

Jornadas em
**Análise do
Comportamento**

Organização: Renata Cambraia



IBAC

INSTITUTO BRASILIENSE
DE ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO

Editora IBAC
Volume 1
Abril de 2023

Organização deste volume

Renata Cambraia

Conselho editorial da Editora IBAC

Editora-Chefe

Renata Cambraia

Editores

João Vicente Marçal

Raquel Ávila

Capa, projeto gráfico e diagramação

Cinthia Santos

Instituição Organizadora

IBAC - INSTITUTO BRASILIENSE DE ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO

Contato da editora: publicacoes@ibac.com.br

Sobre o IBAC

O IBAC iniciou suas atividades em agosto de 1999 com sua primeira turma do curso de formação em Terapia Analítico-Comportamental. Foi a primeira instituição de Análise do Comportamento a ser criada na Região Centro-Oeste e uma das pioneiras no país. O surgimento veio de uma demanda de cursos para a formação de psicólogos clínicos qualificados, com sólida formação teórica e prática, pautados na filosofia e princípios derivados da Análise Experimental do Comportamento e alinhados aos modernos conceitos da Análise Comportamental Clínica. Havia também a necessidade de um centro que a) fosse referência na prestação de serviços clínicos de base comportamental; b) organizasse eventos, disseminando e desenvolvendo a Análise do Comportamento na região e no país e, c) possibilitasse a integração de profissionais e estudantes interessados em Análise do Comportamento e áreas afins. Investindo constantemente em excelência e inovação, o IBAC tornou-se rapidamente uma grande referência nacional, não apenas na Análise do Comportamento, mas também na Psicologia e área da saúde em geral.

Ao longo dos anos, muitas realizações têm moldado a imagem do instituto, caracterizando-o como empreendedor, qualificado e de vanguarda. Além de um centro clínico de referência formado por ex-alunos e dos tradicionais cursos de pós-graduação e formação, um número expressivo de jornadas, encontros, minicursos, cursos de extensão, palestras, grupos de estudos e simpósios foram realizados em nível regional, nacional e, recentemente, internacional. Desde que foi implementada a modalidade on-line em 2009, muitas dessas atividades passaram a ser oferecidas também nesse formato. Outro destaque é a oferta gratuita ou com baixo custo de alguns desses eventos.

Atualmente o IBAC oferece três cursos de pós-graduação, quatro cursos de formação 170h, quatro cursos de formação 100h e um curso de inglês instrumental, que é ofertado gratuitamente aos seus alunos. O IBAC tem recebido graduandos e profissionais provenientes de todos os estados brasileiros e alguns países desde a sua fundação, com mais de 2000 alunos tendo concluído um curso de pós-graduação ou formação. Há também um setor de pesquisa e publicação, com grupos de interesses específicos e produções sendo implementadas.

Bem-vindos ao IBAC!

Sumário

Apresentação	4
Atuação da ACT sobre preocupação excessiva e ruminação Autora: Caroline Leão	6
Autismo e o Sair do Espectro: (Im)possibilidades e Discussões Autores: Lucas Pontes de Andrade e Nathália de Vasconcelos Nunes	10
A Teoria das Molduras Relacionais e os Três Repertórios de Self Autor: Paulo Cesar Bozza Júnior	24
Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) Feminista Autora: Ana Clara Almeida Silva	36
Terapia Analítico-Comportamental Infantil: um panorama de seis décadas Autora: Laércia Abreu Vasconcelos	48

Apresentação

É com grande satisfação que apresentamos o primeiro volume da nossa revista eletrônica, “**Jornadas em Análise do Comportamento**”. Esta publicação do **IBAC - Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento** tem como objetivo principal disseminar conhecimentos e avanços científicos na Análise do Comportamento Aplicada.

Neste primeiro volume da revista, apresentamos uma série de artigos que abrangem diferentes temas relacionados à Análise Comportamental Clínica. Entre os tópicos abordados estão: a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), a Psicoterapia Analítica-Funcional (FAP), a Terapia Analítico-Comportamental Infantil (TACI) e o Espectro Autista.

Nossa meta é que esta revista se torne um espaço de referência para profissionais e estudantes interessados em conhecer melhor a Análise do Comportamento. Para isso, contamos com a colaboração de renomados especialistas da área, que contribuirão com artigos de alta qualidade e relevância científica.

Assim, gostaríamos de agradecer especialmente às autoras e aos autores que contribuíram para este primeiro volume por terem aceitado o convite de participar da nova empreitada do nosso querido instituto.

Esperamos que esta revista possa contribuir para o avanço da Análise do Comportamento e para uma compreensão cada vez mais precisa e abrangente do comportamento humano.

Bom proveito!

Renata Cambraia
Raquel Ávila
João Vicente Marçal
Conselho Editorial



Conheça os

**CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO (420h)
E FORMAÇÃO (170h) EM**

ANÁLISE COMPORTAMENTAL CLÍNICA

Para mais informações acesse:
WWW.IBAC.COM.BR/CURSOS

Atuação da ACT sobre preocupação excessiva e ruminação

Autora: Caroline Leão

Não é segredo nenhum que as pessoas se preocupam e ruminam sobre eventos. Como terapeutas, sabemos que isso em si não é um problema (em muitos momentos é, inclusive, necessário!). Chamamos esse combo - (preocupação mais ruminação) - de pensamentos negativos repetitivos. Tais processos passam a ser um problema clínico quando nos afastam do que é importante para nós ou quando diminuem nossa qualidade de vida (Ruiz et al., 2016; Ruiz et al., 2018).

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT; Hayes et al., 1999) é um modelo de tratamento psicológico transdiagnóstico, que visa desenvolver a “capacidade de entrar em contato com o momento presente mais plenamente como um ser humano consciente e, com base no que a situação permite, mudar ou persistir no comportamento para servir a fins valorizados” (Luoma et al., 2007, p. 24); Ou seja, flexibilidade psicológica. Portanto, a inflexibilidade psicológica é o exato oposto, trata-se da falta de contato com o momento presente, controle verbal rígido (i.e., fusão cognitiva e self-como-conteúdo), esquiva de experiências privadas negativas (i.e., esquiva experiencial;) e falta de clareza e distanciamento de valores pessoais (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2006; Salters-Pedneault et al., 2004).

Os pensamentos negativos repetitivos (PNR) colaboram para o aumento do sofrimento humano justamente por fortalecer a inflexibilidade psicológica em todos seus componentes (Leão et al., 2021, no prelo; Ruiz et al., 2018). Primeiramente, na perspectiva da ACT, são um tipo de estratégia de esquiva experiencial (EE; Ruiz et al., 2016), e o padrão possui três funções principais:

- (1) A esquiva experiencial em si, ou seja, a evitar experiências internas desagradáveis, tais como pensamentos dolorosos, emoções e sensações físicas desconfortáveis, memórias ruins, etc. (Salters-Pedneault et al., 2004);
- (2) A regulação emocional (Ruiz et al., 2018; Salgueiro et al., 2013);
- (3) A resolução de problemas (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Ruiz et al., 2016).

Vale notar que, apesar disso, os PNR – mais especificamente, a preocupação – também possuem uma função evolutiva adaptativa, como planejamento, resolução de problemas e autorregulação emocional (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins, 2008), habilidades as quais queremos que nossas clientes tenham e

Ironicamente, o envolvimento rígido em estratégias de esquiva experiencial geralmente leva ao aumento do sofrimento psicológico (já vemos aqui a bola de neve se formando), tal como da frequência e intensidade dos PNR (Hayes et al., 1999; Kashdan et al., 2006; Ruiz et al., 2018).

A fusão cognitiva é outro componente da inflexibilidade psicológica que influencia padrões contraprodutivos de PNR (Ruiz et al., 2016; Ruiz et al., 2018). Compreende-se como fusão cognitiva o estado em que as funções dos estímulos adquiridos verbalmente controlam o comportamento de uma pessoa mais do que outras funções (como aquelas estabelecidas por meio de processos de aprendizagem direta).

Em outras palavras, quando os indivíduos estão “fusionados”, eles se comportam sob controle do conteúdo de seus pensamentos como se fossem a “a” verdade absoluta em determinada situação ou sobre quem eles são (self-como-conteúdo). Novamente, o problema aqui é o excesso, e não o processo (Assaz et al., 2018; Hayes et al., 2006; Gillanders et al., 2014).

Imagine um sujeito educado na meritocracia que conquistou tudo que quis. Um dia esse sujeito tornou-se pai e quis tornar-se uma versão melhorada do pai que teve: alguém que cobra, mas que também é amoroso e acessível. Esse pai passa a acompanhar os estudos de seus filhos diariamente, na tentativa de prover o que – para ele, segundo sua história de aprendizado direto e verbal – é o melhor que se pode dar aos filhos,; i.e., a atenção constante e o repasse de seus valores pessoais de empenho e responsabilidade.

Podemos dizer que a relação verbal que exerce controle aqui é “Eu = bom pai/pai responsável”, o que é valoroso para esse indivíduo. Esse sujeito, por preocupar-se com o futuro dos filhos, passa a cobrar boas notas, bom desempenho e capricho em atividades (o discurso aqui pode ser “Isso é o que bons pais fazem”, ou ainda “É assim que se aprende, afinal, eu aprendi dessa forma”). Com o passar dos anos a relação se desgasta e, quando ele menos espera, vê-se com filhos no final da infância que não demonstram alegria de estar com ele.

Pode-se dizer que obedecer ao conteúdo da preocupação, ou seja, agir fusionado com (ou sob controle de) “Eu sou um bom pai [self-como-conceito] e por isso eu cobro [construção verbal]” a médio-prazo afastou-o de outro valor importante para ele, “Ser um pai acessível e amoroso.”. Vemos, então, a falta de contato com o momento presente, a pouca sensibilidade ao contexto imediato e a “cegueira” pra outros valores.

“O que fazer então diante disso? Devo parar de me preocupar/ruminar?” De forma alguma! Os PNR são sinalizadores importantíssimos. Sempre que nos preocupamos com algo, é porque existem coisas valorosas em jogo, como por exemplo, alguém pode preocupar-se em manter seu emprego pois o mesmo lhe oferece estabilidade financeira, e estabilidade é um valor para esse indivíduo. Uma vez que existe a iminência de perder-se essa estabilidade, a preocupação surge.”. A linha que separa PNR e preocupações e rumações saudáveis é tênue, de fato. Intervenções focadas em PNR tem se proposto a aumentar as habilidades de desfusão cognitiva, treinar habilidades de atenção no momento presente (mindfulness e self-como-contexto) e trabalhado com valores (clarificação e ações comprometidas).

Os resultados das intervenções têm mostrado que, mais clinicamente relevante do que a diminuição da frequência e intensidade dos PNR, é o aumento das habilidades de desfusão e de ações coerentes com os valores (Bernal-Manrique et al., 2020; Leão et al., in press; Ruiz et al., 2016; Rui et al., 2018; Ruiz et al., 2020; Salazar, 2019) . Ou seja, as pessoas não deixaram de se preocupar, mas a preocupação deixou de ser um empecilho para uma vida rica e valorosa.

E não é essa é melhor versão da vida que podemos esperar?



Sobre a Autora: **Caroline Leão**

Doutoranda na University College Dublin pelo laboratório de Ciências Comportamentais Contextuais (UCD CBS-Lab). Professora de pós-graduação. Psicóloga e supervisora clínica em Terapia de Aceitação e Compromisso.

Referências

- Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W., & Oshiro, C. K. (2018). Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy: What are the basic processes of change?. *The Psychological Record*, 68(4), 405-418. <https://doi.org/10.1007/s40732-017-0254-z>
- Bernal-Manrique, K. N., García-Martín, M. B., & Ruiz, F. J. (2020). Effect of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal skills in adolescents: A randomized waitlist control trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.06.008>
- Gillanders, D. T.; Bolderston, H.; Bond, F. W.; Dempster, M.; Flaxman, P. E.; Campbell, L.; Kerr, S.; Tansey, L.; Noel, P.; Ferenbach, C.; Masley, S.; Roach, L.; Lloyd, J.; May, L.; Clarke, S.; Remington, R., (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1301-1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: psychological An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno,
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., Lyubomirsky S., (2008), *Rethinking Rumination, Perspectives on Psychological Science, Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.
- Ruiz, F. J., Riaño-Hernández D, Suárez-Falcón JC, & Luciano C (2016), Effect of a One Session ACT Protocol in Disrupting Repetitive Negative Thinking: A Randomized Multiple-Baseline Design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16, 213-233.
- Ruiz, F. J., Flórez, C. L., García-Martín, M. B., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K.,García-Beltrán, Gil-Luciano, B. (2018), D. M., ... Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
- Ruiz, F. J., Peña-Vargas, A., Ramírez, E. S., Suárez-Falcón, J. C., García-Martín, M. B., García-Beltrán, D. M., Á. M., Monroy-Cifuentes, A., & Sánchez, P. D. (2020). Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: A randomized waitlist control trial. *Psychotherapy*, 57(3), 444-456. <https://doi.org/10.1037/pst0000273>
- Salters-Pedneault, K., Tull, M. T., & Roemer, L. (2004). The role of avoidance of emotional material in the anxiety disorders. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 95-114.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>



IBAC

INSTITUTO BRASILENSE
DE ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO

Proporcionando
Qualidade de vida e
Evolução profissional

Conheça o

CURSO DE FORMAÇÃO EM

Carga horária:
100 horas

TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO (ACT)

Para mais informações acesse:

WWW.IBAC.COM.BR/ACT

Autismo e o Sair do Espectro: (Im)possibilidades e Discussões

Autores: Lucas Pontes de Andrade e Nathália de Vasconcelos Nunes

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, que se manifestam como insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento, interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco. Os sintomas devem estar presentes antes dos 24 meses de idade (APA, 2022). De acordo com os dados mais atuais do Center of Disease Control and Prevention (CDC), cerca de 1 em cada 36 crianças de até 8 anos foi identificada com TEA em 2020, aproximadamente 27,6 crianças a cada 1000, ou 2,7% das crianças nessa faixa etária (Maenner et al 2023).

O rápido aumento nas taxas de incidência do TEA é consistente com relatórios anteriores e pode indicar uma maior conscientização sobre o transtorno entre famílias, profissionais de saúde e educadores para avaliar e identificar crianças. Isso torna ainda mais evidente a necessidade do monitoramento, da triagem, da avaliação e do diagnóstico de crianças com TEA o mais precocemente possível para garantir que essas crianças recebam os tratamentos e tenham os apoios necessários para alcançar todo o seu potencial (Maenner et al, 2021). Nesse sentido, desde os primeiros estudos sobre a conceitualização do Autismo, iniciando com Kanner em 1943, muitas pesquisas têm sido desenvolvidas na busca por intervenções com bons resultados para TEA.

Considerando que a comunidade autista é composta por autistas, familiares e profissionais da saúde, o propósito deste artigo é fazer uma brevíssima revisão da literatura internacional sobre os “resultados ótimos/ideais” (optimal outcome) no tratamento do TEA, termo equivalente a e conhecido no cenário nacional como “sair do espectro”. Iremos apresentar o que seriam os resultados considerados ótimos ou ideais no tratamento do TEA, em quais constructos e medidas eles se baseiam e discutir as diferentes perspectivas dentro desse contexto.

Ao buscarmos na literatura internacional (língua inglesa) por termos relacionados à temática desta revisão, encontramos os seguintes termos relacionados: “no longer meet diagnostic criteria for Autism Spectrum Disorder (ASD)”, “individuals with a history of autism”, “move off the autism spectrum”, “lost the diagnosis of autism”, “recovery from autism” e “optimal outcome in autism”. Já na literatura nacional, encontramos os termos “sair do espectro do autismo” ou “sair do espectro autista”, “sair de seu autismo” e até mesmo “espectro expandido do autismo”. A busca por esses termos no Google Acadêmico indicou 9 pesquisas (entre artigos e teses) para os três primeiros termos em português e nenhum resultado para o último. As nove pesquisas em questão apenas citavam tais termos, sem definir ou explicar o conceito.

Histórico

O primeiro estudo a citar pessoas que “não preenchiam mais critérios para TEA” foi publicado por Rutter no ano de 1970 que através de estudos longitudinais identificou uma minoria de sua amostra ($n = 63$) que não preenchia mais os critérios diagnósticos de TEA durante o seguimento e relatou que 1,5% dos adultos estavam “funcionando normalmente”. Cerca de 35% mostraram uma melhora regular ou boa, necessitando de algum grau de supervisão, mas mantendo algumas dificuldades com as pessoas, sem amigos pessoais e com “pequenas esquisitices” de comportamento. No entanto, a maioria (mais de 60%) permaneceu “gravemente incapacitada”, vivendo em hospitais para “deficientes mentais” ou psicóticos ou em outros ambientes de proteção (Rutter, 1970 apud Rutter e Bartak, 1971; Rutter, 1978; Rumsey et al 1985; Fein et al 2013).

Foi Lorna Wing que mudou o rumo do entendimento do Autismo no mundo ao questionar a falta de precisão dos manuais médicos sobre a questão. Depois de conhecer o trabalho de Hans Asperger sobre “psicopatia autista”, Lorna conceituou que o autismo era um continuum apoiado em uma tríade de características, conectando o autismo de Kanner ao de Asperger (Abreu, 2022). Em 1981, Wing publicou um artigo denominado “Asperger's syndrome: a clinical account” descrevendo as características clínicas, o curso, a etiologia, a epidemiologia, o diagnóstico diferencial e manejo da síndrome de Asperger, discutindo essa classificação e apresentando os motivos para incluir a síndrome e o autismo infantil em um grupo mais amplo de condições que teriam, em comum, comprometimento do desenvolvimento da interação social, comunicação e imaginação (Wing, 1981). Foi a atuação de Wing que fez com que, aos poucos, noções mais amplas e maleáveis sobre o autismo fossem incluídas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), englobando desde de o autismo infantil até os transtornos globais do desenvolvimento (Abreu, 2022).

Já em 1987, Lovaas introduziu a ideia de “melhor resultado” ou “recuperação” do autismo, relatando que 47% das crianças do grupo experimental (n=19) - que recebeu intervenção comportamental intensiva - foram integradas à primeira série e tinham QIs na faixa normal. É importante ressaltar que nesse estudo Lovaas descreve o TEA como um distúrbio psicológico grave com início na primeira infância em que as crianças autistas mostram apego emocional mínimo, fala ausente ou anormal, QI retardado, comportamentos ritualísticos, agressão e automutilação. As crianças do estudo de Lovaas foram diagnosticadas com base nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III (DSM III), em vigor na época. Nesse estudo de Lovaas o termo “funcionamento normal” equivale a “recuperação” do autismo e foi usado para descrever as crianças que passaram com sucesso na primeira série normal e alcançaram um QI médio no WISC-R, argumentando que o avanço contínuo de série para série não é feito por um professor em particular, mas por vários professores e estes descreveram essas crianças como “indistinguíveis de seus amigos normais” (Lovaas, 1987).

A alegação feita por Lovaas de “recuperação do autismo” ou “funcionamento normal” foi foco de algumas controvérsias. Vários grupos reconheceram que as avaliações utilizadas na pesquisa de Lovaas não eram ideais, principalmente as medidas de resultados (Mundy, 1993; Kazdin, 1993; Schopler, Short & Mesibov, 1989). Especificamente, Mundy (1993) apontou que o QI normal e o estar inserido na educação regular são possíveis no autismo de alto funcionamento e não significam uma “recuperação do autismo”, e que é perigoso afirmar que tais crianças funcionam dentro da faixa “normal” emocional, social e até cognitiva, argumentando que uma pontuação normal de Vineland e QI é insuficiente para fazer tais afirmações.

Mundy (1993) ressaltou que mais da metade das crianças classificadas como “melhor resultado” tiveram pontuações elevadas em um teste de personalidade, afirmando que é difícil interpretar esses dados como evidência de que há um “funcionamento normal” no grupo de melhor resultado. Ele também destacou que, mesmo que um indivíduo não atenda mais aos critérios para TEA nas medidas padronizadas, eles continuam manifestando traços que refletem características centrais persistentes no TEA, além de comorbidades ou problemas “não autísticos” que exigem intervenção, incluindo depressão, pensamentos estranhos e/ou obsessivos, déficits nas funções executivas e problemas de atenção (Mundy, 1993 como citado em Mundy e Crowson, 1994; Helt et al, 2008 e Fein et al, 2013).

Atualidade

Em uma revisão da literatura sobre ótimos resultados no TEA, Seltzer et al. (2004) descobriram que os estudos disponíveis na época indicavam que, principalmente, o déficit na comunicação tende a melhorar na adolescência e na idade adulta; porém, a melhora pode ser mais limitada no critério de comportamentos restritos e repetitivos do que nos domínios da comunicação e interação social recíproca. De acordo com os autores, os comportamentos restritos e repetitivos se tornam mais sutis e complexos com o passar dos anos. Em parte dos estudos dessa revisão, o diagnóstico inicial das crianças era “pervasive developmental disorder-not otherwise specified” (PDD-NOS) e não Síndrome de Asperger ou Autismo. Seltzer et al. (2014) notaram, no entanto, que na maioria dos estudos sobre resultados os critérios para um bom resultado eram mal definidos. Além disso, não ficava claro se esses indivíduos realmente não preenchiam mais os critérios para diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo, uma vez que os instrumentos de diagnóstico padronizados nem sempre eram usados (Seltzer et al, 2004).

Uma revisão de literatura publicada em 2008 por Helt et al., *Can Children with Autism Recover? If So, How?* (em português, *É Possível Recuperar Crianças com Autismo? Se sim, Como?*) buscou definir o conceito de “recuperação” no autismo. Para ser considerada “recuperada”, a criança tinha que estar aprendendo e aplicando um conjunto básico de habilidades em um nível de qualidade similar a crianças com desenvolvimento típico. Além disso, a definição de recuperação utilizada por Helt et al. só se aplicou ao nível comportamental, sendo neutra em relação aos mecanismos neurobiológicos. Assim, para eles, perder as características comportamentais observáveis do TEA seria entendido como “recuperação”. A maioria das crianças dos estudos revisados tinham o diagnóstico inicial de PDD-NOS e não de Transtorno Autista ou Síndrome de Asperger; portanto, os autores concluíram que aquelas que com diagnóstico de PDD-NOS tinham mais chances de serem consideradas “recuperadas”. Também destacaram que as crianças que se “recuperavam” do autismo desenvolviam outros transtornos, não podendo ser totalmente “normais”, com “vulnerabilidades” residuais na comunicação e na atenção, sendo frequente o desenvolvimento de tiques, depressão, transtornos de ansiedade e fobias.

Em 2013, Fein e colegas propuseram o conceito de resultado ótimo, ou ideal (optimal outcome), para descrever indivíduos autistas que, com o tempo, deixaram de atender aos critérios diagnósticos para o TEA. A definição de “resultado ideal” proposta por eles foi que o indivíduo não apresentasse nenhum sintoma observável e significativo de autismo e funcionasse dentro da faixa intelectual “normal”, ainda que outras dificuldades, como déficits no funcionamento executivo ou vulnerabilidade à ansiedade e depressão, pudessem continuar existindo. O estudo documentou um grupo de indivíduos com “resultados ótimos” (RO) e comparou o funcionamento em medidas padronizadas para idade, sexo e QI não verbal, pareados com indivíduos com “autismo de alto funcionamento” (AAF) e com desenvolvimento típico (DT). A investigação avaliou a cognição social (medida por reconhecimento facial), linguagem (medida por uma bateria de linguagem) e interação social (medida pela socialização e comunicação no ADOS e no Vineland). No entanto, não foram avaliadas as funções executivas e o funcionamento psiquiátrico. Os pesquisadores destacam que a presença de limitações sutis ou diferenças no comportamento social, cognição social, comunicação ou funções executivas ainda precisam ser estudadas e que é urgente avaliar se, ou até que ponto, a estrutura e a função do cérebro se “normalizaram” nas crianças do grupo RO (Fein et al, 2013).

Steinhausen, Mohr e Lauritsen (2016) realizaram uma revisão sistemática com meta-análise de estudos sobre o resultado geral - em termos de uma medida global de ajustamento - em crianças com TEA acompanhadas na adolescência e na idade adulta. Foram revisadas três bases de dados e ao todo 828 pessoas com TEA foram incluídas na análise. A busca não foi limitada ao tipo de publicação ou idioma, incluindo literatura cinzenta. Para ser incluído, o estudo deveria ter a classificação de resultados dos indivíduos em uma escala de bom/regular/ruim/muito ruim. A conclusão foi que o resultado a longo prazo de quase metade dos indivíduos com TEA foi classificado como “ruim” e apenas 19.7% foram classificados como “bons resultados”. Eles evidenciam as limitações dessas análises, principalmente devido a um viés de amostragem em muitos estudos já que a maioria tem pequeno número de grupos de pesquisa com potencial viés de seleção de pacientes e os tamanhos de amostra resultantes são relativamente pequenos. Ademais, os autores destacam que o subtipo de autismo na infância pode ser um preditor de desfechos específicos a longo prazo, mas que, em geral, pouco se sabe sobre os caminhos e preditores (Steinhausen et al, 2016).

Um estudo realizado em 2019 por Shulman et al. realizou uma revisão de 569 prontuários médicos de crianças diagnosticadas com TEA antes dos três anos de idade, nos anos de 2003 a 2013. A revisão do banco de dados indicou que havia 38 crianças que tinham um código de diagnóstico CID 9-299.81 (outros transtornos invasivos do desenvolvimento especificados, em estado residual), também foi revisado qual prática clínica na reavaliação de acompanhamento que indicou que a criança “não preenchia mais os critérios para TEA”. Os diagnósticos iniciais e de acompanhamento dessas crianças foram realizados por uma equipe multidisciplinar com base na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), no entanto as avaliações foram realizadas com base na “necessidade clínica” e não com base em um protocolo de pesquisa, dessa forma nem todas as crianças receberam uma bateria completa de avaliações durante os anos de acompanhamento (Shulman et al, 2019). Além do descrito anteriormente, há ainda mais fragilidades no estudo, já que os autores se baseiam no DSM-IV e na CID-9 e no ano que foi lançado já estava em vigor o DSM-5 e a CID-10.

Discussão

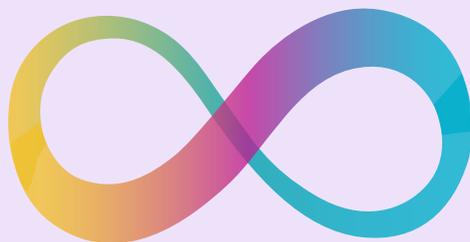
Um estudo realizado por Orinstein et al. (2015) constatou que os jovens com Transtorno do Espectro do Autista (TEA) considerados com resultado ótimo (RO) apresentaram mais sintomas e diagnósticos psiquiátricos ao longo da vida do que os jovens com desenvolvimento típico. Tanto no grupo “Autismo de alto funcionamento” quanto no grupo RO foram encontradas altas taxas de sintomatologia psiquiátrica passada e atual em comparação com o grupo de desenvolvimento típico, especialmente fobias específicas, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e tiques. Entretanto, há limitações no estudo, já que, para sintomas e diagnósticos psiquiátricos passados, não foi possível determinar se os diagnósticos aconteceram durante o tempo em que as crianças RO ainda tiveram seus diagnósticos de TEA ou se os sintomas psiquiátricos comórbidos se desenvolveram após a diminuição dos sintomas de TEA. Apesar disso, as vulnerabilidades psiquiátricas do grupo RO enfatizam a importância de diagnosticar e tratar cuidadosamente os transtornos psiquiátricos em jovens com TEA (Orinstein et al, 2015).

Como mostrado na revisão, os estudos que falam sobre RO e sobre possibilidade de a pessoa autista sair do espectro limitam-se a analisar a topografia dos comportamentos observáveis, ignorando os comportamentos privados e a possibilidade de que estes comportamentos tenham sido modificados devido à habilidade de camuflagem das características do autismo. Nesse sentido, alguns estudos apontam que indivíduos autistas tendem a camuflar as características do autismo a fim de serem socialmente aceitos (Attwood, 2007; Bargiela et al, 2016; Milner et al, 2019). A literatura qualitativa sobre o tema descreve a associação entre camuflagem e sentimentos de exaustão, baixa autoestima, ansiedade, estresse, tristeza, perda de identidade, comportamentos autolesivos e ideações suicidas (Baldwin & Costley, 2015; Bargiela et al., 2016; Hull et al., 2017; Tierney et al., 2016; Cage & Troxell-Whitman, 2019).

Há uma vasta literatura empírica sugerindo que o TEA apresenta altas taxas de transtornos psiquiátricos comórbidos como depressão, transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo (Hossain et al, 2020). Comorbidades psiquiátricas são comuns no TEA e frequentemente resultam em prejuízo funcional, entretanto os médicos podem ter dificuldades para diagnosticar adequadamente devido aos déficits de comunicação, à apresentação atípica de depressão no TEA e à falta de ferramentas de diagnóstico psiquiátricos padronizadas para esta população (Chandrasekhar & Sikich, 2015). Vários sintomas depressivos podem se sobrepor a sintomas e comportamentos no TEA, como retraimento social, dificuldades com o sono, pouca afetividade e contato visual reduzido (Stewart, Barnard & Pearson, 2006), resultando em ofuscamento diagnóstico de depressão. Ainda assim, pesquisas recentes mostraram que a maioria dos adultos com Transtorno do Espectro do Autista (TEA) atende aos critérios de diagnóstico para pelo menos uma condição psiquiátrica (79%), sendo a depressão o transtorno mais prevalente (Lever & Geurts, 2016).

Em vista disso, Georgiades & Kasari (2018) argumentam que embora o conceito de resultado ótimo (como definido por Fein et al., 2013) possa ser útil para descrever resultados selecionados em uma pequena proporção de indivíduos no TEA, ele é baseado em uma abordagem bastante limitada para entender os complexos e variáveis modos que as crianças com autismo crescem e se desenvolvem. Para além, em uma época em que o autismo é conceituado como um espectro dinâmico e diversificado, a opinião dos autores é que a definição atual e restrita de resultados ótimos fixos era mais relevante na antiga visão categórica do autismo (Georgiades & Kasari, 2018).

A definição de um bom resultado é um pouco mais ambígua agora do que se pensava anteriormente (Szatmari, Cost, Duku et al. 2021). De acordo com Baron-Cohen (2017), o movimento da neurodiversidade e o envolvimento daqueles com experiência vivida no ativismo e pesquisa forneceram perspectivas muito necessárias. Considerando que o TEA é multidimensional e heterogêneo, os domínios de desenvolvimento que devem ser considerados como resultados e as ferramentas de medição que devem ser usadas para avaliar esses domínios são uma questão em evolução (Georgiades & Kasari, 2018). Além disso, Szatmari et al. (2021) defendem que ainda é necessário um consenso sobre os critérios para definir um ótimo resultado, já que muitos indivíduos com TEA se considerariam como tendo um bom resultado apesar de manter o diagnóstico. Em conclusão, a definição de um bom resultado para aqueles com TEA em diferentes estágios de desenvolvimento (como o final da infância ou adolescência) é menos clara e ainda que existam estudos longitudinais de acompanhamento na infância e adolescência, a maioria são estudos de intervenção para medir resultados de curto prazo (Szatmari, Cost, Duku et al. 2021).



Sobre os Autores:



Nathália Vasconcelos

Psicóloga clínica (CRP 03/25702). Mestrando em Psicologia do Desenvolvimento - UFBA (capes 6).
Pós-graduanda em Neuropsicologia Comportamental Clínica no IBAC.



Lucas Pontes

Psicólogo (06/189559), autista com altas habilidades. Atua como psicoterapeuta de pessoas neurodivergentes. Pós graduando em análise do comportamento voltada para o autismo e outras neurodivergências.
Palestrante, ativista.

Referências

- Abreu, T. (2022). O que é neurodiversidade?. Cãnone Editoração Ltda.
- American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Fifth edition, text revision. Washington, DC.
- Attwood, A. (2006). The complete guide to Asperger's syndrome. Jessica Kingsley Publishers.
- Baldwin, S., & Costley, D. (2016). The experiences and needs of female adults with high-functioning autism spectrum disorder. *Autism*, 20(4), 483-495.
<https://doi.org/10.1177/1362361315590805>
- Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: An investigation of the female autism phenotype. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(10), 3281-3294.
<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- Cage, E., & Troxell-Whitman, Z. (2019). Understanding the Reasons, Contexts and Costs of Camouflaging for Autistic Adults. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(5), 1899-1911. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-03878-x>
- Chandrasekhar, T., & Sikich, L. (2015). Challenges in the diagnosis and treatment of depression in autism spectrum disorders across the lifespan. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(2), 219-227.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/tchandrasekhar>
- Fein, D., Barton, M., Eigsti, I. M., Kelley, E., Naigles, L., Schultz, R. T., Stevens, M., Helt, M., Orinstein, A., Rosenthal, M., Troyb, E., & Tyson, K. (2013). Optimal outcome in individuals with a history of autism. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(2), 195-205. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12037>
- Helt, M., Kelley, E., Kinsbourne, M., Pandey, J., Boorstein, H., Herbert, M., & Fein, D. (2008). Can children with autism recover? If so, how?. *Neuropsychology review*, 18(4), 339-366. <https://doi.org/10.1007/s11065-008-9075-9>
- Hossain, M. M., Khan, N., Sultana, A., Ma, P., McKyer, E., Ahmed, H. U., & Purohit, N.. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry research*, 287, 112922. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922>
- Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M. C., & Mandy, W. ... (2017). "Putting on My Best Normal": Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(8), 2519-2534.
<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>

- Kazdin, A. E. (1993). Replication and extension of behavioral treatment of autistic disorder. *American Journal on Mental Retardation*, 97(4), 377-379.
- Lever, A. G., & Geurts, H. M. (2016). Psychiatric Co-occurring Symptoms and Disorders in Young, Middle-Aged, and Older Adults with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(6), 1916-1930.
<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2722-8>
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(1), 3. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.3>
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Esler, A., Furnier, S. M., Hallas, L., Hall-Lande, J., Hudson, A., Hughes, M. M., Patrick, M., Pierce, K., Poynter, J. N., Salinas, A., Shenouda, J., Vehorn, A., Warren, Z., Constantino, J. N., DiRienzo, M., ... Cogswell, M. E. (2021). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C. : 2002)*, 70(11), 1-16. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7011a1>
- Milner, V., McIntosh, H., Colvert, E., & Happé, F. (2019). A qualitative exploration of the female experience of autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(6), 2389-2402.
<https://doi.org/10.1007/s10803-019-03906-4>
- Mundy, P. (1993). Normal versus high-functioning status in children with autism. *American Journal on Mental Retardation*, 97(4), 381-384.
- Mundy, P., & Crowson, M. (1997). Joint attention and early social communication: Implications for research on intervention with autism. *Journal of Autism and Developmental disorders*, 27(6), 653-676.
<https://doi.org/10.1023/A:1025802832021>
- Orinstein, A., Tyson, K. E., Suh, J., Troyb, E., Helt, M., Rosenthal, M., Barton, M. L., Eigsti, I. M., Kelley, E., Naigles, L., Schultz, R. T., Stevens, M. C., & Fein, D. A. (2015). Psychiatric Symptoms in Youth with a History of Autism and Optimal Outcome. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(11), 3703-3714.
<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2520-8>

- Rumsey J. M. (1985). Conceptual problem-solving in highly verbal, nonretarded autistic men. *Journal of autism and developmental disorders*, 15(1), 23-36.
<https://doi.org/10.1007/BF01837896>
- Rumsey, J. M., Rapoport, J. L., & Sceery, W. R. (1985). Autistic children as adults: Psychiatric, social, and behavioral outcomes. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(4), 465-473. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60566-5](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60566-5)
- Rutter, M. (1970). Autistic children: Infancy to adulthood. *Seminars in Psychiatry*, 2, 435-450
- Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of autism and childhood schizophrenia*, 8(2), 139-161. <https://doi.org/10.1007/BF01537863>
- Rutter, M., & Bartak, L. (1971). Causes of infantile autism: Some considerations from recent research. *Journal of autism and childhood schizophrenia*, 1(1), 20-32.
<https://doi.org/10.1007/BF01537740>
- Schopler, E., Short, A., & Mesibov, G. (1989). Relation of behavioral treatment to "normal functioning": Comment on Lovaas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 162-164. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.1.162>
- Seltzer, M. M., Shattuck, P., Abbeduto, L., & Greenberg, J. S. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 10(4), 234-247.
<https://doi.org/10.1002/mrdd.20038>
- Shulman, L., D'Agostino, E., Lee, S., Valicenti-McDermott, M., Seijo, R., Tulloch, E., ... & Tarshis, N. (2019). When an early diagnosis of autism spectrum disorder resolves, what remains?. *Journal of child neurology*, 34(7), 382-386.
<https://doi.org/10.1177/0883073819834428>
- Steinhausen, H. C., Mohr Jensen, C., & Lauritsen, M. (2016). A systematic review and meta-analysis of the long-term overall outcome of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(6), 445-452.
<https://doi.org/10.1111/acps.12559>
- Stewart, M. E., Barnard, L., Pearson, J., Hasan, R., & O'Brien, G. (2006). Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: A review. *Autism*, 10(1), 103-116.
<https://doi.org/10.1177/1362361306062013>
- Szatmari, P., Cost, K. T., Duku, E., Bennett, T., Elsabbagh, M., Georgiades, S., ... & Zwaigenbaum, L. (2021). Association of child and family attributes with outcomes in children with autism. *JAMA network open*, 4(3), e212530-e212530.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.2530>

Tierney, S., Burns, J., & Kilbey, E. (2016). Looking behind the mask: Social coping strategies of girls on the autistic spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23, 73-83. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.11.013>

Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological medicine*, 11(1), 115-129. <https://doi.org/10.1017/s0033291700053332>



Conheça os

**CURSOS DE
PÓS-GRADUAÇÃO
E DE FORMAÇÃO EM**

Carga horária:

475 horas

210 horas

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO
VOLTADA PARA O AUTISMO E
OUTRAS NEURODIVERGÊNCIAS**

A Teoria das Molduras Relacionais e os Três Repertórios de Self

Autor: Paulo Cesar Bozza Júnior

Corro aqui o risco de mesclar e balancear termos médios e termos técnicos, para que leitores de diferentes perspectivas possam se beneficiar das linhas abaixo. Corro o risco, também, de ser um tanto teórico nas primeiras linhas do texto, confiando que essa base fortalecerá sua prática clínica nos momentos oportunos com seu cliente. Me esforçarei durante o texto para facilitar sua compreensão quanto à palavra “moldura”; no entanto, desde já, quando me refiro a essa palavra me refiro ao verbo emoldurar, um operante generalizado e não a algum tipo de estrutura mental.

Ainda que seja um tanto contraditório, é preciso esclarecer logo no início que o termo “self” é pouco preciso e dessa forma não é considerado como um termo técnico diante de uma visão psicológica tradicional operante, isso justifica por si só o uso desse termo como médio. Diante dessa abordagem, de maneira mais técnica, o termo self só pode ser entendido como fruto da interação contínua entre organismo e ambiente (McHugh et al., 2019).

Obviamente, se vamos falar sobre um ponto de vista operante, precisamos de Skinner (1974). Ele não rejeitou o tema, somente propôs uma pequena adaptação: uma visão operante na qual o self diz respeito ao repertório que um indivíduo tem de descrever/discriminar o seu próprio comportamento, de maneira contínua, até o fim de sua vida. Uma mudança sutil na palavra faz com que a explicação se torne mais fácil. Seguindo a sugestão de Villatte et al. (2016), nesse momento adicionamos o sufixo “ing” (em português, seria “ar”); assim, self deixa de ser entidade para ser um processo de troca entre organismo e ambiente, selfing (agora um verbo), de maneira contínua, troca que se retroalimenta e produz uma consequência comum, o autoconhecimento.

Com o avanço dos estudos sobre a Teoria das Molduras Relacionais, ou Relational Frame Theory (RFT), e a compreensão de termos como molduras relacionais, responder relacional, responder relacional arbitrariamente aplicável, redes relacionais e o como respondemos a essas redes relacionais, conseguimos clarear um pouco mais o caminho relacionado ao desenvolvimento do self(ing). Entrar nesse âmbito nos desfocaria de nosso objetivo principal; no entanto, se esses forem termos novos para você, recomendo o artigo escrito por Perez et al. (2013), lá provavelmente você encontrará mais curiosidade ainda para se aprofundar no tema em questão. Caso você tenha o inglês como ferramenta e queira mesclar diversão com aprendizado, recomendo ainda o tutorial “An introduction to relational frame theory” desenvolvido pelo Dr. Eric Fox em seu site foxylearning.com.

De volta aos trilhos, e buscando uma relação com o que Skinner (1974) descrevia como self(ing), ou a capacidade de descrever/discriminar o próprio comportamento, e a compreensão de self(ing) a partir de um paradigma da Ciência Comportamental Contextual, ou Contextual Behavior Science (CBS), hoje sabemos que essa descrição/discriminação envolve a troca entre organismo e contexto através da capacidade de relacionar estímulos ou ainda “emoldurar relacionalmente” estímulos das mais diferentes formas (coordenação, distinção, oposição, hierarquia, comparação, dêitica, condicional, analógica e na combinação de relações). Também envolve um treino específico de múltiplos exemplares em três subtipos de molduras dêiticas: molduras dêiticas interpessoais, temporais e espaciais (McHugh et al., 2019). De forma simples, nós sabemos que esse processo de self(ing) se dá a partir da relação entre indivíduo e mundo no qual o indivíduo é hábil em tatear seus eventos privados e treinar tomadas de perspectiva interpessoais, espaciais e temporais. Enfim, chegando ao ponto principal do texto, os mesmos autores afirmam que essa combinação de treinos faz com que três repertórios funcionais de self(ing) venham a emergir:

1. A habilidade de se coordenar com estímulos ou o self como conceito,
2. A habilidade de descrever a experiência momento a momento ou o self como processo,
3. A habilidade de se distanciar e se perceber como o “locus” das experiências internas ou o self como contexto.

Self como Conceito

De maneira simples, self como conceito diz respeito à maneira como o indivíduo descreve a si mesmo (Harris, 2009). Nesse repertório, o indivíduo descreve experiências como: emoções, sensações corporais, pensamentos, memórias, rótulos e adjetivos como parte do “eu”, ex: “eu sou muito preocupado”, “eu sou ansiosa” ou, ainda, “eu sou gentil”.

Em McHUGH et al. (2019), a partir de um ponto de vista CBS/RFT mais técnico, os três tipos de responder relacional dêiticos (interpessoal: eu-você; espacial: aqui-lá temporal: agora-então), nós dizemos que, ao usar esse repertório, o indivíduo não varia “emolduramentos” temporais e espaciais, ficando somente com o “aqui-agora”, conseqüentemente, aumentam os níveis de coordenação entre indivíduo e estímulo, assim aumentando os níveis de transformação de função. É nesse momento que o indivíduo se funde às histórias criadas por ele.

No entanto, como em qualquer visão contextualista funcional, o problema não é se coordenar/fundir-se ao estímulo, o problema se apresenta diante das nossas reações em relação a esse repertório, já que o selfing enquanto conteúdo oferece estabilidade e conexão com os nossos valores (e.g., “eu sou gentil” ou “eu sou compassiva”). De forma mais geral ainda, pode oferecer conteúdos que, somados à sensibilidade ao contexto, possam trazer ações realmente efetivas.

Luoma et al. (2007), ainda pontuam o aspecto social, no qual fundir-se ao self como conceito pode ser amplamente positivo, uma vez que as descrições mais fixas sobre o nosso comportamento fazem com que outras pessoas nos entendam melhor e possam entender, prever e influenciar nossos comportamentos. Então, de um ponto de vista clínico, a tarefa se torna buscar com curiosidade e flexibilidade os “selfs” como conceito que sejam sensíveis ao contexto.

No entanto, como provavelmente você já experienciou em suas sessões com seus clientes, existem momentos nos quais os mesmos simplesmente “vestem a roupa” e, sem sensibilidade alguma ao contexto, passam a agir de forma restrita e inflexível. É nesse momento que três propriedades extremamente úteis da linguagem (coerência, literalidade e seguimento de regras) parecem atracar os seres humanos às histórias conceitualizadas que eles criam (McHugh et al., 2019), e nesse tipo de prisão, pouco se observa o contexto pela janela.

Agora na posição de reféns do self como conteúdo e as propriedades que o alavancam, seres humanos buscando coerência passarão a defender os rótulos criados através de ações que sejam consistentes com esses rótulos, se questionarão sobre a veracidade ou não desses rótulos em contextos onde isso é pouco útil e, a partir dessas conceitualizações, derivarão regras insensíveis ao contexto. Assim evitando situações que os conectaria a uma vida valorizada, já que a imagem conceitualizada não se encaixa com a situação em questão (Villatte et al., 2016).

Ainda seguindo os mesmos autores, uma pequena atividade pode clarificar a discussão até o momento, complete as frases abaixo com três qualidades suas:

1. Eu sou _____

2. Eu sou _____

3. Eu sou _____

Você é isso a todo tempo? Com todo mundo? Em todas as situações? Pense em três situações nas quais você teria que pagar alto demais para defender esses rótulos.

Respondendo o questionário acima você deve ter percebido o quão custoso pode ser se fundir ao self como conceito, ainda que as descrições sejam extremamente positivas. Eu que o diga! Quantas vezes me apeguei a rótulos positivos e acabei pagando caro.

Em contextos nos quais segurar o self conceitualizado for útil para os nossos clientes, nós o faremos e, em situações em que isso deixar de ser útil, utilizaremos a proposta CBS/RFT para reduzir a dominância desse repertório. Se você já é familiarizado com a ACT, sabe que, enquanto terapeutas, passamos a partir desse momento a treinar dois repertórios funcionais que a maioria dos clientes não é tão familiarizada assim: self como processo e self como contexto.

Self como Processo

O self como processo é o repertório no qual o cliente discrimina seus eventos privados momento a momento. Se você topar um pequeno experimento no qual eu te guio, notará que esse repertório acontece mais ou menos assim:

Independentemente da posição que estiver nesse momento, lembrando que não existe um jeito certo de se praticar, simplesmente atente-se à sua experiência seguindo os comandos abaixo:

Perceba o contato dos seus pés com a superfície que os apoia. Perceba o contato do seu corpo com a superfície que o apoia. Sem alterar o ritmo, perceba sua respiração nesse momento. Talvez você perceba mais a respiração nas narinas. Talvez mais nos ombros. Talvez mais nas costas. Talvez no abdômen.

A partir de agora, fique consciente de suas expirações, você pode contá-las se quiser. Enquanto faz isso você vai notar eventos privados te distraindo.

Dessa forma teremos dois desafios para o exercício: (1) Ficar consciente o máximo possível das expirações e (2) Nomear os eventos privados que te distraírem. Por exemplo: quando for capturado por um pensamento, repita mentalmente: “pensando”; quando for capturado por um sentimento ou sensação, repita mentalmente: “sentindo”. Se você quiser nomear o que estiver pensando ou sentindo, pode fazê-lo, desde que seja breve, por exemplo: “pensando sobre trabalho” ou “sentindo tédio”.

Uma vez feito isso, retorne a atenção à respiração até que novos eventos privados venham a ocorrer. Assim, a ideia geral é sempre nomear o evento privado e então voltar a prestar a atenção na próxima expiração.

Peço então para que você volte lá em cima no exercício e pratique. Não existe um tempo correto para isso, o ideal é que possa ficar na prática pelo menos até perceber a mutabilidade das experiências momento a momento (pensamentos, sentimentos e sensações), para então experimentar o self como processo de maneira mais vivida.

Como foi entrar em contato com esse repertório que você tem? Claro que eu vou mostrar outras formas de se utilizar na clínica com seu cliente mas, antes, um pouco de teoria para você entender o porquê de utilizarmos esse repertório.

A partir de um ponto de vista CBS/RFT, a discriminação contínua dos eventos privados ocorrendo momento a momento faz com que venhamos a responder aos estímulos com variação espacial e temporal. Se antes o conteúdo do self como conceito se cristalizava por não ter essa variação (aqui-agora), nesse momento a discriminação da variabilidade da experiência (aqui-agora e lá-então) faz com que os níveis de coordenação entre o indivíduo e o self como conteúdo diminuam e novos conteúdos sejam derivados a partir do self como conceito, conseqüentemente, diminuindo os níveis de transformação de função (McHugh et al., 2019). Na consciência da variabilidade da experiência, o indivíduo passa a experimentar incoerência entre si mesmo e os rótulos previamente coordenados (Villatte et al., 2016). A consciência dessa variabilidade também nos permite rastrear eventos com maior precisão, o que possibilita encontrar ações efetivas e valorizadas.

Na clínica, nosso enfoque passa a ser na discriminação da variabilidade das experiências em diferentes momentos e contextos. Correndo o risco de ser seu terapeuta aqui, podemos tornar isso experiencial mais uma vez?

Qual foi o último rótulo pegajoso que você se deu? Aquele do qual você possivelmente tentou se livrar ou agiu em conformidade ou, ainda, ficou se perguntando “Eu realmente sou mesmo isso ou não?”. Se você me fizesse a mesma pergunta eu diria “Você quer só um?”. Mas, enfim, vamos tentar tornar esse aprendizado experiencial para você.

Consciente do rótulo, peço também que você fique consciente de suas reações nesse momento: pensamentos, sentimentos, sensações, memórias etc. “Sentado à sua frente” (e agora correndo um risco novo!, ser considerado o mestre da topografia entre os contextualistas funcionais), eu gostaria de fazer algumas perguntas. Uma dica útil: Espere alguns segundos (em torno de cinco) antes de passar para a próxima pergunta, o intuito é obter respostas a partir de uma observação curiosa.

- Como você se sente aqui e agora? (5 s)
- Onde isso aparece no seu corpo? (5 s)
- E agora? Como se sente? (5 s)
- Onde isso aparece no seu corpo? (5 s)
- O rótulo que você se deu era qual? (5 s)

Você nota a presença desse rótulo aqui? Com qual força? (5 s)

E quais pensamentos surgem quando você fala sobre o rótulo? (5 s)

Esses pensamentos são os mesmos do começo do exercício? (5 s)

E agora? Você nota com mais clareza, pensamentos ou sentimentos? (5 s)

Consegue descrevê-los? (5 s)

E eles são iguais ou diferentes do início do questionário? (5 s)

Faça uma pequena pausa aqui e, de antemão, já te agradeço por permanecer até o momento.

Voltando àquele rótulo pegajoso, posso te fazer algumas outras perguntas? Como você se sentia antes de entrar nessas perguntas? Qual foi a última vez que você se deu esse rótulo? Como você se sentiu da última vez que ficou preso/a nesse rótulo? Você se sentiu preso/a pelo rótulo do exercício? Você experimentou esse rótulo em algum outro dia recentemente? Existem situações nas quais você possui rótulos diferentes desse? Quais? Como você acha que vai se sentir ao finalizar esse texto? Onde é que você acha que esse rótulo vai aparecer no futuro? Quando é que você acha que rótulos opostos vão aparecer para você no futuro?

Durante as duas rodadas de perguntas, meu intuito foi mostrar a você algumas das maneiras atualmente utilizadas para ajudar o indivíduo a treinar seu repertório de self como processo. Na primeira rodada de perguntas o foco foi ajudar o cliente a notar a variabilidade das experiências internas dentro de sessão, momento a momento. Isso também pode ser feito com exercícios de mindfulness. Na segunda, a intenção foi de explorar a variabilidade das experiências internas em diferentes perspectivas relacionadas a tempo e espaço. Para ambas o objetivo final é um só, ajudar o cliente a notar que essas experiências não são fixas ou imutáveis. Assim, quanto mais o indivíduo treina esse repertório, menos estará sob controle de conteúdos particulares do self como conceito, o que facilita a regulação comportamental. No entanto, embora seja originadora de flexibilidade psicológica, essa mudança constante torna a experiência instável (você deve ter percebido), o que torna insuficiente esse repertório para guiar nossos clientes a uma vida valorizada; e

Self como Contexto

Em Luoma et. al (2007), o mesmo treino social que desenvolve os repertórios de self como conceito e self como processo, também desenvolve esse novo tipo de repertório que é contínuo, estável e difícil de definir. Experimente responder as seguintes perguntas:

Onde você estava antes de começar a ler esse texto? Onde você está agora enquanto o lê? Quem mais você acha que está lendo esse texto? E se estivesse na pele dele ou dela, o que estaria achando? Depois de ler o texto onde você vai estar? Vendo o que? Qual foi a última vez que você se sentiu desconfortável emocionalmente? Onde você estava quando isso aconteceu? Qual foi a última vez que você se sentiu bem? Onde você estava quando isso aconteceu?

Embora o conteúdo das respostas varie em tempo, espaço e pessoas envolvidas, você deve ter percebido que, ao responder continuamente “eu”, a perspectiva de quem as responde permanece a mesma, o “eu-aqui-agora” (Blackledge & Barnes-Holmes, 2008) e esse contexto se torna o lugar onde essas experiências variam, melhor dizendo, esse self como contexto.

Pode ser traiçoeira a compreensão desse tipo de repertório de maneira somente teórica, já que, além de constante, o self como contexto é considerado como uma “ponte” entre o verbal e o não verbal (McHugh et al., 2019). Esse repertório é em grande parte experiencial. Segue um exercício que pode ser interessante, veja se você consegue “tocar” o self como contexto de maneira experiencial:

Você consegue perceber essas palavras escritas aqui na tela à sua frente? Consegue perceber você mesma/o lendo essas palavras? Consegue notar seus pensamentos nesse momento? Se são em formato de imagem, som, palavras, sem formato algum? Consegue observar você mesmo notando seus pensamentos? Consegue perceber o contato dos seus pés com a superfície que os apoia? Consegue perceber você mesmo/a respirando? Consegue notar seus pensamentos novamente? E se eles são iguais aos que você notou antes? Consegue notar os sons a sua volta? Consegue perceber você mesmo/a notando os sons a sua volta? Se estiver, consegue perceber você mesmo tentando buscar sentido para tudo isso? Consegue perceber a posição do seu corpo? Consegue perceber que existe uma parte de você observando tudo isso?

Do ponto de vista CBS/RFT, apoiado tanto em McHugh et al., (2019) como em Villatte et al., (2016), podemos olhar para o self como contexto e propostas de intervenção ao self conceitualizado de duas maneiras. A partir do uso do responder relacional dêitico (molduras dêíticas) e a partir do responder relacional hierárquico (molduras hierárquicas).

A partir de molduras dêíticas nós dizemos que o self como conteúdo - que antes estava em coordenação com o cliente - passa a ser emoldurado como “lá-então”. Esse distanciamento psicológico diminui as transformações de função. Agora o cliente vê suas experiências mudarem momento a momento a partir de um ponto de vista estável, escolhendo como reagir aos estímulos apresentados, de outra maneira o papel do terapeuta é ajudar o cliente a entrar em contato com essa perspectiva estável e imutável que observa as experiências variarem durante o tempo e as mais diferentes situações. Em palavras simples, lembra do exercício de self como processo no qual notávamos a experiência mudando? Quem é que está notando essas experiências mudarem?

A partir de molduras hierárquicas treinamos o cliente a emoldurar seus eventos privados não em coordenação, mas em hierarquia. Pare um momento para refletir sobre a proposta, lembrando de tudo que você já passou durante esse texto (rótulos, sentimentos, sensações), da variação desses eventos privados, notando, inclusive, as experiências que você teve aqui. Perceba que você não é essas experiências, mas sim onde essas experiências ocorrem. De forma geral o objetivo do terapeuta é fornecer pistas contextuais para que o cliente se perceba como “container” de seus eventos privados. Emoldurar os eventos privados em hierarquia se torna adaptativo em pelo menos duas frentes. Segundo McHugh et al., (2019):

1. Molduras hierárquicas são complexas redes que incluem outros tipos de molduras relacionais, gerando inclusão e distinção da experiência ao mesmo tempo, e conseqüentemente, promovendo transformações de função interessantes;
2. Emoldurar eventos em hierarquia nos devolve a uma das propriedades mais importantes de linguagem, a coerência, mas agora em hierarquia.

Ambas as formas de intervenção relacionadas ao self como contexto são amplamente exploradas na literatura, oferecendo um vasto número de metáforas, intervenções e práticas formais.

Em conclusão, a partir de um ponto de vista baseado na ciência comportamental contextual, durante as entrelinhas eu busquei dois objetivos durante o presente texto: dar um resumo experiencial da palestra dada ao IBAC e fornecer a você intervenções alternativas às apresentadas na palestra, para que você some esses repertórios, mostrando intervenções clínicas que almejam a redução do sofrimento. Espero sinceramente ter sido útil para esse fim e que você possa derivar novas intervenções.



Sobre a Autor: **Paulo Cesar Bozza Júnior**

Psicólogo Especialista em Psicologia Clínica: Psicoterapias Comportamentais Contextuais, membro da Association for Contextual Behavioral Science (ACBS), do Developing Nations Committee (DNC) da ACBS e co-criador do projeto ACT for All.

Referências

- Blackledge, J. T. Barnes-Holmes, D. (2009). Core Process in Acceptance and Commitment Therapy. Em *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory, research and practice* (pp. 41-58). Bowen Hills, Qld: Australian Academic Press.
- Fox, Eric. *An Introduction to Relational Frame Theory*.
<https://foxylearning.com/modules/rft-oa/>. Foxy Learning.
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple*. Oakland: New Harbinger.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.
- McHugh, L. Stewart, I. Almada, P. (2019). *A Contextual Behavioral Guide to The Self*. Oakland: New Harbinger.
- Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em análise do comportamento*, 4(1), 32-50. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v4i1.105>
- Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Perspectivas em análise do comportamento*, 4(1), 32-50. <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v4i1.105>
- Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. London: Penguin.
- Villatte, M., & Hayes, S. J. (2016). *Mastering the Clinical Conversation*. New York: The Guilford Press.



Conheça o

CURSO DE FORMAÇÃO EM

Carga horária:
100 horas

TERAPIA DE ATIVAÇÃO COMPORTAMENTAL

Para mais informações acesse:

WWW.IBAC.COM.BR/BAT

Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) Feminista

Autora: Ana Clara Almeida Silva

A violência contra a mulher como um problema de saúde pública

Por que uma “psicoterapia feminista” e não apenas “psicoterapia”? Primeiramente, faz-se necessário compreender questões do mundo das mulheres que podem levá-las ao sofrimento psíquico. Mulheres são as maiores responsáveis pelos afazeres domésticos e cuidados com os filhos, o que reduz a possibilidade de participação no mercado de trabalho formal, levando-as para ocupações menos remuneradas quando comparadas aos cargos ocupados por homens. A associação do sexo feminino ao trabalho doméstico e outras atividades de cuidado não-remunerado parece também influenciar nas escolhas quanto a formação em nível superior: a maior parte das mulheres que tem a oportunidade de buscar pelo ensino superior, buscam por graduações relacionadas ao cuidado de outras pessoas (IBGE, 2021).

Apesar de corresponderem a cerca de metade da população, as mulheres ocupam uma quantidade muito inferior aos dos homens no que se refere aos cargos legislativos, ou seja, as mulheres são sub representadas no âmbito político, conseqüentemente nas decisões relacionadas às políticas públicas para mulheres. Tais situações impactam diretamente na perpetuação da violência contra a mulher. O trabalho doméstico não-remunerado, o cuidado com os filhos, uma menor participação no mercado de trabalho formal (conseqüentemente o direito à aposentadoria e outros direitos trabalhistas, gerando dependência financeira), o cuidado demandado pela família quando um membro familiar adoece e a pouca representação dos interesses das mulheres na política, entre outras situações, faz com que as mulheres estejam mais vulneráveis a diversos tipos de violência relacionadas ao sexo feminino (IBGE, 2021).

Para lidar com tais violências, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) propõe três estratégias para serem utilizadas em casos de violência contra mulheres:

- Estratégia Primária: prevenção antes que a violência ocorra;
- Estratégia Secundária: foco em medidas imediatas à violência, tais como atenção pré-hospitalar e serviços emergenciais;
- Estratégia Terciária: cuidados em longo prazo relacionados à violência, tais como reabilitação e reintegração, que tentem reduzir o trauma ou a incapacidade relacionada ao trauma em longo prazo.

A compreensão do sofrimento psicológico de mulheres a partir das Psicoterapias Feministas

Em consonância com as estratégias da OMS (2012), as psicoterapias feministas (existem diversas linhas a partir de diversas abordagens da psicologia clínica, a terapia feminista não configura como uma abordagem específica da psicologia) consideram questões sociopolíticas relacionadas ao sofrimento das mulheres, estimulam uma relação de igualdade entre terapeuta e cliente, além de tentar promover relações de maior equidade entre homens e mulheres na sociedade. (Couto & Dittrich, 2017; Fidelis & Vandenberghe, 2014; Ruiz, 2003).

Uma psicoterapia feminista tem como foco terapêutico o estresse psicológico que mulheres sofrem por serem do sexo feminino, compreendendo que seus comportamentos considerados psicopatológicos são em grande parte resultados do contexto político e social, bem como parecem ser formas que as mulheres encontraram para sobreviverem em ambientes repletos de opressões. Uma psicoterapia feminista critica as psicoterapias tradicionais, pois comumente estas não consideram questões sociopolíticas em suas intervenções, podendo muitas vezes reforçar e propagar estereótipos relacionados ao sexo do indivíduo. Por fim, uma psicoterapia feminista busca rever a produção científica da área, que com frequência é baseada em uma visão masculina de mundo (Couto & Dittrich, 2017; Costa, 2019; Rosendo & Nogueira, 2020).

Essa visão masculinista de mundo interfere diretamente nos diagnósticos psiquiátricos relacionados ao sexo feminino (e também sexo masculino) e nos tratamentos (psiquiátrico e psicológico) ofertados a estes diagnósticos. Seguem alguns dados do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM, 2014) relacionados às mulheres:

- O transtorno de estresse pós-traumático é mais prevalente e possui maior duração em mulheres do que em homens (muitos desses traumas estão relacionados à violência contra o sexo feminino).
- Mulheres adultas relatam pesadelos com maior frequência do que homens, sendo que um dos temas mais relatados é o assédio sexual.
- Transtornos alimentares acometem mais mulheres do que homens independente da raça/etnia.
- Aproximadamente 10% das mulheres nunca irão experimentar um orgasmo ao longo de suas vidas (além de outros transtornos relacionados à sexualidade da mulher).
- Os transtornos de personalidade borderline, de personalidade histriônica e de personalidade dependente são mais diagnosticados em mulheres (são diagnósticos onde comumente as mulheres são chamadas de loucas, surtadas ou histéricas). Em contrapartida, o transtorno de personalidade narcisista e transtorno de personalidade antissocial são mais diagnosticados em homens (são diagnósticos relacionados à maior agressividade e falta de empatia).

A partir desses dados do DSM (2014), é possível inferir que tais diagnósticos podem estar relacionados à vivências do sexo feminino na sociedade, bem como parecem estar relacionados a invalidações emocionais, abuso sexual na infância, adolescência e idade adulta (com frequência cometidos por pais, padrastos, tios, primos, irmãos, responsáveis, amigos da família ou outros parentes da mulher), exigências relacionadas à feminilidade (e.g., empatia, leveza, afetividade, delicadeza, doçura, beleza, estética, magreza) e a punição de comportamentos considerados 'anti-femininos' (e.g., pouco interesse em parecer bonita, em desenvolver habilidades domésticas ou se dedicar à maternidade (Sousa, 2003; Abreu & Abreu, 2015)).

Como trabalhar os impactos psicológicos do machismo nas mulheres sem patologizar essas opressões?

Além de trabalhar a abordagem clínica psicológica ao formular um caso, faz-se necessário incluir questões sociopolíticas. É necessário compreender que o que acontece no âmbito pessoal e psicológico das pessoas está intrinsecamente relacionado às práticas sociais, culturais e políticas daquela sociedade e comunidade (Rosendo & Nogueira, 2020).

É também indispensável compreender e questionar a estrutura machista presente na sociedade que coloca a mulher em papéis de submissão e opressão diante do sexo masculino. Desta forma, tanto terapeutas, quanto clientes precisam aprender a identificar que receberam valores relacionados ao seu sexo, raça/etnia e orientação sexual. Tais valores afetam a sociedade como um todo, incluindo práticas culturais e diagnósticos psiquiátricos individuais (Couto & Dittrich, 2017; Rosendo & Nogueira, 2020).

No que se refere aos fatores sociopolíticos, terapeutas precisam aprender a identificar a importância das questões sociais da cliente (qual seu sexo, etnia, raça, classe social, idade, religião etc.); compreender que os sintomas psicológicos e/ou psiquiátricos se configuram como estratégias das mulheres para lidar com ambientes opressores; analisar como homens e mulheres são socializados, seus impactos na cultura e na distribuição de poder relacionado a esses fatores sociopolíticos; buscar pelo encorajamento de mudanças sociais dentro e fora de seus consultórios; e compreender que a terapia pode ser um espaço para que as clientes iniciem ou busquem por mudanças nas práticas culturais vigentes ao seu redor. (Kohlenberg & Tsai, 2001; Tsai et al., 2011; Couto & Dittrich, 2017).

Utilizando a FAP aliada à psicoterapia feminista

A FAP é uma psicoterapia comportamental contextual que leva em consideração em suas intervenções a relação estabelecida entre cliente e terapeuta. Para tanto, a FAP parte do pressuposto skinneriano dos três níveis de variação e seleção - filogênese, ontogênese e cultura - , trazendo à tona a importância de realizar intervenções no aqui - e - agora dentro da relação terapêutica (Kohlenberg & Tsai, 2001; Tsai et al., 2011).

Além da análise funcional construída para guiar os atendimentos, ao utilizar a FAP, a terapeuta utiliza de outras estratégias para determinar o(s) comportamento(s)-alvo(s) das intervenções (Kohlenberg & Tsai, 2001; Tsai et al., 2011):

- Comportamentos Clinicamente Relevantes (CRBs ou CCRs): comportamentos que acontecem no contexto da terapia ou direcionadas à terapeuta. Os CRBs são definidos da seguinte forma (Kohlenberg & Tsai, 2001):
 - CRB1: comportamentos- alvo de intervenções;
 - CRB2: comportamentos de melhora comparados aos CRB(s)1;
 - CRB3: relacionados à generalização e a capacidade da cliente em estabelecer relações causais entre os eventos.

- Comportamentos Outside (Os): comportamentos que acontecem fora do contexto da terapia. As definições de O1, O2 e O3 seguem o mesmo padrão dos CRBs.
- Comportamentos da Terapeuta (Ts): são comportamentos da terapeuta que podem facilitar ou dificultar o manejo de um caso. Os T(s) são definidos da seguinte forma:
 - T1: comportamentos da terapeuta que dificultam o manejo do caso;
 - T2: comportamentos da terapeuta que facilitam o manejo do caso;

É importante ressaltar que os Ts são avaliados de acordo com cada caso, isto é, um T1 de um caso pode configurar como um T2 de outro caso, bem como um T2 pode se tornar um T1 no mesmo caso em momentos diferentes da psicoterapia.

- Comportamentos Sociopolíticos (SPs): comportamentos que estão relacionados a manutenção ou redução de poder baseado em grupos sociais que recebem os mais importantes reforçadores ou privilégios. Os SPs são definidos da seguinte forma:
 - SP1 (equivale ao CRB1 ou T1): comportamentos sociopolíticos que podem reforçar e manter privilégios baseados em grupos sociais que recebem os mais importantes reforçadores. O SP1 da terapeuta pode resultar em uma maior insensibilidade às questões trazidas pela cliente (e.g.: terapeuta branca e cliente negra; ou terapeuta homem e cliente mulher);
 - SP2 (equivale ao CRB2 ou T2): comportamentos sociopolíticos que podem facilitar que grupos minoritários tomem maior consciência das suas opressões e encontrem formas mais eficazes de obter reforçadores a partir da psicoterapia. O SP2 da terapeuta pode auxiliar na redução de comportamentos e práticas que mantêm privilégios de determinados grupos sociais. Para facilitar uma análise relacionada às práticas culturais e comportamentos sociopolíticos, as terapeutas podem fazer uso do modelo ADDRESSING de Hays (2001):

Ao conceitualizar um caso clínico utilizando a FAP, a terapeuta feminista precisa especificar se o(s) comportamento(s)-alvo são CRBs ou Os, identificar os Ts, bem como incluir em sua análise de casos os SPs de ambos (Kohlenberg & Tsai, 2001; Terry, Bolling, Ruiz & Brown, 2010; Tsai et al., 2011; Couto & Dittrich, 2017).

Ao conceitualizar os comportamentos SPs, a terapeuta pode utilizar o Modelo *ADDRESSING* (Hayes, 2001) para auxiliá-la a compreender as questões culturais dentro dos casos clínicos. Nesse modelo, são incluídas diversas características culturais (idade, necessidades especiais relacionadas ao nascimento ou adquiridas após o nascimento, religião, raça/etnia, status econômico, orientação sexual, ascendência indígena, nacionalidade, gênero/sexo – hoje pode-se incluir também direcionamento político em função das divergências políticas que acontecem no mundo todo) que podem aumentar o privilégio de algumas pessoas, como também diminuir o poder de outras pessoas (Tabela 1).

Tabela 1: Modelo ADDRESSING (Hays, 2001).

Característica Cultural	Poder	Menos Poder
A - Idade (Age)	Adultos	Crianças, adolescentes, idosos, pessoas portadoras de necessidades especiais
D - Necessidades especiais (Developmental disabilities)	Pessoas aptas fisicamente	Indivíduos portadores de necessidades especiais
D - Deficiência adquirida ao longo da vida (Disability acquired later in life)	Pessoas aptas fisicamente	Indivíduos que adquiriram alguma condição ao longo da vida
R - Religião (Religion)	Cristãos (católicos)	Não católicos
E - Etnia (Ethnicity)	Branco e caucasianos	Demais etnias
S - Status econômico (Socioeconomic status)	Ricos e classe média (acesso ao ensino superior)	Pessoas com status menos devido à ocupação, educação, rendimentos, origem, habitação, ambiente rural
S - Orientação sexual (Sexual orientation)	Heterossexuais	LGBTQIA+
I - Ascendência indígena (Indigenous heritage)	Não indígenas	Indígenas
N - Nacionalidade (National origin)	Estadunidenses	Imigrantes, refugiados, e intercambistas
G - Gênero/Sex (Gênero/Sexo)	Pessoas do sexo masculino	Pessoas do sexo feminino, pessoas transexuais ou/e transgêneros, pessoas

O modelo de Hays (2001) é uma possibilidade para iniciar reflexões dentro das formulações de casos que consideram questões culturais. Esse modelo precisa ser contextualizado de acordo com cada país ou região. Além do mais, outras características culturais podem ser relevantes da formulação de caso, tais como: posicionamento político, práticas ideológicas, regionalismos, entre outros.

Após iniciar a psicoterapia e a formulação do caso, a terapeuta também precisa se atentar para incluir uma visão feminista no modelo de intervenção das cinco regras da FAP (Terry, Bolling, Ruiz & Brown, 2010):

- Regra 1: Observe CRBs da cliente, incluindo aspectos sociopolíticos da relação terapêutica e de cada uma individualmente - o modelo ADDRESSING pode ser utilizado;
- Regra 2: Evoque CRBs, caso queira evocar SPs, é possível começar questionando as percepções da cliente sobre opressão, discriminação e como isso poderia afetar a terapia;

- Regra 3: Consequencie CRBs, incluindo comportamentos que aumentem a equidade entre os sexos e busquem a redução de comportamentos machistas.
- Regra 4: Perceba o efeito das intervenções na cliente, incluindo intervenções que buscam reduzir opressões e aumentar a equidade dentro da relação terapêutica;
- Regra 5: Ajude a cliente a generalizar percebendo a opressão sofrida fora das sessões. Isso poderá encorajar a cliente a se engajar em comportamentos que reduzam opressão, aumentam a equidade entre os sexos e promovam mudanças sociais.

Com esse modelo terapêutico voltado para questões feministas, a terapeuta irá buscar respeitar as vivências da cliente tal como elas são trazidas, incluindo comportamentos machistas que a cliente traz consigo para o ambiente terapêutico. Busca-se com esse modelo a redistribuição do poder dentro da relação terapêutica, isto é, a cliente é uma pessoa que pode falar por si mesma e por suas vivências. Sendo assim, a terapeuta deve apresentar uma posição de igualdade com a cliente, compreendendo que a mudança na psicoterapia é bidirecional. Além disso, uma psicoterapia feminista possibilita que a cliente leve os valores aprendidos em psicoterapia para fora do consultório, podendo inclusive se engajar em atividades pró-feministas em nível individual e/ou buscando por mudanças sociais relacionadas às opressões que as mulheres sofrem (Terry, Bolling, Ruiz & Brown, 2010).

Outra característica importante em uma FAP feminista é que a terapeuta pode fazer uso de autorrevelações, deixando explícito seus valores, permitindo que a cliente escolha ficar (ou não) nesse modelo de psicoterapia. Nesse processo, a cliente tem acesso a todo o processo terapêutico, inclusive seus direitos e suas responsabilidades nessa relação. A terapeuta precisa estar muito atenta no que se refere aos diagnósticos que colocam a cliente como doente e a terapeuta como saudável (isso aumenta a hierarquia e diminui a posição de igualdade na relação). Nesse modelo, os progressos terapêuticos são conquistados dentro da relação terapêutica que se caracteriza como um processo colaborativo, isso se dá ensinando para as clientes habilidades que são consistentes com os seus objetivos terapêuticos (por exemplo, ensinar para a cliente a analisar seu próprio comportamento, a identificar as opressões sociais e, indicar leituras e materiais feministas) (Fidelis & Vandenbergue, 2014; Terry, Bolling, Ruiz & Brown, 2010).

Tal como na FAP, as psicoterapias feministas de forma geral compreendem que a vida dentro da sessão de psicoterapia equivale a vida social da cliente, ou seja, a relação entre terapeuta e cliente está sujeita às mesmas críticas e opressões que acontecem fora desse ambiente. Desta forma, a terapeuta pode se configurar como mais uma pessoa que reforça estereótipos do sexo feminino e comportamentos machistas em seus consultórios. Por isso, é essencial que terapeutas (principalmente homens) questionem seus próprios valores, sua aprendizagem, posturas e inclusive seus preconceitos (Fidelis & Vandenbergue, 2014; Terry, Bolling, Ruiz & Brown, 2010).

Qual o papel da terapeuta FAP feminista?

O papel da terapeuta FAP feminista é auxiliar as mulheres a identificar sua história de vida e como a violência relacionada ao sexo feminino afetou a sua vida, suas relações, sua forma de viver (incluindo o desenvolvimento das psicopatologias). A terapeuta FAP feminista também busca identificar competências e habilidades para que essa mulher possa agir no mundo de forma a traçar estratégias sobre como lidar com a violência estrutural contra mulheres, bem como buscar questionar o sofrimento relacionado ao mundo feminino (itens e comportamentos relacionados à feminilidade - saltos, maquiagem, cabelo, depilação, postura passiva, docilidade, infantilização, busca incensante por parecer mais jovem etc.) (Couto & Dittrich, 2017; Fidelis & Vandenbergue, 2014; Terry, Bolling, Ruiz & Brown, 2010).

Além disso, alguns cuidados são necessários quando o atendimento é destinado às mulheres: terapeutas mulheres podem compartilhar suas vivências, fazer uso de autorrevelações, desenvolver empatia e uma escuta compassiva. Já terapeutas homens precisam reconhecer seu local de privilégio na sociedade e conseqüentemente na vida das mulheres (isso pode acontecer também quando o cliente é homem e a terapeuta é mulher; nesse caso, a terapeuta pode ajudar esse homem a reconhecer seu local de privilégio) (Terry, Bolling, Ruiz & Brown, 2010).

Sendo assim, faz-se necessário que terapeutas cuidem dos seus TIs, ou seja, terapeutas devem prestar minuciosa atenção para não punir comportamentos considerados naturalmente do sexo masculino, tentativas ou ações de emancipação dessa mulher (inclusive na psicoterapia), tentativas de se libertar de imposições diversas (inclusive da terapia quando a terapeuta impõe tarefas de casas e seus próprios valores, por isso a importância da conceitualização de caso e análise do contexto social e cultural) (Couto & Dittrich, 2017; Terry, Bolling, Ruiz & Brown, 2010).

Por fim, em casos onde a violência continua acontecendo contingente ao momento da terapia, a terapeuta precisa ter muito cuidado para não tomar decisões por essa mulher (até mesmo em momentos em que terapeutas precisam denunciar o agressor), inclusive evitando exigir que essa mulher deixe o agressor, já que a decisão sobre o momento de sair dessa relação violenta deve ser da cliente. As decisões devem ser tomadas pela cliente e a terapeuta precisa compreender que seu papel não é salvar a mulher, e sim ajudá-la em sua emancipação (Costa, 2019).



Sobre a Autora: **Ana Clara Almeida Silva**

Psicóloga e Mestre em Psicologia (UFMT), Doutoranda em Teoria e Pesquisa do Comportamento (UFPA). Formação em Terapia Sistêmica com Indivíduos, Casais e Famílias (CEFI) e Aperfeiçoamento Clínico em Análise do Comportamento (UFMT). Docente. Co-líder do projeto mundial “Viva com Consciência, Coragem e Amor”.

Referências

- Abreu, P. R., & Abreu, J. H. S. S. (2015). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(1), 45-58.
- Associação Americana de Psiquiatria (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (5ª ed.)*. Washington, DC, EUA.
- Costa, A. I. (2019). Contribuições do feminismo para a compreensão e intervenção em casos de relacionamento abusivo. Em: R. Pinheiro & T. Mizael (Orgs.), *Debates Sobre Feminismo e Análise do Comportamento*. Fortaleza: Imagine Publicações, pp. 244-263.
- Couto, A. G. & Dittrich, A. (2017). Feminismo e análise do comportamento: caminhos para o diálogo. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 8(2), 147-158.
- Fideles, M. N. D. & Vandenberghe, L. (2014). Psicoterapia analítica funcional feminista: Possibilidades de um encontro. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 18-29.
- Hays, P. A. (2001). *Addressing cultural complexities in practice: a framework for clinicians and counselors*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2021). *Estatísticas de gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil (2ª ed.)*. Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica, 38, 1-12.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. São Paulo: Esetec. (Trabalho original publicado em 1991).
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2012). *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: Ação e produção de evidência*.
- Rosendo, A. P. & Nogueira, C. P. V. (2020). Feminismo e análise do comportamento: contribuições de Maria R. Ruiz. *Id on Line: Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 14(49), 458-477.
- Ruiz, M. (2003). Inconspicuous sources of behavioral control: the case of gendered practices. *The Behavior Analyst Today*, 4, 12-16.

Sousa, A. C. A. (2003). Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 121-137.

Terry, C., Bolling, M. Y. B., Ruiz, M., & Brown, K. (2010). FAP and feminist therapies: Confronting power and privilege in therapy. Em: J. W. Kanter, M. Tsai & R. J. Kohlenberg (Eds.), *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy*. New York: Springer, pp. 97-122.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follete, W. C., & Callaghan, G. M. (2011). *Um guia para a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.



Conheça o

CURSO DE FORMAÇÃO EM

Carga horária:
100 horas

PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL (FAP)

Para mais informações acesse:
WWW.IBAC.COM.BR/FAP

Terapia Analítico-Comportamental Infantil: um panorama de seis décadas¹

Autora: Laércia Abreu Vasconcelos

Este ensaio sobre a Terapia Analítico-Comportamental Infantil (TAC Infantil – Zamignani, Rossi, Oliveira & Banaco, submetido) é escrito em um momento histórico da humanidade com experiências individuais e coletivas no enfrentamento de uma emergência pública da dimensão da Covid-19 (Silva, 2021). Em uma carta dirigida à comunidade no início de 2021 enfatizamos as partes envolvidas e a necessidade de ações coordenadas (COES, 2021²). Na história das pandemias, cientistas e profissionais, de múltiplos setores, participam da gestão de emergência sanitária e da gestão de redução de riscos de desastres (Furtado, 2020; Quarantelli, Lagadec & Boin, 2007; Polejack et al., 2021; Taylor, 2019; Tibério et al., 2020; Vasconcelos et al., no prelo).

No transcorrer da pandemia de Covid-19, 2020-2021, observa-se no Brasil deficiência ou ausência de uma coordenação nacional da pandemia. Nesta, deveríamos ter imediata e constante “comunicação de risco” para a população com apresentação consistente e recorrente de dados confiáveis, orientações não farmacológicas (e.g., uso de máscaras, higiene das mãos, manter distanciamento), antes e após a descoberta de vacinas (cf. Taylor, 2019), disponibilizadas por equipes interdisciplinares na gestão pública.

1. Agradeço as valiosas contribuições de Fátima Conte e Denis Zamignani para este ensaio.

2. Ver o repositório da Universidade de Brasília, “Covid-19 UnB em Ação”, com Boletins e Notas do COES (Comitê Gestor do Plano de Contingência da Covid-19) de 2020-2022, documentos e vídeos orientadores. E, produtos e serviços do Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial do COES, sob a coordenação da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária do Decanato de Assuntos Comunitários (Polejack et al., 2021; Vasconcelos et al., no prelo).

O impacto sobre a saúde mental com repercussões previstas a longo prazo, é multideterminado em um contexto coercitivo com elevados números de perdas humanas e econômicas que intensificam desigualdades econômico-sociais (e.g., Camargo & Calixto, 2020; Couto et al., 2020; Dalcolmo, 2021; Silva, 2021; Tibério et al., 2020). O impacto psicológico ocorre também pela falta de exercício físico, de conexões sociais e de acompanhamento médico com consultas e procedimentos postergados, não relacionados à Covid-19. A Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) apresenta dicas para a população, a partir dos 17 objetivos de desenvolvimento sustentáveis (ODSs) (UNESCO, 2017). O terapeuta (T) pode dar saliência ao valor promoção de saúde ou ao bem-estar do outro (cf. Tsai et al., 2011). Macrocomportamentos de sustentabilidade podem ser fortalecidos no sistema de psicoterapia (Cihon & Mattaini, 2020; Glenn et al., 2016; Houmanfar, Fryling & Alavosius, 2022).

Crianças e adolescentes podem influenciar famílias e escolas a contribuir com diferentes organizações como em doações ou voluntariado (e.g., Gerando Falcões, Abrace, Fundação Abrinq, Unicef Brasil, Missão Médica Internacional, Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados entre outras). Podemos nos tornar voluntários em uma cozinha comunitária que atenda a um abrigo? (ODS 1), podemos doar um livro ou material escolar a alguém, promovendo a educação? (ODS 4), podemos usar menos água (ODS 6), menos energia (ODS 7) e reciclar o nosso lixo (ODS 15)? Como podemos ajustar essas discussões no setting terapêutico com as crianças? (cf. Observatório da Cidade Resiliente, 2022).

Ao estudo pioneiro do comportamento verbal de crianças de Betty Hart seguiram-se três décadas de programas de intervenção sobre a pobreza, contribuindo para práticas contemporâneas da educação infantil (Hart & Risley, 1995, 1999). Cuidados parentais com maior frequência de interação verbal com crianças de 1 a 3 anos, feedbacks de encorajamento foram variáveis fortemente relacionados a escores de quociente de inteligência (Hart & Risley, 1995). No Brasil, o Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino (INCT-ECCE³), mostra que avanços na aprendizagem de leitura e escrita alteram a classificação dos níveis de inteligência e diagnósticos (de Rose, 1993; Medeiros & Teixeira, 2000; Tizo, 2016). Uma revolução cultural começa na infância com as práticas de criação dos filhos⁴ (Ardila, 2003; Biglan, 1995, 2015; Fava & Vasconcelos, 2017).

3. INCT-ECCE, ver <https://inctecce.com.br/pt/>

4. Ver literatura sobre práticas educativas (e.g., Cia, Pereira & Del Prette, 2006; Gomide & Dallaqua, 2020; Rovaris & Bolsoni-Silva, 2021; Sampaio & Gomide, 2007; Teixeira, Menegatti & Gomide, 2021).

O Brasil tem uma grande comunidade de analistas do comportamento considerada a segunda mais produtiva no cenário internacional junto com os Estados Unidos (Todorov & Hanna, 2010; Zamignani, Banaco & Wang, 2016). Revistas especializadas da análise do comportamento e generalistas de psicologia, como os livros da Associação Brasileira Ciências do Comportamento (ABPMC) e revistas da Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) mostram a força da produção científica e tecnológica dessa comunidade científica (e.g., Abreu & Guilhardi, 2004; Borges, Cassas & Colaboradores, 2012; Canaan-Oliveira et al., 2002; Costa, 2002; de-Farias, Fonseca & Nery, 2018; Silvaes, 2000; Tourinho & Luna, 2010).

Mecanismos de Mudança na TAC Infantil

A evolução da psicoterapia comportamental infantil dos anos 1960 ao cenário contemporâneo conta com maior participação da criança, estudo de comportamentos privados e a criação de instrumentos de medidas para acompanhamento do processo terapêutico que ganhou destaque nos anos 1990 (Conte & Regra, 2000; Del Prette, 2011; Hayes, Stroschal & Wilson, 1999, 2021; Kohlenberg & Tsai, 2001; Lima, 1988; Silvaes, 2000; Zamignani & Meyer, 2011). A terapia verbal em situação lúdica modela novas respostas, a partir da relação terapeuta-cliente (T-C), priorizando o uso de reforçamento diferencial com foco na flexibilidade psicológica. A TAC Infantil promove mudanças no comportamento do(a) cliente⁵ por meio da exposição a contingências, e por meio de relações verbais. Comportamentos clinicamente relevantes são continuamente identificados e reforçados diferencialmente.

A partir da análise funcional, interpretações do terapeuta (T) contribuem para os processos comportamentais de mudança, como analisado por Meyer (2000). A comunidade verbal chamada terapia apresenta alternativas interpretativas para estímulos antecedentes, dando saliência a outras propriedades de uma classe de estímulos mais ampla. A resposta (R1) a uma propriedade do estímulo (P1) pode também estar produzindo mais de um tipo de consequência. A comunidade verbal terapeuta, como destacado por Meyer (2000) deve estar atenta às emoções no setting terapêutico. Emoções do T (e.g., tom de voz, olhar atento sem julgamento, o parafrasear de falas do C resultando em extensão de informações apresentadas) são fundamentais para um ambiente empático que evoque auto-observação do C, possibilitando que ele entre em contato com outros aspectos da situação, menos aversivos (Conte, 2010; Kohlenberg & Tsai, 2001; Meyer, 2000).

5. Os(as) clientes na TAC Infantil são a criança e seus pais, necessariamente. Os pais ou responsáveis participam do processo terapêutico e os membros familiares são definidos em cada caso clínico.

6. “*T demonstra empatia*”: verbalizações do T que sugerem acolhimento, aceitação, cuidado, entendimento, validação da experiência ou sentimento do C. Diferentemente da categoria *Aprovação*, que se refere a uma avaliação sobre ações ou características específicas do cliente, a *Empatia* tem um caráter inespecífico, informando essencialmente que o cliente é aceito, “bem-vindo”, sem implicar avaliação ou julgamento. Essa classe de verbalizações tem sido associada tipicamente à criação de um ambiente terapêutico amistoso, seguro e não-punitivo, para que o C se sinta à vontade para verbalizar eventos que, em outros contextos, poderiam ser alvo de punição (Zamignani & Meyer, 2011, p.34).

Perguntas do(a) T evocam comportamentos encobertos do(a) C e análises de conteúdo, elencando fatos ocorridos. Adicionalmente, o(a) T destacará as relações funcionais envolvidas, conduzirá à identificação pelo(a) C de seus valores na vida. Isto ocorrerá entre T-C envolvendo crianças, adolescentes e familiares. Quando o(a) T identifica uma propriedade do estímulo discriminativo (P1) que controla uma resposta (R1) ele(a) dá saliência a outras propriedades da classe de estímulos que controlam a probabilidade de ocorrência da classe de respostas. P1 pode ser “meu diagnóstico me define e explica meus comportamentos problema”. Mas, P1 é parte de um estímulo antecedente com composição mais ampla, e R1 (agredir colegas e professores), pode estar produzindo mais de um tipo de consequência. A instrução do(a) T para observação do(a) C da situação pode aumentar a probabilidade de ocorrência de novas respostas nesta situação complexa. A intervenção terapêutica pode dar saliência a outra propriedade do estímulo: P2 poderia ser “minhas escolhas me definem como pessoa”. Outra propriedade do mesmo estímulo foi tornada mais saliente e P2 controlará outras respostas (R2) consideradas não problemáticas e com consequência reforçadora (Meyer, 2000).

O termo “contingência” significa uma relação de dependência entre eventos ... Como, em clínica, se lida com variáveis múltiplas e pouco controle sobre elas (especialmente porque se trabalha com informações derivadas de relato verbal), a terminologia ‘análise’ de contingências é mais apropriada, clarificando que tal análise não é experimental (Meyer et al., 2010, p. 160).

7. Na TAC Infantil, o(a) T pode precisar esclarecer para o(a) C o significado dos adjetivos frequentemente utilizados em interações com crianças e adolescentes, tais como adequados e inadequados, apropriado e inapropriado. O significado é obtido pela análise de contingências, pela história do(a) C (cf. Bandini & de Rose, 2006; Skinner, 1957). Comportamentos classificados de apropriados podem ser valorizados por um grupo social, resultando em reforço positivo. E, comportamentos inapropriados produzem, em geral, consequências como punição e reforçamento negativo. São comportamentos adaptativos que podem garantir a sobrevivência da criança ou adolescente em ambiente coercitivo (punição ou ameaça de punição). No entanto, classes de comportamentos inapropriados podem envolver riscos para o indivíduo e podem demonstrar insensibilidade aos eventos situacionais, em um determinado contexto (Vasconcelos e Cols., 2008).

Coleta de Dados e Formulação de Caso Clínico

À coleta inicial de dados sobre a história da criança (e.g., familiar, escolar, de saúde, social), sua rotina, a(s) queixa(s) apresentada pelos responsáveis se segue análises funcionais descritivas (Sturmei, 1996, 2008). Trata-se de análises funcionais não experimentais, interpretações do(a) T dos eventos ambientais e suas relações com respostas relatadas e/ou observadas pelo(a) T no setting clínico, escola ou em família (Conte & Regra, 2000; Regra, 2002; Meyer et al., 2010; Naves & Ávila, 2012; Watson & Gresham, 1998). A construção da formulação do caso clínico será composta por hipóteses clínicas continuamente analisadas com o(a) C, com possibilidade de autocorreção pelo(a) T e com função pedagógica para o(a) C (Goldiamond, 1975). Nas primeiras sessões, a criança não deveria participar de sessões conjuntas com seus responsáveis, de forma a garantirmos maior segurança de que a criança não será exposta a situações de risco no relato dos comportamentos problema. No transcorrer do processo terapêutico, ter sessões conjuntas pode ser parte de um programa terapêutico e uma oportunidade para observação de generalização de comportamentos CCRs que foram fortalecidos individualmente (Gadelha & Vasconcelos, 2006; Regra, 2002; Sarmet

Na evolução do caso clínico, a observação com registros feitos em casa e que podem contar com recursos tecnológicos, apresentará dados sobre a contingência tríplice: a ocasião em que uma resposta é emitida, a mudança no ambiente com uma consequência que altera a probabilidade futura de emissão daquela resposta. Ensinar o(a) C a observar o próprio comportamento é parte importante do processo terapêutico ao aumentar sua liberdade de escolha, podendo interferir em fontes de controle (Cassas & Luna, 2018; Xavier, Kanter & Meyer, 2012). Categorias comportamentais possibilitam registros de respostas nas interações T-C (Del Prette, 2011; Zamignani & Meyer, 2011) ou durante discussão de um tema com desenho ou recursos audiovisuais (Ávila, 2006; Mendizabal, 2005). A análise de contingências complexas, envolvendo relações verbais como o responder relacional derivado (Hayes, Barnes-Homes & Roche, 2001; Hayes & Hofmann, 2020; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, 2021) resultam em estratégias de tratamento de um caso individual. Em transtornos de ansiedade, por exemplo, um conjunto de estímulos e respostas, verbais e não verbais, são analisadas envolvendo OMs, eventos antecedentes públicos e privados (privação e estimulação aversiva), classes de respostas; reforço positivo e reforço negativo (Santos & Vasconcelos, 2010; Vasconcelos & Gimenes, 2004; Zamignani & Banaco, 2005).

8. Pais, mães e outros adultos responsáveis pela criança que participam do processo terapêutico. Sessões serão periodicamente planejadas, após as sessões iniciais, com planejamento de contingências pelo(a) T, incluindo recursos variados tais como diagramas, trechos de produções científicas ou literárias, notícias de jornais, trechos de músicas ou poesias para o tratamento de temas centrais e dados obtidos no transcorrer do programa terapêutico. Recursos lúdicos utilizados também com os(as) responsáveis pela criança podem ter diferentes funções (de Rose & Gil, 2003) incluindo a função de modelo em interações entre os adultos e seus filhos (Vasconcelos, 2003b; Vasconcelos, Curado & Arruda, 2005).

Processos Comportamentais: Comportamentos-Alvo

O foco na relação terapêutica, com reforçamento diferencial de CRBs, a partir de medidas das categorias de respostas do(a) C e T possibilita registros do responder contingente como um mecanismo de mudança (Xavier, Kanter & Meyer, 2012). Hayes e colaboradores destacam a excessiva governança por regras e a esquivia experiencial como os principais limitadores, e apresentam o modelo de flexibilidade psicológica. A partir do estudo do comportamento verbal (Skinner, 1957), da literatura do comportamento governado por regras e, e do paradigma da equivalência de estímulos, a teoria das molduras relacionais foi desenvolvida (Hayes, 2021; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

Em uma análise funcional verbal o sofrimento é analisado pela flexibilidade psicológica dificultada por processos relacionados à linguagem literal (a autorregra ou o pensamento “eu estou doente” é considerado pelo(a) C como igual a estar doente), com confusão entre o significado dos pensamentos e os eventos literais (Hayes, Strosahl & Wilson, 2021). Há fusão cognitiva com declarações verbais substituindo o contato direto com os eventos. O desenvolvimento do self pode se mostrar rígido, conceitualizado diferente do self processual (flexível e dinâmico no transcorrer da história de vida). Há fusão do self com o problema (Eu = problema). Há falta de contato com os valores escolhidos para sua vida (diferente de valores morais e institucionais ou de objetivos que são formulados e alcançados). Há evitação experiencial ao avaliar, julgar, prever e evitar situações – a “resolução de problemas” pela linguagem e cognição, resultante de uma longa história com convenções culturais (e.g., “evitar pensamento negativo” e “estar sempre bem”). A relação com os pensamentos torna-se o problema e fonte de sofrimento para o(a) C (Luoma, Hayes & Walser, 2022). Valores são construções verbais continuamente desenvolvidas. São contingências que fazem sentido para a pessoa. Estabelecem uma função reforçadora para ocorrência de comportamentos (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, 2021; Kohlenberg & Tsai, 2001; Perez & Nico, 2020; Tsai et al., 2011; Houtmanfar et al., 2015).

Déficits e excessos comportamentais são alvos da intervenção clínica. Promover o aumento de comportamentos desejáveis que diminuam o sofrimento ou promovam o aperfeiçoamento de desempenho, autoconhecimento, flexibilidade psicológica do C são prioridades para a TAC e TAC Infantil (Goldiamond, 1974, 1975; Watson & Gresham, 1998). A modelagem por contingências feita pelo T com respostas do C proporciona mudanças com uso de reforçamento natural e arbitrário na TAC Infantil, com ênfase em reforços naturais como o reconhecimento e elogios. Reforços são definidos pelo aumento da probabilidade futura da resposta que o produziu. Portanto, é idiossincrático e será investigado junto ao C.

No processo de supervisão⁹ para T iniciante é fundamental na discussão do caso preparar a próxima sessão com seus objetivos, recursos disponíveis, assim como disponibilizar treinamento para a confecção de um prontuário que possibilite no transcorrer das sessões ser fonte de consulta, comparação e ajustes do programa de intervenção, diante de resultados não favoráveis. Recursos tecnológicos como mensagens em whatsapp, emails e atendimento online, após 2020 com o impacto da pandemia requerem treinamento, com atenção para produtos permanentes como mensagens, contextos de atendimento que promovam segurança para T-C, e pesquisas adicionais sobre supervisão online (Andersson, 2021).

Estratégias de Intervenção

Um conjunto de estudos dos anos 1980 e 1990 mostrou menor controle instrucional sobre classes operantes de crianças não verbais de 6 meses a 4 anos comparadas a crianças mais velhas de 5 a 9 anos (Bentall & Lowe, 1987; Bentall, Lowe & Beasty, 1985; Catania, Lowe & Horne, 1990; Lowe, Beasty & Bentall, 1983). O efeito da modelagem do comportamento verbal sobre o comportamento não verbal foi mais efetivo do que a instrução (Catania, Byron, Matthews & Shimoff, 1982). Há duas classes de operantes na instrução – o operante de seguir instruções e o operante descrito pela instrução (Skinner, 1957). A sensibilidade do comportamento instruído depende da força em seguir instruções e das consequências para o seguimento (Hayes et al., 1986). Com crianças não verbais, o T em contexto lúdico evocará comportamentos em ensaio comportamental, desenhos, cantos, fantasia, e contextos diferentes do consultório. Instrumentos de avaliação devem ser desenvolvidos (Conte, 2010; Conte & Gehm, 2021; Del Prette, 2011; Vasconcelos, 2003a, 2012).

A psicoeducação na TAC Infantil aborda princípios, conceitos efetivos em cada caso clínico. Desenvolvimento humano (Vasconcelos, Naves & Ávila, 2010), sensibilidade a contingências diante de um forte controle de regras (Hayes & Hofmann, 2020); unidades temáticas escolares e estratégias de estudo (e.g., Hübner & Marinotti, 2004; Marinotti, 2005); sobre a família brasileira (Naves, 2013), recursos lúdicos; e interações com diferentes tipos de mídias (de Rose & Gil, 2003; Goulart, 2018; Vasconcelos, 2006, 2010; Vasconcelos et al., 2005; Vasconcelos, Curado & Arruda, 2005; Vasconcelos, Silva, Curado & Galvão, 2004) são áreas de destaque na interação do(a) T com as famílias, crianças, adolescentes, professores e médicos. Registros de casa, diários, escalas, questionários e categorias comportamentais do(a) C e do(a) T ilustram recursos técnicos nas interações T-C produzindo acompanhamento sistemático e dinâmico.

9. Ver Ireno (2007) com análises sobre o processo de supervisão de terapeutas analítico-comportamentais e a proposta de uma lista de verificação de desempenho para terapeutas iniciantes. O T deve buscar estar sob controle do presente no setting terapêutico (Banaco, 1997).

Em uma pergunta brincalhona podemos diminuir as pressões: suponha que um disco voador aterrisse no dia de liberação de seus problemas, e um marciano registre observações sobre o seu dia a dia. O que ele veria, após você terminar esse programa terapêutico com sucesso e se sentir como você queria? O(a) C é incentivado(a) a descrever respostas aqui e agora. A seguir, as perguntas abordam áreas a serem alteradas e inalteradas, a história de mudanças (por que buscar esse apoio neste momento? Quando tentou pela primeira vez? O que estava acontecendo? Quais foram os resultados?), recursos do C (competências, recursos sociais e financeiros disponíveis; controle de estímulos, com lugares e momentos em que o comportamento problema não é problema); e consequências que o comportamento problema produz (Gimenes, Andronis & Layng, 2005).

Na TAC Infantil é necessário que o(a) T prepare sessões para a criança e para os adultos responsáveis pela criança, além de contatos com profissionais tais como professora, médicos(as) e fonoaudiólogos(as), caso sejam definidos no caso clínico. Nas sessões com os responsáveis pelas crianças, as suas áreas de atuação e rotinas já oferecem dicas de valores - o que buscam para suas vidas como mais importante e para a vida de seus filhos; o que é importante na rotina familiar e de trabalho. O(a) T identificará OMs que auxiliarão a programação de contingências no setting terapêutico de forma a evocar respostas, assim como potencializar as consequências. Estímulos com funções reforçadoras devem ser investigados na interação T-C com a criança e com seus responsáveis. Declarações dos adultos e das crianças, com função de estímulo discriminativo, sobre o potencial de uma criança podem envolver alvos de mudança.

Na TAC Infantil, consistente com a antropologia da criança, a criança é um ser completo capaz de mudar seu ambiente (e.g., sala de aula, família nuclear, grupo de brincadeira) (Conte & Gehm, 2021; Vasconcelos, 2003b, 2012). Suas declarações sobre o mundo ao seu redor e sobre o futuro contribuem e é necessário que os adultos saibam ouvir e reconhecer as produções de crianças e adolescentes. Nomes e diagnósticos informais são frequentemente atribuídos a eles. E, recorrentemente eles denunciam o quanto não são ouvidos. De forma diferente, repórteres em diferentes mídias (e.g., rádio, TV, internet) podem apresentar um dado tema às crianças, dar tempo para que elas possam se familiarizar com os itens que serão discutidos e responder às perguntas em um contexto acolhedor (Vasconcelos, 2006, 2010).

Conclusão

A partir da ciência comportamental relações funcionais são identificadas entre variáveis ambientais manipuláveis e comportamentos observáveis com o objetivo primário de investigação psicológica (Skinner, 1966). “Historicamente, o elo entre pesquisa básica e análise aplicada do comportamento tem sido uma estratégia de sucesso” (Pierce & Epling, 1999, p. 341). Por meio da análise aplicada do comportamento (Baer, Wolf & Risley, 1968) busca-se desenvolver tecnologias comportamentais replicáveis para aliviar o sofrimento humano e melhorar comportamentos socialmente válidos baseados em princípios do comportamento (Alavosius, Newsome, Houmanfar & Biglan, 2016, p. 517).

Schlinger (2018), ao discutir o desenvolvimento sob a perspectiva analítico-comportamental já identificava como visões anticiência proliferam e influenciam perigosamente políticas públicas. Na falácia nominal, comportamentos são nomeados como se estivessem sendo explicados. Estágios normativos do desenvolvimento são tratados como condições reais que causam comportamentos, quando são artefatos de análise. Interrompemos a investigação de situações complexas ao afirmar que uma emoção causou um padrão de comportamentos. A abordagem científica do comportamento humano por meio da análise de contingências (análise funcional que é experimental e análise funcional descritiva que é interpretativa de eventos passados ou eventos privados) é libertadora. Alternativas de escolha são identificadas, diante de diferentes fontes de controle. O responder relacional arbitrariamente aplicável é um operante de classe superior que possibilita análises que contribuem para a saúde mental com o modelo de flexibilidade psicológica. Interações interdisciplinares na psicologia e com outras áreas de produção de conhecimento fortalecerão a análise do comportamento e a tornará mais acessível em centros de educação, saúde e contextos de trabalho. Ademais, gestores públicos podem se beneficiar, com análises e intervenções de fenômenos sociais complexos e de larga escala (e.g., Cihon & Mattaini, 2020; Houmanfar, Fryling & Alavosius, 2022).

Uma liderança indígena aponta que um mundo possível após a pandemia de Covid-19 exige primeiro cuidado e coragem - a substituição de desenvolvimento por envolvimento (Krenak, 2020). A humanidade não pode ser separada da natureza (Costa, 2011; Krenak, 2020). O historiador Harari (2015, 2018), especializado em história mundial, nos mostra linhagens operantes e linhagens culturo-comportamentais, em populações de indivíduos, na história do homo sapiens com três revoluções mundiais - cognitiva, na agricultura e a científica (Dowdy, 2019). A cultura de consumismo se exacerbou com o crescimento da população mundial e a natureza é coisificada como recurso a ser utilizado (Costa, 2011; Krenak, 2020). Não conseguimos frear o desmatamento do planeta. Na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, Rio-92, uma criança denunciou a inconsistência entre o que aprendeu nas escolas e o que líderes mundiais implementam no planeta. O sistema de psicoterapia infantil pode contribuir com gerações de crianças com valores e práticas sustentáveis.

10.Desenvolvimento econômico.



Sobre a Autora: **Laércia Abreu Vasconcelos**

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB) com pós-doutorado realizado na Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). É Professora do Programa de Pós-graduação em Ciências do Comportamento da UNB e Professora convidada do IBAC.

Referências

- Abreu, C. N., & Guilhardi, H. J. (Eds.) (2004). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. Práticas clínicas*. Roca.
- Alavosius, M., Newsome, D., Houmanfar, R., & Biglan, A. (2016). A functional contextualist analysis of the behavior and organizational practices relevant to climate change. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, A. Biglan (Eds.), *Handbook of contextual behavior science* (1st. ed., pp. 513-530). John Wiley & Sons.
- Andersson, G. (2021). A tecnologia da informação e o papel dinâmico da prática. Em S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos* (pp. 53-65). Artmed. (Trabalho original publicado em 2018)
- Ardila, R. (2003). *Walden Três* (K. Carrara, trad.). Esetec. (Trabalho originalmente publicado em 1979)
- Ávila, R. R. (2006). *Histórias infantis como um contexto para o reforçamento positivo do comportamento verbal vocal de crianças pré-escolares*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília].
- https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9220/1/2006_RaquelRamosÁvila.pdf
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Banaco, R. A. (1997). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta: experiências de vida. Em D. M. (Ed.), *Sobre comportamento e cognição. A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp. 174-181). Arbytes.
- Bandini, C. S. M., & de Rose, J. C. C. (2006). *A abordagem behaviorista do comportamento novo*. Esetec.
- Biglan, A. (1995). *Changing cultural practices: A contextualist framework for intervention research*. Context Press.
- Biglan, A. (2015). *The nurture effect*. New Harbinger Publications.
- Bentall, R. P., & Lowe, C. F. (1987). The role of verbal behavior in human learning: III. Instructional effects in children. *Journal of the experimental analysis of behavior*, 47, 177-190.

- Bentall, R. P. Lowe, C. F., & Beasty, A. (1985). The role of verbal behavior in human learning: II. Developmental differences. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 43(2), 165-181. <https://doi.org/10.1901/je-ab.1985.43-165>
- Borges, N. B., Cassas, F. A. & Colaboradores (2012). Clínica analítico-comportamental. Aspectos teóricos e práticos. Artmed.
- Camargo, J., & Calixto, F. (2020). Combatendo a tragédia dos comuns: como estratégias de autocontrole e cooperação social podem contribuir para o enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 16(1), 71-83.
- Canaan-Oliveira, S., Neves, M. E. C., Silva, F. M., & Robert, A. M. (2002). Compreendendo seu filho. Uma análise do comportamento da criança. Pa-ka-Tatu.
- Cassas, F. A., & Luna, S. V. (2018). Aspectos históricos da terapia analítico-comportamental a partir da contribuição de Skinner e Ferster. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 20(4), 63-80.
- Catania, A. C., Byron, A., Matthews, A., & Shimoff, E. (1982). Instructed versus shaped human verbal behavior: Interactions with nonverbal responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 38, 233-248.
- Catania, A. C., Lowe, C. F., & Horne, P. (1990). Nonverbal behavior correlated with the shaped verbal behavior of children. *The Analysis of Verbal Behavior*, 8, 43-55.
- Cia, F., Pereira, C. S., & Del Prette, Z. A. P. (2006). Habilidades sociais parentais e o relacionamento entre pais e filho. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 73-81. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100009>
- Cihon, T. M., & Mattaini, M. A. (Eds.) (2020). *Behavior science perspectives on culture and community*. Springer.
- COES (2021). Boletim COES-Covid UnB N. 2. Universidade de Brasília. https://unb.br/images/Noticias/2021/BoletimCoes-Covid/2_2021.pdf
- Conte, F. C. S. (2010). *Psicoterapia analítico-comportamental (FAP) e a criança*. Módulo do Curso de Especialização em Terapia Analítico-Comportamental Infantil (Coordenação L. A. Vasconcelos). Instituto Brasiliense de análise do Comportamento.

- Conte, F. C. S., & Gehm, T. P. (2021). ACT com crianças: desafios e possibilidades. Em C. K. B. Oshiro & T. A. S. Ferreira (Eds.), *Terapias contextuais comportamentais. Análise funcional e prática clínica* (pp. 164-183). Manole.
- Conte, F. C. S., & Regra, J. A. G. (2000). Psicoterapia comportamental infantil: novos aspectos. Em E. F. M. Silveiras (Ed.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (Vol. 1, pp. 79-136). Papirus.
- Costa, L. M. (2011). *Cultura é natureza. Tribos urbanas e povos tradicionais*. Garamond.
- Costa, N. (2002). *Terapia analítico-comportamental: dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo cognitivista*. Esetec.
- Couto, K. C., Lorenzo, F. M., Tagliabue, M., Henriques, M. B., & Freitas-Lemos, R. (2020). Underlying principles of a Covid-19 behavioral vaccine for a sustainable cultural change. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9066. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239066>
- Couto, K. C., Lorenzo, F. M., Tagliabue, M., Henriques, M. B., & Freitas-Lemos, R. (2020). Underlying principles of a Covid-19 behavioral vaccine for a sustainable cultural change. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9066. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239066>
- Dalcolmo, M. (2021). *Um tempo para não esquecer. A visão da ciência no enfrentamento da pandemia do coronavírus e o futuro da saúde*. Bazar do Tempo.
- de-Farias, A. K. C. R., Fonseca, F. N., & Nery, L. B. (Eds.) (2018). *Teoria e formulação de casos na análise comportamental clínica*. Artmed.
- Del Prette, G. (2011). *Objetivos analítico-comportamentais e estratégias de intervenção nas interações com a criança em sessões de duas renomadas terapeutas infantis*. [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-28042011-153159/pt-br.php>
- de Rose, J. C. C. (1993). Classes de estímulos: implicações para uma análise comportamental da cognição. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9, 283-303.
- de Rose, J. C. C., & Gil, M. S. C. A. (2003). Para uma análise do brincar e de sua função educacional – a função educacional do brincar. Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva, & S. M. Oliane (Eds.), *Sobre comportamento e cognição. A história e os avanços, a seleção por consequências em ação* (Vol. 11, pp. 373-382). Esetec.

- Conte, F. C. S., & Gehm, T. P. (2021). ACT com crianças: desafios e possibilidades. Em humankind by Yuval Noah Harari. *Perspectives on Behavior Science*, 43(1), 233-242.
- Fava, V. M. D., & Vasconcelos, L. A. (2017). Behavior of program Bolsa Família Beneficiaries: A behavior analytic perspective om fulfillment of education and health conditionalities. *Behavior and Social Issues*, 26, 156-171.
- Furtado, S. (2020). De cidades resilientes a planos de contingência em situações de desastre: destaques para o Brasil [Webinar] *Prática, pesquisa e políticas públicas na redução de riscos de desastres: lições para o enfrentamento da Covid-19*. Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção de Saúde.
<https://www.facebook.com/Brapep/videos/181027919577338>
- Gadelha, Y. A., & Vasconcelos, L. A. (2006). Generalização de estímulos: aspectos conceituais, metodológicos e de intervenção. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Eds.), *Análise do comportamento: pesquisa, teoria e aplicação* (pp. 141-160). Artmed.
- Gimenes, L. S., Andronis, P. T., Layng, T. V. J. (2005). O questionário construcional: uma análise não linear de contingências. Em Guilhardi, H. J. & N. C. Aguirre (Eds.), *Sobre comportamento e cognição. Expondo a variabilidade* (Vol. 15, pp. 309-322). Esetec.
- Glenn, S. S., Malott, M. E., Andery, M. A. P. A., Benvenuti, M., Housmanfar, R. A., Sandaker, E., Todorov, J. C., Tourinho, E. Z., & Vasconcelos, L. A. (2016). Toward consistent terminology in a behaviorist approach to cultural analysis *Behavior and Social Issues*, 25, 11-27.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 2, 1-84. (Reimpresso em *Behavior and social Issues*, 11, 108-197, 2002)
- Goldiamond, I. (1975). Alternate sets as a framework for behavioral formulation and research. *Behaviorism*, 3, 49-86.
- Gomide, P. I. C., Camargo, E. B., Fernandes, M. G. (2016). Analysis of the Psychometric Properties of a Parental Alienation Scale. *Paidéia*, 26, 291-298.
- Gomide, P. I. C. & Dallaqua, M. F. (2020). *Manual do Inventário de Histórico Infracional Familiar*. Juruá.
- Goulart, A. H. (2018). *Adolescência, internet e práticas informacionais*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/32018>

- Harari, Y. N. (2015). Uma breve história da humanidade. Sapiens (J. Marcoantonio Trad.; 3ª ed.). P&PM. (Trabalho original publicado em 2012)
- Harari, Y. N. (2018). 21 Lições para o século 21. (P. Geiger Trad.). Companhia das Letras.
- Hart, B. M., & Risley, T. R. (1995). Meaningful differences in the everyday experiences of young children. Paul H. Brooks Publishing.
- Hart, B. M., & Risley, T. R. (1999). The social world of children: Learning to talk. Paul H. Brooks Publishing.
- Hayes, S. C. (2021). Contextual behavioral science as a distinct form of behavioral research and practices. In D. Zilio & K. Carrara (Eds.), Contemporary behaviorisms in debate (pp. 239-255). Springer.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). Relational frame theory. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Zettle, R. D., Rosenfarb, R., & Korn, Z. (1986). Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 45, 237-256.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.) (2020). Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos. Artmed. (Trabalho original publicado em 2018)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change. Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). Terapia de aceitação e compromisso. O processo e a prática da mudança consciente (2ª ed., S. M. M. Rosa & M. Valentim, trads.). Artmed. (Trabalho originalmente publicado em 2012).
- Houmanfar, R. A., Alavosius, M. P., Morford, Z. H., Herbst, S. A., & Reimer, D (2015). Functions of organizational leaders in cultural change: Financial and social well-being. *Journal of Organizational Behavior Management*, 35, 4-27. <https://doi.org/10.1080/01608061.2015.1035827>
- Houmanfar, R. A., Fryling, M., & Alavosius, M. P. (2022). Applied behavior science in organizations. Consilience of historical and emerging trends in organizational behavior management. Routledge
- Hübner, M. M. C., & Marinotti, M. (2004). Análise do comportamento para a educação. Esetec.

- Ireno, E. M. (2007). Formação de terapeutas analítico-comportamentais: efeitos de um instrumento para avaliação de desempenho. [Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo].
- <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-15012008-153251/pt-br.php>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2001). Psicoterapia analítica funcional (F. Conte et al., trads). Esetec. (Trabalho original publicado em 1991)
- Krenak, A. (2020). A vida não é útil. Companhia das Letras.
- Lima, M. V. O. (1988). Psicoterapia comportamental infantil. Em H. W. Lettner & B. P. Rangé (Eds.), Manual de Psicoterapia Comportamental (pp. 255-263). Manole.
- Lowe, C. F., Beasty, A., & Bentall, R. P. (1983). The role of verbal behavior in human learning: Infant performance on fixed-interval schedules. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 39, 157-164.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2022). Aprendendo ACT. Manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas (2a ed., A. B. C. Machado, M. S. Dillenburg & N. Boff, Trad.) Sinopsys. (Trabalho originalmente publicado em 2017)
- Marinotti, M. (2005). Atendimento psicopedagógico de crianças que apresentam déficit de atenção. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Eds.), *Sobre comportamento e cognição. Expondo a variabilidade* (pp. 103-115). Esetec.
- Medeiros, J. G., & Teixeira, S. A. (2000). Ensino de leitura e escrita através do pareamento com o modelo e seus efeitos sobre medidas de inteligência. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 181-214. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100009>
- Mendizabal, F. P. (2005). Efeitos da exposição a filmes sobre práticas educativas maternas. [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]
- Meyer, S. B. (2000). Mudamos, em terapia verbal, o controle de estímulos? *Acta Comportamentalia*, 8(2), 215-225.
- Meyer, S. B., Prette, G. D., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S., & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Eds.), *Análise do comportamento. Investigações históricas, conceituais e aplicada* (pp. 153-174). Roca.
- Naves, A. R. C. X. (2013). Relações entre a mídia e leis nas mudanças da família brasileira: uma análise comportamental da evolução de práticas culturais. [Tese de doutorado, Universidade de Brasília]. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15708>.

- Naves, A. R. C. X., & Ávila, R. R. (2012). A formulação comportamental na terapia analítico-comportamental infantil. Em A. R. C. R. de-Farias, F. N., Fonseca, & L. B. Nery (Eds.), Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica (pp. 186-213). Artmed.
- Observatório da Cidade Resiliente (2022). Iniciativa construindo cidades resilientes. Publicação 10/01/2022, MCR2030 e Defesa Civil de Campinas, São Paulo. <https://resiliente.campinas.sp.gov.br/observatorio>
- Perez, W., & Nico, Y. C. (2020). A psicoterapia e a questão dos valores. Olhares sobre prática clínica do analista do comportamento. Plataforma DiadeLab.
- Pierce, W. D., & Epling, W. F. (1999). Behavior analysis and learning. Prentice-Hall
- Polejack, L., Leandro-França, C., Vasconcelos, L. A. et al. (2021). A Universidade de Brasília promotora de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. Em S. G. Murta, M. I. G. Conceição, C. Leandro-França, R. F. Sá, L. A. Nobre-Sandoval, & L. Polejack (Eds.), Promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde: diálogos de Norte a Sul (pp. 273-317). Rede Unida.
- Naves, A. R. C. X., & Ávila, R. R. (2012). A formulação comportamental na terapia analítico-comportamental infantil. Em A. R. C. R. de-Farias, F. N., Fonseca, & L. B. Nery (Eds.), Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica (pp. 186-213). Artmed.
- Quarantelli, E. L., Lagadec, P., & Boin, A. (2007). A heuristic approach to future disasters and crises: New, old, and in-between types. In H. Rodríguez, E. L. Quarantelli, & R. R. Dynes (Eds.), Handbook of Disaster Research (pp.16-41). Springer.
- Regra, J. A. G. (2002). TOC e transtorno de ansiedade em crianças e o atendimento familiar. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Eds.), Sobre comportamento e cognição. Contribuições para a construção da teoria do comportamento (Vol. 9, pp. 157-180). Esetec.
- Rovaris, J. A., Bolsoni-Silva, A. T. (2021). Comparação de comportamentos maternos e infantis diferenciados pelo sexo, escolaridade e problemas de comportamento. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 14, e15816.
- Sampaio, I. A., & Gomide, P. I. C. (2007). Inventário de Estilos Parentais (IEP) - Gomide (2006): Percurso de padronização e normatização. Psicologia Argumento, 25, 15-26.
- Sarmet, Y. A. G., & Vasconcelos, L. A. (2016). O conceito de generalização. Avanços na análise do comportamento. Universidade de Brasília.

- Santos, L. F., & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 717-724.
- Schlinger, H. G. (2018). A behavior-analytic perspective on development. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 20(4), 116-131.
https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/41761/1/2020_EduardoBuaniSantos.pdf
- Silva, J. A. (2021). *Ecoss da Covid-19 na Saúde Mental*. Escrita Livros.
- Silvares, E. F. M. (Ed.) (2000). *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (Vols. I e II, 2a ed.). Papyrus. (Trabalho originalmente publicado em 1998)
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Copley Publishing Group.
- Skinner, B. F. (1966). What is the experimental analysis of behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 9(3), 231-218.
- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychological*. Wiley.
- Sturmey, P. (2008). *Behavioral case formulation and intervention. A functional analytic approach*. Wiley-Blackwell.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Teixeira, L. P., Menegatti, C., & Gomide, P. I. C. (2021). Parricídio: uma análise funcional. *Psicologia em Processo*, 1, 1-13.
- Tibério, S. F., Mizael, T. M., Luiz, F. B., Rocha, C. A. A., Araújo, S. A., Santos, A. M., Terhoch, G. B., Guarnieri, L. P., Júnior, A. R. F., & Hunziker, M. H. L. (2020). A natureza comportamental da pandemia de Covid-19. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 16(1), 57-70.
- Tizo, M. (2016). *Avaliando tecnologia de ensino de leitura e escrita informatizada e adaptada para alunos de escola pública com dificuldade de aprendizagem*. [Tese de doutorado, Universidade de Brasília]. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/21618>
- Todorov, J. C., & Hanna, E. S. (2010). Análise do comportamento no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 143-153.
- Tourinho, E. Z., & Luna, S. V. (Eds.) (2010). *Análise do comportamento. Investigações históricas, conceituais e aplicadas*. Roca.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2011). *Um guia para a psicoterapia analítica funcional (FAP). Consciência, coragem, amor e behaviorismo* (F. C. S. Conte & Z. S. Brandão, trads). Esetec. (Trabalho originalmente publicado em 2009)

- UNESCO (2017). Educação para os objetivos de desenvolvimento sustentável. Objetivos de aprendizagem. <https://en.unesco.org/themes/119915/publications/all?page=2>
- Vasconcelos, L. A. (2003a). Integridade do tratamento e satisfação do consumidor na clínica analítico-comportamental infantil. Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Eds.), Sobre comportamento e cognição. A história e os avanços, a seleção por consequências em ação (Vol. 11, pp. 118-125). Esetec.
- Vasconcelos, L. A. (2003b). Quem deseja uma criança que expressa opiniões? Falo? Não falo? (pp. 97-112). Mecenas.
- Vasconcelos, L. A. (2006). A mídia e o desenvolvimento de crianças e jovens. Ou Reflexões fundamentais para a terapia analítico-comportamental infantil. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Eds.), Sobre comportamento e cognição. Expondo a variabilidade (Vol. 17, pp. 357-365). Esetec.
- Vasconcelos, L. A. (2010). Práticas culturais envolvendo a criança e a mídia: interface entre a comunicação e a análise do comportamento. Em M. M. C. Hübner, M. R. Garcia, P. R. Abreu, E. N. P. Cillo, & P. B. Faleiros, Sobre comportamento e cognição. Análise experimental do comportamento, cultura, questões conceituais e filosóficas (Vol. 25, pp. 129-136). Esetec.
- Vasconcelos, L. A. (2012). O brincar necessário: falando da vida com as crianças via histórias infantis. *Boletim Contexto*, 36, 142-167.
- Vasconcelos, L.A & Colaboradores (2008). Brincando com histórias infantis. Uma contribuição da análise do comportamento para o desenvolvimento de crianças e jovens. Esetec. (Trabalho original publicado em 2006).
- Vasconcelos, L. A., Curado, E. M., & Arruda, M. C. (2005). Interpretações analítico-comportamentais de histórias infantis: no reino das águas claras, de Monteiro Lobato. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Eds.), Sobre Comportamento e Cognição. Expondo a variabilidade (pp. 45-58). Esetec.
- Vasconcelos, L. A., & Freitas-Lemos, R. (2018). Do sistema teórico de B. F. Skinner à metacontingência: Observação, experimentação e interpretação. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 14(1), 79-90.
- Vasconcelos, L. A., Naves, A. R. C. X., & Ávila, R. R. (2010). Abordagem analítico-comportamental do desenvolvimento. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Eds.), Análise do comportamento. Investigações históricas, conceituais e aplicadas (pp. 125-151). Roca.

- Vasconcelos, L. A., Polejack, L., Leandro-França, C. et al. (no prelo). Enfrentamento da pandemia de Covid-19 pela Universidade de Brasília: a necessária transmissão do valor de saúde mental no contexto da universidade.
- Vasconcelos, L. A., Naves, A. R. C. X., Silva, C. C., Barreiros, L. M., & Arruda, M. C. (2005). Interpretações analítico-comportamentais: a história de Pinóquio. Em *Sobre comportamento e cognição. Expondo a variabilidade* (Vol. 15, pp. 300-307). Esetec.
- Vasconcelos, L. A., Silva, C. C., Curado, E. M., & Galvão, P. (2004). Estratégias lúdicas da terapia analítico-comportamental infantil: a literatura infantil - Branca de Neve e os Sete Anões. Em M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, V. L. M. Silva, & S. M. Oliani (Eds.), *Sobre comportamento e cognição. Contingências e metacontingências: Contextos sócio-verbais e o comportamento do terapeuta* (Vol. 13, pp. 306-320). Esetec.
- Xavier, R. N., Kanter, J. W., & Meyer, S. B. (2012). Transitional probability analysis of two child behavior analytic therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 182-188.
- Watson, T. S., & Gresham, F. M. (Eds.) (1998). *Handbook of child behavior therapy*. Plenum Press.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 77-92.
- Zamignani, D. R., Banaco, R. A., & Wang, M. L. (2016). Considerações sobre a fundação da Análise do Comportamento no Brasil: passado, presente e futuro. Em O. M. Rodrigues Jr. (Ed.), *Histórias das psicologias comportamentais no Brasil*.
- Zamignani, D. R., Banaco, R. A., & Wang, M. L. (2016). Considerações sobre a fundação da Análise do Comportamento no Brasil: passado, presente e futuro. Em O. M. Rodrigues Jr. (Ed.), *Histórias das psicologias comportamentais no Brasil* (pp. 43-63). Instituto Paulista.
- Zamignani, D. R., & Meyer, S. B. (2011). Comportamentos verbais do terapeuta no sistema multidimensional para a categorização de comportamentos na interação terapêutica (SiMCCIT). *Perspectivas em análise do comportamento*, 2(1), 25-45.
- Zamignani, D., Rossi, A., Oliveira, A. C., & Banaco, R. (Orgs.). (submetido). *Terapia Analítico-Comportamental: Bases conceituais e contextos de atuação*. Paradigma Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento.



Conheça o

CURSO DE FORMAÇÃO EM

Carga horária:
170 horas

TERAPIA ANALÍTICO- COMPORTAMENTAL INFANTIL

Para mais informações acesse:

WWW.IBAC.COM.BR/FTACI



24 anos!

**A Ciência do Comportamento
Promovendo Qualidade de vida e
Evolução profissional**