

**Luziane de Fátima Kirchner
Rodrigo Lopes Miranda
Pablo Cardoso de Souza
(Org.)**



✓ Edufal

**Luziane de Fátima Kirchner
Rodrigo Lopes Miranda
Pablo Cardoso de Souza
(Org.)**

DIÁLOGOS em análise do comportamento

Volume V



Maceió/AL
2026

**Esta obra foi financiada com recursos da
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível Superior**



Consultores *ad hoc*

Ariane Priscila Fonseca Azevedo
Daniel Afonso Assaz
Ênio Ricardo Macedo Vilhena
Livia Amorim Cardoso
Luana Falkaniere Soares
Marcela Almeida Sousa de Moraes
Marina Castana Fenner
Michelli Carrijo Cameoka



Edufal

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Reitor

Josealdo Tonholo

Vice-reitora

Eliane Aparecida Holanda Cavalcanti

CONSELHO EDITORIAL DA EDUFAL

Presidente

Eraldo de Souza Ferraz

Gerente

Díva Souza Lessa

Coordenação Editorial

Fernanda Lins de Lima

Secretaria Geral

Mauricélia Batista Ramos de Farias

Bibliotecário

Roselito de Oliveira Santos

Membros do Conselho

Alex Souza Oliveira

Cícero Péricles de Oliveira Carvalho

Cristiane Cyrino Estevão

Elias André da Silva

Fellipe Ernesto Barros

José Ivamilson Silva Barbalho

José Márcio de Moraes Oliveira

Juliana Roberta Theodoro de Lima

Júlio Cezar Gaudêncio da Silva

Mário Jorge Jucá

Muller Ribeiro Andrade

Rafael André de Barros

Silvia Beatriz Beger Uchôa

Tobias Maia de Albuquerque Mariz

CONSELHO CIENTÍFICO DA EDUFAL

César Picón - Cátedra Latino

Americana e Caribenha (UNAE)

Gian Carlo de Melo Silva

Universidade Federal de Alagoas (Ufal)

José Ignácio Cruz Orozco

Universidade de Valência - Espanha

Juan Manuel Fernández Soria

Universidade de Valência - Espanha

Junot Cornélio Matos

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Nanci Helena Rebouças Franco

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Patrícia Delgado Granados

Universidade de Servilha-Espanha

Paulo Manuel Teixeira Marinho

Universidade do Porto - Portugal

Wilfredo García Felipe

Universidad Nacional de Educación (UNAE)

Núcleo de Conteúdo Editorial

Fernanda Lins de Lima - Coordenação

Roselito de Oliveira Santos - Registros

e catalogação

Projeto gráfico e diagramação

Mariana Lessa

Revisão ortográfica e Normalização (ABNT)

Fátima Carolina de Almeida

Capa

Mariana Lessa

Imagem da capa

Freepik

Catalogação na fonte

Editora da Universidade Federal de Alagoas - Edufal

Núcleo de Conteúdo Editorial

Bibliotecário responsável: Roselito de Oliveira Santos - CRB-4/1633

D537 Diálogos em Análise do Comportamento - Volume V / Luziane de Fátima Kirchner, Rodrigo Lopes Miranda, Pablo Cardoso de Souza (Org.).- Maceió : EDUFAL, 2025.
313 p. : il. ; color.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-988147-7-9 E-book.

1. Psicologia 2. Análise - comportamento. 3. Behaviorismo.
I. Kirchner, Luziane de Fátima, org. II. Miranda, Rodrigo
Lopes, org. III. Souza, Pablo Cardoso de, org.

CDU: 159.9

Direitos desta edição reservados à

Edufal - Editora da Universidade Federal de Alagoas

Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões

CIC - Centro de Interesse Comunitário

Cidade Universitária, Maceió/AL Cep.: 57072-970

Contatos: www.edufal.com.br | contato@edufal.com.br | (82) 3214-1111/1113

Editora afiliada:

ABEU
Associação Brasileira das
Editoras Universitárias



SUMÁRIO

PREFÁCIO

7

APRESENTAÇÃO

10

CAPÍTULO 1

DESENVOLVIMENTO DE GÊNERO E ESTEREÓTIPOS: EXPLORANDO PERSPECTIVAS INICIAIS A PARTIR DA TEORIA DAS MOLDURAS RELACIONAIS

17

Marcela Almeida Sousa de Moraes

Thais Porlan de Oliveira

CAPÍTULO 2

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PSICOPATOLOGIA NUMA PERSPECTIVA COMPORTAMENTAL

66

Lívia Amorim Cardoso

CAPÍTULO 3

ANÁLISE DOS FATORES QUE DIFICULTAM O PROCESSO DE ANÁLISE FUNCIONAL EM CONTEXTO DE PSICOTERAPIA

92

Lucas Santos Rocha

Vinicius Santos Ferreira

CAPÍTULO 4

INTRODUÇÃO À ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA À SAÚDE: FUNDAMENTOS, CONCEITOS E POSSÍVEIS APLICAÇÕES

125

Thais Ferro Nogara de Toledo

Luziane de Fátima Kirchner



CAPÍTULO 5

LAR, DOCE LAR: HOMOFOBIA FAMILIAR E ANSIEDADE SOCIAL – UMA ANÁLISE COMPORTAMENTAL 157

Lucas Gonçalves da Silva

Paolla Magioni Santini

Marina Castana Fenner

CAPÍTULO 6

PROGRAMA ROMPENDO CICLOS: TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO PARA HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA 201

Divaldo de Canavarros de Abreu Junior

Paula Helena Gomes de Moraes Ruiz

Luziane de Fátima Kirchner

CAPÍTULO 7

O USO DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E AUMENTATIVA PARA PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: A PRODUÇÃO ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL COM FOCO NA LÍNGUA DE SINAIS E PECS 229

Camila Menezes Teixeira

Lucas Ferraz Córdova

CAPÍTULO 8

EXPLORANDO AS INTERFACES CONCEITUAIS ENTRE MEDICALIZAÇÃO E PSIQUIATRIZAÇÃO 264

Ana Paula Cortez

Juliano Setsuo Violin Kanamota

CAPÍTULO 9

RUMOS E PERCURSOS DAS JORNADAS DE ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DO MATO GROSSO DO SUL (JAC-MS) 295

Rodrigo Lopes Miranda

Felipe Maciel dos Santos Souza

Pablo de Souza Cardoso

SOBRE AUTORES/AS 305



PREFÁCIO

Já na década de 1970, Skinner (1974, p. 8) sugeria que “os maiores problemas enfrentados hoje pelo mundo só poderão ser resolvidos se melhorarmos nossa compreensão do comportamento humano”. Com a premência das questões sociais que assolam o mundo contemporâneo, essa perspectiva exige, mais do que nunca, atenção às relações sociais baseadas em poder desigual e geradoras de sofrimento.

Felizmente, a produção científica em *Análise do Comportamento* no Brasil tem demonstrado, nos últimos anos, uma crescente sensibilidade às questões sociais, culturais e políticas que atravessam o comportamento humano. Este quinto volume da série *Diálogos em Análise do Comportamento* é exemplar nesse sentido: reúne contribuições que, embora diversas em seus objetos e metodologias, compartilham o compromisso ético e epistemológico de compreender o comportamento em sua complexidade, sem dissociá-lo das contingências que o constroem.

A coletânea apresenta uma variedade de temas que vão desde o desenvolvimento de gênero e os estereótipos sociais, passando pela psicopatologia, medicalização, psiquiatrização,



saúde pública e inclusão de pessoas com TEA, até a análise da violência doméstica e da homofobia familiar. Em comum, os capítulos partem de uma perspectiva analítico-comportamental que cria instrumental interpretativo capaz de sustentar intervenções críticas sobre práticas culturais que produzem sofrimento, exclusão e desigualdade. O leitor deve ter claro, ao final do livro, que a Análise do Comportamento pode (e deve) ser uma ferramenta de emancipação.

A escolha por temas socialmente relevantes, articulados a partir de uma perspectiva funcional e contextual, revela uma ciência comprometida com a realidade brasileira e com os desafios que ela impõe: “Ao identificar o papel do ambiente, em particular do ambiente social, o behaviorismo torna possível alcançar as metas do humanismo mais eficazmente” (Skinner, 1978, p. 9-10).

Este livro é, portanto, mais do que uma coletânea de textos. É um testemunho da vitalidade da Análise do Comportamento no Brasil e de sua capacidade de dialogar com os grandes temas do nosso tempo. Que ele inspire novas pesquisas, novas práticas e, sobretudo, novas formas de pensar e agir em nome de uma psicologia comprometida com a transformação social.

Referências

SKINNER, B.F. **About behaviorism**. [S.l.]: Knopf Doubleday Publishing Group, 2011. eBook.



ROWETON, W.E.; SKINNER, B.F. **Reflections on behaviorism and society**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1978.

Bruno Ângelo Strapasson
Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná (UFPR)
Programa de Pós-Graduação em Psicologia





APRESENTAÇÃO

A história da Análise do Comportamento no Brasil parece marcada por algumas características: a) preocupação com o ensino de Psicologia e, mais particularmente, com seus mecanismos de disciplinarização; b) ênfase na formação de cientistas e, nesse contexto, de psicólogos/as que se comportem pública e privadamente como cientistas e c) interesse especial por modelos experimentais tanto no ensino quanto na pesquisa da área (Guedes *et al.*, 2006; Hübner; Starling, 2019; Miranda *et al.*, 2020).

Apesar dos variados efeitos positivos, tal história, institucionalizada ainda na década de 1960, com a visita de Fred Simmons Keller (1899-1996) à Universidade de São Paulo (USP) e a conformação da *gang* – Keller, Carolina Martuscelli Bori (1924-2004), Maria Amélia Matos (1939-2005) e Rodolpho Azzi (1927-1993) –, também produziu efeitos curiosos e potencialmente deletérios para a área.

Por um lado, a Análise do Comportamento transformou-se em sinônimo de Psicologia Experimental (Matos, 1998). Podemos hipotetizar, com isso, que o método experimental tornar-se-ia, historicamente, o método principal da área e,



com isso, a possibilidade de variação metodológica ficaria delegada a segundo plano. Por outro, o ensino recorrente da área via laboratório animal operante fez com que houvesse uma sensação, entre alunos – e talvez entre outros professores –, de que a Análise do Comportamento seria uma “ratologia” (Miraldo, 1985). Ou seja, ela se aplicaria a animais não humanos e, quiçá, a humanos com repertórios bastante restritos.

Iniciamos a apresentação do volume cinco da série *Diálogos em Análise do Comportamento* com tais efeitos potencialmente deletérios à área porque seu conjunto de oito capítulos reflete a diversidade de aplicações, contextos sociais e desafios enfrentados por analistas do comportamento no Brasil. Esta característica presente em nosso quinto volume é marcante desde a primeira obra desta coleção. Desde 2016, quando o primeiro volume surgiu, notamos que os analistas do comportamento têm se aventurado pelos mais diversos temas e desenhos metodológicos. Ou seja, os cinco volumes de nossa coleção indicam que a história recente da área tem sido repensada e modificada pela variabilidade comportamental que nossa comunidade conseguiu produzir.

Assim, em concordância com o prefácio da obra, nos parece que ela materializa mudanças contemporâneas mesmo diante daqueles “efeitos de história” outrora mencionados. Primeiro, porque os trabalhos se caracterizam metodologicamente na pluralidade inerente à Análise do Comportamento (Carvalho Neto, 2002; Tourinho, 1999). Portanto, encontraremos trabalhos com *designs* experimentais, aplicados e teóri-



co-conceituais. Em segundo lugar, porque todos os trabalhos colocam em evidência sua preocupação com questões eminentemente humanas e, em sua grande maioria, questões sensíveis da realidade nacional (gênero e violência de gênero, LGBTQfobia etc.). Essas características presentes na obra refletem parte dos trabalhos apresentados na V Jornada de Análise do Comportamento de Mato Grosso do Sul (V JAC-MS), cujo produto se materializa nas páginas que o/a leitor/a acessa. Refletem, também, o trabalho de variados/as pesquisadores/as brasileiros/as, particularmente sediados no MS, vinculados à Análise do Comportamento.

No primeiro capítulo, de autoria de Marcela Almeida Sousa de Moraes e Thais Porlan de Oliveira, leremos sobre explorações de questões de estereótipos de gênero a partir da Teoria das Molduras Relacionais (em inglês, Relational Frame Theory [RFT]). Na sequência, há uma profícua reflexão sobre as noções de Psicopatologia a partir de uma perspectiva comportamental, produzida por Livia Amorim Cardoso.

Ainda no tocante a questões eminentemente humanas, o terceiro capítulo, escrito por Lucas Santos Rocha e Vinicius Santos Ferreira, versa sobre a Análise Funcional e o processo psicoterapêutico. Os autores ponderam sobre o referido instrumental analítico-comportamental e suas dificuldades no contexto psicoterapêutico.

O quarto capítulo, redigido por Thais Ferro Nogara de Toledo e Luziane de Fátima Kirchner, aborda fundamentos,



conceitos e potenciais aplicações da Análise do Comportamento no campo da Saúde.

A LGBTQfobia é a temática do quinto capítulo, de autoria de Lucas Gonçalves da Silva, Paolla Magioni Santini e Marina Castana Fenner. No texto, os autores produzem uma análise comportamental da homofobia familiar e seus produtos como ansiedade social. As questões de gênero retornam no sexto capítulo, em que Divaldo de Canavarros de Abreu Junior, Paula Helena Gomes de Moraes Ruiz e Luziane de Fátima Kirchner discorrem sobre a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) com homens autores de violência doméstica.

Camila Menezes Teixeira e Lucas Ferraz Córdova, no sétimo capítulo, apresentam e debatem sobre a produção analítico-comportamental com foco na língua de sinais e o Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (em inglês, Picture Exchange Communication System [PECS]) como alternativa comunicativa para pessoas autistas.

Por fim, Ana Paula Cortez e Juliano Setsuo Violin Kana-mota, no oitavo capítulo, exploram interfaces conceituais entre a medicalização e a psiquatrização das vivências humanas.

Como dito anteriormente, a obra se materializa como um produto contemporâneo da história da comunidade brasileira de analistas do comportamento frente tanto às questões sensíveis da realidade brasileira quanto daqueles efeitos deletérios de nossa história pregressa como coletivo de cientistas. Ela se destina a estudantes, professores e pesquisadores interessados em Psicologia e Educação, mais particularmente, às pessoas



interessadas em Análise do Comportamento em suas variadas vertentes (i.e., experimental, aplicada, histórico; etc.). Nos parece, inclusive, que os cursos de Psicologia e Educação se beneficiam com a obra em questão, ao compilar temas diversos e relevantes para os dois campos, com aplicação em disciplinas específicas, tais como: Psicologia da Educação/Aprendizagem; Psicopedagogia Comportamental e Psicologia Comportamental Aplicada.

Entretanto, ao finalizar esta apresentação, nos parece oportuno indicar efeitos daquela história que, como materializado aqui, também foram potencialmente positivos. Como o/a leitor/a pode observar, este livro reúne trabalhos de analistas do comportamento com trajetórias distintas na área. Vemos professores de longa data ao lado de estudantes cuja formação como cientista-pesquisador ainda se inicia; concomitantemente, observamos o fortalecimento da comunidade de analistas do comportamento no Mato Grosso do Sul (MS) e as conexões científico-profissionais dessas pessoas com analistas do comportamento de outras regiões brasileiras, por meio de manuscritos oriundos de outras instituições do País.

Assim, ao lado dos efeitos negativos, percebemos que houve efeitos positivos daquela história com a disseminação da Análise do Comportamento por diferentes regiões brasileiras, como a formação robusta de psicólogos/as cientistas e o prosseguimento da disciplinarização das áreas sensíveis às mudanças contextuais, dentre outros.



Nesse sentido, desejamos vida longa à JAC-MS, aos diferentes grupos de pesquisa e às linhas de investigação que ora se fazem representados. Ademais, oxalá possamos ver, em produções e eventos vindouros, a manutenção da robustez e da variabilidade científica de nossa comunidade.

Referências

CARVALHO NETO, M.B. Análise do Comportamento: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 13-18, 2002.

GUEDES, M.C.; QUEIROZ, A.B.M.; CAMPOS, A.C.H.F.; FONAI, A.C.V.; SILVA, A.P.O.; SAMPAIO, A.A.S.; PINTO, V.J.C. Institucionalização da Análise do Comportamento no Brasil: uma perspectiva histórica. **Behaviors**, [S.l.], v. 10, p. 17-29, 2006.

HÜBNER, M.M.C.; STARLING, R. La diseminación del análisis de la conducta en Brasil: una breve historia y avances recientes. In: FLORES, C.; MATEOS, R. (ed.). **Recuento histórico del análisis de la conducta**. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2019. p. 1-140.

MATOS, M.A. Contingências para a análise comportamental no Brasil. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 89-100, 1998.

MIRALDO, C.M.M. **Conhecimento e crenças de estudantes de Psicologia acerca da análise experimental do comportamento**. 1985. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.



MIRANDA, R.; TORRES, J.; ALVES, R.; CIRINO, S. Indigenization of behavior analysis in Brazil. In: **Oxford Research Encyclopedia of Psychology**. Oxford: Oxford University Press, 2020.

TOURINHO, E.Z. Estudos conceituais na Análise do Comportamento. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 213-222, 1999.

Rodrigo Lopes Miranda
Docente na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) e na Universidade do Estado de Mato Grosso do Sul (UEMS)
Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq

Luziane de Fátima Kirchner
Docente na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Pablo Cardoso de Souza
Docente na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)





CAPÍTULO 1

DESENVOLVIMENTO DE GÊNERO E ESTEREÓTIPOS: EXPLORANDO PERSPECTIVAS INICIAIS A PARTIR DA TEORIA DAS MOLDURAS RELACIONAIS

Marcela Almeida Sousa de Morais
Thais Porlan de Oliveira



Muitas discussões a respeito do gênero partem de sua diferenciação em relação ao sexo. O sexo inclui características estruturais e fisiológicas determinadas biologicamente pelos cromossomos sexuais no que diz respeito à definição dos órgãos reprodutivos de um indivíduo (Torgrimson; Minson, 2005). Em contrapartida, as atribuições de significado ao feminino e ao masculino feitas por uma sociedade no que tange à forma como uma pessoa se sente em relação a essas categorias (identidade de gênero), padrões de comportamentos, aparência, papéis sociais, dentre outros aspectos, é o que chamamos de gênero – que, como fenômeno simbólico, é determinado pela cultura (Torgrimson; Minson, 2005; Wood; Eagly 2002).

Os estereótipos vão definir uma série de crenças generalizadas e amplamente compartilhadas socialmente que des-

crevem e caracterizam um grupo, uma classe de indivíduos ou o próprio indivíduo (Hentschel *et al.*, 2019; Moxon *et al.*, 1993). Na maioria das vezes, os estereótipos induzem as pessoas a fazer avaliações reducionistas e imprecisas sobre um grupo (por exemplo: “mulher é o sexo frágil” ou “homem não chora”), desconsiderando particularidades e qualidades idiossincráticas de um indivíduo, visto que promovem a simplificação e a previsão pré-concebida de comportamentos (Brown; Stone, 2016; Hentschel *et al.*, 2019; Kneeskern; Reeder, 2022; Leaper; Brown, 2017; Stroebe; Insko, 1989).

Os estereótipos de gênero, ao se constituírem como um fenômeno observado em diversas culturas, têm papel central na categorização social, compreendida como uma tendência em categorizar pessoas e grupos com vistas a reduzir a complexidade do mundo social (Tajfel, 1981), e determinam a maneira como pensamos, sentimos e respondemos às pessoas, inclusive a nós mesmos, a partir do gênero que nos foi atribuído (Hentschel *et al.*, 2019).

Ao guiar a maneira como pensamos o gênero, os estereótipos definem a carga afetiva pró ou contra determinado evento. A isso, damos o nome de atitude, que, quando negativa, está no cerne do preconceito e do sexismo (Bohner; Dickel, 2011; Brown; Stone, 2016; Hentschel *et al.*, 2019; Kneeskern; Reeder, 2022; Leaper; Brown, 2017; Stroebe; Insko, 1989).

Tomemos como exemplo uma criança do sexo masculino socializada como menino (gênero). Uma série de crenças e regras decorrerão a respeito do que é “ser um menino” (es-



tereótipos de gênero), desde definições sobre como ele deve se vestir e que tipo de comportamentos pode ter até quais profissões pode escolher. Esses estereótipos também influenciam a maneira como as pessoas reagem aos comportamentos da criança no que tange às normas de gênero (atitudes). Caso esse menino seja visto brincando com uma boneca, pode ser punido por isso das mais diversas formas, o que definiria uma atitude negativa (preconceito) frente a essa criança. Ao contrário, se é visto brincando com carrinho ou outro brinquedo considerado apropriado ao seu gênero, ele é validado e reforçado, por exemplo, pela interação com o pai que brinca junto a ele.

Ao considerar que uma série de indivíduos são oprimidos diariamente por, de alguma forma, não agir em consonância com as regras de gênero definidas socialmente e que vivemos em uma sociedade marcada pela desigualdade de gênero, o estudo e a compreensão desses estereótipos são pontos centrais na promoção de uma sociedade com maior equidade (Cerbera *et al.*, 2022; Hentschel *et al.*, 2019).

A interface entre questões sociais e Análise do Comportamento não é um tema de interesse recente para a área (Holpert, 2004; Mizael; De Rose, 2017). Ao longo de sua obra, Skinner (1970; 1972; 1978) já argumentava sobre a possibilidade da ciência do comportamento auxiliar na resolução dos problemas humanos, desde que o comportamento, seja no nível individual ou social, fosse compreendido como interação. Essa concepção denota o caráter contextual do



comportamento e a importância de compreendê-lo a partir das variáveis que o controlam (Todorov, 2007). As implicações disso têm sido particularmente importantes no estudo de problemas sociais, tais como as questões de gênero (Ruiz, 1995; 1998; 2003; 2009), embora a Análise do Comportamento ainda esteja avançando no estudo desses fenômenos (Baires; Koch, 2020; Farrel *et al.*, 2023).

Uma série de estudos empíricos investigou fenômenos relacionados à categorização social, tais como viés racial e religioso, a partir das premissas do paradigma de equivalência de estímulos (De Carvalho; De Rose, 2014; Dixon *et al.*, 2006; Freitas, 2019; Mizael *et al.*, 2016; 2021; Moxon *et al.*, 1993; Picoli, 2023; Watt *et al.*, 1991). Entretanto, a Teoria das Molduras Relacionais (do inglês Relational Frame Theory [RFT]) ainda tem sido utilizada de modo incipiente como base para investigações de fenômenos sociais.

O arcabouço teórico e empírico dos estudos sobre a RFT permite argumentar que ela oferece fundamentos importantes para o estudo da linguagem e cognição humanas e, conseqüentemente, para a compreensão de fenômenos socialmente sensíveis. Ao mesmo tempo, é claro, existe muito trabalho em andamento e caminhos futuros a respeito das contribuições que os princípios da RFT podem prover para o desenvolvimento científico e aplicado. Diante desse cenário, este capítulo tem como objetivo apresentar um ensaio e fomentar discussões sobre o desenvolvimento de gênero e dos



estereótipos, utilizando como ponto de partida pressupostos da RFT.

Dessa forma, este capítulo transpõe um desafio ao apresentar uma das primeiras propostas de analisar o desenvolvimento do gênero e dos estereótipos de gênero a partir da RFT (Farrel *et al.*, 2023; Sickman *et al.*, 2023). Pretende-se, assim, ampliar o escopo da compreensão sobre os fundamentos explicativos que a abordagem pode trazer quanto ao desenvolvimento do gênero, mas também abrir perspectivas sobre possibilidades de pesquisa empírica e conceitual.

Uma breve introdução à Teoria das Molduras Relacionais

Para o Behaviorismo Radical, tudo o que um ser humano faz é passível de ser compreendido pela análise das variáveis envolvidas nas relações que a ação estabelece com o ambiente, seja ele externo ou interno, o que constitui a definição de comportamento (Skinner, 1970). O tipo de comportamento definido como simbólico pode ser descrito, de maneira geral, como a capacidade de “responder a um estímulo em termos de outro” (Hayes *et al.*, 2001, p. 25). A RFT se configura como uma abordagem comportamental e contextual que se debruça sobre a compreensão desses fenômenos e descreve como aprendemos a relacionar estímulos e a responder a eles com base na função ou “significado” que adquiriram (Hayes *et al.*, 2001; Törneke, 2010).

Embora o estudo sobre como os estímulos adquirem função a partir da interação entre eventos comportamentais e



ambientais tenha suas bases no condicionamento respondente e operante, foi a proposta do paradigma de equivalência de estímulos apresentada por Sidman e Tailby (1982) que permitiu maior avanço da Análise do Comportamento na compreensão do comportamento simbólico. De acordo com os autores, após a aprendizagem de algumas relações condicionais entre estímulos, novas relações derivadas (ou emergentes) podem surgir, sem que seja necessário o ensino direto. Esse processo implica que os estímulos relacionados via aprendizagem direta e derivação se tornam equivalentes e substituíveis uns pelos outros no controle do comportamento, constituindo uma classe de equivalência (De Rose; Bortoloti, 2007; Perez *et al.*, 2013), desde que atendam a propriedades específicas de reflexividade, simetria e transitividade. Para saber mais, ver, por exemplo, Sidman (1994).

A RFT trouxe uma perspectiva diferente da equivalência ao afirmar que, para além das relações de equivalência ou de coordenação (p. ex., “homens são todos iguais”), os humanos são capazes de responder à variedade de relações entre estímulos tais como relações de oposição – “forte é o oposto de fraco”; distinção – “homem é diferente de mulher”; comparação – “homens são mais fortes que mulheres” ou relações de hierarquia – “ser frágil faz parte da mulher”, dentre outras (Hayes *et al.*, 2001; Farrel *et al.*, 2023; Perez *et al.*, 2013). Assim, a RFT amplia a visão sobre o responder relacional e destaca ainda mais o caráter gerativo da habilidade de relacionar estímulos (Barnes-Homes *et al.*, 2004; Hayes *et al.*, 2001; Perez



et al., 2013). A fim de abarcar essa diferença entre a proposta da equivalência e a da RFT, as propriedades definidoras do comportamento simbólico também sofreram alteração, o que explicaremos mais à frente.

Na experiência humana, as contingências necessárias à aprendizagem do comportamento simbólico estão presentes desde muito cedo e provêm de uma extensa história ontogenética de exposição a pares de estímulos que diferem na maior parte de suas propriedades físicas, exceto uma, e do reforçamento diferencial da resposta emitida sob controle dessa propriedade em comum. Essa exposição é chamada de Treino de Múltiplos Exemplares (TME) e permite que a propriedade constante entre os pares de estímulos seja abstraída e dê origem a uma forma específica de relacioná-los (Barnes-Homes *et al.*, 2004; Hayes *et al.*, 2001; Perez *et al.*, 2013). Por exemplo, adultos ensinam a uma criança que “cachorro é menor que elefante” e que “carro é menor que caminhão”. À medida que essas condições se repetem na presença de estímulos diferentes e que mantêm entre si a relação “menor que”, a criança se torna capaz de usar essa propriedade para responder a novos pares de estímulos com os quais nunca teve contato e consegue responder a perguntas do tipo: “O que é menor, o avião ou a casa?”, mesmo que nunca tenha sido ensinada a comparar o tamanho desses dois objetos. Dizemos, assim, que a propriedade “menor que” foi abstraída e passará a controlar a resposta da criança em contextos em que ela precise comparar quaisquer estímulos quanto ao tamanho.



Ao abstrair propriedades relacionais via treino de múltiplos exemplares, os seres humanos passam a responder aos estímulos com base, além das propriedades físicas, também em suas propriedades arbitrárias. As propriedades arbitrárias dos estímulos e das relações entre eles são completamente convencionadas pela comunidade verbal. A língua é o nosso sistema arbitrário mais presente, uma vez que a relação entre palavras e os objetos que elas representam é convencionado. Assim, aprendemos a relacionar, por exemplo, a palavra **maçã** à fruta correspondente (e isso para todas as palavras e objetos ou eventos), ainda que nada nas características formais desses estímulos (no caso, a palavra e a fruta em si) permitam essa relação, caso não tivéssemos sido expostos à aprendizagem mediada pelo social.

Quando o responder relacional deixa de ser unicamente baseado em propriedades físicas e ocorre sob controle de propriedades arbitrárias, estando sujeito ao controle do contexto, damos o nome de Responder Relacional Arbitrariamente Aplicável (RRAA), o operante básico do comportamento simbólico para a RFT (Hayes *et al.*, 2001; Perez *et al.*, 2013; Törneke, 2010).

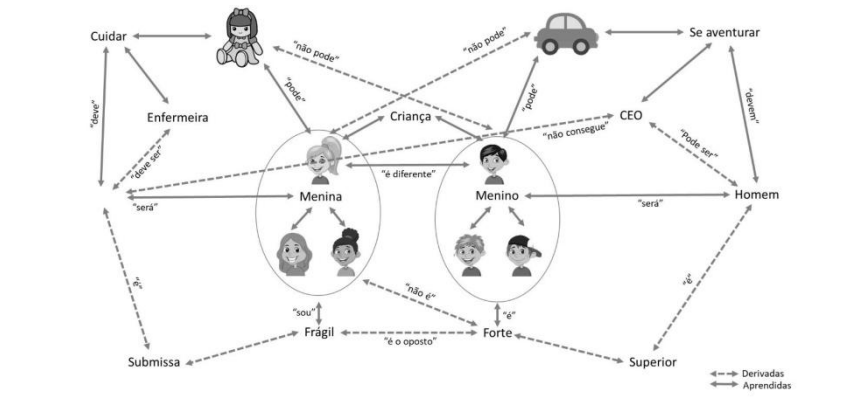
Uma vez estabelecido o RRAA, o indivíduo pode derivar novas relações entre estímulos, chamadas de molduras, sem que haja a necessidade de ensino direto e que serão aplicadas a diferentes contextos (Hayes *et al.*, 2001; Perez *et al.*, 2013; Törneke, 2010). Por exemplo, ensinamos as crianças a se identificar com um gênero específico dizendo coisas como “você é uma menina”. Ensinamos também que “carrinhos são



brinquedos de meninos” e que “menino é diferente de menina”. Por derivação, regras podem se estabelecer para a criança nas chamadas redes relacionais, tais como: “carrinhos não são brinquedos para meninas” ou “carrinhos não são brinquedos para mim”. As relações estabelecidas entre estímulos desempenham papel fundamental no controle do comportamento, uma vez que possibilitam a transformação de função dos estímulos que passam a compor determinada rede relacional. Assim, no exemplo dado, o estímulo “carrinho” pode assumir função aversiva decorrente das relações derivadas na regra. Desse modo, a criança não só demonstra de modo verbal ter estabelecido uma relação que não foi ensinada diretamente, como também pode agir, por exemplo, evitando brincar de carrinho, mesmo sem ter uma história direta que a ensine “você não deve brincar de carrinhos” ou que forneça consequências diretas e aversivas para o comportamento de “brincar de carrinhos”. A Figura 1 exemplifica uma representação gráfica de rede relacional.



Figura 1 – Exemplo da representação gráfica de parte de uma rede relacional tipificada por gênero



Fonte: Adaptada de De Rose e Rabelo, 2012.

A habilidade de relacionar estímulos a partir de propriedades arbitrárias ocorre progressivamente e se desenvolve a partir de relações mais simples, que constituem bases importantes para níveis de relações cada vez mais complexas, que caracterizam nossa linguagem e cognição, como mostra o exemplo de redes relacionais (Figura 1). O arcabouço chamado de Hiper Dimensional Multinível (HDML) descreve que o RRAA ocorre em cinco níveis: 1) relações de implicação mútua; 2) molduras relacionais (ou relações de implicação combinatória); 3) rede relacional; 4) relacionar relações e 5) relacionar redes relacionais (Barnes-Holmes *et al.*, 2020; 2021). O Quadro 1 apresenta a definição e exemplos de cada um dos níveis descritos no HDML.



Quadro 1 – Definição e exemplos de cada nível relacional definido no HDML

Níveis	Definição	Exemplo
Implicação mútua	Dois elementos que estão bidirecionalmente relacionados entre si	Se menino brinca de carrinho, logo, carrinho é brinquedo de menino
Molduras relacionais	Combinação de duas relações de implicação mútua (implicação combinatória)	Se menino brinca de carrinho e eu sou menino, logo, eu brinco de carrinho
Rede relacional	Combinação de diferentes padrões de emoldurar relacional	Se menino brinca de carrinho e eu sou menino, e eu brinco de carrinho, e carrinho está relacionado a mecânico, e mecânico é profissão de homem, logo, eu posso ser mecânico
Relacionar relações	Relação entre duas relações de implicação mútua	Menino está para menina, assim como gato está para cachorro
Relacionar redes relacionais	Relação entre redes relacionais complexas separadas	Meninas negras são socialmente mais vulneráveis que meninas brancas

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2025.

O HDML também define quatro dimensões que interagem entre si e permitem a compreensão de como se dá, a partir de condições contextuais específicas, o processo de auto-organização e alteração do RRAA intra e internível (Barnes-Holmes *et al.*, 2020). A **coerência** é a dimensão que define o quanto um padrão de RRAA é consistente com outro ao longo da história individual e não implica, necessariamente, uma correspondência entre as relações simbólicas e a contingência,



mas sim o quanto uma relação faz sentido dentro do sistema relacional de um indivíduo (Barnes-Holmes *et al.*, 2020; 2021; Hayes *et al.*, 2021). A coerência está na base, por exemplo, da explicação sobre a manutenção de um estereótipo de gênero, uma vez que relações coerentes entre si são reforçadoras e contribuem para o fortalecimento e a manutenção da rede relacional já constituída.

Outra dimensão é a **complexidade** ou densidade relacional, que se refere à quantidade ou ao tipo de relações que compõem determinado RRAA; assim, quanto maior o número de estímulos relacionados ou o tipo de relações envolvidas, maior a complexidade daquele nível. Pense, por exemplo, no RRAA para a identidade de gênero de um indivíduo: a complexidade relacional implica considerar a quantidade de estímulos e de relações estabelecidas, nas diferentes molduras relacionais possíveis, entre o *self* e os componentes essenciais na definição de como um indivíduo se identifica quanto ao seu gênero, levando em consideração seu sexo ao nascimento, suas experiências na infância, como sua geração compreende questões de gênero e a cultura do país em que vive, dentre outros aspectos.

O quanto uma relação é praticada define seu grau de **derivação**, a terceira dimensão a ser considerada. Relações que são estabelecidas pela primeira vez possuem um alto grau de derivação, que vai diminuindo à medida que as relações se tornam mais frequentes no repertório de um indivíduo. Os modelos tradicionais de gênero, por exemplo, fornecem uma



série de redes relacionais entre gênero e comportamentos tipificados por gênero que têm baixa derivação, uma vez que são bem estabelecidos e reproduzidos em diversos contextos sociais. Em contrapartida, a subversão dessas normas implica relações de alta derivação, posto que ocorre em menor frequência em nossa sociedade.

A última dimensão é a **flexibilidade**, que descreve o quanto uma relação pode ser modificada ou ampliada, a depender das variáveis contextuais a que um indivíduo está submetido. A eleição de deputados e senadores da comunidade LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, *Queer*, Intersexo, Assexuais/Agênero, Pansexuais, Não Binárias, mais), por exemplo, fomenta uma série de contextos de representatividade e luta por direitos que podem levar a mudanças de regras sociais já estabelecidas e replicadas há muito tempo, contribuindo para a promoção de flexibilidade de redes relacionais tradicionais no que diz respeito ao gênero (Barnes-Holmes *et al.*, 2020; 2021).

A interação com o contexto social já mediado pela linguagem fornece pistas sobre como os níveis de RRAA serão alterados e reorganizados em termos das propriedades de coerência, complexidade, derivação e flexibilidade (Barnes-Holmes *et al.*, 2020; 2021). No que diz respeito ao gênero, tome como exemplo uma criança que lê um livro em que a protagonista da história é uma princesa que monta um dragão e parte numa aventura para salvar seu reino. A criança, que já possui certas concepções sobre gênero, ao ler o livro, está exposta a



uma série de pistas ou dicas contextuais que permitem que ela derive novas relações entre os estímulos “menina” e “montar um dragão”, “partir numa aventura” ou “salvar o reino”. Essas novas relações possuem baixa coerência, caso essa criança tenha sido exposta, ao longo de sua vida, a relações que sustentam e mantêm práticas rígidas e binárias de gênero. Assim, como as relações contraestereotipadas por gênero representadas no livro são compostas por poucos estímulos, elas são menos complexas e, por serem pouco representativas da realidade daquela criança, possuem alta derivação. Em função disso, as relações apresentadas pelo livro são muito flexíveis e facilmente questionadas e modificadas pela criança e, provavelmente, não serão suficientes para mudar as concepções de gênero que ela já possui.

Entretanto, quanto mais exposta a relações como as apresentadas pelo livro, em que meninas assumem lugares tradicionalmente masculinos, as relações que surgem desse novo contexto para a criança se tornam mais coerentes e menos derivadas, uma vez que passam a ser mais comuns no dia a dia. Ao mesmo tempo, por ocorrerem em diferentes contextos sociais, se tornam mais complexas e passam a ter força o suficiente para promover a flexibilização das concepções de gênero mais rígidas constituídas anteriormente. É essa intrínseca dinâmica entre os níveis relacionais e suas propriedades que transforma a função de uma série de estímulos que compõem os padrões de RRAA, alterando o controle que exercem sobre o comportamento (Hayes *et al.*, 2001; Törneke, 2010).



Dessa forma, para compreender qualquer ação humana, já que somos verbalmente capazes, é importante considerar que a maneira como respondemos aos eventos do mundo se baseia na complexa interação entre relacionar (R), que inclui como e em que níveis as relações ocorrem; orientar (O), que se refere ao quanto um estímulo é capaz de mobilizar a percepção e a atenção do indivíduo, podendo ser positivo (mobiliza maior atenção) ou negativo (mobiliza menor atenção); evocar (E), que define se esse estímulo notado é apetitivo, aversivo ou neutro, e motivar (M), que sugere uma interação entre as variáveis motivacionais, tais como condições de privação ou de aversividade, com as funções de orientação e evocação. O chamado ROE-M se constitui, portanto, como uma unidade de análise que auxilia na compreensão das interações dinâmicas dos eventos que participam do RRAA em quaisquer níveis e ao longo de todas as dimensões do HDML (Barnes-Holmes *et al.*, 2020; 2021; Barnes-Holmes; Harte, 2022).

Para facilitar a compreensão do ROE-M, vamos voltar ao exemplo anterior: se consideramos que a criança que leu o livro é uma menina, ao ser exposta a um conjunto de contingências que definem que ela pode se aventurar em lugares tradicionalmente masculinos, ela aprende a relacionar (R) “menina” à “aventura”. Isso faz com que estímulos que estejam relacionados à aventura, tais como outros livros, brinquedos de escalar ou espadas, tenham maior função de orientação (O) para ela. Caso o livro tenha função apetitiva para a criança, respostas “apropriadas” em relação a esses estímulos seriam



evocadas (E), como se arriscar mais a subir em obstáculos ou se imaginar e criar fantasias em que ela é uma aventureira, uma vez que esses estímulos assumiram função apetitiva. Se essa menina estiver num contexto familiar em que é privada de brincar de forma aventureira (M), a variável de privação impactaria as funções de evocação e orientação de brincadeiras de aventura e faria com que ela, quando a família não estivesse por perto, buscasse mais esse tipo de brincadeira. Ou seja, a maneira como essa menina responde a contextos de aventura e aos estímulos relacionados a esse contexto passa a ser interpretada a partir dos elementos do ROE-M, e não só pelos processos referentes às contingências diretas de aprendizagem.

Chegamos aqui com o resumo do arcabouço conceitual da RFT: a compreensão de que a habilidade de simbolizar humana é necessariamente constituída a partir de processos relacionais, em especial por conta do sistema linguístico. O operante relacional básico, RRAA, permite a constituição de redes simbólicas entre estímulos progressivamente maiores e mais complexas, que constituem o contexto em que nos comportamos. O contexto impacta todo o processo de aprendizagem, visto que, via ROE-M e dimensões, passa a modular as propriedades dos estímulos discriminativos e condicionais, das consequências e das respostas que emitimos (Hayes *et al.*, 2003; 2021). Em decorrência disso, respondemos aos estímulos, inclusive os que compõem o ambiente social e com os quais não tivemos experiência prévia, sob controle do signi-



ficado que adquiriram via um complexo sistema simbólico e relacional (Hayes *et al.*, 2001; Farrel *et al.*, 2023; Törneke, 2010).

Dentro da perspectiva contextual da RFT, assim, as categorias sociais (dentre elas, por exemplo, raça, classe e gênero) se dão via estabelecimento de sistemas complexos e dinâmicos de relações entre estímulos (Hayes *et al.*, 2001; Farrel *et al.*, 2023). Portanto, em teoria, a aprendizagem de gênero poderia ter início em relações simbólicas estabelecidas ainda muito precocemente e que possibilitariam a derivação de outras relações, alterando a função e o significado de uma série de estímulos relacionados às mulheres e aos homens ou ao feminino e ao masculino (Farrel *et al.*, 2023).

O gênero sob o olhar da RFT

A constituição de gênero em uma sociedade é fruto das relações entre as pessoas e a linguagem que utilizam na descrição e na caracterização do mundo (Wood; Eagly, 2002). O papel central dos processos simbólicos na constituição do gênero é inegável e, na perspectiva comportamental, o desenvolvimento de gênero se dá por meios que, em sua origem, não diferem das vias de atribuição de significado e função aos diversos estímulos ambientais, o que faz com que a RFT seja um caminho promissor para uma teoria de gênero integrativa que descreva como se dão a construção e a derivação de redes de significados, conceitos e crenças relacionadas ao gênero, bem como a maneira como afetam o comportamento humano (Farrel *et al.*, 2023; Sickman *et al.*, 2023).



Inicialmente, a criança ainda não tem seu próprio sistema simbólico constituído, mas nasce em interação com um ambiente social já mediado pela linguagem e, mais especificamente, pelas noções de gênero instauradas e perpetuadas pela comunidade verbal (Farrel *et al.*, 2023). Por ser parte de um contexto simbólico que atravessa o desenvolvimento da criança, alterando a função dos estímulos, respostas e consequências dos comportamentos infantis, o gênero atravessa todas as práticas culturais e tem papel central na organização social de diversas culturas, impactando significativamente vários campos da vida de um indivíduo e constituindo-se como uma das principais formas de organização do mundo infantil (Bem, 1981; Bigler, 1997, Bigler; Liben, 2007; Bussey; Bandura, 1999).

Crianças expostas a ambientes diferenciados por gênero e cujos cuidadores marcam mais intensamente essa diferença no trato com elas tendem a apresentar mais comportamentos tipificados por gênero (Martin *et al.*, 2002; Sumontha *et al.*, 2017; Skočajić *et al.*, 2019). Comportamentos de meninas que são amplamente reforçados envolvem interagir com estímulos definidos como femininos na nossa cultura, tais como bonecas, maquiagem e panelinhas; comportamentos de meninos são amplamente reforçados quando envolvem interagir com estímulos definidos como masculinos, por exemplo: carrinhos, espadas e bola de futebol. Somados a isso, comportamentos que subvertem as normas binárias de gênero impostas tendem a produzir os mais diversos tipos de punição,



especialmente para os meninos (Riggs *et al.*, 2023), que vão desde questionamentos simples, tais como “Nossa! Ele gosta de balé?”, a condutas mais duras, como proibições e violências físicas, infelizmente ainda comuns de ser observadas.

Socialmente, consequências como atenção e afeto produzidos pelo comportamento da criança ocorrem na presença de alguns estímulos e não de outros, considerando de modo rígido a condição binária de gênero. Por exemplo, ninar uma boneca só produzirá reforço social caso a criança seja uma menina. Isso fortalece tanto o comportamento em si, no caso ninar bonecas, quanto a relação estabelecida (neste exemplo, com função reforçadora) entre os estímulos “boneca” e “menina”. A socialização de crianças com base no gênero se dá de maneira ampla, massiva e constante (Bussey; Bandura, 1999; Liben; Bigler, 2017) e, à medida que a interação com o ambiente vai se complexificando, os estímulos passam a ser apresentados emparelhados a outros estímulos, estabelecendo, desde sempre, pares de eventos do mundo cuja relação é mediada pelo gênero.

A modelação ou aprendizagem vicariante, processo de aprendizagem de comportamentos que se dá via observação e imitação do comportamento de outras pessoas (Bussey; Bandura, 1999), também parece uma importante fonte de pares de estímulos tipificados por gênero. A modelação seria a forma mais rápida de aprender as informações sobre gênero, posto que elas já estão agrupadas e organizadas dentro do que Bussey e Bandura (1999) consideram um modelo determinado por



arranjos sociais. Aquelas sociedades em que o ambiente social é estratificado e dividido por gênero, principalmente em papéis tradicionais, limita a possibilidade de aprender diferentes condutas e contribui para a perpetuação do modelo binário de gênero. Ou seja, a criança, ao observar indivíduos emitindo comportamentos tipificados por gênero, aprende não só a imitar esses modelos, mas a relacionar estímulos diversos com o gênero da pessoa que se comporta. Essa exposição a modelos típicos se dá na televisão, em desenhos e propagandas, na literatura, na escola, em casa, hospitais e pracinhas – enfim, em todos os campos de sua vida.

Estudos em psicologia do desenvolvimento

A literatura em psicologia do desenvolvimento demonstra que aprender a responder a relações entre estímulos aparece desde muito cedo, antes do bebê completar um ano de vida, especialmente para estímulos tidos como femininos ou masculinos (Martin *et al.*, 2002).

O estudo conduzido por Miller (1983) demonstra essa capacidade dos bebês de responder aos estímulos tipificados por gênero. O experimento foi conduzido com bebês entre 2 e 6 meses de idade eram habituados a estímulos vocais de homens ou mulheres, a depender do grupo experimental de que participavam. Os estímulos vocais eram pareados com um círculo amarelo apresentado em uma tela e a resposta de habituação foi medida pelo tempo em que o bebê permanecia olhando para o estímulo visual. Quanto menor o tempo, maior



a habituação, uma medida típica nos estudos desse tipo. Depois dessa fase, eram apresentadas novas vozes femininas ou masculinas de diferentes frequências e avaliado o tempo de manutenção do olhar.

Os resultados apontaram que os bebês de 2 meses, independente do grupo experimental, permaneciam olhando por um tempo semelhante para o estímulo visual, ou seja, não responderam diferencialmente às vozes masculinas ou femininas. Já para os bebês de 6 meses, houve diferenças significativas no tempo, sinalizando que, nessa idade, diferenciaram as vozes de maneira coerente com os estímulos a que haviam sido habituados.

Younger e Fearing (1999) conduziram um estudo em que bebês entre 7 e 10 meses foram familiarizados com rostos femininos e masculinos tipificados por gênero. Após a habituação, novos rostos foram apresentados às crianças – um rosto de homem com características masculinas típicas e um rosto de homem com características ambíguas ou um rosto de mulher com características típicas e um rosto de mulher ambíguo. As crianças de 10 meses ampliaram a resposta de familiaridade na presença dos novos rostos típicos em termos de gênero e olharam por mais tempo para os novos rostos com características ambíguas. O mesmo não ocorreu para as crianças mais novas. Esses resultados indicaram que a função dos estímulos novos foi alterada a partir do estabelecimento de relação com os estímulos utilizados na fase de habituação.



As respostas das crianças ocorreram, possivelmente, sob controle não só dos rostos novos, sejam eles típicos em gênero ou não, mas sob controle da relação estabelecida entre os rostos novos e os habituados, que eram tipificados por gênero. Estudos desse tipo apontam que crianças pequenas já são capazes de responder a um estímulo com base em outro (responder relacional), ainda que essa resposta ocorra sob controle das propriedades físicas dos estímulos (frequência da voz e características do rosto, tais como tamanho de cabelo e presença de pelos).

À medida que a criança se desenvolve, a aprendizagem sobre gênero deixa de ocorrer com base somente em aspectos formais e salientes dos estímulos, como, por exemplo, tamanho do cabelo, altura, presença de pelos no rosto ou tipo de roupa, e passa a captar nuances decorrentes de definições socialmente estabelecidas, tais como tipos de comportamento que as pessoas podem ter, a depender do gênero a elas atribuído (Martin *et al.*, 2002). Bebês já conseguem perceber e abstrair regularidades nas características dos estímulos, sejam pessoas, objetos ou ações (Martin *et al.*, 2002). A exposição de crianças a contingências diferenciadas por gênero permite que abstraíam propriedades que comporão suas próprias definições desse fenômeno.

Em um estudo desenvolvido por Levy e Haaf (1994), bebês de 10 meses foram habituados a pares de estímulos de objetos e rostos, ora com os objetos associados a rostos femininos, ora a rostos masculinos (por exemplo, martelo-rosto masculi-



no e martelo-rosto feminino). Após a habituação aos pares de estímulos, os participantes eram expostos a outros estímulos: um par controle (objeto-rosto utilizado na fase de habituação); um par de teste de generalização (objeto novo-rosto que mantinha o padrão utilizado no teste de habituação) e um par novo (objeto novo-rosto que contradizia o padrão da habituação, ou seja, objeto masculino-rosto feminino ou objeto feminino-rosto masculino). Os resultados apontaram que os bebês olharam durante mais tempo para os pares de estímulos rosto-objeto quando o rosto de um gênero aparecia ao lado de um objeto que previamente havia sido relacionado a outro gênero.

Aos dois anos, as crianças já conseguem relacionar palavras de gênero (por exemplo, rotulagem homem e mulher) a rostos específicos (Martin *et al.*, 2002). Poulin-Dubois *et al.* (1998) conduziram um estudo com crianças de 18 meses cujo objetivo era avaliar a rotulagem de gênero. As crianças foram colocadas em frente a uma tela em que, após a apresentação de uma voz digitalizada por computador e neutra em gênero dizer “Onde está o homem/mulher?”, apareciam dois estímulos visuais (rostos femininos e masculinos) simultaneamente. Os participantes, especialmente as meninas, olharam por mais tempo (medido por rastreamento ocular) para os rostos que eram condizentes com os rótulos homem/mulher.

Esses estudos indicam que a partir da história de aprendizagem, as crianças conseguem, em tenra idade, relacionar estímulos com base em definições arbitrárias (objetos-rostos femininos/masculinos ou palavras-rostos femininos/masculinos).



linos). Portanto, bebês parecem ser capazes de discriminar condicionalmente estímulos com base no gênero muito antes da ocorrência da linguagem verbal (Martin *et al.*, 2002). Embora possamos supor a constituição de relações condicionais que extrapolam as propriedades físicas dos estímulos, não podemos afirmar que haja a constituição de classes relacionais simbólicas nesses casos.

RFT e aprendizagem nos primeiros anos de vida

Ainda que os aspectos discutidos até aqui sejam importantes para a diferenciação de gêneros, são apenas componentes iniciais dessa aprendizagem. A variabilidade de pares de estímulos tipificados por gênero a que as crianças são expostas desde o nascimento (treinos de múltiplos exemplares) fornece um material rico e complexo que servirá de base para a derivação de relações entre eventos cada vez mais complexos que, mais tarde, constituirão redes de significado relacionadas ao gênero. Em que momento essa aprendizagem passa a constituir processos simbólicos é o ponto-chave na compreensão da formação dos estereótipos de gênero e de como eles passam a controlar o comportamento.

Bem (1981) afirmava que, uma vez aprendidas relações mediadas pelo gênero, elas podem envolver outros conceitos, o que originaria as relações metafóricas presentes nas definições de gênero que desenvolvemos. Assim, associamos mulheres à suavidade e atribuímos características mais femininas às formas mais arredondadas, bem como relacionamos homens



às características de aspereza e dureza, por exemplo (Martin *et al.*, 2002). Essas relações são decorrentes da derivação de relações arbitrárias entre os gêneros e outras categorias de informações, ampliando a maneira como atribuímos e construímos significados de gênero para além das relações limitadas feitas entre estímulos específicos.

O RRAA, uma vez estabelecido no repertório infantil, permite que a criança passe a responder arbitrariamente aos eventos do mundo (Hayes *et al.*, 2021) e promove o desenvolvimento do responder relacional em diferentes níveis que, via transformação de função, alteram a maneira como damos sentido ao mundo social. Expostas a uma série de contingências sociais que relacionam estímulos de diferentes naturezas e das mais diversas formas com o gênero, as crianças aprendem, de forma progressiva, a emitir RRAAs e derivar relações que formarão os conceitos de gênero (Farrel *et al.*, 2023).

A constituição do gênero enquanto rede relacional implica que a criança, agora, não só está imersa num mundo onde o gênero é uma categoria social importante e organizadora de suas experiências, mas também é produtora e reprodutora dessas concepções, que passam a controlar seu comportamento e modular a função de orientação e evocação dos estímulos (Farrel *et al.*, 2023).

As primeiras relações estabelecidas entre estímulos são de implicação mútua, nas quais dois eventos do mundo estão relacionados bidirecionalmente, sendo um desses elementos o gênero. Como visto, essas relações ocorrem precocemente



quando, por exemplo, a criança aprende a relacionar “balé” e “menina” e vice e versa. Esse nível de RRAA ocorre para uma infinidade de pares de estímulos e relações mais complexas que se constituem, dando origem às molduras propriamente ditas, quando são combinadas duas relações de implicação mútua, derivando outras de implicação combinatória. Por exemplo, dado que a criança aprendeu a relacionar “balé” e “menina” e também “balé” e “delicadeza”, a relação entre “menina” e “delicadeza” pode ser derivada, surgindo um nível mais complexo do RRAA.

Essas relações continuam a ser apresentadas e reforçadas pela comunidade verbal e, conseqüentemente, derivadas pelo indivíduo diante de vários outros contextos, o que faz com que outras molduras sejam relacionadas entre si e constituam definições importantes para as concepções de gênero que formaremos. É desse entrelaçamento de múltiplas molduras que surgem conceitos sobre o que é ser menino/homem ou menina/mulher, como, por exemplo, meninas gostam de boneca, bonecas devem ser cuidadas, cuidar é função de mulher, meninas se tornam mulheres, logo, meninas devem escolher profissões que envolvem cuidado.

Dado que o binarismo de gênero é um modelo amplamente difundido em nossa sociedade, os conceitos que as crianças passam a constituir tendem a ser baseados em relações de oposição entre homem e mulher. Esse nível de RRAA é responsável pela derivação de regras que vão definir a maneira



como a criança avalia o mundo social (Barnes-Holmes *et al.*, 2020; 2021).

Por exemplo, considere que a concepção de gênero de um menino envolve relações entre “menino” e aspectos como “ser forte”, “usar azul”, “brincar de lulinha”, “não chorar” e “gostar de futebol”. Esses estímulos, via implicação mútua e combinatória, podem adquirir função de orientação positiva e função evocativa reforçadora para essa criança. Assim, em condições específicas (variáveis motivacionais, tais como privação, saciação e aversividade), este menino emitirá mais comportamentos coerentes com a concepção de gênero aprendida (como usar mais azul ou tentar segurar o choro quando se machuca), uma vez que esses estímulos tiveram suas funções alteradas via, por exemplo, relações hierárquicas com “menino”. Ao mesmo tempo, poderá também avaliar e julgar, por exemplo, o comportamento de outros meninos que choram como inadequado, posto que, via relações de comparação, a função evocativa de “menino chorar” se torna aversiva. Por outro lado, molduras de oposição implicam que os estímulos relacionados com as concepções de ser menina podem assumir função evocativa aversiva, fazendo com que tenham função de orientação negativa e que este menino passe a evitar o contato com os aspectos do mundo ditos “de meninas”.

Quando a concepção de gênero passa a transformar a função de orientação e evocação dos estímulos a partir de variáveis motivacionais específicas e ao longo dos diferentes níveis de RRAA, podemos compreender como surgem as



atitudes estereotipadas de gênero (Farrel *et al.*, 2023). Dentro da concepção comportamental que apresentamos, atitudes sociais como a avaliação de pessoas, objetos e eventos podem ser compreendidas como parte de classes de estímulos simbólicos, mesmo na ausência de qualquer experiência prévia direta com tais estímulos (Mizael *et al.*, 2016; Mizael; De Rose, 2017). Portanto, o gênero passa a fornecer descrições e avaliações sobre o mundo social e permite a derivação de regras que controlam nosso comportamento e definem papéis sociais que podemos desempenhar, que comportamentos podemos ter, que profissões podemos aspirar, que tipo de roupas podemos usar, quais traços de personalidade são apropriados, como devemos estabelecer relações interpessoais, que emoções podemos expressar, a quem devemos amar, se podemos ou não ser alvo de violência etc.



Regras e concepção binária de gênero

As redes relacionais cujo conteúdo envolve aspectos sobre o gênero transformam a função dos estímulos presentes na contingência. Assim, as palavras que compõem uma regra passam a representar algo e, conseqüentemente, impactar a maneira como agimos, uma vez que nossas ações podem ocorrer sob controle maior da rede relacional em detrimento da contingência em si (Kissi *et al.*, 2017; Törneke, 2010).

Uma regra carrega em si uma série de informações implícitas e não declaradas que transformam a função dos estímulos ambientais e evocam ações perante eles, implicando

que uma regra seguida, por exemplo, é determinada, além de seu conteúdo explicitado, pela história de aprendizagem, direta e derivada, do indivíduo. Para clarear esse ponto, imagine um menino numa loja de roupas cuja mãe solicita que ele escolha uma blusa. Ao avistar uma blusa cor de rosa, ele entra em contato com a rede relacional “meninos não usam rosa” e isso faz com que ele escolha uma blusa verde. Nesse exemplo, a regra não especificou qual blusa a criança poderia escolher ou não, mas, ainda assim, aspectos implícitos da rede relacional controlaram seu comportamento de escolha.

Imersos num contexto marcado por práticas culturais sexistas, os indivíduos são ensinados por aqueles já inseridos nessas práticas a seguir as regras de gênero que, por ter influência generalizada sobre o comportamento humano, reduzem o efeito das contingências diretas, produzindo repertórios rígidos e inflexíveis no que tange ao gênero (Glenn, 1988; Farrell *et al.*, 2023). Essa afirmação faz sentido, posto que uma sociedade sexista reforça o seguimento de regras binárias de gênero que, quanto mais são seguidas, menos derivadas se tornam. Isso aumenta a possibilidade de que a regra se fortaleça e tenha maior coerência, diminuindo sua flexibilidade e a possibilidade de ser alterada por novas aprendizagens (Hayes *et al.*, 2021). Assim, podemos concluir que a forte conexão entre os elementos que compõem as regras aumenta a probabilidade de que somente eventos que demonstrem coerência com as regras já existentes no sistema simbólico dos indivíduos sejam incorporados à rede relacional. Desse modo, eventos que



rompem com a coerência tendem a ser evitados, o que retroalimenta regras menos complexas e mais inflexíveis, fortalecendo os estereótipos de gênero (Barnes-Holmes *et al.*, 2020; 2021; Hayes *et al.*, 2021).

Gutierrez *et al.* (2020) conduziram um estudo com crianças entre 3 e 11 anos que teve como objetivo avaliar o endosso da concepção de que meninas devem ser ajudadas e que meninos devem proteger. Os participantes eram expostos a uma série de cenas nas quais um personagem neutro em gênero, Fip, pedia ajuda (por exemplo, para abrir uma caixa de leite) ou ajudava alguém (por exemplo, emprestava um coberter). Logo depois, era solicitado às crianças que respondessem a quem Fip deveria ajudar ou quem deveria ajudar Fip. As respostas poderiam ser Bobby (menino), Lisa (menina) ou ambos. Os resultados gerais indicaram que crianças, desde os 3 anos de idade, endossam estereótipos de gênero que afirmam que meninos são heroicos, ou seja, devem ajudar Fip, e meninas são indefesas, ou seja, devem receber ajuda de Fip.

Riggs *et al.* (2023) investigaram como crianças entre 4 e 8 anos avaliam pares em não conformidade com as regras de gênero definidas pela sociedade. Dois bonecos eram apresentados para as crianças: um em conformidade de gênero e outro não. Foi solicitado que as crianças fizessem uma série de avaliações sobre os bonecos, tais como semelhança consigo mesmas, popularidade, competência acadêmica, alocação de recursos e conhecimento de regras. Os resultados apontaram que as crianças tenderam a avaliar negativamente, em quase



todas as medidas, o alvo em não conformidade de gênero, especialmente quando era um menino em não conformidade. Esse resultado foi mais evidente principalmente para as crianças mais novas e os meninos mais velhos. As meninas mais velhas eram particularmente mais flexíveis na avaliação dos bonecos em não conformidade.

Os estudos de Gutierrez *et al.* (2020) e Riggs *et al.* (2023) exemplificam efeitos dos comportamentos governados por regras, na medida em que as crianças avaliaram o comportamento dos personagens com base no que é esperado ou não de cada gênero e demonstraram insensibilidade às contingências. A insensibilidade às contingências resulta na minimização ou anulação das particularidades e idiossincrasias do mundo social (Hayes *et al.*, 2001; Skinner, 1984).

De acordo com Törneke (2010) e Kissi *et al.* (2017), o seguimento de regras, associado à insensibilidade às contingências, constitui o *pliance*, um tipo de comportamento que se dá via reforço social da obediência e que parece estar no cerne dos estereótipos e atitudes de gênero, posto que caracteriza relações com menor flexibilidade e complexidade (Farrel *et al.*, 2023).

Um aspecto relevante, mas que abordaremos de maneira breve, se relaciona ao papel da derivação das regras na própria experiência de *self*. A linguagem – e, nesse sentido, o gênero – é usada para se referir a tudo o que conhecemos, incluindo a nós mesmos. Aprender a nos descrever tem importância social e é fruto da interação com práticas culturais linguísticas (Barnes-Holmes *et al.*, 2001; Törneke, 2010). Parte



da compreensão da noção de *self* envolve, portanto, relacionar eventos a partir de uma perspectiva constituída pelas chamadas molduras dêiticas compostas por relações interpessoais (eu/você), temporais (agora/depois) e espaciais (aqui/lá).

A constituição do *self* se dá por meio de uma série de interações verbais sobre “o que alguém faz, o que alguém tem, quem tem ou faz algo, onde alguém está, quando algo foi feito, e assim por diante” (Törneke, 2010, p. 103). Essas interações compõem o treino de múltiplos exemplares para a abstração da perspectiva de *self*, visto ser essa a única propriedade constante nessas interações, ou seja, a resposta que uma criança fornece a essas questões ocorre sempre a partir da própria perspectiva (Stewart, 2013; Törneke, 2010).

Como o gênero é um contexto linguístico que controla grande parte das respostas relacionais emitidas pelos indivíduos, a noção de *self* também se desenvolve sob controle das regras de gênero. Assim, ao longo do desenvolvimento, a criança é exposta a interações verbais tais como “você gosta de brincar de boneca?”, “você está triste?”, “você se lembrou de arrumar suas coisas?”, “onde você vai?”, que não só estabelecem a partir de qual perspectiva a criança deve responder, mas também definem que o acesso a consequências reforçadoras ou não só ocorrerá caso as respostas sejam coerentes com as normas de gênero. Todas essas experiências atravessadas pelas regras de gênero passam a ser emolduradas de forma hierárquica com o *self*, constituindo parte do que chamamos de identidade de gênero de uma criança. Nesse ponto, um



nível mais complexo de RRAA é observado ao permitir que a rede relacional “gênero” estabeleça relação com a rede relacional “eu”.

A identidade de gênero, compreendida como uma experiência subjetiva, pode ou não ser coerente com o sexo de nascimento da criança e se configura como um fenômeno multideterminado que vai além do quanto um indivíduo corresponde ou não às normas de gênero (Martin *et al.*, 2017). Na perspectiva da RFT, o que define a função de um estímulo e, nesse sentido, do próprio *self* não seria o conteúdo, e sim a natureza das relações estabelecidas entre os estímulos. Assim, no que tange à identidade de gênero, ao ser considerada como uma rede relacional, pode assumir as mais diversas formas e abranger a maior diversidade de gênero observada na sociedade atual. Redes relacionais dependem da história de relações arbitrárias, dadas na interação verbal que a criança vivencia. Quanto mais rígida e heteronormativa é a comunidade socioverbal, mais rígida e heteronormativa serão as redes relacionais de gênero.

O momento em que a criança se torna capaz de definir a qual categoria de gênero pertence ainda é incerto (Martin *et al.*, 2002), mas, por volta dos 3 anos de idade, ela já consegue responder se é menina ou menino e diferenciar pessoas de gênero diferente (Egan; Perry, 2001). Ainda que as pesquisas sobre a sequência de desenvolvimento das molduras relacionais sejam incipientes, há indícios de que alguns repertórios relacionais específicos, tais como o dêitico e o hierárquico,



fundamentais para o desenvolvimento da experiência de *self*, aumentam à medida que a criança se desenvolve (Kirsten; Stewart, 2021). Isso implica que a noção de identidade de gênero pode demorar a se constituir de maneira definitiva e corrobora a ideia da construção desse fenômeno, pelo menos em parte, como um processo cognitivo, social e linguístico.

Wolter e Hannover (2016) apontaram como, à medida que as crianças incorporam regras de gênero ao *self*, estas regras passam a moldar as autopercepções de competências, reações afetivo-emocionais e desempenhos acadêmicos como em matemática e leitura, por exemplo. Os autores realizaram um estudo com crianças entre 6 e 7 anos que passaram por medidas padronizadas de autoconceito dos papéis de gênero e de autoconceito de desempenho em matemática e leitura. Para medir o autoconceito do papel de gênero, as crianças deveriam dizer o quanto alguns comportamentos e traços estavam relacionados a si mesmas, utilizando uma escala *likert*. Meninos e meninas atribuíram a si mesmos mais comportamentos e traços estereotipados por gênero. Outro resultado encontrado foi que quanto mais femininas as crianças se definiam, melhor era seu desempenho em leitura, bem como quanto mais masculina a criança se definia, melhor era seu autoconceito em matemática, ainda que seu desempenho não tenha sido maior.

O impacto das regras na constituição de estereótipos de gênero pode ser observado também na maneira como avaliamos e lidamos com o outro. Assim, pessoas que, por qualquer razão, violam as normas de gênero vigentes estão sujeitas às



mais diversas formas de consequências aversivas (Farrel *et al.*, 2023; Riggs *et al.*, 2023). Uma questão central a essas experiências é que as consequências sociais produzidas pelo desvio na norma não são contingentes à ação em si, mas ao indivíduo como um todo, ao seu *self*, o que é decorrente dos processos de transformação de função, intrínsecos do RRAA. Nesse sentido, podemos supor que a rigidez dos processos da linguagem que constituem o gênero está no cerne do preconceito e da discriminação de gênero.

Os exemplos de como estereótipos ou regras de gênero transformam a função dos estímulos sociais são múltiplos (Farrel *et al.*, 2023) e podem ser encontrados em frases que nos acostumamos a ouvir no dia a dia, como quando dizemos que “meninas vestem rosa e meninos vestem azul”; mas podem também ser identificados em situações mais extremas, marcadas pela violência e pela legitimação da opressão sexista, como quando um jogador de futebol condenado por estupro pode cumprir a pena em liberdade após pagar fiança. Fatos como este, infelizmente não raros, endossam estereótipos de que a violência contra a mulher é aceitável.

O gênero, como fenômeno fluido e socialmente constituído, é fruto de práticas sociolinguísticas que dominam uma cultura. Quanto mais rígidas e intolerantes forem essas práticas, mais rígidos e intolerantes serão os novos membros dessa cultura, perpetuando modelos típicos de gênero e punindo qualquer possibilidade que escape a essa lógica binária. Para Farrel *et al.* (2023, p. 3),



a linguagem conecta, capacita, afirma, cura, oferece esperança, e assim por diante, mas também está envolvida na “alterização” (“othering”), para oprimir, excluir, estigmatizar, discriminar, enfraquecer e muito mais.

A partir dessa perspectiva, a linguagem deixa de ser compreendida como simples mecanismo de comunicação e assume papel central na forma como os indivíduos lidam com o mundo social. As redes de relações simbólicas constituídas socialmente podem transformar funções psicológicas dos estímulos, atribuindo valor, legitimidade ou desvalorização a determinados grupos e experiências. Assim, os processos relacionais envolvidos na conexão e pertencimento, são os mesmos que promovem práticas de exclusão e desigualdade. É nesse sentido que compreender a linguagem como responder relacional implica em reconhecer seu papel na manutenção ou flexibilização das práticas culturais que organizam as relações humanas.



Mudar é possível?

Estudos iniciais sobre a possibilidade de alteração de função dos estímulos envolvidos na categorização social e que têm como base o paradigma da equivalência de estímulos apontaram para a dificuldade de flexibilizar regras relacionadas a estímulos que já possuíam forte função pré-experimental (De Carvalho; De Rose, 2014; Dixon *et al.*, 2006; Moxon *et al.*, 1993; Watt *et al.*, 1991). Esses estudos instauraram um campo de pesquisa com intensa relevância social e que tem

demonstrado a necessidade do desenvolvimento de estratégias metodológicas que permitem a avaliação e o ensino da flexibilização de regras envolvidas em práticas de preconceito e discriminação.

Nesse sentido, alguns estudos experimentais têm apontado resultados promissores para a compreensão das variáveis ligadas à aprendizagem e alteração de redes relacionais com carga afetiva social já estabelecida, tais como as envolvidas no preconceito racial (Mizael *et al.*, 2016; 2021) e de gênero (Farrel *et al.*, 2020; Freitas, 2019; Picoli, 2023). Essas pesquisas investiram, por exemplo, na condução de teste de simetria após o treino de relações e blocos de tentativas que misturaram as duas relações treinadas como alterações no procedimento experimental e que promoveram minimização dos vieses raciais e de gênero. Outras abordagens da psicologia também têm se interessado em aplicar procedimentos cujo objetivo é promover a alteração de estereótipos de gênero, especialmente a psicologia do desenvolvimento (Bigler; Liben, 1990; Buckley *et al.*, 2021; Carrascosa *et al.*, 2019; Coyle; Liben, 2016; Dinella *et al.*, 2023; Kneeskern; Reeder; 2022; Ollis *et al.*, 2021; Sagone *et al.*, 2018).

É evidente que a complexidade e a multideterminação desses fenômenos implicam questionamentos que vão além do contexto de pesquisas experimentais. Ainda que os procedimentos desenvolvidos por estes estudos não gerem relações fortes o suficiente para flexibilizar as relações pré-experimentais e com efeitos duradouros, eles podem permitir a



compreensão de quais condições seriam minimamente necessárias para a flexibilização de regras e para que novas aprendizagens relacionais sejam desenvolvidas (Mizael *et al.*, 2016; Freitas, 2019; Picoli, 2023). Pesquisas com crianças, ademais, permitirão maior compreensão dos mecanismos subjacentes à aprendizagem e a reprodução de redes relacionais de gênero e sobre como podemos proporcionar um ambiente linguístico que permita a derivação de relações mais flexíveis e inclusivas (Sckiman *et al.*, 2023).

Frente ao potencial negativo acarretado pela rigidez dos estereótipos de gênero e ao fato de que não “desaprendemos” padrões relacionais (Farrel *et al.*, 2023), é importante que os esforços sejam alocados em investigações com vistas a compreender os mecanismos subjacentes à ampliação desses repertórios, visto que isso pode estar no cerne da prevenção de problemas relacionados ao sexismo (Farrel *et al.*, 2023; Kneeskern; Reeder, 2022).

Comparações entre sociedades demonstram que o grau de desigualdade de gênero está diretamente relacionado ao quanto as crianças daquela cultura são tipificadas por gênero (Wood; Eagly, 2002). Como crianças já nascem em contato com práticas sociolinguísticas sexistas, para que um ambiente mais equitativo em termos de gênero seja promovido é fundamental que as intervenções alcancem também as populações que apresentam mais rigidez no que tange ao gênero (Farrel *et al.*, 2023).



O objetivo deste capítulo foi apresentar um ensaio e fomentar discussões sobre o desenvolvimento de gênero e dos estereótipos, utilizando como ponto de partida a RFT. Ainda que o assunto não tenha sido esgotado aqui, e tal não foi a pretensão, acreditamos que o que foi discutido pode ser um caminho interessante para que a Análise do Comportamento se debruce mais sobre esses fenômenos, agora, munida de um arcabouço teórico capaz de abarcar a complexidade da linguagem e, conseqüentemente, de temas como este.

A essência da linguagem está no fato de que ela está no cerne tanto das realizações humanas quanto de suas maiores mazelas. O caminho é, portanto, aprender a utilizar a linguagem sem que ela nos domine (Hayes; Strosahl *et al.*, 2021) e fomentar práticas em que nossa possibilidade de existência não seja ameaçada simplesmente por infringirmos regras que, claramente, não deveriam ter gênero.



Referências

BAIRES, N.A.; KOCH, D.S. The future is female (and behavior analysis): a behavioral account of sexism and how behavior analysis is simultaneously part of the problem and solution. **Behavior Analysis in Practice**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 253-262, 2019.

BARNES-HOLMES, D.; BARNES-HOLMES, Y.; MCENTEGGART, C.; HARTE, C. Back to the future with an up-dated version of RFT: more field than frame?. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 1-19, 2021.

BARNES-HOLMES, D.; HARTE, C. Relational frame theory 20years on: The Odysseus voyage and beyond. **Journal of**

The Experimental Analysis of Behavior, [S. l.], v. 117, n. 2, p. 240-266, 2022.

BARNES-HOLMES, Y.; BARNES-HOLMES, D.; ROCHE, B.; SMEETS, P.M. The development of self and perspective-taking: a relational frame analysis. **Behavioral Development Bulletin**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 42-45, 2001.

BARNES-HOLMES, Y.; MCENTEGGART, C.; BARNES-HOLMES, P.M.D. Recent conceptual and empirical advances in RFT: implications for developing process-based assessments and interventions for human psychological suffering. In: LEVIN, M.E.; TWOHIG, M.P.; KRAFFT, J. (ed.). **Innovations in acceptance and commitment therapy**: clinical advancements and applications in ACT. Oakland, CA: New Harbinger, 2020. p. 41-52.

BARNES-HOMES, D.; BARNES-HOMES, Y.; SMEETS, P.M.; CULLINAN, V.; LEADER, G. Relational frame theory and stimulus equivalence: conceptual and procedural issues. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 181-214, 2004.

BEM, S.L. Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. **Psychological Review**, [S. l.], v. 88, n. 4, p. 354-364, 1981.

BIGLER, R.S. Conceptual and methodological issues in the measurement of children's sex typing. **Psychology of Women Quarterly**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 53-69, 1997.

BIGLER, R.S.; LIBEN, L.S. Developmental intergroup theory: explaining and reducing children's social stereotyping and prejudice. **Current Directions in Psychological Science**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 162-166, 2007.



BOHNER, G.; DICKEL, N. Attitudes and attitude change. **Annual Review of Psychology**, [S. l.], v. 62, p. 391-417, 2011.

BROWN, C.S.; STONE, E.A. Gender stereotypes and discrimination: how sexism impacts development. In: HORN, S.S.; RUCK, M.D.; LIBEN, L.S. (ed.). **Equity and justice in developmental science: theoretical and methodological issues**. Amsterdam: Elsevier Academic Press, 2016. p. 105-133.

BUCKLEY, C.; FARRELL, L.; TYNDALL, I. Brief stories of successful female role models in science help counter gender stereotypes regarding intellectual ability among young girls: a pilot study. **Early Education and Development**, [S. l.], v. 33, n. 4, p. 555-566, 2021.

BUSSEY, K.; BANDURA, A. Social cognitive theory of gender development and differentiation. **Psychological Review**, [S. l.], v. 106, n. 4, p. 676-713, 1999.

CARRASCOSA, L.; CAVAL, M.J.; BUELGA, S.; DE JESUS, S.N. Reduction of sexist attitudes, romantic myths, and aggressive behaviors in adolescents: efficacy of the DARSÍ program. **Psicothema**, [S. l.], v. 31, n. 2, p. 121-127, 2019.

CERBARA, L.; CIANCIMINO, G.; TINTORI, A. Are we still a sexist society?: primary socialisation and adherence to gender roles in childhood. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 19, n. 6, p. 3408, 2022.

COYLE, E.F.; LIBEN, L.S. Affecting girls' activity and job interests through play: the moderating roles of personal gender salience and game characteristics. **Child Development**, [S. l.], v. 87, n. 2, p. 414-428, 2016.



DE CARVALHO, M.P.; DE ROSE, J.C. Understanding racial attitudes through the stimulus equivalence paradigm. **The Psychological Record**, [S. l.], v. 64, p. 527-536, 2014.

DE ROSE, J.C.; BORTOLOTTI, R. A equivalência de estímulos como modelo do significado [Stimulus equivalence as a model of meaning]. **Acta Comportamentalia**, Guadalajara, v. 15, p. 83-102, 2007.

DE ROSE, J.C.; RABELO, L.Z. Teoria das molduras relacionais e possíveis aplicações à educação. **Revista DI APAE**, [S. l.], v. 3, p. 10-15, 2012.

DINELLA, L.M.; LEVINSON, J.A.; SROUJI, M.A. Can princesses be powerful?: a quasi-experimental study examining children's perceptions of princesses and the self. **The Journal of Genetic Psychology**, [S. l.], v. 184, n. 1, p. 70-91, 2023.

DIXON, M.R.; ZLOMKE, K.M.; REHFELDT, R.A. Restoring Americans' nonequivalent frames of terror: an application of relational frame theory. **The Behavior Analyst Today**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 275-289, 2006.

EGAN, S.K.; PERRY, D.G. Gender identity: a multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. **Developmental Psychology**, [S. l.], v. 37, n. 4, p. 451-463, 2001.

FARRELL, L.; MIZAEEL, T.M.; GOULD, E.R. Gender is the name of the frame: understanding gender through the lens of relational frame theory. **Social Sciences**, [S. l.], v. 12, n. 10, p. 1-27, 2023.

FARRELL, L.; NEARCHOU, F.; MCHUGH, L. Examining the effectiveness of brief interventions to strengthen a positive implicit relation between women and STEM across two time-



points. **Social Psychology of Education: An International Journal**, [S. l.], v. 23, n. 5, p. 1203-1231, 2020.

FREITAS, J.C.C. **O efeito do ensino de relações de equivalência sobre o comportamento de culpabilizar**. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

GLENN, S.S. Contingencies and metacontingencies: toward a synthesis of behavior analysis and cultural materialism. **The Behavior Analyst**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 161-179, 1988.

GUTIERREZ, B.C.; HALIM, M.L.D.; MARTINEZ, M.A.; ARREDONDO, M. The heroes and the helpless: the development of benevolent sexism in children. **Sex Roles: A Journal of Research**, [S. l.], v. 82, p. 558-569, 2020.

HAYES, S.C.; BARNES-HOLMES, D.; ROCHE, B. (org.). **Relational frame theory: a post-skinnerian account of human language and cognition**. New York: Plenum Press, 2001.

HAYES, S.C.; LAW, S.; ASSEMI, K.; FALLETTA-COWDEN, N.; SHAMBLIN, M.; BURLEIGH, K.; OLLA, R.; FORMAN, M.; SMITH, P. Relating is an operant: a fly over of 35 years of RFT research. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, [S. l.], v. 12, n. 1, 2021.

HAYES, S.C.; STROSAHL, K.D.; WILSON, K.G. O dilema do sofrimento humano. In: HAYES, S.C.; STROSAHL, K.D.; WILSON, K.G. **Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HENTSCHEL, T.; HEILMAN, M.E.; PEUS, C.V. The multiple dimensions of gender stereotypes: a current look at men's



and women's characterizations of others and themselves.

Frontiers in Psychology, [S. l.], v. 10, n. 11, 2019.

HOLPERT, E.C. Questões sociais na Análise do Comportamento: artigos do Behaviorand Social Issues (1991-2000).

Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 1-16, 2004.

KIRSTEN, E.B.; STEWART, I. Assessing the development of relational framing in young children. **The Psychological Record**, [S. l.], v. 72, n. 2, p. 221-246, 2022.

KISSI, A.; HUGHES, S.; MERTENS, G.; BARNES-HOLMES, D.; DE HOUWER, J.; CROMBEZ, G. A systematic review of pliance, tracking, and augmenting. **Behavior Modification**, [S. l.], v. 41, n. 5, p. 683-707, 2017.

KNEESKERN, E.E.; REEDER, P.A. Examining the impact of fiction literature on children's gender stereotypes. **Current Psychology**, [S. l.], v. 41, p. 1472-1485, 2022.

LEAPER, C.; BROWN, C.S. Sexism in childhood and adolescence: recent trends and advances in research. **Child Development Perspectives**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 10-15, 2017.

LEVY, G.D.; HAAF, R.A. Detection of gender-related categories by 10-month-old infants. **Infant Behavior and Development**, [S. l.], v. 17, p. 457-459, 1994.

LIBEN, L.S.; BIGLER, R.S. Understanding and undermining the development of gender dichotomies: the legacy of Sandra Lipsitz Bem. **Sex Roles: A Journal of Research**, [S. l.], v. 76, n. 9-10, p. 544-555, 2017.



MARTIN, C.L.; ANDREWS, N.C.; ENGLAND, D.E.; ZOSULS, K.; RUBLE, D.N. A dual identity approach for conceptualizing and measuring children's gender identity. **Child Development**, [S. l.], v. 88, n. 1, p. 167-182, 2017.

MARTIN, C.L.; RUBLE, D.N.; SZKRYBALO, J. Cognitive theories of early gender development. **Psychological Bulletin**, [S. l.], v. 128, n. 6, p. 903-933, 2002.

MILLER, C.L. Developmental changes in male/female voice classification by infants. **Infant Behavior and Development**, [S. l.], v. 6, p. 313-330, 1983.

MIZAEL, T.M.; ALMEIDA, J.H.; SILVEIRA, C.C.; DE ROSE, J.C. Changing racial bias by transfer of functions in equivalence classes. **The Psychological Record**, [S. l.], v. 66, n. 3, p. 451-462, 2016.

MIZAEL, T.M.; DE ALMEIDA, J.H.; ROCHE, B.; DE ROSE, J.C. Effectiveness of different training and testing parameters on the formation and maintenance of equivalence classes: investigating prejudiced racial attitudes. **The Psychological Record**, [S. l.], v. 71, p. 265-277, 2021.

MIZAEL, T.M.; DE ROSE, J.C. Análise do Comportamento e preconceito racial: possibilidades de interpretação e desafios [Behavior analysis and racial prejudice: potential interpretations and challenges]. **Acta Comportamentalia**, Guadalajara, v. 25, n. 3, p. 365-377, 2017.

MOXON, P.; KEENAN, M.; HINE, L. Gender-role stereotyping and stimulus equivalence. **The Psychological Record**, [S. l.], v. 43, p. 381-394, 1993.



OLLIS, D.; IANNUCCI, C.; KEDDIE, A.; HOLLAND, E.; DEL-ANEY, M.; KEARNEY, S. “Bulldozers aren’t just for boys”: respectful relationships education challenges gender bias in early primary students. **International Journal of Health Promotion and Education**, [S. l.], v. 60, n. 4, p. 229-242, 2022.

PEREZ, W.F.; NICO, Y.C.; KOVAC, R.; FIDALGO, A.P.; LEONARDI, J.L. Introdução à teoria das molduras relacionais: principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 32-50, 2013.

PICOLI, A. **Estudo de estereótipos de gênero por meio do paradigma de equivalência de estímulos**. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2023.

POULIN-DUBOIS, D.; SERBIN, L.A.; DERBYSHIRE, A. Toddlers’ intermodal and verbal knowledge about gender. **Merrill-Palmer Quarterly**, [S. l.], v. 44, p. 338-354, 1998.

RIGGS, A.E.; KINARD, D.; LONG, M. Children’s evaluations of gender non-conforming peers. **Sex Roles: A Journal of Research**, [S. l.], v. 88, n. 1-2, p. 17-34, 2023.

RUIZ, M.R. Beyond the mirrored space: time and resistance in feminist theory. **Behavior and Philosophy**, [S. l.], v. 37, p. 141-147, 2009.

RUIZ, M.R. Inconspicuous sources of behavioral control: the case of gendered practices. **The Behavior Analyst Today**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 12-16, 2003.

RUIZ, M.R. Personal agency in feminist theory: evicting the illusive dweller. **The Behavior Analyst**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 179-192, 1998.



RUIZ, M.R.B.F. Skinner's radical behaviorism: historical misconstructions and grounds for feminist reconstructions. **Behavior and Social Issues**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 29-44, 1995.

SAGONE, E.; DE CAROLI, M.E.; COCO, R.F.M.; PERCIAVALLE, V. Flexibility of gender stereotypes: Italian study on comparative gender-consistent and gender-inconsistent information. **Educational Psychology**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 93-98, 2018.

SICKMAN, E.; BELISLE, J.; PAYNE, A.; HUTCHISON, L.; TRAVIS, E. An exploratory analysis of gender stereotyping using the theoretical framework of relational density theory. **Journal of Contextual Behavioral Science**, [S. l.], v. 28, p. 256-265, 2023.

SIDMAN, M. **Equivalence relations and behavior**: a research story. [S. l.]: Authors Cooperative, 1994.

SIDMAN, M.; TAILBY, W. Conditional discrimination vs. matching to sample: an expansion of the testing paradigm. **Journal of The Experimental Analysis of Behavior**, [S. l.], v. 37, n. 1, p. 5-22, 1982.

SKINNER, B.F. **Ciência e comportamento humano**. Brasília: UnB/Funbec, 1970.

SKINNER, B.F. **Contingências do reforço**: uma análise teórica. São Paulo: Abril Cultural, 1984. [Coleção Os Pensadores].

SKINNER, B.F. **Reflections on behaviorismo and society**. São Paulo: Prentice-Hall, 1978.

SKINNER, B.F. **Walden two**. São Paulo: EPU, 1972.

SKOČAJIĆ, M.M.; RADOSAVLJEVIĆ, J.G.; OKIČIĆ, M.G.; JANKOVIĆ, I.O.; ŽEŽELJ, I.L. Boys just don't!: gender stereo-



typing and sanctioning of counter-stereotypical behavior in preschoolers. **Sex Roles: A Journal of Research**, [S. l.], v. 82, n. 3-4, p. 163-172, 2020.

STEWART, I. A recent behaviour analytic approach to the self. **European Journal of Behavior Analysis**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 271-283, 2013.

STROEBE, W.; INSKO, C.A. Stereotype, prejudice, and discrimination: changing conceptions in theory and research. In: BAR-TAL, D.; GRAUMANN, C.F.; KRUGLANSKI, A.W.; STROEBE, W. (ed.). **Stereotyping and Prejudice**: Springer Series in Social Psychology, [S. l.], 1989.

SUMONTHA, J.; FARR, R.H.; PATTERSON, C.J. Children's gender development: associations with parental sexual orientation, division of labor, and gender ideology. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 438, 2017.

TAJFEL, H.; BILLIG, M.G.; BUNDY, R.P.; FLAMENT, C. Social categorization and intergroup behaviour. **European Journal of Social Psychology**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 149-178, 1971.

TODOROV, J.C. A psicologia como estudo das interações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 23, n. esp., p. 57-61, 2007.

TORGRIMSON, B.N.; MINSON, C.T. Sex and gender: what is the difference?. **Journal of Applied Physiology**, [S. l.], v. 99, n. 3, p. 785-787, 2005.

TÖRNEKE, N. **Learning RFT**: an introduction to relational frame theory and its clinical application. Oakland, CA: Context Press/New Harbinger Publications, 2010.



WATT, A.; KEENAN, M.; BARNES, D.; CAIRNS, E. Social categorization and stimulus equivalence. **The Psychological Record**, [S. l.], v. 41, p. 33-50, 1991.

WOLTER, I.B.; HANNOVER, B. Gender role self-concept at school start and its impact on academic self-concept and performance in mathematics and reading. **European Journal of Developmental Psychology**, [S. l.], v. 13, n. 6, p. 681-703, 2016.

WOOD, W.; EAGLY, A.H. A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: implications for the origins of sex differences. **Psychological Bulletin**, [S. l.], v. 128, n. 5, p. 699-727, 2002.

YOUNGER, B.A.; FEARING, D.D. Parsing items into separate categories: developmental change in infant categorization. **Child Development**, [S. l.], v. 70, p. 291-303, 1999.





CAPÍTULO 2

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PSICOPATOLOGIA NUMA PERSPECTIVA COMPORTAMENTAL

Livia Amorim Cardoso

Eis o que é a história da loucura: a história da
fabricação de uma grande mentira.

(Machado, 1981, p. 95)



O estudo do comportamento humano é algo de interesse de várias áreas da ciência, como a Psicologia, por exemplo. Há tempos, o comportamento humano tem sido atribuído a explicações mentalistas, circulares, disfuncionais e que acabam por não explicar nada (Szasz, 1980). Ao longo da história, comportamentos ditos “bizarros” eram atribuídos a divindades, bruxas, microrganismos, características físicas, dentre outros (Coleman, 1950).

Conceitos mentalistas ainda sobrevivem, mas não trazem explicações funcionais sobre as relações que envolvem o

comportamento humano. “A falta de conhecimento sobre os determinantes do comportamento produz soluções inadequadas, até porque o comportamento não é matéria de simples compreensão” (Britto, 2004).

Ao longo da civilização, indivíduos que apresentassem quaisquer comportamentos que destoassem da “normalidade” eram perseguidos, exorcizados, isolados e, até mesmo, mortos. Intenções como essas eram realizadas por agências controladoras da época, por exemplo o Estado e a religião. “Foucault mostra as contradições e irracionalidades produzidas pela família, pelos poderes jurídicos e religiosos para justificar a dominação da loucura pela psiquiatria” (Britto, 2004, p. 164).

Viver é algo consideravelmente desafiador, tanto do ponto de vista biológico quanto ontogenético e social (Szasz, 1980). “Adoecer”, ou melhor, comportar-se de modo indesejado socialmente, é comportamento. E, como tal, é funcional e pode ser explicado segundo o modelo de seleção por consequências proposto e demonstrado experimentalmente por Skinner (2006). Neste modelo, observa-se o controle exercido pelo ambiente no comportamento humano – o que permite questionar se seriam necessárias explicações mentalistas acerca do entendimento sobre o tema.

Sobre o conceito de doença mental

Historicamente falando, não era algo tão distante (nem muito difícil) ser considerado louco. Britto (2004), com base em Foucault (1961), coloca que, para ser considerado um



louco, bastava ser abandonado, ser um miserável, um pobre, alguém rejeitado socialmente ou pela família. Eram os possuídos da desrazão:

O vagabundo, o debochado, o enfermo, o espírito arruinado, o imbecil, o príndigo, o libertino, o filho ingrato, o mágico, o insano, o herege, o criminoso, o blasfemador, a prostituta, o pai dissipador, o suicida, o devasso, o homossexual, o ilusionista ou tudo isso em uma única palavra: o louco (Britto, 2004, p. 159).

E a estes, lhes restava um ambiente extremamente coercitivo através da internação. Os que apresentavam algum problema à sociedade eram internados. Na França, o médico Pinel, em 1773, começa os tratamentos desses comportamentos-problema, nascendo a Psiquiatria.

Questionando se a via a seguir seria a respeito do entendimento da loucura enquanto atribuição da desrazão, a alienação e a doença mental, o caminho para a Psiquiatria abarcou: rede médica, profilaxia e detecção, formas de assistência e cuidados, critérios de cura, incapacidade civil e irresponsabilidade penal (Foucault, 1978, citado por Britto, 2004).

A ideia da doença mental secundariza o histórico de vida (condicionamento) do indivíduo, atribuindo a um órgão (geralmente o cérebro) a responsabilidade pelos comportamentos desajustados. Szasz (1980, p. 50) afirma que:

o conceito de doença mental é desnecessário e enganador. Porque o que eles querem dizer



é que as pessoas assim rotuladas sofrem de doenças cerebrais; e, se isto é o que eles exprimem, pareceria melhor em consideração à clareza dizer isto e nada mais.

A ideia de uma personalidade desajustada, responsabilizada pela emissão de comportamentos reprovados socialmente, tem sido considerada uma explicação aceita por muitos na Psicologia. Szasz (1980) expõe sobre o raciocínio enganador ao se converter questões de ordem comportamentais em causas.

Afirmar que o sujeito tem uma personalidade depressiva e por isso chora facilmente não diz nada a respeito da funcionalidade comportamental dos comportamentos de chorar e de agir de modo depressivo. Questões como: “por que ele chora? Em quais situações ele chora? Como as pessoas reagem quando você chora? Como você se sente quando chora?” podem trazer informações relevantes que ofereceriam condições de explicações a respeito das relações comportamentais. Poder-se-ia ir mais além ao se perguntar quais comportamentos são considerados componentes de um transtorno mental e segundo quais critérios.

Para Szasz (1980, p. 234), “[...] se na medicina moderna novas doenças foram descobertas, na psiquiatria moderna elas foram inventadas”. Ou seja, não se tem sustentação fisiológica ou de caráter biológico para se atribuir, exclusivamente, as funções comportamentais a fatores unicamente biológicos. O modelo de seleção por consequências de Skinner (2006) demonstra experimentalmente a eficácia do modelo funcional.



Para Szasz (1980), a Psiquiatria não deveria tratar de modo compulsório nenhum dos indivíduos que a ela fossem entregues, mas, sim, deveria ser uma ciência a que as

peças podem recorrer, voluntariamente, para receberem uma ajuda que viabilize a resolução de seus problemas existenciais, por meio da psicoterapia, com o consentimento declarado da pessoa (Britto, 2004, p. 164).

Há questões que perpassam anos provocando as verdades psiquiátricas. Se o sujeito tem a doença mental, estaria ela no cérebro? Estaria na mente (se é que podemos encontrar essa tal mente)? Estaria no organismo todo? Seria uma substância capaz de melhorar uma condição mental por completo? Como pode a medicina, uma ciência empírica que realiza diagnósticos com base em fatos laboratoriais, aceitar, em seus domínios, uma ciência que diagnostica doenças mentais, fatos não físicos? (Britto, 2004).

Olhar para a doença mental fez com que a comunidade científica insistisse em permanecer com uma visão voltada apenas para algo que está **no** sujeito, que é **dele**. Fez com que variáveis ambientais controladoras do comportamento ficassem em segundo plano ou, quem sabe, nem fossem consideradas.

Um bom exemplo que permite questionar a história dos critérios diagnósticos das ditas doenças mentais foi o de Rosenhan em 1973, que internou oito pacientes em instituições psiquiátricas. Dividindo-os entre: psiquiatra, psicólogo, pin-



tor, dona de casa e pediatra, o autor conseguiu o feito instruindo seus colaboradores a queixarem-se de ouvir vozes. Todos foram internados, diagnosticados como esquizofrênicos. Uma vez internados, os pacientes não mais encenavam os comportamentos esquizofrênicos. Mesmo assim, permaneceram no hospital, recebendo medicação por um período que variou de uma semana a 52 dias.

Rosenhan ainda ressalta que os pacientes do hospital psiquiátrico logo reconheceram os falsos pacientes. Porém, a equipe do hospital não o fez. O autor ainda afirmou à instituição que enviaria novos pseudopacientes – mas não os enviou. O interessante é que a equipe do hospital diagnosticou 193 pessoas como os então pseudopacientes mandados por Rosenhan (Britto, 2004).

Szazs (1980) sugeriu que a denominação “doenças mentais” fosse revista e que estas fossem retiradas do rol de doenças – pois são, segundo ele, “as expressões da luta do homem contra o problema de como ele deveria viver” (Szazs, 1980, p. 61). O indivíduo, não conseguindo lidar com variáveis de seu ambiente (políticas, sociais, pessoais, éticas, econômicas, biológicas) pode, então, responsabilizar entidades por se comportar da forma como se comporta. Nas palavras do autor, “[...] parece ser pouco provável que algum poder ou seres superiores encarregariam-se dessa tarefa e levariam esta carga para eles” (Szazs, 1980, p. 61).



Psicopatologia: modelo médico e modelo analítico comportamental

Ser saudável implica alguns critérios. Em casos como a doença mental, falam-se de normas – sejam elas éticas, psicossociais, legais... Mas tais normas e regras são definidas por quem? Quem cria e mantém essas regras? Quem decide o que fazer com quem não se adequa a elas?

Szasz (1980) afirma que tanto o paciente pode se observar emitindo comportamentos não considerados adequados, quanto um terceiro também o pode fazer (um familiar, um médico). Dado isto, esbarra-se em outra questão: a serviço de quem estariam os médicos? Para Szasz (1980, p. 60):

Desde que a ação médica seja planejada para corrigir apenas desvios médicos, parece logicamente absurdo que ela ajude a resolver problemas cuja existência foi definida e estabelecida em bases não médicas. Acho que essas considerações podem ser proveitosamente aplicadas no uso atual de tranquilizantes e, de uma maneira geral, ao que poderia ser esperado das drogas de qualquer tipo em consideração à melhora ou solução dos problemas na vida humana.

Banaco *et al.* (2010), em seu texto, trazem elementos interessantes quanto a críticas tecidas a respeito do modelo médico envolvendo o estudo do comportamento humano. Skinner (1999) evidencia a importância de se estudar questões práticas e funcionais quanto à modificação do comportamento. Para o autor,



O cientista que passa o tempo examinando a natureza humana enquanto tantas coisas práticas precisam ser feitas pelo bem-estar humano está, provavelmente, representando o papel de Nero, dedilhando enquanto Roma queima (Skinner, 1999, p. 204).

Tomando por base a ciência da Análise do Comportamento, observa-se que o interesse sobre a função do comportamento é primordial e fundamental para se falar em entendimento, controle e modificação.

O modelo médico, predominante em nossa cultura, trata os comportamentos humanos ditos “psicopatológicos” de modo estatístico. Ou seja, observa-se o comportamento de uma maioria. Indivíduos que destoam deste grupo são denominados como portadores de algum transtorno – visto como doença pela medicina.

Havendo uma “doença”, fala-se de quadro biológico. É preciso constatar e descrever alterações que envolvam marcadores biológicos. Onde estariam esses marcadores quando se fala em transtornos mentais ou doenças mentais? Haveria um exame ou algum índice desse aspecto que mostraria que o indivíduo apresenta autismo, esquizofrenia, ansiedade, depressão? Não há marcadores de caráter biológico (Dunker, 2024).

A dúvida subsequente que poderia ser facilmente levantada é se essas alterações não estariam no cérebro. A resposta é também muito clara: não estão! É possível medir indicadores de neurotransmissores, mas as informações são insuficientes para atribuir a eles o aspecto de funcionalidade quanto aos



comportamentos ditos problemáticos. Ou seja, o marcador biológico não responde sozinho pelo comportamento humano (Dunker, 2024). Num modelo médico, a medicação é ministrada e o sujeito seria, então, “curado”, na melhor das hipóteses.

Os profissionais que trabalham com modelo médico são orientados a elaborar descrições de transtornos que busquem acordos consensuais em vez de buscar evidências que deem suporte a opiniões teóricas por eles abraçadas previamente (Banaco *et al.*, 2010). Mas esse consenso abarcaria todas as questões individuais, culturais, políticas e ontogenéticas dos indivíduos? Por que, por exemplo, há a prevalência de mais transtornos em mulheres que em homens? Haveria aí alguma questão de ordem social, cultural? Ou seriam estas mulheres as “portadoras” de mais transtornos apenas pelo fato de serem mulheres?

Caminhando um pouco mais, os modelos médicos ou quase médicos esbarram numa dicotomia entre o que seria normal e o que seria patológico. Um indivíduo que evita contato social, não toca e não permite ser tocado por ninguém, usa máscaras para sair de casa, toma vários banhos, evita aglomerações, faz uso de higienizador de mãos, afirma ter medo de ser contaminado e morrer e deixa seus sapatos do lado de fora da casa poderia facilmente ser “diagnosticado” como um indivíduo com transtorno obsessivo compulsivo relacionado à limpeza e ao medo de ficar doente. Até 2019, esse indivíduo seria facilmente considerado alguém com transtorno psicológico.



Ocorre que a função comportamental muda quando consideramos esses mesmos conjuntos de comportamentos de 2020 a 2022. Nesse contexto, o nome dado a estes grupos de comportamentos foi o de “medidas de segurança durante uma pandemia”. Ainda que ambos sejam mantidos por reforçamento negativo, outras variáveis estão envolvidas. Advertidos eram os indivíduos que não tomavam as medidas cabíveis. Em contextos de pandemia, o TOC pode ter tido um novo significado: o de autocuidado. Veja que não há como se falar de comportamento humano sem se falar em ambiente.

Ao se deparar com a nomenclatura dada ao conjunto de comportamentos (e é justamente isso que é o transtorno, um conjunto de comportamentos considerados bizarros), a grande questão é: o que será feito a partir desse diagnóstico?

Banaco *et al.* (2010, p. 179) chamam a atenção para o fato de que

os profissionais correriam o risco de deixarem de fazer boa parte do que se espera que eles façam: que procurem a função do comportamento por meio de pequenas manipulações nas contingências nas quais o comportamento problemático aparece.

Lidar com comportamentos desajustados considerando apenas as descrições dos comportamentos como norteadoras do tratamento – por exemplo – seria ignorar a concepção da Psicologia enquanto uma ciência natural (Skinner, 2006). Se apenas diagnósticos fossem suficientes,



a função do comportamento seria desnecessária, já que a intervenção poderia ser delineada unicamente a partir da descrição topográfica, resultando na adoção de uma série de técnicas padronizadas que teriam, em tese, o poder de modificar o comportamento em questão (Banaco *et al.*, 2010, p.80).

Quanto se fala dessas relações, fala-se de funcionalidade, e não de etiologia (Neef; Northup, 2007). A questão é o que origina, evoca e mantém um comportamento para, a partir daí, traçar as estratégias de intervenção (Banaco, 1999; Carr; Langdon; Yarbrough, 1999; Cavalcante; Tourinho, 1998; Falk; Kupfer, 1998; Follete; Naugle; Linnerooth, 2000; Sturney, 1996).



Substâncias e comportamento



Uma questão amplamente discutida quando se fala de psicopatologia é o uso de medicamentos nos quadros de comportamentos-problema. A visão médica foi mencionada anteriormente. Considerando comportamentos enquanto sintomas e transtornos como doenças, o uso de medicamentos para tratamento e “cura” é uma ideia muito difundida e aceita por algumas comunidades.

Na perspectiva analítica comportamental, usar medicamentos é um comportamento, e este pode ser analisado segundo sua operacionalidade. Assim:

deve-se considerar quando os antecedentes, as operações motivadoras do comportamento de usar uma substância e as consequências

imediatas desse comportamento, levando em consideração se o comportamento está sendo controlado por controle por estímulo ou eliciado [...] Consumir substâncias permite se livrar de eventos aversivos, o que estabelece uma função reforçadora à droga (Britto *et al.*, 2012, p.2).

Em relação ao comportamento de consumir substâncias, sejam elas cafeína, cocaína, heroína, maconha, nicotina ou de emprego clínico, como anfetaminas e barbitúricos, a análise funcional do comportamento de usar substâncias deve ser considerada (antecedentes e consequentes envolvidos no comportamento mencionado). Segundo Sidman (1995, p. 266) “alternar as contingências não altera a natureza humana, mas faz uso da plasticidade da natureza humana”.

O uso de diazepínicos, medicações que atuam como tranquilizantes e sedativos, causando um “desaceleramento” no organismo, são comuns em quadros de ansiedade. Funcionalmente falando, o que manteria o uso desses medicamentos? Quando se fala de ansiedade, fala-se de respondentes eliciados por condicionamento. O medicamento age para reduzir estados fisiológicos. No caso de diazepínicos, por exemplo, o comportamento de usá-los pode ser mantido por reforçamento negativo. “A droga não restaura a atividade construtiva, pode produzir letargia e ainda ser usada como uma medida de controle” (Sidman, 1995, citado por Britto *et al.*, 2012, p. 9).

O comportamento de usar alguma substância, neste caso os diazepínicos, pode ser mantido por reforçamento po-



sitivo. O retorno ao trabalho e às atividades físicas, a qualidade do sono e a retomada aos estudos podem ser consequências reforçadoras de que o indivíduo se via privado até então. Mas a substância por si só condicionaria o desenvolvimento de habilidades sociais relevantes, como assertividade, saber lidar com críticas, falar para outras pessoas, lidar com situações ditas estressantes?

Rang *et al.* (2016, p. 1359), quanto ao uso de antidepressivos, esclarecem que:

A eficácia clínica global dos antidepressivos é geralmente aceita para a depressão grave, embora exista preocupação que a evidência dos ensaios clínicos publicados possa ser enganosa, porque muitos ensaios clínicos negativos não foram reportados. Os dados dos ensaios sugerem que 30-40% dos pacientes deprimidos falham em demonstrar melhora, e aqueles que apresentam demonstram apenas melhora limitada.



Skinner (2006), sobre os níveis de seleção do comportamento, discorria a respeito da filogenia e do caráter biológico relacionado ao comportamento humano. Como erroneamente divulgado por alguns psicólogos, a perspectiva comportamental não desconsidera esses aspectos, mas acresce ao comportamento o caráter ontogenético e cultural ao estudar o comportamento humano.

Afirmar que não precisamos de medicamentos seria leviano. Obviamente, eles são úteis e indispensáveis. O que seria

da população sem vacinas, antibióticos, anti-inflamatórios e outros? No entanto, atribuir ao medicamento a responsabilidade pela “cura” comportamental também é insustentável. Ele, por si só, não alcança demandas de ordem ontogenética e cultural.

Em geral, acredita-se atualmente que os fármacos antidepressivos são menos efetivos do que se pensou inicialmente, embora eles permaneçam entre os mais comumente prescritos. As diretrizes atuais de tratamento recomendam procedimentos psicológicos baseados na evidência como tratamento de primeira linha, na maioria dos casos, antes dos fármacos antidepressivos (Rang *et al.*, 2016, p. 1359).

Podem-se observar considerações semelhantes ao analisar a relação entre comportamentos de suicídio e o uso de antidepressivos. “Há relatos de que os antidepressivos aumentaram o risco de suicídio em pacientes depressivos, especialmente em crianças e adolescentes” (Licinio; Wong, 2005, p. 1360).

Avaliação funcional e análise funcional

Em posição contrária a modelos dualistas e mentalistas, a Análise do Comportamento aplicada, de base científica experimental, trabalha com o condicionamento de novos comportamentos. “A forma mais completa e elegante de investigação empírica envolve a aplicação do método experimental



para identificar relações funcionais” (Johnston; Pennypacker, 1993, p. 239).

Em resumo, “a análise do comportamento aplicada é a ciência que se dedica a entender e melhorar o comportamento humano” (Cooper *et al.*, 2019, p. 2), comportamento este não mais aceito socialmente pela sua comunidade verbal (Britto, 2020; Learman *et al.*, 2013). Dessa forma, o autor discorre sobre ciência ao falar em Análise do Comportamento.

A ciência busca entender seu objeto de estudo, opera independentemente de opiniões e crenças pessoais ou do próprio cientista e descreve, prediz e controla os comportamentos (Cooper *et al.*, 2019).

Para Britto e Marcon (2019), a identificação e as funções dos comportamentos ditos problemáticos são indispensáveis para estudá-los e modificá-los. Trabalhando com funções comportamentais, e não com o modelo médico, que considera o tratamento de comportamentos-problema como sintoma e suas causas sendo biológicas, os comportamentos a ser modificados não são tratados à base de drogas (Britto *et al.*, 2024). O trabalho do analista do comportamento é realizado, inicialmente, com a avaliação funcional. E é importante ressaltar que todo comportamento tem função, seja ele considerado adequado ou inadequado, socialmente falando. Os processos envolvidos para se condicionar um comportamento de falar em público são, também, os mesmos para se aprender a fugir ou esquivar-se de falar em uma sala cheia de pessoas.



A avaliação funcional busca prevenção, entendimento e tratamento dos comportamentos-problema (Hagopian *et al.*, 2013; Hanley, 2012; Iwata *et al.*, 2000). A avaliação funcional é realizada através de entrevistas com o próprio indivíduo ou com outras pessoas que podem fornecer dados sobre o comportamento-problema. Os eventos que antecedem e consequenciam o comportamento, bem como as variáveis que o afetam, são levantados. Através desse processo, a projeção de novos ambientes é realizada (Britto *et al.*, 2020). Os autores colocam que não se trata de um diagnóstico médico, mas de “um sistema de apoio que se combina para criar ambientes eficazes” (O’Neil *et al.*, 2014, p.78).

As entrevistas, em casos de estudos descritivos, informam apenas o antecedente e o consequente dos comportamentos, não trazem informações sobre função e relações funcionais. Por isso, são instrumentos pouco confiáveis para se falar de função comportamental (Bijou *et al.*, 1968; Britto *et al.*, 2020). Além disso, os dados relatados nas entrevistas são carregados de subjetividades e outras variáveis que podem afetar a coleta de informações (Lennox; Miltemberger, 1989; Sturney, 2008).

A observação direta pode ser utilizada para verificar a ocorrência do comportamento em tempo real no ambiente natural do sujeito. Até aqui, não há manipulação de nenhuma variável, apenas formulações de hipóteses. Esse tipo de observação permite que as operações estabelecedoras (aquelas que alteram a função da consequência), os estímulos discri-



minativos e as consequências que exercem controle sobre o indivíduo sejam observados (Martin; Pear, 2007; 2009).

A análise funcional, segundo Cooper *et al.* (2019), em seu uso mais fundamental, trata-se das relações funcionais entre variáveis ambientais e comportamento. Mais adiante, autores como Iwata, Dorsey, Slifer, Baumanand e Richman (1982) enriqueceram o uso do termo análise funcional em seus artigos, onde descreviam, através da metodologia experimental, como variáveis ambientais e contingências mantinham o comportamento-problema. A análise funcional tem o diferencial de manipular diretamente as variáveis que controlam o comportamento (Fischer *et al.*, 1998). Além disso, ela influencia diretamente o modelo de tratamentos efetivos (Cooper, 2019).

Como nomes evidentes na utilização da metodologia da análise funcional, estudos de Iwata *et al.* (1982; 1994) trouxeram a manipulação de fontes de reforçamento como influenciadoras no comportamento-problema de sujeitos que apresentavam comportamentos autolesivos. Segundo os autores, o reforçamento social foi observado na condição em que era disponibilizada atenção social contingente ao comportamento-problema; o reforçamento negativo foi observado em condições de fuga de demanda de uma atividade considerada difícil e que ocorria antes da emissão do comportamento-problema; o reforçamento automático foi observado em condições em que o indivíduo se encontrava sozinho, sem acesso a outros estímulos. Acrescida aí, foi manipulada uma condição de controle em que o indivíduo se encontrava diante de um



ambiente denso de reforçadores (Fischer *et al.*, 1998; Iwata *et al.*, 1982; 1994; Iwata; Dozier, 2008; Britto *et al.*, 2020).

Os 40 anos de análise funcional são expostos por Britto *et al.* (2024) com estudos de revisão de Hanley *et al.* (2003), Beavers *et al.* (2013) e Melanson e Fahmie (2023). Periódicos como *Journal of Applied Behavior Analysis (JABA)*, *Behavioral Interventions* e *Behavior Analysis in Practice* têm, juntos, 53% das publicações sobre pesquisas em análise funcional. A relevância dessa metodologia tem demonstrado sua aplicabilidade em espaços diversos ao longo dos anos, envolvendo a modificação de comportamentos-problema e pesquisas a respeito de vocalizações bizarras em esquizofrênicos (Alves; Britto, 2019; Britto *et al.*, 2010; Bueno; Britto, 2013; Marcon; Britto, 2015), abuso de substância (Sousa; Britto, 2019), abuso sexual (Novais; Britto, 2013), tricotolomania (Rapp *et al.*, 1999), autismo (Braga-Kenyon, 2001; Mello-Gouveia, 2010).



Considerações finais

A loucura, ou aquilo que não é normal, foi questionada e tem acompanhado as interferências de variáveis históricas, sociais, econômicas, religiosas e políticas. Ao longo da história, os ditos “loucos” foram exilados, enclausurados, medicalizados (Britto, 2004). O conceito serviu como rótulo para aqueles que, de uma forma ou de outra, não se adaptaram ao que era considerado normal à sua época. Já em 1980, Szasz denomina a loucura como “um mito conveniente”. Adotar a noção de uma doença mental não permite atentar para as vari-

áveis que controlam o comportamento e que, de fato, podem ser modificadas – ao menos parte delas, num dado contexto.

Não é a saúde mental que fará com que indivíduos ajam de modo mais saudável ou funcional. Num movimento contrário, são os comportamentos mais adequados que constroem uma saúde dita “mental”. Acreditar numa denominação de “doença mental” não permite a modificação. Ao contrário, servirá para fomentar a ideia de que o comportamento ocorre sob controle de variáveis das quais não se tem controle e que são incoerentes quanto à explicações funcionais a respeito das psicopatologias.

Nas palavras de Skinner (1978, p.15): “Os homens agem sobre o mundo e o modificam e, por sua vez, são modificados pela consequência de sua ação”. Acreditar em doença mental é comportamento operante e, obviamente, produzirá consequências.

Comportar-se de modo mais assertivo, relacionar-se com outras pessoas, saber falar o que sente e desenvolver habilidades sociais também são comportamentos operantes, que produzirão consequências reforçadoras. Sendo operantes, são possíveis de ser condicionados, fazendo com que o indivíduo apresente comportamentos mais ajustados socialmente e viva – por que não? – de um modo mais feliz.

Referências

ALVES, J.C.; BRITTO, I.A.G.S. **Sobre a esquizofrenia**. Curitiba: CRV, 2019.



BANACO, R.A. Teorias cognitivo-comportamentais e análise funcional. In: KERBAUY, R.R.; WIELENSKA, R.C. (org.). **Sobre comportamento e cognição**: da reflexão teórica à diversidade na aplicação. [S. l.]: ARBytes, 1999. p. 75-82.

BEAVERS, A.G.; IWATA, B.I.; LERMAN, D.C. Thirty years of research on the functional analysis of problem behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S. l.], v. 46, p. 1-21, 2013.

BIJOU, S.W.; PETERSON, R.F.; AULT, M.H. A method to integrate descriptive and experimental field studies at the level of data and empirical concepts. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S. l.], v. 1, p. 175-191, 1968.

BRAGA-KENYON, P.R. Análise funcional das respostas de agressão em uma criança de oito anos diagnosticada com autismo. In: GUILHARDI, H.J.; MADI, M.B.B.P.; QUEIROZ, P.P.; SCOZ, M.C. (org.). **Sobre comportamento e cognição**: expondo a variabilidade. v. 8. Santo André, SP: ESEtec Editores Associados, 2001. p. 49-60.

BRITTO, I.A.G.S. As implicações práticas do conceito de doença mental. **Estudos**, [S. l.], v. 31, p. 157-172, 2004.

BRITTO, I.A.G.S.; MARCON, R.M. Estudos descritivos e experimentais em contextos aplicados: dados científicos e impacto prático. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 24, n. 2, p. 204-214, 2019.

BRITTO, I.A.G.S.; BRITTO, A.L.G.S.; ALVES, J.C.; SOUSA, N.R. Sobre o comportamento de consumir e depender de substâncias. **Revista de Teologia da Faculdade Faifa**, Goiânia, v. 4, n. 1, 2012.



BRITTO, I.A.G.S.; MARCON, R.M.; OLIVEIRA, I.J.S. Avaliação funcional e sua prática em contextos aplicados. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S. l.], v. 22, 2020.

BRITTO, I.A.G.S.; RODRIGUES, I.S.; ALVES, S.L.; QUINTA, T.L.S.S. Análise funcional de comportamentos verbais inapropriados de um esquizofrênico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 67-72, 2010.

BUENO, G.N.; BRITTO, I.A.G.S. **A esquizofrenia de acordo com a abordagem comportamental**. Curitiba: Juruá, 2013.

CARR, E.G.; LANGDON, N.A.; YARBROUTH, S.C. **Hypothesis-based intervention for severe problem behavior: from effective assessment to effective support**. Boston, MA: Wadsworth, 1999. p. 9-31

CAVALCANTE, S.N.; TOURINHO, E.Z. Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidades de um modelo analítico-comportamental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 14, p. 139-147, 1998.

CIPRIANI, A.; BARBUI, C.; GEDDES, J.R. Suicide, depression, and antidepressants. **British Medical Journal**, [S. l.], v. 330, p. 373-374, 2005.

COLEMAN, J.C. **Abnormal psychology and modern life**. Nova York: Appleton, 1950.

COOPER, J.O.; HERON, T.E.; HEWARD, W.L. **Applied behavior analysis**. 3. ed. Londres: Pearson, 2019.



DUNKER, C. Psicanalista: doenças mentais não existem. **Lutz Podcast**, jan. 2024. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VU8-v2cJvO4>. Acesso em: 31 jan. 2025.

FALK, J.L.; KUPFER, A.S. Adjunctive behavior: application to the analysis and treatment of behavior problems. *In*: O'DONOHUE, W. (ed.). **Learning and behavior therapy**. Boston, MA: Allyn & Bacon, 1998.

FISCHER, W.W.; ADELINIS, J.D.; THOMPSON, R.H.; WORSDELL, A.S.; ZARCONI, J.R. Functional analysis and treatment of destructive behavior maintained by termination of “don’t” (and symmetrical “do”) requests. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S. l.], v. 31, n. 3, p. 339-356, 1998.

FOLLETTE, W.C.; NAUGLE, A.E.; LINNEROOTH, P.J.N. Functional alternatives to traditional assessment and diagnosis. *In*: DOUGHER, M.J. (ed.). **Clinical behavior analysis**. [S. l.]: Context Press, 2000. p. 99-125.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

HAGOPIAN, L.P.; DOZIER, C.L.; ROOKER, G.W.; JONES, B.A. Assessment and treatment of severe problem behavior. *In*: MADDEN, G.J.; DUBE, W.V.; HACKENBERG, T.D.; HANLEY, G.P.; LATTAL, K.A. (ed.). **Handbook of behavior analysis**. v. 2. Washington, D.C.: American Psychological Association (APA), 2013. p. 353-386.

HANLEY, G.P. Functional assessment of problem behavior: dispelling myths, overcoming implementation obstacles, and developing new lore. **Behavior Analysis in Practice**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 54-72, 2012.



HANLEY, G.P.; IWATA, B.A.; MCCORD, B.E. Functional analysis of problem behavior: a review. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S. l.], v. 36, p. 147-185, 2003.

IWATA, B.A.; DOZIER, C.L. Clinical application of functional analysis methodology. **Behavior Analysis in Practice**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 3-9, 2008.

IWATA, B.A.; DORSEY, M.F.; SLIFER, K.J.; BAUMAN, K.E.; RICHMAN, G.S. Toward a functional analysis of self-injury. **Analysis and Intervention in Developmental Disabilities**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 3-20, 1982.

IWATA, B.A.; DORSEY, M.F.; SLIFER, K.J.; BAUMAN, K.E.; RICHMAN, G.S. Toward a functional analysis of self-injury. **Analysis and Intervention in Developmental Disabilities**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 197-209, 1994.

IWATA, B.A.; WALLACE, M.D.; KAHNG, S.W.; LINDBERG, J.S.; ROSCOE, E.M.; CONNERS, J.; HANLEY, G.P.; THOMPSON, R.; WORSDELL, A.S. Skill acquisition in the implementation of functional analysis methodology. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 181-194, 2000.

JOHNSTON, J.M.; PENNYPACKER, H.S. **Strategies and tactics of human behavior research**. [S. l.]: Erlbaum, 1993.

LENNOX, D.B.; MILTENBERGER, R.G. Conducting a functional assessment of problem behavior in applied settings. **Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps**, [S. l.], v. 14, p. 304-311, 1989.

LERMAN, D.C.; IWATA, B.A.; HANLEY, G.P. Applied behavior analysis. In: MADDEN, G.J.; DUBE, W.V.; HACKENBERG, T.D.; HANLEY, G.P.; LATTAL, K.A. (ed.). **Handbook of behavior**



analysis. v. 1. Washington, D.C.: American Psychological Association (APA), 2013. p. 81-104.

LICINIO, J.; WONG, M.L. Depression, antidepressants and suicidality: a critical appraisal. **Nature Reviews Drug Discovery**, [S. l.], v. 4, p. 165-171, 2005.

MACHADO, R.R. **Ciência e saber:** a trajetória da arqueologia de Foucault. Porto Alegre: Graal, 1981.

MARCON, R.M.; BRITTO, I.A.G.S. **O controle pelos antecedentes e consequentes nas respostas verbais de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia.** Curitiba: CRV, 2015.

MARTIN, G.; PEAR, J. **Modificação de comportamento:** o que é e como fazer. 8. ed. São Paulo: Roca, 2009.

MELANSON, I.J.; FAHMIE, T.A. Functional analysis of problem behavior: a 40-year review. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S. l.], v. 56, n. 2, p. 262-281, 2023.

MELLO-GOUVEIA, J.S. **Análise funcional do comportamento de agressão física em uma criança com autismo.** 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2010.

NEEF, L.; NORTHUP, J. Attention deficit hyperactivity disorder. In: STURMEY, P. (ed.). **Functional analysis in clinical treatment.** [S. l.]: Academic Press, 2007. p. 97-110.

NOVAIS, M.R.; BRITTO, I.A.G.S. Comportamentos-problema de uma criança vítima de abuso sexual sob múltiplas condições experimentais. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 4-19, 2013.



O'NEILL, R.E.; HORNER, R.H.; ALBIN, R.W.; SPRAGUE, J.R.; STOREY, K.; NEWTON, J.S. **Functional assessment and program development for problem behavior**: a practical handbook. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 2014.

RANG, H.P.; RITTER, J.M.; FLOWER, R.J.; HENDERSON, G. **Rang & Dale farmacologia**. Londres: Elsevier, 2016.

RAPP, J.T.; MILTENBERGER, R.G.; GALENSKY, T.L.; ELLINGSON, A.S.; LONG, E.S. A functional analysis of hair pulling. **Journal of Applied Behavior Analysis**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 329-337, 1999.

ROSENHAN, D.L. On being sane in insane places. **Science**, [S. l.], v. 179, p. 250-258, 1973.

SIDMAN, M. **Coerções e suas implicações**. Ribeirão Preto, SP: Psy, 1995.

SKINNER, B.F. **O comportamento verbal**. São Paulo: Cultrix, 1978.

SKINNER, B.F. The science of learning and the art of teaching. In: SKINNER, B.F. **Cumulative Record**: definitive edition. Nova York: B. F. Skinner Foundation, 1999. p. 179-191.

SKINNER, B.F. **Science and human behavior**. Londres: Macmillan, 2003.

SOUSA, N.R.; BRITTO, I.A.G.S. **Drogadição**: tratamento comportamental em comunidade terapêutica. Curitiba: CRV, 2019.

STURMEY, P. **Behavioral case formulation and intervention**: a functional analytic approach. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2008.



STURMEY, P.S. Functional analysis: an introduction. *In*: STURMEY, P.S. **Functional analysis in clinical psychology**. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 1966. p. 3-20.

SZASZ, T. **O mito da doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.





CAPÍTULO 3

ANÁLISE DOS FATORES QUE DIFICULTAM O PROCESSO DE ANÁLISE FUNCIONAL EM CONTEXTO DE PSICOTERAPIA

Lucas Santos Rocha
Vinicius Santos Ferreira

De forma alternativa ao modo tradicional de compreensão dos fenômenos psicológicos, a investigação de relações funcionais tem sido considerada a “forma de trabalhar” em Análise do Comportamento, em que a explicação do comportamento ocorre a partir da identificação das variáveis que estejam funcionalmente relacionadas a ele (Micheletto, 1995).

Nesse contexto, a análise funcional se constitui como um instrumento conceitual para a identificação de relações funcionais entre respostas do organismo e eventos antecedentes e consequentes (Matos, 1999). No contexto clínico de *setting* de consultório, ela orienta a formulação de caso e o planejamento de intervenções, buscando produzir mudanças, sendo realizada continuamente durante todo o processo terapêutico (Costa, 2011).



Matos (1999) sugere cinco passos para a realização de uma análise funcional em que: a) o comportamento de interesse deve ser definido, devem ser descritos o seu b) efeito comportamental e, c) suas relações funcionais com variáveis ambientais; e, por fim, deve-se d) elaborar e e) testar predições sobre a influência de manipulações dessas variáveis sobre o comportamento.

Nos primórdios de sua obra, Skinner (1931) propôs, pela primeira vez, a noção de relação funcional, adotando o uso do termo empregado pelo físico Ernst Mach (1838-1916), tendo como unidade de análise o reflexo. O uso da noção de “causa” seria substituído pelo de “função” e a explicação dos fenômenos corresponderia à descrição de suas relações de interdependência entre variáveis independentes (estímulos) e variáveis dependentes (respostas), eventos que se modificam em determinada ordem (Neno, 2003).

Paralelamente, Vandenberghe (2002) contextualiza o surgimento do conceito de análise funcional a partir da proposição da contingência de três termos por Skinner (1935), no artigo intitulado *Two types of conditioned reflex and a pseudotype*, em que é acrescido o conceito de comportamento operante por Skinner, configurando a transição de um modelo de causalidade mecânica baseado no reflexo para um modelo de causalidade selecionista associado à tríplice contingência: antecedente, resposta e consequência (Neno, 2003). Essa transição aconteceu gradualmente, estando relacionada às transformações no sistema explicativo skinneriano, na adoção



de diferentes modelos de ciência natural no decorrer de sua produção científica (Micheletto, 1995).

Enriquecendo esta visão, Matos (1999) sugere que o analista do comportamento, ao investigar unidades funcionais do comportamento, compreenda o comportamento como: 1) fruto da interação organismo-ambiente; 2) a partir do modelo de seleção pelas consequências nos níveis filogenético, ontogenético e cultural; 3) pautado na observação e na manipulação de condições experimentais para validar e demonstrar suas explicações e 4) considerando a noção machiana de função em detrimento de causa.

Aplicação da análise funcional no contexto clínico

Na pesquisa básica, o paradigma do condicionamento operante de Skinner é, inicialmente, proposto quando da descoberta de princípios comportamentais básicos a partir de diversos experimentos com ratos e pombos realizados entre as décadas de 1930 e 1950 (Leonardi, 2015). Através de manipulações das condições experimentais, relações de dependência entre padrões comportamentais e suas consequências puderam ser observadas, caracterizando os processos de reforço, punição, extinção, discriminação, esquemas de reforçamento etc. (Skinner, 1953/2003).

Esses experimentos com animais em laboratório foram o ponto de partida para que os pesquisadores questionassem a possibilidade de utilizar princípios comportamentais oriundos da pesquisa básica para compreender e modificar o com-



portamento humano em ambientes aplicados. Tal conjuntura ensejou a investigação, por parte de Skinner e outros pesquisadores, do condicionamento operante em hospitais psiquiátricos e universidades ao longo dos anos 1950 e 1960 em pesquisas com sujeitos institucionalizados que mantinham, portanto, os critérios metodológicos da pesquisa experimental básica e caracterizavam-se como tal (Leonardi, 2015).

À medida que a aplicação sistemática de princípios comportamentais básicos derivados da pesquisa com animais demonstrou resultados semelhantes na compreensão, na predição e no controle do comportamento humano, tentativas de elaboração e aplicação de intervenções para a resolução de problemas socialmente relevantes se tornaram prolíferas (Leonardi, 2015). Esse campo de atuação acabou por se consolidar como uma área de pesquisa aplicada, fornecendo procedimentos de modificação comportamental que se pautavam pela intervenção direta nas variáveis determinantes de comportamentos clinicamente relevantes, alterando as condições em que ocorriam e suas consequências, com o intuito de construir novas formas de interação mais saudáveis para esses sujeitos institucionalizados.

Entretanto, Vandenberghe (2002) aponta que houve, por parte de analistas do comportamento, o favorecimento de aplicações de programas padronizados em detrimento da realização da análise funcional, caracterizando um afastamento do raciocínio analítico-funcional. Um exemplo notável seria a economia de fichas, intervenção que seleciona comporta-



mentos adequados para serem modelados e mantidos por produzirem o acesso a reforçadores, como doces, alimentos, tempo livre etc., que, nesse contexto, se constituiriam como reforçadores artificiais poderosos, mas desconectados das interações naturais cotidianas do indivíduo.

A instalação de um raciocínio analítico-funcional idiosincrático sistemático na Análise do Comportamento aplicada realizou-se através do trabalho de Iwata *et al.* (1982). Os autores propuseram uma metodologia de análise funcional que, inicialmente, investigava as possíveis variáveis ambientais que influenciavam o comportamento autolesivo, para, posteriormente, elaborar intervenções adequadas – o que, até então, não era o *modus operandi* em avaliação funcional. Em seu estudo, nove sujeitos com desenvolvimento atípico e que apresentavam comportamento autolesivo foram expostos a quatro condições experimentais distintas, apresentando desempenhos com resultados diferentes intrassujeitos e intersujeitos.

Por outro lado, a análise funcional como método de avaliação para orientar intervenções no contexto clínico de *setting* de consultório implicaria condições características que a distinguiriam quando de sua execução em contextos aplicados extraconsultório. Primeiro, há uma mudança de público-alvo: enquanto a Análise do Comportamento aplicada tipicamente lidava com clientes severamente incapacitados e institucionalizados, no contexto clínico eram atendidos pacientes sem restrições de liberdade e com problemas cotidianos, como questões conjugais, ou associadas ao trabalho.



A possibilidade de acesso e manipulação direta das contingências que controlavam o comportamento desse público em seus ambientes naturais, como os meios familiar e de trabalho, era muito mais restrita. Em segundo lugar, o *setting* de consultório limitava a análise à relação terapêutica, implicando tanto sua dependência para com os relatos do cliente no acesso aos dados relevantes para sua realização quanto a impossibilidade de intervenção direta nas contingências de reforçamento responsáveis pelos comportamentos-alvo (Kohlenberg; Tsai; Dougher, 1993).

Teoria e prática: fatores dificultadores da análise funcional

Quanto às contribuições desta análise para a literatura nacional preexistente, foi encontrado apenas um trabalho (Meyer, 1997) que tratasse especificamente de possíveis fatores que dificultam o processo de análise funcional no contexto clínico de *setting* de consultório. Meyer (1997) abordou, de forma breve e sucinta, três pontos: a) a dificuldade na identificação da unidade de análise; b) a dificuldade na identificação de eventos antecedentes e de eventos consequentes e c) a tríplice contingência não abrange todas as informações necessárias para a formulação de caso.

Esses fatores dificultadores foram tratados neste capítulo, estando inseridos como parte de tópicos mais abrangentes e que estão inter-relacionados com outros aspectos relevantes ao tema. Nesse caso, nossa análise avança no sentido de sugerir e se aprofundar em outros tópicos, principalmente ao



considerar o acesso indireto às contingências via relato verbal, mas não esgota a discussão sobre o assunto.

Desse modo, a presente análise consiste em um trabalho conceitual elaborado através da seleção de textos da literatura nacional e internacional que consideramos pertinentes e indispensáveis ao tema. A discussão foi construída não se restringindo a um recorte temporal específico, perpassando textos basilares, como os de Skinner, por exemplo, e considerando produções relacionadas ao desenvolvimento dos tópicos dos fatores dificultadores da análise funcional.

Temos assumido, até o momento, que o conceito de análise funcional assume implicações distintas à medida que é utilizado na pesquisa básica e aplicada e na prática clínica. Considerando que nosso interesse converge para esta última, nota-se que há fatores que dificultam o processo de transposição da análise funcional em outros contextos para o contexto clínico. O objetivo deste capítulo é identificar e analisar esses possíveis fatores que dificultam a aplicação da análise funcional no contexto clínico de consultório.

Essas implicações evidenciam dificuldades de se fazer análise funcional no contexto de consultório, além de ressaltar a importância que a relação terapêutica assume como elemento primordial para o sucesso da terapia, pois, através dela, o terapeuta tem acesso às contingências presentes na vida do cliente, manejando-as de forma indireta. Para cumprir o objetivo aqui proposto, três fatores que dificultam a análise funcional serão discutidos: a) complexidade do fenômeno



comportamental; b) ausência de modelo sistemático e c) acesso indireto às contingências via relato verbal.

Complexidade do fenômeno comportamental

Como foi visto, as transformações no modelo de ciência skinneriano representaram o afastamento de uma noção de causação mecânica para relações funcionais, referente à sua formulação original, enfatizando o papel das consequências do comportamento sobre sua probabilidade de ocorrência no futuro.

Assim, a análise funcional estaria vinculada, agora, a uma noção selecionista de causalidade associada aos três níveis de determinação comportamental (Neno, 2003). Desse modo, o organismo seria compreendido como local de convergência desse entrelaçamento complexo de múltiplas variáveis relacionadas à história evolutiva da espécie, à sua história de reforço e punição e às práticas culturais em que se insere (Skinner, 1981). Contudo, como incorporar, na análise funcional, todas essas variáveis ambientais distintas em complexidade? Como considerar variáveis genéticas, étnico-raciais, de gênero, sociais e econômicas? Como inserir na análise as contingências de reforçamento que estiveram presentes na história de vida do cliente?

Meyer (1997) argumentou que a contingência de três termos não era suficientemente abrangente para uma compreensão do comportamento complexo emitido em casos clínicos, justamente por não prover espaço para a representação



de tais elementos. Um modelo recente de análise funcional (Costa; Leonardi, 2020), por exemplo, inclui, através dos achados da pesquisa básica, novos elementos na análise funcional, possibilitando contingências de quatro e de cinco termos que consideram eventos antecedentes, além dos estímulos discriminativos.

No contexto dessa discussão, Neves e Cihon (2023) apontam que, apesar de muitos autores recomendarem uma abordagem que combine as análises funcionais molar e molecular (Nery; Fonseca, 2018), associadas com a coleta de dados históricos da vida do cliente, não há propostas sistematizadas, por exemplo, que incluam a investigação de fenômenos culturais e sistêmicos. Segundo elas, é premente que o processo de análise funcional integre a análise do nível ontogenético ao nível cultural, posto que os resultados do processo terapêutico podem influenciar e ser influenciados pelas contingências culturais em que se inserem os clientes. As autoras sugerem diretrizes que poderiam nortear a construção de uma análise funcional culturo-comportamental através de um diálogo entre a ciência culturo-comportamental e o campo clínico analítico-comportamental.

Contudo, Vandenberghe (2002) adverte da impossibilidade de “saber” sobre todas as variáveis determinantes do comportamento e que é indeterminada a quantidade de relações que o compõem, estando implícito que tal complexidade tenciona a aceitação de que toda análise funcional será incompleta, isso porque existem limitações humanas e éticas para



a observação e a análise de todas as interações estabelecidas entre um sujeito e o ambiente desde o seu nascimento. Seria necessário, portanto, o estabelecimento de critérios pragmáticos para incluir na análise as contingências de reforçamento passíveis de serem manipuláveis e que fossem relevantes para a mudança comportamental.

Nesse mesmo sentido, Haynes e O'Brien (1990) apontam que não seria objetivo de uma análise funcional a completa "explicação" do comportamento ao identificar todas as variáveis causais importantes. A identificação recairia, de fato, sobre aquelas variáveis que poderiam ser modificadas ou colocadas sob controle do cliente ou do analista do comportamento. Entretanto, é comum que as contingências de reforçamento que instalaram determinado comportamento-alvo não sejam as mesmas responsáveis por sua manutenção no contexto atual do cliente. Além disso, sua manutenção pode ocorrer a partir de esquemas múltiplos e concorrentes, havendo a possibilidade de contingências de reforçamento e punição estarem em vigor (Skinner, 2003).

Essa complexidade que caracteriza o fenômeno comportamental exige que o clínico atente para todas as propriedades do comportamento, com o objetivo de identificar relações funcionais que sejam causais e manipuláveis, o que, obviamente, não é uma tarefa fácil (Meyer, 1997). Apesar desses dificultadores, é importante salientar que não há uma limitação teórica analítico-comportamental que impeça o uso da análise funcional no contexto clínico de consultório. Esses



apontamentos são relativos à “organização da multiplicidade de dados que fazem parte das relações funcionais” (Meyer, 1997, p. 36).

Ausência de modelo sistemático

Ao considerarmos que a atuação do terapeuta analítico-comportamental seja baseada no uso da análise funcional, convém esclarecer, de fato, o que os terapeutas fazem quando dizem fazer análise funcional na clínica (Costa, 2011), o que nos remete à necessidade de modelos sistematizados que especifiquem esse processo, tornando clara a base de conhecimentos utilizada, os estágios do procedimento, a ordem de aplicação, como o que priorizar na avaliação, como proceder na formulação de intervenções etc. (Ulian, 2007).

No início da década de 1990, Hayes e Follette (1992) já apontavam que a análise funcional clássica vinha ocupando um papel inexpressivo dentro da avaliação e da terapia comportamental, em vista da adoção quase universal do sistema sindrômico, difundido pelo *DSM*, proveniente do modelo médico. Concebida numa estrutura de avaliar, formular, intervir, avaliar, a análise funcional consistiria em: 1) avaliar amplamente características relevantes do cliente, seu comportamento e o contexto em que ocorre; 2) identificar relações funcionais passíveis de ser alteradas a partir de uma análise das queixas do cliente, por meio da organização das informações obtidas no passo um; 3) complementar informações e finalizar a análise conceitual; 4) elaborar uma intervenção a partir do passo



três; 5) aplicar a intervenção e analisar os resultados; 6) caso não for aceitável, retornar aos passos dois e três (Hayes; Follette, 1992).

Para Hayes e Follette (1992), esse tipo de formulação de análise funcional tinha suas limitações: consideraram o processo como cientificamente mal definido, altamente abstrato e, conseqüentemente, irreplicável entre terapeutas no contexto clínico. Além disso, havia poucas evidências que sustentavam a relação entre análise funcional e tratamento diferencial, que é, em princípio, um dos pontos fortes do processo como estratégia analítica.

Contudo, a análise de Hayes e Follette (1992) sobre o status negativo da análise funcional como estratégia analítica negligenciava variáveis políticas e econômicas que poderiam ser responsáveis pelo seu suposto fracasso e a aceitação quase universal do sistema sindrômico, inclusive por muitos behavioristas – isso porque qualquer proposta sistematizada de classificação e diagnóstico enfrenta desafios teóricos, metodológicos, empíricos e éticos, tendo implicações práticas no mundo “real” que atendem a interesses econômicos de determinados grupos sociais em detrimento de outros.

Em um artigo mais recente, Hofmann e Hayes (2019) consideraram a influência do modelo médico-psiquiátrico e do pensamento sindrômico subjacente a ele, fomentado por mecanismos de financiamentos bilionários, como um dos fatores preponderantes para o fracasso do pensamento analítico-funcional. Reiteram, por outro lado, que a análise funcional



teve seu declínio dentro do movimento da terapia comportamental, por não se constituir como uma alternativa robusta e confiável tanto científica quanto praticante.

No contexto brasileiro, em que a utilização da análise funcional parece ter perdurado, contrapondo Hayes e Follette (1992), Cavalcante e Tourinho (1998) desafiam a viabilidade de uma sistematização rígida dos procedimentos de avaliação e intervenção, assim como os limites na criação de categorias diagnósticas funcionais. Eles argumentam que a aplicação da análise funcional no contexto clínico enfrenta dificuldades devido à complexidade e à multideterminação das interações. Essa perspectiva sugere que os limites da sistematização da análise funcional podem se concentrar na especificação das etapas do processo, incluindo a formulação e o teste de hipóteses e as decisões sobre o tratamento.

Nessa mesma linha, Owens e Ashcroft (1982) propõem uma concepção idiográfica para a análise funcional em que as intervenções derivadas para um mesmo caso são inúmeras e a possibilidade de generalizações amplas é muito improvável. Do mesmo modo, Samson e McDonnell (1990) apontam a análise funcional a partir de uma abordagem individualizada possível de gerar uma infinidade de hipóteses funcionais que variariam em sua capacidade explicativa e preditiva para um mesmo caso. Consequentemente, o número de intervenções efetivas no tratamento também seria muito amplo e similaridades entre elas teriam relação com as funções compartilhadas entre comportamentos-alvo.



Quase 30 anos depois de seu artigo de 1992, Hayes *et al.* (2020) propõem um modelo de análise funcional sistematizada, chamado de metamodelo evolutivo estendido (EEMM), para a terapia baseada em processos. Esse modelo busca restaurar o papel central da análise funcional na ciência comportamental contextual, superando as limitações do modelo clássico. O EEMM organiza processos adaptativos e desadaptativos em seis dimensões de variáveis psicológicas e dois níveis de análise interdisciplinar, compreendendo o comportamento a partir de princípios de variação, seleção e retenção de padrões comportamentais.

Ao aplicar o EEMM à psicologia, os autores utilizam o modelo de flexibilidade psicológica associado à Terapia de Aceitação e Compromisso, oferecendo uma análise funcional baseada em processos que direciona avaliação, fornece amplos princípios aplicados para compreensão da cognição humana e possui suporte empírico sólido para processos de mudança. Esse modelo é constituído por sete etapas, cobrindo elementos da avaliação comportamental, organização dos dados em uma análise preliminar para identificar relações causais modificáveis e complementação das hipóteses funcionais. A intervenção visa fortalecer a rede adaptativa, com monitoramento da análise funcional de acordo com os processos e resultados esperados, e integração entre análises idiográficas e possíveis protótipos nomotéticos. Essa estrutura reforça os argumentos apresentados por Cavalcante e Tourinho (1998).



Além desses fatores, Garcelán e Hidalgo (1996) pontuaram mudanças no modelo clássico de análise funcional desde as formulações iniciais de Skinner, destacando sua evolução para um caráter teórico eclético. Novos modelos adicionaram termos à tríplice contingência sem coerência conceitual e fundamentação empírica, mesclando elementos teóricos do behaviorismo radical, do behaviorismo mediacional e do paradigma cognitivista. Os autores destacam vários problemas na sistematização do processo, incluindo: a) não houve consenso sobre a operacionalização dos diferentes termos da equação funcional, definidos de modo ambíguo e impreciso; b) primazia de uma perspectiva organocêntrica na compreensão da causa do comportamento, privilegiando variáveis biológicas, cognitivas e experienciais em detrimento das variáveis ambientais; c) predomínio de uma análise topográfica sobre a funcional tanto das respostas do indivíduo quanto das variáveis ambientais; d) conseqüentemente, as variáveis que compõem a equação funcional não se traduziram numa mesma dimensão lógica; e) por fim, havia uma limitação quanto à consideração das relações verbais do cliente como uma variável ambiental a ser analisada.

A importância da coerência teórico-conceitual com os pressupostos do behaviorismo radical e princípios comportamentais é evidenciada na construção de modelos sistematizados de análise funcional, buscando evitar problemas na prática. Uma prática terapêutica embasada em pressupostos teóricos-metodológicos sem coesão interna corre o risco



de se tornar descontextualizada conceitualmente. A falta de consenso entre os autores sobre a definição do processo de análise funcional resulta na utilização de uma variedade de termos distintos com o mesmo significado, enquanto termos semelhantes podem ter significados diferentes (Neno, 2003; Haynes; O'Brien, 1990; Ulian, 2007).

Ao analisar as características do uso da análise funcional na literatura brasileira de terapia analítico-comportamental, Toscano, Macchione e Leonardi (2019) encontraram resultados que evidenciam confusão teórica e dificuldades na análise de contingências por parte dos terapeutas. Nos 13 estudos de caso avaliados, adotou-se, predominantemente, a contingência de três termos, mas contingências com quatro e cinco termos também foram delineadas. Uma variabilidade de tipos de eventos identificados como “antecedentes”, “consequência” e “respostas” foi encontrada, em que respostas do cliente eram erroneamente nomeadas como “antecedentes” e “consequência”, por exemplo. Apenas em dois casos os terapeutas referenciaram sua prática apresentando uma definição de análise funcional como embasamento para seu trabalho.

Contudo, não haveria limitação teórica por parte da Análise do Comportamento que impediria a consumação de tal sistematização, mas sim o fato de não ter sido levada a cabo. Ulian (2007) aponta, em ordem cronológica, uma série de tentativas nesse sentido, apresentando, para os objetivos de seu trabalho, uma sistematização abrangente que tem por base as considerações de outros autores analítico-comportamentais.



Podemos citar, também, modelos sistematizados como os de Costa e Leonardi (2020), Nery e Fonseca (2018), Virués-Ortega e Haynes (2005), Leonardi *et al.* (2012), Meyer (2003) e Costa e Marinho (2002), que abrangem as bases epistemológica e metodológica da análise funcional, a descrição dos passos a ser seguidos para a realização do processo, quais elementos considerar na tríplice contingência, possíveis formas de organização dos dados e como proceder à elaboração de hipóteses.

É importante salientar que há uma grande concordância entre os autores supracitados no que se refere aos aspectos centrais sobre como conduzir uma análise funcional no contexto clínico, evidenciando um grau de sistematização que é fruto do compartilhamento desses elementos considerados primordiais ao processo.



Acesso indireto às contingências via relato verbal

Skinner (1978) define comportamento verbal como um comportamento operante reforçado por consequências que seriam mediadas pelos membros da comunidade verbal. Uma das características da terapia de consultório consiste nas queixas feitas pelo cliente sobre eventos que produzem sofrimento e constituem o motivo da busca por ajuda (Hamilton, 1988). Parte primordial do que é falado nessa interação corresponde às descrições que o cliente faz de sua queixa e das possíveis variáveis controladoras, não negligenciando, é claro, a importância das informações relativas ao desenvolvimento do comportamento-alvo e a história de vida do cliente.

Nesse contexto, a elaboração de análises funcionais enfrenta desafios referentes ao acesso indireto às contingências responsáveis pelos comportamentos-alvo do cliente através de seus relatos.

Esses relatos, contudo, geralmente são incompletos ou podem não apresentar correspondência verbal com as contingências mantenedoras do problema, isso porque muitos clientes não possuem um repertório verbal de descrição de eventos que especificam os três termos da tríplice contingência e/ou o terapeuta ainda não se estabeleceu como uma audiência não punitiva ou, de fato, exerce um controle aversivo como audiência. Como o terapeuta depende desses dados para ter acesso às contingências relacionadas às queixas do cliente, esse é um dos fatores que dificultam a realização da análise funcional dos comportamentos-alvo.

As dificuldades na coleta de dados baseada no relato do cliente podem ser analisadas a partir de duas perspectivas: a) as descrições da queixa são incompletas ou b) são imprecisas. É importante destacar, no entanto, que é impossível acessar todas as contingências de reforçamento e punição que possam estar funcionalmente relacionadas aos comportamentos-alvo do cliente. Ao realizar a análise funcional no contexto clínico de consultório, o terapeuta utiliza tanto descrições de eventos da vida do cliente quanto a observação direta da interação recíproca que ocorre nas sessões para inferir as contingências em vigor.



As descrições da queixa são incompletas

Com o objetivo de identificar as variáveis das quais os comportamentos-alvo do cliente são função e assim construir hipóteses funcionais, o terapeuta precisa de dados que esclareçam aspectos essenciais de sua queixa: o que ele faz? Em que contexto? Quais as consequências? As respostas a essas perguntas orientam o raciocínio analítico-funcional no estabelecimento de relações de dependência entre esses três elementos da tríplice contingência.

É comum que clientes relatem seus problemas de forma incompleta ao não especificar em suas descrições o contexto em que se comportam, as consequências de suas ações e, principalmente, como são afetados por elas. Não é novidade para nenhum psicólogo clínico escutar queixas em que o cliente descreve apenas eventos privados, como quando diz, por exemplo, “estar sentindo uma angústia profunda sem saber o porquê” ou que “sua mente tem estado a mil recentemente”.

Nesses casos, não há referência aos eventos externos que talvez possam estar funcionalmente relacionados às suas ações. Sentir, pensar, imaginar, por exemplo, são ações que participam de uma cadeia comportamental que resulta em comportamentos públicos e precisa ser explicada a partir de sua relação com variáveis ambientais. Tais ações não explicam por que o indivíduo faz o que faz; pelo contrário, são ações que também necessitam de explicação, o que levanta a questão da forma como o cliente atribui causa aos seus comportamentos influenciar o conteúdo de seus relatos.



Segundo Zettle e Hayes (1986), as explicações que as pessoas dão para suas ações se estabelecem numa comunidade verbal-social que reforça diferencialmente relatos que atribuem causalidade a eventos encobertos, frequentemente pensamentos e sentimentos. As explicações que fogem ao raciocínio mentalista que caracteriza o discurso comum são consideradas inadequadas. Consequentemente, justificativas e explicações ficam mais sob controle de fatores relacionados à audiência e de estados de reforçabilidade, como a mera aprovação social, por exemplo, e menos sob controle das variáveis de que o comportamento explicado é função (Zettle; Hayes, 1986).

O problema persiste quando consideramos a questão do autoconhecimento. Caso o repertório de autoconhecimento do cliente esteja empobrecido, como ele poderia identificar contingências possivelmente relacionadas ao seu sofrimento? Ou mesmo discriminar verbalmente que está sofrendo? O terapeuta enfrenta, então, um duplo desafio: compreender as queixas relatadas conhecendo seu cliente e avaliar o quanto as descrições de seus problemas são “verdadeiras”, ou seja, seu autoconhecimento (Haydu, 2001).

Para Skinner (2003), o autoconhecimento remete à capacidade do indivíduo de identificar as variáveis antecedentes e consequentes de que seu comportamento é função. Esse tipo de repertório discriminativo verbal envolve descrições em que o sujeito se auto-observa e autodescreve suas ações e contingências relacionadas numa relação entre fazer-dizer.



Existe, entretanto, uma diferença entre o comportamento descrito, mantido por contingências naturais, e o relato sobre ele e suas causas, reforçado por contingências dispostas por uma comunidade verbal (Skinner, 1982). É responsabilidade dessa comunidade ensinar a seus membros o autoconhecimento, reforçando diferencialmente os relatos dos sujeitos sobre suas ações e as variáveis relacionadas (Brandenburg; Weber, 2005). Entretanto, é raro que clientes cheguem à terapia com esse tipo de repertório instalado; quando o possuem, é um tipo de repertório de autoconhecimento que privilegia variáveis internas e/ou mentais na explicação do comportamento, como mencionado anteriormente.

Circunstâncias em que o cliente simplesmente “desconhece” fontes de sofrimento e não consegue verbalizar suas dificuldades, mesmo que elas existam e tenham motivado a procura por terapia, nos remetem à ausência de um repertório de autoconhecimento. Antes que a análise funcional recaia sobre aspectos relevantes da vida do cliente que permanecem latentes e que podem estar associados às queixas relatadas, o terapeuta precisa lidar com essa barreira, que, em si, já se constitui em um comportamento alvo de intervenção.

As descrições da queixa são imprecisas

Descrições da queixa são imprecisas ou não correspondentes quando não coincidem com os eventos que realmente ocorrem no ambiente fora do consultório, que consistem em



comportamentos-alvo do cliente e as contingências relacionadas a eles (Medeiros; Medeiros, 2018).

Ao fazer perguntas, o terapeuta espera que o cliente responda emitindo fatos sobre os acontecimentos referidos nas perguntas no sentido de obter não só informações completas, mas que também correspondam fielmente ao que realmente acontece em sua vida. Nesse aspecto, precisamos considerar o controle que o terapeuta exerce sobre o cliente como audiência e o repertório verbal que este último possui em função do controle da comunidade verbal a que esteve e está exposto.

O controle aversivo que a comunidade verbal do cliente exerce em sua vida pode se estender para o contexto da interação terapêutica e, a princípio, o cliente pode evitar relatar determinados assuntos e problemas em decorrência dessa história de controle aversivo (Medeiros, 2002). Apesar de o cliente discriminar tais circunstâncias como fonte de sofrimento, suas tentativas de verbalizar a queixa para as audiências disponíveis em sua comunidade verbal foram punidas e, conseqüentemente, há supressão comportamental, enquanto respostas incompatíveis são reforçadas por fuga e esquiva. Dessa maneira, o cliente pode estabelecer uma interação verbal com o terapeuta preponderantemente marcada pela escassez de informações fidedignas sobre aspectos de sua história de vida, sobre problemas pessoais enfrentados e queixas que envolvem temas considerados tabus pela sociedade, por exemplo.



Caso o terapeuta não identifique esse tipo de padrão comportamental, ficando unicamente sob controle do conteúdo do relato e não das variáveis das quais ele é função, a análise funcional será direcionada para a formulação de hipóteses que não estarão relacionadas aos problemas reais que o cliente tem enfrentado. Entretanto, quando bem manejada, a relação terapêutica pode servir como ocasião em que esse repertório verbal suprimido tenha sua probabilidade de ocorrência aumentada, o que seria um indicativo de maior intimidade e aprofundamento do vínculo de confiança entre ambas as partes (Vandenberghe; Pereira, 2005). Nesse ponto da terapia, as descrições da queixa relatadas provavelmente terão correspondência com o que acontece fora do consultório, facilitando não só a identificação das possíveis variáveis de que o comportamento-alvo é função, mas também *feedbacks* confiáveis dos avanços que o cliente possa ter conquistado fruto de intervenções terapêuticas.

Em um trabalho recente, Queiroz e Medeiros (2022) trataram das implicações da análise funcional do comportamento verbal para a prática clínica esclarecendo alguns efeitos do controle aversivo por audiências punitivas sobre operantes verbais. Segundo os autores, contingências coercitivas podem favorecer: a) uma alta incidência de tatos metafóricos e tatos distorcidos em detrimento de tatos puros; b) emissão excessiva de autoclíticos de composição e de edição, que acompanham relatos anteriormente punidos e são função de esquiva e fuga; c) uso frequente de mandos disfarçados e mandos dis-



torcidos que se constituem como comportamentos verbais “manipulativos”.

Hamilton (1988) aponta que uma história de condicionamento de esquiva está relacionada ao fato de muitos clientes não conseguirem descrever determinados acontecimentos, pois o ato de relatá-los gera respondentes emocionais desagradáveis que, como fonte de sofrimento ou reprovação social, reforçam comportamentos de fuga ou esquiva (não falar sobre ou falar sobre qualquer outra coisa).

Obviamente, essa circunstância em que o cliente, a princípio, não relata problemas que lhe são conhecidos não se restringe à psicoterapia de cunho analítico-comportamental e pode ser solucionada com o estabelecimento do vínculo terapêutico e de uma audiência não punitiva por parte do terapeuta. Em relação à análise funcional, essa conjuntura impede que o processo abranja uma dimensão do rol de problemas do cliente que pode prejudicar a eficácia do processo terapêutico de forma geral, diferentemente da conjuntura anterior, em que as descrições da queixa estão presentes mesmo que de forma incompleta e imprecisa.

Desse modo, enquanto informações incompletas comprometem a operacionalização dos componentes da tríplice contingência, informações imprecisas podem resultar em hipóteses de relações funcionais incorretas que, caso o terapeuta não se atente para as funções do relato em si, falharão no desenvolvimento de intervenções efetivas para os comportamentos-alvo.



Considerações finais

Em suma, a investigação de relações funcionais estabelecidas entre os sujeitos e o ambiente tem sido interpretação e avaliação padrão em Análise do Comportamento. Essa linha de raciocínio busca responder como os organismos se comportam, encontrando as variáveis responsáveis pelo fenômeno comportamental.

A análise funcional se constitui, portanto, como uma ferramenta que tem por objetivo identificar relações funcionais entre as respostas do organismo (entendidas como variável dependente) e as condições antecedentes e consequentes (entendidas como variáveis independentes), possibilitando a elaboração de propostas de intervenção.

Desse modo, o foco deste capítulo foi especificar e analisar alguns possíveis fatores dificultadores do processo de análise funcional no contexto clínico de *setting* de consultório, abrangendo três tópicos: a) complexidade do fenômeno comportamental; b) ausência de modelo sistemático e c) acesso indireto às contingências via relato verbal.

O primeiro tópico envolve a consideração das implicações da compreensão do comportamento como multideterminado em três níveis de seleção e variação que se entrelaçam, formando repertórios comportamentais complexos e únicos (Skinner, 1981). Essa noção tenciona a aceitação de que toda e qualquer análise funcional será “incompleta”, não sendo seu objetivo a explicação total do comportamento do cliente (Vandenberghe, 2002). Resguardando critérios pragmáticos,



o processo recairia sobre aquelas relações funcionais causais que poderiam ser modificadas ou manejadas pelo cliente ou pelo terapeuta (Haynes; O'Brien, 1990).

Já o segundo tópico abrange as dificuldades relacionadas à ausência de modelos sistematizados de análise funcional (Ulian, 2007), além de explicitar divergências conceituais na literatura analítico-comportamental, principalmente a de aplicação clínica, sobre a definição do termo e seus aspectos centrais (Neno, 2003; Sturmey *et al.*, 2007). Enquanto alguns autores defendem a necessidade de uma sistematização do processo que permita a replicabilidade entre terapeutas e a padronização de intervenções (Hayes; Follette, 1992; Hofmann; Hayes, 2019; Hayes *et al.*, 2020), outros optam por uma abordagem idiográfica e individualizada passível de gerar inúmeras hipóteses funcionais e intervenções efetivas (Cavalcante; Tourinho, 1998; Owens; Ashcroft, 1982; Samson; McDonnell, 1990).

Por fim, o terceiro tópico envolve as dificuldades resultantes do acesso indireto às contingências via relato do cliente, posto que essa é uma característica central da terapia de consultório. É através das informações e queixas relatadas pelo cliente que o terapeuta realiza a análise funcional, inferindo possíveis variáveis controladoras dos comportamentos-alvo. Esses relatos, entretanto, geralmente são incompletos ou não apresentam correspondência verbal com as contingências mantenedoras do problema, constituindo-se em um entrave



para a formulação de hipóteses funcionais e a elaboração de intervenções.

Desse modo, a presente análise consiste em um trabalho conceitual elaborado através da seleção de textos da literatura nacional e internacional que consideramos pertinentes e indispensáveis ao tema. A discussão foi construída não se restringindo a um recorte temporal específico, perpassando textos basilares, como os de Skinner, por exemplo, e considerando produções relacionadas ao desenvolvimento dos tópicos dos fatores dificultadores da análise funcional.

Futuros estudos podem fazer uma revisão de literatura sistemática e encontrar outros fatores que dificultam o processo de análise funcional em contexto clínico. Também é necessário esforço da comunidade para aperfeiçoar os modelos existentes de análise funcional baseados em relatos do cliente para romper algumas das dificuldades levantadas neste trabalho. Algumas sugestões seriam: a) investigar as principais divergências na literatura analítico-comportamental sobre o conceito de análise funcional e suas implicações para o contexto clínico; b) elaborar possíveis modelos sistematizados que possam guiar o terapeuta na execução desse processo; c) definir as habilidades e competências terapêuticas fundamentais para que este seja bem-sucedido, bem como traçar propostas de disseminação desses modelos de análise funcional em treinamentos sistematizados. Desse modo, a análise funcional caracteriza-se como um recurso complexo e valioso



para a Análise do Comportamento que merece maior dispêndio de esforços em seu aprofundamento.

Podemos afirmar, contudo, que os fatores dificultadores considerados em nossa análise não são impeditivos absolutos para a viabilidade de se fazer análise funcional na clínica. Desde que resguarde pressupostos e princípios analítico-comportamentais, ela pode representar uma ferramenta efetiva que sirva de base para a avaliação e a formulação de intervenções de caráter idiográfico no contexto clínico.

Referências

BRANDENBURG, O.J.; WEBER, L.N.D. Autoconhecimento e liberdade no behaviorismo radical. **Psico-USF**, Itatiba, v. 10, n. 1, p. 87-92, 2005.

CAVALCANTE, S.N.; TOURINHO, E.Z. Classificação e diagnóstico na clínica: possibilidades de um modelo analítico-comportamental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S.l.], v. 14, p. 139-147, 1998.

COSTA, N.; LEONARDI, J.L. Elaboração da análise funcional na terapia comportamental. In: GORAYEB, R.; MIYAZAKI, M.C.; TEODORO, M. (org.). **Programa de atualização em psicologia clínica e da saúde**. v. 2. Porto Alegre: Artmed, 2020. p. 49-72.

COSTA, N. O surgimento de diferentes denominações para a terapia comportamental no Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 46-57, 2011.



COSTA, S.E.G. de C.; MARINHO, M.L. Um modelo de apresentação de análises funcionais do comportamento. **Estudos de Psicologia**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 43-54, 2002.

GARCELÁN, S.P.; HIDALGO, C.R. Revisión conceptual de los modelos de análisis funcional de la conducta en el ámbito clínico. **Acta Comportamental**, Guadalajara, v. 4, n. 2, p. 237-259, 1996.

HAMILTON, S.A. Behavioral formulations of verbal behavior in psychotherapy. **Clinical Psychology Review**, [S.l.], v. 8, p. 181-193, 1988.

HAYDU, V.B. Comportamento verbal como construção social: implicações para terapia comportamental. In: MARINHO, M. L.; CABALLO, V.E. (org.). **Psicologia Clínica e da Saúde**. Londrina; Granada: Apicsa, 2001. p. 225-243.

HAYES, S.C.; FOLLETTE, W.C. Can functional analysis provide a substitute for syndrome classification?. **Behavior Assessment**, [S.l.], v. 14, p. 345-365, 1992.

HAYES, S.C.; HOFMANN, S.G.; STANTON, C.E. Process-based functional analysis can help behavioral science step up to novel challenges: COVID-19 as an example. **Journal of Contextual Behavioral Science**, [S.l.], v. 18, p. 128-145, 2020.

HAYNES, S.N.; O'BRIEN, W.O. Functional analysis in behavior therapy. **Clinical Psychology Review**, v. 10, [S.l.], p. 649-668, 1992.

HOFMANN, S.G.; HAYES, S.C. Functional analysis is dead: long live functional analysis. **Clinical Psychological Science**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 63-67, 2019.



IWATA, B.; DORSEY, M.; SLIFER, K.; BAUMAN, K.; RICHMAN, G. Toward a functional analysis of self-injury. **Analysis and Intervention in Developmental Disabilities**, [S.l.], v. 2, p. 3-20, 1982.

KOHLBERG, R.J.; TSAI, M.; DOUGHER, M.J. The dimensions of clinical behavior analysis. **The Behavior Analyst**, [S.l.], v. 16, p. 271-282, 1993.

LEONARDI, J.L. O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico. **Perspectivas**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 119-131, 2015.

LEONARDI, J.L.; BORGES, N.B.; CASSAS, F.A. Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica. In: BORGES, N.B.; CASSAS, F.A. (org.). **Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.105-109.

MATOS, M.A. Análise funcional do comportamento. **Estudos de Psicologia**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 8-18, 1999.

MEDEIROS, C.A. Comportamento verbal na terapia analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 105-118, 2002.

MEYER, S.B. O conceito de análise funcional. In: DELITTI, M. (org.). **Sobre comportamento e cognição: a prática da Análise do Comportamento e da terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: ARBytes, 1997. p. 31-36.

MEYER, S.B. Análise funcional do comportamento. In: COSTA, C.E.; LUIZA, J.C.; SANT'ANNA, H.H.N. (org.). **Primeiros passos em Análise do Comportamento e cognição**. Santo André: ESEtec, 2003. p. 75-91.



MICHELETTTO, N. Bases filosóficas da noção de relação funcional. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 115-121, 1995.

NENO, S. Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 151-165, 2003.

NERY, L.B.; FONSECA, F.N. Análises funcionais moleculares e molaes: um passo a passo. In: DE-FARIAS, A.K.C.R.; FONSECA, F.N.; NERY, L.B. (org.). **Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 22-54.

OWENS, R.G.; ASHCROFT, J.B. Functional analysis in applied psychology. **British Journal of Clinical Psychology**, Londres, v. 21, p. 181-189, 1982.

QUEIROZ, L.B. DE; MEDEIROS, F.H. de. Possibilidades da Análise Funcional do Comportamento Verbal para a Prática Clínica. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 143-154, 2022.

SAMSON, D.M.; MCDONNELL, A.A. Functional analysis and challenging behaviours. **Behavioral Psychotherapy**, [S.l.], v. 18, p. 259-271, 1990.

SKINNER, B.F. The concept of the reflex in the description of behavior. **The Journal of General Psychology**, [S.l.], v. 5, n. 4, p. 427- 458, 1931.

SKINNER, B.F. **O comportamento verbal**. São Paulo: Cultrix/Edusp, 1978.



SKINNER, B.F. Selection by consequences. **Science**, [S.l.], v. 213, p. 501-504, 1981.

SKINNER, B.F. **Sobre o behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 1982.

SKINNER, B.F. **Ciência e comportamento humano**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

STURMEY, P.; WARD-HORNER, J.; MARROQUIN, M.; DORAN, E. Structural and functional approaches to psychopathology and case formulation. In: STURMEY, P. (org.). **Functional analysis in clinical treatment**. Burlington: Elsevier, 2007. p. 1-22.

TOSCANO, M.P.; MACCHIONE, A.C.; LEONARDI, J.L. O uso da análise funcional na literatura brasileira de terapia comportamental: uma revisão teórico-conceitual. **Perspectivas**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 98-113, 2019.

ULIAN, A.L.A.O. **Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental**: subsídios para a formação. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

VANDENBERGHE, L.; PEREIRA, M.B. O papel da intimidade na relação terapêutica: uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. **Psicologia: Teoria e Prática**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 127-136, 2005.

VANDENBERGHE, L. A prática e as implicações da análise funcional. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 35-45, 2002.



VIRUÉS-ORTEGA, J.; HAYNES, S.N. Functional analysis in behavior therapy: behavioral foundations and clinical application. **Internation Journal of Clinical and Health Psychology**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 567-587, 2005.

ZETTLE, R.D.; HAYES, S.C. Dysfunctional control by client verbal behavior: the context of reason-giving. **The Analysis of Verbal Behavior**, [S.l.], v. 4, p. 30-38, 1986.





CAPÍTULO 4

INTRODUÇÃO À ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA À SAÚDE: FUNDAMENTOS, CONCEITOS E POSSÍVEIS APLICAÇÕES

Thaís Ferro Nogara de Toledo
Luziane de Fátima Kirchner



As concepções do binômio saúde-doença tiveram início nas comunidades primitivas e estão em desenvolvimento até os dias atuais (Castro; Remor, 2018). Do período pré-histórico (10.000 a.C.) até a Idade Média, esse processo foi entendido em um contexto religioso-mitológico em que adoecer era interpretado como fruto de castigo lançado por forças sobrenaturais; para se restabelecer a cura, eram feitos rituais de magia por feiticeiros, sacerdotes ou xamãs (Barros, 2002).

O modelo biomédico, iniciado no século XV e então dominante no século XX, trouxe a compreensão de que a saúde é vista como ausência de doenças e que a doença é entendida como um distúrbio biológico causado por fatores específicos, como infecções, mutações genéticas ou lesões físicas (Barros, 2002). Essa abordagem foi crucial para o desenvolvimento da

medicina moderna, permitindo avanços como o controle de doenças infecciosas e a introdução de tratamentos eficazes para diversas condições, mas ainda era insuficiente para explicar e tratar as doenças que não apresentavam causas físicas observáveis (Castro; Remor, 2018).

Em resposta a essa limitação, o modelo biopsicossocial foi proposto pelo psiquiatra George Engel (1977), com a intenção de explicitar que as dimensões psicológicas e sociais também influenciavam na saúde de maneira significativa. Nesse sentido, se reconhecia que o estado de saúde resultava de uma interação complexa e divisível entre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, com destaque para o modelo dualista vigente à época.

O modelo biopsicossocial sofreu influência de um dos princípios basilares da constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS): a definição de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, 1946, p. 1).

Já nas décadas de 1950 a 1970, compreendia-se a necessidade de reconhecer que fatores sociais e econômicos influenciam a saúde das populações, dentre eles nível de renda, educação, condições de trabalho, ambiente físico, acesso a serviços de saúde, redes de apoio social e políticas públicas. Essa compreensão deu origem a alguns movimentos e registros que, segundo Castro e Remor (2018), impulsionaram o acesso à saúde para a população, como o *Relatório Lalonde* (1974), a Conferência de Alma-Ata e a *Declaração de Saúde para Todos*



(1978), a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a *Carta de Otawa* (1986).

No início dos anos 2000, a OMS passou a se concentrar mais explicitamente nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), estabelecendo a Comissão sobre os DSS para fechar o hiato de uma geração em termos de desigualdades na saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre esse tema. Mais recentemente, em meados de 2015, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que incluiu 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Vários desses objetivos, especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-estar), estão diretamente ligados aos DSS, reconhecendo que a saúde é influenciada por uma ampla gama de fatores sociais, econômicos e ambientais (WHO, 2010).

No contexto dos DSS e da Agenda 2030, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) emergem como uma das maiores preocupações globais. Essas doenças – incluindo diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas – são responsáveis por mais de 70% das mortes em todo o mundo (WHO, 2022). Além disso, a prevalência das DCNTs é desproporcionalmente maior em países de baixa e média renda, refletindo desigualdades significativas nos DSS, como acesso limitado a cuidados de saúde, educação, renda estável, moradia adequada e ambientes saudáveis.



Fatores como sedentarismo, alimentação inadequada, uso de tabaco e consumo excessivo de álcool estão entre os principais determinantes comportamentais associados ao aumento da incidência de DCNTs. Esses fatores podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais que regulamentem e reduzam, por exemplo, a comercialização, o consumo e a exposição de produtos danosos à saúde (Brasil, 2021, p. 5).

Apesar do avanço na compreensão do processo saúde-doença, é fundamental não perder de vista o papel ativo do indivíduo em relação ao seu cuidado. Short e Mollborn (2015, p. 2) definem os comportamentos de saúde como “ações tomadas por indivíduos que afetam a saúde ou a mortalidade”. No entanto, esses comportamentos devem ser entendidos como produtos das interações entre as pessoas, ou seja, das práticas sociais e culturais de um determinado grupo.

A ênfase nos comportamentos de saúde e sua relação com fatores ambientais destacam a importância da Psicologia, especialmente da Análise do Comportamento, com sua perspectiva de um ser humano multidimensional, na área da saúde. Assim, este capítulo tem três objetivos: 1) situar a Análise do Comportamento no campo da Psicologia da Saúde; 2) descrever pressupostos desse modelo teórico-metodológico que são fundamentais para a compreensão de suas aplicações à área; 3) por fim, apresentar contribuições descritas na literatura e discutir outras possibilidades de intervenção.



Para um entendimento inicial da área, o tópico seguinte abordará o processo histórico e conceitual da Psicologia em Saúde e, na sequência, os outros tópicos apresentarão os apontamentos teórico-metodológicos da Análise do Comportamento para esta área.

Psicologia da Saúde: definição do campo

A Psicologia da Saúde é um ramo da Psicologia que começou a se desenvolver na década de 1970, em resposta à necessidade de uma compreensão mais integrada do processo saúde-doença. Esta disciplina colabora com outras áreas da saúde na promoção da qualidade de vida e na redução da exposição a diferentes riscos à saúde, especialmente aqueles ligados a fatores psicológicos, emocionais, cognitivos, comportamentais e relacionais do indivíduo (Ribeiro, 2011).

A área tem avançado significativamente na compreensão dos fatores que influenciam comportamentos saudáveis e não saudáveis, além de desenvolver estratégias de intervenção que a diferenciam de outros campos da Psicologia (Pérez-Laborde; Moreyra-Jiménez, 2017). No entanto, na prática, ainda há muito a ser explorado e aprimorado quanto à aplicação desse conhecimento no campo profissional, especialmente no que se refere à aproximação com o campo epistemológico e científico das abordagens da Psicologia (Gorayeb; Guerrelhas, 2003).

Em suas origens, a disciplina era associada à medicina comportamental, concebida como um campo interdisciplinar



que integrava a Ciência Biomédica e a Psicologia – a ciência do comportamento. Essa integração focava na aplicação de conhecimentos e técnicas das duas áreas na reabilitação e no tratamento de doenças. Com o tempo, a disciplina passou a ser mais claramente definida em termos de seu conteúdo, metodologia de trabalho e classe profissional, evoluindo para o que hoje conhecemos como Psicologia da Saúde (Castro; Remor, 2018; Remor, 1999).

O avanço na psicologia científica levou ao surgimento, em 1978, do que foi chamado de Psicologia da Saúde (*Health Psychology*) pela American Psychological Association (APA). No ano seguinte, após uma conferência, foi criada a divisão 38 da APA, (hoje conhecida como Society for Health Psychology), sob a presidência de Joseph Matarazzo. O objetivo da Divisão 38 era apresentar as contribuições da Psicologia para o avanço do conhecimento em saúde e tratamentos (Matarazzo, 1980). No mesmo ano, Stone, Cohen e Adler publicaram o primeiro livro sobre Psicologia da Saúde, intitulado *Health Psychology: a handbook*. Três anos mais tarde, foi lançado o primeiro número da revista oficial da divisão 38, chamada *Health Psychology* (Remor, 1999).

Stone *et al.* (1979) mencionaram que a Psicologia da Saúde pode ser entendida como qualquer aplicação científica ou profissional de conceitos e métodos psicológicos em diversas situações no campo da saúde. Isso inclui não apenas os cuidados com a saúde, mas também áreas como saúde pública, educação em saúde, planejamento de políticas de saúde,



financiamento e legislação, entre outras (Remor, 1999). Com base nessa visão ampla e abrangente de saúde, a Psicologia da Saúde, enquanto um campo de natureza interdisciplinar, foi definida por Matarazzo (1980, p. 815) como:

Um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia para promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a identificação da etiologia e diagnóstico dos correlatos de saúde, doença e funções relacionadas, e a análise e aprimoramento do sistema e regulamentação da saúde.

Em outras palavras, para a Divisão 38 da APA, a Psicologia da Saúde engloba atividades de assistência, ensino e pesquisa voltadas à compreensão de como as variáveis de natureza psicológica influenciam a saúde de indivíduos e/ou grupos sociais (ou ocupacionais). Isso inclui: a) fatores que contribuem para a manutenção de estados de saúde; b) fatores que desencadeiam processos de doença; c) estratégias de intervenção que ajudam os indivíduos a se manter saudáveis ou a lidar com processos patológicos, situações de risco, vulnerabilidade ou crise, além de seus múltiplos efeitos (Costa-Júnior, 1997).

Nesse sentido, Pérez-Laborde e Moreyra-Jiménez (2017) argumentam que o principal objetivo de qualquer intervenção em Psicologia da Saúde é a prevenção, buscando otimizar as chances de as pessoas alcançarem um estado de saúde adequado, enfrentarem a doença da melhor maneira possível e



aderirem ao tratamento prescrito, incluindo os cuidados em saúde (medicina, nutrição e reabilitação, entre outros) e a promoção da qualidade de vida. Assim, embora alguns autores alertem que o foco é ampliar os cuidados à saúde de toda a população, o trabalho da Psicologia ainda tem se direcionado, predominantemente, na redução de comportamentos de risco em grupos específicos (Costa-Júnior, 1997).

De acordo com Alves e Eulálio (2011), a intervenção dos psicólogos em contextos de saúde pode ocorrer em três níveis de prevenção: primária, que busca reduzir a incidência de doenças e enfermidades; secundária, voltada a diminuir a prevalência e evitar o agravamento de doenças com fatores de risco já presentes; terciária, cujo foco está na mitigação de sequelas e complicações das doenças já existentes. O trabalho deve ser interdisciplinar e incentivar o estreitamento e a qualidade da comunicação entre paciente, família e equipe de saúde, assim como dos diversos setores que compartilham o cuidado à saúde dos pacientes.

Nesse sentido, o psicólogo participa das tomadas de decisões, integrando a equipe no processo avaliativo e interventivo, e não mais como um mero consultor extraordinário para situações de emergência. A assistência profissional e tecnológica da equipe também se estrutura nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, com uma demanda progressiva por recursos humanos e tecnológicos mais especializados e de maior custo (Mendes, 2011).



Alves e Eulálio (2011) apontam que o campo de atuação do psicólogo da saúde vem se expandindo para atingir programas de promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenções comunitárias. Essas novas frentes de trabalho incluem conhecimento em saúde pública e educação em saúde, além do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para lidar com condições crônicas e atividades de gestão em níveis diversos do sistema de saúde.

Para a maioria desses cenários, senão todos, a atuação do psicólogo deve se distanciar do modelo clínico tradicional, já que o foco da investigação recai sobre os fenômenos comportamentais relacionados à saúde e à doença, com ênfase nos aspectos físicos desses processos. Além disso, esses contextos de saúde não seguem um formato de *setting* clínico tradicional e envolvem maior contato com a interdisciplinaridade (Kerbaux, 2002).

Entretanto, Costa-Júnior (1997) ressalta que a ruptura com o modelo clínico ainda se mostra difícil para alguns profissionais que atuam em contextos de saúde. Mas essa transição pode ser alcançada por meio do conhecimento aprofundado do profissional sobre o sistema de saúde vigente, compreendendo seus recursos físicos, políticas de saúde, recursos humanos disponíveis, política de formação profissional, indicadores patológicos da população e as necessidades coletivas de grupos específicos.

Não obstante, esses profissionais precisam basear sua prática em um modelo teórico-metodológico sólido, cujas



evidências demonstrem a eficácia das intervenções aplicadas. Apesar do compromisso social da Psicologia com a área da saúde, ainda se percebe uma grande lacuna entre as necessidades da população e os serviços oferecidos por esses profissionais. Parte dessa discrepância pode ser atribuída ao despreparo do psicólogo nessa área de atuação, o que faz com que, ao ingressar em uma instituição de saúde, ele comumente não esteja familiarizado com o ambiente e suas demandas específicas (Costa-Júnior, 1997), nem mesmo com as contribuições que o modelo teórico-metodológico com o qual se identifica pode oferecer para o contexto.

Assim, uma ampliação das contribuições da Análise do Comportamento para a área da saúde tem se mostrado necessária, sobretudo frente às demandas emergentes. Nesse cenário, a Análise do Comportamento pode demonstrar grande potencial ao oferecer ferramentas teóricas e práticas adaptáveis aos contextos da saúde.



Análise do Comportamento

A Análise do Comportamento, enquanto ciência natural, e o Behaviorismo Radical, como fundamentação filosófica dessa ciência, podem contribuir para a sistematização da prática psicológica na saúde. À luz da Análise do Comportamento, o processo saúde-doença deve ser analisado funcionalmente, fazendo-se necessário identificar quais contingências afetam ou afetaram os comportamentos dos indivíduos, sejam eles “saúdáveis” (os comportamentos de saúde) e/ou os compor-

tamentos de risco ou comportamentos de doença (Kerbaux, 2002).

Para Kerbaux (2002), a compreensão de que comportamentos podem configurar fatores de risco para a saúde retira o indivíduo de uma situação passiva diante de bactérias e poluição e o coloca, de alguma maneira, como responsável pela sua saúde. A Análise do Comportamento dispõe de ferramentas, tanto conceituais como aplicadas, para contribuir com os avanços da área da Psicologia da Saúde, especialmente no que concerne à compreensão de por que as pessoas se comportam de formas prejudiciais à saúde, bem como o que fazer para alterar ou modificar tais comportamentos. No entanto, como apontado por Marin *et al.*, (2020) ainda são poucos os materiais que esclarecem como isso acontece na prática, ou mesmo suas aproximações conceituais.

Para os objetivos do presente capítulo, três pressupostos do Behaviorismo Radical são fundamentais para a compreensão das contribuições da Análise do Comportamento aplicada ao campo da saúde: a) a concepção de homem; b) a concepção de comportamento; c) o modelo de causalidade ou modelo explicativo adotado. Esses pressupostos embasam a ciência do comportamento e suas ferramentas teórico-conceituais e metodológicas.

Sobre o primeiro pressuposto, o Behaviorismo Radical rompe com o dualismo cartesiano mente-corpo e propõe uma visão monista de homem, como um organismo uno, indiviso, que sente, pensa e age sobre o mundo e é afetado pelas con-



sequências de sua ação (Machado, 1994; Skinner, 2003). Essa concepção parece estar alinhada ao que preconiza o Ministério da Saúde (Brasil, 2013, p. 14):

Saúde Mental, portanto, não será abordada em contraposição à saúde física ou biológica – conforme o velho e o equivocado dualismo corpo/mente – mas como sofrimento de pessoas, e em alguns casos adquire estabilidade e regularidade tal que merecerão enfoque específico.

O segundo pressuposto a ser considerado é a concepção de comportamento. Comportamento, na perspectiva behaviorista radical, descreve uma relação ou interação entre atividades do organismo, que são chamadas de respostas, e eventos ambientais, que são chamados de estímulos. Nenhum limite metodológico deve ser imposto aos estímulos e às respostas que constituem um comportamento. Ou seja, as respostas do organismo envolvem respostas manifestas (que podem ser observadas de forma independente por mais de um observador, por exemplo: andar, dançar, falar) e respostas encobertas (que podem ser observadas apenas pelo organismo que se comporta, por exemplo: pensar, sonhar, sentir).

Os eventos ambientais incluem estímulos públicos, que são acessíveis de forma independente a mais de um observador (por exemplo, uma música, um objeto, outra pessoa) e estímulos privados, acessíveis diretamente apenas ao organismo afetado por estes (por exemplo, um formigamento nos pés, uma sensação de desconforto) (Andery; Sérió, 2009).



A noção de que nenhum limite metodológico deve ser imposto aos estímulos e às respostas que constituem um comportamento fica clara em uma passagem de Skinner, na obra *Sobre o Behaviorismo* (2003, p. 23):

Uma pequena parte do universo está contida dentro da pele de cada um de nós. Não há razão de ela dever ter uma condição física especial por estar situada dentro desses limites [...]. Nós a sentimos e, em certo sentido, a observamos e seria loucura negligenciar tal fonte de informação só por ser a própria pessoa a única capaz de estabelecer contato com seu mundo interior.

Ao abordar a noção skinneriana de comportamento, Andery e Sérgio (2009) destacam duas considerações adicionais. A primeira está presente na citação acima e refere-se à natureza daquilo que é sentido ou observado de forma privada, o fato de não terem qualquer status físico especial, ou seja, os estímulos e as respostas que ocorrem dentro da pele têm a mesma natureza física que os estímulos e as respostas observáveis publicamente. A segunda consideração se refere ao status causal comumente atribuído ao mundo privado. Para o Behaviorismo Radical, dizer que uma pessoa não foi ao trabalho porque estava triste ou que golpeou o sofá porque estava com raiva não apresentam explicações válidas sobre o comportamento observado. A raiva e a tristeza não são causas, são comportamentos (interações organismo-ambiente) que devem, por sua vez, ser explicados.



A explicação dos comportamentos, ou o modelo de causalidade adotado pela ciência do comportamento, foi chamado de modo causal de seleção por consequências (Skinner, 1981) e é o terceiro pressuposto do Behaviorismo Radical abordado neste texto. Segundo esse modelo, todo e qualquer comportamento é produto conjunto de três histórias: a filogênese (em que operam as contingências de sobrevivência responsáveis pela seleção natural das espécies); a ontogênese (em que operam as contingências de reforçamento responsáveis pelos repertórios adquiridos pelos membros de uma espécie) e a cultura (em que operam contingências responsáveis pela seleção das práticas sociais).

Tendo em vista esses pressupostos, passamos a abordar como essa ciência, a Análise do Comportamento, pode contribuir com a Psicologia da Saúde. Algumas questões podem ser colocadas nessa interface: o que afeta, direta ou indiretamente, os comportamentos de saúde das pessoas? O que leva essas pessoas a manter comportamentos saudáveis ou prejudiciais à saúde? Como os comportamentos dos indivíduos podem influenciar na melhora dos resultados de saúde?

Modo de preparo e conservação de alimentos, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, hábitos de sono e de higiene envolvem comportamentos que estão diretamente relacionados ao desenvolvimento de determinadas doenças e a agravos (acidentes, violência). Por outro lado, a prática regular de atividades físicas, uma alimentação equilibrada e rica em nutrientes, o consumo de água e uma boa rotina de sono en-



volvem comportamentos que promovem melhores condições de saúde.

Como complementam Moraes e Rolim (2017), o que as pessoas fazem – o que comem, o que bebem, como se relacionam com as outras pessoas, como criam seus filhos, como cuidam de seus doentes –, todos esses comportamentos podem ajudar a compreender como as pessoas adoecem, por um lado, e como mantêm seu estado de saúde, por outro.

A partir da perspectiva da Análise do Comportamento, entendemos que um comportamento, seja ele considerado “saudável” ou “de risco”, favorável ou prejudicial à saúde, foi selecionado por suas consequências. Portanto, é para as contingências responsáveis pela manutenção desses comportamentos que temos que voltar nossa atenção. Ao analisar quais comportamentos estão relacionados à maior incidência de doenças e quais comportamentos promovem estados de saúde e identificar variáveis que mantêm esses comportamentos (as contingências de reforço), o analista do comportamento pode propor intervenções tanto preventivas quanto remedia-tivas. Por exemplo, produzir conhecimento sistemático sobre as variáveis envolvidas na manutenção do consumo excessivo de açúcar pode auxiliar na análise dos hábitos de autocuidado e permitir o planejamento de programas de intervenção comportamental que minimizem os riscos à saúde, antes mesmo do surgimento das doenças.

Vale destacar que os programas preventivos voltados para a redução de comportamentos de risco à saúde desem-



penham um papel fundamental na diminuição da incidência de doenças e, conseqüentemente, na redução dos custos dos sistemas de saúde. Ao promover hábitos saudáveis e intervenções precoces, essas iniciativas ajudam a evitar o desenvolvimento de condições crônicas, que frequentemente exigem tratamentos prolongados e onerosos. Contudo, é necessário disseminar a compreensão da Análise do Comportamento no desenvolvimento de intervenções que promovam, de modo eficaz, a instalação e a manutenção de comportamentos saudáveis, levando-se em consideração os três pressupostos apresentados neste capítulo.

Tais intervenções implicam, necessariamente, levar os indivíduos a identificar quais contingências imediatas de seus comportamentos estão sob controle e quais os potenciais efeitos a médio e longo prazo. Também se faz necessário considerar, além das contingências individuais, as variáveis ambientais e culturais que interagem para fortalecer ou enfraquecer práticas de cuidado com a saúde. A partir disso, a criação de ambientes reforçadores para comportamentos saudáveis, aliada à disseminação de práticas culturais que favoreçam a prevenção de doenças, pode contribuir para mudanças comportamentais sustentáveis e para a redução da sobrecarga nos sistemas de saúde (Moraes; Rolim, 2017).



Análise do Comportamento aplicada à saúde

De acordo com Calheiros *et al.* (2017), a Análise do Comportamento fornece uma base científica para desenvol-

ver intervenções eficazes, baseadas em evidências, focando na análise funcional do comportamento, com o planejamento de estratégias para a modificação de contingências que mantêm os comportamentos indesejados (pouco saudáveis). De um modo geral, é possível dividir as intervenções em três grandes grupos:

- a) estratégias de mudanças de comportamentos de saúde e/ou de risco (Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças): a Análise do Comportamento fornece ferramentas para promover a aquisição e manutenção de comportamentos saudáveis e/ou de redução da frequência de comportamentos de risco. Isso é feito por meio do manejo de contingências: reforçamento diferencial, controle discriminativo, operações motivacionais;
- b) estratégias que favorecem a adesão ao tratamento: incluem identificar e modificar variáveis que influenciam a adesão, como o fornecimento de instruções claras e o fortalecimento do vínculo com o profissional de saúde, bem como o emprego de reforçadores sociais;
- c) educação do paciente: estratégias de psicoeducação são empregadas para favorecer a aprendizagem e a mudança de comportamento.

A partir da compreensão das contingências de reforçamento que mantêm comportamentos de risco e/ou prejudiciais à saúde, por meio da análise funcional, o analista do comportamento pode planejar intervenções para alterar essas



contingências. Pode-se, por exemplo: utilizar reforçadores positivos para aumentar a frequência de comportamentos desejáveis, como o planejamento de contingências para favorecer a adesão a um plano de exercícios ou a uma dieta saudável; alterar o ambiente para reduzir os estímulos que evocam comportamentos indesejados e introduzir estímulos que evoquem comportamentos saudáveis; ensinar novas habilidades de enfrentamento ou comportamentos de saúde por meio da modelagem e do treinamento de habilidades; ajudar os indivíduos a definir metas claras e alcançáveis e a monitorar seu próprio comportamento, promovendo a autorregulação e o autocontrole; fornecer *feedback* regular sobre o progresso do paciente em relação aos seus objetivos de saúde, o que pode aumentar a motivação e a adesão ao tratamento; desenvolver programas educacionais que aumentem o conhecimento do paciente sobre sua condição e tratamento, capacitando-os a tomar decisões informadas sobre sua saúde (Gon *et al.*, 2015; Calheiros *et al.*, 2017).

Todas essas estratégias podem ser adaptadas às necessidades individuais e podem ser combinadas de forma a criar programas abrangentes que abordem múltiplos aspectos do comportamento de saúde. Além disso, podem ser implementadas em diversos contextos, desde clínicas de saúde a ambientes comunitários.

Podem ser encontrados na literatura inúmeros exemplos de aplicações dessas estratégias a diversos problemas de saúde, tais como tabagismo, etilismo, câncer, diabetes,



saúde bucal, transtornos alimentares, abuso de substâncias, comportamentos autolesivos, doenças cardiovasculares, transtornos de sono etc. A maioria das pesquisas apresentam resultados positivos na alteração dos comportamentos de risco e promoção de comportamentos de saúde (Calheiros *et al.*, 2016; Calheiros; Gon, 2019; Moraes; Rolin, 2013; Marin *et al.*, 2017; Marin *et al.*, 2020).

Segundo Marin *et al.* (2020), a análise dos dados encontrados na literatura demonstra a utilização de pressupostos de uma ciência aplicada, baseada em uma ciência básica, que propicia o desenvolvimento de intervenções generalizáveis para diversos contextos.

De um modo geral, essas pesquisas mostram como a compreensão das variáveis que controlam os comportamentos dos indivíduos relacionados à saúde pode levar ao delineamento de intervenções efetivas, que podem melhorar as condições de vida desses indivíduos. No entanto, mesmo quando dirigidas a grupos, a maior parte, se não a totalidade de intervenções descritas na literatura, incide sobre o nível ontogenético de seleção, ou seja, visa alterar os comportamentos de indivíduos (a variável dependente, VD) a partir da manipulação de variáveis que os afetam e mantêm (as variáveis independentes, VI). Mas, quando olhamos especialmente para os comportamentos prejudiciais à saúde, como abuso de substâncias, tabagismo, sedentarismo e violência, temos, necessariamente, que olhar para outro nível de análise:, o cultural.



De acordo com Skinner (2000, p. 455), “a cultura na qual um indivíduo nasce se compõe de todas as variáveis que o afetam e que são dispostas por outras pessoas [ambiente social]”. O ambiente social é, em parte, resultado dos procedimentos do grupo que geram muitos dos comportamentos de seus membros.

O que o homem come e bebe, e como o faz, os tipos de comportamento sexual em que se empenha, como constrói uma casa [...], os assuntos sobre os quais fala ou cala, a música que compõe, os tipos de relações pessoais que tem, e os tipos que evita – tudo depende, em parte, dos procedimentos do grupo de que é membro (Skinner, 2000, p. 451).

Para o autor, grande parte do comportamento de uma pessoa é culturalmente determinado, ou seja, está sob o controle de contingências estabelecidas por agências éticas, religiosas e governamentais. Por exemplo, o que faz uma pessoa, em dias muito quentes, não sair pela rua sem roupas?

Recentemente, Neves *et al.* (2023) publicaram *Um Manifesto por uma Prática Clínica Socialmente Comprometida nas Ciências do Comportamento*, em que defendem a importância de incluir, nos processos de avaliação e intervenção psicoterápicas, variáveis culturais que impactam significativamente o sofrimento das pessoas. Segundo os autores, a análise das queixas de uma mulher que se sente cansada e sobrecarregada por ter que conciliar sua vida profissional com os cuidados com os filhos e com a casa (fazer compras, limpar, cozinhar,



organizar) deve incluir variáveis típicas de uma cultura patriarcal em que “dar conta de tudo” é reforçado socialmente, enquanto tentativas de dividir tarefas, delegar, são punidas (“essa é sua obrigação!”; “quem pariu Mateus que o embale”, “não cuida dos filhos, terceiriza a maternidade”). O mesmo tipo de relação produtora de sofrimento pode ocorrer com pessoas LGBTQIA+ em ambientes religiosos e com pessoas com deficiência em ambientes capacitistas, dentre tantas outras possibilidades (Neves *et al.* 2023).

Portanto, até aqui, já deve estar claro que a cultura ou as práticas culturais de um grupo impactam (afetam/alteram) os comportamentos dos indivíduos deste grupo. Nessa perspectiva de análise, a variável dependente (VD) é o comportamento de um organismo no nível individual e as práticas culturais constituem as variáveis independentes (VI).

Segundo Andery (2011), após a publicação de *Selection by consequences* (Skinner, 1981), a cultura passa a ser tomada não somente como uma das variáveis determinantes do comportamento individual, mas também como objeto de investigação legítimo de uma ciência analítico-comportamental.

Mas, antes mesmo dessa publicação, tal distinção já pode ser encontrada em uma passagem do livro *Ciência e comportamento humano* (Skinner, 2000, p. 455):

Muitas vezes se supõe que o termo [cultural] se refira a um espírito ou atmosfera ou algo com dimensões igualmente não-físicas. Nossa análise do ambiente social, entretanto, fornece uma explicação dos aspectos essen-



ciais da cultura do esquema de referência de uma ciência natural. Permite-nos não apenas entender o efeito da cultura [cultura como VI], mas alterar o planejamento cultural [cultura como VD].

Ao se tomar a cultura como VD, a grande questão que se coloca passa a ser: por que um determinado grupo apresenta certas práticas (práticas de educação, alimentação, higiene)? É principalmente sobre essa questão que a Análise Comportamental da Cultura (ACC) tem se debruçado.

Na tentativa de dar conta de fenômenos tão complexos como os que se apresentam no nível cultural de análise, novas ferramentas conceituais foram propostas, entre elas, metacontingências e macrocontingências (Glenn, 1986; 2004).

O termo macrocontingência descreve uma relação entre os comportamentos operantes (governados por contingências individuais) similares de dois ou mais indivíduos e um efeito cumulativo socialmente relevante. Um exemplo é o comportamento de fumar. No curto prazo, fumar pode ser reforçado pelo consumo de nicotina, por uma pausa no trabalho ou oportunidade para socializar – e são consequências como essas que controlam os comportamentos de fumar dos indivíduos. Mas a replicação desse mesmo comportamento entre muitos indivíduos de um grupo, ou de um país, produz um efeito cumulativo que tem um impacto social enorme, especialmente em termos de custos com tratamentos de saúde (Glenn *et al.*, 2016).

O termo metacontingência, por sua vez, descreve uma “relação contingente entre (1) contingências comporta-



mentais entrelaçadas (CCEs) recorrentes tendo um produto agregado (PA), e (2) condições ou eventos ambientais selecionadores” (Glenn *et al.*, 2016, p. 13). Qualquer tipo de organização ou tarefa cujo produto requeira a participação de dois ou mais indivíduos se comportando de forma entrelaçada (o comportamento de um indivíduo funciona como antecedente ou consequência para o comportamento do outro indivíduo) pode exemplificar uma metacontingência, desde a simples interação de duas pessoas montando juntas um quebra-cabeças até a complexa rede de interações estabelecida entre funcionários de uma indústria automobilística ao produzir um carro.

Muitas pesquisas, experimentais e teóricas, têm sido desenvolvidas a partir da proposição desses conceitos. No entanto, Amorim (2022, p. 30) afirma:

[...] para que a ACC se torne referência para a solução de problemas sociais, é necessário que os analistas do comportamento se dediquem também às pesquisas aplicadas e ao desenvolvimento de tecnologias que amparem a prestação de serviços no terceiro nível [cultural].

Pensamos que uma contribuição importante da Análise do Comportamento para a área da saúde se daria nesta direção. No Brasil, principalmente desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, o entendimento de saúde passa a incluir questões sociais e políticas importantes.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação,



habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986, p. 04).

Assim, a saúde é, ao mesmo tempo, uma condição individual e uma condição social (Moraes; Rolim, 2017). Enquanto uma condição individual, a saúde é produto de diversos comportamentos de um indivíduo, que estão sob a influência de variáveis nos três níveis de variação e seleção: filogênese, ontogênese e cultura. A obesidade, por exemplo, é uma condição resultante de diversos comportamentos de um indivíduo, entre eles o comportamento de se alimentar de forma inadequada e de não se exercitar.

Entre as variáveis filogenéticas, temos o fato de sermos biologicamente muito suscetíveis a alimentos calóricos e gordurosos (reforçadores primários de alta magnitude). As variáveis ontogenéticas são mais diversas e variadas. Podem incluir, por exemplo, práticas parentais que valorizam (reforço social): “comer muito” ou “comer tudo o que está no prato”. Variáveis culturais podem incluir estar em um ambiente em que as pessoas, de forma geral, não praticam atividade física, ou não incentivam essa prática, ou que consomem muitos alimentos ultraprocessados etc.



Por outro lado, quando pensamos em saúde como uma condição social, estamos nos referindo aos produtos da interação de vários atores e instituições, envolvendo o que chamamos de metacontingências. De acordo com Skinner (2000, p. 458), “a saúde geral do grupo vai depender [...] da proporção da riqueza do grupo que é empregada na construção de hospitais e serviços públicos de saúde”. Assim, saúde, como uma condição social, é produto de múltiplas contingências comportamentais entrelaçadas (CCES): políticas públicas, leis, decretos, equipamentos, serviços, formação, educação, fiscalização, entre outras.

A análise e a compreensão de práticas culturais entrelaçadas, que envolvem “comportamentos entrelaçados de diversos atores, os quais geram um produto (ou serviço) que não poderia ser produzido por pessoas se comportando isoladamente” (Amorim, 2022, p. 28), no contexto da saúde, podem propiciar o desenvolvimento de intervenções em larga escala no nível cultural. Skinner (2000, p. 464) aborda essa questão ao falar em planejamento de uma cultura:

Em muitos grupos culturais observamos procedimentos que poderiam ser descritos como “modificando as práticas”. No controle governamental, a decretação de uma lei geralmente estabelece novas práticas culturais, e uma constituição é empreendimento semelhante em escala maior. Os currículos experimentais nas escolas e colégios, livros sobre como cuidar das crianças que recomendam mudanças substanciais nas práticas



familiares, são tentativas de intervir em partes importantes da cultura. [...] Por que o planejamento de uma cultura deve ser deixado tanto ao acaso? Não será possível mudar o ambiente social deliberadamente de forma a que o produto humano esteja mais de acordo com especificações aceitáveis? Propor uma mudança em prática cultural, fazer a mudança e aceitar o mudado, são partes do nosso objeto de estudo. Embora esta seja uma das mais complexas das atividades humanas [...].

Mais do que respostas, o que o presente capítulo propõe são caminhos, possibilidades que a Análise do Comportamento, em geral, e a ACC, em particular, nos trazem para pensar e construir intervenções em saúde que produzam mudanças em larga escala.



Considerações finais

Este capítulo teve como objetivo esclarecer o campo da Psicologia da Saúde e destacar pressupostos fundamentais da Análise do Comportamento para aplicação na área. A Análise do Comportamento oferece uma compreensão abrangente do ser humano, considerando os níveis filogenético, ontogenético e cultural, o que torna essencial a incorporação desse modelo no desenvolvimento de intervenções mais eficazes e duradouras. Ao reconhecer a influência desses três níveis na formação e na manutenção dos comportamentos relacionados à saúde, é possível planejar estratégias que não apenas promo-

vam mudanças individuais, mas também favoreçam a sustentação dessas práticas em nível cultural.

É igualmente importante que a Análise do Comportamento se ocupe do seu lugar real na área da saúde, que tem sido predominantemente dominada pelas ciências biológicas e médicas. Em consonância, os analistas do comportamento têm um desafio a enfrentar: estabelecer um espaço legítimo e reconhecido para a Análise do Comportamento dentro do campo da saúde. Isso implica não apenas demonstrar a eficácia das intervenções comportamentais em diferentes contextos de saúde, mas também dialogar com outras áreas, contribuindo para uma abordagem mais integrada e interdisciplinar. Para isso, é necessário ampliar a produção científica voltada para a aplicação da Análise do Comportamento na saúde, divulgar os avanços obtidos e investir na formação de profissionais capacitados para atuar nessa interface.

Além disso, é fundamental superar barreiras epistemológicas e institucionais que frequentemente limitam a aceitação e a implementação dessas abordagens em ambientes tradicionalmente biomédicos. Esse desafio requer um esforço contínuo, mas que poderá resultar no desenvolvimento de ambientes mais saudáveis e sustentáveis para a população e para o sistema de saúde.

Referências

ALVES, R.F.; EULÁLIO, M.C. Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. *In*: ALVES, R.F.; EULÁLIO, M.C. (org.).



Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa. Campina Grande, PB: EDUEPB, 2011. p. 65-88.

AMORIM, V.C. **Contribuições da ciência culturo-comportamental para a análise de redes de atendimento às mulheres em situação de violência.** 2022. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2022.

ANDERY, M.A.P.A. Comportamento e cultura na perspectiva da Análise do Comportamento. **Perspectivas**, [S.l.], v. 2, 203-217, 2011.

ANDERY, M.A.; SÉRIO, T.P. Definição de comportamento. In: ANDERY, M.A.; SÉRIO, T.P.; MICHELETTO, N. (org.). **Comportamento e causalidade.** São Paulo: PUC-SP, 2009. p. 15-22.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 11, n. 1, 67-84, 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica:** Saúde Mental. n. 34. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil:** 2021-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.



CALHEIROS, T.C.; GON, M.C.C. (2019). Análise do Comportamento aplicada às doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 61-69, 2019.

CALHEIROS, T.C.; AMARAL, M.; GON, M.C.C.; COSTA JÚNIOR, A.L. Análise do Comportamento e saúde: levantamento e análise de artigos em bases de acesso livre. **Temas em Psicologia**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 947-961, 2016.

CALHEIROS, T.C.; CINEL, K.C.; SATO, M.M.L.; MELO, C.M.; GON, M.C.C. Introdução à Análise do Comportamento aplicada à área da saúde: fundamentos, conceitos e exemplos. In: VILAS BOAS, D.L.O.; CASSAS, F.; GUSSO, H.L.; MAYER, P.C.M. (org.). **Comportamento em Foco**, [S.l.], v. 6, p. 133-143, 2017.

CASTRO, E.K.; REMOR, E. Introdução à Psicologia da Saúde. In: CASTRO, E.K.; REMOR, E. (org.). **Bases teóricas da Psicologia da Saúde**. Curitiba: Appris, 2018.

COSTA-JÚNIOR, A.L. Psicologia da Saúde: uma proposta de renovação de modelos clínicos tradicionais. **Insight-Psicoterapia**, [S.l.], v. 7, n. 80, p. 24-27, 1997.

ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, [S.l.], v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

GLENN, S.S. Metacontingencies in Walden Two. **Behavior Analysis and Social Action**, [S.l.], v. 5, p. 2-8, 1986.

GLENN, S.S. Individual behavior, culture, and social change. **The Behavior Analyst**, [S.l.], v. 27, p. 133-151, 2004.



GLENN, S.S.; MALOTT, M.E.; ANDERY, M.A.P.A.; BENVENUTI, M.; HOUMANFAR, R.; SANDAKER, I.; VASCONCELOS, L.A.; TOURINHO, E.Z. Toward consistent terminology in a behaviorist approach to cultural analysis. **Behavior and Social Issues**, [S.l.], v. 25, p. 11-27, 2016.

GON, M.C.C.; ZAKIR, N.S.; ANDRADE, L.V.; GAVAZZONI, J.A.; BRANDENBURG, O.J. Possíveis relações entre comportamento e condição de saúde. In: HAYDU, V.B.; SOUZA, S.R. de (org.). **Análise do Comportamento aplicada a diferentes contextos**. Londrina, PR: Eduel, 2015.

GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 11-19, 2003.

KERBAUY, R.R. Comportamento e saúde: doenças e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 11-28, 2002.

MACHADO, L.M. Behaviorismo radical: uma visão do homem integral. **Revista de Psicologia Experimental e Análise do Comportamento**, [S.l.], v. 1, p. 11-19, 1994.

MARIN, R.; FALEIROS, P.B.; MORAES, A.B. Como a Análise do Comportamento tem contribuído para a área da saúde?. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.l.], v. 40, p. 1-13, 2020.

MARIN, R.; MORAES, A.B.A.; FALEIROS, P.B. Uma revisão de temas da saúde estudados pela análise do comportamento. In: VILAS BOAS, D.L.O.; CASSAS, F.; GUSSO, H.L.; MAYER, P.C.M. (org.). **Comportamento em foco**. v. 6. São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental, 2017. p. 156-168.



MATARAZZO, J.D. Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. **American Psychologist**, [S.l.], v. 35, p. 807-817, 1980.

MENDES, E.V. (2011). As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde.

MORAES, A.B.A.; ROLIM, G.S. Contribuição da análise do comportamento para a Psicologia da Saúde. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA, 43., Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto, 2013.

MORAES, A.B.; ROLIM, G.S. **Psicologia da Saúde em Odontologia: saúde e comportamento**. Curitiba: Juruá, 2017.

NEVES, A.B.V.S.; AMORIM, V.C.; BORBA, A.; SOUZA, F.; SILVEIRA, J.M.; PASSOS, J.A.F.; NICOLDI, L.; CIHON, T. Manifesto por uma prática clínica socialmente comprometida nas ciências do comportamento. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 53-58, 2023.

PÉREZ-LABORDE, L.E.; MOREYRA-JIMÉNEZ, L. El que hacer del profesional de la Psicología de la Salud: definiciones. **Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 137-156, 2017.

REMOR, E.A. Psicologia da Saúde: apresentação, origens e perspectivas. **Psycho**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 205-217, 1999.

RIBEIRO, J.L.P. A Psicologia da Saúde. In: ALVES, E.F. (org.). **Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande, PB: EDUEPB, 2011.



SHORT, S.E.; MOLLBORN, S. Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. **Current Opinion in Psychology**, [S.l.], v. 5, p. 78-84, 2015.

SKINNER, B.F. Selection by consequences. **Science**, [S.l.], v. 213, n. 4507, p. 501-504, 1981.

SKINNER, B.F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SKINNER, B.F. **Sobre o Behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 2003.

STONE, G.C.; COHEN, F.; ADLER, N.E. (ed.). **Health Psychology: a handbook**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of The World Health Organization**. Geneva: WHO, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases progress monitor 2022**. Geneva: WHO, 2022.





CAPÍTULO 5

LAR, DOCE LAR: HOMOFOBIA FAMILIAR E ANSIEDADE SOCIAL – UMA ANÁLISE COMPORTAMENTAL

Lucas Gonçalves da Silva
Paolla Magioni Santini
Marina Castana Fenner



Orientações sexuais diferentes da heterossexualidade sempre estiveram presentes na história do mundo e nem sempre foram vistas como pecado ou doença. Na Grécia Antiga, por exemplo, as práticas homossexuais eram interpretadas como forma de educação – como em Esparta, onde o amor entre dois homens era motivado, pois se acreditava que lutariam com mais afinco para retornar das guerras junto com seus amados. Apesar de existirem evidências de que mulheres também se relacionavam entre si na Grécia Antiga, os dados que explicam e abordam como era essa dinâmica são extremamente escassos (Dieter, 2012; Borrillo, 2010).

No Brasil, existem relatos a respeito da homossexualidade entre pessoas indígenas em diferentes épocas. Era comum que homens tivessem relações sexuais entre si, além de pesso-

as vivendo identidades diferentes do sexo biológico atribuído no nascimento. Nada disso era considerado desviante ou errado. Essas práticas passaram a ser consideradas erradas após a colonização, quando os portugueses trouxeram os costumes cristãos e “proibiram” os comportamentos homossexuais (Trevisan, 2018).

A partir disso, a forma como a sociedade lida com a homossexualidade passou por diversas mudanças ao longo da história, sendo atrelada a doenças, pecado e outras características negativas. Os elementos precursores de hostilidades às pessoas LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, *Queers*, Intersexo, Assexuais e outras) tiveram início com a popularização das crenças judaico-cristãs:

O cristianismo, herdeiro da tradição judaica, transformará a heterossexualidade no único comportamento suscetível de ser qualificado como natural e, por conseguinte, como normal. Ao outorgar esse caráter natural, em conformidade com a lei divina, às relações sexuais entre pessoas de sexo diferente, o cristianismo inaugurou, no Ocidente, uma época de homofobia, totalmente nova, que ainda não havia sido praticada por outra civilização (Borrillo, 2010, p. 47-48).

O termo homofobia é utilizado para definir comportamentos de hostilidade em relação a homossexuais. Inicialmente vista como uma forma de rejeição ou ódio, a homofobia não deve ser resumida apenas a isso, pois consiste em uma qualificação do sujeito homossexual como inferior ou anor-



mal, considerando que este não segue o que é socialmente esperado de seu sexo biológico (Borrillo, 2010).

Partindo de uma definição do fenômeno da homofobia dentro da perspectiva analítico-comportamental, Fazzano e Gallo (2015, p. 535) afirmam:

Definindo o fenômeno em termos da análise do comportamento, como sendo um conjunto de comportamentos complexos, envolvendo comportamentos operantes e respostas emocionais, relativos às várias modalidades de agressão (seja física, psicológica ou sexual) contra indivíduos homossexuais ou que se identifiquem com a cultura homossexual, relacionando-se com o conceito de controle aversivo.

O fenômeno da homofobia possui variadas análises nas esferas sociais. Considerando que nem todas são pertinentes para ser citadas neste capítulo, há um aspecto dentro desse fenômeno que deve ser avaliado: a distinção entre homofobia geral e específica.

A homofobia geral se relaciona diretamente com a heteronormatividade, termo que explica um conjunto de normas, regras e valores que determinam a forma como as pessoas devem se comportar de acordo apenas com seu sexo biológico, ou seja, existem papéis sociais definidos para o indivíduo desde o seu nascimento, em que a heterossexualidade é a norma correta a ser seguida e tudo o que se diferenciar disso é considerado errado, pecado etc. (Perucchi *et al.*, 2014).



Independentemente de orientação sexual, as pessoas que não seguem essas normas estabelecidas são consideradas diferentes. Portanto, a homofobia geral parte do sexismo e se define por meio da manifestação de discriminação com pessoas que apresentam características de outro gênero, mesmo que não sejam gays ou lésbicas (Welzer-Lang, 1994 citado por Borrillo, 2010).

Já a homofobia específica está diretamente relacionada à discriminação de gays e lésbicas devido à intolerância com essas expressões de sexualidade (Borrillo, 2010). Considerando que a homofobia se relaciona com a heteronormatividade, é importante identificar como essas agressões ocorrem dentro do contexto familiar e os efeitos que isso pode ter nos sujeitos homossexuais, pois esses estereótipos possivelmente são reproduzidos nesse ambiente, o que pode causar diversos prejuízos para o sujeito que se identifica como homossexual.

Com isso, é relevante discutir brevemente a Teoria de Estresse Minoritário, que aponta aspectos específicos que as minorias sexuais e de gênero vivem exclusivamente devido a fazer parte dessas minorias. Os quatro principais estressores a que essas pessoas são submetidas são a vivência do estigma, a antecipação do estigma, o estigma internalizado e a ocultação da identidade estigmatizada. Pode-se dizer que esses estressores são crônicos e sociais, por serem vivenciados em uma sociedade com normas já definidas e dificilmente modificadas.

A partir da estigmatização das minorias sexuais e de gênero (MSG), lhes é conferido um status socialmente inferior



que impacta em seu contato com a violência, no menor acesso a bens e serviços (inclusive de saúde) e maior dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais de segurança, o que se relaciona a prejuízos em saúde mental às pessoas pertencentes a esse grupo (Meyer, 2015; Souza *et al.*, 2022).

Apesar de a família não ser o único ambiente que influencia a formação do indivíduo e de a importância dos demais ambientes ser reconhecida, este capítulo busca lançar foco sobre o ambiente familiar, visto que ele apresenta uma forte influência no desenvolvimento de valores e crenças e ocupa um lugar de destaque na construção da forma como as pessoas percebem o mundo. Nesse sentido, a heteronormatividade também é, inicialmente, reproduzida no ambiente familiar inserido em uma cultura heteronormativa.

A família é uma instituição muito importante para os indivíduos, porém é também, grande parte das vezes, o primeiro contato com a homofobia que esses indivíduos experimentam, visto que os familiares propagam normas e regras que descrevem comportamentos considerados adequados ao sexo biológico, criando um local de discriminação que não acolhe o indivíduo homossexual e pode lhe trazer vários prejuízos a curto e a longo prazo (Schulman, 2009; Braga *et al.*, 2018).

É comum que, mesmo antes da revelação, ainda na infância, as pessoas experienciem opressão social quando exibem comportamentos que rompem com a heteronormatividade ou que sejam considerados socialmente inadequados ao gênero atribuído no nascimento, o que dificulta o processo de auto-



aceitação e promove a ocultação. A partir disso, conclui-se que o grupo social que deveria educar muitas vezes reproduz normas discriminatórias e violentas com pessoas que não se encaixam no padrão social estabelecido pelo gênero. “Assim, a família opera no micro contexto das relações de parentesco e coabitação, reproduzindo modelos hierárquicos e opressores” (Perucchi *et al.*, 2014, p. 69).

Outro ponto relevante na discussão a respeito da homofobia é a forma como isso afeta o próprio indivíduo homossexual, que não está imune a sentimentos, pensamentos e comportamentos homofóbicos. Com toda a pressão sobre como deve se comportar com base na heteronormatividade, o indivíduo acaba internalizando esses aspectos e, muitas vezes, apresenta ansiedade e/ou depressão, além de sentimentos de culpa e vergonha. Esse fenômeno é chamado de homofobia internalizada (Borrillo, 2010). Hammelman (1993 citado por Borrillo, 2010) afirma que a homofobia é uma das principais causas de tentativa de suicídio em adolescentes, devido a isolamento social, assédio e risco de violência, assim como a rejeição familiar, que acentua a perda de autoestima.

Em uma pesquisa de revisão integrativa sobre a manifestação de ansiedade em minorias sexuais e de gênero, Francisco *et al.* (2020) afirmam que pessoas LGBTQIA+ têm de duas a três vezes mais chances de desenvolver algum tipo de sintomas ansiosos do que pessoas heterossexuais, sendo os mais comuns ansiedade generalizada, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático (Tept) e transtorno do pânico, segui-



dos pela depressão. O mesmo trabalho também evidenciou, em dois artigos, que bissexuais têm mais chances de desenvolver ansiedade do que heterossexuais, gays e lésbicas.

Além disso, os autores também apontam a relação entre o surgimento da ansiedade e variáveis que atingem minorias sexuais e de gênero com a falta de suporte:

Observou-se que, independentemente do seguimento da orientação sexual entre as minorias sexuais e de gênero, o surgimento da ansiedade tem forte relação com a falta de suporte, o estigma da sociedade, família e amigos e a vergonha por não seguir padrões heteronormativos, o que faz com que o indivíduo oculte a orientação sexual (Francisco *et al.*, 2020, p. 53).

Tanto assumir para si ser uma pessoa LGBTQIA+ (*outness*) como revelar socialmente sua orientação sexual ou identidade de gênero (*coming out*) atravessam o desenvolvimento e a construção da subjetividade das pessoas que pertencem a minorias sexuais e de gênero. Esses são processos contínuos, que mudam ao longo da vida, de forma que, para ser analisados, deve-se levar em consideração os contextos de “saída do armário” (família, escola, amigos, trabalho etc.), a fase do desenvolvimento e as especificidades dos subgrupos a que cada letra da sigla remete.

Em especial, o contexto social pode ser percebido como um fator de risco ou de proteção para o sujeito LGBTQIA+. Em contextos de apoio e conexão social, a revelação pode trazer



benefícios para a saúde mental e facilitar o acesso ao sistema de saúde (Barreira; Lira, 2023). A aceitação no contexto familiar na adolescência prediz maiores níveis de suporte social, autoestima e saúde geral e menores níveis de depressão, abuso de substâncias, pensamentos e comportamentos suicidas em pessoas LGBTQIA+ (Ryan *et al.*, 2010). Porém, muitas vezes, os contextos apresentam risco ao desenvolvimento das identidades LGBTQIA+ e à sua revelação. Nesses casos, a ocultação aparece como uma tentativa do sujeito de se proteger da violência baseada na cis-heteronormatividade.

Cabe dizer que a aceitação, assim como a revelação, também é um processo que pode ser difícil e que os familiares podem necessitar de auxílio profissional (Barreira; Lira, 2023) para a promoção de resiliência familiar a partir de um ambiente acolhedor e da normalização do sofrimento, da redefinição de crenças, da mobilização de recursos e da comunicação aberta entre familiares e filhos LGBTQIA+. A descoberta da orientação sexual ou da identidade de gênero de adolescentes pode promover, para alguns familiares, sentimentos de raiva, tristeza, frustração e culpa que acompanham a quebra de expectativas sobre a vida dos filhos a partir de preconceitos baseados na cis-heteronormatividade. Alguns desses familiares se preocupam com o bem-estar dos adolescentes LGBTQIA+ e desejam protegê-los, mas não têm repertório emocional adequado, o que também pode ser construído com ajuda de acompanhamento psicológico, entendendo a família dentro



de um contexto cultural sem que se relativizem padrões comportamentais violentos (Lira; Costa, 2023).

Braga *et al.* (2018) discutem resultados de pesquisas que corroboram os impactos que a homofobia familiar pode trazer, citando violências físicas, psicológicas e expulsão de casa, o que potencializa a vulnerabilidade desses sujeitos, resultando em prejuízos para a qualidade de vida deles. Identifica-se também que a família é citada como um dos contextos em que as discriminações homofóbicas são mais comuns.

Considerando as diferentes formas como a violência pode se manifestar, revela-se importante discutir as classes dessa manifestação. A violência intrafamiliar pode ser vista como qualquer ação ou omissão que venha a trazer prejuízos ao bem-estar, à integridade física ou psicológica ou à liberdade e ao direito de pleno desenvolvimento de qualquer membro da família. Além disso, ela não se restringe apenas a acontecimentos em domicílio. O que caracteriza esse tipo de violência é a relação familiar, e não o local onde ocorre (Coelho *et al.*, 2014).

As classes de violência discutidas neste capítulo são: física, psicológica e simbólica. A violência física é qualquer ato causado com o uso da força na intenção de causar dor, injúria, ferida ou incapacidade em outra pessoa (Coelho *et al.*, 2014; Paiva; Figueiredo, 2003). A violência psicológica caracteriza-se como um padrão de comunicação que tem a intenção de causar danos psicológicos a outra pessoa, como xingamentos, calúnia ou humilhações, por exemplo. Já a violência simbó-



lica, postulada pelo sociólogo Bourdieu (2007), seria um tipo mais sutil e subjetivo. Ela se manifesta através de símbolos, representações culturais e estruturas sociais que naturalizam a dominação de certos grupos sobre outros, perpetuando desigualdades e hierarquias de poder através da imposição de normas, valores e ideologias.

Partindo da importância que a família tem na formação do indivíduo e das consequências que a homofobia pode trazer, principalmente no contexto familiar, onde rejeições são comuns (Frazão; Rosário, 2008), questiona-se a existência de uma relação entre práticas homofóbicas no contexto familiar e a manifestação de ansiedade em indivíduos homossexuais, visto que dados da literatura da área apontam, de forma consistente, que indivíduos de minorias sexuais apresentam mais risco de sintomas de ansiedade social do que os heterossexuais (Mahon *et al.*, 2021).

As publicações dentro das psicologias comportamentais e cognitivas a respeito de minorias de direito têm se tornado mais frequentes nos últimos anos (Fenner; Alves; Reis, 2022), em especial, aquelas que se referem ao atendimento clínico de clientes que pertencem a minorias sexuais e de gênero (Skinta *et al.*, 2018), por vezes articulando teorias cognitivas e comportamentais e a Teoria do Estresse de Minorias na construção de práticas alinhadas à Terapia Afirmativa, uma postura transteórica e ética no atendimento de pessoas LGBTQIA+ que reconhece suas vivências e identidades como naturais (Mozzer, 2023; Mussi; Malerbi, 2020). Porém, ainda há escassez de



pesquisas a respeito da homofobia familiar e suas possíveis consequências, principalmente no campo da psicologia comportamental (Morris *et al.*, 2021), de forma que destaca-se a relevância de estudos com este foco.

O objetivo deste capítulo consiste em investigar se há relação entre a homofobia sofrida em contexto familiar e a manifestação de ansiedade, em especial de ansiedade social, em sujeitos homossexuais, sendo tal análise desenvolvida com base na perspectiva comportamental.

Os critérios de seleção de participantes da pesquisa que deu origem a este capítulo consistiram em: identificar-se como homem não heterossexual (homossexuais, bissexuais, pansexuais, assexuais etc.); ter 18 anos ou mais; concordar que os dados coletados seriam usados para uma pesquisa; aceitar os critérios estabelecidos pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa foi divulgada por compartilhamento nas redes sociais (Instagram e Whatsapp). As entrevistas ocorreram em abril de 2022, de forma on-line, para evitar quaisquer tipos de riscos, pois, à época, ainda havia cuidados sanitários em função da pandemia da Covid-19. Qualquer pessoa que se adequasse a esses critérios poderia participar da pesquisa, sem a necessidade de se identificar. Foi assegurado o sigilo sobre as informações dos participantes, obtidas por meio dos seguintes materiais:

1. **Formulário de dados sociodemográficos:** elaborado pelos pesquisadores, contém perguntas sobre



dados sociodemográficos, como idade, gênero, etnia, orientação sexual, renda mensal e nível de escolaridade;

2. **Roteiro de perguntas sobre homofobia no contexto familiar:** elaborado pelos pesquisadores, aborda questões fechadas sobre como a família lida/lidou com a sexualidade do pesquisado durante sua vida e como é essa relação atualmente, buscando identificar diferentes violências que a família possa ter cometido contra os participantes, além de pedir relato, em questão aberta, da vivência de um desses momentos de violência – esta última parte sendo opcional;
3. **Questionário DASS-21, subescala de ansiedade (Vignola; Tucci, 2013):** a ansiedade foi avaliada pela escala de ansiedade DASS-21 (Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse), sendo uma escala do tipo likert em que o participante lê uma afirmação e pontua de 0 a 3 sobre o quanto se identifica com aquela afirmação, considerando 0 como “não se aplica de maneira nenhuma” e 3 como “aplica-se muito ou na maior parte do tempo”. A subescala de ansiedade do DASS-21 corresponde às questões de número 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20;
4. **Avaliação de sintomas de ansiedade social:** elaborada pelos pesquisadores, inclui perguntas relacionadas à ansiedade social a partir dos critérios



diagnósticos do *DSM-5*, de modo a observar relações entre esse transtorno específico e a homofobia familiar. O formulário também foi baseado em uma escala likert de 1 a 4, sendo o número 1 “não se aplica de maneira nenhuma” e o número 4, “aplica-se muito”.

A análise das respostas foi feita de forma quantitativa e qualitativa, com o objetivo de identificar relações entre experiências de homofobia na família e sintomas de ansiedade – mais especificamente, de ansiedade social. As variáveis categóricas estão descritas como número absoluto e percentual e as variáveis contínuas como média $\pm$ desvio padrão (DP).

Os dados sobre as vivências de homofobia em ambiente familiar foram analisados por meio da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), método que propõe uma categorização de forma a organizar melhor os dados, além de proporcionar uma análise mais detalhada dentro de cada categoria identificada. Inicialmente, os dados do roteiro de perguntas foram lidos da íntegra, de modo a organizar as informações para codificação. Em seguida, foram codificados em categorias temáticas. Por fim, os resultados foram interpretados, buscando embasamento na literatura geral e na Análise do Comportamento.

Para a análise do DASS-21, foi realizada a soma de todas as respostas de cada participante. Os valores obtidos foram multiplicados por 2. Posteriormente, foi possível identificar os níveis de ansiedade manifestados por cada um dos partici-



pantes pelo resultado obtido (Vignola; Tucci, 2013). Através do número obtido, os valores eram classificados individualmente e indicam diferentes níveis de ansiedade: entre 0-6: normal; 7-9: leve; 10-14: moderado; 15-19: severo; acima de 20: extremamente severo.

Os dados da avaliação dos sintomas de ansiedade social foram analisados com base no cálculo da média das respostas dos participantes, sendo posteriormente interpretados da seguinte forma: médias entre 1 e 1,99: nível baixo de concordância; entre 2 e 2,99: nível médio de concordância; entre 3 e 4: nível alto de concordância.

Participaram da pesquisa 34 indivíduos que se identificaram como homens cisgêneros, sendo 30 homossexuais, dois bissexuais e dois pansexuais. A maioria deles sendo branco (73,5%), que já cursaram ou estão cursando o ensino superior (79,5%). Os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa estão descritos na Tabela 1.



Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa (n = 34)

Variável	n	Porcentagem (%)
Gênero		
Cisgênero	34	100
Transgênero	0	0
Idade		
18 a 25 anos	16	47,1
26 a 31 anos	10	29,4
32 a 38 anos	6	17,6
39 a 45 anos	1	2,9
Acima de 45 anos	1	2,9

Variável	n	Porcentagem (%)
Etnia		
Branco	25	73,5
Pardo	6	17,6
Negro	3	8,8
Orientação Sexual		
Homossexual	30	88,2
Bissexual	2	5,9
Pansexual	2	5,9
Renda Mensal		
1 a 3 salários mínimos	12	35,3
Até 1 salário mínimo	9	26,5
3 a 5 salários mínimos	7	20,6
5 ou mais salários mínimos	6	17,6
Escolaridade		
Superior Completo	16	47,1
Superior Incompleto	11	32,4
Mestrado	3	8,8
Ensino Médio Completo	3	8,8
Cursando Ensino Médio	1	2,9

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Para a análise do roteiro de perguntas acerca das vivências em contexto familiar, foram separadas quatro categorias como forma de organizar as perguntas dentro de temáticas semelhantes: percepções gerais do contexto familiar, violência física; violência psicológica e violência simbólica (Tabela 2).



Tabela 2 – Respostas dos participantes relativas ao roteiro de perguntas sobre homofobia no contexto familiar, considerando uma escala de 1 a 4

Questão	Média (em escala de 1 a 4)	Desvio padrão (em escala de 1 a 4)	Interpretação dos escores – Nível de concordância
<i>Tema: Percepção dos participantes sobre violência simbólica sofrida em contexto familiar</i>			
Algum familiar já lhe colocou em alguma situação desconfortável referente à sua orientação sexual?	2,94	1,15	Médio
Você já sentiu que foi evitado no ambiente familiar devido à sua orientação sexual?	1,58	0,85	Baixo
Você já se sentiu discriminado em ambientes familiares?	2,44	1,03	Médio
Você já sentiu medo ou ansiedade em situações em que iria conhecer familiares de amigos/as ou namorados/as por já ter sido vítima de homofobia na sua família?	1,88	1,09	Baixo
<i>Tema: Percepção dos participantes sobre violência psicológica sofrida em contexto familiar</i>			
Algum familiar já lhe disse para se comportar de maneira mais masculina?	2,85	1,18	Médio
Algum familiar já lhe disse o que você deveria fazer de acordo com seu sexo biológico? (ex.: homem não chora/não brinca de boneca)	3,32	0,76	Alto



Questão	Média (em escala de 1 a 4)	Desvio padrão (em escala de 1 a 4)	Interpretação dos escores - Nível de concordância
Você já se sentiu coagido a se relacionar com alguém do gênero oposto por seus familiares?	2,52	0,96	Médio
Você saiu de sua casa para evitar xingamentos, humilhações ou agressões físicas de seus familiares? (ex.: em meio a uma briga, você foi para outro ambiente, mas voltou para casa mais tarde)	1,73	0,96	Baixo
Você se mudou da casa de seus pais/responsáveis para evitar xingamentos, humilhações ou agressões físicas de seus familiares?	1,29	0,62	Baixo
Você já foi alvo de piadas devido à sua orientação sexual ou presenciou piadas homofóbicas por parte de familiares?	2,79	1,06	Médio
Você já foi xingado por familiares por nomes pejorativos?	2,20	1,27	Médio
Você já foi alvo de calúnia, difamação ou injúria por parte de familiares devido à sua orientação sexual?	1,52	0,92	Baixo
Você já foi levado por sua família a psicólogo, missas, cultos ou qualquer outro ambiente para “curar” sua orientação sexual?	1,41	0,92	Baixo



Questão	Média (em escala de 1 a 4)	Desvio padrão (em escala de 1 a 4)	Interpretação dos escores – Nível de concordância
<i>Tema: Percepções de Ansiedade Social percebida pelos participantes, em escala de 1 a 4</i>			
Você sente medo ou ansiedade acentuada em situações sociais em que é exposto à possível avaliação por outras pessoas?	2,79	1,00	Médio
Você tem medo de agir de forma que demonstre sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente?	2,76	1,01	Médio
Situações sociais lhe provocam medo ou ansiedade?	2,35	0,84	Médio
Você evita ou suporta com intenso medo ou ansiedade situações que necessitam de interações sociais?	1,94	0,95	Baixo
O medo ou a ansiedade que você sente é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural?	2,29	1,16	Médio
O medo ou a ansiedade lhe causa sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida?	2,26	1,18	Médio

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Percepções gerais do contexto familiar: nessa categoria, foram colocadas questões que partiam das percepções da pessoa sobre situações gerais do contexto familiar. Sobre sentirem-se



confortáveis para serem autênticos em contexto familiar, 10 pessoas (29%) responderam que não se sentiam confortáveis, 15 pessoas (44%) responderam às vezes e 9 (26%) responderam sempre; 11 pessoas (32%) responderam que não se sentiam seguras para falar sobre sua orientação sexual em contexto familiar. A respeito das afirmações em que os participantes deveriam colocar números de 1 a 4 conforme a concordância da frase em relação à sua vivência, foi possível identificar um nível baixo (média 1,88) de medo ou ansiedade em situações em que iriam conhecer familiares de amigos ou namorados; na afirmação sobre sentir medo relacionado a encontros familiares, os resultados apontam para uma concordância média (2,14) com a afirmação;

Violência física: quando questionados sobre violência física, os participantes relataram um nível de concordância baixo (média = 1,14) em relação à afirmação;

Violência simbólica: numa escala de 1 a 4, obteve-se um número de concordância de nível médio (média = 2,94) em relação à pergunta que questionava se os participantes já haviam sido colocados em situação desconfortável devido à orientação sexual; da mesma forma, obteve-se uma concordância de nível médio (média = 2,44) quando questionado se os participantes já se sentiram discriminados em ambiente familiar;

Violência psicológica: os resultados referentes à violência psicológica apontam para números que indicam uma média maior nas questões que envolvem cobrança por comportamentos ditos masculinos (em conformidade com o sexo bio-



lógico), cobrança por relações com pessoas de outro gênero e ocorrência de piadas e xingamentos homofóbicos perpetrados por familiares.

Foram feitas perguntas sobre uma situação de homofobia que a pessoa presenciou e como ela reagiu frente à situação e suas consequências. Como eram questões abertas, as respostas foram categorizadas por proximidade; porém, alguns participantes apresentaram respostas que se encaixavam em mais de uma categoria.

Na pergunta que abordava qual havia sido a violência sofrida, as respostas mais comuns foram piadas, calúnia e difamação, agressão física e verbal e comentários homofóbicos. Porém, houve relatos de assédio psicológico e coação a sair com pessoas do gênero feminino. Na pergunta que se referia à situação em que ocorreu a violência, os participantes relataram apenas onde ocorreu, sendo praticamente todas em casa ou em eventos familiares, com exceção de um participante que afirmou ter sofrido a agressão no carro. Os pensamentos mais frequentes que surgiram a partir disso foram descontentamento e relato de não saber ou não lembrar, mas também foram coletados dados que apontaram para episódios de ideação suicida, retraimento e internalização, entre outros. Sobre os sentimentos que a situação causou, os mais comuns foram: raiva, tristeza, medo, vergonha, ansiedade, impotência. Porém, houve respostas como humilhação e sentimentos de menosprezo, intimidação, distanciamento, nojo, rejeição, ódio, angústia e incompreensão, entre outros.



As reações que mais apareceram nas respostas foram: se afastar, fazer nada, chorar e partir para cima de quem me xingou. Sobre as consequências, foi possível identificar sentimentos de insegurança e culpa, distanciamento dos familiares, automutilação, busca por comportamentos considerados mais masculinos, melhora na relação familiar com o tempo e nada. As perguntas abertas utilizadas no questionário de homofobia familiar estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3 – Perguntas abertas utilizadas no questionário de homofobia familiar

Qual tipo de discriminação você sofreu? (ex.: fui alvo de piadas, contaram mentiras sobre mim, me agrediram)

Onde isso aconteceu?

O que você pensou?

O que você sentiu?

O que você fez?

O que ocorreu a partir do que você fez? (consequências a curto e longo prazo)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Os resultados obtidos no questionário do DASS-21 apontaram para 47,1% da amostra com ansiedade extremamente severa e 41,2% com ansiedade normal, enquanto 11,7% da amostra apresentou níveis de ansiedade entre leve, moderado e severo, resultados descritos na Tabela 4.



Tabela 4 – Descrição das variáveis de ansiedade segundo a escala DASS-21 adaptada (n = 34)

Variável	N	Porcentagem (%)
Normal	14	41,2
Leve	1	2,9
Moderado	2	5,9
Severo	1	2,9
Extremamente Severo	16	47,1
Total	34	100

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Sobre as perguntas relacionadas à ansiedade social, é possível observar que quase todas as respostas obtiveram um nível médio de concordância em relação aos sintomas, sendo possível identificar uma média mais alta nos resultados das questões sobre sentir medo ou ansiedade frente a situações em que existem exposição à avaliação (2,79) e medo de demonstrar sintomas de ansiedade em situações em que se pode ser avaliado negativamente (2,76). As duas questões possuem uma média mais alta em relação às outras nessa categoria e percebe-se que as perguntas abordam temas mais ligados ao julgamento/avaliação diante de algumas situações do que a interações sociais. Ver Tabela 2.

Um dado relevante que foi possível ser identificado é que as pessoas que responderam os valores mais altos no questionário de homofobia são alguns dos participantes que tiveram média mais alta na escala do DASS-21, ou seja: 12 par-



ticipantes dos 16 classificados com ansiedade extremamente severa também são alguns que responderam ter sofrido mais homofobia no ambiente familiar.

Além disso, é possível observar que mesmo os participantes que deram notas mais baixas no questionário de homofobia, ainda assim, apontaram valores mais altos em respostas que envolviam violência psicológica ou simbólica.

Cabem algumas considerações sobre o perfil da amostra participante da pesquisa. Considerando que a faixa etária prevalente nos participantes está entre 18 e 31 anos (76,4%), trata-se de um grupo majoritariamente jovem-adulto/adulto. A etnia também é majoritariamente branca (73,5%); além disso, a maioria dos participantes se declarou homossexual (88,2%). A renda mensal e a escolaridade dos entrevistados apontam que a maioria está cursando (32,4%) ou já se formou no ensino superior (47,1%). Esses dados evidenciam que a amostra da pesquisa corresponde a uma parcela em sua maioria privilegiada devido à etnia e à escolaridade. Todavia, esse perfil da amostra não tira a relevância dos dados encontrados, pois aponta para suas características particulares.

As percepções pessoais dos participantes em relação a vivências dentro da família apontam que existe receio de serem autênticos e há insegurança em falar sobre sua orientação sexual. Vários relataram evitar eventos familiares por medo ou desconforto e menos da metade dos respondentes sente o mesmo em relação a familiares de outras pessoas.



Partindo disso, é possível observar que as experiências negativas vindo das vivências familiares dos participantes refletem diretamente em suas percepções a respeito da família e do ambiente familiar. Eles acabam perdendo sua autenticidade, vivendo desconfortos, se esquivando ou fugindo de momentos que poderiam ser considerados reforçadores sociais sob um ponto de vista mais amplo, considerando que a fuga e a esQUIVA retiram essas pessoas de seus ambientes familiares (Skinner, 2006).

Porém, foi possível observar que, por mais que tenham ocorrido vivências punitivas em contexto familiar, a generalização para outros ambientes fora o familiar não foi tão forte como o que seria esperado. A generalização de estímulos operantes ocorre quando estímulos presentes no ambiente se assemelham a estímulos que foram reforçados no passado e fazem com que um organismo emita uma mesma resposta, ou seja, diante de uma situação similar à outra vivida anteriormente, uma pessoa poderia se comportar da mesma maneira, devido a seu histórico (Moreira; Medeiros, 2019).

Portanto, uma vez que o sujeito se comporta de forma autêntica com relação à sua orientação sexual e tem esses comportamentos punidos em seu ambiente familiar, ao entrar em contato com familiares de amigos, poderia apresentar eventos privados como respostas autonômicas de medo, além de respostas ansiosas abertas de fuga e esQUIVA – mas essa generalização não se mostrou muito forte, de acordo com a amostra.



Dentre os tipos de violência analisados, os resultados apontam para um nível baixo de concordância em relação à violência física. Isso pode ter ocorrido devido aos participantes serem de uma classe social majoritariamente privilegiada, mas, mesmo que a frequência dessa violência seja menor em famílias de classe socioeconômica mais abastada, foi possível identificar, nas respostas de alguns participantes, a saída de um ambiente para evitar xingamentos, humilhações ou agressões físicas, além de um desses participantes ter afirmado que já foi agredido devido à sua orientação sexual. Mesmo de acordo com esses dados, esse tipo de violência continua presente, ainda que em menor frequência.

Na literatura, casos de violência física aparecem como a terceira forma mais presente de violência em pessoas LGBTQIA+, de acordo com o Relatório de Violência LGBTfóbica no Brasil (Brasil, 2018), sendo as lesões corporais o tipo mais comum. De acordo com o relatório e a pesquisa realizada para identificar níveis de ansiedade social, homens gays são as vítimas de discriminação mais recorrentes (Brasil, 2018; Ramos et al., 2021), além de ser possível identificar que a maioria das denúncias realizadas no Disque 100 são de violências sofridas em contexto familiar. Esses atos ferem os direitos humanos. Tribunais nacionais e internacionais da área têm percebido várias manifestações de discriminação advindas do heterossexismo que ferem direitos básicos (Rios, 2007).

Partindo do ponto de vista comportamental, as agressões físicas são punições que visam controlar o comporta-



mento homossexual do indivíduo, ou seja, seu objetivo final seria fazer com que a pessoa se comporte de acordo com seu sexo biológico e siga o padrão heteronormativo. Essas punições, além de causar prejuízos ao corpo físico da vítima, também podem trazer consequências psicológicas, muitas vezes desencadeando algum transtorno mental, homofobia internalizada, tentativas de suicídio e baixa autoestima, entre outros fatores (Borrillo, 2010; Meyer, 2015).

A coerção é uma forma de controle comportamental por meio de punições positivas e negativas e de reforço negativo. Um exemplo de controle coercitivo é a violência física, cujo objetivo final é suprimir respostas indesejáveis. A sociedade, de modo geral, é punitiva e aceita a coerção como algo natural, pois, por meio dela, ocorre a supressão de respostas, mesmo que seja a curto prazo (Barreto, 2014). Em uma análise contextual da agressão, é possível concluir que, na presença de uma ou mais pessoas reconhecidas como homossexuais, isso se torne um estímulo que aumenta a probabilidade de uma resposta de agressão ocorrer (Fazzano, 2014). Porém, questiona-se o motivo de uma pessoa homossexual ser considerada um estímulo aversivo propriamente dito. Possivelmente, isso está associado a uma situação de aprendizagem, que consiste na interação de um indivíduo com seu ambiente e altera seu repertório comportamental (Haydu, 2009 citado por Fazzano, 2014). Assim, em um contexto heteronormativo, as pessoas aprendem que um sujeito homossexual é um estímulo aversivo



e que devem responder de forma a eliminar esse estímulo de seu ambiente.

Nos resultados obtidos a respeito da violência simbólica, foi possível identificar concordância média em relação a duas questões que abordavam esse tipo de violência, obtendo média = 2,94 na pergunta que questionava se os participantes já haviam sido colocados em situação desconfortável devido à orientação sexual e média = 2,44 na pergunta que verificava se já se sentiram discriminados em ambiente familiar.

Considerando a violência simbólica como uma forma de discriminação mais sutil, onde não existe violência física ou verbal, é possível enxergar alguns níveis mais altos de manifestação dentro dessa categoria. Fontana e Laurenti (2020) discutem sobre a dominação masculina em nossa sociedade, trazendo diferenças entre como isso é aplicado ao homem e à mulher. Essa forma sutil de violência pode ser realizada de forma semelhante à violência homofóbica, considerando que as duas partem de um lugar onde existe um grupo dominante que exerce controle sobre um grupo marginalizado. Dessa forma, a violência simbólica é manifestada de forma sutil e tem por objetivo controlar contingências sociais do grupo oprimido.

As autoras discutem sobre a valorização do masculino e como tudo o que é associado ao feminino é menosprezado. Isso pode se aplicar a homens afeminados que, devido aos seus comportamentos considerados “femininos”, aproximam-se desse lugar de mulher e têm seus comportamentos punidos, contribuindo para padrões de fuga e esquiva (Fontana;



Laurenti, 2020). Isso está implicitamente inserido na cultura e é uma forma de discriminação que poderia ser considerada simbólica, a partir do seu viés controlador, mas, ao mesmo tempo, sutil em relação à forma como homens devem se comportar. O desconforto causado por essas violências sutis e coercitivas em pessoas homossexuais é uma forma de dominação que pode gerar prejuízos sociais e pessoais na vida desses indivíduos.

Por fim, a violência psicológica foi uma categoria que obteve resultados que apontavam para um alto índice em algumas respostas. Dentro da amostra, essa categoria pode ser considerada a mais frequente dentre todos os tipos de violência. Segundo Fazzano (2014), a violência psicológica se manifesta de forma a causar danos à autoestima, individualidade, moral ou socialização por meio de comportamentos que têm como objetivo humilhar, ridicularizar, aterrorizar, menosprezar, ignorar ou isolar.

Nas respostas obtidas, foi possível avaliar que piadas a respeito de homossexualidade ou direcionadas diretamente à vítima são comuns, além de identificar tentativas, por parte de familiares, de controlar comportamentos ou brincadeiras consideradas femininas. Também se demonstrou presente um índice médio de coação para essas pessoas se relacionarem com pessoas do gênero oposto e xingamentos por nomes pejorativos.

Partindo das respostas obtidas, é importante realizar uma discussão a respeito da heteronormatividade, fazendo um paralelo com as práticas culturais, terceiro nível de seleção do



comportamento. Essas práticas são mantidas através das gerações e partem do pressuposto de que um sujeito homossexual é inferior ao heterossexual. Isso traz inúmeros prejuízos para o indivíduo do ponto de vista social e pessoal. Além disso, o homossexual é visto como um perigo ao sistema tradicional e, por isso, essas violências são mantidas de forma naturalizada (Gomes Coelho; Oliveira Barros, 2021; Borrillo, 2010; Souza et. al, 2022). Esse padrão pode ser enxergado como uma prática cultural ensinada aos indivíduos desde a infância e replicada, passando de geração para geração. As práticas culturais podem influenciar comportamentos de esquiva de pessoas LGBTQIA+ em seu ambiente familiar, como também em vários outros locais.

Além disso, nota-se, atualmente, a contribuição de modelos religiosos e médicos para o prosseguimento da estigmatização da homossexualidade, pois as religiões produzem normas sobre como pessoas devem agir de acordo com seu sexo biológico e a medicina afirmava que os corpos femininos e masculinos e suas genitálias eram comprovações suficientes do ideal binário, além de, em determinado período, ter classificado a homossexualidade como doença (Engelmann; Kuch, 2022).

É possível fazer um paralelo com as respostas obtidas nas questões abertas e a forma como essas violências afetam a vida do indivíduo. Foi possível identificar vários efeitos colaterais das coerções vivenciadas dentro da amostra. Sob o ponto de vista comportamental, as consequências punitivas aumentam a probabilidade de ocorrência de respostas privadas, como



sentimentos de insegurança e culpa, além de comportamentos de fuga ou esquivas, como automutilação, distanciamento da família e busca para se encaixar nos padrões masculinos, que têm função de evitar situações indesejadas ou suspender interações aversivas e negativamente reforçadas (Zamignani; Banaco, 2005)

É relevante discutir as motivações que os agressores têm para fazer piadas discriminatórias e seu impacto nas vítimas, considerando que se trata de um comportamento social comumente reforçado em ambientes que promovem modelagem e modelação de comportamentos com base na heteronormatividade, e isso ensina a maneira como é socialmente correto se comportar de acordo com o sexo biológico. Esse reforçamento social das piadas homofóbicas pode ajudar a explicar por que elas foram uma das formas de manifestação mais presentes nas questões abertas apresentadas aos participantes.

Segundo Mussi e Malerbi (2020), do ponto de vista do agressor, as piadas, agressões ou humilhações a pessoas LGBTQIA+ podem ser mantidas por meio de reforço diferencial, considerando que esse tipo de comportamento é aceito socialmente e reforçado, mas comportamentos de apoio a pessoas LGBTQIA+ são punidos. Com isso, discute-se como as contingências sociais definem a maneira como deve ser o comportamento e como isso afeta as relações sociais entre indivíduos e, principalmente, as práticas discriminatórias.

Conforme citado, um dos modos como o comportamento discriminatório se mantém na sociedade é por meio



da modelagem. Ademais, essas práticas também são reforçadas por modelação, de forma que o indivíduo não precisa ser exposto a uma contingência: ele apenas observa o comportamento de outra pessoa como modelo de como “deve” se comportar em ambientes específicos e tal comportamento garante acesso a reforçadores.

As regras também possuem um papel importante nas práticas discriminatórias, pois desde muito pequenos, por meio delas, nosso comportamento é governado em direção ao que devemos ou não fazer. As regras descrevem comportamentos considerados bons ou ruins e, a partir disso, os participantes dessa sociedade reforçam ou punem tais atitudes, de acordo com os antecedentes verbais (Engelmann; Kuch, 2022). O comportamento governado por regras pode ser observado nas respostas de participantes que afirmaram, a partir das interações familiares, apresentar atitudes descritas como masculinas.

Além disso, as respostas obtidas referentes aos sentimentos que as pessoas LGBTQIA+ experienciam frente à violência, como culpa, insegurança, vergonha, tristeza, ódio e raiva, podem contribuir para o desenvolvimento de homofobia internalizada, sentimento de ódio a si mesmo devido ao funcionamento heteronormativo da sociedade. Tal contexto pode catalisar sintomas de ansiedade, depressão, autoabuso, isolamento social e baixa autoestima, entre outros (Borges, 2009; Borrillo, 2010).

Os resultados obtidos referentes aos sintomas ansiosos se apresentaram em um nível alto em metade da amostra,



ou seja, é possível que haja uma relação entre as vivências na família e a manifestação de ansiedade. Conforme descrito anteriormente, 12 participantes dos 16 que obtiveram ansiedade extremamente severa no DASS-21 também foram alguns dos que mais descreveram sofrer ansiedade no ambiente familiar. Com esses dados, é possível discutir que a violência homofóbica no ambiente familiar tem probabilidade de desenvolver mais danos à saúde mental de pessoas LGBTQIA+, resultando em maior número de sintomas ansiosos.

São vários os fatores que podem influenciar para que as pessoas tenham respostas ansiosas no seu dia a dia, de acordo com seu histórico de vida. Porém, dentro da amostra coletada nesta pesquisa, é importante citar a ligação entre os dados informados acima. O objetivo deste capítulo consistiu em focar nas vivências familiares e sua possível relação com a ansiedade, mas é evidente que existem muitas outras variáveis e ambientes que podem contribuir para a manifestação da ansiedade. Por isso, é importante que sejam realizados mais trabalhos referentes à homofobia em seus diversos contextos.

As análises a partir das respostas do DASS-21 demonstraram que 47,1% da amostra apresentou ansiedade extremamente severa, enquanto 11,7% apresentou níveis de ansiedade entre leve, moderado e severo. Todavia, é importante esclarecer que isso não dá um diagnóstico aos participantes, mas que, de acordo com as respostas, eles têm uma alta manifestação de sintomas de ansiedade.



Schwartz e Meyer (2010) propõem um modelo de estresse social direcionado a minorias sexuais. Em seus resultados, os autores apontam que pertencer a uma minoria tem consequências negativas para a saúde mental, ou seja, minorias possuem estressores que vão além dos que pessoas heterossexuais vivenciam.

A teoria do estresse de minorias citada acima tem seus dados corroborados por uma pesquisa de revisão integrativa, em que foi possível verificar que pessoas que se identificam como LGBTQIA+ apresentam níveis elevados de transtornos ansiosos, como Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno do Estresse Pós-Traumático e Transtorno do Pânico, e, se comparadas a pessoas heterossexuais, possuem de duas a três vezes mais chances de desenvolver transtornos de ansiedade ou depressão (Francisco et al., 2020; Ramos et al., 2021).

Na presente pesquisa, quase todas as perguntas obtiveram um nível médio de concordância em relação aos sintomas de ansiedade social. Apenas 4 dos 34 participantes se identificaram como bissexuais ou pansexuais. Apesar de análises de subgrupos dentro das minorias sexuais serem escassas, evidências provisórias sugerem que indivíduos bissexuais correm maior risco de apresentar sintomas elevados de ansiedade social do que gays e lésbicas (Mahon et al., 2021).

Em uma análise comportamental, o estresse causado pelas vivências dessas pessoas muitas vezes resulta em ansiedade. Uma das formas como passam a lidar com isso é por meio



da evitação de situações que possam evocar os sintomas ansiosos. A evitação ocorre na presença de um estímulo aversivo e é reforçada negativamente. Isso significa que há uma relação entre o estímulo aversivo e a resposta que ocorre em seguida, como forma de evitar punição. Porém, em alguns momentos, esse estímulo aversivo produz respostas emocionais tão violentas que podem provocar sintomas ansiosos e, mais adiante, é possível que ocorra o desencadeamento de um transtorno de ansiedade (Skinner, 2003).

Dentro dessa perspectiva, a ansiedade é condicionada, ou seja, aprendida a partir de vivências. Isso ocorre quando um estímulo (inicialmente, pré-aversivo) elicia respostas emocionais e, em seguida, ocorre, de fato, um evento aversivo. Provavelmente, quando essa pessoa entrar em contato com o estímulo aversivo, terá respostas de ansiedade (Coêlho; Tourinho, 2008).

A ansiedade social, basicamente, trata-se de um transtorno em que a pessoa evita ou enfrenta com muito medo situações em que são necessárias interações sociais ou contextos em que o indivíduo é colocado em um contexto de avaliação. Em pesquisa que buscava identificar variáveis entre gênero, etnia, orientação sexual e classe econômica na manifestação de ansiedade social, Ramos et al. (2021) identificaram maiores índices de ansiedade social em pessoas que se identificavam com orientação sexual não heterossexual, entre homens e mulheres. Foi possível verificar um índice ainda maior de ansiedade social em pessoas que possuíam avaliações negativas



sobre a homossexualidade, ou seja, com alta probabilidade de ter desenvolvido homofobia internalizada.

Considerando que as situações de violência que as pessoas LGBTQIA+ vivem ocorrem em âmbito social, é possível compreender por que os índices de ansiedade social são mais altos quando comparados aos de pessoas heterossexuais. Devido a diversas experiências de rejeição aprendidas na história de vida das pessoas LGBTQIA+, um padrão é construído como repertório em que indivíduos desse grupo evitam se comportar de maneiras diferentes dos padrões sociais heteronormativos, fazendo com que interações sociais sejam estabelecidas como estímulo aversivo para as respostas condicionadas de ansiedade (Souza et al., 2022).

Além disso, essas interações sociais punitivas podem vir, muitas vezes, do próprio ambiente familiar, contexto culturalmente conhecido como provedor de segurança (Braga et al., 2018), o que não se aplica nos casos de minorias de orientação sexual. Com isso, é possível que algumas pessoas tenham suas respostas aprendidas em contextos familiares homofóbicos generalizadas para contextos sociais mais amplos, fazendo com que evitem interações sociais ou as enfrentem com muita ansiedade, sendo possível desenvolver transtornos de ansiedade social.

Em uma revisão sistemática da literatura empírica sobre ansiedade social em minorias sexuais, foram encontradas evidências de que o apoio social (geral, familiar e de amigos), entre outras variáveis, mantém associações significativas



com a ansiedade social, de forma que a pouca rede de apoio é fator de risco para a ansiedade social (Mahon et al., 2021). Especificamente no que se refere ao apoio social vindo das relações parentais, Pachankis, Sullivan e Moore (2018) apontam, em estudo longitudinal, que ter assuntos inacabados com os pais (pensamentos e sentimentos negativos persistentes e não resolvidos em relação aos pais como resultado da rejeição da orientação sexual dos filhos) está significativamente relacionado a uma maior ansiedade social entre os homens de minorias sexuais.

Porém, é importante discutir sobre o nível ontogenético, segundo nível de seleção natural, pois, apesar de existirem indicadores da relação entre homofobia familiar e a manifestação de ansiedade, esta não é uma regra, não são todos que a desenvolvem. Por isso, é importante discutir que cada ser humano é único e todos possuem suas formas de lidar com diversas situações do cotidiano, sendo que determinadas circunstâncias podem ser mais estressoras para uma pessoa do que para outra.



Considerações finais

Em resumo, o presente capítulo apresentou dados referentes às vivências de homofobia dentro do contexto familiar, sendo possível identificar altos níveis de sintomas de ansiedade geral, como boca seca, tremores e taquicardia (dados obtidos através do DASS-21) e níveis altos de ansiedade social. Mais da metade da amostra (58,8%) apresentou níveis de ansiedade aci-

ma do considerado normal a partir da subescala do DASS-21. Quase todas (5 de 6) as perguntas sobre percepção de ansiedade social obtiveram um nível médio de concordância.

As respostas dos participantes em relação à homofobia em contexto familiar, na maioria das perguntas fechadas, apresentaram concordância média, ao passo que, nas perguntas abertas, apontam para diversos prejuízos psicológicos decorrentes da homofobia familiar. Tais dados indicam que a homofobia vivida e enfrentada dentro do ambiente familiar pode ser um fator que aumenta a probabilidade de se desenvolver transtornos de ansiedade, especificamente de ansiedade social, considerando que as violências ocorrem em interações sociais.

Além disso, foi possível observar que, dos 47,1% de participantes que obtiveram resultados de ansiedade extremamente alta no DASS-21, 35,5% também relataram médias mais altas de homofobia familiar. Com isso, é possível que exista uma ligação entre a manifestação de ansiedade e a violência vivida nesse contexto. Mesmo que seja evidente que existem outras variáveis que podem contribuir para a manifestação de ansiedade, esse é um dado que não deve ser ignorado. Porém, é de extrema importância que sejam realizados mais trabalhos a respeito do tema para ser possível corroborar os dados coletados nesta pesquisa.

Dentre as limitações do estudo, considera-se o número reduzido da amostra, bem como um perfil de participantes vistos como privilegiados de um ponto de vista étnico e socioeconômico. Portanto, é importante que se realizem mais



estudos com amostras maiores, permitindo variabilidade no perfil dos participantes.

Por fim, salienta-se a escassez nos materiais que discutem a homofobia familiar, principalmente sob uma perspectiva analítico-comportamental. É importante que sejam realizadas mais pesquisas dentro dessa área, como forma de abranger o conhecimento desse fenômeno e, como consequência, identificá-lo, oferecer ações de tratamento e promoção da saúde mental de pessoas LGBTQIA+, grupo considerado vulnerável de um ponto de vista social.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Coimbra: Edições 70, 2011.

BARREIRA, M.M.L.; LIRA, A.N. Manejo clínico do outness e do coming out e suas repercussões clínicas na terapia afirmativa. In: RAMOS, M.M. (ed.). **Manual de terapia afirmativa: um guia para a psicoterapia com pessoas LGBTQ+**. Aracaju: Afirmativa, 2023. p. 87-98.

BARRETO, W. Homossexualidade, coerção e homofobia em Orações para Bobby. In: RIBEIRO, M.R.; FARIAS, A.K.C.R. (org.). **Skinner vai ao cinema**. Brasília: Instituto Walden4, 2014. p. 90-110.

BORGES, K. **Terapia afirmativa**: uma introdução à psicologia e à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais. São Paulo: GLS, 2009.

BORRILLO, D. **Homofobia**: história e crítica de um preconceito. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.



BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BRAGA, I.F.; OLIVEIRA, W.A.; SILVA, J.L.; MELLO, F.C.M.; SILVA, M.A.I. Violência familiar contra adolescentes e jovens gays e lésbicas: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1220-1227, 2018.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Violência LGB-Tfóbica no Brasil**: dados da violência. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

COELHO, E.B.S.; SILVA, A.C.L.G.; LINDNER, S.R. **Violência**: definições e tipologias. Florianópolis: UFSC, 2014.

COELHO, N.L.; TOURINHO, E.Z. O conceito de ansiedade na Análise do Comportamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 171-178, 2008.

COLLODEL BENETTI, I.; VIEIRA, M.L.; CREPALDI, M.A.; SCHNEIDER, D.R. Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicología**, Bogotá, v. 9, n. 16, p. 89-99, 2013.

DE LIRA, A.N.; COSTA, T.B. Orientações de pais com filhos adolescentes LGBT+ e promoção de resiliência familiar. In: RAMOS, M.M. (ed.). **Manual de terapia afirmativa**: um guia para a psicoterapia com pessoas LGBTQ+. Aracaju: Afirmativa, 2023. p. 133-153.

DIETER, C.T. **As raízes históricas da homossexualidade, os avanços no campo jurídico e o prisma constitucional**. Belo Horizonte: Instituto Brasileiro de Direito da Família, 2012.



ENGELMANN, A.M.S.; KUCH, I.E. Práticas culturais hetero-normativas e suas repercussões na clínica analítico-comportamental: um relato de caso. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 157-169, 2022.

FAZZANO, L.H. **Análise do fenômeno da homofobia**: identificando contingências envolvidas. 2014. 130 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

FAZZANO, L.H.; GALLO, A.E. Uma análise da homofobia sob a perspectiva da Análise do Comportamento. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 535-545, 2015.

FENNER, M.C.; ALVES, R.G.; REIS, T.S. O que analistas do comportamento têm a dizer (e fazer) sobre o atendimento psicoterapêutico de minorias sociais?. In: Souza, F.M.S.; KANAMOTA, J.S.V. (org.). **Diálogos em Análise do Comportamento**. v. 4. Brasília: Instituto Walden4, 2022. p. 39-51.

FONTANA, J.; LAURENTI, C. Práticas de violência simbólica da cultura de dominação masculina: uma interpretação comportamentalista. **Acta Comportamentalia**, Guadalajara, v. 28, n. 4, p. 499-515, 2020.

FRANCISCO, L.C.F.L.; BARROS, A.C.; PACHECO, M.S.; NARDI, A.E.; ALVES, V.M. Ansiedade em minorias sexuais e de gênero: uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 48-56, 2020.

FRAZÃO, P.; ROSÁRIO, R. O coming out de gays e lésbicas e as relações familiares. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 25-45, 2008.



GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES COELHO, G.; OLIVEIRA BARROS, J.H. A homofobia familiar disfarçada de cuidado. **Perspectivas em Diálogo**: Revista de Educação e Sociedade, Campo Grande, v. 8, n. 17, p. 449-463, 2021.

MAHON, C.P.; LOMBARD-VANCE, R.; KIERNAN, G.; PACHANKIS, J.E.; GALLAGHER, P. Social anxiety among sexual minority individuals: a systematic review. **Psychology & Sexuality**, Londres, v. 13, n. 4, p. 818-862, 2021.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MEYER, I. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, Washington, D.C., v. 2, n. 3, p. 209-221, 2015.

MOREIRA, L.V.C.; SILVA, C.N.; ALVES, D.K.B.R.; SILVA, D.A.L.; SILVA, I.C.A.; GUIMARÃES, L.S.; CHAVES, R.A. Bronfenbrenner e o modelo bioecológico: contribuições para a família. In: SEMANA DA MOBILIZAÇÃO CIENTÍFICA, 20., 2007, Salvador. **Anais...** Salvador, 2007.

MOREIRA, M.B.; MEDEIROS, C.A. **Princípios básicos de Análise do Comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.



MORRIS, C.; GOETZ, D.B.; GABRIELE-BLACK, K. The treatment of LGBTQ+ individuals in behavior-analytic publications: a historical review. **Behavior Analysis in Practice**, [S. l.], v. 14, p. 1179-1190, 2021.

MOZER, M.R. **Manual de terapia afirmativa**: um guia para a psicoterapia com pessoas LGBTQ+. Aracaju: Afirmativa, 2023.

MUSSI, S.V.; MALERBI, F.E.K. Revisão de estudos que empregaram intervenções afirmativas para LGBTQI+ sob uma perspectiva analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 1-19, 2020.

PACHANKIS, J.E.; SULLIVAN, T.J.; MOORE, N.F. A 7-year longitudinal study of sexual minority young men's parental relationships and mental health. **Journal of Family Psychology**, [S. l.], v. 32, n. 8, p. 1068-1077, 2018.

PAIVA, C.; FIGUEIREDO, B. Abuso no contexto de relacionamento íntimo com o companheiro: definição, prevalência, causas e efeitos. **Psicologia: Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 4, n. 2, 2003.

PERUCCHI, J.; BRANDÃO, B.C.; VIEIRA, H.I.S. Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 1, p. 67-76, 2014.

RAMOS, M.M.; RITO, S.H.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Ansiedade social: gênero, orientação sexual e classe social. **Revista Sul-Americana de Psicologia**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 83-104, 2021.

RIOS, R.R. O conceito da homofobia na perspectiva dos direitos humanos e no contexto dos estudos sobre preconceito e



discriminação. In: POCAHY, F. (org.). **Rompendo o silêncio: homofobia e heterossexismo na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Nuances, 2007. p. 27-48.

RYAN, C.; RUSSELL, S.T.; HUEBNER, D.; DIAZ, R.; SANCHEZ, J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 205-213, 2010.

SCHULMAN, S. Homofobia familiar: uma experiência em busca de reconhecimento. **Bagoas: Estudos Gays – Gêneros e Sexualidades**, Natal, v. 4, n. 5, 2012.

SCHWARTZ, S.; MEYER, I. Mental health disparities research: the impact of within- and between-group analyses on tests of social stress hypotheses. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 70, p. 1111-1118, 2010.

SKINNER, B.F. **Ciência e comportamento humano**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SKINNER, B.F. **Sobre o behaviorismo**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

SOUZA, J.S.; MARQUES, J.M.; SCANAVINO, M.T.; ZAMIGNANI, D.R.; COSTA, A.B. Desfechos negativos em saúde mental de minorias de sexo e de gênero: uma análise comportamental a partir da teoria do estresse de minorias. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 69-85, 2022.

TREVISAN, J.S. **Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade**. 4. ed. rev. atual. e amp. Rio de Janeiro: Objetiva, 2018.



VIGNOLA, R.C.; TUCCI, A.M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, [S. l.], v. 155, p. 104-109, 2013.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, p. 203-220, 2014.

WACHELKE, J.; NATIVIDADE, J.; ANDRADE, A.; WOLTER, R.; CAMARGO, B. Caracterização e avaliação de um procedimento de coleta de dados online (CORP). **Avaliação Psicológica**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 143-146, 2014.

ZAMIGNANI, D.R.; BANACO, R.A. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.





CAPÍTULO 6

PROGRAMA ROMPENDO CICLOS: TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO PARA HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Divaldo de Canavarros de Abreu Junior
Paula Helena Gomes de Moraes Ruiz
Luziane de Fátima Kirchner



No Brasil, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) registrou mais de 657,2 mil denúncias de violações de direitos humanos em 2024, representando um aumento de 22,6% em relação ao ano anterior (Brasil, 2025). Além disso, a Central de Atendimento à Mulher, coordenada pelo Ministério das Mulheres, contabilizou 86.025 denúncias de violência contra mulheres entre janeiro e julho de 2025. Em 40.933 dessas ocorrências (47,58%), o suspeito identificado era parceiro ou ex-parceiro da vítima (Brasil, 2025).

No que se refere ao estado de Mato Grosso do Sul, os dados mais recentes indicam agravamento do cenário de violência doméstica. O número de vítimas registradas aumentou de 18.451 casos, em 2020, para 22.083 registros, em 2025,

correspondendo a um crescimento aproximado de 19,6% no período. O ano de 2025 também apresentou o maior número de solicitações de medidas protetivas de urgência desde 2020, totalizando 16.027 pedidos (Sejusp-MS, 2026).

Além disso, em 2025, Mato Grosso do Sul figurou entre os três estados com as maiores taxas de feminicídio do país, registrando 2,7 casos por 100 mil mulheres (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2026). Dados dessa magnitude evidenciam a necessidade de fortalecimento de políticas públicas de prevenção, proteção e enfrentamento à violência contra a mulher, especialmente no contexto sul-mato-grossense.

Segundo Bandeira (2014), um dos fatores apontados na literatura para os elevados índices de violência doméstica é a aceitação da violência de gênero por uma parcela significativa da sociedade. Essa aceitação decorre, muitas vezes, da falta de orientação sobre o tema ou do fato de muitos homens terem sido criados em ambientes que normalizam comportamentos agressivos contra as mulheres, contribuindo para a perpetuação do ciclo de violência entre gerações.

Para Sant'Anna e Penso (2017), a violência de gênero é um fenômeno multideterminado e complexo, que envolve muitos fatores, entre eles as vivências dos papéis masculinos e femininos na sociedade e na família. A violência empreendida contra a mulher constitui uma violação dos direitos humanos e vai de encontro ao direito à saúde e à integridade física, moral, psicológica e sexual, além de acentuar, de forma vertiginosa, a desigualdade de gênero e de raça (Nery *et al.*, 2023).



No Brasil, observam-se o desenvolvimento e a implementação de uma série de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher. Entre essas iniciativas, destacam-se a criação de legislações e mecanismos de proteção jurídica, como a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), a Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104/2015) e as medidas protetivas de urgência (Martins; Franklin, 2017; Silva *et al.*, 2023). Também são oferecidos serviços de apoio e atendimento especializado, como as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (Deams), a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), as Casas da Mulher Brasileira – centros multidisciplinares que oferecem apoio jurídico, psicológico e social e serviços da Justiça – e os Centros de Referência de Atendimento à Mulher (Crams) (Silva *et al.*, 2023).

Além das políticas citadas acima, há algumas iniciativas de apoio socioeconômico, como o Programa Bolsa Família, e outros benefícios sociais, a exemplo do Programa Mulher Segura e Protegida. Destacam-se, ainda, parcerias com o setor privado, em que empresas são incentivadas a contratar mulheres vítimas de violência, promovendo sua autonomia financeira (Souza; Ozorio, 2011; Silva *et al.*, 2023). Por fim, incluem-se as ações de prevenção e educação, que envolvem campanhas de conscientização, programas educativos e projetos de capacitação, além de iniciativas voltadas à reabilitação de agressores – campo em que se insere o escopo do presente capítulo (Oliveira; Ferreira, 2020).



Os grupos reflexivos com homens autores de violência doméstica tiveram início no final da década de 1990 e início dos anos 2000 no Brasil, estando vinculados a organizações do terceiro setor que atuavam em conjunto com o Estado e o sistema judiciário (Amado, 2014). O trabalho se desenvolveu para oferecer um espaço de diálogo e reeducação para a responsabilização dos atos agressivos, além da conscientização para a construção de relações de gênero mais equitativas. O ambiente deve ser acolhedor e facilitador das mudanças, e permitir o compartilhamento de vivências e experiências entre homens que viveram situações semelhantes (Acosta *et al.*, 2004). Sendo assim, a contribuição dos grupos reflexivos no enfrentamento da violência consiste na promoção de diálogos entre os componentes, favorecendo a compreensão sobre as situações de violência e a construção de relações de gênero mais equitativas.

Ao debater o ciclo da violência doméstica, observa-se a relação do comportamento violento com as relações sociais e práticas culturais (Gomes; Costa, 2014). Dessa forma, ao abordar a violência, está-se referindo ao comportamento humano e às relações interpessoais, aspectos que têm sido explicados pela Análise do Comportamento (Sidman, 2009; Skinner, 2003). A Análise do Comportamento interpreta a violência doméstica como um fenômeno aprendido e mantido por contingências ambientais, ou seja, pelo contexto em que ocorre (Azrin; Hakeem, 2004). Essa abordagem busca entender os comportamentos envolvidos na violência, tanto do agressor



quanto da vítima, considerando os reforçadores e as punições que influenciam suas ações. Os encontros do grupo reflexivo são lugares propícios para modelar novos comportamentos, como, por exemplo, técnicas psicoeducativas utilizadas para promover mudanças de atitude por meio da educação e da ressocialização (Zarling, 2019).

As estratégias utilizadas no grupo reflexivo da presente pesquisa foram embasadas nos conceitos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). A ACT, conforme descrita por Hayes *et al.* (2021), é uma modalidade terapêutica bastante rigorosa em dois aspectos. Primeiro, sua fundamentação teórica está profundamente enraizada no behaviorismo radical, na Análise do Comportamento e na filosofia do contextualismo funcional. Segundo, seu foco é essencialmente comportamental, pois busca promover padrões de ação eficazes para o participante/cliente. Isso significa que o verdadeiro sucesso da terapia ocorre quando a pessoa passa a adotar comportamentos alinhados com seus valores e que contribuem para uma vida significativa. Em outros termos, a ACT busca o aumento da flexibilidade psicológica, que é a capacidade de estar presente no momento, aceitar pensamentos e emoções sem tentar evitá-los ou controlá-los excessivamente e agir de acordo com valores pessoais, mesmo diante de dificuldades (Luoma *et al.*, 2022).

Aqui, lançamos mão de um modelo didático para explicar os seis pontos fundamentais para alcançar a flexibilidade psicológica: o Hexaflex, um modelo unificado de entendimen-



to do funcionamento humano a partir da ACT, representado graficamente por um hexágono (Hayes *et al.*, 2023). Tal representação permite trilhar com mais facilidade os primeiros passos no entendimento dessa abordagem teórica. A proposta é que o hexágono traga para o terapeuta um olhar fluido e amplo, não tendo, portanto, um passo a passo e uma ordem fixa e cronológica (Hayes *et al.*, 2021).

O Hexaflex é composto por seis elementos que representam os conceitos de flexibilidade e inflexibilidade psicológica. No lado esquerdo, encontra-se a aceitação, que envolve acolher plenamente a própria experiência, permitindo-se sentir pensamentos e emoções com abertura e curiosidade (Hayes, 2023). O oposto desse processo é a evitação experiencial, caracterizada pela tentativa de escapar ou minimizar emoções e pensamentos desagradáveis (Hayes *et al.*, 1996). Outro elemento é a desfusão cognitiva, que possibilita distanciar-se do conteúdo dos pensamentos, reduzindo sua influência sobre as emoções e os comportamentos (Hayes, 1992). Já a fusão cognitiva, sua contraparte, ocorre quando os pensamentos são tomados como verdades absolutas, influenciando rigidamente as ações do indivíduo (Hayes *et al.*, 2012).

No centro do Hexaflex, temos a atenção ao momento presente, que consiste em direcionar o foco para o aqui e agora de maneira flexível e voluntária (Hayes, 2021). O oposto disso é a atenção rígida, que se prende excessivamente ao passado ou ao futuro, resultando em um esforço constante para evitar problemas percebidos, o que pode limitar a adaptação



às circunstâncias (Hayes *et al.*, 2011). Outra dimensão central é o *self* como contexto, que representa uma visão mais ampla e flexível de si mesmo (Hayes *et al.*, 2012). Em contrapartida, o *self* como conteúdo envolve uma identificação rígida com certos aspectos da autoimagem, de modo que qualquer ameaça a essas crenças pode gerar sofrimento e reforçar a evitação experiencial (Hayes *et al.*, 2013).

Já no lado direito do Hexaflex, encontramos os valores, definidos como direções de vida livremente escolhidas, que orientam o comportamento de maneira ampla e significativa (Luoma *et al.*, 2022). Quando os valores não são claros ou bem definidos, o indivíduo pode agir de forma disfuncional, buscando agradar aos outros ou evitando enfrentar desafios. Por fim, as ações com compromisso referem-se ao engajamento ativo em comportamentos alinhados com os próprios valores, criando um padrão de ação contínuo e significativo (Hayes *et al.*, 2021). Em oposição a isso, a inação e a impulsividade ocorrem quando os comportamentos são automáticos ou desconectados de um propósito maior, resultando em uma sensação de falta de significado na vida.

Levando em consideração que, para a ACT, todo comportamento é aprendido, faz-se necessária uma intervenção para modificar os comportamentos violentos – na abordagem do presente capítulo, mais especificamente, daqueles que realizaram o ato de violência contra suas companheiras. Diante do elevado número de violência doméstica supracitado, urge



a sociedade criar formas de prevenir, promover e remediar os comportamentos violentos de homens contra mulheres.

Ter um grupo reflexivo com o intuito de modelar novos comportamentos alternativos aos comportamentos violentos e modelar comportamentos de autoconhecimento para homens que cometeram violência doméstica é um esforço para reduzir a reincidência. O autoconhecimento tem um valor especial para o próprio indivíduo. Uma pessoa que se “tornou consciente de si mesma” por meio de perguntas que lhe foram feitas está em melhor posição de prever e controlar seu próprio comportamento (Skinner, 2003).

Portanto, a partir do grupo reflexivo com dinâmicas participativas embasadas nos conhecimentos da ACT, este capítulo visa apresentar uma descrição da intervenção voltada para o grupo de autores de violência doméstica, cujos resultados esperados são a redução da reincidência de comportamentos violentos contra mulheres em nossa sociedade.



Proposta de atuação no grupo reflexivo: Programa Rompendo o Ciclo

O Programa Rompendo o Ciclo (PRC) é um grupo reflexivo fechado, desenvolvido para se adequar à estrutura do tratamento julgado pelo Poder Judiciário (comarca local). A intervenção tem como base os componentes da ACT e ocorre em oito encontros, uma vez por semana, durante 60 a 90 minutos. O tamanho ideal do grupo é entre 8 e 12 participantes, mas até 15 pessoas podem participar. Para a proposta apli-

cada, não houve uma avaliação específica que precisasse ser concluída para o participante ingressar no grupo. Idealmente, um facilitador masculino e uma facilitadora feminina lideram os grupos e adotam uma postura de apoio e sem julgamento, que promova a abertura e a confiança.

No geral, o PRC se concentra na aprendizagem experiencial de alguns processos da ACT, como a construção de padrões de comportamento valorizados, e na abordagem de barreiras à mudança de comportamento, enquadrados como habilidades que se podem praticar e aprender. Essas habilidades são praticadas durante os encontros de grupo, com o objetivo geral de aprender novas maneiras de responder às experiências cognitivas e emocionais de uma forma que promova levar o indivíduo a direcionar suas ações para seus valores.

Os valores são colocados na frente e no centro do currículo. O trabalho de valores é particularmente útil para essa população porque os participantes, muitas vezes, não têm noção do que tornaria sua vida significativa. Discussões e exercícios centrados na pergunta “O que é mais importante para você?” abrem novos caminhos psicológicos para os participantes e oferecem direcionamentos. Também é feita uma distinção entre os valores mais profundos e o “prazer”. Em outras palavras, o foco está no que é significativo, não no que é bom.

É importante ressaltar que a identificação de valores não deve ser coagida. Os facilitadores estão lá para orientar o participante na escolha de seus próprios valores, não para dizer o que valorizar. Quando os participantes se conectarem



com seus valores e expressarem compromisso com eles, isso proporcionará uma sensação de controle e fornecerá o “porquê” para o trabalho árduo de mudança de comportamento. Por exemplo, caso os participantes afirmem que a liberdade é um valor importante: um comportamento a serviço desse valor significa ações para reduzir ou eliminar o comportamento criminoso e o contato com o sistema judicial.

Também é importante dizer que serão trabalhadas questões que envolvem as percepções dos participantes sobre como as pessoas devem se comportar (incluindo papéis de gênero), em que é fornecida a base para se conscientizar de certos pensamentos e emoções que podem ser problemáticos, bem como situações que podem ser particularmente estressantes. Por exemplo, se os participantes puderem reconhecer que comportamentos relacionados aos cuidados domésticos não foram reforçados quando crianças, muitas vezes é esclarecedor vincular isso ao motivo por que eles podem se sentir frustrados quando a casa não está limpa, responsabilizando apenas a mulher pela limpeza da casa. Essas situações podem, então, ser usadas como exemplos para futuros encontros baseados em habilidades e aplicações de novas formas de responder.

Os encontros que introduzem e incentivam a prática dos processos do ACT – especificamente, aceitação e desfusão cognitiva – e os valores são incorporados nessas sessões para fornecer um fio condutor em todo o currículo. Concentram-se no aprendizado de novas maneiras de responder às emoções e pensamentos, como, por exemplo, ajudar os participantes a



reconhecer os efeitos de tentar evitar ou controlar suas emoções e como esses esforços de controle afetaram seus valores, especialmente seus relacionamentos. Assim, os participantes têm oportunidades de praticar o abandono da luta com suas emoções e aprender a ser abertos e aceitar suas experiências emocionais. Os facilitadores assumem a posição de que é útil pensar nas emoções como fontes de informação, não certas ou erradas, e que o comportamento de alguém ao sentir uma emoção é viável (consistente com seus valores) ou impraticável (inconsistente com seus valores).

Já os encontros que se concentram na psicoeducação sobre questões de relações de gênero (por exemplo, igualdade de gênero e a Lei Maria da Penha) também envolvem a identificação de pensamentos que são problemáticos para os participantes (como: “se uma mulher me desrespeita, eu preciso mostrar quem manda” ou “o homem tem que estar no controle”) e, em seguida, permitem que os participantes tomem alguma distância e observem esses pensamentos a partir de exercícios de desfusão cognitiva.

Os encontros também incentivam os participantes a colocar a mudança comportamental em ação, dentro e fora do encontro, e se concentrar em trabalhar com os obstáculos internos à medida que eles surgem ao fazer essas mudanças. As discussões durante o encontro são projetadas especificamente para evocar pensamentos ou sentimentos difíceis, para que possam ser trabalhados no momento, e para que os participantes possam aplicar suas novas habilidades. É importante



observar que os processos ACT aprendidos durante os encontros anteriores (como aceitação, desfusão e valores) são incorporados às questões de gênero e o conteúdo está relacionado a esses processos.

Estrutura dos encontros

Cada encontro segue descrito abaixo, com seus objetivos junto às estratégias e aos métodos usados para atingi-los. De certa forma, as sessões possuem uma estrutura comum. Os facilitadores dão as boas-vindas aos participantes e anunciam o tema que está na pauta da reunião. Prosseguem pedindo-lhes *feedbacks* sobre a sessão anterior e verificam se houve, no cotidiano dos participantes, ocorrências consideradas importantes por eles. Também ficam atentos às mudanças que vêm ocorrendo na vida dos participantes e que são, de algum modo, observadas ou mencionadas nos encontros. Esse momento dura, aproximadamente, 10 minutos. Deve se levar em consideração a possibilidade de que, nos encontros iniciais, ocorram “comportamentos-problema” no relacionamento facilitador-participante ou nos relacionamentos entre os participantes (exemplos: verbalizar que mulheres querem prejudicá-lo, direcionando a fala exclusivamente para a facilitadora, e não para o facilitador). Nesse caso, dá-se prioridade para trabalhar esses comportamentos diretamente ao vivo, antes de voltar ao tema especificado para o encontro.



1º encontro: apresentação do grupo**Objetivos:**

1. Apresentar os terapeutas e os membros do grupo;
2. Validar a vinda dos participantes ao grupo;
3. Esclarecer o enquadre dos encontros.

Estratégias e métodos:

1. Apresentação feita por meio de uma dinâmica: todos os participantes devem dizer seus nomes, compartilhar algo sobre si e responder à questão: “O que eu gostaria de aprender aqui?”. Um dos facilitadores inicia a dinâmica dizendo seu nome, explicando seu motivo para estar lá – por que pretende possibilitar melhorias na qualidade de vida dos participantes, por exemplo;

2. Descrição, pelo facilitador, de como a presença de cada um ali pode significar um passo importante;

3. Exposição dos enquadres dos encontros: destacar a assiduidade, a pontualidade, a participação, a cooperação, o compromisso e o sigilo de relato dos outros participantes;

4. Os participantes são solicitados a falar sobre os motivos que os trazem ao grupo. Os facilitadores se asseguram de que todos tenham um tempo justo para falar.

Encerramento:

Pedir *feedback* sobre o encontro (conteúdo, estrutura e o que foi útil), além de expressar gratidão aos participantes e seu comprometimento com a intervenção do dia.



2º encontro: encontrando o que é importante para mim

Objetivos:

1. Esclarecer sobre os valores (o que é importante para a pessoa e como ela quer agir e ser);
2. Identificar, junto aos participantes, o que é importante para si, auxiliando a descobrir quais são os seus valores.

Estratégias e métodos:

1. Ajudar os participantes a perceber seus próprios comportamentos em seus relacionamentos, os múltiplos contribuintes para esses comportamentos e distinguir entre o comportamento orientado por valores e o comportamento que está a serviço da evitação experiencial;
2. Os participantes são solicitados a identificar comportamentos de relacionamento saudáveis e não saudáveis e avaliam seu próprio comportamento e relacionamentos em termos de seus valores.

Encerramento:

Pedir *feedback* sobre as vivências do encontro, se sentiram dificuldade de manter a atenção no exercício, se alguns pensamentos e sentimentos surgiram no decorrer da vivência. É importante validar essa ocorrência e orientar que repare que está tendo pensamento ou sentimento, e voltar gentilmente para o exercício.



3º encontro: barreiras às mudanças**Objetivos:**

1. Investigar possíveis barreiras que impedem os participantes de seguir seus valores;
2. Ajudar os participantes a identificar seus esforços de controle de eventos privados como sendo ações inofensivas.

Estratégias e métodos:

1. Discutir com os participantes sobre possíveis barreiras ao envolvimento em comportamentos baseados em valores (como abuso de substâncias, dificuldades de humor, ansiedade, dificuldades parentais);
2. No levantamento junto a eles, o facilitador foca em possíveis estratégias e recursos externos para ajudar a superar essas barreiras;
3. Explicar que pessoas em sofrimento psicológico não desistem do controle, pois, ao fazê-lo, produzem alívio a partir do reforçamento negativo de curto prazo. É importante levar os participantes ao entendimento da relação contingencial, preparando-os para uma postura de aceitação e abertura para novas formas de se relacionar com eventos privados.

Encerramento:

Pedir *feedback* sobre as vivências do encontro, se sentiram dificuldade de manter a atenção no exercício (levantamento de exemplos possíveis para a vida do participante), se alguns pensamentos e sentimentos surgiram no decorrer da vivência. É importante validar essa ocorrência e orientar que



repare que está tendo pensamento ou sentimento, e voltar gentilmente para as estratégias levantadas em conjunto.

4º encontro: aceitação

Objetivos:

1. Propor aos participantes que, em vez de tentar controlar o sofrimento, o foco seja promover uma vida melhor, apesar do sofrimento vivenciado;
2. Conhecer quais são as respostas de esquiva experiencial que permanecem, mesmo na instrução de que o sofrimento não irá passar.

Estratégias e métodos:

1. O facilitador explora a função das emoções e convida os participantes a perceber como tentaram controlar ou evitar emoções indesejadas em sua vida e como essas estratégias foram viáveis ou impraticáveis em termos de seus valores;
2. Explicar que a aceitação ou a vontade são introduzidas como uma habilidade que envolve perceber as emoções à medida que surgem e permitir que elas estejam lá sem tentar alterar sua forma ou frequência.

Encerramento:

Encerre a discussão enfatizando que a aceitação de nossos sentimentos e pensamentos é importante, sem permitir que eles definam quem somos. Deve-se esclarecer que é natural a resistência da aceitação, pois fomos condicionados a lutar contra nossas emoções negativas, a vê-las como inimigas a ser derrotadas, em vez de experiências a serem acolhidas. Tal



batalha interna pode tornar a prática da aceitação não apenas contraintuitiva, mas também extremamente difícil.

5º encontro: novas masculinidades (desfusão)

Objetivos:

1. Reduzir a influência dos conteúdos privados sobre outros comportamentos, de modo que outros eventos presentes no momento possam atuar na regulação comportamental.

Estratégias e métodos:

1. Os participantes aprendem que é normal produzir muitos pensamentos e, embora não possamos controlar todos eles, podemos percebê-los e nos afastar deles. O objetivo é criar uma distância útil de pensamentos problemáticos (ou seja, desfusão) para permitir escolhas mais conscientes e maior comportamento a serviço dos próprios valores;

2. Explica-se também que é importante perceber quando estamos enredados demais nos conteúdos privados e precisamos tomar distância observacional deles para poder escolher comportamentos alinhados aos nossos valores (por exemplo, quando usam razões verbais relacionadas aos padrões de masculinidade impostos pela sociedade para justificar e manter seus comportamentos como estão; quando insistem em estar certos no relacionamento conjugal e ter razão a despeito da situação ou quando estão engajados em defender suas ideias do que é ser homem como únicas e verdadeiras, ainda que não sejam úteis perante a sociedade).



Encerramento:

Ao longo da discussão, e encaminhando para a finalização do encontro, o facilitador pode fazer perguntas sobre a função daquele pensamento em relação à vida que os participantes mais desejam viver, como, por exemplo: se você seguir esse pensamento (deixar que ele dite suas escolhas/acreditar cegamente nele), isso te ajuda a ser o homem que você quer ser para si mesmo, para as pessoas e para o mundo? ou seguir esse pensamento/deixar que esse pensamento decida como você deve agir tem funcionado para você viver a vida que mais almeja enquanto homem?

6º encontro: relações gênero**Objetivos:**

1. Proporcionar espaço para reexperienciar conflitos, buscando o rompimento de papéis estereotipados impostos pela sociedade;
2. Desenvolver ressignificação da construção social das masculinidades de acordo com o que é valoroso para os participantes.

Estratégias e métodos:

1. Resgata-se sobre os valores e que a falta de clareza dos valores pode fazer o indivíduo viver de acordo com regras baseadas em padrões comportamentais de outras pessoas (como em uma sociedade que postula papéis sociais pré-estabelecidos e engessados para homens e mulheres);



2. Apresenta a discussão sobre a violência doméstica ser consequência do padrão de masculinidade dominante, em que, geralmente, a sociedade “educa” homens para tratar conflitos com agressividade e violência. Assim, é praticamente automática a reprodução desse comportamento nos seus relacionamentos;

3. Explica que o comportamento masculino violento, sobretudo contra as mulheres, é produto de construções históricas e socioculturais de gênero que configuram padrões de masculinidade socialmente admirada ligados, entre outros, à crença de superioridade masculina em relação a outros gêneros, à inibição de emoções e à agressividade.

Encerramento:

Frisa-se que, quando se tratam de construções forjadas na inter-relação entre diversos elementos sociais e individuais, esses padrões são mutáveis e não de algo natural/biológico, e, portanto, passíveis de questionamento e transformação, em especial, por meio de trabalhos preventivos voltados à educação e à reflexão – sobretudo com os homens autores da violência.

7º encontro: Lei Maria da Penha (Lei Brasileira nº 11.340/2006)

Objetivos:

1. Entender sobre a lei e os tipos de violência doméstica contra a mulher;



2. Exemplificar situações hipotéticas sobre cada tipo de violência doméstica contra a mulher;

3. Apresentar dados de violência doméstica contra a mulher em níveis nacional e estadual.

Estratégias e métodos:

1. Expor que a Lei Maria da Penha propõe a integração dos homens na luta pelo fim da violência doméstica e prevê a criação de grupos de reeducação para homens autores de violência doméstica (artigos 35, V e 45 da Lei Maria da Penha). Retoma-se a importância dos grupos, que discutem temas relacionados ao cotidiano dos homens e refletem sobre os sofrimentos emocionais decorrentes das pressões dos papéis sociais que eles se sentem obrigados a seguir;

2. Os grupos de reflexão não servem para dar “sermão” nos homens, mas para criar um espaço em que eles possam identificar pensamentos e emoções, observando-os literalmente. Exemplificar que muitos homens, após participar, relatam que descobriram que aquela violência também os prejudicava, além de que era reflexo de um aprendizado de comportamentos reforçados desde a infância, mas que não os definem;

3. Ao longo da discussão, vão-se introduzindo dados de violência doméstica contra mulheres.

Encerramento:

Destaca-se a ideia de que o grupo reflexivo existe para dar voz aos homens, para que possam criar uma forma de vivenciar a masculinidade sem violência. Retomam-se os



valores elencados pelos participantes para exemplificação da discussão proposta nesse encontro.

8º encontro: reflexão sobre encontros anteriores e *feedback*

Objetivos:

1. Trabalhar sentimentos em relação ao fim do grupo;
2. Verificar mudanças dos participantes em comparação ao que se apresentava no processo inicial do grupo.

Estratégias e métodos:

1. O facilitador faz as perguntas e os participantes respondem verbalmente:

- O que as discussões e reflexões realizadas no grupo fizeram você aprender?
- O que você está fazendo diferente?
- O que você ainda precisa mudar?
- Você tem sugestões de mudança no formato, tema ou objetivo do encontro?

2. Discuta a manutenção do que foi aprendido, comentando com os resultados obtidos nos encontros iniciais. Aponte e exalte as mudanças, além de abrir espaço para que os participantes comentem sobre elas.

Encerramento:

Pedir *feedback* sobre o encontro (conteúdo, estrutura, o que foi útil, o que mudar para os próximos grupos), além de expressar gratidão aos participantes por seu comprometimento com a intervenção do dia. Na sequência, propor que parti-



cipem como voluntários no acolhimento do próximo grupo, com novos participantes.

Considerações finais

As habilidades do PRC não apenas se concentram em diminuir a evitação experiencial e a fusão cognitiva para promover mudanças de comportamento, mas também reconhecem outros contribuintes para o comportamento de alguém como formas de aprendizagem cultural de desigualdade de gênero. É importante ressaltar que o PRC o faz de uma forma que não tolera o comportamento violento ou minimiza a responsabilidade por ele; em vez disso, a filosofia do PRC é que, ao aumentar a discriminação de eventos privados, tomando-se alguma distância sobre eles, a pessoa tem maior capacidade de percebê-los e mudá-los.

O modelo da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) parte do entendimento de que pensamentos e emoções não precisam ditar o comportamento. Ou seja, mesmo diante de sentimentos difíceis – como raiva, culpa ou frustração –, é possível escolher agir de forma coerente com os próprios valores. Com base nesses princípios, o PRC reconhece que cada pessoa é capaz de tomar decisões conscientes e responsáveis, independentemente do que tenha vivido ou acreditado.

Ainda que a mudança de comportamento represente um desafio, especialmente quando pensamentos automáticos e emoções intensas surgem, o PRC não busca eliminar essas experiências internas. Em vez disso, utiliza técnicas de acei-



tação (abrir espaço para sentimentos difíceis sem se deixar dominar por eles) e desfusão cognitiva (relacionar-se com os pensamentos de forma mais flexível e menos literal). Essa abordagem diferencia o PRC de outros modelos reflexivos, pois convida o participante a assumir a responsabilidade por suas ações sem utilizar o passado como justificativa para comportamentos prejudiciais. Ao invés de lutar contra pensamentos ou emoções, o foco está em construir uma vida mais alinhada com valores escolhidos livremente – mesmo diante do desconforto.

Outrossim, o PRC é uma proposta de programa vivencial. O foco está mais nos participantes praticando e aprendendo as habilidades *in vivo* e menos em palestras ou conselhos. Os facilitadores não dizem aos participantes o que pensar e não se envolvem na resolução ativa de problemas relacionados à mudança de pensamentos e sentimentos difíceis ou ao discernimento da verdade absoluta do que é certo ou errado. Por exemplo, a facilitadora deverá incentivar o participante a perceber e conectar-se com as experiências emocionais e cognitivas, principalmente caso esses pensamentos ou emoções apareçam durante os encontros em grupo. Isso está explicitamente ligado aos valores e ao que funciona para essa pessoa de modo individual. Trabalhar ativamente com habilidades e informações, em vez de receber orientações do que fazer, permite que os participantes encontrem relevância em suas próprias vidas e experiências.



Considerando outro ponto relevante sobre valores, o PRC coloca a identificação dos valores pessoais dos participantes à frente e como principal. A maioria dos encontros incorporam ou retomam os valores e qualquer treinamento de habilidades é feito com os valores pessoais como motivadores para a mudança de comportamento. A postura dos facilitadores do PRC deverá ser colaborativa e sem julgamentos. Embora não seja exclusivo da ACT focar em um forte relacionamento, é diferente, porque os facilitadores não são apenas solidários e empáticos: eles se esforçam para estar psicologicamente presentes, abertos e eficazes, sendo encorajados a incorporar e modelar os processos de ACT e a demonstrar flexibilidade psicológica no papel de terapeutas.



Referências

ACOSTA, F.; ANDRADE FILHO, A.; BRONZ, A. **Conversa homem a homem: grupo reflexivo de gênero – metodologia**. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2004.

AMADO, R.M. **Os serviços de educação e responsabilização para homens autores de violência contra mulheres: uma análise de quadros interpretativos, modelo de intervenção e atores**. 2014. 87 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2014.

AZRIN, N.H.; HAKEEM, S.A. **Behavioral treatments for aggression and violence**, [S.l.], 2004.

BANDEIRA, L.M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Sociedade e Estado**, v. 29, p. 449-469, 2014.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. (2025). **Disque 100 registra 657,2 mil denúncias em 2024 e crescimento de 22,6%**. Agência Gov. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/disque-100-registra-657-2-mil-denuncias-em-2024-e-crescimento-de-22-6-em-2024>.

BRASIL. Ministério das Mulheres. (2025). **Ligue 180: dados de janeiro a julho de 2025**. Agência Brasil. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2025-08/ligue-180-recebe-86-mil-denuncias-de-violencia-contramulher-ate-julho>.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. (2026). **Retrato dos feminicídios no Brasil**. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2026/03/nota-tecnica-dia-mulher-2026.pdf>

GOMES, H.C.D.R.; COSTA, N. Violência contra mulher: uma pesquisa empírica sobre regras descritivas comuns na sociedade ocidental. **Acta Comportamentalia**, Guadalajara, v. 22, n. 1, p. 89-100, 2014.

HAYES, S.C. **Uma mente livre**: como direcionar ao que realmente importa. Rio de Janeiro: Alta Life, 2023.

HAYES, S.C.; HAYES, L.J. Some clinical implications of contextualistic behaviorism: the example of cognition. **Behavior Therapy**, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 225-249, 1992.

HAYES, S.C.; LEVIN, M.E.; PLUMB-VILARDAGA, J.; VILLATTE, J.L.; PISTORELLO, J. Acceptance and commitment therapy



and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy.

Behavior Therapy, [S.l.], v. 44, n. 2, p. 180-198, 2013.

HAYES, S.C.; PISTORELLO, J.; LEVIN, M.E. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change.

The Counseling Psychologist, [S.l.], v. 40, n. 7, p. 976-1002, 2012.

HAYES, S.C.; STROSAHL, K.D.; WILSON, K.G. **Terapia de Aceitação e Compromisso**: o processo e a prática da mudança consciente. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HAYES, S.C.; VILLATTE, M.; LEVIN, M.; HILDEBRANDT, M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. **Annual Review of Clinical Psychology**, Palo Alto, v. 7, p. 141-168, 2011.

HAYES, S.C.; WILSON, K.G.; GIFFORD, E.V.; FOLLETTE, V.M.; STROSAHL, K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, D.C., v. 64, n. 6, p. 1152-1168, 1996.

LUOMA, J.B.; HAYES, S.C.; WALSER, R.D. **Aprendendo ACT**: manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas. 2. ed. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2022.

MARTINS, I.S.; FRANKLIN, N.I.C. Lei Maria da Penha: avanços legislativos e as principais problemáticas que dificultam sua aplicação. **Revista da Universidade de Rio Verde**, Rio Verde, v. 5, n. 1, p. 1-15, 2017.



MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (Sejusp-MS). (2026). **Violência doméstica cresce em Mato Grosso do Sul e 2025 tem recorde de medidas protetivas**. <https://www.regiaonews.com.br/geral/>

NERY, M.G.D.; NERY, F.S.D.; PEREIRA, S.R.D.S.; CAVALCANTE, L.A.; GOMES, B.M.; TELES, A.C.O.; ARAÚJO, E.M.D. Fatores associados ao homicídio de mulheres no Brasil, segundo raça/cor, 2016-2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, e102023, 2024.

OLIVEIRA, A.F.F.; FERREIRA, T.P. A conscientização da não-violência contra a mulher em campanhas publicitárias: uma análise sob o viés da Teoria Dialógica da Linguagem. **Ícone: Revista de Letras**, Anápolis, v. 20, n. 1, p. 1-15, 2020.

SANT'ANNA, T.C.; PENSO, M.A. A transmissão geracional da violência na relação conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, e33427, 2017.

SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. Campinas, SP: Livro Pleno, 2009.

SILVA, V.D.S.; NOVA, P.V R.V.; MIRANDA, A.L.C.; SANTOS, S.J.A.; ROSA, J.V.M.; PANTOJA, S.N.P.; SUZUKI, E.M.; FERREIRA, J.A.; MENDONÇA, N.S.; CARDOSO, K.P.S. Repercussões da violência doméstica na vida das mulheres. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 4, e12265, 2023.

SKINNER, B.F. **Ciência e comportamento humano**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SOUZA, A.P.F.; RIBAS, R.P.; OSÓRIO, R.G. Programa Bolsa Família e violência doméstica contra a mulher no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 20, n. 3, p. p. 713-739, 2011.



ZARLING, A.; BANNON, S.; BERTA, M. Evaluation of acceptance and commitment therapy for domestic violence offenders. **Psychology of Violence**, Washington, D.C., v. 9, n. 3, p. 257-266, 2019.

Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (Sejusp-MS). (2026). Violência doméstica cresce em Mato Grosso do Sul e 2025 tem recorde





CAPÍTULO 7

O USO DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E AUMENTATIVA PARA PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: A PRODUÇÃO ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL COM FOCO NA LÍNGUA DE SINAIS E PECS

Camila Menezes Teixeira
Lucas Ferraz Córdova



Comportamento verbal

Sendo o comportamento operante aquele que produz consequências no ambiente e também afetado por tais consequências, Skinner (1957) define o comportamento verbal como um comportamento operante, que assume a característica de ser

reforçado por seus efeitos sobre as pessoas. Por conseguinte, está isento das relações espaciais, temporais e mecânicas que prevalecem entre o comportamento operante e as consequências não sociais (Skinner, 1957, p. 79).

Assim como os demais comportamentos operantes, o modelo de contingência tríplice é utilizado para analisar o comportamento verbal, ou seja, a análise considera as variáveis antecedentes – estímulos verbais, estímulos não verbais ou variáveis motivacionais –, a resposta verbal – que pode ser falada, gesticulada ou escrita – e as variáveis consequentes – reforçamento específico ou reforçamento genérico.

Essas consequências são providas através de “um comportamento operante mantido por consequências mediadas por um ouvinte que foi especialmente treinado pela comunidade verbal para operar como tal” (Barros, 2003, p. 75). Vale destacar a importância da figura do ouvinte na relação verbal: uma relação de contingência intercruzada, falante/ouvinte, precisa se estabelecer para que uma relação verbal ocorra.



Autismo

O termo “autismo” foi utilizado pela primeira vez na literatura psiquiátrica, em 1906, pelo médico Plouller, que estudava o pensamento em pacientes diagnosticados com demência (Silva, 2017). Em 1911, Eugen Bleuler, psiquiatra suíço, disseminou o autismo como um sintoma apresentado por pacientes esquizofrênicos.

Estudos conduzidos pelo pediatra austríaco Hans Asperger e pelo psiquiatra, também austríaco, Leo Kanner, que descreviam a condição de um grupo de 11 crianças que apresentavam distúrbios no desenvolvimento da linguagem e dificuldades no relacionamento com outras pessoas e com

objetos, foram publicados em 1944 por Kanner, com o título *Distúrbios autísticos do contato afetivo*. O termo autismo fazia referência a comportamentos de isolamento e de autoestimulação característicos desse grupo de crianças (Goulart; Assis, 2002). Ao longo dos anos, o entendimento sobre a condição da pessoa autista foi se alterando e passando por diversas definições nos manuais diagnósticos.

Em 2013, é publicado o *DSM-5*. Na nova versão atualizada, o transtorno do espectro autista (TEA) é descrito como um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades na comunicação social e na interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades. Os sintomas estão presentes no início do desenvolvimento e afetam o funcionamento diário. O termo “espectro” é usado devido à heterogeneidade na apresentação e na gravidade dos sintomas, bem como nas habilidades e no nível de funcionamento de indivíduos com TEA (American Psychiatric Association, 2013).

O TEA passa a englobar todos os transtornos caracterizados anteriormente como transtornos globais do desenvolvimento, sendo especificado em três níveis de gravidade, de acordo com a necessidade de apoio em relação às dificuldades de comunicação social e de comportamentos restritos e repetitivos, sendo o nível 1 exigindo apoio, o nível 2 exigindo apoio substancial e o nível 3 exigindo apoio muito substancial.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que uma a cada 160 crianças no mundo tem transtorno do espectro au-



tista e as intervenções psicossociais baseadas em evidências, como o tratamento comportamental e os programas de treinamento de habilidades para os pais, podem reduzir as dificuldades de comunicação e comportamento social, com impacto positivo no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas com TEA e de seus cuidadores (Opas, 2017). Considera-se que, no Brasil, existam cerca de 2,4 milhões de autistas (IBGE, 2022).

Os estudos desenvolvidos em Análise do Comportamento assumem posição significativa para tratar de questões presentes no cotidiano desse público. As recomendações apontam para intervenções que objetivam reduzir as dificuldades de comunicação baseadas em evidências. Dentre as intervenções apoiadas em Análise do Comportamento, existem algumas metodologias específicas para o ensino de habilidades verbais, incluindo os métodos e técnicas de comunicação alternativa e aumentativa (CAA).



Comunicação alternativa e aumentativa (CAA)

A comunicação alternativa e aumentativa (CAA) é uma área da pesquisa e da prática – clínica e educacional – cujo objetivo é compensar, temporária ou permanentemente, o comprometimento da compreensão ou expressão comunicativa (Pereira *et al.*, 2020), englobando uma ampla variedade de métodos e técnicas. Em 2020, o National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team publicou o *Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder*, em que a CAA foi classificada como

uma prática baseada em evidências e, portanto, recomendada para ser utilizada em programas de intervenção para indivíduos diagnosticados com autismo (Hume *et al.*, 2021).

Em uma revisão bibliográfica conduzida por Nunes e Nunes Sobrinho (2010), os autores discutiram acerca da validade experimental das pesquisas em CAA. No referido trabalho, foram identificados quatro sistemas de CAA utilizados com crianças e adolescentes autistas: 1) sistemas manuais e língua de sinais; 2) sistemas pictográficos de comunicação; 3) sistemas assistidos com acionadores de voz e 4) sistemas híbridos.

Os sistemas manuais e línguas de sinais são um tipo de comunicação não apoiada, isto é, que não utiliza de instrumentos ou dispositivos para que a comunicação seja realizada. Nesses sistemas, o corpo do indivíduo é o principal elemento da comunicação. Além da língua de sinais, gestos, expressões faciais e linguagem corporal também são utilizados como elementos da comunicação.

Os sistemas pictográficos são sistemas apoiados, em que se utilizam elementos ou dispositivos como mediadores da comunicação. Pranchas de comunicação com a apresentação de figuras, Picture Exchange Communication System (PECS) e livros de comunicação são exemplos de sistemas pictográficos de baixa tecnologia; aplicativos de comunicação com a utilização de figuras são exemplos de sistemas pictográficos de alta tecnologia.



Sistemas assistidos com acionadores de voz são sistemas de comunicação apoiada de alta tecnologia. Temos como exemplos os aplicativos baseados em escrita com vocalizador e os botões vocalizadores.

A escolha do melhor sistema de comunicação a ser utilizado deve ser feita de forma individual, considerando as habilidades do sujeito, suas necessidades, as condições do seu ambiente e a disponibilidade de recursos.

PECS

O Picture Exchange Communication System, ou PECS, é um sistema de comunicação por troca de figuras desenvolvido pelos norte-americanos Lori Frost e Andy Bondy em 1985, partindo dos princípios da Análise do Comportamento e do livro *Comportamento verbal*, publicado por B. F. Skinner em 1957. Sua primeira utilização ocorreu com crianças pré-escolares diagnosticadas com autismo.

O sistema tem como principal objetivo o ensino de uma comunicação funcional e consiste na emissão de uma resposta verbal por topografia de troca de cartões entre o falante (pessoa com autismo) e o ouvinte. É uma resposta que exige habilidades de rastreamento e discriminação de figuras por parte do falante (Silva, 2017).

O protocolo de ensino do PECS apresenta estratégias de solicitação e reforçamento e procedimentos de correção de erro. No treino, não são fornecidas dicas verbais sobre o que deve ser feito (como: “pegue o cartão”; “me entregue a figura”),



mas estímulos verbais são apresentados simultaneamente ao estímulo reforçador (nomear “bola” enquanto entrega a bola para o falante) e, também, como dica intraverbal. O material é composto, basicamente, por uma pasta tipo fichário, preta, com tiras de velcro na capa e cartões no interior com figuras diversas fixadas com velcro e que serão retiradas e fixadas na parte frontal da pasta. O protocolo de ensino é constituído de seis fases, conforme o Quadro 2:

Quadro 2 – Fases do PECS

Fases do PECS	
Fase 1	Como comunicar: ensino de troca de figura única por item ou atividade desejada
Fase 2	Distância e persistência: treino de generalização de troca pelo deslocamento até a pasta de comunicação, variação de lugares e de parceiros de comunicação. Ensino de persistência
Fase 3	Discriminação de figuras: ensino de discriminação entre duas ou mais figuras para solicitar itens ou atividades
Fase 4	Estrutura de sentença: uma tira de sentença é adicionada à pasta (“eu quero”) e deve ser utilizada juntamente com a figura do item/atividade
Fase 5	Respondendo pergunta: treino de utilização do PECS para responder à pergunta “O que você quer?”
Fase 6	Ensino de respostas de comentar perguntas como “O que você vê?” ou “O que é?”

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.



Língua de sinais

As linguagens de sinais são sistemas de comunicação que se utilizam de expressões de articulações manuais combinadas com elementos não manuais para transmitir um significado. Há diversos tipos de linguagens de sinais, presentes em diferentes culturas, cada uma com sua gramática e léxico próprios, assim como as diferentes linguagens orais.

A língua de sinais é um sistema de linguagem sofisticado, baseado em topografia, em que existe uma palavra distinta para cada objeto, ação ou letra, diferenciando-se dos sistemas de linguagem baseados em seleção de estímulos em que a topografia da resposta é a mesma (como trocar um cartão, por exemplo), mas os estímulos identificados são distintos (Nam; Hwang, 2016). A língua de sinais pode ser tipificada quanto às variáveis controladoras, às respostas, às consequências e às relações entre a variável antecedente e consequente, assim como ocorre com a linguagem falada, por também se tratar de um sistema tanto alfabético quanto simbólico.

Considerando que a língua de sinais é um sistema linguístico natural, complexo e estruturado, quando utilizado como ferramenta de comunicação alternativa e aumentativa, ocorrem simplificação e adaptação dos sinais linguísticos. O objetivo é o ensino de uma comunicação funcional pela utilização de gestos específicos – de forma geral, simplificados e adaptados – para compensar as falhas na compreensão ou na expressão comunicativa.



O uso da língua de sinais como um sistema de CAA para pessoas autistas tem como característica a inexigibilidade de dispositivos ou equipamentos, estando livre de suporte mecânico. O ensino desse sistema comunicativo como um sistema de CAA para o público autista apresenta variedade de procedimentos, por não haver um protocolo específico para a aplicação desse modelo.

Caracterização da produção analítico-comportamental com foco na língua de sinais e PECS

O comportamento verbal tem se apresentado como assunto relevante em diversos estudos da Análise do Comportamento, em especial pesquisas sobre o ensino de operantes verbais a indivíduos autistas. Para o ensino de habilidades verbais, são utilizados variados métodos e técnicas de comunicação alternativa e aumentativa (CAA). Métodos de comunicação alternativa por língua de sinais e por sistemas de trocas de figuras aparecem como sistemas de ampla utilização e apresentam baixo custo de implementação e manutenção.

O objetivo do presente trabalho foi identificar pesquisas empíricas em Análise do Comportamento que tratem do ensino de habilidades verbais, para pessoas autistas com repertório verbal limitado, utilizando o *Picture Exchange Communication System*¹ (PECS) ou a língua de sinais, com base na revisão crítica da literatura de 15 artigos sobre PECS e 19 artigos sobre língua de sinais.

1 Sistema de comunicação por troca de figuras.



Em 1980, ocorre a inclusão do autismo no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, 3ª edição (DSM 3), sob o termo “Autismo Infantil”. A apresentação de critérios diagnósticos e de características do transtorno possibilita o desenvolvimento de pesquisas com o público em questão. Em 1985, Frost e Bondy desenvolvem o PECS; contudo, a primeira publicação dos autores sobre o sistema de comunicação por troca de figuras ocorre apenas em 1994.

Estudos de outros grupos de pesquisa envolvendo o PECS começam a ocorrer seis anos após a publicação do *The Picture Exchange Communication System*, de Andy Bondy e Lori Frost. Em 2005, a Associação Americana de Psicologia (APA) publica a *Declaração de Política Sobre a Prática Baseada em Evidências em Psicologia* (*Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology*) e, três anos depois, os estudos sobre o uso de PECS e língua de sinais como sistemas de comunicação alternativa e aumentativa para autistas passam a ocorrer com certa regularidade.



Características da população

Sobre as características da população incluída nos estudos que deram origem a este capítulo, foram feitos recortes quanto à idade, ao gênero e ao diagnóstico.

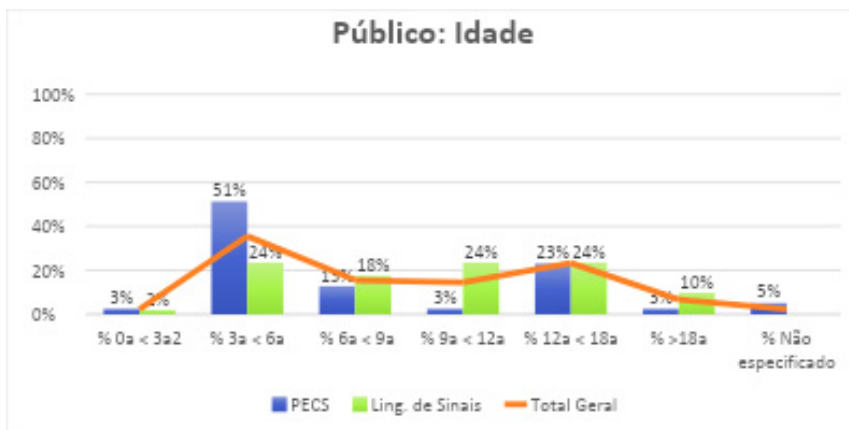
Em relação à idade do público-alvo (Figura 2), verifica-se que os estudos se concentram na população com 3 anos ou mais para ambos os casos. O volume de pesquisas sobre o ensino de habilidades verbais para crianças menores de 3 anos

é incipiente. De acordo com a *Caderneta da Criança - Passaporte da Cidadania* (Ministério da Saúde, 2021) uma criança entre 2 e 3 anos deve apresentar habilidades verbais e sociais, dentre elas, ser capaz de formar frases com 2 palavras, brincar com outras crianças, compreender dois adjetivos (grande e pequeno, por exemplo). Skinner (1957) afirma que, durante o processo de ensino de fala para uma criança, uma resposta que apresente qualquer semelhança com uma resposta padrão é reforçada. Na medida em que as respostas se tornam mais frequentes, maior precisão passa a ser exigida, ocasionando formas verbais mais complexas. A partir dos 3 anos de idade, as habilidades verbais e sociais vão se tornando mais complexas e os atrasos no desenvolvimento, mais evidentes.

Foi observado, ainda, que, nos estudos do PECS, há uma concentração de pesquisas com crianças entre 3 e 6 anos, o que está de acordo com os parâmetros de uma intervenção precoce, isto é, para crianças menores de 8 anos (Horner *et al.*, 2002). Para os estudos sobre língua de sinais, não é possível identificar uma concentração em um público específico; observamos distribuição das pesquisas pelas diversas idades.



Figura 2 – Características da população: distribuição percentual do público-alvo das pesquisas quanto à idade nas publicações de artigos com pesquisas empíricas em Análise do Comportamento sobre ensino de habilidades verbais utilizando PECS e língua de sinais para pessoas autistas



Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Quanto ao gênero (Tabela 5), foi possível observar que há um volume mais expressivo de participação de sujeitos do sexo masculino se comparados a sujeitos do sexo feminino nas pesquisas. Essa distribuição está de acordo com dados epidemiológicos em que a proporção do autismo entre meninos e meninas é de 4/1 (Almeida *et al.*, 2018), isto é, para cada menina diagnosticada com autismo, há quatro meninos com o mesmo diagnóstico, indicando maior incidência de diagnóstico de autismo em meninos em comparação ao diagnóstico em meninas.

Tabela 5 – Características da população: caracterização da população quanto ao gênero nas publicações de artigos com pesquisas empíricas em Análise do Comportamento sobre ensino de habilidades verbais utilizando PECS e língua de sinais para pessoas autistas

Categoria	Masculino		Feminino		Não descrito	Total
	nº	%	nº	%	nº	nº
PECS	34	87%	5	13%	0	39
Língua de sinais	41	80%	10	20%	0	51
Total	75	83%	15	17%	0	90

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

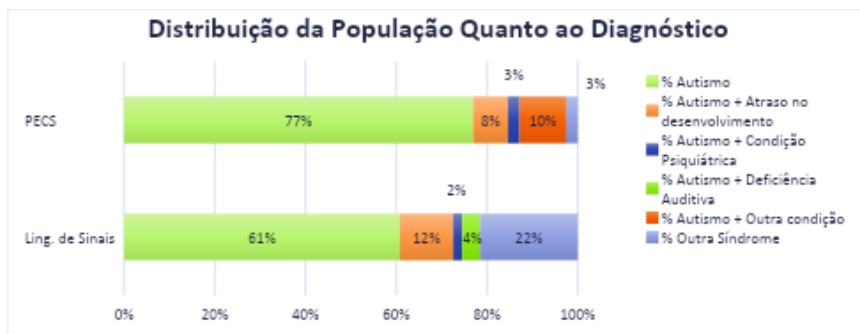
Sobre o diagnóstico (Figura 3), avaliamos a descrição para cada participante e classificamos o público em seis categorias: 1) Autismo; 2) Autismo + atraso no desenvolvimento; 3) Autismo + condição psiquiátrica; 4) Autismo + deficiência auditiva; 5) Autismo + outra condição; 6) Outra síndrome.

Nos estudos de PECS, participaram 39 pessoas; nos de língua de sinais, 51 pessoas. Em ambos os grupos, observamos a predominância do diagnóstico apenas de autismo. Nos estudos de PECS, 97% (n = 38) do público era constituído de autistas ou de autistas com outra condição associada. Já nos estudos de língua de sinais, 78% (n = 40) do público era de autistas ou de autistas com outra condição associada. Somando o público dos dois estudos, 12 indivíduos receberam o diagnóstico de “outra síndrome” (13,3%) – destes, 10 (83,3%) participaram de estudos publicados antes de 2013, ano que coincide com a



publicação de novos critérios diagnósticos para o autismo no *DSM 5*.

Figura 3 – Características da população: caracterização do público quanto ao diagnóstico nas publicações de artigos com pesquisas empíricas em Análise do Comportamento sobre ensino de habilidades verbais utilizando PECS e língua de sinais para pessoas autistas



Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.



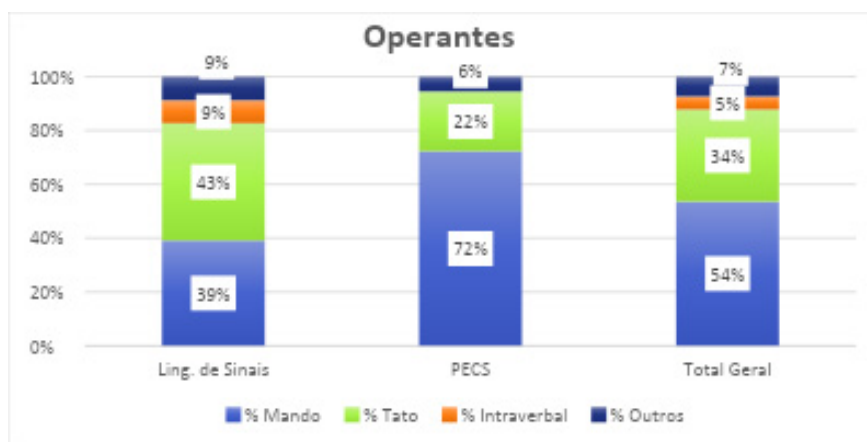
Metodologias e procedimentos de ensino

As metodologias utilizadas e os procedimentos de ensino foram analisados e classificados em relação aos operantes verbais alvo da intervenção: quanto ao procedimento de ensino de operantes únicos ou ensino de operantes múltiplos; quanto ao uso de dicas; quanto às fases de ensino; quanto à eficácia dos métodos.

Um dos critérios de análise dos estudos foi quanto aos operantes verbais que estavam sendo trabalhados em cada uma das pesquisas. Em alguns casos, mais de um operante estava sendo trabalhado num mesmo estudo (Figura 4).

Observamos que os estudos se concentraram nos treinos de mando e tato. Esse dado se difere dos resultados encontrados em estudos de revisão de literatura anteriores (Guerra; Almeida-Verdu, 2016; Balbino *et al.*, 2021), que apontaram que os operantes mando, ecoico e intraverbal foram os que mais apareceram em pesquisas sobre o ensino de habilidades verbais para pessoas autistas.

Figura 4 – Metodologias e procedimentos de ensino: principais operantes verbais identificados nos estudos empíricos em Análise do Comportamento sobre ensino de habilidades verbais utilizando PECS e língua de sinais para pessoas autistas



Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

A importância de respostas verbais com a função de mando para o desenvolvimento reside no fato de viabilizarem à criança pedir e receber o que quer ou o que precisa (Correa Martone, 2017). O emparelhamento do reforço incondicionado (comida ou bebida, por exemplo) a uma pessoa (fornecedora

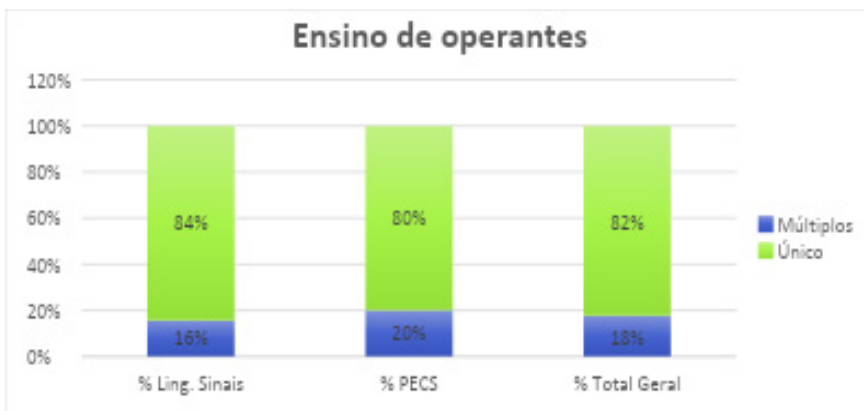
do reforço) faz com que ela assuma o valor de reforço condicionado, o que cria oportunidade para que outras classes de respostas verbais possam ser reforçadas por essa mesma pessoa.

As respostas com função de tato apresentam um reforço generalizado (um elogio, uma comemoração etc.) fornecido pela pessoa que assumiu o valor de reforço condicionado. As respostas de tato, inicialmente, ocorrem pelo emparelhamento de um estímulo visual com uma resposta verbal, ou seja, é possível treinar habilidades de tato a partir de elementos presentes no ambiente partilhado tanto do falante quanto do ouvinte. Para pessoas com repertório verbal restrito, o ensino do tato pode ser favorecido por essa disponibilidade dos estímulos no ambiente partilhado.

Na avaliação dos procedimentos de ensino adotados nos estudos, os resultados foram subdivididos em relação ao quantitativo de operantes trabalhados em cada um, podendo ser um estudo de ensino de exemplar único ou um procedimento de ensino de múltiplos exemplares (Figura 5). Esses resultados foram analisados quantitativamente. Outra subcategoria aponta para estudos realizados com treino direto e estudos com treino incidental (Figura 6).



Figura 6 – Metodologias e procedimentos de ensino: ensino de operante único x ensino de múltiplos operantes em estudos empíricos em Análise do Comportamento sobre ensino de habilidades verbais utilizando PECS e língua de sinais para pessoas autistas

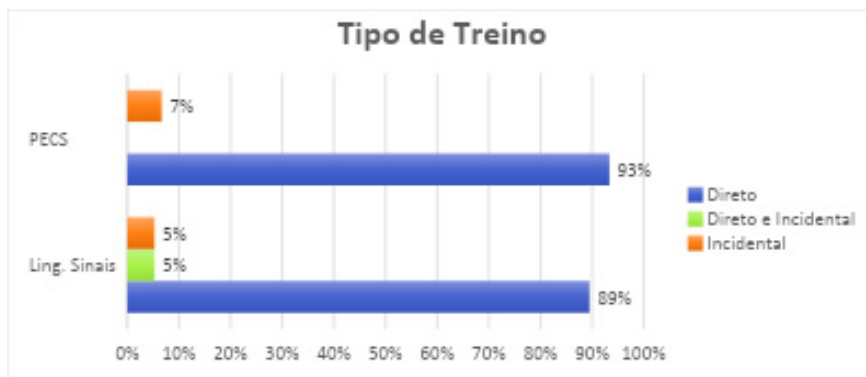


Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Quanto à estrutura de ensino, os resultados encontrados corroboram os achados de pesquisas anteriores (Guerra; Almeida-Verdu, 2016), em que os estudos que utilizaram procedimentos de ensino de operantes únicos são expressivamente maiores que aqueles que utilizaram procedimentos de ensino de operantes múltiplos.

Os treinos foram feitos, em sua maior parte, de maneira direta, isto é, o ambiente foi controlado ao máximo para que as variáveis dependentes sofressem o menor número possível de interferência de fatores externos. Os treinos incidentais, que ocorrem quando há interação o mais próximo possível de uma condição rotineira, acarretando menor controle das variáveis interferentes, apareceram com menor frequência.

Figura 6 – Metodologias e procedimentos de ensino: caracterização dos estudos empíricos em Análise do Comportamento sobre ensino de habilidades verbais utilizando PECS e língua de sinais para pessoas autistas quanto à estrutura de treino e ao controle de variáveis



Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Uma terceira caracterização foi quanto à metodologia de apresentação do estímulo e à utilização de dica. Nos procedimentos de ensino de língua de sinais, foi observada uma certa variação de metodologia de ensino acerca do modelo de dica utilizado para os treinos. Tais dicas foram utilizadas de maneira simples (dica única), de maneira combinada e de maneira comparativa (dica única e dica combinada), conforme apresentado na Tabela 6.



Tabela 6 – Metodologia e procedimentos de ensino quanto à utilização de dicas em estudos empíricos em Análise do Comportamento sobre ensino de habilidades verbais utilizando língua de sinais para pessoas autistas

Tipo de dica	Descrição da dica	Nº de trabalhos	%
Dica única	Dica intraverbal	1	5,26%
Dica única	Modelo físico para imitação	2	10,53%
Dica única	Dica com cartão; modelo físico para imitação	1	5,26%
Dica única	Modelo físico para imitação; dica intraverbal	1	5,26%
Dica única	Dica ecoica; modelo para imitação; dica gestual; figuras; objetos	1	5,26%
Dica combinada	Modelo físico para imitação + dica ecoica	8	42,11%
Dica combinada	Modelo físico para imitação + dica intraverbal	1	5,26%
Dica única e Dica combinada	Dica ecoica; modelo físico para imitação + dica ecoica	1	5,26%
Dica única e Dica combinada	Dica intraverbal; modelo físico para imitação + dica ecoica	1	5,26%
Dica única e Dica combinada	Modelo físico para imitação; modelo físico para imitação + dica ecoica; dica ecoica	2	10,53%
Total geral		19	100%

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

Observamos que, nos trabalhos sobre ensino de língua de sinais, houve a prevalência de estudos em que foram uti-



lizados modelos combinados de dicas (47,37%, $n = 9$) com a apresentação de um modelo físico para imitação associado a uma dica verbal (ecoica ou intraverbal). A apresentação de dica única foi utilizada em 31,7% ($n = 6$) dos estudos – metade deles feitos com a utilização de apenas um tipo de dica em todo o procedimento e a outra metade com mais de um tipo de dica, sendo apenas um tipo apresentado por vez. Os estudos em que houve comparação entre a apresentação de dica única e a apresentação de dicas combinadas somaram 21,05% ($n = 4$), sendo que, em todos os estudos (Valentino *et al.*, 2012; Sundberg *et al.*, 2000; Barrera *et al.*, 1980; Brady *et al.*, 1978), os autores indicaram os modelos combinados como sendo mais eficazes para o ensino quando comparados aos modelos simples. De modo geral, todos os estudos foram descritos como eficientes para o ensino de comunicação por língua de sinais.

Os trabalhos com PECS apresentaram diferenças quanto aos procedimentos (seguindo apenas o protocolo PECS, utilizando o protocolo PECS associado a outro procedimento ou utilizando uma modificação do protocolo PECS) e quanto às fases de ensino do PECS, resultados mostrados na Tabela 7.

Dos trabalhos apresentados, 20% ($n = 3$) não informaram em qual fase o PECS foi utilizado; as fases 1 e 6 foram utilizadas em um estudo cada (6,7%); 13,3% dos estudos ($n = 2$) utilizaram a fase 5; as fases 3 e 4 foram utilizadas em quatro estudos cada (26,7%), sendo estas as fases mais utilizadas. Quanto à metodologia de ensino, 13,3% ($n = 2$) dos estudos utilizaram métodos que combinavam o protocolo PECS a uma outra metodologia;



26,7% (n = 4) adotaram uma modificação do protocolo PECS e 60% (n = 9) seguiram o protocolo conforme o manual publicado pelos autores. Em 80% (n = 12) dos trabalhos, os autores apontaram o modelo de ensino como sendo eficaz; em 13,3% (n = 2), os autores indicaram resultados promissores (Landa *et al.*, 2016; Lund *et al.*, 2008) e em 6,7% (n = 1), os autores indicaram que o procedimento não se mostrou eficaz (Ganz *et al.*, 2010).

Nos estudos do PECS, não foi descrita a utilização de dicas, uma vez que o protocolo já prevê um esquema de utilização de dica física (levar o indivíduo até o alvo) associada à dica ecoica na fase 1.

Tabela 7 – Metodologias e procedimentos quanto à fase do PECS atingida e combinação de procedimentos em estudos empíricos em Análise do Comportamento sobre ensino de habilidades verbais utilizando PECS

Fase do PECS	Procedimento	Descrição do procedimento	Nº de trabalhos	%
NI	Combinado	Protocolo PECS + procedimento de intervenção mediada por pares	1	6,67%
NI	Combinado	Protocolo PECS + estímulo discriminativo para reforço e extinção	1	6,67%
1	Protocolo PECS	Protocolo PECS fase 1; imitação vocal	1	6,67%
3	Protocolo PECS	Protocolo PECS fase 3	2	13,33%
3	Protocolo PECS	Protocolo PECS fase 3 + reforço diferencial por ouvinte	1	6,67%



Fase do PECS	Procedimento	Descrição do procedimento	Nº de trabalhos	%
4	Protocolo PECS	Protocolo PECS fase 4	2	13,33%
5	Protocolo PECS	Protocolo PECS fase 5	2	13,33%
6	Protocolo PECS	Protocolo PECS fase 6	1	6,67%
3	PECS Modificado	Protocolo PECS fase 3 modificado	1	6,67%
4	PECS modificado	Protocolo PECS fase 4 modificado	2	13,33%
NI	PECS modificado	Protocolo PECS modificado	1	6,67%
		Total geral	15	100%

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.



Quando falamos em ocorrência e reforçamento de comportamentos verbais em crianças, inicialmente discorreremos sobre respostas incondicionadas emitidas de maneira espontânea e reforçadas de forma seletiva, de acordo com a comunidade verbal em que falante e ouvinte estão inseridos. Apesar de as primeiras respostas emergirem de forma espontânea, isso não quer dizer que estímulos antecedentes são irrelevantes. A relação entre condição antecedente, resposta e consequência constitui o sistema de contingências de três termos e é condição para o estabelecimento dos estímulos discriminativos.

Controlar os estímulos discriminativos é essencial para programas de ensino de habilidades verbais. Quando tais programas são utilizados para o ensino de pessoas autistas, uma questão que deve ser adicionada diz respeito à sensibilidade

da pessoa ao estímulo. Uma das características do autismo é a limitação de interesse por itens e atividades; nesse caso, é necessário controlar variáveis motivacionais para que as respostas desejadas tenham maior probabilidade de ocorrer.

Durante uma interação social em um episódio verbal, a resposta verbal do falante é reforçada pelo ouvinte. Contudo, pessoas autistas apresentam pouca sensibilidade aos reforços sociais e, por consequência, o reforço disponibilizado após a emissão de uma resposta verbal se faz insuficiente para a manutenção de tal resposta. Nos treinos de respostas com função de mando, além de reforço social, o falante tem acesso a um item ou atividade com valor de reforço. Como é uma resposta mediada pelo ouvinte em que o beneficiário é o próprio falante, o ouvinte pode assumir a função de reforço condicionado, criando condições para a emergência de outras classes de respostas verbais cujo reforço é social genérico. Considerando esse processo, poderíamos pensar que o treino de mando cria condições para o treino de outras respostas verbais para pessoas autistas com baixa sensibilidade aos reforços sociais.

Um aspecto relevante que apareceu nos estudos avaliados foi quanto ao desenvolvimento de habilidades de ouvinte. Tanto nos estudos do PECS quanto nos estudos de linguagens de sinais, respostas de ouvinte eram exigidas. As respostas de falante e ouvinte estão sob controle de estímulos distintos. O comportamento do ouvinte está sob controle de estímulos verbais antecedentes, enquanto as respostas de falante estão



sob controle de variáveis motivacionais e de respostas não necessariamente verbais do ouvinte.

Nos estudos do PECS, o protocolo prevê um procedimento de transferência de controle de estímulos para o comportamento do ouvinte de um antecedente não verbal para um antecedente verbal (o treino inicia com ajuda física, para que o aprendiz execute a ação de troca de figura diante de um estímulo físico – item ou atividade – presente no ambiente. Após certo tempo, o estímulo visual é substituído por um estímulo verbal – “o que você quer?” – antecedente, não havendo alteração na topografia da resposta apresentada pelo aprendiz).

Nos estudos com linguagens de sinais, não ocorreu um treino direto para a emergência de respostas de ouvinte. Contudo, em alguns estudos, dicas verbais com função de tato eram apresentadas simultaneamente a dicas de imitação. Nesses estudos, as respostas de falante emergiram com maior eficiência quando comparadas a respostas emitidas sem a presença do estímulo verbal associado. Tais resultados podem indicar que as habilidades de ouvinte já estejam presentes.

Considerando que as respostas de ouvinte não são necessariamente verbais, o repertório dessa classe de respostas pode ter sido estabelecido em ambiente natural em que houve o emparelhamento do antecedente verbal a uma resposta não verbal específica – por exemplo, ao estar em contato com o estímulo verbal “pegue o/a”, e ter a mão levada a um objeto, a criança aprendeu que uma certa resposta motora está associada ao estímulo antecedente “pegue o/a”.



Considerações finais

A metodologia adotada nesta pesquisa permitiu que fossem identificados, classificados e comparados de forma satisfatória os estudos experimentais que adotaram o delineamento de sujeito único para avaliar o ensino de operantes verbais para pessoas autistas, utilizando PECS e língua de sinais como métodos de comunicação aumentativa e alternativa.

Os resultados das análises indicaram que os estudos de língua de sinais se diferem entre si quanto ao tipo de dica utilizado no procedimento de ensino e quanto à utilização dessas dicas de modo único ou combinado. Na comparação entre a utilização de dica única e dica combinada, os resultados apontaram melhores resultados quando houve combinação de dicas.

Ao ser comparados, ambos os métodos se apresentaram eficazes para o ensino de habilidades verbais para pessoas autistas. Diferenças foram observadas acerca da abrangência etária do público: os estudos do PECS têm como público-alvo crianças entre 3 e 6 anos; já os estudos de língua de sinais abrangem indivíduos entre 3 e 18 anos. Quanto aos operantes treinados, as respostas com função de mando se apresentam com um volume significativamente maior que qualquer outro operante nos estudos de PECS, enquanto os estudos de língua de sinais trabalham de forma quase igualitária o ensino de respostas verbais com função de mando e de tato.

As pesquisas realizadas com PECS apresentaram diferenças nos procedimentos quanto à fase do protocolo,



utilização do protocolo original e utilização de uma versão modificada do protocolo PECS. Os estudos de língua de sinais apresentaram maior variação no desenho experimental, por não contar com um protocolo estruturado de ensino.

Não foram observadas diferenças nos relatos dos autores acerca da eficácia de cada um dos métodos adotados, contudo, as pesquisas sobre a utilização de língua de sinais se concentram no período anterior ao ano 2000, sendo necessárias evidências mais atuais.

Limitações do trabalho referem-se à base de dados utilizada para busca, que contempla apenas artigos indexados na Medline – base de dados de citações e resumos de artigos de investigação em biomedicina. Artigos indexados na área da educação não fizeram parte da busca.

Dispositivos tecnológicos têm sido utilizados como método de ensino de CAA, mas, devido aos custos de implementação e manutenção, não foram incluídos neste capítulo. Apesar de existirem aplicativos de CAA gratuitos, para que possam ser utilizados de forma consistente, é necessário que um aparelho tipo *smartphone* ou *tablet* esteja sempre à disposição do falante. O estudo concentrou-se em pesquisas em que foram utilizados PECS ou língua de sinais, deixando de fora outras estratégias comunicativas.

Considerando o comportamento verbal como um dos principais mediadores das relações sociais cotidianas, a aquisição ou o aumento do repertório de tais comportamentos objetiva contribuir de maneira significativa para a melhoria da



qualidade de vida dos indivíduos com TEA que apresentam restrições nas habilidades de comunicação e interação social. Estudos recentes apontaram resultados positivos na instalação e na ampliação dos repertórios de comportamento verbal com a utilização das duas metodologias avaliadas.

A maior parte dos estudos descritos (68%) tiveram como sujeito crianças diagnosticadas com transtorno do espectro do autismo, com idade entre 3 e 12 anos, período que coincide com a inserção dos indivíduos em ambientes pré-escolares e escolares, colocando-os em contato com uma variedade de contingências sociais em que são demandadas respostas de interação com pessoas que estão fora do círculo de cuidados pessoais. Nesse caso, as limitações tornam-se mais evidentes, exigindo providências específicas quanto às condutas educacionais e terapêuticas a serem adotadas.

Tem-se percebido um aumento no quantitativo de diagnósticos tardios de autismo – tanto por uma maior clareza dos critérios diagnósticos quanto pela divulgação de informações sobre o tema – e os programas de intervenção para este público necessitam de evidências mais robustas. Apesar de as evidências apontarem para maior eficácia na aquisição e no desenvolvimento de habilidades comportamentais em intervenções precoces (Goulart; Assis, 2002), estudos que alcançam a população adolescente e adulta com o diagnóstico de TEA também trouxeram resultados positivos sobre o treino de habilidades verbais para essa população; contudo, investigações mais recentes necessitam ser feitas.



As pesquisas e intervenções em Análise do Comportamento têm buscado identificar as relações entre o objeto de interesse e as contingências ambientais, com o objetivo de promover melhorias na qualidade de vida do sujeito e da sociedade como um todo. Tais procedimentos têm apresentado resultados positivos e promissores, como é o caso dos estudos mostrados neste capítulo. Seria importante que os analistas do comportamento se empenhassem na divulgação dos conhecimentos originados de suas pesquisas, em especial para o público brasileiro, a fim de que as práticas baseadas em evidências possam ser utilizadas em diversos contextos sociais – a exemplo de saúde pública, educação e educação especial, dentre outros.

Referências

AGIUS, M.M.; VANCE, M. A comparison of PECS and iPad to teach requesting to pre-schoolers with autistic spectrum Disorders. **Augment Altern. Commun.**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 58-68, 2016.

ALMEIDA, S.S.A.; MAZETE, B.P.G.S.; BRITO, A.R.; VASCONCELOS, M.M. Transtorno do espectro autista. **Residência Pediátrica**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 72-78, 2018.

ALZRAYER, N.M. Transitioning from a low- to high-tech Augmentative and Alternative Communication (AAC) system: effects on augmented and vocal requesting. **Augment Altern. Commun.**, [S.l.], v. 36, n. 3, p. 155-165, 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.



BALBINO, E.M.S.; LISBOA, M.F.L.S.; OLIVEIRA, N.C.S.; MAXIMIANO-BARRETO, M.A. Efeitos do ensino do comportamento verbal para pessoas com transtorno do espectro autista. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 651-658, 2021.

BARRERA, R.D.; LOBATO-BARRERA, D.; SULZER-AZAROFF, B. A simultaneous treatment comparison of three expressive language training programs with a mute autistic child. **J. Autism Dev. Disord.**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 21-37, 1980.

BARROS, R.S. Uma introdução ao comportamento verbal. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S.l.], v. 5, p. 73-82, 2003.

BELISLE, J.; STANLEY, C.R.; ALHOLAIL, A.M.; GALLIFORD, M.E.; DIXON, M.R. Abstraction of tactile properties by individuals with autism and Down syndrome using a picture-based communication system. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 52, n. 2, p. 467-475, 2019.

BOESCH, M.C.; WENDT, O.; SUBRAMANIAN, A.; HSU, N. Comparative efficacy of the picture exchange communication system (PECS) versus a speech-generating device: effects on social-communicative skills and speech development. **Augment Altern. Commun.**, [S.l.], v. 29, n. 3, p. 197-209, 2013.

BRADY, D.O.; SMOUSE, A.D. A simultaneous comparison of three methods for language training with an autistic child: an experimental single case analysis. **J. Autism. Child. Schizophren.**, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 271-219, 1978..

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.



BROWN, K.A.; WACKER, D.P.; DERBY, K.M.; PECK, S.M.; RICHMAN, D.M.; SASSO, G.M.; KNUTSON, C.L.; HARDING, J.W. Evaluating the effects of functional communication training in the presence and absence of establishing operations. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 33, n. 1, p. 53-71, 2000.

CARBONE, V.J.; SWEENEY-KERWIN, E.J.; ATTANASIO, V.; KASPER, T. Increasing the vocal responses of children with autism and developmental disabilities using manual sign and training and prompt delay. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 43, n. 4, p. 705-709, 2010.

CARR, E.G.; BINKOFF, J.A.; KOLOGINSKY, E.; EDDY, M. Acquisition of sign language by autistic children. I: Expressive labelling. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 489-501, 1978.

CARR, E.G.; KOLOGINSKY, E. Acquisition of sign language by autistic children. II: Spontaneity and generalization effects **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 297-314, 1983.

CARR, E.G.; KOLOGINSKY, E.; LEFF-SIMON, S. Acquisition of sign language by autistic children. III: Generalized descriptive phrases. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 217-229, 1987.

CHARLOP-CHRISTY, M.H.; CARPENTER, M.; LE, L.; LEBLANC, L.A.; KELLET, K. Using the Picture Exchange Communication System (PECS) with children with autism: assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 35, n. 3, p. 213-231, 2002.

DOHERTY, A.; BRACKEN, M.; GORMLEY, L. Teaching children with autism to initiate and respond to peer mands using Pic-



ture Exchange Communication System (PECS). **Behav. Anal. Pract.**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 279-288, 2018.

FALCOMATA, T.S.; WACKER, D.P.; RINGDAHL, J.E.; VINQUIST, K., DUTT, A. An evaluation of generalization of mands during functional communication training. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 46, n. 2, p. 444-454, 2013.

FULWILER, R.L.; FOUTS, R.S. Acquisition of American sign language by a noncommunicating autistic child. **J. Autism. Child Schizophr.**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 43-51, 1976.

GANZ, J.B.; LASHLEY, E.; RISPOLI, M.J. Non-responsiveness to intervention: children with autism spectrum disorders who do not rapidly respond to communication interventions. **Dev. Neurorehabil.**, [S.l.], v. 13, n. 6, p. 399-407, 2010.

GANZ, J.B.; PARKER, R.; BENSON, J. Impact of the Picture Exchange Communication System: effects on communication and collateral effects on maladaptive behaviors. **Augment Altern. Commun.**, [S.l.], v. 25, n. 4, p. 250-261, 2009.

GANZ, J.B.; SIGAFOOS, J.; SIMPSON, R.L.; COOK, K.E. Generalization of a pictorial alternative communication system across instructors and distance. **Augment Altern. Commun.**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 89-99, 2008.

GOULART, P.R.K.; ASSIS, G. Estudos sobre autismo em Análise do Comportamento: aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Rio Verde, v. 4, p. 151-165, 2002.

GUERRA, B.T.; ALMEIDA-VERDU, A.C. Ensino de operantes verbais em pessoas com transtorno do espectro autista no The Analysis of Verbal Behavior: revisão sistemática TT -



Teaching verbal operants in people with autistic spectrum disorder in *The Analysis of Verbal Behavior*: systematic review TT. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S.l.], v. 18, n. 2, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2022). **Censo demográfico 2022**: Resultados preliminares. IBGE.

HINERMAN, P.S.; JENSON, W.R.; WALKER, G.R.; PETERSEN, P.B. Positive practice overcorrection combined with additional procedures to teach signed words to an autistic child. **J. Autism. Dev. Disord.**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 253-263, 1982.

HORNER, R.H.; CARR, E.G.; STRAIN, P.S.; TODD, A.W.; REED, H.K. Problem behavior interventions for young children with autism: a research synthesis. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 32, n. 5, p. 423-446, 2002.

HUME, K.; STEINBRENNER, J.R.; ODOM, S.L.; MORIN, K.L.; NOWELL, S.W.; TOMASZEWSKI, B.; SZENDREY, S.; MCINTYRE, N.S.; YÜCESOY-ÖZKAN, S.; SAVAGE, M.N. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism: third generation review. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, [S.l.], v. 51, n. 11, p. 4013-4032, 2021.

KONSTANTAREAS, M.M.; OXMAN, J.; WEBSTER, C.D. Simultaneous communication with autistic and other severely dysfunctional nonverbal children. **J. Commun. Disord.**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 267-282, 1977.

KRAVITS, T.R.; KAMPS, D.M.; KEMMERER, K.; POTUCEK, J. Brief report: increasing communication skills for an elementary-aged student with autism using the Picture Exchange Communication System. **J. Autism Dev. Disord.**, [S.l.], v. 32, n. 3, p. 225-230, 2002.



LANDA, R.; HANLEY, G.P. An evaluation of multiple-schedule variations to reduce high-rate requests in the Picture Exchange Communication System. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 49, n. 2, p. 388-93, 2016.

LUND, S.K.; TROHA, J.M. Teaching young people who are blind and have autism to make requests using a variation on the Picture Exchange Communication System with tactile symbols: a preliminary investigation. **J. Autism Dev. Disord.**, [S.l.], v. 38, n. 4, p. 719-730, 2008.

MARTONE, M.C.C. **Tradução e adaptação do Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP) para a língua portuguesa e a efetividade do treino de habilidades comportamentais para qualificar profissionais**. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

NAM, S.S.; HWANG, Y.S. **Acquisition of Picture Exchange-Based vs. Signed Mands and implications to teach functional communication skills to children with Autism**, [S.l.], 2016.

NUNES, D.R.P.; NUNES SOBRINHO, F.P. Comunicação alternativa e ampliada para educandos com autismo: considerações metodológicas. **Revista Brasileira de Educação Especial**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 297-312, 2010.

OLIVEIRA, C. Um retrato do autismo no Brasil. **Revista Espaço Aberto**, São Paulo, v. 170, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa**: Transtorno do Espectro Autista. Washington, D.C.: OPAS, 2017.



PADEN, A.R.; KODAK, T.; FISHER, W.W.; GAWLEY-BULLINGTON, E.M.; BOUXSEIN, K.J. Teaching children with autism to engage in peer-directed mands using a Picture Exchange Communication System. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 45, n. 2, p. 425-429, 2012.

PARTINGTON, J.W.; SUNDBERG, M.L.; NEWHOUSE, L.; SPENGLER, S.M. Overcoming an autistic child's failure to acquire a tact repertoire. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 733-734, 1994.

PEREIRA, E.T.; MONTENEGRO, A.C.A.; ROSAL, A.G.C.; WALTER, C.C.F. Comunicação alternativa e aumentativa no trans-torno do espectro do autismo: impactos na comunicação. **CODAS**, São Paulo, v. 32, n. 6, 2020.

REMINGTON, B.; CLARKE, S. Acquisition of expressive signing by autistic children: an evaluation of the relative effects of simultaneous communication and sign-alone training. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 315-327, 1983.

SALVIN, A.; ROUTH, D.K.; FOSTER JR., R.E.; LOVEJOY, K.M. Acquisition of modified American sign language by a mute autistic child. **J. Autism. Child. Schizophr.**, [S.l.], v. 7, n. 4, p. 359-371, 1977.

SCHEPIS, M.M.; REID, D.H.; FITZGERALD, J.R.; FAW, G.D.; VAN DEN POL, R.A.; WELTY, P.A. A program for increasing manual signing by autistic and profoundly retarded youth within the daily environment. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 363-379, 1982.

SILVA, M.F.M. **Efeito de treino de mando através do PECS® sobre o desempenho de transposição entre operantes verbais**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicolo-



gia) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017.

SKINNER, B.F. **Comportamento verbal**. São Paulo: Cultrix, 1957.

SUNDBERG, M.L.; ENDICOTT, K.; EIGENHEER, P. Using intraverbal prompts to establish tracts for children with autism. **Anal. Verbal. Behav.**, [S.l.], v. 17, p. 89-104, 2000.

THIEMANN-BOURQUE, K.; BRADY, N.; MCGUFF, S.; STUMP, K.; NAYLOR, A. Picture Exchange Communication System and Pals: a peer-mediated augmentative and alternative communication intervention for minimally verbal preschoolers with autism. **J. Speech Lang. Hear Res.**, [S.l.], v. 59, n. 5, p. 1133-1145, 2016.

VALENTINO, A.L.; SHILLINGSBURG, M.A. Acquisition of mands, tacts, and intraverbals through sign exposure in an individual with autism. **Anal. Verbal. Behav.**, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 95-101, 2011.

VALENTINO, A.L.; SHILLINGSBURG, M.A.; CALL, N.A. Comparing the effects of echoic prompts and echoic prompts plus modeled prompts on intraverbal Behavior. **J. Appl. Behav. Anal.**, [S.l.], v. 45, n. 2, p. 431-435, 2012.

WATTERS, R.G.; WHEELER, L.J.; WATTERS, W.E. The relative efficiency of two orders for training autistic children in the expressive and receptive use of manual signs. **J. Commun. Disord.**, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 273-285, 1981.

WENDT, O.; HSU, N.; SIMON, K.; DIENHART, A.; CAIN, L. Effects of an iPad-based speech-generating device infused into instruction with the Picture Exchange Communication System for adolescents and young adults with severe autism spectrum disorder. **Behav. Modif.**, [S.l.], v. 43, n. 6, p. 898-932, 2019.





CAPÍTULO 8

EXPLORANDO AS INTERFACES CONCEITUAIS ENTRE MEDICALIZAÇÃO E PSIQUIATRIZAÇÃO

Ana Paula Cortez
Juliano Setsuo Violin Kanamota

Medicalização e psiquiatria referem-se a fenômenos correlatos, porém diferentes. Embora esses termos possam parecer intercambiáveis quando relacionados a uma definição específica de medicalização, podem apresentar diferenças conceituais significativas.

O presente capítulo caracteriza-se como uma pesquisa conceitual (Laurenti Lopes, 2016), cujo principal objetivo é identificar os significados atribuídos aos conceitos de psiquiatria e medicalização. Para isso, identifica as diversas definições encontradas na literatura, compara seus significados e explicita suas semelhanças, diferenças e intersecções.

Medicalização: definições e características do fenômeno

Medicalização é definida como a ampliação da esfera de atuação da medicina para fenômenos que não seriam, neces-



sariamente, médicos, tais como a saúde mental, a sexualidade, a velhice e a gravidez, entre outros. Desde o fim do século XVII e o início do XIX, a medicina tem se expandido para além do tratamento de doenças físicas e tem passado a se envolver com questões sociais e culturais. Esse processo de ampliação da esfera de atuação tem sido amplamente analisado e criticado, por transformar questões sociais em questões médicas (Moysés; Collares, 2013; Zorzanelli *et al.*, 2014).

A ampliação da discussão a respeito da medicalização trouxe consigo uma série de desafios e problemas, dentre eles, destaca-se a polissemia conceitual, que consiste no reconhecimento da existência de múltiplos significados atribuídos ao termo medicalização, o que pode levar a imprecisões analíticas e a uma série de equívocos em relação ao seu uso e apropriação em diferentes contextos (Santos; Zambenedetti, 2019).

A polissemia conceitual do termo medicalização tem sido significativamente criticada, com destaque para duas questões problemáticas: 1) sua excessiva abrangência e, como resultado disso, 2) a perda de sua precisão teórica (Zorzanelli *et al.*, 2014). Essa diversidade de significados pode levar a diferentes caminhos, resultando em equívocos ao se aplicar o conceito em distintos contextos. Em uma análise histórica e conceitual, Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014) encontraram quatro sentidos mais comumente designados ao termo.

O primeiro sentido, mais relacionado às discussões realizadas por Foucault (2001, como citado em Zorzanelli *et al.*, 2014), está relacionado à medicalização da vida cotidiana, ou



seja, estratégias de sanitização da população no contexto de emergência das estratégias biopolíticas (Santos; Zambenedetti, 2019). O segundo sentido diz respeito à transformação de comportamentos considerados indesejados ou desviantes em doenças ou transtornos, mais relacionado às discussões propostas por Conrad (1975; 1992). O terceiro sentido refere-se à ampliação dos limites da doença ao movimento de apropriação e controle médico sobre os processos de saúde-doença, sob um viés imperialista, que retiraria dos sujeitos sua autonomia para lidar com tais processos (Santos; Zambenedetti, 2019). Por fim, o último sentido aborda o fenômeno da medicalização como processo irregular, ou seja, não restrito apenas ao campo médico, sendo operado também na relação com outros profissionais e com a população, relacionando-se com a dependência dos serviços médicos e farmacêuticos (Santos; Zambenedetti, 2019).

Na obra de Foucault (2001, como citado em Zorzanelli *et al.*, 2014), o termo medicalização possui pelo menos dois sentidos interconectados, mas cronologicamente distintos. O primeiro está relacionado às medidas coletivas do Estado para conter, controlar e registrar doenças, além de desenvolver práticas de salubridade. O segundo sentido, derivado do primeiro e situado no contexto pós-Segunda Guerra Mundial, diz respeito à impossibilidade de se descrever experiências com o corpo humano que não passam pelo saber médico (Zorzanelli *et al.*, 2014).



O sociólogo Peter Conrad (1975) é responsável por duas definições amplamente conhecidas do conceito de medicalização que, apesar de provocarem controvérsias, tornaram-se padrões. A primeira definição enfatiza que a medicalização ocorre quando um comportamento é definido como um problema médico, permitindo que a profissão médica ofereça algum tipo de tratamento para ele. Já a definição mais recente expande essa ideia, descrevendo a medicalização como um processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos (Conrad, 1992). Em ambas as definições, a ênfase recai sobre o deslocamento de comportamentos que não eram considerados de competência médica para o campo de intervenção médica (Zorzanelli *et al.*, 2014).

Zola (1971, p. 500), em *Medicine as an institution of social control*, define o fenômeno da seguinte forma: “essa ‘medicalização da sociedade’ é resultado tanto do potencial da medicina quanto do desejo da sociedade para que a medicina utilize esse potencial”. Compreende-se, então, que o autor considera que a medicalização envolve uma expansão do domínio da racionalidade médica na sociedade, impulsionada pelo desejo da própria sociedade de que a medicina aproveite esse poder e o aplique.

Essa crítica revela a ampliação da atuação da profissão médica em áreas antes consideradas externas ao campo da saúde, abrangendo esferas como a espiritual, a moral, a legal e, por fim, a criminal. Com isso, questões sociais passaram a ser



progressivamente medicalizadas, isto é, interpretadas através da ótica da medicina científica como problemas a ser tratados como “doenças” (Carvalho *et al.*, 2015).

Rose (2007, como citado em Carvalho *et al.*, 2015) argumenta que a medicalização refere-se a um conceito suspeito que surge da atribuição ou inclusão de um problema que, originalmente, não é médico ao domínio da medicina. O autor considera a medicina como uma instituição de controle social, equiparando-a em magnitude à religião e à lei, e é a partir dessa caracterização que o fenômeno tem suas origens. Sob o pretexto de promover a saúde, a medicina se torna um repositório de verdades inquestionáveis, com especialistas proclamando juízos sob a pretensa objetividade e moralidade imparciais. Nesse cenário, o combate às doenças adquiria um caráter moral, impulsionado por uma retórica que culpava e atribuía responsabilidades ao indivíduo por sua própria enfermidade (Carvalho *et al.*, 2015).

De maneira concisa, as variações em torno do conceito de medicalização refletem a complexidade e a diversidade desse processo social e cultural. Ao longo desse período, a medicalização tem sido criticada, por reduzir a complexidade da saúde e da doença a aspectos biológicos, por negligenciar as dimensões sociais e culturais e por contribuir para a patologização de questões anteriormente consideradas parte da vida cotidiana (Zorzanelli *et al.*, 2014).

A expressão “medicalização” foi disseminada por alguns escritores, sendo Ivan Illich (1975) um dos precursores,



no livro intitulado *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Nesta obra, o autor alerta que o crescente poder médico estava minando as habilidades das pessoas em lidar com os sofrimentos e perdas inerentes à vida e com a própria morte, transformando as dificuldades da existência em doenças (Moysés; Collares, 2013).

Illich (1975) argumenta, ainda, que o sistema médico está, cada vez mais, promovendo a medicalização da vida, exercendo controle sobre indivíduos que não estão doentes, bem como sobre aqueles cuja cura não é racionalmente esperada. Além disso, esse sistema também engloba pessoas que enfrentam problemas para os quais os medicamentos prescritos pelos médicos têm resultados similares aos obtidos através de conhecimentos tradicionais transmitidos por familiares mais velhos e experientes (Illich, 1975).

A medicalização da vida social começa com a transformação de problemas sociais em problemas médicos. É a ampliação dos limites da doença que tem permitido a intervenção médica em aspectos cada vez mais amplos da vida das pessoas. A tendência a medicalizar a vida é o resultado de uma crescente dependência dos serviços médicos e farmacêuticos, que criaram mais problemas do que soluções (Illich, 1975, p. 41).

Conforme explicado pelo autor, a iatrogênese é um conceito que denota os prejuízos causados aos pacientes pelo sistema médico ou pela própria intervenção médica. Em termos



simples, ocorre quando a busca por cura ou tratamento de uma enfermidade resulta em efeitos adversos à saúde do paciente. Esse fenômeno pode se manifestar de diversas maneiras, como o uso excessivo de medicamentos, procedimentos médicos desnecessários ou até mesmo a excessiva medicalização da vida cotidiana, em que problemas comuns são transformados em questões médicas.

Em sentido mais amplo, a doença iatrogênica engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos. Chamarei iatrogênese clínica essa multidão de efeitos secundários, porém diretos, da terapêutica (Illich, 1975, p. 24).

O autor classifica a iatrogênese em diferentes tipos: 1. Iatrogênese Clínica, que resulta dos cuidados de saúde, incluindo as ações médicas e suas técnicas; 2. Iatrogênese Social, que descreve a medicalização da vida e suas consequências na sociedade; 3. Iatrogênese Cultural/Estrutural, que envolve a excessiva dependência da medicina e a diminuição da capacidade cultural das pessoas para lidar de forma independente com doenças, dor e morte (Tabet *et al.*, 2017).

Nesse sentido, a medicalização também pode ser vista como uma forma de dominação social e de opressão, já que impõe normas e padrões que, muitas vezes, não correspondem à diversidade e à complexidade do ser humano. Como destaca Illich (1975), a medicalização pode reduzir a autonomia e a liberdade dos indivíduos, tornando-os dependentes dos ser-



viços médicos e farmacêuticos. Além disso, pode criar novos problemas e patologias, como o uso excessivo de medicamentos e a medicalização da vida habitual.

Fundamentalmente, Illich (1975) argumenta que a medicina moderna, apesar de seus méritos, também pode ter impactos prejudiciais significativos na saúde das pessoas, devido à ênfase exagerada na intervenção médica. Ele ressalta a importância de reconhecer os limites da medicina e de buscar equilíbrio entre os benefícios e os riscos associados a ela.

Cecília Donnangelo, uma das primeiras autoras brasileiras a abordar o tema da medicalização, dedicou-se à pesquisa das conexões entre saúde e sociedade. Sua tese de doutorado, que ainda se mantém relevante após mais de 30 anos, analisa as ramificações desse projeto de medicalização na sociedade. Há quase dois séculos, deu-se início uma jornada que revela suas múltiplas manifestações nos tempos atuais, com ênfase na extensão da prática médica como elemento primordial (Moysés; Collares, 2013). A especialista no assunto destaca que, ao abordarmos a medicalização, é essencial considerar dois pontos principais que a caracterizam:

No que se designa por extensão da prática médica há que se destacar pelo menos dois sentidos que devem merecer atenção: em primeiro lugar, a ampliação quantitativa dos serviços e a incorporação crescente das populações ao cuidado médico e, como segundo aspecto, a extensão do campo da normatividade da medicina por referência às representações ou concepções de saúde



e dos meios para se obtê-la, bem como as condições gerais da vida (Donnangelo, 1979, p. 33).

A partir dos anos 1980 e 1990, a medicalização passou a ser vista como um fenômeno mais amplo e complexo, que envolve não apenas a atuação da medicina, mas também a indústria farmacêutica, os meios de comunicação, as políticas públicas e as práticas sociais. Essa ampliação do conceito de medicalização tem sido acompanhada pela crítica ao aumento do consumo de medicamentos e à medicação excessiva da vida cotidiana (Zorzanelli *et al.*, 2014).

Segundo Lemos *et al.* (2020), a expansão da medicalização na sociedade também está ligada ao processo de normalização, que consiste em estabelecer padrões de comportamento e de saúde considerados ideais e saudáveis. A medicalização se tornou uma forma de controlar o corpo e a mente das pessoas, padronizando comportamentos e impondo valores sociais. Como destaca Foucault (2001, como citado em Zorzanelli *et al.*, 2014), a normalização é uma prática presente em diversas áreas da sociedade.

Collares e Moysés (1994; 2013), pesquisadoras brasileiras que analisam e discutem o fenômeno da medicalização, concentram-se especialmente em suas implicações na área da educação. De acordo com as autoras, o conceito de medicalização envolve a conversão de questões de natureza não médica, principalmente originadas no âmbito social e político, em questões que são abordadas no contexto médico. Isso implica



buscar na medicina as razões e respostas para questões desse tipo. Em outras palavras, consiste em tentar encontrar no campo médico as causas e respostas para problemas que possuem natureza não puramente médica.

Esse processo de medicalização está ligado a uma visão da ciência médica que enfatiza o indivíduo como ponto central no entendimento de saúde e doença, priorizando uma abordagem biológica e organicista. Nessa perspectiva, a medicina é frequentemente utilizada como a principal forma de abordar e resolver essas questões, relegando outras dimensões importantes, como fatores sociais e políticos, a um segundo plano.

Por sua vez, Thomas Szasz (1979) nunca utilizou explicitamente o termo medicalização. No entanto, em seu livro *O mito da doença mental*, ele compreende o fenômeno de conversão direta de questões sociais e morais em doenças como um tema de grande preocupação na sociedade contemporânea. De forma indireta, Szasz (1979) descreve a medicalização como um processo em que os impasses sociais diários são agora rotulados como doenças, o que representa um desafio significativo nas sociedades modernas.

Portanto, a história da medicalização é marcada por uma complexidade de aspectos que exigem uma análise crítica e reflexiva sobre o papel da medicina e da saúde na sociedade contemporânea. É necessário questionar os padrões normativos e os valores sociais que sustentam a medicalização, além de se propor a buscar novas formas de cuidado e de promoção



da saúde que considerem a diversidade e a complexidade do ser humano.

Em suma, a medicalização é um fenômeno complexo e plurifacetado, que envolve a ampliação dos limites da doença, a medicalização da vida cotidiana, a dependência dos serviços médicos e farmacêuticos e a medicalização da vida mental e emocional.

Com base nas definições expostas, é possível reconhecer que as diversas nuances atribuídas ao fenômeno da medicalização abrangem: a medicalização da vida cotidiana, que envolve estratégias de higienização da população no contexto de táticas biopolíticas emergentes; a medicalização da esfera mental e emocional, caracterizada pela conversão de comportamentos tidos como indesejáveis ou desviantes em condições patológicas; a expansão das fronteiras da doença através do domínio e da supervisão médica dos processos de saúde-doença, muitas vezes assumindo uma perspectiva imperialista; a medicalização como um processo irregular, ultrapassando as fronteiras do campo médico para se inserir nas relações com outros profissionais e a sociedade em geral, alimentando a dependência dos serviços médicos e farmacêuticos; decorrente tanto do potencial intrínseco da medicina quanto do anseio da sociedade por essa exploração do potencial; um conceito questionável que emerge da atribuição ou inclusão de questões originalmente não médicas sob o domínio da medicina.

Portanto, ao redigir um trabalho sobre medicalização, é de extrema importância que o/a autor/a explique previa-



mente qual conceito de medicalização será utilizado. Assim, ao realizar essa breve explicação, é possível evitar equívocos e mal-entendidos sobre o tema e garantir a clareza de um referencial teórico específico (Zorzanelli *et al.*, 2014).

Após apresentar as principais definições dos mais variados autores sobre o fenômeno da medicalização, procederemos à introdução do conceito de “psiquiatrização”, elucidando sua definição e as implicações associadas a ele.

Psiquiatrização

Segundo Ferrazza (2013), o processo chamado de psiquiatrização da existência envolve ampliar os discursos e as práticas psiquiátricas, transformando aspectos da subjetividade e da existência humana em objetos de conhecimento, práticas e controle médicos. Nessa perspectiva, questões relacionadas à subjetividade são convertidas em queixas médicas e sintomas de supostos transtornos mentais, sendo categorizados em diagnósticos que sustentam práticas de controle psiquiátrico, prescrição de medicamentos psicofarmacológicos e internações em hospitais psiquiátricos.

Portanto, o processo de psiquiatrização fundamenta-se na implementação de práticas diagnósticas que embasam o exercício do controle psiquiátrico, incluindo a prescrição de medicamentos psicofarmacológicos e a realização de internações em hospitais psiquiátricos, o que caracteriza os pilares que orientam as práticas psiquiátricas. Segundo Aguiar (2004), a psiquiatrização refere-se, então, ao processo de entender e



interpretar as experiências humanas através de uma lente psiquiátrica. Isso envolve categorizar comportamentos, emoções e pensamentos de acordo com critérios diagnósticos estabelecidos em manuais como o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)* e a Classificação Internacional de Doenças (CID). Essa categorização é feita com a intenção de identificar transtornos mentais específicos (Ferrazza, 2013).

Nesse processo de psiquiatrização da vida, ocorre a proliferação de diversos rótulos diagnósticos, nos quais questões cotidianas e existenciais são transformadas em sintomas psiquiátricos. A psiquiatria, por meio de intervenções restritivas, busca submeter aqueles que ousam fugir dos padrões e normas estabelecidas, classificando-os em uma das inúmeras categorias diagnósticas apresentadas no *DSM*, um manual psiquiátrico que define doenças mentais e que, a cada nova edição, amplia suas possibilidades diagnósticas (Ferrazza, 2013).

Ferrazza (2013) realiza uma análise da polêmica em torno da nova edição do *DSM* e conclui que é possível identificar duas perspectivas em discussão: a primeira é representada por pesquisadores que adotam uma visão crítica em relação ao atual processo de psiquiatrização da vida e denunciam a expansão dos diagnósticos psiquiátricos para abranger diversos aspectos da experiência humana, além de ressaltar a ligação desses diagnósticos com abordagens de tratamento exclusivamente baseadas em psicofarmacologia. A segunda perspectiva é defendida por pesquisadores que estão alinhados com a abordagem estritamente biológica da psiquiatria. Esses



pesquisadores consideram que o *DSM-5* é um sistema classificatório distante das novas descobertas em pesquisas sobre os mecanismos biológicos, genéticos e neuroquímicos das “doenças mentais”. Eles se baseiam nos mais recentes estudos neurocientíficos que buscam desvendar a verdadeira realidade dos chamados “transtornos mentais” nas intrincadas conexões sinápticas, como o Research Domain Criteria (RDoC).

O RDoC representa uma iniciativa que visa reformular o processo diagnóstico, incorporando elementos como genética, neuroimagem, ciência cognitiva e outras fontes de informações, com o intuito de estabelecer as bases para um novo sistema de classificação (Insel, 2013 como citado em Zorzanelli *et al.*, 2014). O RDoC simboliza uma mudança em relação à abordagem tradicional, pois se concentra na investigação de mecanismos patofisiológicos específicos e na identificação de suas características celulares, subcelulares e moleculares dentro do espectro de fenótipos clínicos já conhecidos (Zorzanelli *et al.*, 2014).

Ferrazza (2013) afirma que, antes da publicação da nova edição do manual, a Sociedade Britânica de Psicologia também expressou sua posição e declarou a necessidade de modificar paradigmas na área da saúde mental. A entidade levantou preocupações sobre a inconsistência na formulação de novos diagnósticos psiquiátricos e o reducionismo biomédico associado à psiquiatria norte-americana. As denúncias da entidade britânica em relação ao *DSM-5* incluíam os seguintes pontos:



Segundo Barrow (2013, como citado em Ferrazza, 2013), o sistema diagnóstico analisado apresenta diversas fragilidades, como a inclusão de categorias diagnósticas cuja confiabilidade é questionável, o que compromete sua validade científica. Além disso, ele carece de uma revisão científica externa, considerada necessária por muitos especialistas. Há, ainda, o risco de comprometer a segurança do paciente, tanto pela facilidade na emissão de diagnósticos quanto pela criação de novas categorias diagnósticas sem base empírica sólida. Essa situação pode levar ao diagnóstico de pessoas que talvez não necessitassem de um rótulo psiquiátrico, favorecendo tratamentos desnecessários e possivelmente prejudiciais, especialmente com o uso de medicamentos, além de desviar recursos importantes da saúde mental de quem realmente precisa.

Na era da sociedade do desempenho, a psiquiatria está cada vez mais envolvida em desfocar a linha que separa o tratamento de supostas doenças mentais e a busca pelo aprimoramento físico e mental das pessoas. De acordo com vários estudiosos, esse fenômeno é marcado pela prática de prescrever medicamentos a indivíduos considerados saudáveis para torná-los além do que é considerado normal (Birman, 2014)

Como destaca Birman (2014), a lógica orientadora do processo de psiquiatrização busca medicalizar o que anteriormente era considerado dentro dos limites da normalidade. Portanto, se, no passado, a tensão pré-menstrual era associada à dor e à tristeza, essa condição foi redefinida na atualidade como uma síndrome específica, através da perspectiva



psiquiátrica sobre o estado normal. De maneira semelhante, a tristeza, uma emoção inerente à experiência humana, foi reinterpretada como a base para o surgimento das depressões, que ganharam status de epidemia psiquiátrica durante os anos 1980, com influência da prática médica.

Em resumo, as flutuações naturais do humor que sempre fizeram parte da vida humana foram recentemente abordadas pela psiquiatria, levando à caracterização da bipolaridade como nova síndrome a partir dos anos 2000. Isso resultou na prescrição de diferentes psicofármacos em comparação aos utilizados no tratamento da depressão (Birman, 2014).

O foco desta análise crítica reside na observação de como todas as emoções comuns aos seres humanos – essenciais até para a sobrevivência – têm sido indiscriminadamente submetidas a uma abordagem psiquiatrizante e, por vezes, superficial. Isso resulta no diagnóstico excessivo de qualquer comportamento ligeiramente divergente da norma como uma condição psiquiátrica. A terminologia contemporânea na literatura científica utiliza a expressão “comportamento natural ou normal” para descrever os padrões de comportamento que a Etologia, inicialmente, referia como “adaptativos”. Por outro lado, o que não se enquadra nesse conjunto de comportamentos é caracterizado como “anormal ou distúrbio comportamental” (Silva *et al.*, 2021).

As diferenciações entre comportamentos considerados típicos ou atípicos são, em grande parte, subjetivas, fundamentadas em avaliações principalmente descritivas, que se



concentram na aparência superficial do comportamento, muitas vezes desconsiderando ou minimizando os elementos relacionados ao contexto e à situação em que ocorrem (Broom; Fraser, 2010 como citados em Silva *et al.*, 2021).

A discussão aponta para a falta de justificativa ao se classificar um comportamento diferenciado como uma “enfermidade mental”, desconsiderando por completo o impacto da cultura e da história tanto do indivíduo quanto da espécie. Portanto, a crítica à psiquiatrização muitas vezes se concentra na necessidade de abordagens mais abrangentes que considerem não apenas os aspectos biológicos, mas também os sociais, emocionais e psicológicos das questões de saúde mental.

A Análise do Comportamento é uma das principais correntes da Psicologia, que surge como uma alternativa abrangente a todos esses aspectos. Sua base filosófica está enraizada no behaviorismo radical de B. F. Skinner, um renomado psicólogo americano, que compõe a ciência psicológica (Alencar, 2007). A Análise do Comportamento (AC) explora o estudo do comportamento humano complexo a partir de uma perspectiva contextual.

Nessa abordagem, a compreensão do comportamento humano requer a consideração da interação entre o indivíduo que age e o ambiente físico e social com o qual interage. Os analistas do comportamento reconhecem a importância de identificar os determinantes do comportamento humano em três níveis de seleção: a) filogenético (ligadas ao patrimônio



genético das espécies); b) ontogenético (relacionadas ao desenvolvimento dos repertórios comportamentais individuais); c) cultural (associadas às práticas em grupos de uma determinada cultura ou sociedade) (Santos *et al.*, 2018).

Nesse contexto, a Análise do Comportamento se destaca como uma disciplina científica que oferece uma compreensão profunda do comportamento humano, baseada no princípio do interacionismo entre o organismo e o ambiente, levando em consideração todos os fatores externos. Dessa forma, essa abordagem não atribui culpa ao indivíduo por suas ações, mas procura estabelecer relações de causa e efeito entre o comportamento e o contexto em que ocorre. Isso resulta em perspectivas que desafiam o paradigma da psiquiatria e da medicalização predominantes.

Sendo assim, conclui-se que o termo psiquiatria é utilizado para descrever o processo pelo qual comportamentos, emoções e experiências humanas são interpretados como sintomas de transtornos mentais tratáveis pela psiquiatria. A psiquiatria também pode ser utilizada para descrever a tendência de algumas sociedades em patologizar e estigmatizar comportamentos ou emoções que não se enquadram nos padrões sociais ou culturais considerados “normais”.

O termo psiquiatria é menos discutido e difundido em comparação com a medicalização. Há um menor número de pesquisas que exploram esse fenômeno em profundidade. No entanto, há uma relação intrínseca entre os dois termos. O conceito de psiquiatria pode variar de acordo com a



abordagem teórica utilizada para se referir à medicalização. Ele pode ser visto como sinônimo de medicalização, como uma manifestação de processos de medicalização em uma área específica ou até mesmo se apresentar bastante distinto do termo, dependendo do contexto e da perspectiva adotada.

Considerando definições que caracterizam a medicalização como a aplicação de abordagens psiquiátricas no tratamento de problemas de saúde mental, a psiquiatria se configura um sinônimo de medicalização. Também pode ser entendida como uma das esferas incluídas na medicalização, especialmente quando relacionada à extensão da medicina sobre diversas áreas da vida, essa que designou uma área específica para tratar “disfunções mentais” através de uma perspectiva organicista. Por outro lado, em alguns casos, a psiquiatria pode se afastar consideravelmente do conceito de medicalização, que abrange todas as esferas sociais com o objetivo de promover a saúde pública através da sanitização e da higienização social.



Comparação dos conceitos: medicalização e psiquiatria

1) Psiquiatria como sinônimo de medicalização

A psiquiatria frequentemente é usada como sinônimo de medicalização quando se refere à tendência de reduzir problemas emocionais, comportamentais e sociais a distúrbios psiquiátricos. Ambos os termos se referem ao processo de tratar questões psicológicas e emocionais como problemas

médicos que requerem intervenções médicas, incluindo medicamentos e terapias (Ferrazza, 2013; Conrad, 1975).

Quando alguém diz que uma condição foi “psiquiatrizada” ou “medicalizada”, geralmente está destacando o fato de que uma questão que poderia ser abordada de maneira mais ampla, considerando fatores sociais, psicológicos e culturais, está sendo compreendida por meio de categorias nosológicas, como prescrição de medicamentos psiquiátricos.

Um exemplo claro da psiquiatrização como sinônimo de medicalização se dá através da perspectiva de Conrad (1975; 1992), que caracteriza a medicalização quando um comportamento é reconhecido como um problema de natureza médica, o que possibilita à comunidade médica oferecer tratamentos específicos para essa condição (Zorzanelli *et al.*, 2014). A medicalização da esfera mental e emocional consiste na transformação de comportamentos considerados indesejáveis ou desviantes em doenças, sendo essa a interpretação fundamental da medicalização conforme o entendimento de Conrad (1975; 1992).

Outra comparação pode ser reconhecida na abordagem de Szasz (1979): o autor não fala diretamente da medicalização como fenômeno em si; entretanto, identifica a conversão direta de questões sociais e morais em doenças como uma questão de grande preocupação na sociedade contemporânea. De forma indireta, Szasz (1979) descreve a medicalização como um processo em que os conflitos cotidianos de ordem social



passam a ser classificados como doenças, representando um desafio significativo nas sociedades modernas.

Por isso, a psiquiatrização é frequentemente usada como sinônimo de medicalização, pois ambos os conceitos estão relacionados ao campo da saúde mental e à forma como os problemas psicológicos e emocionais são abordados pela sociedade e pela profissão médica.

2) Psiquiatrização como fenômeno distinto da medicalização

Entretanto, a medicalização e a psiquiatrização também podem ser considerados conceitos distintos, a depender de qual definição de medicalização se trata. Segundo Zorzanelli e Cruz (2020), em Foucault, o conceito de medicalização é mais amplo que o de psiquiatrização, pois não se restringe à patologização da vida mental, mas abrange diversas formas de intervenção médica nas esferas sociais e individuais. Nas discussões propostas por Foucault (2001, como citado em Zorzanelli *et al.*, 2014), a medicalização da existência está associada às táticas de higienização.

Na obra do autor, emerge um duplo significado para medicalização que se entrelaça, mas se distingue cronologicamente. O primeiro remete às ações coletivas do Estado para conter, regular e catalogar doenças, enquanto também elabora práticas de saúde pública. O segundo sentido, que se deriva do primeiro e floresce no período após a Segunda Guerra Mundial, está ligado à impossibilidade de relatar experiências



ligadas ao corpo humano que não estejam atravessadas pelo conhecimento médico (Zorzanelli *et al.*, 2014).

Zola (1971) oferece uma definição do fenômeno conhecido como “medicalização da sociedade”. Ele argumenta que esse fenômeno ocorre devido à combinação da capacidade da medicina com o desejo da sociedade de que a medicina exerça essa capacidade. Em outras palavras, o autor considera que a medicalização é o resultado da expansão da influência da lógica médica na sociedade, motivada pela vontade da sociedade de que a medicina utilize seu poder de influência de maneira abrangente e aplicada.

Donnangelo (1979) ressalta que, ao discutir o fenômeno da medicalização, é imperativo contemplar dois elementos centrais que o definem: ao explorar o que é conhecido como a expansão da prática médica, é necessário dar ênfase a pelo menos duas perspectivas que merecem consideração. Primeiramente, destacam-se o aumento quantitativo dos serviços médicos e a crescente inclusão das populações no cuidado médico. Em segundo lugar, é essencial observar a ampliação do âmbito de normalização pela medicina, que se baseia nas representações ou concepções de saúde e nos métodos para alcançá-la, assim como nas condições gerais da vida (Donnangelo, 1976).

Em resumo, sob essas concepções apresentadas, a psiquiatrização está mais relacionada à interpretação de questões sociais e emocionais sob uma perspectiva psiquiátrica, enquanto a medicalização envolve a transformação de aspectos



da vida humana em problemas médicos tratáveis com intervenções médicas, muitas vezes exagerando o papel da medicina na solução de problemas complexos e multifacetados. Ambos os fenômenos podem ter implicações importantes na forma como as pessoas percebem e abordam questões relacionadas à saúde mental e ao bem-estar emocional.

3) Psiquiatrização como uma das formas de medicalização

O fenômeno da medicalização ocorre através da criação ou incorporação de um problema “não médico” ao aparato da medicina (Rose, 2007 como citado em Carvalho *et al.*, 2015). Essa tendência acomete várias esferas da sociedade e se dá de várias formas; entre essas formas de medicalização, está a psiquiatrização. A psiquiatrização de alterações comportamentais converte comportamentos humanos considerados “desviantes/anormais” em patologias. A psiquiatrização age, então, como uma fábrica da loucura ao inferir que problemas cotidianos se configurem como doenças mentais tratáveis pela medicina.

De acordo com a perspectiva apresentada por Rose (2007, como citado em Carvalho *et al.*, 2015), o termo medicalização descreve uma ideia controversa que envolve a atribuição ou transferência de um problema que originalmente não possui natureza médica para o âmbito da medicina. Em outras palavras, a medicalização ocorre quando questões que tradicionalmente não seriam consideradas médicas passam a ser tratadas como problemas médicos. Isso pode envolver a



transformação de questões sociais, comportamentais e psicossociais em condições que requerem intervenção médica, muitas vezes levando à utilização excessiva de diagnósticos e tratamentos médicos.

Em sua segunda definição do conceito, Conrad (1992) caracteriza a medicalização como um procedimento em que questões que não possuem natureza médica são reinterpretadas e abordadas como problemas de saúde, comumente sendo enquadradas em categorias de doenças ou distúrbios.

Essa análise evidenciava a expansão do papel desempenhado pela profissão médica para abranger áreas que previamente eram consideradas fora do âmbito da saúde. Isso inclui esferas como as dimensões espiritual, moral, legal e até mesmo criminal. Consequentemente, questões de natureza social começaram a ser gradualmente abordadas sob a perspectiva da medicina científica, sendo interpretadas como passíveis de ser enquadradas como “doenças” e tratadas como tal (Carvalho *et al.*, 2015).

Sendo assim, ao compararmos as definições apresentadas, a psiquiatrização se caracterizaria como uma das formas de medicalização, porque envolve a aplicação de conceitos médicos e abordagens médicas para problemas de saúde mental e comportamento. Isso acontece quando questões que podem ser complexas, multifacetadas e influenciadas por fatores sociais, psicológicos e ambientais são reduzidas a diagnósticos médicos e tratadas principalmente com intervenções medicamentosas. Portanto, a psiquiatrização é uma manifes-



tação da medicalização, porque tende a enquadrar as questões de saúde mental em um paradigma médico, priorizando diagnósticos e tratamentos farmacológicos em detrimento de uma abordagem mais abrangente.

Considerações finais

A psiquiatrização refere-se ao processo pelo qual os problemas de saúde mental são abordados pela perspectiva médica e psiquiátrica. Isso envolve o diagnóstico e o tratamento de doenças mentais com base em critérios diagnósticos estabelecidos nos manuais médicos, como o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)* (Ferrazza, 2013). A psiquiatrização enfatiza a visão de que os transtornos mentais são primariamente causados por desequilíbrios químicos no cérebro e devem ser tratados principalmente com medicamentos.

Por outro lado, a medicalização é um conceito mais amplo, que se refere ao processo pelo qual questões sociais, comportamentais ou psicológicas são definidas e tratadas como problemas médicos em geral, não apenas no campo da saúde mental. Isso envolve atribuir uma causa médica a um problema que pode ter raízes mais complexas em fatores sociais, culturais, psicológicos ou ambientais. A medicalização implica a crença de que a intervenção médica, como o uso de medicamentos, é necessária para tratar esses problemas (Zorzanelli *et al.*, 2014).



Nesse sentido, a psiquiatria é uma forma específica de medicalização, pois se concentra especificamente na medicalização dos problemas de saúde mental. A psiquiatria enfatiza o papel da psiquiatria como a disciplina médica responsável pelo diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais, enquanto a medicalização pode ocorrer em outras áreas da saúde, como a medicalização da obesidade, do envelhecimento ou da vida sexual, por exemplo.

Ambos os conceitos são objetos de debates e críticas. Algumas críticas levantam preocupações sobre a redução dos problemas complexos de saúde mental a uma abordagem puramente biomédica, negligenciando fatores sociais, culturais e psicológicos importantes. Também há preocupações sobre o uso excessivo de medicamentos e a falta de ênfase em abordagens terapêuticas não medicamentosas.

No entanto, é importante notar que a psiquiatria e a medicalização também têm seu lugar legítimo na saúde mental. A intervenção médica pode ser vital em alguns casos, especialmente quando há desequilíbrios químicos subjacentes ou sintomas graves que colocam a pessoa em risco iminente. No entanto, encontrar um equilíbrio entre abordagens biomédicas e psicossociais é fundamental para uma compreensão mais fidedigna e compassiva da saúde mental.

Portanto, enquanto a psiquiatria é uma forma específica de medicalização no contexto da saúde mental, é importante reconhecer que nem todo processo de medicalização envolve um processo de psiquiatria.



Referências

AGUIAR, A.A. **A psiquiatria no divã**: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

ALENCAR, E.T.S. Análise do comportamento: do que estamos falando?. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 261-267, 2007.

BIRMAN, J. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 17, núm. esp., p. 23-37, 2014.

CARVALHO, S.R.; RODRIGUES, C.O.; COSTA, F.D.; ANDRADE, H.S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente?. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1269, 2015.

COLLARES, C.A.; MOYSÉS, M.A. Controle e medicalização da infância. **Desidades**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 11-21, 2013.

COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A patologização da educação)**, São Paulo, 1994.

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. **Social Problems**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 12-21, 1975.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, [S.l.], v. 18, p. 209-232, 1992.

DONNANGELO, C.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.



FERRAZZA, D.A. **A psiquiatrização da existência:** dos manicômios à neuroquímica da subjetividade. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2013.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde:** Nêmesis da medicina. 3. ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

LAURENTI, C.; LOPES, C., E. Metodologia da pesquisa conceitual em psicologia. *In:* LAURENT, C.; LOPES, C.E.; ARAÚJO, S.F. (org.). **Pesquisa teórica em psicologia.** São Paulo: Hogrefe, 2016.

LEMO, F.C.S.; GOMES, G.S.L.; OLIVEIRA, P.T.R.; GALINDO, D.C.G. Medicalização e normalização da sociedade. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 10, n. 3, p. 77-97, 2020.

MOYSÉS, M.A.; COLLARES, C.A. Controle e medicalização da infância. **Desidades**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 11-21, 2013.

SANTOS, F.M.S.; SOUZA, M.M.; MOURA, M.C.B.L.; FERREIRA, T.A.S. Medicalização da vida e análise do comportamento a partir de questões sociocientíficas. *In:* CONRADO, D.M.; NUNES NETO, N.N. (orgs.). **Questões sociocientíficas:** fundamentos, propostas de ensino e perspectivas para ações sociopolíticas. Salvador: Edufba, 2018. p. 245-259.

SANTOS, R.B.; ZAMBENEDETTI, G. Compreendendo o processo de medicalização contemporânea no contexto da saúde mental. **Latin American Journal on Health & Social Psychology**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 22-37, 2019.



SILVA, D.C.G.; MORAES, F.C.G.; CHAVES, P.O.; TORRES, B.D.; MORGHETTI, B.S. Distúrbio de comportamento: uma visão integrada da etologia e análise do comportamento. **Ciência Animal**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 105-119, 2021.

SZASZ, T.S. **O mito da doença mental**: fundamento de uma teoria da conduta pessoal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

TABET, L.P.; MARTINS, V.C.S.; ROMANO, A.C.L.; SÁ, N.M.; GARRAFA, V. Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1187-1198, 2017.

ZOLA, I.K. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 487-504, 1971.

ZORZANELLI, R.T.; CRUZ, M.G.A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, e190612, 2020.

ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.

ZORZANELLI, R.; DALGALARRONDO, P.; BANZATO, C.E.M. O projeto Research Domain Criteria e o abandono da tradição psicopatológica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 328-341, 2014.





CAPÍTULO 9

RUMOS E PERCURSOS DAS JORNADAS DE ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DO MATO GROSSO DO SUL (JAC-MS)

Rodrigo Lopes Miranda
Felipe Maciel dos Santos Souza
Pablo de Souza Cardoso



Há algumas décadas, a História, Filosofia e Sociologia das Ciências têm nos indicado que as Ciências são constituídas não apenas de seus parâmetros teórico-conceituais e propriedades intelectuais (e.g., Bourdieu, 2004; Fleck, 1935/2010; Kuhn, 1962/2007; Latour, 1999/2001; Latour; Woolgar, 1979/1997). As investigações derivadas de tais áreas nos indicam que as Ciências – incluindo a Psicologia – também se constituem por suas parcelas relacionais e institucionais. Ou seja, as Ciências se conformam pelas relações que cientistas estabelecem entre si, seja em formas de cooperação seja em mecanismos de competição. Ademais, as Ciências se estabelecem e se desenvolvem pelas interações que estabelecem com círculos sociais externos a elas, tais como a opinião pública, as agências de fomento, dentre outros. Nesse contexto, um dos

elementos primordiais da conformação das Ciências como empreendido intelectual e social é sua institucionalização por meio da criação de sociedades, editoração de periódicos, realização de eventos, etc. Logo, nos parece patente que tais mecanismos de institucionalização são pivotais tanto para o desenvolvimento das Ciências quanto para seu relacionamento com os pares e com os agentes externos à sua produção.

No que tange à história da Psicologia brasileira e, mais especificamente, na história da Análise do Comportamento no país, notamos o desenvolvimento das características mencionadas anteriormente. A título de exemplo, os debates acerca da regulamentação da formação e da atuação profissional do(a) psicólogo(a) no Brasil advém de articulações públicas de psicólogos(as) com agentes externos (e.g., opinião pública, políticos, etc.) e da participação de diferentes associações científico-profissionais, tais como a Associação Brasileira de Psicotécnica, Associação Brasileira de Psicólogos e a Sociedade de Psicologia de São Paulo (ver Miranda e Santos, 2022; Ramires, 2026). Particularmente no tocante à Análise do Comportamento, além de sua inserção clara na Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) capitaneada pela *the gang*¹ (Cândido, 2025; Souza; Andrade Filho; Miranda, 2021), notamos a criação de diferentes associações ao longo das décadas, tais como a Associação de Modificação do Comportamento (AMC), a Associação Brasileira de Análise do Comportamen-



1 Termo utilizado por Fred Keller para referir-se à primeira geração de analistas do comportamento do Brasil (Matos, 1998). A *gang* era formada por Rodolfo Azzi, Maria Amélia Matos, Carolina Bori, Maria Inês e Dora Fix.

to (ABAC) e a Associação Brasileira de Ciências Comportamentais (ABPMC). Nesse mesmo contexto, vemos a criação de periódicos específicos, tais como a *Modificação do Comportamento: pesquisa e aplicação* desenvolvida pela AMC, os *Cadernos e Análise do Comportamento* editorados pela ABAC e a *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* sob responsabilidade de ABPMC. Inclusive, a participação de tais instâncias institucionais da Análise do Comportamento brasileira tem sido alvo de investigações historiográficas contemporâneas (Botomé, 2006; Torres; Cândido e Miranda, 2020).

Esse contexto ampliado nos ajuda a entender o advento das Jornadas de Análise do Comportamento (JAC) no geral e, mais especificamente, das JAC do Mato Grosso do Sul (JAC-MS). De acordo com os materiais consultados (Val, 2022), a organização das JAC no Brasil é um movimento iniciado no início dos anos 2000. Uma das primeiras Jornadas foi a Jornada de Análise do Comportamento de Minas Gerais (JAC-MG), inicialmente intituladas Jornada Mineira de Ciência do Comportamento (JMCC), iniciada em 2000 e ainda em curso. Nos parece importante mencionar a JMCC // JAC-MG pois, como veremos, há influência mineira tanto no desenvolvimento da Análise do Comportamento Sul-mato-grossense quanto no modelo da JAC-MS. As JAC, de modo geral, são eventos regionais cuja organização se dá prioritariamente por estudantes de graduação e pós-graduação com o apoio de professores(as). Elas têm por função não apenas ser contexto para a interação entre analistas do comportamento, mas para o contato, muitas



vezes inicial, de estudantes potencialmente interessados(as) na área com aqueles(as) que já vêm desenvolvendo sua trajetória a mais tempo dentro da Análise do Comportamento. Foi com este fim que a JAC-MS foi estabelecida em 2016 e segue em curso até o momento em que escrevemos este capítulo, no ano de 2026.

A realização da I JAC-MS em 2016 não coincide com o desenvolvimento inicial da Análise do Comportamento no estado, muito pelo contrário, dista mais de 30 anos desde o ensino inicialmente promovido por Wilson Ferreira de Melo em meados da década de 1970 na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), campus Pantanal (Melo, 2016). Souza (2011) nos mostra que desde a inserção de Wilson Melo na região há o ensino do campo na região do MS. Conteúdos da Análise Experimental do Comportamento já constavam como partes dos programas e ementas de componentes curriculares obrigatórios da grade curricular do curso de Psicologia da UFMS em Corumbá, o primeiro do estado de Mato Grosso do Sul e segundo curso de Psicologia do Centro Oeste. A partir de 1981, com a criação da Clínica Escola, o Campus do Pantanal já oferecia capacitação em psicoterapia de base analítico comportamental por meio dos estágios obrigatórios em Psicologia Clínica para os alunos do último ano do curso (Melo; Souza; Flandoli, 2023)

A pesquisa de Souza (2011) nos indica, ainda, que até 2011, ano de publicação do trabalho, havia 35 disciplinas relacionadas à Análise do Comportamento em nove instituições de



ensino superior (IES). Em 2016, portanto, já havia uma história institucional da Análise do Comportamento no MS a partir da existência de disciplinas em variados cursos de graduação em Psicologia do estado, a participação de professores(as) e estudantes em apresentações de trabalho nos eventos da ABPMC, a publicação de textos com temáticas analítico-comportamentais em variados veículos, etc. Todavia, ainda não havia ocorrido, por razões desconhecidas por nós, a realização de JAC na região. Assim, naquele ano, em uma parceria entre a UFMS Campus Cidade Universitária e a Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), materializou-se a I JAC-MS. Ela foi organizada por estudantes de graduação da UCDB conjuntamente com André Augusto Borges Varela, Marina Castana Fenner, Rodrigo Lopes Miranda e Ronaldo Rodrigues Teixeira Júnior. Todos os(as) professores(as) partícipes desta organização são mineiros e haviam, durante sua trajetória, participado de JMCC // JAC-MG. Este ponto nos parece relevante porque auxilia na compreensão da forma como, até o presente momento, as JAC-MS vem se desenhando.

Primeiramente, a ideia é que ela fosse um evento descolado de uma sociedade ou associação científica *per se*. Ela seria produto das interações entre estudantes e professores(as) interessados(as) na área e que se dispusessem, gratuitamente, organizar o evento. Em segundo lugar, a proposta é que as JAC-MS fossem itinerantes, i.e., que elas pudessem visitar diferentes cidades do estado, além de variadas instituições de ensino superior (IES). Isso concorreria a uma melhor difusão



do campo, englobando aquelas pessoas interessadas, estando em IES privadas e/ou do interior do estado. Por fim, ela poderia produzir um livro, como memória documental (Sá, 2013), dos trabalhos visíveis e invisíveis do evento. Logo, o livro poderia delegar à posterioridade parte dos estudos apresentados nos dias do evento, além de materializar os trabalhos de organizadores(as) da JAC-MS que, usualmente, fica invisível quando a reunião científica está ocorrendo. Tais características, como Val (2022) demonstra em seu estudo, estiveram presentes ao longo da trajetória da JMCC // JAC-MG vivenciada pelos(as) professores(as) organizadores(as) da I JAC-MS. De 2016 a 2026, foram realizadas 8 JAC em quatro cidades diferentes do MS, envolvendo 8 IES (ver Tabela 8).



Tabela 8 – Histórico de realização das JAC-MS²

Ano	Cidade	IES	Professores(as) Organizadores(as)
2016	Campo Grande	UCDB	André Augusto Borges Varella, Marina Castana Fenner, Rodrigo Lopes Miranda e Ronaldo Rodrigues Teixeira Júnior
2017	Dourados	Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN)	Denise de Mato Manoel e Felipe Maciel dos Santos Souza
2018	Campo Grande	UFMS Campus Cidade Universitária	André Augusto Borges Varella, Lucas Ferraz Córdova, Rodrigo Lopes Miranda e Thaize de Souza Reis
2019	Corumbá	UFMS Campus Corumbá	Pablo Cardoso de Souza

² Em razão da pandemia de COVID-19, nos anos de 2020 e 2021 não ocorreram edições da JAC-MS.

Ano	Cidade	IES	Professores(as) Organizadores(as)
2022	Campo Grande	UCDB	Luziane de Fátima Kirchner e Rodrigo Lopes Miranda
2023	Paranaíba	UFMS Campus Paranaíba	Juliano Setsuo Violin Kanamota e Vinícius Ferreira Santos
2024	Campo Grande	UFMS Campus Cidade Universitária	Lucas Ferraz Córdova
2025	Campo Grande	UCDB e Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)	Ana Paula de Oliveira, Luziane de Fátima Kirchner, Jaume Ferran Aran Sebria e Rodrigo Lopes Miranda

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Em 2019 pela primeira vez JAC-MS foi realizada em Corumbá e, pela segunda vez, fora da capital do estado. Ela contou com a participação de conferencistas de diversas partes do país que abordaram temas variados, desde a pesquisa básica até temas de relevância social como os potenciais contribuições da Análise do Comportamento para a luta antirracista. Essa edição contou com a presença de 180 estudantes de graduação e pós-graduação de diversas partes do estado além da presença de profissionais da Psicologia e áreas a fins totalizando um público de 220 pessoas. Essa edição consolidou uma maior aproximação com temas contemporâneos da sociedade, incluindo no espectro político. Sua constituição exemplifica, como na obra que o(a) leitor(a) tem diante de si, uma trajetória de temáticas variadas circulantes entres os analistas do comportamento atuantes no MS. Portanto, historicamente, as JAC-MS tem sido espaço de circulação das diferentes áreas componentes da Análise do Comportamento (i.e., Análise Aplicada do Comportamento, Análise Experimental do Com-



portamento e Pesquisas Teórico-conceituais) e de temáticas muito distintas daquelas que, usualmente, se imaginaria para o campo (e.g., luta antirracista).

Como podemos observar na Tabela 8, houve um hiato entre os anos de 2019 e 2022 por força da pandemia de Covid-19. Em 2022 cogitou-se realizar a JAC em formato virtual até que, devido às condições sanitárias favoráveis propiciaram a realização do evento sediado na UCDB, que voltou a abrigar o evento em 2024 em parceria com a UFMS Campus Cidade Universitária. Em 2023 a JAC-MS retornou ao interior sendo sediada no campus da UFMS em Paranaíba. Essa sequência de eventos mostra a interlocução e parceria interinstitucional como pilar da manutenção da JAC-MS como um dos eventos acadêmicos mais tradicionais do estado.

Esses eventos, conjuntamente, foram responsáveis pela publicação de cinco livros, todos intitulados *Diálogos de Análise do Comportamento* seguido de seu respectivo volume (ver Tabela 9). Os livros indicados na Tabela 9 nos mostram que um conjunto de obras que se constituem por um levantamento sistemático de temas abordados em cada edição do evento, sempre alinhando a comunidade regional com os temas contemporâneos debatidos nas comunidades nacionais e internacionais da Análise do Comportamento. Cada coletânea contém textos que evidenciam a versatilidade da Ciência do Comportamento para a solução de diversas questões sociais além de demonstrar que eventos como a JAC servem de contexto para a interação entre analistas do comportamento que já



atuam profissionalmente, e para atrair a atenção de estudantes potencialmente interessados(as) nessa área do conhecimento, cada vez mais em ascensão no estado de Mato Grosso do Sul.

Tabela 9 - Histórico de Organização dos Livros *Diálogos de Análise do Comportamento*

Ano	Obra	Organizadores(as)	Editora
2016	Diálogos de Análise do Comportamento, vol. 1	André Augusto Borges Varella	Editora da UCDB
2021	Diálogos de Análise do Comportamento, vol. 2	Luziane de Fátima Kirchner, Pablo Cardoso de Souza e Priscila Ferreira de Carvalho Kanamota	Instituto Walden 4
2024	Diálogos de Análise do Comportamento, vol. 3	Marina Castana Fenner, Thaize de Souza Reis, Vinicius Santos Ferreira, Luziane de Fátima Kirchner	Editora Atena
2023	Diálogos de Análise do Comportamento, vol. 4	Felipe Maciel dos Santos Souza, Juliano Setsuo Violin Kanamota	Instituto Walden 4
2026	Diálogos de Análise do Comportamento, vol. 5	Luziane de Fátima Kirchner, Pablo Cardoso de Souza e Rodrigo Lopes Miranda	Edufal

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

A obra que o(a) leitor(a) tem diante de si, inclusive, faz parte dos registros materiais da oitava JAC-MS, realizada no ano de 2025. A proposta dos eventos, bem como dos livros, é que ao cumprir a difusão da Análise do Comportamento no MS, eles possam apresentar a Análise do Comportamento como um campo científicos disposto ao diálogo. Diálogo este que aparece pela presença de diferentes instâncias da área (e.g.,



Aplicada, Experimental, Histórica, Teórico-conceitual, etc.), pela interlocução com áreas afins (e.g., Educação, Medicina, Assistência Social, etc.), pela interação com outros campos da Psicologia (e.g., Psicologia Social, Avaliação Psicológica, etc.), dentre outros. Ademais, como o(a) leitor(a) pode ter percebido, tanto na Apresentação da obra quanto por percorrer suas páginas, é que temos autores(as) de diferentes regiões do país, mas com prevalência Sul-mato-grossense. Esta característica nos parece atravessar a história das JAC-MS: bastante envolvimento da comunidade regional sem prescindir das interlocuções com pesquisadores(as) relevantes advindos de outras regiões do país, inclusive da Argentina.

Assim, tanto a realização das JAC-MS quanto a organização dos livros *Diálogos de Análise do Comportamento* nos parecem vetores de institucionalização da Análise do Comportamento no MS. Elas têm operado, conforme esperamos ter elencado, como espaço para que os cientistas – e potenciais interessados(as) nesta ciência – estabeleçam relações entre si. Inclusive, estimamos que estejamos criando mais relações de cooperação – como os eventos com parcerias institucionais atestam e as múltiplas organizações de livros – do que de competição entre os partícipes da história da Análise do Comportamento, na região. Ademais, considerando uma década de sua primeira aparição no estado, nos parece que a JAC-MS tem se constituído como campo frutífero para a difusão da área no MS. Especialmente, em um cenário recente de expansão de cursos de graduação em Psicologia no estado, tal como os



curso da UEMS de Campo Grande e de Coxim. Estimamos, com isso, que tanto as JAC quanto os *Diálogos de Análise do Comportamento* sigam como parte da história institucional da Análise do Comportamento na região e que, cada vez mais, possam ser espaço de circulação de ideias e pessoas dispostas à cooperação e ao desenvolvimento da área.

Referências

BOTOMÉ, Sílvio Paulo. Contribuições, participação, organização e representação da análise experimental do comportamento nos eventos e na organização da Psicologia no Brasil: a ABPMC como condição e ponto de partida. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 217–231, 2006.

BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004.

CÂNDIDO, Gabriel Vieira. **Carolina Bori**: psicologia, educação e política científica. 1. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 2025. 170 f. Disponível em: <https://portal.sbpnet.org.br/livro/carolinabori.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2026.

FLECK, Ludwig. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. Obra original publicada em 1935.

KUHN, Thomas Samuel. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2007. Obra original publicada em 1962.



LATOUR, Bruno. O fluxo sanguíneo da ciência: um exemplo de inteligência científica de Joliot. In: LATOUR, Bruno. **A esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru: EDUSC, 2001. p. 97–132. Trabalho original publicado em 1999.

LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. **A vida de laboratório**: a produção dos fatos científicos. Tradução de Ângela Ramalho Vianna. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997. Trabalho original publicado em 1979.

MATOS, Maria Amélia. Contingências para a análise comportamental no Brasil. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 89–100, 1998.

MELO, Wilson Ferreira. O primeiro curso de Psicologia no oeste brasileiro. In: VARELLA, André Augusto Borges (org.). **Diálogos de análise do comportamento**. Campo Grande: Editora UCDB, 2016. v. 1, p. 17–36.

MIRANDA, Rodrigo Lopes; SANTOS, L. R. S. História e memória da profissão de psicólogo no Brasil: legislações e contexto sócio-histórico (1940–1950). **Memorandum**: Memória e História em Psicologia, Belo Horizonte, v. 39, 2022.

RAMIRES, Gabriela Syperreck. **Como formar um psicólogo?** Uma análise do processo de regulamentação da formação em Psicologia (1953–1964). 2026. 137 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2026.

SÁ, Celso Pereira de. A Psicologia Social da memória: uma sistematização teórico-conceitual. In: SÁ, Celso Pereira de; MENANDRO, Paulo Roberto Menandro; NAIFF, Luciene Alves



Miguez (org.). **Psicologia social e o estudo da memória social**. Curitiba: Appris, 2013. p. 13–25.

SOUZA, Felipe Maciel dos Santos. **Por uma história da análise do comportamento no Mato Grosso do Sul**. 2011. 68 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

SOUZA, Felipe Maciel dos Santos; ANDRADE FILHO, José Alberto Lechuga; MIRANDA, Rodrigo Lopes. A Psicologia em publicações científicas: um estudo histórico no periódico “Ciência e Cultura” (1949–1969). **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 357–378, 2021. DOI: 10.12957/epp.2021.59391.

TORRES, Jaqueline de Andrade; CÂNDIDO, Gabriel Vieira; MIRANDA, Rodrigo Lopes. Associação de Modificação do Comportamento: contingências para a institucionalização da análise do comportamento no Brasil. **Perspectivas em Análise do Comportamento**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1–16, 2020. Disponível em: <https://revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/636/322>. Acesso em: 1 jun. 2026.

VAL, Henrique Costa. Conhecer e avançar: um projeto de difusão da análise do comportamento em Minas Gerais. In: SOUZA, D. M. M.; SOUZA, F. M. S. (orgs.). **Ciências do comportamento: questões atuais, desafios e possibilidades**. [S. l.]: Schreiben, 2022. v. 1, p. 11–29.





SOBRE AUTORES/AS

Ana Paula Cortez

Psicóloga. Graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Câmpus de Paranaíba. Possui formação complementar em Relações Interpessoais: abordagem psicológica e Psicologia do Trabalho. Atua como psicóloga social na empresa Meta Central de Serviços.



Camila Menezes Teixeira

Psicóloga. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Doutoranda do Programa de Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (PPGSD/UFMS). Psicóloga organizacional e do trabalho na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

Divaldo de Canavarros de Abreu Junior

Psicólogo. Doutorando em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Mestre em Psicologia (UCDB). Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho (UCDB). Especialista em Psicopedagogia (UCDB). Especialista em Te-

rapia Cognitiva Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Possui formação em Psicoterapia Analítica Funcional pelo Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento (Ibac). Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS/Cpan). Atualmente, é psicólogo concursado pela Prefeitura Municipal de Sonora (MS).

Juliano Setsuo Violin Kanamota

Psicólogo. Professor adjunto do curso de Psicologia – bacharelado da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Paranaíba. Doutor em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo (USP).



Lívia Amorim Cardoso

Psicóloga. Graduada e especialista em Psicopatologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). Especialista em Autismo e Neurodiversidade pelo Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento (Ibac). Mestre e doutora em Psicologia com estágio em pós-doutorado (PUC Goiás). Professora adjunta do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS/Cpan).

Lucas Gonçalves da Silva

Psicólogo. Graduado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Especialista em Terapias Comportamentais Contextuais pelo Instituto Continuum/Centro Uni-

versitário Filadélfia (Unifil). Possui formação complementar em Psicoterapia Analítica Funcional (FAP). Atua como psicólogo clínico em consultório particular.

Lucas Ferraz Córdova

Psicólogo. Graduado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor associado nos cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Mestre em Psicologia e doutor em Ciências do Comportamento pela Universidade de Brasília (UnB). Coordenador do Grupo de Estudo e Pesquisa em Behaviorismo Radical e Análise do Comportamento (Gepebrac/UFMS).

Lucas Santos Rocha

Psicólogo. Graduado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Atua como psicólogo ocupacional na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Luziane de Fátima Kirchner

Psicóloga. Professora nos cursos de graduação e pós-graduação (mestrado e doutorado) em Psicologia. Mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).



Marcela Almeida Sousa de Moraes

Psicóloga. Graduada em Psicologia, mestra em Psicologia do Desenvolvimento e doutora em Cognição e Comportamento pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Terapias Comportamentais Contextuais com ênfase em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) pelo Instituto Continuum. Especialista em Terapia Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Professora adjunta I do Departamento de Psicologia da PUC Minas. Atua como coordenadora do Núcleo de Referência em Psicologia Prof. José Tiago dos Reis Filho (Nupsi/PUC Minas/Betim), como coordenadora do Laboratório de Análise Experimental do Comportamento e Cognição (Laecc/PUC Minas/Betim) e como coordenadora do Serviço de Urgências Subjetivas (Nupsi/SUS/PUC Minas/Betim). Psicóloga clínica em consultório particular.

**Marina Castana Fenner**

Psicóloga. Graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Especialista em Terapias Contextuais pelo Instituto Continuum/ Centro Universitário Filadélfia (Unifil). Coordenadora acadêmica da Pós-Graduação em Terapias Comportamentais Contextuais (ACT e FAP) do Instituto Continuum. Coordenadora da Pós-Graduação em Direitos Humanos das Mulheres da Novoeste. Psicóloga clínica em consultório particular.

Paolla Magioni Santini

Psicóloga. Graduada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Mestra e doutora em Psicologia com ênfase em Comportamento e Cognição pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSCar. Professora (nível adjunto II) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Campus Poços de Caldas.

Paula Helena Gomes de Moraes Ruiz

Psicóloga. Graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Câmpus do Pantanal. Mestra em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Doutoranda em Psicologia (UCDB). Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho (UCDB). Especialista em Psicopedagogia (UCDB). Especialista em Saúde Mental (UCDB). Atua como psicóloga efetiva pela Prefeitura Municipal de Sonora (MS).

Thais Ferro Nogara de Toledo

Psicóloga. Graduada pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Mestra em Análise do Comportamento pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e Doutora em Psicologia Experimental pela Universidade de São Paulo (USP). Professora associada do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).



Thais Porlan de Oliveira

Professora titular do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da UFMG e pesquisadora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre comportamento, cognição e ensino (Inct-Ecce). Coordena o Grupo de Pesquisa sobre Aprendizagem Relacional em Crianças (Gparc).

Vinicius Santos Ferreira

Psicólogo. Professor adjunto do curso de Psicologia – bacharelado da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Paranaíba. Mestre em Ciências do Comportamento pela Universidade de Brasília (UnB). Doutor em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).



A Edufal não se responsabiliza por possíveis erros relacionados às
revisões ortográficas e de normalização (ABNT).
Elas são de inteira responsabilidade dos/as autores/as.

