

Terapeutas ACT brasileiros: explorando a diversidade de práticas profissionais

Brazilian ACT therapists: exploring the diversity of professional practices

Rubens Viana Neves Castelo¹, Guilherme Bergo Leugi^{1,2,3}

[1] Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) [2] Grupo de Estudos Comportamentais e em Análise Contextual Social sobre Cultura, Tecnologias, Organizações e Sociedade (CACCTOS) [3] University of South Australia (UniSA) | **Título abreviado:** Diversidade de atuação ACT no Brasil | **Endereço para correspondência:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro, IELACHS – Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais. Rua Vigário Carlos n. 100, sala 506. Nossa Senhora da Abadia. CEP 38025-350. Uberaba/MG – Brasil | **Email:** rubenscastelo95@gmail.com; guilherme.leugi@uftm.edu.br | **doi:** <https://doi.org/10.18761/PAC.ACT.001>

Resumo: A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma terapia de orientação contextualista funcional que estabelece a flexibilidade psicológica como principal foco de trabalho. Terapeutas ACT desenvolvem sua prática a partir de contingências diretas de interação interpessoal na diáde terapeuta-cliente e de processos verbais indiretos, estabelecendo novos repertórios de clientes. O presente trabalho objetiva contribuir para a caracterização da diversidade da atuação clínica de terapeutas brasileiras(os) que utilizem ACT como referencial orientador de sua prática, considerando seus manejos dos processos envolvidos na flexibilidade psicológica. Foi realizado um levantamento com 22 terapeutas ACT brasileiros utilizando um roteiro de entrevista semiestruturado contendo questões sobre atuação de terapeutas e suas escolhas no trabalho clínico. Os resultados indicaram que terapeutas ACT no Brasil fazem integração teórico-prática, principalmente, entre abordagens comportamentais contextuais, em especial a Psicoterapia Analítico-Funcional, e Terapia Analítico-Comportamental. Em menor grau, há interseção entre seu trabalho e as visões cognitivo-comportamentais. Além disso, as intervenções relatadas denotaram caráter experiencial e idiográfico, com adaptações especificamente construídas para clientes, o que é recomendável nas abordagens comportamentais contextuais. Em conclusão, este estudo fornece informações valiosas sobre a prática clínica de terapeutas ACT brasileiros e suas abordagens para cultivar a flexibilidade psicológica em seus clientes.

Palavras-chave: Terapia de Aceitação e Compromisso; Terapias contextuais comportamentais; Análise do Comportamento Clínica; Pesquisa qualitativa em processos clínicos

Abstract: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a functional contextualist therapeutic approach that prioritizes psychological flexibility. ACT therapists base their practice on direct contingencies of therapist-client interpersonal interaction and indirect verbal processes, focusing on establishing new repertoires with clients. This study aims to contribute to characterizing the diversity of clinical practice among Brazilian therapists who have ACT as a guiding reference for their practice, considering their management of processes involved in psychological flexibility. A survey was conducted with 22 Brazilian ACT therapists, utilizing a semi-structured interview script to investigate therapists' practice and clinical work choices. Results indicated that ACT therapists in Brazil engage in theoretical and practical integration, particularly between contextual behavioral approaches, such as Functional Analytical Psychotherapy, and Behavioral Analytical Therapy. To a lesser extent, there is an intersection between their work and positions in line with cognitive-behavioral views. Moreover, reported interventions were experiential and idiographic, tailored specifically to individual clients, in accordance with the recommendations of contextual behavioral approaches. Overall, this study provides valuable insights into the unique clinical practice of Brazilian ACT therapists and their approaches to cultivating psychological flexibility in their clients.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Contextual behavioral therapies; Clinical Behavior Analysis; Qualitative research in clinical processes

A Terapia de Aceitação e Compromisso – ACT (Hayes et al., 2021) – é uma abordagem terapêutica de orientação contextualista-funcional (Hughes, 2020) que estabelece a flexibilidade psicológica como principal foco de trabalho. Flexibilidade psicológica pode ser entendida, em termos genéricos, como “entrar em contato integralmente com o momento presente e as experiências privadas que estejam ocorrendo, sem defender-se desnecessariamente e, de acordo com o contexto, persistir ou alterar a busca de objetivos e valores pessoais” (Twohig, 2012, p. 501). Em termos mais objetivos, é possível definir flexibilidade psicológica como um repertório comportamental amplo, com operantes de topografia variada e adaptativa, que cria condições para que o indivíduo maximize acesso a certos reforçadores específicos em seu contexto (Dixon et al., 2023).

Para alcançar maior flexibilidade psicológica, ou seja, estabelecer novos repertórios junto aos clientes, terapeutas ACT se valem do trabalho com contingências diretas de interação interpessoal na diáde terapeuta-cliente e processos verbais indiretos, a partir de estratégias de experimentação com essas e outras contingências da vida de clientes. Os seis processos constituintes da flexibilidade psicológica para a ACT são: aceitação, desfusão cognitiva, self-como-contexto, atenção ao momento presente, clarificação de valores, e ação comprometida (Hayes et al., 2010). A aceitação seria entrar em contato ativamente com eventos internos sem esquiva ou tentativas de modificá-los – o que poderia trazer outros prejuízos (Hayes et al., 2021). Desfusão cognitiva é o processo de modificar nossas reações aos próprios pensamentos, contextualizando-os e enfraquecendo sua literalidade (Hayes & Hofmann, 2020). Atenção ao momento presente – ou *mindfulness* – é entrar em contato constante e não-valorativo com os comportamentos públicos e privados que ocorrem no momento presente (Hayes et al., 2008). Self-como-contexto envolve a identificação de si mesmo como um processo em constante mudança e não como uma entidade fixa e imutável (Hayes et al., 2021). Wilson & DuFrene (2008, p. 64), postularam que valores remetem a “consequências livremente escolhidas e verbalmente construídas, relativas a padrões de atividade contínuos, dinâmicos e em evolução, os

quais estabelecem reforçadores predominantes para essas atividades que são intrínsecos ao engajamento no próprio padrão comportamental valorizado”. Em outras palavras, valores são o cerne do modelo ACT, e podem ser compreendidos mais especificamente como resultantes de uma operação de alteração do valor reforçador de determinadas experiências a partir de comportamento verbal, como operantes livres – ou seja, sem controle aversivo – que transformam funções de estímulos no mundo – especialmente o social (Dixon et al., 2023). Ao definir adequadamente valores nos aproximamos deles, pois o processo de defini-los cria condições que favorecem o engajamento em comportamentos convergentes a eles, ainda que inicialmente tais comportamentos possam ser experienciados como desagradáveis ou desconfortáveis. Agir de modo convergente a valores adequadamente definidos a despeito de desconfortos configura, afinal, ações comprometidas (Hayes et al., 2021).

Ao intervir, a ACT recomenda priorizar estratégias experienciais para promover flexibilidade psicológica. Estratégias experienciais são aquelas que enfraquecem o uso (controle) arbitrário da linguagem que levaria a ações inefcazes, buscando contato mais direto com as contingências do contexto do cliente (Villatte et al., 2014). Há variadas estratégias experienciais, como *mindfulness* e técnicas de meditação, direcionamentos de atenção, tomadas de perspectiva (Villatte et al., 2014). A aplicação de metáforas também é considerada uma estratégia experiencial, que pode ser útil para ajudar o cliente a compreender conceitos abstratos de forma mais concreta e acessível, além de promoverem uma nova perspectiva sobre seus eventos privados, enfraquecendo controle por regras e fortalecendo controle por contingências do momento presente (Hayes et al., 2021). Assaz (2021) indica que a literatura aponta duas características para uma intervenção experiencial:

“Em primeiro lugar, são enfatizadas as experiências particulares do cliente em contrapartida a regras do comportamento humano, buscando explorar com curiosidade como o cliente está respondendo a uma dada situação e se isso está produzindo os efeitos desejados (i. e., funcionalidade). Em segundo lugar, são favorecidas

intervenções para modelar o comportamento do cliente em sessão, e não instruções para que ele amplie seu repertório somente fora de sessão (ainda que análises e orientações tenham um papel importante no tratamento)” (Assaz, 2021, p. 114-115).

A ACT é uma abordagem terapêutica comportamental contextual. Outras abordagens contextuais são a Terapia Comportamental Dialética (DBT), a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e a Ativação Comportamental (BA) (Bastos & Ferreira, 2021). Há interfaces teóricas e práticas entre as abordagens contextuais comportamentais, apesar de seus diferentes focos de trabalho. Por exemplo, ao considerar que a FAP seja uma abordagem comportamental que privilegia o trabalho baseado na relação terapêutica e generalizações que clientes empreendem a partir dela (Kohlenberg & Tsai, 2017), surgem sobreposições importantes com a ACT. Nesse sentido, Hayes et al. (2021) afirmam que utilizam elementos da FAP para desenvolver a relação terapêutica na ACT.

No Brasil, ainda, é importante destacar a Terapia Analítico Comportamental (TAC) como abordagem derivada da tradição analítico comportamental e behaviorista radical do país desde os anos 60 e que ganha o nome (TAC) a partir de sistematizações empreendidas no início dos anos 2000 (Vieira & Ferreira, 2022). A TAC configura-se como uma abordagem fundamentada em Behaviorismo Radical e Análise do Comportamento, dispondo de estratégias de modificação ou ampliação de repertórios de clientes com base em análises funcionais, e buscando autoconhecimento e maximização de acesso a reforçadores (Vieira & Ferreira, 2022).

Uma adequada formulação de caso pode auxiliar o terapeuta a discriminar o manejo clínico mais apropriado a cada cliente (Hayes et al., 2021). A formulação de caso clínico na ACT envolve avaliar e compreender de forma abrangente repertórios relacionados à inflexibilidade psicológica. Isso inclui identificar repertórios de esquiva experiencial, fusão cognitiva, falta de contato com o momento presente, e a avaliação dos valores e metas do cliente.

Na prática clínica da ACT, é comum terapeutas estabelecerem objetivos terapêuticos em parceria com clientes. Tais objetivos requerem dos terapeu-

tas uma compreensão aprofundada dos processos comportamentais envolvidos e os auxiliam a: discriminar intervenções adequadas; promover motivação para a mudança; fomentar a confiança de terapeutas e clientes no processo de mudança; e fornecer parâmetros mais claros para avaliar a eficácia da terapia (Marçal, 2005).

A avaliação do progresso clínico na ACT envolve a avaliação dos processos e resultados terapêuticos relacionados ao modelo de flexibilidade psicológica, com a utilização de coleta de informações por meio de autorrelato, análises funcionais dos repertórios de clientes, e a utilização de instrumentos padronizados (Luoma et al., 2022).

De um modo geral, a ACT é uma abordagem sem protocolos terapêuticos estritos ou manualizados. Além disso, é uma abordagem idiográfica e formulada a partir do paradigma contextualista-funcional, o que pode favorecer a diversidade da prática e a apropriação de estratégias de intervenção contextualizadas a cada caso (Hayes et al., 2021).

Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo principal contribuir para a caracterização da diversidade da atuação clínica de terapeutas brasileiras(os) e/ou atuantes no Brasil que utilizem ACT como referencial orientador de sua prática, considerando seus manejos particulares dos processos envolvidos na flexibilidade psicológica. Objetivos específicos deste trabalho: (a) contribuir para a compreensão de controles contextuais da prática dos próprios terapeutas, ou seja, verificar, ainda que de modo indireto, baseado em relatos sobre a própria prática, sob controle de quê os terapeutas orientam sua prática de manejo dos processos envolvidos na flexibilidade psicológica; (b) contribuir para a identificação de conceitos operacionais que porventura tenham emergido e venham sendo utilizados na prática cotidiana clínica de produção de flexibilidade psicológica.

Método

De modo a viabilizar os objetivos da pesquisa, optou-se por uma abordagem qualitativa de pesquisa (Yin, 2016), de caráter exploratório, a partir de um levantamento realizado com base em um

roteiro de entrevista semiestruturado que continha questões amplas sobre atuação de terapeutas e suas escolhas no trabalho clínico. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CAAE 53309921.5.0000.5154).

Participantes da pesquisa e recrutamento

A pesquisa teve a participação de 22 psicólogas(os) que utilizam ACT em sua atuação profissional no Brasil. O recrutamento foi realizado por amostragem de conveniência. Foram elencadas instituições que realizam cursos (de formação, especialização, aprimoramento, entre outros) em ACT. Posteriormente, elas foram contatadas via telefonema ou e-mail com a finalidade de solicitar que compartilhassem com egressas(os) de seus respectivos cursos um convite padronizado pelos autores. Neste convite constava o contato do pesquisador, caso houvesse interesse em participar. O mesmo convite também foi enviado a autoras(es) de produções científicas em ACT, a partir dos contatos indicados em publicações em língua portuguesa dos últimos dez anos. Também foi utilizada a amostragem em bola de neve (Vinuto, 2014), ou seja, participantes poderiam indicar outros participantes em potencial.

Instrumento e procedimento

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas remotamente, por meio da plataforma *Google Meet*. As entrevistas duraram por volta de uma hora e foram gravadas e posteriormente transcritas. Um roteiro de 32 questões foi desenvolvido para a presente pesquisa e continha questões sobre: planejamento de sessão; formulação de caso; relação terapêutica; utilização de escalas, inventários ou instrumentos psicométricos durante o processo psicoterapêutico; avaliação do progresso do cliente; objetivos terapêuticos, e intervenções realizadas. Além disso, também foram coletadas informações sociodemográficas; tempo de experiência; atividades profissionais desenvolvidas na área; utilização de outras abordagens e modelos clínicos além da ACT; faixa etária do público atendido e modalidade de atendimento. A título de ilustração, podemos destacar os seguintes exemplos de questões do roteiro: Existe na sua prática algum planejamento

prévio sobre o conteúdo das sessões? Como é esse planejamento?; Como você estabelece os objetivos terapêuticos?; Você poderia oferecer exemplos práticos de estratégias de promoção de uma maior flexibilidade psicológica que tenha utilizado com seus clientes?; Como se dá o fim da terapia?

Análise dos dados

As gravações das entrevistas foram transcritas. Os trechos pertinentes a cada pergunta realizada nas entrevistas foram alocados em colunas em uma planilha de *Microsoft Excel*. Uma vez organizados por questões, os dados foram analisados a partir de formulação de categorias e temas presentes nos relatos das(os) participantes. Os dados foram decodificados e recodificados a fim de constituir uma análise temática (Yin, 2016). Os temas foram construídos por acordo dos autores em uma avaliação interativa das categorias temáticas. As categorias temáticas emergiram dos dados e não haviam sido previamente definidas. A descrição dos temas foi implementada de modo que fosse possível inferir descrições de comportamentos oferecidas como respostas às questões. Para o presente artigo, foram selecionados para detalhamento seis temas emergentes nos relatos oferecidos por participantes, quais sejam: Planejamento de sessões; Formulação de casos; Importância da relação terapêutica; Avaliação do progresso de clientes com ou sem uso de instrumentos padronizados de avaliação; Estabelecimento de objetivos terapêuticos; Intervenções e utilização de instrumentos ou protocolos de intervenção padronizados.

Resultados

Perfil de participantes

Em termos de escolaridade, as(os) 22 participantes da pesquisa têm pós-graduação: lato sensu (7 participantes); mestrado (6); doutorado (9). 16 participantes concluíram o curso de graduação em Psicologia em instituição de ensino superior (IES) privada e 6 em IES pública. 6 participantes concluíram até 10 anos atrás, 10 participantes de 10 a 20 anos atrás; 4 concluíram de 20 a 30 anos atrás, e 2 de 30 a 40 anos atrás. 16 participantes são formadoras(es) de terapeutas em nível de gradua-

ção e pós-graduação. 16 mencionaram que atuam como supervisoras(es) clínicos. (ver Tabela 1) Sobre público atendido, participantes variam e atendem crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Das(os) 22 participantes, 17 informaram utilizar exclusivamente abordagens psicoterápicas contextuais comportamentais. Desses, 14 indicaram tratar as abordagens contextuais como parte da abordagem analítico-comportamental. Como pode ser observado na discussão, há interfaces no trabalho ACT das(os) participantes com elementos de outras abordagens.

Seis temas emergentes a partir das respostas oferecidas por participantes

Planejamento de sessões

Participantes informaram não realizar um planejamento sistemático (com uma exceção), sendo que o planejamento foi descrito como comportamentos e características associadas ao comportamento de terapeutas. A descrição mais comum (21 participantes) referiu-se a regras comportamentais que explicitavam controles dos comportamentos dos terapeutas, mas sem menção a consequências ou efeitos específicos nos comportamentos dos clientes. Nessas respostas, o efeito do planejar pode ser inferido como direcionador do que deve ser “trabalhado” ou “tratado” com os clientes, mas sem indi-

Tabela 1. Perfil de participantes.

P	IES	Tempo desde a graduação	Escolaridade	Forma terapeutas?	Oferece supervisão?
P1	Privada	10-20	Mestrado	Sim	Sim
P2	Privada	20-30	Doutorado	Sim	Não
P3	Pública	10	Pós-graduação lato sensu	Sim	Sim
P4	Pública	10	Doutorado	Sim	Sim
P5	Privada	10-20	Pós-graduação lato sensu	Não	Não
P6	Privada	10-20	Mestrado	Sim	Sim
P7	Privada	10	Pós-graduação lato sensu	Não	Não
P8	Privada	10	Mestrado	Sim	Sim
P9	Privada	10-20	Doutorado	Sim	Não
P10	Privada	10-20	Doutorado	Sim	Sim
P11	Pública	20-30	Doutorado	Sim	Não
P12	Privada	30-40	Doutorado	Sim	Sim
P13	Privada	30-40	Mestrado	Sim	Não
P14	Privada	10-20	Pós-graduação lato sensu	Não	Não
P15	Privada	10-20	Mestrado	Sim	Sim
P16	Privada	10-20	Pós-graduação lato sensu	Sim	Não
P17	Privada	10	Doutorado	Não	Não
P18	Privada	20-30	Pós-graduação lato sensu	Sim	Sim
P19	Pública	10-20	Doutorado	Sim	Sim
P20	Pública	10	Mestrado	Não	Não
P21	Pública	20-30	Doutorado	Sim	Sim
P22	Privada	20-30	Pós-graduação lato sensu	Não	Sim

Nota. P: Participantes, numerados de 1 a 22. IES: Natureza da Instituição de Ensino Superior em que concluiu a graduação em psicologia. Tempo desde a graduação: em anos. Fonte: elaboração própria.

cações claras ou explícitas de como mudanças nos repertórios dos clientes são incorporadas ao planejamento. O efeito do comportamento de planejar foi geralmente descrito como uma melhor identificação de variáveis do caso e subsequente intervenção (14 participantes).

Ao decompor o comportamento de planejar, encontramos as seguintes definições: A) Planejar é a aplicação de uma regra para o terapeuta: ficar atento/monitorar certo tipo de comportamento relevante para o caso, identificado de modo não padronizado (sessão a sessão); B) Planejar é criar oportunidades para a(o) terapeuta se comportar diante de objetivos mapeados de modo não padronizado ao longo do trabalho (favorecer instalação de repertórios a partir do relato de clientes, sessão a sessão); C) Planejar é identificar temas, assuntos, pautas ou objetivos terapêuticos relevantes ao caso e elencar quais deles serão propostos na próxima sessão, acomodando também os imprevistos oriundos do dia a dia de clientes; D) Planejar é testar ou experimentar estratégias baseadas em instrumentos padronizados de avaliação psicológica e indicadores de sofrimento/qualidade de vida de clientes; E) Planejar é realizar análises ou hipóteses funcionais sobre o comportamento de clientes, de modo não padronizado e, a partir dessas análises, criar regras para o comportamento do próprio terapeuta.

Sobre o efeito do planejar, descrições presentes nos relatos dos participantes foram categorizadas em: 1) Terapeuta identifica melhor as variáveis relevantes ao caso e discrimina intervenções mais adequadas sobre essas variáveis; 2) Terapeuta produz melhores conceitualizações de caso; 3) Aumentar a variabilidade do repertório de intervir; 4) Clientes ficam sob controle de como o processo de terapia deverá ocorrer. Esses dados foram sintetizados na Tabela 2.

Formulação de casos

De acordo com o exposto na Tabela 3, participantes descreveram ações que realizam para formular o caso e os seus efeitos. A partir disso, foram inferidos comportamentos de terapeutas descritos nesses relatos, ao formularem os casos: A) Mapear os processos de flexibilidade psicológica; B) Utilizar instrumento padronizado como auxílio para formular caso; C) Identificar queixa; D) Fazer análise

funcional dos comportamentos de clientes (com elementos ACT, TAC, e/ou RFT); E) Identificar esquiwa experiencial; F) Identificar valores; G) Avaliar repertório autodescritivo do cliente; H) Analisar o próprio comportamento de identificar contingências; I) Elaborar plano de ação; J) Formulação e teste contínuos de hipóteses no atendimento; K) A partir da demanda de clientes, determinar qual abordagem contextual embasará sua formulação de caso. As duas respostas mais comuns foram A e B, mencionadas respectivamente por 11 e 6 participantes. Seguidas por C (5 participantes), D (4), E (4).

Os efeitos produzidos por tais comportamentos foram categorizados em: 1) Identificar melhor as variáveis relevantes ao caso e discriminar intervenções mais adequadas sobre essas variáveis; 2) Auxiliar clientes a discriminar sua demanda de modo funcional; 3) Utilizar questionário, o que produz uma terapia protocolar, focada, breve, bem como maior engajamento de clientes; 4) Formular caso baseado em Terapia Cognitivo-Comportamental para favorecer adesão inicial de clientes ao tratamento; 5) Avaliar progresso de clientes utilizando como parâmetro os seis processos de flexibilidade psicológica. O efeito 1 foi o mais mencionado, com 13 menções. Os demais efeitos tiveram uma menção cada.

Importância da relação terapêutica

Participantes responderam sobre sua visão acerca da relação terapêutica e qual sua importância e influência na psicoterapia que desenvolvem. Foi identificado que 16 participantes dizem implementar intervenções por meio da relação terapêutica e 13 dizem promover relação de intimidade e vulnerabilidade com clientes. Conforme consta na Tabela 4, foram criadas categorias temáticas sobre os comportamentos dos terapeutas de estabelecer satisfatória relação terapêutica com os clientes, a partir de seus relatos: A) Emitir classe de respostas que promove relação de intimidade e vulnerabilidade; B) Discriminar os comportamentos evocados na relação terapêutica; C) Evocar e selecionar, por meio da relação terapêutica, comportamentos clinicamente relevantes em sessão; D) Primeira ação com novo cliente é estabelecer satisfatória relação terapêutica; E) Fazer consigo as intervenções propostas para servir de modelo para cliente; F) Promover flexibilidade psicológica a

Tabela 2. Síntese das categorias temáticas referentes ao planejamento de sessões e quais seus efeitos na psicoterapia que é desenvolvida por participantes.

P	Plan	E	Excerto ilustrativo sobre planejamento de sessões
P1	A	1	"Eu sei o quê eu tenho que trabalhar com aquela pessoa, mas a forma como isso se dá (...) vai vir da peculiaridade do cliente e do que ele vai me trazer".
P2	A	1	"Eu estou sempre atenta a quando tá aparecendo a rigidez, ou quando tá aparecendo uma classe de esquivas experiencial."
P3	B	1	"Quando eu paro pra fazer análise funcional baseada em processos do caso, aí eu volto na próxima sessão com algo mais planejado, mas lógico sem fechar a porta pra coisas que podem acontecer durante a semana."
P4	C	1	"A gente tem que ter planejamento, mas [estar] sensível em sessão, às vezes cabe mais um planejamento, às vezes não cabe nem um pouco, uma sessão que aconteceu a coisa mais importante, temos que dar um acolhimento."
P5	X	0	"Eu não tenho necessariamente um planejamento de trabalho."
P6	B	0	"[Nas entrevistas iniciais] a gente já começa a delimitar quais são os alvos que a gente vai precisar atingir enquanto desenvolvimento comportamental."
P7	B	1	"Geralmente os processos eles não têm uma [sequência de aplicação]... vamos começar com aceitação, vamos começar com desfusão, não, não tem, depende da necessidade do cliente."
P8	A	1	"Eu quero ter esse entendimento no geral, qual o problema, o que está mantendo aquele problema, né? O que ela já tentou pra fazer e o que talvez ela precise aprender a fazer de diferente."
P9	C	1	"A gente precisa ter um roteiro de formulação de caso, do que investigar".
P10	E	1	"Às vezes eu acho necessário estudar algumas coisas, planejar alguns pontos, fazer uma conceitualização do caso baseado na ACT, e ver pontos que precisam ser melhor trabalhados."
P11	X	0	"Eu estou preferindo não ter muito planejamento, eu gosto de me abrir."
P12	D	2	"A formulação de caso é o que orienta o trabalho."
P13	A	0	"É um planejamento que cabe uma flexibilidade nele dependendo do que o cliente traz na sessão, né?"
P14	B	2	"Eu já coloco normalmente no próprio final da sessão: 'acho que seria legal fazer uma <i>matrix</i> aqui com essa pessoa, acho que ficaria legal', ou 'acho que vou usar aqui a tabela de valores, acho que a gente tá precisando trabalhar valores'".
P15	A	3	"Eu preciso entrar na sessão com clareza do quê que aquele paciente está falando, qual é a questão que ele traz, do quê a gente está tratando."
P16	E	1	"O planejamento é eu fazer estudo de caso."
P17	E	1	"Eu faço uma conceitualização de caso em ACT e em FAP."
P18	X	0	"Não planejo. A ACT é uma terapia muito baseada no momento presente, então é onde o cliente está, né? É onde você está hoje, é o que você está notando hoje."
P19	C	1	"Eu tenho que planejar (...) Eu tenho que saber o que vou falar, com quem vou falar."
P20	E	1	"Eu discuto na supervisão para entender o caso, eu não penso em uma intervenção específica para sessão."
P21	B	4	"A programação para próxima sessão é sempre com o estudo da formulação de caso e como é que a gente evoluiu nas hipóteses ali, e no andamento da sessão com o cliente".
P22	E	1	"Eu vou complementando minha análise funcional em registro, anotando observações importantes que naquela sessão surgiu de repente, e tento ficar mais atenta pra um possível dado que a gente possa descobrir na próxima sessão."

Nota. P: Participantes, numerados de 1 a 22. Plan: Comportamento de terapeutas de planejar sessões conforme categorias de A a E (X significa que não houve comentário explícito sobre planejar sessões durante a entrevista). E: Efeito de planejar sessões, inferido a partir dos relatos, conforme categorias encontradas de 1 a 4 (0 significa que não houve comentário explícito sobre efeitos de planejar sessões durante a entrevista). Fonte: elaboração própria.

Tabela 3. Síntese das categorias temáticas referentes à formulação de casos e quais seus efeitos na psicoterapia que é desenvolvida por participantes.

P	Form	E	Excerto ilustrativo sobre formulação de casos
P1	D	0	"Eu utilizo a seguinte estrutura: antecedente, reposta, consequência, e aí eu vou pondo todos os tipos de comportamento desse cliente que pertence à mesma classe funcional, quando estou estudando."
P2	C,H,I	1	"Começa com a identificação da classe de esquia experiencial e depois com aquilo que ele precisa se aproximar, e quer se aproximar na vida dele."
P3	A	0	"É usar o próprio hexaflex, o próprio hexágono, pra ver como é que tão ali os processos daquele cliente".
P4	B	1	"Você vai ver, por exemplo, no [instrumento padronizado para análise funcional]. Tento fazer ele."
P5	C,D	0	"Eu faço a análise funcional e verifico né, os pontos em que o cliente traz, a situação dele."
P6	D,H	1	"Outro jeito de conceitualizar que me ajuda demais é procurar fonte de evitação experiencial."
P7	D	1	"[Menciona formulação de caso presente em livro sobre ACT], lá ele fala como é que você vai vendo o cliente e como é que você analisa o cliente, quais são os processos que você precisa trabalhar nele."
P8	A,D,J,K	1	"É muito aqui, né? Da minha interação com meu cliente, da nossa relação mesmo, que eu estou vendo esses comportamentos aparecendo."
P9	A,C,D,L	0	"A gente precisa ter um roteiro de formulação de caso, do que investigar, do tipo de intervenção que normalmente a gente utiliza para determinados processos psicológicos."
P10	A	0	"Basicamente a conceituação do caso na ACT ela vem a partir desses 6 processos."
P11	M	2	"Eu vou levantando hipóteses enquanto eu estou atendendo e vou reformulando essas hipóteses e vou testando."
P12	A,B	1, 3	"[Menciona utilização de questionários], e aí [responder ao questionário] ajuda a gente a fazer a formulação de caso."
P13	B	1, 4	"A minha conceitualização tem os dados do cliente, anamnese toda, e nessa anamnese vou percebendo as principais crenças, os principais pensamentos, quais são os padrões de comportamento."
P14	A	1	"Vou muito nos processos do hexaflex."
P15	A	1	"O quê que apareceu na sessão que está relacionado com a fusão? O que aconteceu na sessão que tá relacionado a baixa clareza de valores? Ou a poucas ações comprometidas?"
P16	A	1	"Como que é que o cliente se funde lá, o quê que ele se esquia lá fora, e como é que ele se funde aqui dentro de sessão, o que é valor pro cliente lá fora, o quê que é valor pro cliente aqui dentro de sessão."
P17	B,N	0	"Depende da demanda (...) eu posso fazer uma formulação mais voltada pra FAP, ou pra ACT, ou até enfim colocando coisas da DBT, mas em geral é FAP e ACT."
P18	B,D,I	1	"Uma análise funcional que funciona pra mim é onde meu cliente está preso, onde meu cliente está preso e o que eu observo que está prendendo ele, e o que eu acho que seria importante pra soltar ele."
P19	B	5	"[Utilizo] um modelo geral de formulação de caso em ACT."
P20	C,D	0	"Eu vou montando [o] repertório básico da pessoa, pra ver como essas contingências matriciais surgem depois, na vida atual do paciente".
P21	A,D	1	"A gente vai descrevendo em termos dos processos da ACT, do hexaflex."
P22	C,D	1	"À medida que vão surgindo informações que são relevantes pra minha análise funcional do caso, eu vou complementando e mudando estratégia de intervenção."

Nota. P: Participantes, numerados de 1 a 22. Form: Comportamento de terapeutas que de formular casos conforme categorias de A a N. E: Efeito de formular casos, inferido a partir dos relatos, conforme categorias encontradas de 1 a 5 (0 significa que não houve comentário explícito sobre efeitos da RT durante a entrevista). Fonte: elaboração própria.

partir da relação terapêutica; G) Ficar sob controle do arcabouço teórico da RFT Clínica; H) Ficar sob controle do arcabouço teórico da FAP e da ACT; I) Ficar sob controle da análise de caso para implementar intervenções a partir da relação terapêutica. Ademais, os efeitos desses comportamentos foram categorizados da seguinte forma: 1) Satisfatória relação terapêutica prediz maior adesão do cliente ao tratamento; 2) Satisfatória relação terapêutica produz intervenções mais efetivas; 3) Satisfatória relação terapêutica prediz melhora clínica; 4) Evocar e selecionar, por meio da relação terapêutica, comportamentos clinicamente relevantes promove melhora clínica; 5) Aplicação de técnicas efetivas tem maior poder preditor de melhora clínica do que a qualidade da relação terapêutica. Os efeitos 1, 2 e 3 foram os mais citados com 7, 7 e 6 menções, respectivamente.

Avaliação do progresso de clientes com ou sem uso de instrumentos padronizados de avaliação

A totalidade das (os) participantes informaram alguma estratégia de avaliação de progresso. A mais mencionada foi a de utilizar autorrelato de clientes (19 ocorrências), tanto por meio de relato direto, espontâneo ou evocado por perguntas não padronizadas, quanto por intermédio de instrumentos padronizados. Das 19 ocorrências, 9 indicavam o uso de instrumentos padronizados para variados fins: avaliar progresso de clientes utilizando como parâmetro os seis processos de flexibilidade psicológica (4), ou um único processo, os valores (1); avaliar progresso em termos de alcance dos objetivos terapêuticos (1), entre outros. Também houve relatos de estratégia de avaliação do progresso que busca verificar indiretamente, no autorrelato de clientes, a emissão de comportamentos que indicam progresso fora de sessão (5); verificação do progresso de clientes em termos de engajamento em ações comprometidas vinculadas aos valores clarificados em sessão (2); utilização de critérios baseados em termos médios como transformação de vida (1); e não especificação da forma como o autorrelato é utilizado para avaliar progresso (4). A segunda estratégia mais mencionada refere-se à utilização de valores clarificados em terapia como critério para avaliação de progresso, sem uso de instrumento padronizado (7). Com menor frequência, foi relatada atualização

da formulação de caso para verificar progresso (4), e a observação de emissão de comportamentos de melhora do cliente na relação terapêutica (3).

Estabelecimento de objetivos terapêuticos

Este tema, assim como os demais, foi descrito a partir de comportamentos inferidos dos relatos dos participantes. É importante ressaltar que as menções não são mutuamente excludentes, de modo que participantes podiam citar mais de um método para formular objetivos terapêuticos.

O método de estabelecimento de objetivos terapêuticos mais mencionado foi basear-se em ações comprometidas vinculadas a valores clarificados em sessão (9 ocorrências). 8 participantes destacaram que os objetivos terapêuticos são estabelecidos em conjunto com clientes. Em seguida: identificação da queixa (5) e reconhecimento dos repertórios de clientes sob controle aversivo (5). Em menor número de ocorrências, foram citadas as seguintes estratégias: identificação da demanda (4) e utilização da formulação de caso (4). Por fim, foram indicados como critérios para formulação de objetivos terapêuticos: identificação de contingências que evocam a queixa (3); descrição de objetivos em termos de déficits e excessos comportamentais (3); e avaliação de clientes em termos dos seis processos de flexibilidade psicológica (3).

Intervenções e utilização de instrumentos ou protocolos de intervenção padronizados

Novamente, é importante ressaltar que as menções não são mutuamente excludentes, de modo que participantes podiam citar mais de um tipo de intervenção/protocolo ou instrumento de intervenção.

Diante de questões a respeito da intervenção ACT típica que mais utilizam em sua atuação clínica, participantes responderam com maior frequência o uso de metáforas e clarificação de valores (7 menções cada). Para clarificar valores, participantes informaram que utilizam: perguntas abertas (4 menções), e a intervenção “ACT-Matrix” (cf. Polk et al., 2016) (3). A desesperança criativa foi mencionada 4 vezes; e exercícios de mindfulness, 2 vezes. As demais intervenções foram relatadas uma vez: sugerir mudanças no modo de clientes falarem sobre seus pensamentos, para promover desfusão cognitiva; psicoeducação sobre os seis processos

Tabela 4. Síntese das categorias temáticas referentes ao papel e estabelecimento da relação terapêutica e quais seus efeitos na psicoterapia que é desenvolvida por participantes.

P	RT	E	Excerto ilustrativo sobre papel e características da RT
P1	A	1,5	"Eu tento ser mais próxima, mais solidária, dar o máximo de apoio, porque eu sei que vai ser difícil, entendeu?"
P2	A	3	"Quanto melhor eu sinto que existe ali confiança, entrega, espaço pra vulnerabilidade, então quanto mais a relação terapêutica tem qualidade, mais próxima de um desfecho de qualidade a gente fica."
P3	H	0	"Alguns elementos de FAP eles têm que tá aqui junto de ACT pra coisa funcionar, então enquanto terapeuta ACT você tem que estar muito atento também à relação terapêutica."
P4	C	3,4	"É através da conversa e da interação que a gente vai ter em sessão, que a gente pode criar outras interações que vão desenvolver repertórios alternativos."
P5	G	1,2	"Se eu tenho um vínculo bem estabelecido com cliente, eu consigo fazer propostas pra que ele consiga fazer metáforas e fazer atividades que vão levá-lo a proporcionar desfofusão, que ele esteja presente comigo na sessão".
P6	A,D	1,3	"Cuidar da relação terapêutica é uma prioridade enorme na minha prática clínica. Se o vínculo está estremecido, então vamos falar desse estremecimento."
P7	A,E	1	"Essa aliança terapêutica é muito importante entre o cliente e o terapeuta, então assim, você se comportar com uma sinceridade, uma proximidade grande com o cliente."
P8	B	0	"Quero perceber se ela é atenta ao próprio comportamento e às ações que ela faz em sessão, tudo em sessão, não é uma coisa que eu estou imaginando como é lá fora, é que eu estou vendo".
P9	B	3	"A utilização da relação terapêutica que envolve tanto os repertórios do terapeuta quanto uma atenção especial ao que o sujeito está fazendo em tempo real em sessão."
P10	B	2	"Se a gente não tem um bom vínculo construído, se a gente não tiver atento à relação terapêutica, o quê que está aparecendo na relação ali, a gente não consegue trabalhar com aquele paciente"
P11	C	4	"A relação terapêutica é um espaço pra criar contextos em que a gente possa evocar e selecionar comportamentos, então eu acho fundamental."
P12	A	2	"Se não tiver uma confiança, se não tiver uma conexão, não vai dar certo."
P13	A	1,3	"Quando eu começo a fazer o plano de tratamento, eu já passei desse engajamento terapêutico, dessa confiança terapêutica, dessa relação empática que é necessária que aconteça."
P14	A	1	"Um valor meu é ser autêntica, né, e aí eu gosto disso [...] e isso é um fator que faz as pessoas se vincularem comigo."
P15	A,B	2	"Qual é o espaço que aquela relação tem para que as pessoas se mostrem, então é um espaço seguro? É um espaço inseguro? É um espaço que cabe autorrevelação?"
P16	A,E,G	2	"Eu também gosto muito de usar os princípios da RFT Clínica, pra fortalecer relação terapêutica".
P17	B,D	0	"Relação terapêutica é a coisa mais importante da terapia. É absolutamente fundamental e essencial."
P18	A,F	2	"Então eu invisto muito na relação terapêutica, criar esse cenário de confiança, esse cenário de abertura, de honestidade, de profundidade né."
P19	C	4	"Você vai dando condições pra ele emitir o comportamento pra você poder selecionar e modelar."
P20	A,C,I	4	"Vou evocar na relação 'como você se sente quando eu digo isso?', 'o que você falou chegou em mim dessa forma.'"
P21	A	1,2,3	"Se ele valida os sentimentos, os pensamentos e se ele reforça num primeiro momento o relato do sofrimento, o relato da queixa, o relato da vida, o terapeuta muda a função do estímulo."
P22	A	0	"Eu não consigo imaginar não poder me relacionar de uma forma genuína com meu paciente, acho que é isso."

Nota. P: Participantes, numerados de 1 a 22. RT: Comportamento de terapeutas de estabelecer satisfatória relação terapêutica conforme categorias de A a H. E: Efeito do estabelecimento de uma boa RT, inferido a partir dos relatos, conforme categorias encontradas de 1 a 5 (0 significa que não houve comentário explícito sobre efeitos da RT durante a entrevista). Fonte: elaboração própria.

de flexibilidade psicológica; sugerir ao clientes que observem em perspectiva o próprio comportamento verbal, a fim de promover self-como-contexto; identificar a instalação de repertórios privados e suas respectivas funções por meio de relatos da própria história de vida, buscando função discriminativa no contexto atual, fomentando observação ao invés de esquiva experiencial; e, por fim, sugerir aos clientes que discriminem fisicamente respondentes com caráter aversivo, especialmente sentimentos e emoções.

Participantes responderam também sobre exemplos práticos de estratégias de promoção de flexibilidade psicológica que já haviam utilizado com seus clientes.

Todas(os) as(os) participantes indicaram a utilização de estratégias de intervenção experienciais como: metáforas (19 participantes); clarificação de valores e discriminação de ações comprometidas baseadas neles (10); exercícios experienciais de mobilização de desesperança criativa (8), de *mindfulness* (3), e de caráter lúdico (1); treino de tomada de perspectiva (4); exposição ao desconforto (3) ou aos comportamentos verbais encobertos (2); evocar em clientes respostas de discriminação física dos respondentes aversivos (2); evocar e selecionar, por meio da relação terapêutica, comportamentos clinicamente relevantes (2); auxiliar clientes a repetir os próprios comportamentos verbais encobertos com a voz de uma personagem que gosta (2); *role-playing* (1).

Destaca-se que, em relação ao uso de metáforas, 12 participantes mencionaram métodos particulares para implementar e/ou adaptar metáforas, criá-las em sessão, a partir de relato de clientes, adaptando-as a cada caso (12). Outras(os) 6 participantes informaram reproduzir metáforas que constam em manuais da ACT.

Participantes também relataram a finalidade das estratégias experienciais, sendo que as mais citadas foram enfraquecer esquiva experiencial (8 menções); fortalecer repertório de ações comprometidas vinculadas a valores clarificados (8); enfraquecer controle por regras (6); e promover desfusão cognitiva (6). As demais respostas dizem respeito a promover autodescrição e autoconhecimento, em uma visão analítico-comportamental (3); identificar repertório de flexibilidade psicológica (3); generalização operante de habilidades treinadas em

sessão (3); promover self-como-contexto (3); instalar repertório de relações dêiticas (2), de relações espaciais e temporais (1); cliente ficar sob controle de como a terapia vai ocorrer (2); favorecer atenção ao momento presente (2); promover discriminação corporal dos respondentes aversivos em sessão (2); e discriminar função dos eventos privados (1).

Sobre a utilização de protocolos baseados em ACT em algum momento de suas carreiras, 11 participantes afirmaram que não fizeram uso e 11 já usaram. Dentre as(os) que já utilizaram protocolos baseados em ACT, 5 informaram uso em contexto de pesquisa; 3 relataram ter utilizado protocolos em contexto clínico de intervenção; e 2 participantes não especificaram o contexto de utilização do protocolo.

Por fim, participantes informaram sobre a utilização de escalas, inventários ou instrumentos padronizados em algum momento da terapia e a respectiva finalidade. Foi solicitado que respondessem sobre sua experiência em contexto clínico, individual ou grupal. Houve 14 participantes que indicaram utilizar instrumentos psicométricos. Desses, 6 afirmaram que utilizam instrumentos que mensuram flexibilidade psicológica: Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) (cf. Bond et al., 2011), Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy (CompACT) (cf. Giovannetti et al., 2022), e o Children's Psychological Flexibility Questionnaire (CPFQ) (cf. Lenoir et al., 2022). Outros 4 participantes afirmaram que os utilizam para avaliar progresso da flexibilidade psicológica e 2 não especificaram o objetivo de aplicação. A segunda categoria de instrumentos mais citada refere-se àqueles com propósito de clarificar valores: Bulls Eye (Lundgren et al., 2011) (1), "ACT-Matrix" (Polk et al., 2016) (1), e outro desenvolvido pela(o) participante (1). Também foram mencionados instrumentos para avaliar autocompaixão (2) e nível de atenção plena ou *mindfulness* (2).

Discussão

Um aspecto mais amplo abordado refere-se aos relatos dos participantes sobre planejamento de sessão associado às escolhas das intervenções implementadas: das(os) 22 participantes, 16 relataram que não definem previamente todas as in-

tervenções, pois essa definição ocorre em sessão, ficando sob controle de clientes e da sua leitura de caso, de modo idiográfico. Tal conduta terapêutica pode ser ilustrada nos seguintes trechos das entrevistas realizadas:

P1: “Eu sei o quê eu tenho que trabalhar com aquela pessoa, mas a forma como isso se dá – porque aí a gente tem inúmeras formas –, isso vai vir da peculiaridade do cliente e do que ele vai me trazer. Eu não vou previamente estruturar isso”.

P4: “Então eu estou pensando sempre naquele repertório, quer dizer, por exemplo, se eu estou trabalhando com a pessoa a consciência de sentimentos (...) basicamente qualquer tema que aparecer eu consigo trabalhar consciência de sentimentos. Se eu quero trabalhar sobre tomar decisão e clarificação das motivações, basicamente qualquer tema que aparecer eu posso trabalhar nisso, então o que eu penso não é necessariamente planejamento do conteúdo da sessão, mas os processos, repertórios, e processos comportamentais que eu estou trabalhando”.

Ao interpretar esses dados, foi possível reconhecer um paralelo entre as descrições feitas e a identificação de controle temático do comportamento verbal (Hübner et al., 2012). Nesse sentido, considerando que interações dentro um setting terapêutico são eminentemente interações verbais, é possível atentar-se ao comportamento de clientes (Ver definições A e B do comportamento de planejar, em *Planejamento de sessões*), sendo priorizado em lugar de definir previamente intervenções específicas, seja condizente com a emissão de comportamentos verbais de terapeuta sob controle de variáveis discriminativas, evocativas ou motivacionais (Hübner et al., 2012) de si ou de clientes, em substituição à aplicação de regras formalmente e especificamente definidas na literatura.

A prática de planejar como identificar processos de flexibilidade psicológica importantes para cada cliente (veja relatos de P1 e P4, acima) ainda traz outros aspectos relevantes. Quando terapeutas ficam mais “sob controle” do que clientes estão fazendo em sessão, pode ser mais provável que consigam considerar os múltiplos controles do

comportamento e, por conseguinte, traçar planos de ação mais sob controle de relações funcionais do que topografias de comportamento desejável (ou congruente com o comportamento da(o) terapeuta). Por exemplo, se um cliente apenas “intra-verbar” uma regra como “Devo me amar mais” – o que pode estar relacionado apenas a “dizer o que a(o) terapeuta quer ouvir” –, ao ficar sob controle das variáveis discriminativas, evocativas e motivacionais que interferem nesse relato, a(o) terapeuta pode ter mais chances de não ficar satisfeita(o) com a mera descrição e inquirir “Quais são as implicações práticas desta conclusão?”; “Caso você saia daqui hoje se amando mais, qual seria a primeira coisa que você faria? E o que aconteceria?” (Queiroz & Medeiros, 2022, p. 147)

As intervenções, nesse sentido, estariam mais baseadas nas interações entre participante e cliente, de modo que o planejamento do que fazer em sessão é secundário. Terapeutas, portanto, buscam evocar repertórios em sessão a partir de variáveis contextuais e motivacionais dos clientes, e não a emissão de novas regras que denotariam, por si só, progresso clínico.

O foco especial no trabalho a partir da interação entre cliente e terapeuta na seção aponta, também, para um diálogo com princípios típicos da FAP (Kohlenberg e Tsai, 2017). E a adaptação das intervenções em função das características específicas de clientes está consonante a clínica da ACT, já que Luoma et al. (2022), postulam que a conduta de terapeutas deve visar à personalização das intervenções de acordo com as necessidades de clientes, evitando o uso de técnicas pré-definidas. Essa abordagem permite que terapeutas estejam sempre prontas(os) para ajustar a direção da terapia de acordo com as necessidades específicas de clientes, a qualquer momento.

Um efeito prático desse tipo de conduta terapêutica encontrado é evitar o uso de metáforas manualizadas da ACT, preferindo criar metáforas sob controle da interação terapêutica e da formulação de caso. Na presente pesquisa, das(os) 19 participantes que indicaram utilizar metáforas, 12 afirmaram que as formulam em sessão, evitando criá-las ou obtê-las previamente. Segundo Hayes et al. (2021), terapeutas devem estar atentos às palavras e metáforas utilizadas por clientes durante as sessões

e utilizar essas informações para criar metáforas que possam ajudar clientes a entender e aplicar os conceitos da ACT em sua vida. Dessa forma, segundo os autores, terapeutas conseguirão discriminar intervenções mais adequadas. Luoma et al. (2022) ainda recomendam que terapeutas sejam capazes de ajustar suas intervenções e criar metáforas, exercícios e tarefas comportamentais para atender às necessidades específicas de clientes, levando em conta sua experiência, práticas linguísticas e contexto social, étnico e cultural. Essa habilidade é fundamental para garantir que clientes possam se envolver plenamente no processo terapêutico e obter os melhores resultados possíveis. Em acordo com essa recomendação, P9 afirmou que:

“Eu preciso voltar às bases o tempo todo, porque a construção das técnicas é diferente, embora o modelo e aí os componentes do modelo principal, a teoria de base, a filosofia de base, e os objetivos dele, a formulação de caso; embora tudo isso seja mantido, mas as técnicas de intervenção precisam ser culturalmente situadas. Só que pra você fazer isso, não dá pra só reproduzir o que já tá no modelo, você precisa repensar as estratégias e adequá-las ao contexto atual.”

Portanto, em termos de intervenções, participantes informaram utilizar estratégias experienciais, que é o cerne da proposta interventiva das terapias contextuais comportamentais, especialmente FAP e ACT.

Destaca-se a utilização da ACT combinada com outras abordagens terapêuticas, pois 20 participantes de um total de 22 afirmaram que realizam alguma integração. Desses, 14 afirmaram que utilizam elementos de outras abordagens contextuais e que estes modelos se originariam na clínica analítico-comportamental. Os princípios teóricos que articulam as abordagens contextuais seriam os mesmos, porém, segundo participantes, o ponto de dissimilaridade entre elas se refere à ênfase que cada uma atribui aos repertórios que serão modificados. Por exemplo, a FAP debruça-se especialmente sobre repertórios interpessoais; a ACT, a repertórios socioverbais ou demandas clínicas relacionadas à linguagem; e a DBT, a repertórios de desregulação emocional, vide relato de P4:

P4: “Elas [as terapias contextuais] são bastante integráveis, elas são terapias que são baseadas nos mesmos princípios filosóficos e teóricos [comportamentais], então facilita muito a integração delas, e eu acho que elas se complementam (...) na ênfase que elas dão pra tipos de repertórios dos clientes que são “encontrar dificuldades, problemas e sofrimento”, e ênfase né, porque nenhuma negligencia a outra, porque você vai ver por exemplo, DBT tem grande ênfase em repertórios relacionados a regulação emocional, a atenção ao presente; em ACT você também vai ver questões de motivação, de regulação emocional, e [em] FAP, você vai ter o repertório social como uma coisa muito importante; Ativação Comportamental, com foco em resolver problemas e enfrentamento, exposição... (...) Às vezes, com um cliente que tá ruminando na cama, trabalhar a questão de desfusão pode ser importante, mas às vezes pode não funcionar, e daí você tem que ter outras estratégias na manga por exemplo talvez ativação, talvez clarificação de valores, e daí outras abordagens elas podem complementar e expandir a prática, então acho que elas se complementam em foco, se complementam em estratégias”.

Vê-se, portanto, integração entre terapias comportamentais contextuais e a terapia analítico-comportamental. Segundo Hayes (2004), a ACT tem origem na tradição analítica do comportamento, e portanto, estaria vinculada ao Behaviorismo Radical. O mesmo pode ser dito da FAP (Kohlenberg & Tsai, 2017). O modelo biossocial da Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 2015) também toca em pontos importantes de história de aquisição de repertórios comportamentais, a partir das interações com ambientes com certas características.

De fato, a prática profissional das(os) participantes é permeada por estratégias de intervenção ancoradas em Análise do Comportamento, pois ao relatarem a finalidade das suas intervenções experienciais, mencionaram estratégias tipicamente comportamentais como, enfraquecer controle por regras (6 menções); promover autodescrição e autoconhecimento, de acordo com uma definição analítico-comportamental (3); generalização

operante de habilidades treinadas em sessão (3); e discriminar função dos eventos privados (1). Tais termos podem ser classificados como de nível baixo, ou básico, pois estes são oriundos de pesquisas básicas e empíricas (Barnes-Holmes et al., 2016).

Outras finalidades das intervenções experienciais foram relatadas em termos de nível médio: fortalecer repertório de ações comprometidas vinculadas a valores clarificados (8 menções); promover desfusão cognitiva (6); identificar repertório de flexibilidade psicológica (3); promover self-como-contexto (3); e favorecer atenção ao momento presente (2). Esse uso de termos de nível médio é compreensível, uma vez que o modelo de flexibilidade psicológica da ACT é constituído de termos desse tipo. Barnes-Holmes et al. (2016) citam o apelo e a utilidade clínicas de termos médios em contexto clínico tanto em sentido comunicacional entre profissionais da área e de áreas correlatas, quanto em seu papel de orientação para clínicos sem formação comportamental e outros clínicos que buscam assegurar uma aplicação da ACT adequada e com bons resultados.

Entretanto, a utilização de termos desse tipo traz outros problemas. Considerando o exemplo de duas finalidades apontadas por participantes para implementar intervenções experienciais – “promover desfusão cognitiva” e “enfraquecer controle por regras” –, há uma boa chance de que ambas se refiram ao mesmo procedimento comportamental. Porém, isto não fica claro a partir dos relatos. Barnes-Holmes et al. (2016) argumentam que, de fato, a questão central com os termos de nível intermediário reside na dificuldade frequente em determinar qual deles está sendo abordado em qualquer narrativa científica.

Há correspondência entre as estratégias das terapias contextuais comportamentais e da Terapia Baseada em Processos (TBP), sendo que a ACT, especificamente, pode ser considerada como um “protótipo” de uma psicoterapia baseada em processos (Ferreira, 2021). ACT e outras terapias contextuais comportamentais, adotam uma postura de compreensão funcional de processos psicológicos que vão além da identificação e enfrentamento de quadros diagnósticos (Ferreira, 2021). Desse modo, ressalta-se o caráter integrador das terapias contextuais comportamentais, o que foi identificado nos relatos de participantes.

Sobre objetivos terapêuticos, Luoma et al. (2022) indicam que os objetivos terapêuticos da ACT são estabelecidos em conjunto entre terapeutas e clientes, com base nos valores de clientes. A resposta mais mencionada pelos participantes sobre como formular objetivos terapêuticos refere-se a basear-se em ações comprometidas vinculadas a valores clarificados em sessão. Além disso, 8 participantes mencionaram explicitamente que os objetivos são estabelecidos em conjunto com clientes, o que indica concordância com a prática preconizada na ACT.

No que diz respeito à formulação de casos clínicos, o método mais utilizado por participantes refere-se ao mapeamento dos processos de flexibilidade psicológica (11 menções), seguido de ações de base analítico-funcional: fazer análise funcional da TAC (4 menções) e identificar contingências matriciais (4), o que sugere que, em termos de formulação de caso, a maior parte das(os) participantes apoia-se em referencial teórico-prático da ACT para realizá-la. De acordo com Hayes et al. (2021), uma adequada formulação de caso envolve a capacidade clínica de realizar uma análise funcional dos problemas relatados pelo cliente e organizá-los em termos do modelo de flexibilidade psicológica. P3 ilustra isso no seguinte trecho:

“Tem dois elementos que eu gosto de utilizar, o primeiro é, quando eu falo de análise funcional baseada em processos, é usar o próprio hexaflex, o próprio hexágono, pra ver como é que tão ali os processos daquele cliente, e em alguns momentos, fazer uma análise funcional mais clássica de situações específicas, uma análise daquela que a gente coloca antecedente, o comportamento, e a consequência, mas aí [conectando] as duas coisas porque geralmente eu faço primeiro o hexágono né, olhando pra flexibilidade-inflexibilidade [...] e aí eu trago pra fazer aquela análise funcional em que a gente vai destrinchando como é que acontece os processos.”

No que concerne à relação terapêutica, 16 participantes informaram implementar intervenções por meio dela, e 13 promovem relação de intimidade e vulnerabilidade com cliente. Ademais, 20 participantes utilizam também a FAP dentro de

sua atuação clínica, o que ajuda a explicar intervenções típicas da FAP para promover mudança clínica por terapeutas que utilizam ACT, dentro da amostra pesquisada.

De acordo com Kohlenberg e Tsai (2017), a relação terapêutica de intimidade e vulnerabilidade é essencial para a mudança terapêutica, uma vez que permite aos clientes experimentarem novas formas de se relacionar com os outros e consigo mesmo. Deve haver, por outro lado, disposição de terapeutas a se envolverem de forma autêntica e afetiva com clientes, promovendo a expressão das emoções e sentimentos que emergem na relação terapêutica.

Ao responder sobre avaliação de progresso clínico, nenhum participante mencionou redução dos sintomas ou da queixa de clientes, o que está de acordo com a proposta terapêutica da ACT, a qual visa ajudar clientes a desenvolverem uma relação mais saudável e flexível com seus pensamentos, emoções e sensações corporais, de forma a poder viver uma vida mais significativa e alinhada com seus valores (Hayes et al., 2021).

Literatura relevante das terapias comportamentais contextuais indica três formas de avaliação de progresso clínico: observação direta do comportamento, análise funcional e, autorrelato (Kohlenberg e Tsai, 2017). Além dessas três estratégias, avaliar progresso de clientes em termos dos valores clarificados em sessão é uma forma típica da ACT para avaliar progresso (Luoma et al., 2022). 19 participantes mencionaram utilizar autorrelato como medida e 9 informaram utilizar progresso de clientes em termos de engajamento em ações vinculadas aos valores clarificados. Em termos de observação direta, apenas três mencionaram o uso dessa estratégia, realizando observação de emissão de comportamentos de melhora de clientes na relação terapêutica. Essa estratégia é especificada por Kohlenberg e Tsai (2017), que apontam que o progresso clínico do cliente deve ser avaliado por meio de observação direta do comportamento durante as interações terapêuticas. Por fim, a formulação de análises funcionais como estratégia para avaliação de progresso de clientes foi mencionada apenas por dois participantes, o que é dissonante com o fato de 16 de 22 participantes terem relatado atuação embasada na abordagem analítico-comportamental.

Em uma síntese geral, o mapeamento da diversidade de atuação dos terapeutas brasileiros que utilizam a ACT indicou que a maior parte do conjunto de terapeutas entrevistados (20 de 22) utiliza a ACT combinada com outra abordagem contextual, a FAP. O efeito prático disso é a grande relevância atribuída ao aspecto da relação terapêutica no processo psicoterapêutico, além de citarem que a relação terapêutica é responsável por promover flexibilidade psicológica, a partir de intervenções que a utilizam para evocar e selecionar comportamentos clinicamente relevantes de cliente e terapeuta. Callaghan et al. (2004) indicam que a utilização combinada das duas abordagens tem efeito potencializador de ambos, em termos de resultados clínicos. Analogamente, o efeito potencializador de resultados da combinação de abordagens aparece nos relatos de participantes, como:

P9: “A utilização da relação terapêutica que envolve tanto os repertórios do terapeuta quanto uma atenção especial ao que o sujeito está fazendo em tempo real em sessão, a meu ver, é o maior mobilizador de flexibilidade psicológica que você pode ter. Nesse ponto (...), tudo que o terapeuta pode fazer pra ajudar o paciente acontece num espaço de uma sessão. Então tudo que a gente puder fazer, qualquer tipo de técnica acontece dentro da relação terapêutica, e isso não quer dizer que toda e qualquer intervenção ACT depende disso, mas quer dizer que, no contexto, no cenário atual brasileiro, é imprescindível”.

P6: “Eu enxergo muitas vezes a FAP como aquela condição que é potencializadora das outras intervenções né, porque na medida em que você constrói um vínculo terapêutico robusto o suficiente, você consegue colocar em prática uma série de intervenções que muitas vezes são difíceis da gente fazer o paciente aderir [menciona estratégias de exposição e sua especial circunstância de aversividade inerente]. Então, ter a FAP ao teu lado para te ensinar a construir vínculo terapêutico e te ensinar como reagir a determinados fenômenos que acontecem no aqui e agora da sessão, acho que ajuda demais”.

Conclusão

Tem-se como consideração principal a partir dos dados encontrados nesta pesquisa que o trabalho de terapeutas ACT no Brasil pode ter as seguintes características: 1) integração teórico-prática, principalmente, entre abordagens contextuais comportamentais (em especial a FAP) e a TAC. Em menor grau, há interseção entre o trabalho realizado e posicionamentos em linha com as visões cognitivo-comportamentais; 2) Apesar da utilização de instrumentos padronizados de avaliação e intervenção, esse uso se dá principalmente em contexto de pesquisa de modo que, no cotidiano da clínica, faz mais sentido pensar que terapeutas operam de modo idiográfico em suas leituras, conceitualizações e intervenções. Em função desse modo de operar, pode haver pouca previsibilidade do desenvolvimento do processo psicoterápico em termos de passos, metas ou resultados a serem atingidos a cada momento. O horizonte geral dos resultados dos processos terapêuticos, contudo, é claramente delimitado em termos conceituais da ACT, FAP ou TAC, o que é positivo, e o caminho a seguir é definido e contextualizado a cada novo cliente. Isso condiz com literatura mais recente na área (para um exemplo recente da integração ACT e Análise do Comportamento, veja: Dixon et al., 2023), mas pode ser um eventual dificultador do acordo entre profissionais sobre progresso clínico, já que estabelece um ambiente “multiconceitual”.

Outro ponto relevante é que quando foram inferidos comportamentos-chave de terapeutas, a partir dos relatos de participantes, foi incomum que os efeitos desses comportamentos, quando relatados, tratassem diretamente das consequências que envolvesse explicitamente o comportamento de clientes. Por exemplo, a descrição típica do comportamento de planejar envolve uma ação de terapeuta (p. ex. “criar oportunidades para a(o) terapeuta se comportar sobre objetivos mapeados”), seguida de um efeito no comportamento de terapeuta (p. ex. “terapeuta identifica melhor as variáveis relevantes ao caso e discrimina intervenções mais adequadas” ou “produz melhores conceitualizações de caso”), sem que fosse mencionado explicitamente algum efeito sobre o comportamento de clientes: O que melhora, concretamente, nas

sessões, para clientes quando terapeutas são bons planejadores? Pode-se supor que uma melhor conceitualização de caso, por exemplo, leve a um processo terapêutico mais relevante e útil para clientes. Mas essas menções explícitas e concretas ao benefício ou efeito dos comportamentos de terapeutas para clientes quase não apareceram. Pode ser importante que outras pesquisas busquem investigar essa questão.

Essa pesquisa apresenta algumas limitações: sua amostra é pequena (22 participantes), portanto, seus achados não são generalizáveis; a seleção da amostra se deu por conveniência, associado ao método bola de neve, o que pode significar que foi encontrado um grupo homogêneo. Portanto, esta pesquisa pode representar o estímulo a mais pesquisas que visem ao mapeamento da diversidade de atuação de terapeutas ACT brasileiros com amostragem maior.

Considerando que 16 das(os) 22 participantes são formadores de terapeutas em nível de graduação e pós-graduação, provavelmente a visão e a postura teórico-prática dessas pessoas tendem a se difundir e, conseqüentemente, serem relevantes para o grupo de terapeutas que é formado por esses profissionais. Desse modo, quando entendemos como esses formadores de terapeutas trabalham, descobrimos características importantes do que é ensinado aos terapeutas que ajudam a formar. Compreender que tipos de práticas tem maior ou menor tendência a serem difundidas no Brasil foge ao escopo do presente artigo, mas entende-se que pesquisas que tratem desse tipo de condição (institucionalmente ou não) podem ser favoráveis a uma melhor compreensão da prática da ACT no Brasil.

Ademais, o presente artigo pode contribuir para fomentar a pesquisa em psicoterapia comportamental contextual brasileira, a partir de estratégias de investigação qualitativas e mais contextualizadas em relação a terapeutas, suas decisões, planejamentos e caminhos escolhidos na prática profissional. Uma vez que a ciência que sustenta as abordagens contextuais, como a ACT, é guiada por princípios contextuais e idiográficos, faz-se essencial consigamos identificar os contextos envolvidos na atuação clínica e de que outras formas terapeutas os manejam, construindo adaptações e inovações.

Referências

- Assaz, D. A. (2021). A Terapia de Aceitação e Compromisso. In C. K. B. Oshiro, & T. A. S. Ferreira (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (p. 106-119). Manole.
- Barnes-Holmes, Y., Hussey, I., McEnteggart, C., Barnes-Homes, D., & Foody, M. (2016). Scientific ambition: The relationship between Relational Frame Theory and middle-level terms in Acceptance and Commitment Therapy. In R. D. Zettle, S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Orgs.), *The Wiley handbook of contextual behavioral science* (p. 365-382). Wiley Blackwell.
- Bastos, C. K. O., Ferreira, T. A. S. (2021). *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica*. Manole.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. [10.1016/j.beth.2011.03.007](https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007)
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Kohlenberg, B. S., & Marx, B. P. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 195-207. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.195>
- Dixon, M. R., Hayes, S. C., & Belisle, J. (2023). *Acceptance and Commitment Therapy for behavior analysts*. Routledge.
- Ferreira, T. A. S. (2021). Evidências e processos na Terapia Contextual: Integração e ruptura. In C. K. B. Oshiro, & T. A. S. Ferreira (Orgs.), *Terapias contextuais comportamentais: Análise funcional e prática clínica* (p. 2-11). Manole.
- Giovannetti, A. M., Pöttgen, J., Anglada, E., Menéndez, R., Hoyer, J., Giordano, A., Pakenham, K. I., Galán, I., & Solari, A. (2022). Cross-Country adaptation of a psychological flexibility measure: The Comprehensive Assessment of Acceptance and Commitment Therapy Processes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6). 3150. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063150>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35 (4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2020). *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: Ciência e competências clínicas*. Artmed.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de aceitação e compromisso: Modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 81-104. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v10i1.234>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso: O processo e a prática da mudança consciente*. Artmed.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2010). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes, & K. D. Strosahl (Orgs.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 1-29). Springer.
- Hübner, M. M. C., Borloti, E., Almeida, P., & Cruvinel, A. C. (2012). Linguagem. In M. M. C. Hübner & M. B. Moreira (Orgs.), *Temas clássicos da psicologia sob a ótica da Análise do Comportamento* (p. 100-115). Guanabara Koogan.
- Hughes, S. (2020). A filosofia da ciência e sua aplicação à psicologia clínica. In S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Orgs.), *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: Ciência e competências clínicas* (p. 19-35). Federação Brasileira de Terapias Cognitivas; Artmed.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2017). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Springer.
- Lenoir, C., Hinman, J. M., Yi, Z., et al. (2022). Further examination of the Children's Psychological Flexibility Questionnaire (CPFQ): Convergent validity and age appro-

- priateness. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 6, 224-233. <https://doi.org/10.1007/s41252-022-00259-5>
- Linehan, M. M. (2015). *Treinamento de habilidades em DBT: Manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta* (2ª ed). Artmed.
- Lundgren, T., Dahl, J., Stroschal, K., Robinsson, P., Luoma, J., & Melin, L. (2011). The Bulls-Eye Values Survey: A psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 518-526. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.004>
- 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.). Sinopsys.
- Marçal, J. V. S. (2005). Estabelecendo objetivos na prática clínica: Quais caminhos seguir?. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(2), 231-245.
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice*. New Harbinger Publications.
- Queiroz, L. B. de, & Medeiros, F. H. de. (2022). Possibilidades da análise funcional do comportamento verbal para a prática clínica. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 13(2), 143-154. <https://doi.org/10.18761/paca-1ba51>
- Twohig, M. P. (2012). Acceptance and commitment: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 499-507. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.04.003>
- Vieira, C. G., & Ferreira, T. A. S. (2022) Terapia Analítico-Comportamental: reflexões sobre a sistematização de uma prática. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 30(1), 139-157.
- Villatte, M., Villatte, J. L., Monestès, J. (2014) Bypassing the traps of language with experiential practice. In J. A. Stoddard & N. Afari (Orgs.), *The big book of ACT metaphors: A practitioner's guide to experimental exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy* (p. 13-27). New Harbinger Publications.
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
- Wilson, K. G., & Dufrene, T. (2008). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger Publications.
- Yin, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Penso.

Histórico do Artigo

Submetido em: 28/04/2023

Aceito em: 10/12/2024

Editora associada: Roberta Kovac