, FAP, DBT, BA, IBCT e MBT fazem parte de um movimento intitulado *análise do comportamento clínica*, sugere-se, à primeira vista, que todas essas modalidades de terapia são embasadas nos fundamentos filosóficos, conceituais, metodológicos e

empíricos da análise do comportamento. No entanto, tal postulado requer uma análise aprofundada, mas, ainda que de extrema relevância para o avanço da área, está fora do escopo do presente artigo.

Uma Breve História da Terapia Analítico-Comportamental

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

Em 1969, a primeira turma de psicologia da Universidade Católica de Campinas, que cursava o último ano da graduação, manifestou interesse em aplicar os princípios da análise experimental do comportamento à clínica, o que levou o professor Luiz Otávio de Seixas Queiroz a criar um estágio supervisionado intitulado *Modificação do Comportamento*. No fim desse ano, Luiz Otávio de Seixas Queiroz e seus alunos Hélio Guilhardi, Ana Teresa de Abreu Ramos, Maria Elisa Cardoso Guimarães, Erb Luís Lente Cruz e Ilka da Veiga Moroni fundaram a primeira clínica do Brasil com tratamentos embasados na análise do comportamento (Batista, Ferrari & Laloni, 2005; Guilhardi, 2003).

Na mesma época, em São Paulo, os alunos de análise experimental do comportamento da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras Sedes Sapientiae (que mais tarde se tornaria PUC-SP) começaram a solicitar aulas sobre intervenção. Para atender a essa demanda, a professora Rachel Kerbauy convidou o norte-americano Michael Mahoney para ministrar treinos em análise do comportamento aplicada, com aulas teóricas e supervisão (Rangé & Guilhardi, 1995). Ao comentar sobre esse período, Guilhardi (2003) lembra que

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

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

Pode-se observar, portanto, que a história das terapias comportamentais no Brasil seguiu um percurso diferente em relação ao desenvolvimento dos modelos terapêuticos de origem internacional. Os autores da CBA construíram suas propostas clínicas a partir de uma crítica ao internalismo das terapias cognitiva e cognitivo-comportamental, retomando, em tese, as raízes externalistas e selecionistas da análise do comportamento. Os analistas do comportamento brasileiros, por sua vez, transpuseram para o âmbito da psicoterapia seu conhecimento acerca dos processos básicos constitutivos dos fenômenos comportamentais, incluindo a abordagem Skinneriana ao comportamento verbal (Skinner, 1957/1992) e à subjetividade (e.g., Skinner, 1945, 1953/1965, 1974/1976), muito antes de as terapias cognitiva e cognitivo-comportamental se tornarem conhecidas ou praticadas neste país. Como explica Vandenberghe (2011):

Nos Estados Unidos, a aplicação plena de uma visão externalista na prática de consultório ocorreu depois que a terapia cognitivo-comportamental (internalista) já tinha sido estabelecida com firmeza. Foi uma contribuição inovadora [da CBA] propor uma prática clínica coerentemente externalista. A situação brasileira foi bem diferente. No Brasil, a tradição comportamental aderiu desde cedo à análise Skinneriana e a terapia comportamental se desenvolveu dentro da comunidade verbal behaviorista radical. . . . Por isso, o externalismo não constituiu uma inovação na terapia comportamental brasileira. Os terapeutas comportamentais no país não precisaram esperar a FAP e a ACT para assumir uma visão externalista. . . . Observamos, então, uma cronologia invertida. A terceira onda apareceu no cenário internacional depois da terapia cognitivo-comportamental. O modelo cognitivo e as técnicas da terapia cognitiva estavam amplamente aceitos como a forma ortodoxa de tratar transtornos de ansiedade e de humor. Os autores da terceira onda construíram sua abordagem a partir de uma crítica externalista às práticas existentes. Eles continuaram atuando basicamente como o fizeram os clínicos da segunda onda, mas trocaram o modelo cognitivo por um modelo contextualista, inspirado no behaviorismo radical. . . . No Brasil, a sequência foi diferente. A terapia cognitivo-comportamental se tornou uma força importante quando a terapia comportamental de cunho behaviorista radical já estava bem desenvolvida. (pp. 35-36)

Ao longo de seu desenvolvimento, diversas terminologias foram utilizadas para se referir à prática clínica brasileira de base behaviorista radical, tais como *psicoterapia comportamental* (e.g., Barcellos & Haydu, 1995; Lettner & Rangé, 1988), *terapia comportamental* (e.g., Guedes, 1993; Meyer, 1995) e *psicologia clínica comportamental* (e.g., Silveiras, 2000/2012). Entretanto, nos anos 1990 e 2000, analistas do comportamento brasileiros questionavam se essas denominações eram suficientes para representar sua atuação, uma vez que estavam muito associadas às técnicas respondentes e eram frequentemente confundidas com a terapia cognitivo-comportamental (Zamignani, Silva Neto & Meyer, 2008).

Por essa razão, Tourinho e Cavalcante propuseram, em 2001, o uso do termo *terapia analítico-comportamental*, que se tornou consenso entre terapeutas de diferentes regiões do Brasil como a melhor denominação para qualificar sua prática profissional, por especificar, já em seu nome, as bases filosóficas, conceituais e metodológicas que a sustentam². Deve-se ressaltar que a criação do termo não teve a intenção de propor uma nova modalidade de terapia, mas apenas uniformizar o nome da prática clínica fundamentada na ciência do comportamento Skinneriana que vinha sendo praticada no Brasil desde o início da década de 1970 (Zamignani, Silva Neto & Meyer, 2008).

Enfim, como explica Vandenberghe (2011), a TAC foi desenvolvida no Brasil por um grupo de terapeutas que estenderam os fundamentos filosóficos do behaviorismo radical e os princípios básicos da análise experimental do comportamento para o âmbito da psicoterapia. Dessa forma, quando a CBA começou a aparecer no fim da década de 1980 e começo da década de 1990 nos Estados Unidos da América, uma terapia comportamental de base Skinneriana já estava bem solidificada no Brasil.

Por fim, deve-se destacar que o termo criado no Brasil para identificar a terapia comportamental de base behaviorista radical – *terapia analítico-comportamental* – é desconhecido no resto do mundo. Por exemplo, em uma busca realizada no Google Acadêmico em setembro de 2015 com as expressões “*behavior-analytic therapy*”, “*behavioral-analytic therapy*” e “*analytical-behavioral therapy*” (algumas traduções possíveis para *terapia analítico-comportamental*), foram identificados quase que exclusivamente artigos de autores brasileiros que utilizaram tais expressões no resumo ou nas palavras-chave. Em poucas palavras, o termo cunhado no Brasil não é conhecido e utilizado fora dele, o que, naturalmente, dificulta a inserção da produção de conhecimento sobre terapia dos analistas do comportamento deste

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

país em outros lugares do mundo e, conseqüentemente, o diálogo entre as diversas modalidades de terapia comportamental já desenvolvidas.

Considerações Finais

Definir tanto a TAC como a CBA como terapias fundamentadas na filosofia do behaviorismo radical e na ciência da análise do comportamento poderia sugerir, à primeira vista, que TAC, ACT, FAP, DBT, BA, IBCT e MBT são totalmente compatíveis entre si ou, até mesmo, que são apenas nomes diferentes para um mesmo tipo de prática. Entretanto, a relação entre elas não é tão simples assim.

Por um lado, ambas defendem a transposição de princípios comportamentais empiricamente validados, mas, por outro, alguns modelos terapêuticos encerrados sob a CBA apresentam desprendimento com os princípios teórico-conceituais da análise do comportamento e fazem uso de um linguajar que soa mentalista para aqueles que valorizam o jargão Skinneriano (Vandenberghe, 2011). Por exemplo, diversos autores (e.g. Foody, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes & Luciano, 2013; Guilhardi, 2012; McEnteggart, Barnes-Holmes, Hussey & Barnes-Holmes, 2015) argumentam que os termos utilizados pela ACT, como *fusão cognitiva*, *aceitação*, *mindfulness* (atenção plena), *self conceitualizado* e *self como contexto*, entre outros, não possuem qualquer relação com o vocabulário analítico-comportamental ou com os fundamentos filosóficos, teóricos e empíricos dessa abordagem, o que dificulta compreensão recíproca.

A despeito de qual seja a relação entre TAC e as diferentes modalidades de terapia abarcadas sob o rótulo CBA, o cenário histórico descrito aqui permite constatar que, tanto no Brasil quanto no resto do mundo, ainda não existe consenso sobre o modelo analítico-comportamental de intervenção psicoterápica. Nesse sentido, pesquisas futuras deveriam ocupar-se de analisar tanto o grau de embasamento teórico, empírico e prático desses diferentes modelos de terapia na análise do comportamento, assim como as semelhanças e diferenças entre eles, de modo a buscar um modelo homogêneo de uma análise do comportamento clínica / terapia analítico-comportamental.

Referências

- Ayllon, T., Layman, D. & Kandel, H. J. (1975). A behavioral-educational alternative to drug control of hyperactive children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 137-146. doi: 10.1901/jaba.1975.8-137
- Baer, D. M., Wolf, M. M. & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97. doi: 10.1901/jaba.1968.1-91
- Barbosa, J. I. C. & Borba, A. (2010). O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas conseqüências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12, 60-79. Retirado de: www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/download/416/310
- Barcellos, A. & Haydu, V. B. (1995). História da psicoterapia comportamental. Em B. P. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 43-53). Campinas: Editorial Psy.
- Batista, C. G., Ferrari, E. M. & Laloni, D. T. (2005). Luiz Otávio de Seixas Queiroz: Um pioneiro da análise do comportamento no Brasil. *Revista Brasileira de Análise do comportamento*, 1, 269-273. Retirado de: <http://periodicos.ufpa.br/index.php/rebac/article/viewPDFInterstitial/794/1104>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Bellodi, A. C. (2011). *Terapia comportamental no Brasil: História de terapeutas* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP. Retirado de: http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=13053
- Bisaccioni, P. & Carvalho Neto, M. B. (2010). Algumas considerações sobre o “pequeno Albert”. *Temas em Psicologia*, 18, 491-498. Retirado de: <http://ufpa.br/ppgtpc/dmdocuments/Bisaccioni%20&%20Carvalho%20Neto%202010%20Temas%20em%20Psicologia.pdf>

- Carvalho Neto, M. B. (2002). Análise do comportamento: Behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6, 13-18. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v6i1.3188>
- Christensen, A., Jacobson, N. S. & Babcock, J. C. (1995). Integrative behavioral couples therapy. Em N.S. Jacobson & A. S. Gurman (Orgs.), *Clinical handbook for couples therapy* (pp. 31-64). New York: Guilford.
- Costa, N. (2002). *Terapia analítico-comportamental: Dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista*. Santo André: Esetec.
- Costa, N. (2011). O surgimento de diferentes denominações para a terapia comportamental no Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13, 46-57. Retirado de: pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v13n2/v13n2a05.pdf
- Eysenck, H. J. (Org.). (1960). *Behaviour therapy and the neuroses*. London: Pergamon Press.
- Eysenck, H. J. (Org.). (1964). *Experiments in behaviour therapy*. London: Pergamon Press.
- Foody, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D. & Luciano, C. (2013). An empirical investigation of hierarchical versus distinction relations in a self-based ACT exercise. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13, 373-388. Retirado de: <http://www.ijpsy.com/volumen13/num3/368/an-empirical-investigation-of-hierarchical-EN.pdf>
- Guedes, M. L. (1993). Equívocos da terapia comportamental. *Temas em Psicologia*, 2, 81-85.
- Guilhardi, H. J. (2003). *Tudo se deve às consequências...* Retirado de: http://www.itcrcampinas.com.br/pdf/helio/tudo_consequencias.pdf
- Guilhardi, H. J. (2012). *Considerações conceituais e históricas sobre a terceira onda no Brasil*. Retirado de: <http://www.itcrcampinas.com.br/txt/terceiraonda.pdf>
- Guinther, P. M. & Dougher, M. J. (2013). From behavioral research to clinical therapy. Em G. J. Madden (Org.), *APA handbook of behavior analysis. Vol. 2: Translating principles into practice* (pp. 3-32). Washington: American Psychological Association.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Jones, M. C. (1924a) A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, 31, 308-315. doi: 10.1080/00221325.1991.9914707
- Jones, M. C. (1924b). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7, 382-390. doi: 10.1037/h0072283
- Kazdin, A. E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore: University Park Press.
- Keller, F. S. & Schoenfeld, W. N. (1995). *Principles of psychology: A systematic text in the science of behavior*. Acton: Copley Publishing Group (Trabalho original publicado em 1950)
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C. & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592. doi: 10.1016/0272-7358(93)90047-P
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. & Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 16, 271-282. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733651/pdf/behavan00026-0141.pdf>
- Letner, H. W. & Rangé, B. P. (Orgs.) (1988). *Manual de psicoterapia comportamental*. São Paulo: Manole.
- Lindsley, O. R. (1956). Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia. *Psychiatric Research Reports*, 5, 118-139.
- Lindsley, O. R., Skinner, B. F. & Solomon, H. C. (1953). *Studies in behavior therapy: Status report I*. Waltham, Massachusetts: Metropolitan State Hospital.

- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Martell, C. R., Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R. (2013). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- Matos, M. A. (1998). Contingências para a análise comportamental no Brasil. *Psicologia USP*, 9, 89-100. doi: 10.1590/S0103-65641998000100014
- McEnteggart, C., Barnes-Holmes, Y., Hussey, I. & Barnes-Holmes, D. (2015). The ties between a basic science of language and cognition and clinical applications. *Current Opinion in Psychology*, 2, 56-59. doi:10.1016/j.copsyc.2014.11.017
- Meyer, S. B. (1995). Quais os requisitos para que uma terapia seja considerada comportamental? *Instituto de Psicologia Aplicada*. Retirado de: <http://www.inpaonline.com.br/requisitos-terapia-considerada-comportamental/>
- Mowrer, O. H. & Mowrer, W. M. (1938). Enuresis: A method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459. doi: 10.1111/j.1939-0025.1938.tb06395.
- Nolasco, N. C. (2002). *A evolução do conceito de intervenção clínica comportamental conforme apresentada em artigos produzidos no Brasil: Uma revisão histórica* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.
- O'Donohue, W. (1998). Conditioning and third-generation behavior therapy. Em W. O'Donohue (Org.), *Learning and behavior therapy* (pp. 1-14). Boston: Allyn and Bacon.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5, 159-172. doi: 10.1016/j.brat.2014.07.018
- Pérez-Alvarez, M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 291-310. Retirado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-413.pdf
- Rangé, B. & Guilhardi, H. (1995). História da psicoterapia comportamental e cognitiva no Brasil. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 55-69). Campinas: Editorial Psy.
- Rubenstein, C. (1931). The treatment of morphine addiction in tuberculosis by Pavlov's conditioning method. *American Review of Tuberculosis*, 24, 682-685.
- Rutherford, A. (2010). *Profile of Mary Cover Jones*. Psychology's Feminist Voices Multimedia Internet Archive. Retirado de: <http://www.feministvoices.com/mary-cover-jones/>
- Sears, R. R. & Cohen, L. H. (1933). Hysterical anesthesia, analgesia and astereognosis. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 29, 260-271. doi: 10.1001/archneurpsyc.1933.02240080050005
- Segal, Z., Teasdale, J. & Williams, M. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Silvares, E. F. M. & Banaco, R. A. (2012). O estudo de caso clínico comportamental. Em E. F. M. Silvares (Org.). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil: Vol. 1. Fundamentos conceituais, estudos grupais e estudos relativos a problemas de saúde* (7a ed.; pp. 31-48). Campinas: Papirus. (Trabalho original publicado em 2000)
- Skinner, B. F. (1945). The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, 52, 270-277, 291-294.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. New York: Free Press. (Trabalho original publicado em 1953)
- Skinner, B. F. (1976). *About behaviorism*. New York: Vintage Books. (Trabalho original publicado em 1974)
- Skinner, B. F. (1991). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Acton: Copley Publishing Group. (Trabalho original publicado em 1938)
- Skinner, B. F. (1992). *Verbal behavior*. Acton: Copley Publishing Group. (Trabalho original publicado em 1957)
- Skinner, B. F., Solomon, H. & Lindsley, O. R. (1954). A new method for the experimental analysis of the behavior of psychotic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 120, 403-406.
- Tourinho, E. Z. & Cavalcante, S. N. (2001). Por que terapia analítico-comportamental? *ABPMC Contexto*, 23, 10.

- Tourinho, E. Z. & Sérgio, T. M. A. P. (2010). Definições contemporâneas da análise do comportamento. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 1-13). São Paulo: Roca.
- Vandenberghe, L. (2011). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos? *Boletim Contexto ABPMC*, 34, 33-41. Retirado de: <http://abpmc.org.br/arquivos/publicacoes/14053689957147e94e.pdf>
- Voegtlin, W. L. (1940). The treatment of alcoholism by establishing a conditioned reflex. *American Journal of the Medical Sciences*, 199, 802-810. doi: 10.1097/00000441-194006000-00008
- Watson, J. B. & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14. doi: 10.1037/h0069608
- Wolpe, J. (1954). Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 72, 205-226. doi: 10.1001/archneurpsyc.1954.02330020073007
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. California: Stanford University Press.
- Zamignani, D. R., Silva Neto, A. C. P. & Meyer, S. B. (2008). Uma aplicação dos princípios da análise do comportamento para a clínica: A terapia analítico-comportamental. *Boletim Paradigma*, 3, 9-16. Retirado de: <http://www.nucleoparadigma.com.br/mac/upload/arquivo/Boletim2008.pdf>

Informações do Artigo

Histórico do artigo:

Submetido em: 27/08/2015

Primeira decisão editorial: 27/10/2015

Aceito em: 30/10/2015