



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

Aceitação

CAPÍTULO 4

A habilidade que se comunica mais pelo que o terapeuta deixa de fazer do que pelo que faz. Por que aceitar não é concordar, por que conselho bem-intencionado gera resistência, e onde essa postura encontra seus limites reais.

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 **Aceitação é ouvir sem pré-julgamento nem condenação** — e se comunica, em boa parte, pelo que o terapeuta *não* faz: desaprovar, corrigir, rotular, advertir, envergonhar.
- Ψ **Aceitar não é concordar.** É reconhecer que, agora, é isso que está acontecendo. O critério não é moral, é de efetividade: esse comportamento aproxima ou afasta o paciente dos próprios valores?
- Ψ **Quem se sente inaceitável fica imobilizado.** A experiência de ser aceito sem condições é o que abre espaço para mudar — não o contrário.
- Ψ **Conselho diretivo aciona reatância:** a pessoa reage contra a orientação mesmo concordando com ela, porque a autonomia foi ameaçada.
- Ψ **Curiosidade funciona melhor que expertise.** Perguntar com interesse genuíno desarma mais do que explicar bem.

A habilidade que vem antes das outras

O capítulo abre com uma afirmação forte: para alguns autores, a aceitação sem julgamento é **a mais importante das habilidades terapêuticas**. A definição é simples de enunciar e difícil de sustentar — capacidade de ouvir sem preconceito, pré-julgamento ou condenação, aceitando o paciente **sem que ele precise atender a critérios para ser respeitado**.

A implicação operacional é onde a coisa aperta: suspender, durante o atendimento, as próprias regras de mundo. Sem isso, instala-se o que se pode chamar de **solipsismo clínico** — a visão do terapeuta vira a medida do correto, e a do paciente vira o que precisa ser corrigido.

E há um pressuposto embutido nessa postura, que vale explicitar porque não é neutro: **seres humanos têm valor inerente e merecem respeito sem precisar conquistá-lo**. Quem se sente inaceitável tende a ficar imobilizado. A experiência inversa — aceitação incondicional vinda de um cuidador, de alguém próximo ou do terapeuta — é o que destrava.

Três visões sobre a natureza humana

O capítulo apresenta três pressupostos possíveis, que funcionam como pano de fundo silencioso da postura clínica:

- Ψ Pessoas são fundamentalmente **egoístas, hostis e destrutivas**.
- Ψ Pessoas **não têm natureza fundamental** — são produto de genes e ambiente.
- Ψ A predisposição natural é ser **colaborativa, construtiva e confiável**, ao menos quando há condições favoráveis.

Nenhuma pode ser provada. Mas adotar uma delas tem consequência: a primeira produz hipervigilância e desconfiança; a segunda, neutralidade; a terceira, engajamento e aposta no potencial do paciente. E como tendemos a agir de modo a confirmar a própria premissa, o mecanismo é de **profecia autorrealizável**.

Uma ponte que o encontro deixou aberta

A terceira visão condiciona a predisposição colaborativa a “condições favoráveis” — e é exatamente aí que ela encontra a **teoria biossocial** da DBT. Se o comportamento desregulado emerge da transação entre vulnerabilidade emocional e **ambiente invalidante** (Linehan, 1993), então não é preciso escolher entre “as pessoas são boas” e “as pessoas são difíceis”: o que varia é o contexto que selecionou aquele repertório. A aposta na terceira visão deixa de ser otimismo e vira leitura funcional.

Aceitar não é concordar

É a confusão mais comum, e desfazê-la é metade do capítulo. **Aceitar que um comportamento ou uma realidade existe não implica julgá-los bons, nem que devam continuar.** Significa reconhecer que, naquele momento, é isso que está acontecendo.

O terapeuta sustenta duas verdades ao mesmo tempo: aceita o paciente como ele está agora e trabalha para que ele construa uma vida que valha a pena. Negar ou lutar contra a realidade mantém a pessoa presa — é a aceitação que dá tração para começar a mudar.

O critério que substitui a moral

O foco não é moral, é de **efetividade**: esse comportamento aproxima ou afasta o paciente dos próprios valores? Um comportamento vira alvo clínico por ser *inefcaz* para a vida que ele quer — não por ser condenável.

A discussão do encontro acrescentou uma camada importante: a aceitação incondicional é necessária justamente para os aspectos **imperfeitos** do paciente, não para os admiráveis. Aceitar o que é fácil de aceitar não é habilidade — é preferência. O trabalho do clínico é compreender a **função histórica** e o contexto que levaram àquele comportamento, e é isso que torna possível trabalhar mudança depois, num ambiente de confiança.

Houve também um ponto sobre **experiência emocional corretiva**: para pacientes com histórico de desaprovação sistemática, a atitude de aceitação pode ser a primeira vez que são validados sem condições. Isso não é acessório ao tratamento — para alguns casos, é o tratamento começando.

Aceitação e atenção plena

O capítulo conecta a atitude à prática de atenção plena: observar a experiência imediata do outro sem necessidade de julgar, avaliar, aprovar ou desaprovar — apreciação receptiva do que é, e não do que *deveria ser*.

E o próprio autor antecipa a objeção: isso não é dar permissão para o paciente fazer o que quiser. O que se reconhece é o **direito dele, como indivíduo autodeterminado, de não mudar** — o que, paradoxalmente, é parte do que torna a mudança possível.

O que a evidência sustenta

O capítulo reúne achados de revisões amplas sobre aceitação do terapeuta e desfecho:

- Ψ **Terapeutas afetuosos, receptivos e democráticos** associaram-se a prognósticos avaliados de forma mais otimista; os diretivos, moralistas, frios e severos, a prognósticos mais pessimistas.
- Ψ **Melhores desfechos** em terapeutas descritos como respeitosos, simpáticos e ativos; piores, em superficiais, impessoais e passivos.
- Ψ Em Orlinsky, Grawe e Parks (1994), **56% de 154 efeitos** foram positivos — subindo para **65%** quando os atributos eram julgados pela perspectiva do próprio cliente.
- Ψ Com aceitação avaliada por observadores externos e desfecho medido objetivamente, relação positiva em **62%** dos achados (Orlinsky & Howard, 1986).
- Ψ Quando terapeuta e cliente relatavam aceitação mútua: **79%**.

Como ler esses números

São **contagens de achados positivos** (box score) em revisões dos anos 1980–90, não tamanhos de efeito de metanálise contemporânea. A síntese mais atual é mais modesta e mais informativa: a metanálise de consideração positiva com 64 estudos encontrou associação **pequena a moderada** com desfecho ($g = 0,28$; Farber, Suzuki & Lynch, 2018). O sentido do achado se mantém — aceitação importa —, mas a magnitude é a de um fator relacional entre outros, não a de um determinante isolado.

O achado sobre minorias

Um moderador merece destaque: o impacto positivo da aceitação **aumentou proporcionalmente à porcentagem de minorias raciais e étnicas na amostra** (Orlinsky et al., 1994; replicado em Farber & Doolin, 2011). O padrão ecoa um achado metanalítico sobre entrevista motivacional, cujo tamanho de efeito quase triplicou em amostras majoritariamente compostas por minorias ($d = 0,79$) frente a amostras não minoritárias ($d = 0,26$) (Hettema, Steele & Miller, 2005). Em ambas as revisões, os terapeutas eram majoritariamente não pertencentes a minorias.

A leitura proposta: um estilo empático e receptivo pode ser **ainda mais decisivo com pessoas em desvantagem social**, menos habituadas a esse tipo de tratamento, e em contextos de diferença sociocultural significativa entre terapeuta e paciente.

A síntese honesta dos próprios autores fecha a seção: há evidência ampla de que clientes cujos terapeutas comunicam aceitação obtêm melhores resultados — mas esse é **um entre vários atributos** que, combinados, ajudam a explicar por que terapeutas que supostamente usam as mesmas técnicas obtêm desfechos tão diferentes.

Reatância, resistência e a postura de especialista

Reatância psicológica (Brehm, 1966) é a tendência das pessoas a agir de forma contrária à persuasão ou a conselhos indesejados — **mesmo quando concordam com eles**. O aconselhamento comportamental é terreno especialmente fértil para isso, porque o poder de decisão sobre o próprio comportamento é sempre do paciente.

A discussão do encontro localizou o gatilho com precisão: a reatância aparece quando o terapeuta adota **postura de especialista ou professoral**. Mesmo que o paciente concorde intelectualmente com a necessidade de mudar, a ausência de validação emocional produz defensiva e estagnação.

Há aqui uma autocrítica dirigida ao campo, e vale registrá-la: terapeutas cognitivo-comportamentais tendem a **focar excessivamente na mudança**, pulando a etapa de aceitação. A recomendação prática, especialmente nas primeiras sessões: evitar o modo professoral, ouvir, acolher, entender o contexto — antes de sugerir estratégia.

Curioso, não especialista

Ser um terapeuta **curioso** é mais eficaz do que ser um terapeuta especialista. Perguntas que demonstram interesse genuíno desarmam a reatância e aprofundam a conexão — enquanto a explicação bem construída, oferecida cedo demais, produz alguém que precisa se defender dela.

Sobre a palavra “resistência”

Um dos momentos mais afiados do encontro foi a revisão do próprio conceito de resistência, em diálogo com Linehan. O argumento: **rotular o comportamento do paciente como resistência à mudança, atribuindo-o à patologia, produz uma visão pejorativa** que cria distância emocional e impede a conexão empática.

A alternativa é assumir a **coparticipação**: desfechos negativos emergem da *transação* entre a intervenção do terapeuta e a vulnerabilidade do paciente — não são responsabilidade exclusiva de quem é atendido. Quando o paciente “resiste”, a primeira pergunta é o que na condução produziu aquilo.

Como se comunica aceitação — e o problema do silêncio

O capítulo contrasta duas posturas diante do mesmo conteúdo clínico:

Diretiva / confrontadora

Assume papel de especialista, psicoeduca e orienta sobre o que fazer. Evoca defensividade: o paciente sente que precisa se justificar. Risco de reatância — ele reage contra o conselho mesmo concordando.

Colaborativa / de aceitação

Oferece a ideia como possibilidade, pede permissão antes de compartilhar, reconhece que a decisão é dele. Verifica se está acompanhando, reconhece resistências sem insistir, muda de abordagem conforme a resposta.

Confrontar é a resposta terapêutica com maior potencial de comunicar julgamento: discordar, corrigir, envergonhar, rotular, questionar a honestidade do paciente de forma direta. Poucas respostas desse tipo bastam para comprometer uma sessão que seria produtiva.

Há uma exceção, e ela tem condição: uma confrontação gentil, **dentro de um vínculo já estabelecido** de confiança, empatia e aceitação, pode promover autoexploração. Fora desse contexto relacional prévio, não.

O silêncio é uma forma imperfeita

Calar-se evita o julgamento explícito — mas o paciente tende a **preencher o silêncio com as próprias suposições e medos**. Por isso comunicar aceitação ativamente costuma funcionar melhor do que apenas se abster de julgar. E há um detalhe que o capítulo registra: a desaprovação, quando existe, **vaza pelo tom de voz** mesmo sem palavras de julgamento.

O encontro aprofundou esse ponto, e a discussão foi melhor que o capítulo. Foi levantada a dificuldade específica de manter silêncio quando o comportamento do paciente é percebido pelo clínico como deplorável — nesses casos, o silêncio pode **confirmar o julgamento que o paciente já faz de si**, ou abrir espaço para que ele exagere a própria interpretação negativa.

Duas saídas práticas trazidas na discussão

Ler a fisionomia e checar. Ao decidir manter o silêncio, observar a reação do paciente; ao notar desconforto ou possível leitura equivocada, perguntar diretamente o que está se passando — o que permite desfazer mal-entendidos sobre a intenção do terapeuta.

Comunicar a aceitação em voz alta quando o paciente está lidando com o próprio passado ou se julgando com severidade. Validar o sentimento *sem* concordar com a autoavaliação negativa reduz a distorção da mente emocional — e é o exemplo mais limpo de “aceitar não é concordar” aplicado à sessão.

Um terceiro veículo, além da escuta empática e da atenção plena, é a **afirmação**: declarações diretas de consideração e apreço por atributos e ações do paciente. É o tema do capítulo seguinte.

A ponte com a DBT

A conexão é direta, mas exige uma distinção antes de equiparar:

- Ψ **Aceitação sem julgamento** (este capítulo) — **postura do terapeuta** em relação ao paciente.
- Ψ **Aceitação radical** (DBT) — **habilidade ensinada ao paciente**, sobre a relação dele com a própria realidade.

São aplicações do mesmo princípio em direções opostas, partindo da mesma premissa contraintuitiva: **aceitar não é o oposto de mudar, é pré-condição para mudar.**

O argumento de Linehan trata a crença de que aceitar equivale a desistir como **erro lógico**: não se muda o que não se consegue enxergar com clareza, e a rejeição da realidade funciona como névoa sobre o problema.

As três peças da aceitação radical

Ela não é passividade nem resignação porque depende de aceitar **três coisas ao mesmo tempo**: o próprio desagrado com a situação, que a mudança é possível com esforço, e que vale a pena investir esse esforço. Sem as três juntas, a aceitação vira de fato passividade — que é exatamente o medo comum de quem resiste ao conceito.

O efeito clínico descrito: transformar sofrimento insuportável em **dor suportável**. É o mesmo movimento deste capítulo, do outro lado da relação — ser aceito no presente é o que torna possível mudar.

A observação do encontro completa o quadro: a literatura geral sobre aceitação tende a ser **generalista**, enquanto a DBT oferece uma elaboração mais profunda e mais testada em casos graves.

Para quem atende alta gravidade, o capítulo é ponto de partida, não de chegada.

Onde a aceitação fica difícil

Quando a régua moral do terapeuta é acionada

O exemplo trabalhado: atender alguém cuja fonte de renda o terapeuta considera moralmente errada. A crença pessoal pode enviesar o olhar clínico sem que ele perceba.

Forma equivocada: tentar fazer a pessoa abandonar aquela atividade. **Forma adequada:** avaliar se a atividade gera sofrimento, se representa fator de risco, ou se sustenta crenças disfuncionais — sem impor a própria régua.

Quatro princípios ajudam a separar julgamento moral de verdade clínica:

- Ψ **Diferenciar moral de eficácia.** A pergunta não é “isso é errado”, e sim “isso aproxima ou afasta a pessoa da vida que ela quer construir?”.
- Ψ **A postura do “sim, e também”.** Em vez de “eu te aceito, mas seu trabalho é errado” — que é invalidante —, a síntese é: aceito que esta é sua escolha e seu meio de subsistência atual, e *também* observo tensões que precisamos examinar à luz dos seus valores.
- Ψ **Mente não julgadora.** O julgamento é observado como evento privado — todos julgamos —, mas não guia a conduta. Incômodo alto é assunto para supervisão ou equipe, não para resolver sozinho em sessão.
- Ψ **Validação cognitiva.** Entender a regra e a história que levaram àquela escolha. Validar não é concordar: é reconhecer que, no contexto dela, a resposta foi aprendida e faz sentido.

E se a crença pessoal for forte demais para não enviesar? A via é **encaminhamento, ou continuidade com supervisão e terapia pessoal** — não a tentativa de neutralizar a própria crença no meio do atendimento.

Quando o paciente não vê problema no que faz

O caso levado à discussão foi o de autores de violência doméstica que não reconhecem o comportamento como problemático. E a resposta foi consistente com o resto do capítulo: **o primeiro passo ainda é a aceitação** — compreender fenomenologicamente o contexto, aceitar a visão inicial dele para, gradualmente, introduzir questionamentos sobre consequências e sobre a necessidade de mudança.

Vale ser explícito sobre o que isso não é: não é concordar com a violência, nem tratá-la como aceitável. É reconhecer que **confronto moral precoce produz reatância**, e paciente reativo não muda comportamento. A aceitação aqui é instrumento de eficácia, não de tolerância.

Recaída e confrontação empática

Depois de vínculo sólido e validação estabelecidos, cabe a **confrontação empática**: usar a análise funcional para mostrar as consequências reais dos comportamentos e, quando necessário, **expressar sentimentos pessoais** — preocupação, por exemplo — como forma de promover mudança. Repare que a condição relacional prévia é a mesma que o capítulo estabelece para a confrontação gentil. Sem ela, é só confronto.

Rupturas de aliança

Em tratamentos longos, as rupturas são **inevitáveis — e potencialmente valiosas**. Reparar uma ruptura é oportunidade de modelar uma relação saudável, e a pesquisa contemporânea trata a reparação como elemento central do processo, não como conserto de erro (Safran & Muran, 2000; Eubanks, Muran & Safran, 2018).

Honestidade intelectual

O encontro se fechou com um recado sobre postura de leitura: analisar criticamente perspectivas diferentes em vez de aceitar um único autor. Houve crítica ao mercado editorial atual — obras publicadas sem densidade teórica, sem citações atualizadas, sem fundamento epistemológico; livros que anunciam um tema e entregam apenas um catálogo de técnicas de outra abordagem. A psicologia é uma área em desenvolvimento e não tem todas as respostas, e ler assim — inclusive este capítulo — é parte do método.

Referências

1. Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. Academic Press.
2. Brehm, S. S., & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. Academic Press.
3. Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508–519.
4. Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive regard. *Psychotherapy*, 48(1), 58–64.
5. Farber, B. A., Suzuki, J. Y., & Lynch, D. A. (2018). Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 55(4), 411–423.
6. Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91–111.
7. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
8. Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2ª ed.). Guilford Press.
9. Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2021). *Effective psychotherapists: Clinical skills that improve regular practice*. Guilford Press.
10. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3ª ed.). Guilford Press.
11. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Orgs.). (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3ª ed., Vol. 1). Oxford University Press.
12. Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Orgs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed., pp. 270–376). Wiley.

13. Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Orgs.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed.). Wiley.
14. Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
15. Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. Guilford Press.

NOTA DE MÉTODO

Este material reúne a ficha de leitura do capítulo e a discussão do encontro; o conteúdo do livro aparece **parafraseado**, sem transcrição. Os exemplos clínicos citados na discussão estão desidentificados. Duas moderações empíricas foram acrescentadas. Primeira: os percentuais das revisões de Orlinsky são **contagens de achados positivos** dos anos 1980–90, não tamanhos de efeito; a síntese contemporânea de consideração positiva encontra associação pequena a moderada com desfecho ($g = 0,28$; Farber, Suzuki & Lynch, 2018), o que mantém o sentido do achado e corrige a impressão de magnitude. Segunda: o moderador de minorias raciais e étnicas foi confirmado em metanálise posterior, o que fortalece — e não apenas repete — o ponto do capítulo. A ponte com a teoria biossocial da DBT, deixada em aberto na ficha, foi desenvolvida no texto. As referências de reatância, consideração positiva, ruptura e reparação de aliança foram acrescentadas para dar respaldo formal a afirmações apresentadas sem citação explícita; nenhuma citação foi construída para preencher lacuna.

Levar para a prática

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

Percebi, em sessão, o momento em que assumi postura professoral — e voltei para a escuta.

Ofereci a ideia como possibilidade e reconheci explicitamente que a decisão é do paciente.

Distingui julgamento moral de leitura de efetividade ao avaliar um comportamento.

Comuniquei aceitação ativamente, em vez de apenas me abster de julgar.

Quando mantive silêncio, li a reação do paciente e checei o que ele estava supondo.

Diante de “resistência”, perguntei primeiro o que na minha condução a produziu.

Levei para supervisão o incômodo que não consegui deixar fora da sessão.

Tratei uma ruptura de aliança como oportunidade de reparação, e não como falha a contornar.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O PDF guarda o que você escrever.

1. Qual das três visões sobre a natureza humana descreve melhor a sua postura padrão? Ela muda conforme o perfil do paciente?

2. Explique, com um caso seu, a diferença entre aceitar e concordar.

3. Já viveu reatância em um paciente — uma orientação bem-intencionada que gerou mais resistência que adesão? O que uma abordagem colaborativa teria mudado ali?

4. Suspender as próprias regras de mundo é sempre possível? Onde está o limite ético — por exemplo, quando há risco a terceiros?

5. O impacto da aceitação parece maior em amostras com mais minorias raciais e étnicas. O que isso sugere para a sua prática em contextos de diferença sociocultural?

6. Que uso você faz do silêncio? Em que situação ele pode ter confirmado o julgamento que o paciente já fazia de si?

Gabarito

Comentários para conferência — responda antes de consultar. Nas perguntas de aplicação pessoal não há resposta certa; o que se oferece são critérios para avaliar a própria resposta.

1. Qual das três visões sobre a natureza humana descreve melhor a sua postura padrão? Ela muda conforme o perfil do paciente?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa — as três visões são indemonstráveis. Uma boa resposta reconhece a própria postura padrão com honestidade e, sobretudo, admite que ela **varia conforme o perfil do paciente**. O ponto do capítulo é o mecanismo de profecia autorrealizável: tendemos a agir de modo a confirmar a premissa adotada, o que torna a escolha uma decisão clínica, e não apenas filosófica.

2. Explique, com um caso seu, a diferença entre aceitar e concordar.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta mostra a diferença operando: aceitar é reconhecer que, agora, é isso que está acontecendo, sem endossar nem pedir que continue. O critério a aplicar não é moral, é de **efetividade** — esse comportamento aproxima ou afasta o paciente dos próprios valores? O erro comum é confundir aceitação com concordância e, por medo dela, endurecer.

3. Já viveu reatância em um paciente — uma orientação bem-intencionada que gerou mais resistência que adesão? O que uma abordagem colaborativa teria mudado ali?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta identifica o momento em que a autonomia foi ameaçada, e não apenas o conteúdo do conselho — porque a reatância aparece **mesmo quando o paciente concorda**. E descreve o que a abordagem colaborativa teria mudado: oferecer a ideia como possibilidade, pedir permissão antes de compartilhar, e reconhecer explicitamente que a decisão é dele.

4. Suspender as próprias regras de mundo é sempre possível? Onde está o limite ético — por exemplo, quando há risco a terceiros?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é deliberadamente incômoda. Uma boa resposta reconhece que a suspensão das próprias regras é parcial e treinável, e que o limite ético aparece quando há **risco a terceiros** — situação em que a aceitação não suspende o dever de proteção. Vale também a saída do capítulo: quando a crença pessoal é forte demais, a via é supervisão, terapia pessoal ou encaminhamento.

5. O impacto da aceitação parece maior em amostras com mais minorias raciais e étnicas. O que isso sugere para a sua prática em contextos de diferença sociocultural?

COMENTÁRIO

Sugere que um estilo empático e receptivo é **ainda mais decisivo** com pessoas em desvantagem social, menos habituadas a esse tratamento, e em contextos de diferença sociocultural significativa entre terapeuta e paciente. O achado se sustentou em metanálise posterior. Na prática, é argumento contra a suposição de que a postura relacional é acessório: ela pesa mais justamente onde a diferença é maior.

6. Que uso você faz do silêncio? Em que situação ele pode ter confirmado o julgamento que o paciente já fazia de si?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta reconhece que o silêncio é forma **imperfeita** de evitar julgamento: o paciente tende a preenchê-lo com as próprias suposições, e num momento de autocrítica severa isso pode confirmar o julgamento que ele já faz de si. Vale descrever as saídas discutidas — ler a reação e checar diretamente, ou comunicar a aceitação em voz alta.

Gabarito (continuação)

Comentários para conferência — responda antes de consultar. Nas perguntas de aplicação pessoal não há resposta certa; o que se oferece são critérios para avaliar a própria resposta.

1. Autoavaliação: nesta quinzena, identifique um momento em que um pré-julgamento seu foi ativado por um paciente. Você percebeu na hora ou só depois? Como isso influenciou sua postura clínica?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa — é a pergunta de autoavaliação obrigatória do capítulo. Uma boa resposta identifica um momento **concreto**, e presta atenção ao **quando**: perceber só depois é o achado mais comum e o mais informativo, porque indica que o pré-julgamento operou sem ser notado. E descreve o efeito observável na postura — pressa em corrigir, tom mais professoral, perda de curiosidade, silêncio diferente do habitual.