



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

O metamodelo evolucionário estendido

CAPÍTULO 2

O modelo que organiza os processos de mudança de qualquer abordagem — variação, seleção e retenção lidas nos domínios do funcionamento — e por que medir é parte de formular.

Lógica Psicológica

Prática Baseada em Evidências na Psicologia

PROFESSOR E PSICÓLOGO CLÍNICO

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Aprenda muito mais na

Comunidade Lógica Psicológica

Uma comunidade para quem quer:

- Ψ **Aprofundar o raciocínio clínico** com conteúdos que unem ciência, processos e análise funcional.
- Ψ **Estruturar uma prática ética e coerente**, com pensamento crítico e evidências atualizadas.
- Ψ **Desenvolver o self clínico** por meio de supervisão, leituras guiadas e construção em rede.

[Clique aqui e saiba mais](#)



O ESSENCIAL

- Ψ **O MEE não é uma abordagem: é um mapa.** Ele organiza processos de mudança de qualquer orientação (DBT, ACT, TCC) sob uma lógica comum.
- Ψ **Três eixos evolucionistas movem o modelo:** *variação* (novas respostas), *seleção* (o que se torna mais provável) e *retenção* (o que se mantém por sua função — mesmo quando desadaptativo).
- Ψ **O funcionamento é lido em seis domínios psicológicos** — self, cognição, afeto, atenção, motivação, comportamento — atravessados por níveis (biofisiológico, sociocultural) e pelo contexto. Daí *estendido*.
- Ψ **Processos são ciclos que se retroalimentam.** A intervenção mira o núcleo que sustenta a rede, não o sintoma de superfície — e trabalha um problema por vez.
- Ψ **Formular exige medir.** Cuidado Baseado em Mensuração e Avaliação Ecológica Momentânea tornam visível qual processo alimenta qual, guiando onde intervir.

Por que um *metamodelo* — e não mais uma escola

A segunda aula retomou o fio da primeira: os **protocolos manualizados** (ancorados em CID e DSM) são úteis para a pesquisa, mas engessam o olhar clínico quando tratam o paciente como se ele tivesse *apenas* a síndrome estudada. Se um número finito de intervenções se repete em protocolos de transtornos diferentes, faz mais sentido estudar **as intervenções e os processos que elas movem** do que multiplicar diagnósticos.

A **Terapia Baseada em Processos (TBP)** responde a isso com uma **formulação em ajuste constante**: identifica processos-alvo, intervém, reavalia e reformula. Isso tira do terapeuta a pressão do “jeito certo de fazer” — a intervenção é *tentativa e erro monitorada*, não aplicação cega de manual (Hofmann & Hayes, 2019). O deslocamento é do nomotético para o idiográfico: o foco é *esta* pessoa, neste contexto (Hayes et al., 2019).

A PERGUNTA QUE ORGANIZA

Em vez de “qual protocolo para este transtorno?”, a TBP pergunta “quais processos modificáveis, no contexto desta pessoa — e como se conectam?”.

O núcleo evolucionário: variação, seleção e retenção

O **Metamodelo Evolucionário Estendido (MEE)** parte de uma ideia simples: o comportamento se desenvolve e se mantém pelos mesmos três eixos que a biologia evolutiva usa para explicar sistemas complexos — **variação, seleção e retenção** (Hayes, Hofmann & Ciarrochi, 2020; Wilson et al., 2014).

VARIAÇÃO

Surgimento de novas respostas no repertório. Pouca variação — como no tédio que só encontra uma saída — já é fator de manutenção do sofrimento.

SELEÇÃO

Entre as respostas possíveis, uma se torna mais provável por sua função (ex.: a substância que alivia o tédio de imediato).

RETENÇÃO

O que “funciona” se mantém e se repete — mesmo desadaptativo —, porque cumpre uma função no contexto.

Ler um caso por esses eixos muda a pergunta clínica: não “como extinguir o comportamento?”, e sim “que *nova* resposta inserir (variação), o que a torna provável (seleção) e o que mantém a antiga no lugar (retenção)?”.

O NÚCLEO EVOLUCIONÁRIO**VARIAÇÃO**

Novas respostas surgem no repertório

**SELEÇÃO**

Uma se torna provável por sua função

**RETENÇÃO**

O que funciona se mantém, mesmo desadaptativo

Os três eixos que o metamodelo usa para ler qualquer processo, em qualquer domínio.

Os domínios do funcionamento — e por que “estendido”

O MEE lê o funcionamento humano em **seis domínios psicológicos**, que servem de mapa para localizar processos:

- Ψ **Self** — como a pessoa se percebe e se narra (ex.: “não sou bom o suficiente”).
- Ψ **Cognição** — pensamentos, regras, crenças, modos de interpretar.
- Ψ **Afeto** — emoções e sua regulação.
- Ψ **Atenção** — para onde a pessoa dirige (ou fixa) o foco.
- Ψ **Motivação** — valores, metas, o que aproxima ou afasta.
- Ψ **Comportamento** — o que a pessoa faz, no nível observável.

O modelo é **evolucionário** porque usa variação–seleção–retenção; e **estendido** porque lê esses domínios em **múltiplos níveis** — *biofisiológico* e *sociocultural* — e sob o **contexto**, que tem faces externas (ambiente, cultura) e internas (regras, crenças) (Hayes, Hofmann & Ciarrochi, 2020). É essa leitura multinível que faz do MEE um **guarda-chuva**: técnicas de DBT, ACT ou TCC entram conforme o domínio e o processo-alvo — não conforme o rótulo diagnóstico.

O TRABALHO MAIS DIFÍCIL

O manejo do **contexto cultural** costuma ser o mais desafiador: está entre os fatores que sustentam o sofrimento e raramente cabe no manual estreito.

Processos são ciclos, não caixas: a metáfora do vale

Os processos não são compartimentos isolados — eles se **retroalimentam**. O tédio leva ao jogo, que eleva a dopamina, que reforça o ciclo: fecha-se uma alça de manutenção. Entender essas *relações* entre eventos psicológicos (por exemplo, a ligação entre tédio e impulsividade) rende mais ao clínico do que decorar protocolos, porque é o que permite formular hipóteses e prever (Hofmann & Hayes, 2019).

Júlio usou a imagem de uma **bolinha que rola para um “vale”**: padrões repetidos (ruminar, isolar-se) têm um custo — o humor deprimido — e fazem a pessoa “cair” sempre no mesmo ponto. A terapia tira a bolinha do vale; mas, se os novos comportamentos não virarem **hábito** (retenção) e se o **núcleo** — a crença de incapacidade, a baixa autoestima — não for trabalhado, a bolinha volta a cair, mesmo com o humor já melhor. É um jeito intuitivo de dizer que intervir no sintoma de superfície não basta: é preciso mirar o processo que sustenta a **rede** (Borsboom, 2017).

Um problema por vez — e a função acima da forma

Diante de um paciente com vários problemas interligados, a orientação foi **trabalhar um problema por vez**, começando pelo **processo central** — muitas vezes um só, como a *impulsividade*, por trás de vários comportamentos. E, antes de tentar reduzir um comportamento, perguntar **qual é a sua função**.

O CASO BILL (EXEMPLO DA LITERATURA)

Num caso de depressão discutido no livro, a terapeuta focou ruminação e isolamento, mas não aprofundou a *função*. O isolamento de Bill **protegia** contra a crença de “não ser bom o suficiente” — um problema de self/autoestima. Enquanto a intervenção não tocasse essa crença de incapacidade relacional, o ciclo de sofrimento se mantinha.

Alição clínica: protocolos costumam não ajudar a **ver a função** do comportamento; a formulação por processos existe justamente para isso.

Do sintoma à prosperidade: etapas, recaída e psicoeducação honesta

O tratamento se organiza em **etapas interdependentes**: avança-se conforme o paciente mostra prontidão para novas demandas. E não se encerra na melhora superficial — é preciso **preparar para contextos futuros** (trabalho, família, parentalidade), onde ainda falta repertório.

Daí a centralidade da **prevenção de recaída**: quando alguém acredita que “resolveu” e perde a crítica sobre o risco, cabe uma **psicoeducação fria e real** — os contextos mudam, e recaídas podem acontecer (Marlatt & Gordon, 1985). Na redução de uso de substâncias, a escolha entre redução *gradual* e *abrupta* depende do dinamismo dos ciclos, do contexto e de quanto o uso afeta o funcionamento; se o paciente não consegue sair do contexto de uso, a redução gradual tende a ser mais indicada, e o **manejo da contingência** (dificultar o acesso) é parte do trabalho.

NOTA DE EVIDÊNCIA

Em aula citou-se que interromper abruptamente comportamentos muito dopaminérgicos pode agravar a compulsão. A lógica *gradual-vs-abrupta dependente de contexto* é consistente com a tradição de prevenção de recaída e redução de danos; o mecanismo neuroquímico específico fica como ponto a aprofundar com fontes primárias.

Com a maturidade profissional, a meta se desloca da mera **redução de sintomas** para ajudar o paciente a **prosperar** na vida como um todo — exatamente o horizonte que a TBP assume (Hayes, Hofmann & Ciarrochi, 2020).

Medir para formular: MBC e Avaliação Ecológica Momentânea

Formular por processos exige **medir**. O **Cuidado Baseado em Mensuração (MBC)** é a aplicação sistemática de instrumentos para entender padrões de funcionamento — e vai *além* de acompanhar sintomas: ajuda a **construir a rede** do paciente, mostrando como os sintomas se integram ao contexto para informar decisões (Scott & Lewis, 2015).

Vale distinguir dois usos:

Monitoramento de progresso — avaliações sessão a sessão, com medidas idiográficas ou nomotéticas.

Mensuração de resultado — instrumentos aplicados em intervalos maiores, para verificar a redução global dos sintomas.

A ferramenta mais potente citada foi a **Avaliação Ecológica Momentânea (AEM)**: coleta dados *em tempo real* no cotidiano, gerando muitas medidas repetidas (Shiffman, Stone & Hufford, 2008). Com elas dá para **ver graficamente qual processo alimenta qual** — por

exemplo, a preocupação piorando o afeto negativo —, o que indica onde intervir. É especialmente útil em pacientes com **oscilação alta** (como no funcionamento borderline). E ajuda a psicoeducar que o processo é **não linear**: ao introduzir novas aprendizagens, os sintomas podem até piorar temporariamente antes de estabilizar.

Referências

- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta-model. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E., & Ciarrochi, J. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40–53.
- Wilson, D. S., Hayes, S. C., Biglan, A., & Embry, D. D. (2014). Evolving the future: Toward a science of intentional change. *Behavioral and Brain Sciences*, 37(4), 395–416.
- Scott, K., & Lewis, C. C. (2015). Using measurement-based care to enhance any treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(1), 49–59.
- Shiffman, S., Stone, A. A., & Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 1–32.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Orgs.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13.
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C., & Lorscheid, D. N. (2021). *Learning Process-Based Therapy: A Skills Training Manual for Targeting the Core Processes of Psychological Change in Clinical Practice*. Oakland, CA: New Harbinger. [Ed. bras.: *Aprendendo a Terapia Baseada em Processos*, cap. 2.]

NOTA DE MÉTODO

Desidentifiquei as perguntas trazidas por participantes (referiam-se a pacientes reais); “Bill” é caso didático da literatura de TBP, não paciente da turma. Os seis domínios seguem a nomenclatura do EEMM (afeto, cognição, atenção, self, motivação, comportamento); “níveis” (biofisiológico, sociocultural) e “contexto” compõem a parte estendida/multinível. A afirmação, feita em aula, de que interromper abruptamente comportamentos dopaminérgicos piora a compulsão foi apresentada como racional clínico (prevenção de recaída / redução de danos), com o mecanismo específico sinalizado como ponto a aprofundar. Referências formalizadas e conferidas por busca.

Levar para a prática

Marque conforme experimentar em sessão — e salve o PDF para acompanhar.

- ☐ Numa formulação, nomeei processos nos domínios (self, cognição, afeto, atenção, motivação, comportamento) e como se conectam.
- ☐ Perguntei “qual a função deste comportamento?” antes de tentar reduzi-lo.
- ☐ Identifiquei o processo central (ex.: impulsividade, crença de incapacidade) que sustenta vários sintomas — e escolhi um problema por vez.
- ☐ Pensei o caso em variação / seleção / retenção: que resposta nova inserir, o que reforça a antiga, o que a mantém.
- ☐ Combinei alguma forma de mensuração (sessão a sessão ou AEM) para ver qual processo alimenta qual.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O texto fica salvo no PDF.

1. O que quer dizer cada eixo — variação, seleção e retenção — e por que a baixa variação de repertório funciona como fator de manutenção do sofrimento?

2. Por que o modelo se chama “estendido”? Como os seis domínios se relacionam com os níveis (biofisiológico, sociocultural) e com o contexto?

3. No caso de Bill, por que focar a função do isolamento (proteger da crença de “não ser bom o suficiente”) muda a intervenção em relação a apenas reduzir ruminação e isolamento?

4. Que diferença há entre monitorar progresso e mensurar resultado — e o que a Avaliação Ecológica Momentânea acrescenta à construção da rede do paciente?