



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Renata Frigori Marino Millan

Vínculo terapêutico: o estado da arte nas intervenções baseadas em ABA com
crianças com autismo

MESTRADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL:
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

São Paulo

2025



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Renata Frigori Marino Millan

Vínculo terapêutico: o estado da arte nas intervenções baseadas em ABA com
crianças com autismo

MESTRADO EM PSICOLOGIA EXPERIMENTAL:
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Dissertação apresentada à banca
examinadora da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo (PUC-SP), como
exigência parcial para obtenção do título de
MESTRA em Psicologia Experimental:
Análise do Comportamental, sob
orientação da Prof.^a Dra. Fani Eta Korn
Malerbi.

São Paulo

2025

RENATA FRIGORI MARINO MILLAN

Vínculo terapêutico: o estado da arte nas intervenções baseadas em ABA com
crianças com autismo

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Fani Eta Korn Malerbi (Orientadora)

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP

Prof. Dr. Marcos Spector Azoubel

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP

Prof.^a Dra. Anna Beatriz Muller Queiroz

Instituto Par

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos ou científicos, a reprodução total ou parcial desta tese por fotocópias ou processos eletrônicos.

São Paulo, __ de _____ de 2025. Assinatura: _____

A todos os meus clientes neurodivergentes, que me ensinaram o valor do vínculo.

Vocês foram minha maior inspiração.

Agradecimentos

Primeiramente, dedicarei meus agradecimentos aos meus pais. Vocês possibilitaram este mestrado em todos os aspectos — com apoio, confiança e uma força diária que me inspira. Vocês me motivam a crescer, a me desafiar e a lutar pelos meus sonhos. Nada disso seria possível sem o amor incondicional e o respaldo de vocês. Ao meu irmão: seu amor, sua presença e determinação me inspiram para seguir em frente, nossa relação é um lembrete diário do quão importante é o afeto e o vínculo familiar.

À minha parceira, Bárbara, minha companheira de todos os momentos, minha confidente e apoio incondicional. Desde o sonho de fazer este mestrado até as noites de trabalho árduo, sua presença foi sempre uma fonte de força. Você acompanhou cada desafio, cada conquista e foi, sem dúvida, a segunda pessoa que mais leu este trabalho — após minha orientadora, Fani. Sua dedicação e amor fizeram toda a diferença nesta jornada.

Um agradecimento imenso à minha orientadora, Prof.^a Dra. Fani Malerbi. Sua presença constante, suas orientações, provocações e ensinamentos moldaram não só este trabalho, mas também minha forma de enxergar a pesquisa, a crítica e a ciência. Este trabalho é tão seu quanto meu, e tenho em mim uma “mini Fani”, orgulho de tudo o que aprendemos juntos. Você foi minha maior inspiração e uma referência inesquecível.

À Prof.^a Dra. Anna Queiroz, tenho um agradecimento especial: você foi uma verdadeira luz no meu caminho, apresentando-me o conceito de *rapport* pela primeira vez há alguns anos e incentivando minha jornada acadêmica e esta pesquisa. Você é uma inspiração que transformou minha carreira acadêmica, profissional e pessoal. Você me instiga, ensina com amor e é meu modelo de analista do comportamento.

Ao Prof. Dr. Marcos Azoubel, pelo acompanhamento desde o início deste trabalho e na banca — e por suas contribuições valiosas, que guiaram minha pesquisa. Sua compreensão e acolhimento durante momentos desafiadores nessa jornada foram essenciais para mim.

À Prof.^a Dra. Priscilla Terumi, por sua contribuição inestimável ao longo de toda a minha trajetória, sempre com generosidade e dedicação.

À Prof.^a Carol Ferreira, uma fonte de inspiração constante, cuja paixão pela análise do comportamento e dedicação às suas pesquisas e ensinamentos me motivam a seguir avançando na minha trajetória.

Aos meus queridos amigos do mestrado: Carol Coelho, Nathalia Ferrer, Nathalia Ceneviva, Severino Júnior, Leon Lauton, Bruno Lamarão, Izabel Cristina, Tuane Lima, João Marinho, Maria Luiza Tenório — cada um de vocês representou uma peça fundamental na minha rede de apoio. Com vocês, compartilhei pesquisas, alegrias, dúvidas e momentos que ficarão para sempre na minha memória. Vocês me fortaleceram, me entenderam, e foram essenciais nesta caminhada.

Agradeço ao PEXP e a todos os seus professores, especialmente à Prof.^a Dra. Paula Gioia, que me aproximou da Análise do Comportamento e contribuiu de forma decisiva para minha formação.

Por fim, aos meus amigos pessoais: Denise, Layla, Olivia, Carina, Júlia, Marinella, Carol, Talita Selios, Thalita Sanchez, Tamyres e Ashley — vocês me apoiaram, incentivaram e suportaram minha ausência em muitos momentos. Sua amizade e compreensão foram fundamentais para manter meu equilíbrio e força.

A todos vocês, meu mais sincero e profundo agradecimento. Vocês foram minha inspiração, meu suporte e minha motivação para chegar até aqui. Este trabalho é, em grande parte, de vocês também.

Millan, R. F. M. (2025). *Vínculo terapêutico: O estado da arte nas intervenções baseadas em ABA com crianças com autismo* [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

Orientadora: Prof.^a Dra. Fani Eta Korn Malerbi.

Linha de Pesquisa: História e Fundamentos Epistemológicos, Metodológicos e Conceituais da Análise do Comportamento.

Resumo

Diferentes áreas da saúde têm pesquisado o vínculo terapêutico a fim de verificar seus efeitos nos resultados dos tratamentos, geralmente por meio de mensuração a partir de relatos verbais — que, porém, não pode ser realizada em indivíduos com déficits de comunicação e linguagem, como pessoas com autismo. Ademais, análise da literatura aponta lacunas na definição do vínculo terapêutico e na garantia do assentimento nas intervenções terapêuticas com pessoas tuteladas. O objetivo deste trabalho foi analisar estudos sobre vínculo terapêutico nas intervenções baseadas em análise do comportamento aplicada (ABA) dirigidas a crianças com autismo, a fim de identificar: (a) definição de vínculo, (b) as respostas consideradas variáveis dependentes, (c) procedimentos aplicados, (d) métricas utilizadas, (e) efeitos da intervenção e (f) garantia de assentimento e como ele foi descrito. Foi conduzida uma revisão da literatura nas bases PsycINFO, Portal de Periódicos CAPES, PubMed, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, SciELO e Google Acadêmico com as expressões: "autism AND children AND therapeutic alliance", "autism AND children AND rapport", "autism AND pre-session pairing", "autism AND children AND pairing", "autismo AND terapia AND vínculo" e "autismo AND aliança terapêutica". Foram incluídos estudos empíricos: (a) em português e inglês, (b) que tivessem utilizado ao menos uma das expressões: "vínculo", "vínculo terapêutico", "aliança terapêutica", "aliança de trabalho", "rapport", "therapeutic alliance", "working alliance" ou "pre-session pairing", (c) com participantes de até 12 anos com autismo; (d) com abordagem analítico-comportamental, aferida pela presença de termos de ABA ou expressões como "behavioral analysis", "behavioral intervention" e "behavioral treatment" e (e) que tivessem o vínculo terapêutico como variável dependente ou independente. Após a busca e aplicações dos critérios, foram analisados oito estudos. Os resultados identificaram limitação dos estudos por amostras pequenas, falta de avaliação do assentimento dos participantes e ausência de consenso na terminologia utilizada e na definição de vínculo terapêutico — ora relacionada às interações sociais cliente-terapeuta, ora com ênfase nos aspectos topográficos da díade (sorriso, contato visual, aproximação física), sem uma definição funcional clara. Foram identificados estudos que avaliam se a criação de vínculo pode ser promovida por meio de intervenções específicas, como o pareamento pré-sessão (PSP), e as evidências sugerem a construção de vínculo como um antecedente eficaz para a promoção de interações sociais entre cliente-terapeuta e aprendizagem de novas respostas, que incluíram aumento da frequência de respostas sociais da criança, melhoria do desempenho acadêmico e diminuição da frequência de comportamentos-problema. Apesar dos avanços na compreensão de como medir e construir o vínculo terapêutico, ainda não se estabeleceu uma relação clara entre este e os resultados das intervenções.

Palavras-chave: vínculo terapêutico, pareamento pré-sessão, assentimento, TEA, autismo, rapport

Millan, R. F. M. (2025). *Therapeutic alliance: The state of the art in ABA-based interventions with children with autism* [Master's thesis, Pontifical Catholic University of São Paulo, Brazil]. Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD).

Thesis advisor: Fani Eta Korn Malerbi, PhD.

Line of Research: History and Epistemological, Methodological, and Conceptual Foundations of Behavior Analysis.

Abstract

Different health fields have investigated the therapeutic alliance to assess its effects on treatment outcomes, generally by measuring it through verbal reports—which, however, cannot be used with people who have communication and language deficits, such as those with autism spectrum disorder (ASD). Moreover, a review of the literature reveals gaps in the definition of the therapeutic alliance and in the assurance of assent in therapeutic interventions involving protected populations. This work aimed to analyze studies on the therapeutic alliance in applied behavior analysis (ABA)–based interventions targeting children with ASD, to identify: (a) the definition of therapeutic alliance, (b) the responses considered dependent variables, (c) the procedures applied, (d) the metrics used, (e) the intervention effects, and (f) the assurance of assent and how it was described. A literature review was conducted in the following databases: PsycINFO, CAPES Portal, PubMed, Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations, SciELO, and Google Scholar, using the terms "autism AND children AND therapeutic alliance", "autism AND children AND rapport", "autism AND pre-session pairing", "autism AND children AND pairing", "autismo AND terapia AND vínculo" and "autismo AND aliança terapêutica". Empirical studies were included if they were (a) in Portuguese or English; (b) used at least one of the expressions “vínculo,” “vínculo terapêutico,” “aliança terapêutica,” “aliança de trabalho,” “rapport,” “therapeutic alliance,” “working alliance,” or “pre-session pairing”; (c) involved participants up to 12 years old with ASD; (d) followed a behavior-analytic approach, as indicated by the presence of ABA terminology or expressions such as “behavioral analysis,” “behavioral intervention,” and “behavioral treatment”; and (e) treated the therapeutic alliance as either a dependent or an independent variable. After applying these criteria, eight studies were assessed. The results revealed that studies were limited by small sample sizes, lack of evaluation of participant assent, and absence of consensus in the terminology and definition of therapeutic alliance—sometimes framed as client–therapist social interactions, other times emphasizing topographical aspects of the dyad (smiling, eye contact, physical proximity), without a clear functional definition. Some studies examined whether alliance building can be promoted through specific interventions, such as pre-session pairing (PSP), and the evidence suggests that therapeutic alliance formation serves as an effective antecedent for fostering client–therapist social interactions and learning new responses, including increased frequency of children’s social responses, improved academic performance, and reduced frequency of problem behaviors. Despite advances in understanding how to measure and build the therapeutic alliance, a clear relationship between alliance strength and intervention outcomes has yet to be established.

Keywords: therapeutic alliance, pre-session pairing, assent, autism, rapport

Lista de Figuras

Figura 1 — Fluxograma da Revisão.....	25
---------------------------------------	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 — Características dos Instrumentos de Avaliação de Vínculo Terapêutico Encontrados na Revisão Realizada por Maia et al. (2017)	4
Tabela 2 — Características dos Artigos Seleccionados	42
Tabela 3 — Análise das Contingências Envolvidas nos Procedimentos Empregados nos Estudos Analisados	49

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABA	Applied Behavior Analysis (Análise do Comportamento Aplicada)
ADIS-P	Anxiety Disorder Interview Schedule — Parent Version
APA	American Psychiatric Association
ARM	Agnew Relationship Measure
ASD	Autism Spectrum Disorder
BASC-2 PRS	Behavioural Assessment System for Children — Second Edition, Parent Rating Scale
BEMUS	Beziehungs-Muster Fragebogen
BRLI	Barrett-Lennard Relationship Inventory
BST	Behavioral Skills Training (Treinamento de Habilidades Comportamentais)
CALPAS	California Psychotherapy Alliance Scale
CEMS	Children's Emotion Management Scales
CID-11	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (11. ed.)
CR	Contingent Reinforcement (Reforçamento Contingente)
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., Text Revision)
DTT	Discrete Trial Training (Treino por Tentativas Discretas)
ERC	Emotion Regulation Checklist
EUS	Empathic Understanding Scale of Relationship Inventory
FP	Free Play (Brincar Livre)
GTAS	Group Therapy Alliance Scale
HAQ	Helping Alliance Questionnaire
HP	Highest Preference — Reinforcer (Item Altamente Reforçador)
NCR	Noncontingent Reinforcement (Reforçamento Não Contingente)
OMCR	Operação Motivadora Condicionada Reflexiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSP	Pre-session Pairing (Pareamento Pré-Sessão)
RAISD	Reinforcer Assessment for Individuals with Severe Disability
SIRF	Social Interaction Rating Form
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TASC	Therapeutic Alliance Scales for Children
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TPOCS-A	Therapy Process Observational Coding System — Alliance Scale
VD	Variável Dependente
VI	Variável Independente
VPPS	Vanderbilt Psychotherapy Process Scale
WAI	Working Alliance Inventory
WASI-II	Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence

Sumário

Introdução.....	1
Vínculo Terapêutico em Intervenções Psicológicas Realizadas com Crianças	11
Vínculo Terapêutico em Intervenções Psicológicas Dirigidas a Crianças com Autismo	15
Intervenções Baseadas em Análise do Comportamento Dirigidas a Crianças com Autismo	18
Intervenções Baseadas em ABA Dirigidas a Pessoas com Autismo e Assentimento	20
Objetivo	23
Método.....	23
Procedimento de Busca	23
Resultados.....	26
Discussão	53
Referências.....	58

Vínculo Terapêutico: O Estado da Arte nas Intervenções Baseadas em ABA com Crianças com Autismo

O conceito de *vínculo terapêutico* enquanto qualidade da relação entre profissionais e usuários do serviço de saúde e sua relação com os resultados de intervenção têm sido estudados por diferentes campos, como fisioterapia (Kinney et al., 2020; Søndenå et al., 2020; Taccolini-Manzoni et al., 2018), enfermagem (Harris & Panozzo, 2019; Hartley et al., 2020), aconselhamento genético (Erby et al., 2021), medicina pediátrica (Suttle et al., 2021), atenção primária à saúde (Vieira et al., 2022) — e, majoritariamente, pela psicologia sob diferentes abordagens (Flückiger et al., 2018), como psicanálise (Bordin, 1979; Gaston, 1990), terapia cognitivo-comportamental (TCC; Alves, 2017; Martins et al., 2018) e análise do comportamento (Rego, 2023; Steuwe et al., 2023) para diferentes populações e faixas etárias, como psicoterapia de adultos (Falcone et al., 2007), abuso de substâncias em adolescentes (Darchuk, 2007), depressão e ansiedade em crianças (McLeod & Weisz, 2005) e intervenção para crianças com autismo (Ensor et al., 2023).

Além de vínculo terapêutico, outras expressões têm sido empregadas para se referir à qualidade da relação terapêutica entre o profissional e seu cliente, como aliança terapêutica (Araújo & Lopes, 2015; Bordin, 1979), aliança de ajuda (Luborsky et al., 1996; Morgan et al., 1982), aliança de trabalho (Horvath & Greenberg, 1989) ou apenas vínculo (Ensor et al., 2023). Esta dissertação adotará a nomenclatura vínculo terapêutico, por ser a expressão mais utilizada na prática clínica da autora.

Bordin (1979) propôs uma síntese do conceito de vínculo terapêutico a partir de três principais características: (a) acordo entre os objetivos apresentados pelo terapeuta e seu cliente, o que definiria o trabalho terapêutico a ser realizado, (b) colaboração entre paciente e terapeuta a respeito do que o paciente deve fazer dentro e fora da sessão e (c) desenvolvimento de vínculos que aconteceriam ao longo da intervenção depois que os objetivos foram definidos, e as colaborações, especificadas.

Segundo Bordin (1979), apesar de se ter originado nas teorias psicanalíticas, o conceito de vínculo terapêutico pode ser generalizado para diferentes modelos de psicoterapia. O autor defende que o conceito seja definido de uma forma metateórica, universalmente aplicável, e enfatiza a necessidade do desenvolvimento de métricas para investigar as variáveis que impactam a qualidade desse vínculo e seus efeitos nos resultados da intervenção (e.g., continuidade do tratamento e prontidão do cliente para mudança). No final dos anos 1970, as abordagens cognitivo-comportamental e comportamental reconheceram a importância do vínculo terapêutico (Gaston, 1990).

Tickle-Degnen e Rosenthal (1990) propõem que a avaliação do vínculo entre terapeuta e paciente se baseie nos seus correlatos não verbais: atenção mútua (inclinar-se para perto, manter contato visual prolongado), positividade (sorriso) e coordenação (postura espelhada, sincronia de gestos e expressões faciais).

O vínculo terapêutico tem sido considerado uma das variáveis que aumentam os níveis de permanência e o engajamento de adolescentes no tratamento psicológico (O’Keeffe et al., 2020), os quais têm sido associados a desfechos positivos dessas intervenções (Shirk & Karver, 2003), independentemente da modalidade de tratamento ou dos comportamentos-alvo da intervenção (Norcross, 2010).

Foram também desenvolvidos escalas e inventários para avaliar o vínculo terapêutico. A revisão realizada por Maia et al. (2017) identificou nove instrumentos para avaliar o vínculo terapêutico:

1. Empathic Understanding Scale of Relationship Inventory (EUS; Barrett-Lennard, 1978).
2. Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS; O’Malley et al., 1983).
3. Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989).
4. California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS; Gaston et al., 1991).
5. Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Luborsky et al., 1996).
6. Agnew Relationship Measure (ARM; Agnew-Davies et al., 1998).

7. Inventário Cognitivo-Comportamental de Avaliação da Aliança Terapêutica (Araújo & Lopes, 2015).
8. Beziehungs-Muster Fragebogen (BEMUS; Kurth et al., 2002).
9. Group Therapy Alliance Scale (GTAS; Pinsof & Catherall, 1986).

Desses instrumentos, apenas dois estão relacionados a abordagens específicas da psicologia: a BEMUS (Kurth et al., 2002), baseada na psicodinâmica, e o Inventário Cognitivo-Comportamental de Avaliação da Aliança Terapêutica (Araújo & Lopes, 2015), baseado na TCC; e apenas um deles pretende avaliar os resultados da terapia em grupo: o GTAS (Pinsof & Catherall, 1986).

De forma geral, as escalas de mensuração de vínculo terapêutico (Tabela 1) são compostas de itens relacionados a como o cliente se sente em relação ao terapeuta e ao processo terapêutico, sendo comuns os que avaliam a afeição do cliente em relação ao terapeuta e como o cliente sente a afeição do terapeuta, a competência do terapeuta avaliada pelo cliente, a concordância quanto aos objetivos da terapia e quais estratégias serão utilizadas para alcançar tais objetivos. As habilidades do terapeuta que tais instrumentos supostamente avaliam abrangem competência técnica, cordialidade, aceitação, acolhimento e ausência de julgamento, enquanto as versões dirigidas ao cliente pretendem avaliar o modo como este se expressa nas sessões e a sua confiança no terapeuta e no processo terapêutico.

Tabela 1

Características dos Instrumentos de Avaliação de Vínculo Terapêutico Encontrados na Revisão Realizada por Maia et al. (2017)

Instrumentos	Versões	O que é perguntado ao cliente	O que é perguntado ao terapeuta
Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI) - Barrett-Lennard (1978). Não foi possível identificar o material	—	—	—
Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS) - O'Malley et al. (1983)	1. Versão Cliente e Terapeuta	Três categorias de afirmações: 1a. envolvimento do paciente, 1b. processo exploratório, 1c. relação oferecida pelo terapeuta 1a. Participação e hostilidade do paciente na interação terapêutica. Exemplo de itens: retraimento, inibição, passividade, espontâneo, frustração, impaciência, hostilidade do paciente 1b. Autopercepção e comentários sobre sentimentos, níveis de estresse, desânimo e experiências do cliente e tentativas do terapeuta em compreender o cliente. Exemplos de itens: produtividade da sessão, preocupação em como lidar de forma efetiva com os problemas, autocrítica, vergonha, apoio ao cliente a reconhecer seus sentimentos, ajuda a compreender as razões do sofrimento, traz novas perspectivas para o cliente lidar com problemas 1c. Afetividade (acolhimento, amabilidade, simpatia) do terapeuta, envolvimento emocional do terapeuta e atitudes negativas do terapeuta. Exemplos de itens: terapeuta é gentil com cliente, otimista, autoritário, faz juízo de valores	O mesmo instrumento é respondido pelo terapeuta

(continua)

(continuação)

Instrumentos	Versões	O que é perguntado ao cliente	O que é perguntado ao terapeuta
Group Therapy Alliance Scale (GTAS) - Pinsof & Catherall (1986)	1. Versão Cliente	Avaliação sobre sentimentos do cliente em relação ao terapeuta, inferências de sentimentos do terapeuta, concordância entre objetivos terapêuticos e intervenções para alcançar tais objetivos e competência do terapeuta. Exemplos de itens: eu não me importo com o terapeuta como pessoa, terapeuta gosta de mim como pessoa, eu e o terapeuta concordamos como a terapia está sendo conduzida, eu e o terapeuta discordamos dos objetivos da terapia, terapeuta tem as habilidades necessárias para me ajudar	Não é aplicável ao terapeuta
Working Alliance Inventory (WAI) - Horvath & Greenberg (1989)	1. Versão Cliente 2. Versão Terapeuta (não disponível)	Avaliação sobre sentimentos na terapia e em relação ao terapeuta, inferências de sentimentos do terapeuta, concordância e clareza entre objetivos terapêuticos e intervenções para alcançar tais objetivos e competência do terapeuta. Exemplos de itens: eu me sinto desconfortável, acredito que o terapeuta gosta de mim, que genuinamente se preocupa comigo, eu acho confuso o que faço na terapia, eu não sei o que esperar como resultado da minha terapia, acredito que o tratamento está correto para mim, confio na capacidade do meu terapeuta de tratar de mim	Não disponível
California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS) - Gaston et al., 1991	1. Versão Cliente 2. Versão Terapeuta	Avaliação sobre capacidade do cliente de se expressar, sobre sentimentos em relação ao terapeuta e ao processo terapêutico, concordância e clareza entre objetivos terapêuticos e intervenções para alcançar tais objetivos e competência do terapeuta. Exemplos de perguntas: quanto você evita falar sobre seus sentimentos na sessão?; você se sente aceito e respeitado pelo seu terapeuta?; você sente vontade de parar a terapia quando você fica desapontado com seu terapeuta?; você sente que o seu terapeuta entende o que você precisa?; você discorda do seu terapeuta sobre mudanças que você deveria fazer?	Avaliação sobre concordância entre objetivos terapêuticos, competência do terapeuta, comportamentos do cliente e inferências sobre sentimentos do cliente. Exemplos de afirmações: eu e o cliente concordamos nos tipos de mudança a serem realizados, minha intervenção foi tática, eu não fiz julgamento de valores, paciente faz auto-observações, compartilha pensamento e sentimentos, paciente sente confiança na terapia

(continua)

(continuação)

Instrumentos	Versões	O que é perguntado ao cliente	O que é perguntado ao terapeuta
Helping Alliance Questionnaire (HAQ) - Luborsky et al. (1996)	1. Versão Cliente e Terapeuta	Avaliação sobre sentimentos em relação ao terapeuta e ao processo terapêutico, inferências de sentimentos do terapeuta, concordância entre objetivos terapêuticos e intervenções para alcançar tais objetivos e competência do terapeuta. Exemplos de itens: eu gosto do meu terapeuta como pessoa, eu e meu terapeuta desenvolvemos uma boa relação, sinto que posso depender do meu terapeuta, acredito que o terapeuta gosta de mim como pessoa, sinto que meu terapeuta me entende, sinto que eu e meu terapeuta estamos trabalhando em conjunto, terapeuta parece ter experiência em ajudar pessoas	O mesmo instrumento é respondido pelo terapeuta
Agnew Relationship Measure (ARM) - Agnew-Davies et al. (1998)	1. Versão Cliente e Terapeuta	Avaliação composta de cinco categorias: 1a. vínculo, 1b. parceria, 1c. confiança, 1d. abertura, 1e. iniciativa do cliente 1a. Preocupação, cordialidade, aceitação e apoio. Exemplos de itens: um é gentil e cordial com o outro, terapeuta se sente entediado, terapeuta aceita o cliente 1b. Trabalhar em conjunto nas tarefas terapêuticas. Exemplos de itens: concordam em como trabalhar junto, têm dificuldade de trabalhar juntos, terapeuta segue os próprios planos 1c. Otimismo e respeito pela competência do terapeuta. Exemplos de itens: confiança no terapeuta, é otimista quanto ao seu progresso, está desapontado com terapeuta, terapeuta tem boas habilidades, é confiante, tenta influenciar o cliente 1d. Sensação de liberdade do cliente em dizer preocupações sem medo ou vergonha. Exemplos de itens: é livre para se expressar, guarda coisas para si mesmo, consegue expressar sentimentos 1e. Tomada de responsabilidade do cliente pela terapia. Exemplos de itens: busca o terapeuta para soluções, terapeuta quer que cliente se responsabilize	O mesmo instrumento é respondido pelo terapeuta

(continua)

(continuação)

Instrumentos	Versões	O que é perguntado ao cliente	O que é perguntado ao terapeuta
Beziehungs-Muster Fragebogen (BEMUS) - Kurth et al. (2002). Tradução e validação para o português por Ferreira et al. (2006)	1. Versão Cliente	Autoavaliação do cliente, que responde sobre suas ações; reações; sentimentos quando o terapeuta, uma pessoa importante em sua vida ou seus pais se comportam de forma a se impor, tratá-lo amigavelmente, submeter-se, agredi-lo verbal ou fisicamente O cliente também responde como o terapeuta, uma pessoa importante em sua vida e seus pais reagem quando ele se comporta da forma descrita acima	Não é aplicável ao terapeuta
Inventário Cognitivo-Comportamental de Avaliação da Aliança Terapêutica - Araújo e Lopes (2015)	1. Versão Terapeuta	Não é aplicável ao cliente	Avaliação sobre sentimentos em relação ao cliente, concordância entre objetivos terapêuticos e estratégias para alcançá-los, competência do terapeuta, comportamentos do cliente e inferências sobre sentimentos do cliente. Exemplos de itens: eu me importo com o paciente e transmito meu interesse, tenho pensamentos negativos sobre alguns pacientes, negociamos as tarefas de casa juntos, tomamos decisões terapêuticas conjuntamente, me sinto competente para ajudar o paciente, meus pacientes têm uma visão positiva da terapia, os pacientes têm uma visão positiva de mim enquanto terapeuta, meus pacientes acreditam que a terapia pode ajudá-los

Dos oito instrumentos apresentados na Tabela 1, um avalia somente a perspectiva do terapeuta, dois avaliam somente a perspectiva do cliente e cinco abrangem a perspectiva de ambos, cliente e terapeuta. De forma geral, os instrumentos são compostos de uma autoavaliação e uma avaliação da outra parte da díade. Alguns instrumentos são idênticos nas versões terapeuta e cliente (ARM, HAQ e VPPS), e outros são adaptados a depender de quem responde.

Quanto aos questionários dirigidos ao cliente, de forma geral, são afirmações relacionadas à concordância com os objetivos terapêuticos e como eles são desenvolvidos, à confiança no terapeuta, aos sentimentos em relação ao terapeuta e ao processo terapêutico e às inferências sobre sentimentos do terapeuta. Quanto ao conteúdo respondido pelo terapeuta, as afirmações versam principalmente sobre sentimentos em relação ao cliente, inferências de sentimentos do cliente em relação ao terapeuta e ao processo terapêutico, capacidade de identificar problemas relevantes do cliente e seguir intervenções adequadas para tais problemas.

Nas versões aplicadas aos terapeutas e aos clientes, é possível identificar os componentes do vínculo terapêutico propostos por Bordin (1979) no que tange à seleção conjunta de objetivos terapêuticos, estratégias de intervenção para atingir esses objetivos e qualidade da relação entre a díade.

Todos os instrumentos listados na Tabela 1 apresentam afirmações para os quais os respondentes devem mostrar sua concordância ou não (em geral, em escala Likert). Poderíamos supor que afirmações sobre sentimentos de liberdade (ARM) e de hostilidade (VPPS) estariam relacionadas ao emprego de reforçamento positivo e de controle aversivo na relação terapêutica. No entanto, não seria possível garantir que uma terapia baseada apenas em reforçamento positivo geraria sentimentos considerados “prazerosos”. Além disso, a avaliação realizada por relato verbal a respeito dos sentimentos dos clientes não permite identificar as contingências que foram manipuladas pelo terapeuta. Nenhum desses instrumentos avalia os correlatos não verbais da atenção mútua, da positividade e a da coordenação, como propõem

Tickle-Degnen e Rosenthal (1990). Uma característica comum desses instrumentos é o fato de eles serem baseados apenas em autorrelato, sem medidas não verbais de vínculo terapêutico.

As escalas citadas baseiam-se majoritariamente em relatos de aspectos subjetivos e não descrevem comportamentos observáveis do terapeuta ou do cliente, como se pode observar na Tabela 1. Se essas escalas descrevessem os comportamentos que devem ser apresentados pelo terapeuta para que houvesse vínculo terapêutico, seria possível planejar treinamentos para ensinar esses profissionais a construir tal vínculo. É importante salientar que a aplicação dessas escalas nos clientes supõe a existência de um certo repertório verbal. No entanto, diferentes populações atendidas na clínica psicológica apresentam déficits de comunicação, como pessoas com autismo ou deficiência intelectual, por exemplo. Dessa forma, faz-se necessário planejar outras formas de medir o vínculo além do relato verbal. Um outro ponto que merece atenção é o fato de que a maioria dessas escalas foram desenvolvidas e testadas com o público adulto, com exceção do CALPAS, que conta com uma versão infantil.

A revisão realizada por Maia et al. (2017) apontou que os dois instrumentos mais utilizados na literatura de vínculo terapêutico foram o WAI (Horvath & Greenberg, 1989) e o CALPAS (Gaston et al., 1991). Ambos se baseiam em autorrelatos, têm versões para serem preenchidas pelo paciente e pelo terapeuta e podem ser avaliados por observadores externos. Os componentes avaliados são vínculo, objetivos e tarefas no WAI (Horvath & Greenberg, 1989); e comprometimento do cliente, capacidade de trabalho, compreensão, envolvimento do terapeuta e consenso sobre estratégias e intervenções no CALPAS (Gaston et al., 1991). Este último ainda conta com uma versão reduzida voltada à psicoterapia infantil. Ambos foram traduzidos para diferentes idiomas, validados em diferentes culturas, e os estudos psicométricos têm apontado consistência interna e validade de constructo.

Nas escalas do WAI (Horvath & Greenberg, 1989) e CALPAS (Gaston et al., 1991), o comportamento do terapeuta é avaliado pelo cliente sob diferentes aspectos, como o acordo entre os objetivos da terapia e a avaliação realizada pelo cliente a respeito da competência do terapeuta e da qualidade da relação. São exemplos de itens avaliados, em ambas as escalas: (a) se o cliente se sente pressionado a fazer mudanças antes de estar preparado, (b) se o cliente se sentiu aceito e respeitado pelo terapeuta, (c) se há pertinência dos comentários do terapeuta, (d) se há dedicação do terapeuta em ajudar a superar dificuldades, (e) se há compreensão do terapeuta sobre necessidades do cliente, (f) se há acordo entre os objetivos, (g) se o cliente considera que há competência do terapeuta para ajudá-lo, (h) se o terapeuta percebe com acurácia os objetivos do cliente; (i) se o terapeuta genuinamente se preocupa com o bem-estar do cliente; (j) se o terapeuta deixa clara a expectativa sobre o que o cliente deve fazer em sessão; (k) se o terapeuta respeita o cliente; (l) se o terapeuta é honesto sobre os seus sentimentos em relação ao cliente; (m) se o terapeuta demonstra capacidade de ajudar o cliente e (n) se o terapeuta gosta, confia e preocupa-se com o cliente.

Tanto na escala do WAI (Horvath & Greenberg, 1989) quanto na do CALPAS (Gaston et al., 1991), o terapeuta também é solicitado a avaliar o comportamento do cliente em diferentes quesitos: (a) se o cliente apresenta compartilhamento de sentimentos e pensamentos, (b) se o cliente faz observação do próprio comportamento, (c) se o cliente faz contribuições sobre o tema, (d) se o cliente age ativamente aos comentários do terapeuta e (e) se o cliente faz demonstração de confiança na terapia. Além disso, em ambos os instrumentos (Gaston et al., 1991; Horvath & Greenberg, 1989), há questões a respeito da existência de concordância entre terapeuta e cliente em relação aos objetivos da intervenção, que vão ao encontro da proposta metateórica de Bordin (1979).

Rego (2023) utilizou o WAI traduzido e adaptado para a população brasileira com o objetivo de avaliar a qualidade do vínculo em atendimentos psicoterapêuticos

online na abordagem analítico-comportamental. O objeto de estudo da autora foram os questionários do WAI preenchidos após cada sessão pela díade terapeuta-cliente. A autora não descreve os atendimentos das díades. As análises foram realizadas a partir do próprio WAI (Horvath & Greenberg, 1989), e os resultados indicaram que o vínculo terapêutico foi bem estabelecido em todas as díades avaliadas, com uma alta consistência entre as avaliações de clientes e terapeutas.

Steuwe et al. (2023) testaram a hipótese de que um vínculo terapêutico fraco no início de uma terapia dirigida a pacientes com transtorno afetivo bipolar (TAB) estaria associado a uma alta taxa de evasão e aplicaram o WAI (Horvath & Greenberg, 1989) em pacientes que recebiam tratamento domiciliar em análise do comportamento. Participaram 44 adultos com diagnóstico de TAB, que responderam a um questionário nos sete primeiros dias de intervenção para avaliar informações demográficas, psicopatologia pré-tratamento e aliança terapêutica pelo instrumento WAI. Os resultados mostraram que apenas o vínculo terapêutico previu significativamente a evasão da terapia. Uma replicação futura desses resultados em outras populações com diferentes diagnósticos atestaria a importância do monitoramento do relacionamento terapêutico ao longo de todo o processo e evidenciaria a necessidade de mais estudos sobre como o vínculo terapêutico pode ser formado, a fim de que sejam elaborados treinamentos para os profissionais.

Vínculo Terapêutico em Intervenções Psicológicas Realizadas com Crianças

Bickman et al. (2004) salientaram a importância do vínculo terapêutico na psicoterapia infantil, uma vez que crianças e adolescentes frequentemente são encaminhados para o tratamento por pais ou cuidadores — diferentemente dos adultos, que, em geral, iniciam o tratamento voluntariamente. Os autores sugeriram que a habilidade do psicólogo clínico de formar e manter um relacionamento de confiança com a criança pode ser fundamental para melhorar os resultados do tratamento e diminuir uma possível resistência à intervenção.

Há dois instrumentos específicos para avaliação de vínculo terapêutico de crianças que não foram citados na revisão de Maia et al. (2017) e não constam da Tabela 1: a Therapeutic Alliance Scales for Children [Escala de Aliança Terapêutica para Crianças] (TASC; Shirk & Saiz, 1992); e a Therapy Process Observational Coding System — Alliance Scale [Sistema de Codificação Observacional do Processo da Terapia — Escala de Aliança] (TPOCS-A; McLeod & Weisz, 2005).

A TASC (Shirk & Saiz, 1992), baseada na proposta de vínculo terapêutico de Bordin (1979), deve ser respondida pela criança e pelo terapeuta — e é composta de duas escalas cujo objetivo é avaliar a experiência afetiva da criança com o terapeuta e sua participação nas tarefas terapêuticas.

A TPOCS-A (McLeod & Weisz, 2005), que deve ser respondida por ambos os pais e pelas crianças (os autores não descrevem se as crianças precisam ser alfabetizadas para preencherem a escala ou se as perguntas são lidas para a criança), procura avaliar os comportamentos do terapeuta e da criança em cada sessão. É composta de nove itens, dos quais sete correspondem à subcategoria denominada *vínculo* (“a criança sente o terapeuta como apoio”; “age hostilmente em relação ao terapeuta”; “demonstra afeto positivo em relação ao terapeuta”; “compartilha experiência com o terapeuta”; “sente desconforto ao interagir com o terapeuta”; “qual é o grau de dificuldade na interação com o terapeuta”; “usa habilidades aprendidas na terapia para fazer mudanças fora da terapia”); e dois correspondem à subcategoria denominada *tarefa* (“não cumpre as tarefas”; “trabalha igualmente nas tarefas”). Deve-se notar que a pontuação dos itens se baseia predominantemente em inferências sobre os sentimentos da criança (e.g., se ela sente desconforto).

Com o objetivo de relacionar as medidas obtidas pela aplicação da TPOCS-A (McLeod & Weisz, 2005) com os resultados do tratamento psicoterapêutico, McLeod e Weisz (2005) realizaram um estudo com 22 crianças com idades entre oito e 14 anos com diagnóstico de depressão ou ansiedade, 20 terapeutas e três codificadores (treinados por um período de dois meses para atingir critérios de confiabilidade). A

TPOCS-A foi utilizada para avaliar o vínculo entre criança-terapeuta e pai-terapeuta. As crianças e seus pais também foram entrevistados em duas ocasiões: (a) uma entrevista pré-tratamento realizada logo após a admissão na clínica e (b) uma entrevista pós-tratamento realizada aproximadamente 15 meses depois. As entrevistas tiveram como objetivo avaliar os sintomas de depressão e ansiedade das crianças a partir de diferentes escalas e inventários. Os autores mensuraram o grau de mudança nos sintomas no pré-tratamento e no pós-tratamento, avaliaram as propriedades psicométricas da TPOCS-A e examinaram as associações entre as medidas obtidas pela TPOCS-A e os resultados na intervenção. Os dados indicaram que a TPOCS-A apresenta uma confiabilidade aceitável e que os vínculos criança-terapeuta e pais-terapeuta são independentes. Nesse estudo, também foi calculada a correlação entre os resultados das escalas TASC (de autorrelato) e TPOCS-A, e os resultados sugerem que ambos convergem e que há uma redução nos sintomas de ansiedade e depressão no pós-tratamento. Foram encontradas associações significativas entre a redução nos sintomas de ansiedade e as respostas das crianças e dos pais à TPOCS-A. Além disso, um vínculo positivo entre pais e terapeuta avaliado durante o tratamento pela TPOCS-A foi associado a uma redução nos sintomas depressivos após o tratamento.

O mesmo estudo de McLeod e Weisz (2005) avaliou uma série de características relacionadas ao tratamento, ao cliente e ao caso, como a experiência do terapeuta, o uso de estratégias da TCC, a idade e o gênero do cliente, o status de minoria étnica, a gravidade do problema da criança e a presença de diagnóstico de transtorno de conduta da criança. Os dados indicaram que apenas as estratégias de TCC estavam relacionadas positivamente com o vínculo entre a criança e o terapeuta. Os resultados desse estudo sugerem que a qualidade da relação terapêutica avaliada pela TPOCS-A (tanto o vínculo terapeuta-criança quanto o vínculo terapeuta-pais) desempenha um papel importante no sucesso do tratamento. No entanto, o estudo não abordou a forma como o vínculo é construído, deixando em aberto a pergunta de quais habilidades e comportamentos do terapeuta são importantes para o desenvolvimento

de um bom vínculo terapêutico. Deve-se salientar que, apesar de essa escala ser direcionada ao público infantil, não seria possível utilizá-la com crianças que apresentam déficits de comunicação, uma vez que a medida de vínculo pelo cliente é acessada por relato verbal — e, se fosse respondida por terceiros, seriam avaliadas inferências do relato verbal, e não o comportamento de vínculo observável.

Carvalho et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática de publicações no período de 1996 a 2014 sobre o vínculo terapêutico na psicoterapia de crianças e de adolescentes e encontraram 26 artigos — a maioria (92,3%) tendo sido publicada entre 2004 e 2014. Os estudos foram agrupados em três categorias de acordo com seu foco: (a) características do vínculo terapêutico na psicoterapia de crianças e adolescentes, (b) vínculo terapêutico como preditor de resultados na psicoterapia de crianças e de adolescentes e (c) instrumentos para avaliar o vínculo terapêutico com crianças e adolescentes. Os resultados apontaram que crianças mais novas (seis a 10 anos) tendem a criar vínculos com mais qualidade no início do tratamento do que crianças mais velhas (11 a 13 anos). Também foi observado que crianças e adolescentes com repertório de habilidades sociais e boa interação social fora do contexto terapêutico tendem a formar vínculos com maior qualidade no início do tratamento. Entre as características do terapeuta que favoreceram a construção de um vínculo terapêutico, salientaram-se a empatia, o carinho, a sincronia com o cliente, a colaboração no contexto terapêutico, a validação dos sentimentos do cliente e o esforço para proporcionar prazer e diversão ao cliente. Além disso, os estudos revistos sugeriram que o terapeuta deve evitar ser excessivamente formal ou forçar o cliente a falar sobre assuntos conflituosos, esclarecer os objetivos do tratamento para os pais e solicitar que estes apoiem a participação dos filhos na terapia, além de lhes fornecer feedback.

Vários estudos analisados por essa revisão salientaram que o vínculo terapêutico entre pais e terapeutas de crianças e adolescentes está relacionado à compreensão dos objetivos do tratamento pelos pais, ao compartilhamento entre pais e filhos de experiências sobre o processo terapêutico e ao comprometimento com o

processo terapêutico. Importante notar que as características dos pais que favoreceram o desenvolvimento de um bom vínculo com o terapeuta de seus filhos se assemelham às dimensões propostas por Bordin (1979) no que tange ao acordo entre os objetivos apresentados por terapeuta e pelo cliente e colaboração entre cliente e terapeuta.

O segundo agrupamento realizado por Carvalho et al. (2015) — vínculo terapêutico como preditor de resultados positivos na psicoterapia de crianças — envolveu 11 estudos cujos resultados sugeriram que uma melhor qualidade no vínculo terapêutico nas díades pais-terapeuta e criança-terapeuta é preditora significativa de envolvimento da criança e dos pais na terapia, com menos barreiras para a realização do tratamento e de melhoria da sintomatologia da criança ao final do tratamento, enquanto um vínculo fraco se mostrou associado ao término prematuro do tratamento.

O terceiro agrupamento, que focou os instrumentos para avaliar o vínculo terapêutico com crianças (Carvalho et al., 2015), foi composto de apenas dois estudos que empregaram duas escalas: TASC (Shirk & Saiz, 1992) e TPOCS-A (McLeod & Weiss, 2005). Conforme mencionado anteriormente, ambas as escalas citadas não foram apresentadas na revisão de Maia et al. (2017) — talvez pelo fato de que Maia et al. (2017) objetivaram apenas rever estudos que tivessem empregado escalas de vínculo terapêutico em adultos, embora essa informação não tenha sido explicitada pelos autores.

Vínculo Terapêutico em Intervenções Psicológicas Dirigidas a Crianças com Autismo

A relação entre o vínculo terapêutico e os resultados de procedimentos de intervenção dirigidos a crianças com transtorno do espectro autista (TEA) tem sido pouco examinada. O TEA é considerado pela 11ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2018) e pela quinta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022) uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por déficits persistentes na

comunicação e na interação social, além de padrões de comportamento, interesses e atividades restritos e repetitivos. Esses déficits incluem dificuldades na interação social (iniciar e manter conversação, interpretar gestos, expressões faciais e figuras de linguagem) e na adaptação da pessoa a diferentes contextos sociais. Esses sintomas podem impactar significativamente o funcionamento do indivíduo em outras áreas além da social, como a educacional e a ocupacional. Importante destacar que o termo *espectro* é utilizado para indicar que há uma ampla variedade de manifestações e diferentes níveis de gravidade dos sintomas. As pessoas com TEA podem apresentar diferentes combinações de dificuldades na comunicação social, comportamentos repetitivos e sensibilidade sensorial que variam desde formas leves até severas. Além disso, as habilidades intelectuais e de linguagem também variam consideravelmente, com alguns indivíduos apresentando habilidades cognitivas altas e outras deficiências intelectuais.

Com o objetivo de determinar se os resultados do tratamento voltados para a regulação emocional de crianças com autismo estavam associados ao vínculo terapêutico numa intervenção em TCC, Albaum et al. (2020) fizeram um estudo que envolveu 48 crianças entre oito e 12 anos com o diagnóstico de TEA. Os participantes apresentavam funcionamento intelectual na média — Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence [Escala Wechsler Abreviada de Inteligência] (WASI-II; Wechsler, 2011) — com algum nível de interesse em participar da terapia e abaixo da nota de corte no Social Communication Questionnaire [Questionário de Comunicação Social] (Rutter & Bailey, 2003) ou na Social Responsiveness Scale — Second Edition [Escala de Responsividade Social — Segunda Edição] (Constantino, 2012).

Foram aplicados seis instrumentos¹ pré e pós-tratamento, com o objetivo de medir a mudança na regulação emocional da criança (Albaum et al., 2020). O estudo empregou uma intervenção denominada Secret Agent Society: Operation Regulation [Sociedade do Agente Secreto: Operação Regulação] (Beaumont, 2013) — que incluiu 10 sessões individuais de terapia das quais participaram o terapeuta, a criança e seu cuidador principal. Foi realizada uma avaliação das sessões, via vídeo, pelos codificadores, que passaram por treinamento até atingirem um acordo nas avaliações. Os codificadores foram três pessoas que passaram por um treinamento de 1 mês, que incluiu revisão detalhada do manual de codificação do TPOCS-A, sessões práticas de codificação e discussões semanais para esclarecer dúvidas e garantir consistência na avaliação. Ao final do treinamento, alcançaram alta confiabilidade nas codificações, com um índice de concordância de 0,92. As avaliações da aliança terapêutica ao final do tratamento, particularmente a colaboração na tarefa, mostraram associações significativas com alguns resultados do tratamento, como melhoria na negatividade emocional da criança relatada pelos pais e na desregulação emocional relatada pelas crianças (Albaum et al., 2020).

É importante salientar que a TPOCS-A conta com a avaliação da própria criança, o que exige um repertório específico de comportamento verbal, como responder a perguntas a respeito de eventos privados. No entanto, uma das características diagnósticas do TEA segundo o DSM-5-TR (APA, 2022) é o déficit na comunicação e

¹ (a) TPOCS-A para avaliar o vínculo terapêutico; (b) Children's Emotion Management Scales [Escala de Gerenciamento de Emoções em Crianças] (CEMS; Zeman et al., 2010) para avaliar a regulação emocional: Tristeza (12 itens), Raiva (11 itens) e Preocupação (10 itens), cada uma com três subescalas: inibição (e.g., "Eu escondo minha tristeza"), desregulação (e.g., "Eu faço coisas como bater portas quando estou com raiva") e enfrentamento (e.g., "Eu converso com alguém até me sentir melhor quando estou preocupado"); (c) Emotion Regulation Checklist [Checklist de Regulação Emocional] (ERC; Shields & Cicchetti, 1997), avaliados pelos pais, com duas subescalas: negatividade (variações de humor, reatividade e desregulação emocional) e regulação emocional (processos de adaptativos de regulação); (d) um questionário sobre características pré-tratamento da criança supostamente preditoras do vínculo terapêutico, como a prontidão para participar; (e) Behavioural Assessment System for Children — Second Edition, Parent Rating Scale [Escala de Avaliação Comportamental para Crianças — Segunda Edição, Escala de Avaliação dos Pais] (BASC-2 PRS; Reynolds & Kamphaus, 2004); e (f) Anxiety Disorder Interview Schedule — Parent Version [Entrevista para Transtornos de Ansiedade — Versão para Pais] (ADIS-P; Silverman & Albano, 2004).

na interação social, sendo este, muitas vezes, o principal alvo da intervenção dirigida a esse público. Dessa forma, a avaliação do vínculo terapêutico pela própria criança como proposta pela TPOCS-A pode encontrar a barreira de falta de repertório verbal das crianças com TEA, o que dificulta o emprego desse instrumento quando se estuda essa população.

Considerando o levantamento feito sobre o conceito e as métricas do vínculo terapêutico, a importância do seu estudo na psicoterapia infantil e a escassez de pesquisas relacionando vínculo terapêutico com os resultados terapêuticos de crianças com TEA, fica clara a necessidade de mais estudos nessa área.

Intervenções Baseadas em Análise do Comportamento Dirigidas a Crianças com Autismo

Sundberg e Partington (1998) enfatizaram o fato de que o terapeuta deve-se tornar um estímulo reforçador para o cliente nas intervenções baseadas em análise do comportamento dirigidas a crianças com autismo. Esses autores sugerem que a aquisição do valor reforçador pelo terapeuta poderia acontecer como resultado de um procedimento denominado *presession pairing* (PSP), que, nesta dissertação, é traduzido como *pareamento pré-sessão*, mantendo a sigla original. O procedimento envolve vários comportamentos do terapeuta, tais como aproximar-se do cliente, oferecer estímulos reforçadores positivos e participar do acesso do cliente a esses reforçadores. Sundberg e Partington (1998) ofereceram como exemplos: brincar com o cliente, narrar a atividade em que se está envolvido, fazer contato visual e elogiar enquanto ele consome alimentos ou acessa outros reforçadores. Nos exemplos descritos, é possível identificar contingências de condicionamento respondente, no qual um pareamento sistemático entre dois estímulos faz com que um estímulo originalmente neutro (o terapeuta) adquira propriedades semelhantes àsquelas dos estímulos aos quais foi pareado.

Supondo que as demandas inerentes ao ensino de comportamentos numa situação de terapia de crianças com autismo podem tornar-se operações motivadoras

condicionadas reflexivas (OMCRs) e que a remoção dessas demandas pode funcionar como um reforçador negativo, Carbone et al. (2007) também propuseram um pareamento (*pairing*) entre estímulos de preferência da criança (supostamente reforçadores positivos) e o ambiente terapêutico (terapeuta e materiais), a fim de diminuir a frequência de comportamentos-problema e aumentar o engajamento e cooperação nas tarefas de terapia. Assim, ao parear o ambiente terapêutico, no qual as demandas ocorrem, com reforçadores positivos, é possível reduzir a função aversiva de tais demandas e diminuir a probabilidade de emissão de comportamentos de fuga e de esquiva. Um outro efeito do pareamento do terapeuta com estímulos reforçadores positivos para o cliente seria tornar o terapeuta um estímulo discriminativo para respostas apropriadas do cliente. Um ambiente terapêutico no qual o cliente coopera com as demandas da terapia e o terapeuta tem valor reforçador positivo assemelha-se às descrições de vínculo terapêutico propostas por Bordin (1979) e avaliadas por instrumentos como HAQ (Luborsky et al., 1996), VPPS (O'Malley et al., 1983), WAI (Horvath & Greenberg, 1989) e CALPAS (Gaston et al., 1991).

Segundo Lugo et al. (2017), o procedimento de PSP poderia desenvolver o vínculo do terapeuta com crianças com autismo, uma vez que propõe um ambiente terapêutico rico de itens de alta preferência, antes de serem iniciadas quaisquer demandas de ensino, o que favoreceria o engajamento da criança nas demandas da terapia. A principal crítica desses autores quanto ao procedimento do PSP é a falta de sistematização na literatura dos comportamentos a serem emitidos pelo terapeuta. Depois, os autores propuseram sete comportamentos que devem ser apresentados pelos terapeutas ao longo do engajamento com a criança no PSP: (a) aproximar-se da criança, (b) fornecer elogios, (c) imitar falas da criança, (d) imitar ações da criança, (e) descrever ações da criança, (f) iniciar variações na brincadeira e (g) criar novas brincadeiras. Os autores, então, avaliaram a possibilidade de treinar terapeutas a emitirem esses sete comportamentos via *behavioral skills training* (BST; em português, treinamento de habilidades comportamentais) e feedback de performance. Os

resultados indicaram que todos os terapeutas, após o treinamento que durou três a cinco sessões, foram capazes de emitir os sete comportamentos corretamente.

Intervenções Baseadas em ABA Dirigidas a Pessoas com Autismo e Assentimento

Um tema atual que tem sido objeto de várias reflexões por profissionais que trabalham com intervenções dirigidas a pessoas com autismo é o *assentimento*. Morris et al. (2024) definem o assentimento como a manifestação de concordância de um indivíduo tutelado (desprovido de capacidade legal plena) em participar de um procedimento terapêutico ou de uma pesquisa. Diferentemente do *consentimento*, que é obtido mediante um responsável legal que confere uma autorização formal, o assentimento reflete a autonomia e dignidade do indivíduo, permitindo o exercício da capacidade de escolha dentro de suas habilidades de compreensão. O assentimento não se restringe a um mero formalismo, tampouco se limita à obtenção de uma assinatura ou vocalização de “sim, concordo em participar”, mas implica a garantia de que o indivíduo compreenda, na medida de suas habilidades, as opções de tratamento ou de procedimentos de pesquisa disponíveis e possa expressar sua preferência de maneira livre e informada. Ademais, o assentimento não deve ser confundido com a ausência de objeção: o silêncio ou a não resistência não devem ser interpretados como assentimento, sendo imperativa uma manifestação ativa de vontade. A relevância do assentimento reside em seus valores éticos.

Ao considerar a autonomia e a dignidade do indivíduo, o assentimento colabora para o vínculo terapêutico, em consonância com o postulado por Bordin (1979) de que o vínculo terapêutico tem na sua constituição o acordo não apenas entre os objetivos terapêuticos, mas também nos procedimentos e estratégias de intervenção. O respeito à vontade do indivíduo, independentemente de sua capacidade legal para tomada de decisão, demonstra consideração por suas preferências e respeito à sua individualidade. Segundo Morris et al. (2024), garantir o assentimento de pessoas

vulneráveis submetidas a procedimentos terapêuticos oferece a possibilidade de o indivíduo ter controle sobre a intervenção proposta.

A avaliação do assentimento deve ser considerada em todas as intervenções envolvendo indivíduos que não têm capacidade legal plena para consentir, a exemplo de crianças, adolescentes e pessoas com deficiência intelectual. Não obstante, há situações em que a avaliação formal do assentimento pode revelar-se inadequada, como em emergências médicas ou quando o indivíduo carece de capacidade de compreensão mínima para participar do processo decisório. Nesses casos, a prioridade deve ser assegurar o bem-estar e a segurança do indivíduo, resguardando seus direitos tanto quanto possível. A aferição do assentimento pode ser conduzida de diversas maneiras em função da capacidade comunicativa do indivíduo. A depender das habilidades verbais, é possível empregar entrevistas e questionários adaptados. Para aqueles com dificuldades de comunicação, podem ser utilizados recursos visuais, gestos e outras modalidades. O ponto indispensável é certificar-se de que o indivíduo compreenda as informações e possa expressar sua preferência de forma clara e inequívoca.

Em alinhamento com Morris et al. (2024), é de suma importância assegurar que os componentes do assentimento sejam devidamente atendidos, incluindo a familiarização do cliente com as opções de tratamento relevantes, o estabelecimento de estímulos discriminativos para tais opções, a verificação e confirmação do controle dos estímulos discriminativos e a organização de uma escolha. Tais componentes devem ser adaptados às habilidades e necessidades de cada indivíduo, garantindo a significância e o respeito no processo de assentimento. Outrossim, a avaliação do assentimento não deve se restringir à obtenção de uma resposta inicial. É imprescindível monitorar continuamente a disposição do indivíduo em participar do tratamento, atentando-se a sinais de desconforto, resistência ou mudança de preferência. O assentimento é um processo dinâmico e contínuo, e o terapeuta deve

demonstrar prontidão para ajustar o tratamento conforme necessário, de modo a garantir o bem-estar do indivíduo.

É fundamental considerar que, em intervenções com crianças e com pessoas com desenvolvimento atípico, o vínculo terapêutico está intrinsecamente ligado ao assentimento, que, conforme detalhado por Morris et al. (2024), deve garantir que o cliente seja familiarizado com as opções de tratamento, que estímulos discriminativos sejam estabelecidos para essas opções, que o controle desses estímulos seja testado e confirmado e que uma escolha seja organizada. Essa perspectiva amplia a visão tradicional de vínculo, focando as contingências que possibilitam a participação ativa e informada da criança e de pessoas com desenvolvimento atípico no processo terapêutico. Nesse contexto, uma releitura dos procedimentos terapêuticos deve considerar se eles incorporam os componentes essenciais do assentimento propostos por Morris et al. (2024). Isso implica verificar se os terapeutas estão efetivamente garantindo que os clientes compreendam as opções de tratamento disponíveis, que sejam capazes de associar estímulos específicos a cada opção e que possam expressar uma escolha em relação ao tratamento, assegurando que as respostas descritas como indicadores de vínculo também reflitam um processo de assentimento genuíno.

O assentimento, nesse contexto, é mais do que uma concordância passiva; é um processo ativo e contínuo que envolve fornecer informações acessíveis à criança sobre as opções de tratamento, utilizando estratégias de comunicação adaptadas à sua capacidade de compreensão. Para garantir o assentimento, os terapeutas devem criar um ambiente de segurança, onde a criança e pessoas com desenvolvimento atípico se sintam à vontade para expressar suas preferências e preocupações. É crucial utilizar recursos visuais, linguagem simples e outras ferramentas de comunicação adaptadas para explicar os procedimentos e opções de tratamento. Além disso, o terapeuta deve estar atento aos sinais verbais e não verbais do cliente, respeitando suas escolhas. O

assentimento não é um evento único, mas um processo contínuo que requer avaliações e ajustes ao longo do tratamento.

Objetivo

Considerando a relevância da análise do comportamento aplicada (em inglês, *applied behavior analysis* [ABA]) nas intervenções com autismo, assim como a relevância do desenvolvimento do vínculo nas intervenções terapêuticas, em especial na infância, e o compromisso ético da garantia do assentimento para conduzir procedimentos com crianças em intervenções e pesquisas em análise do comportamento, evidencia-se a necessidade de estudos sobre a vínculo terapêutico nas intervenções baseadas em ABA para crianças com autismo e a confirmação do assentimento para implementação de procedimentos que visam desenvolver vínculo. É imperativo que o conceito de vínculo terapêutico seja descrito de forma objetiva, passível de observação e de mensuração por observadores independentes, sendo, dessa forma, possível avaliar os efeitos de diferentes intervenções.

O objetivo deste trabalho foi analisar os estudos sobre vínculo terapêutico nas intervenções baseadas em ABA dirigidas às crianças com autismo, a fim de identificar como os autores definiram vínculo, quais respostas foram consideradas variáveis dependentes, quais procedimentos foram aplicados, quais métricas foram utilizadas e quais efeitos da intervenção foram observados — e se houve garantia de assentimento e como ele foi descrito.

Método

Procedimento de Busca

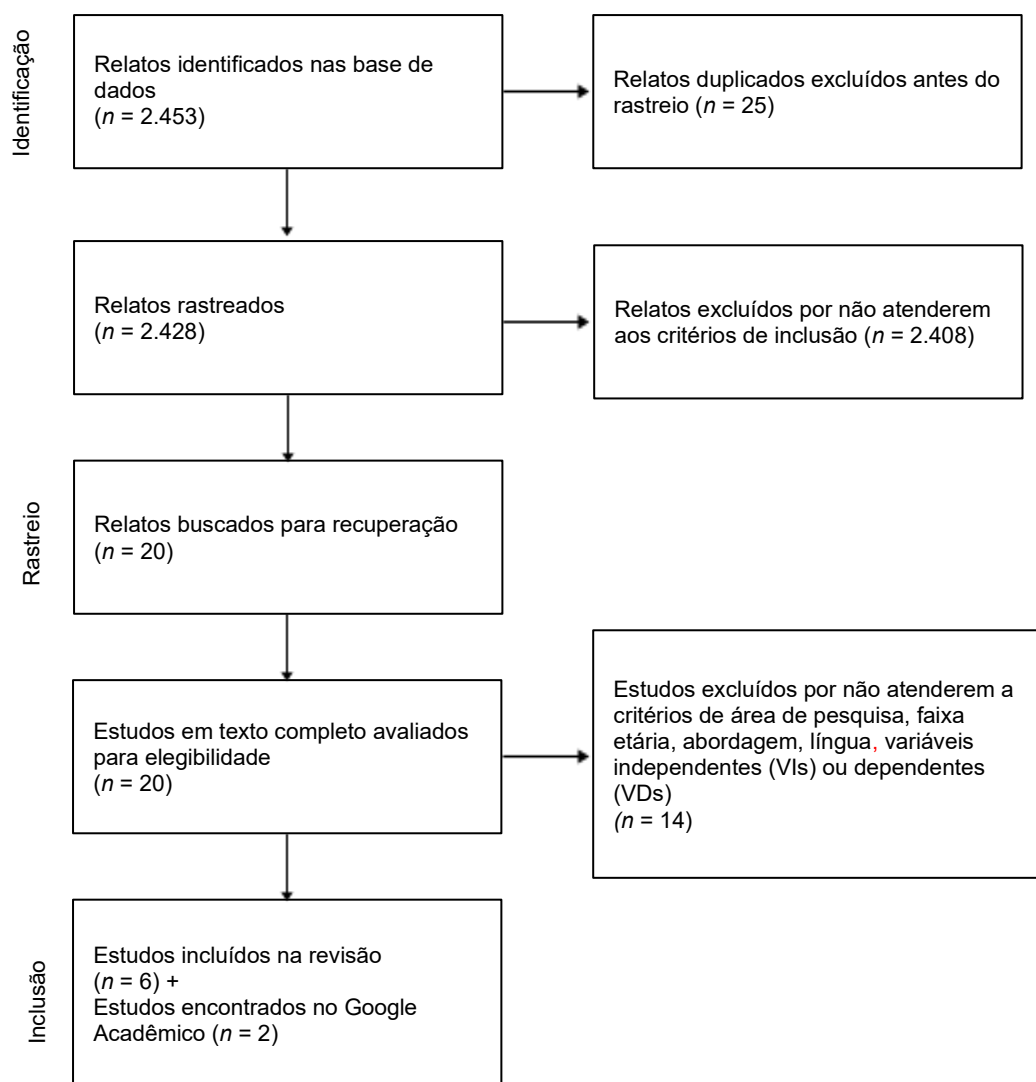
Foi conduzida uma revisão da literatura nas bases PsycINFO, Portal de Periódicos CAPES, PubMed, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e SciELO nos dias 27 de novembro de 2023, 10 de junho de 2024, 26 de outubro de 2024 e 16 e 23 de fevereiro de 2025. Foram utilizadas, em todas as bases, as expressões de busca: "autism AND children AND therapeutic alliance", "autism AND children AND

rapport", "autism AND presession pairing", "autism AND children AND pairing", "autismo AND terapia AND vínculo", "autismo AND aliança terapêutica".

Foram incluídos estudos empíricos: (a) escritos em língua inglesa ou portuguesa; (b) que tivessem utilizado ao menos uma das expressões: “vínculo”, “vínculo terapêutico”, “aliança terapêutica”, “aliança de trabalho”, “rapport”, “therapeutic alliance”, “working alliance” ou “presession pairing”; (c) envolvendo participantes com idades até 12 anos com autismo; (d) realizados sob a abordagem da análise do comportamento, isto é, que apresentassem termos da ABA ou expressões como “behavioral analysis”, “behavioral intervention”, “behavioral treatment”; (5) que tivessem o vínculo com o terapeuta ou a aliança terapêutica como variáveis dependente ou independente do estudo.

Considerando a pequena amostra de trabalhos inicialmente encontrada, optou-se por empregar também o Google Acadêmico como fonte de estudos em 23 de fevereiro de 2025, com a utilização das palavras contidas nas expressões de busca utilizadas nas outras bases de dados.

A Figura 1 apresenta os passos empregados para se chegar aos estudos que foram efetivamente analisados neste trabalho.

Figura 1*Fluxograma da Revisão*

Nota. Adaptado do PRISMA (Page et al., 2021).

Foram encontrados 2.453 artigos a partir das expressões de busca nas bases de dados investigadas, dos quais 25 foram excluídos por serem duplicados. Dos 2.428 restantes, apenas 20 indicavam atender aos critérios de inclusão com base no resumo — e foram recuperados em texto completo para rastreamento. Desses 20, 14 foram excluídos por não atenderem a critérios de área de pesquisa, faixa etária, abordagem, língua, variáveis independentes (VIs) ou dependentes (VDs). Após aplicar os critérios de

inclusão, restaram apenas seis estudos (Ensor et al., 2023; Gormley et al., 2020; Kelly et al., 2015; Lapin, 2014; Lugo et al., 2018; Shillingsburg et al. 2018). Considerando-se a pequena amostra de trabalhos encontrados, adicionou-se ao conjunto selecionado dois trabalhos de mestrado encontrados em pesquisa paralela à revisão inicial na base de dados do Google Acadêmico — e que constam do repositório de suas respectivas universidades (Abuladze, 2018; Padgett, 2010).

Resultados

A Tabela 2 a seguir apresenta, para cada estudo incluído nesta revisão, as variáveis independentes (VIs), dependentes (VDs), a definição de vínculo terapêutico adotada pelo(s) autor(es) e as relações entre VIs e VDs.

Padgett (2010) avaliou o efeito de reforçamento não contingente (*noncontingent reinforcement* [NCR]) sobre o estabelecimento de vínculo terapêutico entre terapeutas e crianças com autismo. Essa autora considerou como respostas de vínculo as aproximações entre terapeuta e criança e avaliou o efeito do vínculo sobre os comportamentos-problema das crianças (birra, choro, sair do assento). Também avaliou uma possível influência do vínculo terapeuta-criança sobre o número de lições de ensino concluídas e sobre a porcentagem de respostas corretas nestas lições. Participaram do estudo três crianças com idades entre três e quatro anos — dois meninos e uma menina —, todas diagnosticadas com autismo e que recebiam 30-37 horas semanais de intervenção comportamental no Central California Autism Center na California State University. O delineamento utilizado foi o de tratamentos alternados com retorno à linha de base, ABACAB/C (ou ACABAB/C). Os tratamentos foram contrabalanceados entre os participantes para avaliar possíveis efeitos de ordem. Após a linha de base (Fase A), ocorria a Fase B (NCR fornecido a cada minuto) ou a Fase C (NCR fornecido a cada 30 segundos), dependendo do participante; e as sessões, que duravam aproximadamente 20 minutos, ocorriam em uma sala de terapia. Na Fase A, que durou, em média, cinco sessões, foram coletados dados sobre os comportamentos-alvo: aproximações da criança ao terapeuta, afastamentos e birras. Considerava-se que

ocorria uma aproximação quando a criança se dirigia ao terapeuta e pegava um item (não reforçador), dava um item ao terapeuta, falava com o terapeuta ou solicitava ajuda. Considerava-se que ocorria um afastamento quando a criança se distanciava do terapeuta, chorava ou apresentava uma birra por mais de 30 segundos. Antes das fases B e C, era conduzida uma avaliação de preferência de cinco itens sem reposição (DeLeon & Iwata, 1996), e dois a três itens mais escolhidos eram utilizados como reforçadores para NCR. Na Fase B, era iniciada uma brincadeira, na qual o terapeuta interagia com a criança no chão da sala e usava no seu cinto uma ferramenta vibratória para lembrar de fornecer um dos itens preferidos à criança a cada minuto. A criança recebia cinco reforçadores não contingentes nos primeiros 5 minutos. Durante esse tempo, eram coletados dados sobre os comportamentos-alvo. Quando os 5 minutos de brincadeira e NCR terminavam, o terapeuta levava a criança de volta ao assento e começavam as lições de ensino. Durante os 10 minutos de lições, o pesquisador registrava os seguintes comportamentos-problema: (a) fora do assento: sair do assento e se afastar do terapeuta por mais de 5 segundos, (b) birra: chutar, bater, gritar ou chorar por mais de 30 segundos e (c) outros comportamentos-problema: bater ou chutar o terapeuta, gritar ou outros comportamentos que interrompessem as lições. A ferramenta vibratória do terapeuta era utilizada para lembrá-lo de fornecer NCR a cada 2 minutos no momento das lições. Ao final da sessão de lições, o pesquisador registrava quantas lições tinham sido concluídas e a porcentagem de respostas corretas em cada lição. Na Fase C, o procedimento era idêntico ao da Fase B, exceto pela maior frequência do NCR (a cada 30 segundos) durante o tempo de interação inicial. Em seguida, ocorriam as fases de reversão à linha de base e reintrodução das Fases B ou C, dependendo da criança. Na reversão à linha de base, todos os comportamentos-alvo foram registrados durante o tempo de interação de 5 minutos, e os comportamentos-problema foram registrados durante os 10 minutos de lição de ensino. Nenhum NCR foi liberado nessa fase. Não há menção a respeito de assentimento pelas crianças em nenhuma fase. Os resultados indicaram que ambos os esquemas de NCR foram

igualmente eficazes, ocorrendo aumento nas aproximações das crianças ao terapeuta, enquanto os afastamentos e comportamentos-problema permaneceram em níveis baixos ou nulos. Embora ambas as fases tenham sido eficazes, a Fase B foi considerada mais natural e fácil para os terapeutas implementarem. Em relação à quantidade de lições de ensino concluídas e a porcentagem média de respostas corretas, não houve diferença significativa entre as condições B e C. Os resultados indicaram que o vínculo pode ser medido em um ambiente clínico e que o NCR pode reduzir comportamentos-problema em crianças com autismo e aumentar comportamentos desejáveis, como aproximações ao terapeuta (pegar e entregar itens, conversar ou pedir ajuda). A autora sugeriu que o pareamento do terapeuta com estímulos reforçadores levou o próprio terapeuta a ganhar valor reforçador, argumentando que o NCR atuou nas operações motivadoras e diminuiu as propriedades aversivas da terapia. A quantidade de lições realizadas pelas crianças e a porcentagem de acertos após cada sessão de intervenção com o emprego de NCR indicaram que um dos efeitos do vínculo pode ser a ocorrência de respostas de cooperação. Não ficou claro, no estudo, se as habilidades apresentadas pelas crianças já faziam parte do seu repertório ou se constituíam novos comportamentos ensinados. Uma das limitações do estudo de Padgett (2010), salientada pela própria autora, foi o fato de que os três participantes tinham idades semelhantes, recebiam a mesma quantidade de terapia semanalmente e frequentavam a clínica havia pelo menos seis meses, limitando a variabilidade da amostra. O estudo também foi conduzido exclusivamente em um ambiente clínico, limitando a generalização dos achados para outros contextos. Como indicação para futuras pesquisas, Padgett (2010) sugeriu avaliar a generalização do comportamento de aproximação da criança para outros adultos e em outros ambientes, como professores na escola, e investigar se os terapeutas que estabelecem vínculos com as crianças funcionam como estímulos discriminativos ou como reforçadores condicionados.

Quatro anos depois, Lapin (2014) realizou um estudo com o objetivo de avaliar os efeitos de um treinamento de discriminação operante sobre os níveis de vínculo da criança (medidos pela frequência de respostas de contato visual, aproximações, contato físico, sorrisos e orientação corporal). Participaram do estudo seis díades terapeuta-criança: três com baixo grau de vínculo e três com alto grau de vínculo. O objetivo era verificar se o treino discriminativo tornaria as interações sociais do terapeuta um estímulo discriminativo para as respostas de vínculo e se, após o estabelecimento de vínculo, haveria aquisição de duas novas respostas por criança. Essas respostas, identificadas como A e B, diferentes para cada criança, foram inicialmente emitidas pela criança com a ajuda física do terapeuta, sem consequências programadas; em seguida, a frequência de respostas espontâneas, sem a ajuda física do terapeuta, foi registrada durante 3 minutos. Uma resposta era considerada elegível para a segunda fase do estudo se ocorresse, de forma espontânea, menos de três vezes por sessão durante três sessões consecutivas. Para um dos participantes, a Resposta A era tocar um cartão rosa, e a Resposta B era tocar na letra “X” em azul num papel; para o segundo participante, a Resposta A era tocar na letra “X” em azul num papel, e a Resposta B era tocar em cima de uma lata vazia; e, para o terceiro participante, a Resposta A era mover um bloco em formato de estrela por cima de uma linha tracejada no papel, e a Resposta B era tocar um cartão rosa. Para cada participante, a Resposta A foi registrada nas condições de linha de base e pós-intervenção. O grau de vínculo foi medido a partir da escolha (aproximação) da criança de um terapeuta para brincar. Os terapeutas escolhidos mais vezes por uma mesma criança — num total de três apresentações — foram considerados com alto grau de vínculo, enquanto os terapeutas que não foram escolhidos pelas crianças foram considerados com baixo grau de vínculo. O delineamento envolveu linha de base, sessões de treino discriminativo (referidas como intervenção) e pós-intervenção. As sessões de intervenção ocorreram apenas com as três díades terapeuta-criança com baixo grau de vínculo; as três díades terapeuta-criança com alto grau de vínculo foram utilizadas para comparação. As sessões de

intervenção tinham duração de 15 segundos e alternavam duas condições: na condição S+, o terapeuta, de frente para a criança, apresentava uma bandeja com itens altamente reforçadores (*highest preference* [HP]), com os quais a criança poderia brincar livremente. Nessa condição, eram consideradas corretas as respostas da criança de pegar os estímulos HP. Na condição S-, o terapeuta ficava de costas para a criança e uma terceira pessoa — a experimentadora — apresentava uma bandeja com itens HP; qualquer tentativa da criança de acessar esses estímulos era bloqueada pela experimentadora. Na condição S-, registrava-se a quantidade de bloqueios feitos pela experimentadora. Foram consideradas incorretas as respostas apresentadas pela criança quando o terapeuta precisava dar apoio físico para ela pegar um item HP na condição S+ e quando havia necessidade de bloqueio do acesso ao item HP na condição S-. Foram calculadas as porcentagens de intervalos nos quais ao menos uma das respostas de vínculo foi emitida pela criança (aproximações em direção ao terapeuta, contato visual, orientação corporal para o terapeuta, contato físico com o terapeuta e sorrisos da criança), na pré e na pós-intervenção, que pertenciam às díades que apresentavam diferentes graus de vínculo; e a frequência das duas novas respostas específicas de cada criança (A e B), pré e pós-intervenção. Os dados da pré-intervenção envolveram os resultados de todas as díades, enquanto a pós-intervenção contou apenas com os dados das três díades de baixo grau de vínculo (as únicas que participaram da intervenção). Para as díades com baixo grau de vínculo, houve um aumento significativo na porcentagem dos intervalos com respostas de vínculo da criança na pós-intervenção, aproximando-se ou ultrapassando as porcentagens iniciais apresentadas pelas díades com alto grau de vínculo na linha de base. A topografia mais frequente das respostas de vínculo das crianças durante as sessões de pós-intervenção foi a orientação corporal. Para as respostas novas A e B, que ocorriam em taxas relativamente baixas na linha de base para as três crianças, houve um aumento no pós-intervenção. Não há menção de assentimento das crianças em nenhuma fase. Os resultados da pesquisa indicaram que o procedimento foi bem-sucedido em estabelecer

a interação social dos terapeutas com baixo grau de vínculo como um estímulo discriminativo para resposta de orientação corporal da criança em relação ao terapeuta, adquirindo posteriormente propriedades reforçadoras, como foi demonstrado quando foi apresentado como consequência das respostas novas de tocar no cartão rosa, no “X” azul, em cima da lata vazia e percorrer com um bloco por cima de uma linha tracejada no papel. No entanto, a autora salientou algumas limitações, como: (a) a falta de observadores que não eram cegos às condições experimentais, o que pode ter introduzido um viés no sistema de medição; e (b) a dificuldade da aplicação do procedimento empregado em ambiente clínico, pois envolve um registro a cada cinco segundos, por sessão.

No ano seguinte, Kelly et al. (2015) investigaram os efeitos do procedimento de PSP sobre respostas acadêmicas e comportamentos-problema em três crianças com autismo (uma menina e dois meninos) com idades entre nove e 11 anos. Para cada criança, foram realizadas análises funcionais do comportamento-problema para determinar a função dos comportamentos desafiadores, seguidas por avaliações de preferência para identificar itens altamente e moderadamente preferidos. O procedimento envolveu três condições num delineamento de linha de base múltipla entre participantes: linha de base, pareamento pré-sessão (2 a 4 minutos de atividades preferidas com o experimentador antes da sessão de ensino) e ensino de uma tarefa nova. Para um dos participantes houve uma quarta condição — uma sessão de manutenção. As sessões eram realizadas três vezes por semana, e foram avaliadas: a porcentagem de intervalos nos quais foram registrados comportamentos desafiadores (registro de intervalo de 10 segundos) e a porcentagem de respostas acadêmicas corretas. A função dos comportamentos-problema foi identificada como apenas fuga ou atenção e fuga. Não há menção de assentimento das crianças em nenhuma fase. Os principais resultados mostraram uma redução na frequência de comportamentos-problema após a introdução do PSP para todos os participantes (porcentagem próxima a zero na introdução de uma tarefa nova) e uma alta porcentagem de acertos nas

respostas acadêmicas. O efeito foi mantido na sessão de manutenção realizada com um dos participantes.

Após submeterem uma criança com TEA de quatro anos a três diferentes condições terapêuticas conduzidas por três terapeutas diferentes, Lugo et al. (2018) verificaram qual condição seria escolhida pela criança. As condições terapêuticas eram: (a) pareamento pré-sessão (PSP): período de 2 min 30 s de interação com o terapeuta, utilizando materiais altamente preferidos pela criança, antes do início da intervenção, (b) brincar livre (*free play* [FP]): período de 2 min 30 s em que a criança tinha acesso livre aos mesmos materiais preferidos utilizados no PSP, mas o terapeuta não interagiu com ela e (c) início imediato da intervenção, que empregou o treino por tentativas discretas (*discrete trial training* [DTT]): nessa condição, foram solicitados apenas respostas já presentes no repertório da criança, verificadas em uma avaliação prévia, que envolviam imitação motora grossa com e sem objetos, emparelhamento e identificação de imagens. Na condição PSP, o terapeuta apresentava os sete comportamentos descritos por Lugo et al. (2017) antes de iniciar a intervenção. Cada uma das três condições terapêuticas foi conduzida pelos três terapeutas, de forma que a criança passou pelas três condições com todos os terapeutas e todos os terapeutas passaram por todas as condições com a criança. Segundo as autoras, esse foi um cuidado metodológico para tentar garantir que a escolha da criança seria pela condição, e não por características do terapeuta. Durante a fase de intervenção, não eram dadas instruções verbais à criança, e o terapeuta fornecia ajuda física para a criança apontar a foto que mostrava o terapeuta na condição terapêutica em vigor; em seguida, a criança era direcionada à condição representada na foto com o terapeuta, a fim de contingenciar a resposta de apontar a figura com acesso à condição da figura apontada com o terapeuta. Isso foi repetido duas vezes, para cada condição terapêutica. Ao final, a criança era instruída a escolher uma entre as fotos dos terapeutas de forma independente, sem ajuda física, e seguir para a condição com aquele terapeuta. Na sequência, os terapeutas tiveram as condições alteradas, e a intervenção era repetida,

de forma que a mesma foto de um terapeuta levaria agora a outra condição. Não há menção de assentimento das crianças na intervenção. Os resultados mostraram que a criança escolheu a condição de PSP antes da sessão, independentemente do terapeuta. É importante considerar algumas limitações desse estudo, que contou apenas com uma criança e careceu de outras medidas de vínculo (aproximação da criança em relação ao terapeuta, contato visual, orientação corporal, sorrisos) mensuradas nas pesquisas de Padgett (2010) e Lapin (2014). Tampouco avaliou o efeito da intervenção na porcentagem de acertos de tarefas, como Padgett (2010) e Kelly et al. (2015).

Abuladze (2018) investigou os efeitos de dois procedimentos para o desenvolvimento de vínculo: (a) reforçamento não contingente (NCR) e (b) reforçamento contingente (CR) às respostas-alvo. As principais variáveis dependentes do estudo foram selecionadas com base na proposta de Tickle-Degnen e Rosenthal (1990) para respostas de vínculo que incluíam a aproximação da criança — em pé, sentada ou deitada — a, no máximo, 90 cm do experimentador por pelo menos 3 segundos e a latência da primeira aproximação da criança ao experimentador ao entrar na sala. As variáveis dependentes secundárias foram os comportamentos de olhar em direção ao experimentador, sorrir, estabelecer contato físico com o experimentador e emissão de respostas de mando pela criança. Participaram do estudo seis crianças entre dois e quatro anos de idade com diagnóstico de TEA e sete assistentes (denominados experimentadores no estudo), que não tiveram contato prévio com as crianças. O delineamento do estudo foi de múltiplas sondagens entre participantes, com um componente de tratamentos alternados (*multiple probe design across participants, with an embedded alternating treatments component*). O procedimento contou com três fases — linha de base, intervenção e follow-up. A linha de base foi realizada em uma sala com mesa e cadeira, contou com itens moderadamente preferidos pelos participantes e materiais similares às sessões de terapia regular. Nessa fase, o experimentador não fazia aproximação da criança e, se a criança o fizesse, sorria e

respondia com uma frase. Se a criança emitisse algum mando, era dito que esperasse. Os experimentadores usavam uma ferramenta vibratória no cinto, temporizadores e contadores digitais. Todas as sessões foram gravadas. A intervenção consistia em quatro condições diferentes: (a) liberação de reforçadores não contingentes com itens comestíveis (NCR-comestíveis), (b) liberação de reforçadores contingentes com itens comestíveis (CR-comestíveis), (c) liberação de reforçadores não contingentes com interações sociais (NCR-social) e (d) liberação de reforçadores contingentes com interação social (CR-social). Na condição CR-comestíveis, o experimentador aproximava-se da criança e lhe entregava comestíveis altamente preferidos como reforçamento contingente a algumas respostas específicas para cada criança, que incluíam comportamentos que a criança poderia apresentar sem a necessidade de treinamento adicional. Registrou-se o número de reforçadores liberados durante a sessão CR-comestíveis para cada participante com o objetivo de determinar a densidade de reforço a ser liberada na condição NCR seguinte. Isso foi feito para equilibrar a quantidade total de reforço liberado em cada condição. O primeiro dia de intervenções sempre começava com a condição CR para cada participante, e a ordem das demais condições variava aleatoriamente. Durante a condição CR-social, a única diferença era que o experimentador oferecia interações sociais altamente preferidas como reforçador contingente às respostas da criança, em vez de reforçadores comestíveis. Na condição NCR-comestíveis, o experimentador aproximava-se da criança e entregava os estímulos comestíveis altamente preferidos em uma programação baseada no tempo (variado entre participantes; a condição NCR-social foi similar à condição NCR-comestíveis, com a diferença de que o experimentador, ao se aproximar da criança, oferecia interações sociais altamente preferidas em uma programação baseada no tempo — novamente, variado entre participantes). Durante a intervenção, quatro diferentes experimentadores aplicaram cada uma das quatro condições separadamente: cada experimentador sendo responsável por uma condição para cada criança participante e alternando entre elas, em uma ordem

semirrandomizada. Todas as condições aconteciam no mesmo dia com um intervalo entre elas de, pelo menos, 5 minutos. Cada experimentador usava uma camisa de cor diferente, correspondente à condição que estava conduzindo, para favorecer a discriminação das condições. Foram realizadas 10 sessões de intervenção de 15 minutos para cada condição; as sondagens eram coletadas imediatamente antes de cada sessão de intervenção por 3 minutos. Depois que a fase de intervenção foi completada, foram conduzidas três sondagens de follow-up. As avaliações de preferência para identificar possíveis itens reforçadores foram de Múltiplos Exemplos Sem Reposição (DeLeon & Iwata, 1996), Social Interaction Rating Form (SIRF; Pastrana et al., 2016) e Reinforcer Assessment for Individuals with Severe Disability (RAISD; Fisher et al., 1996). Para a seleção das respostas-alvo a serem reforçadas contingentemente nas condições CR-social e CR-comestível, foram identificadas atividades adequadas à idade da criança, na fase de pré-avaliação, e essas atividades foram testadas a fim de avaliar se a criança completaria a atividade de forma independente, sem apresentar comportamentos-problema e sem assistência física (imitação motora de uma ação, imitação com objetos e imitação de palavras simples). Não há menção de assentimento das crianças em nenhuma fase. Os resultados mostraram que, para quatro dos cinco participantes, não ocorreram diferenças na aproximação da criança ao experimentador ou na latência da primeira aproximação ao experimentador ao entrar na sala quando foram comparadas as condições de reforçamento contingente e não contingente nem quando se compararam reforçadores comestíveis e sociais. Para um participante, não houve qualquer aproximação aos experimentadores em nenhuma fase do estudo. Quanto às respostas de olhar e sorrir, três dos cinco participantes não apresentaram mudanças perceptíveis. Dois participantes, entretanto, mostraram um aumento na frequência de olhar e sorrir com todos os experimentadores, sem uma distinção clara entre as quatro condições testadas. Três dos cinco participantes não exibiram mudanças na frequência de contato físico com os experimentadores, enquanto os outros dois demonstraram mais contato

físico durante a fase de intervenção, mas novamente sem distinção clara entre as condições. Por fim, apenas dois participantes apresentaram um aumento nas respostas de mando. Em resumo, os resultados foram bem variados entre os participantes e não houve distinção clara entre as quatro condições experimentais. A maioria dos participantes não mostrou uma diferença consistente em seu comportamento quando foram comparadas as condições de reforçamento contingente e não contingente nem entre os tipos de reforçador (comestível ou social). Os comportamentos de olhar, sorrir e iniciar contato físico tampouco apresentaram mudanças na maioria dos participantes, e apenas dois deles mostraram um aumento nas respostas de mando.

Ainda no mesmo ano, Shillingsburg et al. (2018) avaliaram a eficácia de um protocolo de criação de vínculo e esvanecimento de instrução. O objetivo das autoras foi propor diretrizes para intervenções de criação de vínculo e treino intensivo de iniciações sociais ao mesmo tempo em que se procura diminuir problemas de comportamento. As autoras referiram-se às sessões de construção de vínculo empregando expressões como *pairing*, *rapport building* e *child-led play*, que serão todas aqui traduzidas igualmente como criação de vínculo. Participaram do estudo quatro meninos com diagnóstico de autismo entre três e quatro anos de idade. Foi empregado um delineamento de linha de base múltipla entre participantes. As variáveis dependentes incluíam um problema de comportamento (para cada participante, uma topografia diferente foi identificada, como chorar, cuspir, agredir) e a porcentagem de tempo da sessão em que a criança ficou sentada ou próxima do terapeuta (distância máxima de 60 cm). O procedimento começou com a construção de vínculo com o terapeuta, emparelhando o terapeuta e o setting terapêutico com itens de alta preferência e com atividades para aumentar a interação social, seguido de um aumento gradual na frequência e complexidade das instruções do terapeuta até que se chegasse à condição de treino intensivo — não descrita, no texto, de qual habilidade. Ao todo, foram descritas nove fases, sendo a linha de base e o pós-teste descritos na Fase 9. Cada fase era composta da orientação em relação ao comportamento do terapeuta e

condição para acesso aos itens de preferência. Não há menção de assentimento das crianças em nenhuma fase. Na Fase 1, o terapeuta aproximava-se da criança, andando em sua direção e entregava itens preferidos a cada 30 segundos ou quando a criança indicasse que queria algo (fazia um pedido, apontava, aproximava-se), sem qualquer demanda ou exigência de que a criança se sentasse à mesa. Da Fase 2 em diante, o terapeuta permanecia sentado à mesa (não andava em direção à criança como na Fase 1) e entregava itens de preferência a cada 30 segundos quando a criança se aproximava (pela menos um braço de distância dele) e restringia o acesso aos itens quando a criança se distanciava por pelo menos um braço de distância, ou seja, a criança poderia sair de perto do terapeuta, mas não poderia levar os itens com ela. Nas Fases 1 e 2, não havia demanda para a criança. Na Fase 3, era dada uma instrução para que a criança se sentasse e, na Fase 4, o terapeuta começava a emitir demandas uma vez por minuto — e, a cada fase seguinte, a frequência de demandas por minuto aumentava. Os critérios para acesso aos itens de preferência começavam livres na Fase 1, seguindo para a necessidade da criança sentar-se à mesa nas Fases 2 e 3 sem poder retirar os itens da mesa e tendo novos itens adicionados a cada 30 segundos, caso estivesse a um braço de distância do terapeuta. A partir da Fase 4, a criança somente podia acessar os itens preferidos após apresentar a resposta especificada nas demandas, estando sentada à mesa. A Fase 5 era idêntica à anterior, exceto que a demanda do terapeuta ocorria a cada 30 segundos. A Fase 6 era idêntica à anterior, exceto que, em vez de uma demanda a cada 30 segundos, o terapeuta apresentava duas demandas a cada 30 segundos. A Fase 7 era idêntica à anterior, exceto que, em vez de duas demandas a cada 30 segundos, o terapeuta apresentava duas demandas a cada 15 segundos. A diferença entre a Fase 8 e a anterior era de que, nessa fase, o terapeuta aumentava o número de demandas (de duas para três), que eram apresentadas a cada 15 segundos. Na Fase 9, idêntica à linha de base, o terapeuta permanecia na mesa e emitia de uma a cinco demandas a cada 15 segundos, seguidas de 15 segundos sem demanda — e, durante essa fase, os itens preferidos não podiam

ser removidos da mesa e eram entregues contingentemente à resposta da criança à demanda. Todos os participantes apresentaram redução na frequência de comportamentos-problema e uma alta porcentagem de tempo em que permaneciam sentados e próximos ao terapeuta, com progressos conforme as fases se sucediam. Os resultados sugerem que as estratégias de construção de vínculo e instruções para aproximações sucessivas do comportamento-alvo foram eficazes para facilitar a transição para o treino intensivo. Não houve comparação com crianças que não passaram por essa intervenção.

Gormley et al. (2020) avaliaram o impacto do treinamento de terapeutas no protocolo PSP (Lugo et al., 2017) nas taxas de aquisição de habilidades de vida diária, realizadas de forma independente, em crianças com autismo. Participaram do estudo quatro crianças com autismo (três meninos e uma menina), entre três e quatro anos de idade, e quatro terapeutas comportamentais, com pouca ou nenhuma experiência em PSP, que trabalhavam em uma clínica de intervenção precoce. O estudo foi dividido em duas fases: pré-treinamento e pós-treinamento. Na fase de pré-treinamento, os terapeutas participaram de sessões de 5 minutos com as crianças, sem receber instruções específicas; depois, solicitava-se que as crianças realizassem uma tarefa de habilidade de vida diária. Na fase de pós-treinamento, a mesma tarefa era dada às crianças após os terapeutas terem sido treinados no protocolo de PSP. Foi empregado um delineamento de linha de base múltipla entre participantes. Todos os terapeutas adquiriram os comportamentos ensinados no protocolo PSP após o treinamento via BST, e a análise dos dados mostrou um aumento gradual no número de etapas das tarefas de habilidades de vida diária concluídas de forma independente por três das quatro crianças na fase de pós-treinamento. No entanto, a análise de tamanho do efeito indicou um efeito pequeno do treinamento dos terapeutas no aumento das taxas de aquisição de habilidades de vida das crianças. Não há menção de assentimento das crianças em nenhuma fase.

Ensor et al. (2023) investigaram o efeito do treinamento em habilidades de PSP (Lugo et al., 2017) para terapeutas trabalhando com crianças com TEA em respostas acadêmicas. O estudo buscou responder a três perguntas: (a) Quão eficaz é o uso do treinamento de habilidades comportamentais (BST) para ensinar habilidades de PSP a novos terapeutas trabalhando com crianças autistas?, (b) O treinamento em habilidades de PSP está relacionado a mudanças no vínculo terapêutico, indicado pelo aumento do comportamento de aproximação da criança do terapeuta e pela diminuição na latência para que a criança se sente independentemente à mesa? e (c) O treinamento em habilidades de PSP está relacionado a melhorias no comportamento-problema da criança e em respostas acadêmicas? Participaram do estudo cinco terapeutas e quatro crianças entre três e cinco anos de idade diagnosticadas com autismo. Um delineamento de sonda múltipla concorrente (com replicação) foi utilizado para avaliar os efeitos do treinamento em habilidades de PSP do terapeuta e de uma intervenção de PSP em respostas acadêmicas, aproximação do terapeuta e sentar-se à mesa. O BST foi utilizado para treinar os terapeutas no PSP. As respostas acadêmicas ensinadas foram selecionadas a partir dos resultados de uma avaliação comportamental inicial e da demanda familiar. Foram selecionadas duas respostas acadêmicas como alvos por participante, e os pais foram instruídos a evitar ensinar essas respostas em casa para minimizar a influência de qualquer ensino adicional na precisão das respostas acadêmicas durante as sessões de terapia. Após o treinamento via BST, os terapeutas implementaram o procedimento de PSP com as crianças nos primeiros 20 minutos de cada sessão de terapia. As medidas incluíram a habilidade dos terapeutas no protocolo de PSP, as respostas de vínculo das crianças (latência tanto para aproximação quanto para sentar-se à mesa pela criança), os comportamentos-problema e as respostas acadêmicas. Os terapeutas foram instruídos a encerrar imediatamente o procedimento caso as crianças apresentassem qualquer topografia indicada por seus responsáveis legais como sinal de estresse — os autores descreveram que a apresentação dessas topografias significava a retirada do

assentimento da criança, apesar de não haver uma resposta específica planejada para avaliar que o assentimento havia sido dado pela criança. Os resultados indicaram que os terapeutas alcançaram a competência geral em habilidades de PSP após o treinamento em BST. Os efeitos do vínculo (aumento no comportamento de aproximação da criança e diminuição na latência para sentar-se à mesa) variaram entre as crianças, tendo sido mais pronunciados para algumas crianças do que para outras, enquanto a frequência de comportamentos-problema diminuiu imediatamente após a introdução do PSP para todas as crianças. Em relação à aprendizagem de respostas acadêmicas, os resultados mostraram tendências de aumento em relação à linha de base, durante a intervenção e a generalização (quando o PSP não era mais aplicado de forma sistemática) para todas as crianças, exceto uma. Isso sugere que o PSP pode ter efeitos diferentes em crianças distintas, necessitando de mais investigação sobre os fatores que influenciam a generalização dos ganhos obtidos. Esse estudo apresenta evidências de que o treinamento em habilidades de PSP usando o BST é eficaz para a aprendizagem dessas habilidades, embora destaque a necessidade de treinamento contínuo e feedback para manter o desempenho dos terapeutas nas sessões com as crianças. A implementação do procedimento de PSP foi acompanhada de um aumento nas medidas de vínculo terapêutico e de uma redução na emissão de comportamentos-problema das crianças.

A fim de comparar as principais características dos estudos analisados, foi construída a Tabela 2, que apresenta os itens: identificação do estudo, as variáveis dependentes (VDs) e independentes (VIs), a definição de vínculo utilizada, os resultados, comentários sobre assentimento e outros adicionais. O primeiro estudo encontrado data de 2010, e o último data de 2023; três foram realizados no ano de 2018. A análise da Tabela 2 revela uma heterogeneidade nos objetivos e métodos dos estudos. As VDs mais frequentemente investigadas englobam a ocorrência de comportamentos-problema (Padgett, 2010; Kelly et al., 2015; Lugo et al., 2018; Gormley et al., 2020; Ensor et al., 2023) e o desempenho em tarefas acadêmicas (Kelly et al.,

2015; Gormley et al., 2020; Ensor et al., 2023), indicando o interesse em avaliar o impacto das intervenções no repertório comportamental e nas habilidades acadêmicas das crianças. As intervenções avaliadas nesses estudos foram a liberação de reforçadores não contingentes (Padgett, 2010; Abuladze, 2018) e a implementação de protocolos de PSP (Kelly et al., 2015; Lugo et al., 2018; Gormley et al., 2020; Ensor et al., 2023). O procedimento de PSP aparece descrito pela primeira vez em Kelly et al. (2015), tendo sido adotado em três trabalhos posteriores (Ensor et al. 2023; Gormley, 2020; Lugo et al., 2018), com base na proposta de Lugo et al. (2017). Descrito na metade dos estudos analisados no presente trabalho, o PSP foi o procedimento mais empregado para desenvolvimento de vínculo, seguido pelo NCR. Apesar de alguns procedimentos não serem definidos ou nomeados como NCR, é possível identificar sua ocorrência; por exemplo, quando há liberação de estímulos reforçadores em esquema de tempo fixo nos estudos de Lapin (2014), uma vez que, a cada 15 segundos, era ofertada uma bandeja com estímulos de alta preferência; e nas fases 1 e 2 de Shillingsburg et al. (2018), nas quais um estímulo de alta preferência era entregue pelo terapeuta para a criança a cada 30 segundos.

Tabela 2*Características dos Artigos Selecionados*

Estudo	Tipo de Trabalho e/ou Fonte/Periódico	VI e VD	Definição de Vínculo	Principais Resultados	Assentimento	Comentários Adicionais
Padgett (2010)	Dissertação de mestrado — Repositório da California State University, Fresno	VDs: aproximações entre terapeuta e criança e os comportamentos-problema das crianças (birra, choro, sair do assento) + número de lições de ensino concluídas e a porcentagem de respostas corretas. VI: reforçamento não contingente (NCR)	A autora critica a falta de uma definição operacionalizada do que seja vínculo e propõe que seja interpretado como o condicionamento do terapeuta como estímulo reforçador	Diminuição da frequência de comportamento-problema, de afastamentos do terapeuta e aumento da frequência de aproximação ao terapeuta	Não há menção direta ao assentimento ou sua aferição	O vínculo pode ser medido em um ambiente clínico, e o NCR pode reduzir comportamentos-problema em crianças com TEA e aumentar comportamentos desejáveis, como aproximações e iniciativas
Lapin (2014)	Dissertação de mestrado, Universidade do Norte do Texas — Biblioteca Internacional de Teses e Dissertações	VDs: respostas emitidas pela criança e pelo terapeuta de aproximações um em direção ao outro, contato visual entre ambos, orientação corporal de um para o outro, contato físico iniciado por ambos e sorrisos de ambos VI: treino discriminativo da presença do terapeuta	A definição é a apresentada por Tickle-Degnen e Rosenthal (1990), ou seja, de correlatos não verbais relacionados ao vínculo: atenção mútua (inclinar-se para perto, manter contato visual prolongado), positividade (sorriso) e coordenação (postura espelhada, sincronia de gestos e expressões faciais)	Houve um aumento significativo na porcentagem dos intervalos com respostas de vínculo pós-intervenção para todas as crianças	Não há menção direta ao assentimento ou sua aferição	O procedimento foi bem-sucedido em estabelecer a interação social dos terapeutas como um estímulo discriminativo para resposta de orientação corporal. Posteriormente, foram avaliadas as propriedades reforçadoras da interação social dos terapeutas

(continua)

(continuação)						
Estudo	Tipo de Trabalho e/ou Fonte/Periódico	VI e VD	Definição de Vínculo	Principais Resultados	Assentimento	Comentários Adicionais
Kelly et al. (2015)	Behavioral Interventions	VDs: comportamentos desafiadores e respostas acadêmicas corretas (tarefa conhecida e nova) VI: pareamento pré-sessão (interação envolvendo atividades preferidas da criança por 2 a 4 minutos)	Não há menção. É citada a definição de Sundberg e Partington (1998) de que a relação entre instrutor e aluno é estabelecida quando o instrutor é consistentemente pareado com a entrega de reforçadores	Redução na frequência dos comportamentos problema inicialmente mantidos por fuga e/ou atenção durante as sessões de ensino. Aumento de respostas acadêmicas corretas.	Não há menção direta ao assentimento ou sua aferição	O PSP favoreceu novas contingências de aprendizagem com menos fuga e mais acertos, sugerindo que o PSP altera o valor reforçador das demandas de ensino
Abuladze (2018)	Dissertação de mestrado — Repositório da California State University, Fresno	VDs: comportamentos de aproximação da criança — em pé, sentada ou deitada a 90 cm do experimentador por pelo menos 3 segundos; latência da primeira aproximação da criança ao experimentador ao entrar na sala, olhar em direção ao experimentador, sorrir, estabelecer contato físico com o experimentador e respostas de mando pela criança VI: reforçamento não contingente (NCR) e reforçamento contingente (CR) às respostas-alvo, com estímulos sociais e comestíveis	A definição é a apresentada por Tickle-Degnen e Rosenthal (1990), ou seja, de correlatos não verbais relacionados ao vínculo: atenção mútua (inclinar-se para perto, manter contato visual prolongado), positividade (sorriso) e coordenação (postura espelhada, sincronia de gestos e expressões faciais)	Apenas um dos cinco participantes teve maior aproximação ao experimentador nas condições de reforçamento não contingente (NCR) em comparação com as condições de reforçamento contingente (CR), enquanto os outros quatro não apresentaram diferenças de resultados entre as duas condições. Dois participantes aumentaram a frequência de olhar e sorrir para todos os experimentadores, e os outros três não tiveram mudanças perceptíveis	Não há menção direta ao assentimento ou sua aferição	Os resultados foram bem variados entre participantes, e não houve distinção clara entre as quatro condições experimentais. Os comportamentos de olhar, sorrir e contato físico tampouco apresentaram mudanças significativas na maioria dos participantes, e apenas dois deles mostraram um aumento nas respostas de mando

(continua)

(continuação)						
Estudo	Tipo de Trabalho e/ou Fonte/Periódico	VI e VD	Definição de Vínculo	Principais Resultados	Assentimento	Comentários Adicionais
Lugo et al. (2018)	Behavior Analysis in Practice	VDs: preferência da criança pelas condições (medida pelo número de seleções de figuras que representavam cada condição) e frequência de vocalizações negativas, consideradas comportamento-problema VI: condição terapêutica: pareamento pré-sessão (PSP), brincar livre (FP) e sessão com o início imediato do treino por tentativas discretas (DTT)	Vínculo foi definido como uma relação terapêutica positiva entre terapeuta e cliente, desenvolvida através da entrega de itens e atividades preferidas e ausência de demandas	A única criança participante apresentou preferência consistente pela condição PSP, independentemente do terapeuta. Não houve diferença na ocorrência de vocalizações negativas entre as condições	Embora não haja menção direta ao assentimento ou sua aferição, uma das VDs do estudo é a preferência da criança, verificada a partir da escolha da condição terapêutica (apontar uma figura, entre três opções, cada uma com foto de um terapeuta, representando uma condição terapêutica diferente). Antes de ser exposta à escolha entre opções, foi realizado um treino discriminativo para cada condição terapêutica, na qual a criança era fisicamente guiada a apontar uma figura (foto do terapeuta), e a consequência era acessar uma condição terapêutica com o terapeuta da foto	PSP apresentou indícios de uma estratégia efetiva para a escolha do setting terapêutico pela criança. Contudo, houve apenas um participante

(continua)

(continuação)

Estudo	Tipo de Trabalho e/ou Fonte/Periódico	VI e VD	Definição de Vínculo	Principais Resultados	Assentimento	Comentários Adicionais
Shillingsburg et al. (2018)	Behavior Modification	VD: respostas ao treino de DTI VI: procedimento faseado com entrega de reforçadores de forma não contingente, contingente a respostas de aproximação do terapeuta e da mesa e respostas ao treino de DTI e também a adição gradual de demandas (fading de instruções)	Não foi apresentada uma definição clara de vínculo, mas as autoras indicaram que uma das formas de criá-lo é a partir do pairing (pareamento entre terapeuta e setting terapêutico com itens e atividades de alta preferência), e um dos efeitos seria o aumento na interação social iniciada pela criança	Todos os participantes apresentaram redução na frequência de comportamentos-problema e alta porcentagem de tempo em que permaneciam sentados próximos ao terapeuta	Não há menção direta ao assentimento ou sua aferição	Os resultados sugerem que as estratégias de construção de vínculo e instruções para aproximações sucessivas do comportamento-alvo foram eficazes para facilitar a transição para o treino de DTI
Gormley et al. (2020)	International Journal of Developmental Disabilities	VDs: respostas acadêmicas e de vida diária VI: protocolo de criação de vínculo de Lugo et al. (2017)	Não foi apresentada uma definição clara de vínculo, mas as autoras sugeriram que o PSP pode contribuir para um ambiente instrucional positivo	Aumento gradual no número de etapas das tarefas de habilidades de vida diária concluídas de forma independente por três das quatro crianças na fase de pós-treinamento	Não há menção direta ao assentimento ou sua aferição	A análise estatística não indicou que o treinamento em PSP produziu uma melhoria significativa nas habilidades das crianças. Não foram avaliados os impactos em respostas consideradas de vínculo

(continua)

(continuação)

Estudo	Tipo de Trabalho – Fonte (ou Periódico)	VI e VD	Definição de Vínculo	Principais Resultados	Assentimento	Comentários Adicionais
Ensor et al. (2023)	Behavioral Interventions	VDs: comportamento- problema da criança, respostas acadêmicas, respostas de vínculo (aproximação da criança ao terapeuta e latência para sentar-se à mesa) VI: protocolo de criação de vínculo de Lugo et al. (2017)	A definição é a apresentada por Bordin (1979), ou seja, (a) acordo entre os objetivos apresentados pelo terapeuta e seu cliente, o que definiria o trabalho terapêutico a ser realizado, (b) colaboração entre paciente e terapeuta a respeito do que o paciente deve fazer dentro e fora da sessão e (c) desenvolvimento de vínculos que aconteceriam ao longo da intervenção depois que os objetivos foram definidos, e as colaborações, especificadas	Frequência de respostas de aproximação da criança ao terapeuta aumentaram e latência para sentar-se à mesa diminuíram de forma geral, mas variaram entre os participantes, tendo sido mais pronunciados para algumas crianças do que para outras. A frequência de comportamentos- problema diminuiu imediatamente após a introdução do PSP para todos. Em relação à aprendizagem de respostas acadêmicas, os resultados mostraram tendências de aumento em relação à linha de base, durante a intervenção e a generalização	Foram coletados os consentimentos dos guardiões legais. Além disso, estes deveriam listar quais respostas a criança emitia quando estava estressada. Segundo os autores, a emissão de qualquer uma dessas respostas pela criança indicando estresse era equivalente à retirada do assentimento, e o procedimento era interrompido	Resultados sugerem a possibilidade de generalizar os impactos do PSP na diminuição comportamentos- problema e na aprendizagem de novas habilidades, mas indicam a necessidade de maiores investigações sobre como o PSP pode modificar diferentes respostas de vínculo para cada sujeito

Notas. VD = Variável dependente; VI = Variável independente.

No que tange à definição de vínculo, a Tabela 2 apresenta variedade. Abuladze (2018) e Lapin (2014) adotaram a definição proposta por Tickle-Degnen e Rosenthal (1990) e observaram comportamentos não verbais como aproximação, contato visual e físico e sorrisos. Diferentemente, Ensor et al. (2023) basearam-se na definição de Bordin (1979). Os autores dos outros estudos analisados (Padgett, 2010; Kelly et al., 2015; Lugo et al., 2018; Gormley et al., 2020; Shillingsburg et al., 2018) não apresentaram uma definição de vínculo. Uma distinção a ser mencionada é que apenas Lugo et al. (2018) utilizaram como VD a resposta de escolha da criança entre diferentes condições terapêuticas associadas a brincar livre, sem interação do terapeuta ou realizar demandas.

Em relação ao assentimento, dois estudos (Ensor et al., 2023; Lugo et al., 2018) descrevem contingências similares à proposta apresentada por Morris et al. (2024). Apesar de Ensor et al. (2023) serem os únicos a fazerem menção ao termo e ao seu uso na seção de procedimentos, há divergências em relação a Morris et al. (2024), pois Ensor et al. (2023) não descreveram as respostas de assentimento: apenas aquelas que foram interpretadas como retirada de assentimento. Essa forma de descrever assentimento foi criticada por Morris et al. (2024), que defenderam a necessidade de o participante ser exposto às opções de intervenção, com a apresentação de estímulos discriminativos para tais opções. Os demais autores dos estudos analisados não mencionaram o termo assentimento, tampouco explicitaram que respostas das crianças seriam indicativas de assentimento ou de sua retirada para a participação no estudo.

Merece destaque que as contingências criadas por Lugo et al. (2018) assemelham-se a alguns passos propostos por Morris et al. (2024) no que se refere: (a) à familiarização com as condições terapêuticas quando a criança é exposta às três opções, (b) ao estabelecimento de estímulos discriminativos para opções da intervenção, quando a criança é guiada a apontar uma figura de um terapeuta e ser direcionada para uma determinada condição terapêutica, para três condições e terapeutas diferentes e (c) à organização da escolha, quando as três figuras são

apresentadas ao mesmo tempo, e a criança pode apontar sua preferência sem direcionamento físico. No entanto, na descrição de Lugo et al. (2018), não ficam evidentes a verificação e a confirmação do controle dos estímulos discriminativos da escolha da criança.

A Tabela 2 também demonstra que os resultados dos estudos analisados indicam que as intervenções cujo objetivo era construir vínculo entre terapeuta e paciente foram eficazes para reduzir comportamentos-problema (Padgett, 2010; Kelly et al., 2015; Lugo et al., 2018; Gormley et al., 2020; Ensor et al., 2023), aumentar respostas de aproximação (Padgett, 2010; Lapin, 2014) e melhorar o desempenho acadêmico (Kelly et al., 2015; Gormley et al., 2020; Ensor et al., 2023). No entanto, é importante ressaltar que os resultados variaram entre os participantes de um mesmo estudo, e as amostras empregadas eram pequenas, variando entre um e três participantes, sem grupo-controle.

Com o objetivo de identificar os processos comportamentais envolvidos nos diferentes estudos, não necessariamente descritos pelos autores de forma explícita, construiu-se a Tabela 3. A análise dessa tabela revela que os estímulos antecedentes ao comportamento-alvo mais comuns foram a presença do terapeuta na sala (Padgett, 2010; Lapin, 2014; Kelly et al., 2015; Lugo et al., 2018; Gormley et al., 2020; Ensor et al., 2023) e a apresentação de itens preferidos (Lapin, 2014; Kelly et al., 2015; Lugo et al., 2018; Shillingsburg et al., 2018).

Tabela 3*Análise das Contingências Envolvidas nos Procedimentos Empregados nos Estudos Analisados*

Estudo	Antecedente	Respostas do cliente	Consequência	Processos comportamentais provavelmente envolvidos
Padgett (2010)	Terapeuta na sala de terapia	Aproximações do terapeuta, afastamentos do terapeuta, birra	Nenhuma consequência programada contingente a nenhum comportamento da criança. Estímulos liberados em esquema de reforçamento de tempo fixo	Condicionamento respondente: pareamento da figura do terapeuta e da sala de terapia com atividades preferidas Operações motivadoras abolidoras: pareamento da sala de terapia com atividades preferidas diminui o valor aversivo da demanda e enfraquece respostas de fuga de demanda Operações motivadoras estabelecedoras: terapeuta com valor reforçador após o pareamento aumenta o valor reforçador da interação social do terapeuta e evoca respostas que produzam atenção do terapeuta
Lapin (2014)	Condição S+: terapeuta de frente para criança apresenta bandeja com itens HP	Levar a mão em direção aos itens da bandeja	Terapeuta de frente, acesso aos itens	Reforçamento: acesso a itens de preferência Condicionamento respondente: pareamento da figura do terapeuta de frente com itens de preferência Operações motivadoras: terapeuta com valor reforçador após o pareamento aumenta o valor reforçador da interação social do terapeuta e evoca respostas que produzam atenção do terapeuta
	Condição S-: terapeuta de costas para a criança e uma terceira pessoa — a experimentadora — apresenta uma bandeja com itens HP	Levar a mão em direção aos itens da bandeja	Terapeuta de costas e bloqueio de resposta: redirecionamento físico, afastando a mão da criança dos brinquedos	Punição: retirada de acesso a itens de preferência Condicionamento respondente: pareamento da posição de costas do terapeuta de costas da terapeuta com contingências de punição
Kelly et al. (2015)	Terapeuta com itens preferidos, entregues sem demandas	Interação com terapeuta e itens preferidos	Acesso a atividades preferidas, atenção do terapeuta (elogios, comentários)	Condicionamento respondente: pareamento da figura do terapeuta e sala de terapia com atividades preferidas Reforçamento: respostas de interação com terapeuta e itens preferidos produzem consequências como acesso a atividades preferidas e atenção do terapeuta Operações motivadoras: pareamento da sala de terapia com atividades preferidas diminui o valor aversivo da demanda e enfraquece respostas de fuga de demanda

(continua)

(continuação)

Estudo	Antecedente	Respostas do cliente	Consequência	Processos comportamentais provavelmente envolvidos
Abuladze (2018)	Condição NCR: reforçamento não contingente (ora comestível, ora social)	De vínculo: aproximação da criança — em pé, sentada ou deitada a 90 cm do experimentador por pelo menos 3 segundos, olhar em direção ao experimentador, Sorrir, contato físico com o experimentador, emissão de mando	Nenhuma consequência programada contingente a nenhum comportamento da criança Estímulos (ora sociais, ora comestíveis) liberados em esquema de reforçamento de tempo fixo	Condicionamento respondente: pareamento da figura do terapeuta com estímulos sociais e comestíveis preferidos
	Condição CR: reforçamento contingente à resposta-alvo (ora comestível, ora social)	De vínculo: aproximação da criança — em pé, sentada ou deitada a 90 cm do experimentador por pelo menos 3 segundos, olhar em direção ao experimentador, sorrir, contato físico com o experimentador, emissão de mando Respostas-alvo: identificadas atividades adequadas à idade da criança, na fase de pré-avaliação, e essas atividades foram testadas a fim de avaliar se a criança completaria a atividade de forma independente, sem apresentar comportamentos-problema e sem assistência física, por exemplo: imitação motora de uma ação, imitação com objetos e imitação de palavras simples	Imediatamente após a emissão da resposta-alvo, o estímulo reforçador era disponibilizado (comestível ou social, a depender da condição)	Condicionamento respondente: pareamento da figura do terapeuta com estímulos sociais e comestíveis preferidos Reforçamento: respostas-alvo emitidas após instrução do terapeuta produzem consequências sociais (atenção) e acesso a itens comestíveis preferidos

(continua)

(continuação)				
Estudo	Antecedente	Respostas do cliente	Consequência	Processos comportamentais provavelmente envolvidos
Lugo et al. (2018)	Figura do terapeuta em determinada condição terapêutica, 3 diferentes condições terapêuticas	Apontar foto do terapeuta em determinada condição terapêutica, vocalizações “negativas”	Para apontar a foto: acesso à condição terapêutica Para vocalizações: não especificado	Condicionamento respondente: pareamento da figura do terapeuta com estímulos sociais e comestíveis preferidos Reforçamento: resposta de apontar a foto do terapeuta produz como consequência o acesso à condição terapêutica referente a foto
Shillingsburg et al. (2018)	9 fases diferentes, todas com terapeuta, mesa e itens de preferência. Nas fases 1 e 2, o terapeuta apresenta itens de interesse em esquema de tempo fixo ou contingente a um mando Nas fases 3 a 9, foram inseridas demandas de forma gradativa, aumentando a frequência de demanda a cada fase	Fase 1: pegar item de preferência entregue pelo terapeuta, em qualquer lugar da sala Fase 2: pegar item de preferência entregue pelo terapeuta na mesa Fases 3 a 9: responder à demanda dada pelo terapeuta	Fase 1: acesso aos itens de preferência, em qualquer lugar da sala Fase 2: acesso aos itens quando próximo da mesa, bloqueio ou retirada de acesso quando distante da mesa Fase 3: acesso a itens preferidos contingente ao responder a demanda, sentado à mesa	Condicionamento respondente: pareamento da figura do terapeuta com itens preferidos Reforçamento: respostas-alvo emitidas após instrução do experimentador produzem como consequências acesso a itens de preferência Punição: retirada de acesso a itens de preferência quando distante da mesa
Gormley et al. (2020)	Pré-treinamentos dos terapeutas em PSP Pós-treinamento dos terapeutas em PSP	Uma tarefa da análise de tarefas de uma habilidade de vida diária (e.g., esfregar as mãos com sabonete na habilidade de lavar as mãos)	Exatamente igual pré e pós treinamento: elogio descritivo e acesso a um item de preferência imediatamente após a emissão da resposta de forma independente	Condicionamento respondente: pareamento da figura do terapeuta com estímulos preferidos (atenção e tangíveis) Operações motivadoras: terapeuta com valor reforçador após o pareamento aumenta o valor reforçador da interação social do terapeuta e evoca respostas que produzem atenção do terapeuta
Ensor et al. (2023)	PSP nos primeiros 20 minutos de terapia	Tarefas acadêmicas Comportamento-problema Respostas de vínculo: latência tanto para aproximação quanto para sentar-se à mesa	Não havia consequências planejadas para as respostas	Condicionamento respondente: pareamento da figura do terapeuta, seus elogios e proximidade física com atividades preferidas Operações motivadoras abolidoras: pareamento da sala de terapia com atividades preferidas diminui o valor aversivo da demanda e enfraquece respostas de fuga de demanda Operações motivadoras estabelecedoras: terapeuta com valor reforçador após o pareamento aumenta o valor reforçador da interação social do terapeuta e evoca respostas que produzam atenção do terapeuta

Quanto às respostas dos participantes registradas, é possível ver, na Tabela 3, que houve variação desde aproximações ao terapeuta (Padgett, 2010; Lapin, 2014), emissão de respostas de mando (Lapin, 2014; Abuladze, 2018), emissão de comportamentos-problema (Padgett, 2010; Kelly et al., 2015; Lugo et al., 2018; Gormley et al., 2020; Ensor et al., 2023) até à execução de tarefas (Kelly et al., 2015; Lugo et al., 2018; Gormley et al., 2020; Ensor et al., 2023). As consequências programadas incluíram a liberação de estímulos reforçadores em esquemas de tempo fixo ou contingentemente a alguma resposta-alvo (Padgett, 2010; Lapin, 2014; Kelly et al., 2015; Abuladze, 2018), o acesso a itens preferidos (Lapin, 2014; Kelly et al., 2015; Lugo et al., 2018; Shillingsburg et al., 2018) e a atenção do terapeuta (Kelly et al., 2015; Lugo et al., 2018; Gormley et al., 2020; Ensor et al., 2023). Os processos comportamentais envolvidos incluíram condicionamento respondente (Padgett, 2010; Lapin, 2014; Kelly et al., 2015; Abuladze, 2018), reforçamento positivo (Lapin, 2014; Kelly et al., 2015; Lugo et al., 2018; Shillingsburg et al., 2018), punição (Lapin, 2014) e manipulação de operações motivadoras (Padgett, 2010; Lapin, 2014; Kelly et al., 2015; Lugo et al., 2018; Gormley et al., 2020; Ensor et al., 2023).

Um ponto que merece destaque é que apenas Lapin (2014) e Shillingsburg et al. (2018) utilizaram a punição negativa como consequência programada, apesar de não terem nomeado a contingência dessa forma — e não há descrição de respostas de assentimento e retirada de assentimento dos participantes para qualquer instância da intervenção, o que levanta o questionamento sobre quais cuidados éticos estão envolvidos nas pesquisas que preveem desenvolvimento de vínculo e como isso pode afetar os resultados da pesquisa e a generalização de seus efeitos em outros contextos sociais.

A análise conjunta das Tabelas 2 e 3 revela que os estudos analisados empregaram uma variedade de estratégias para promover o vínculo terapêutico e modificar o comportamento de crianças com autismo. A Tabela 2 destaca a diversidade de definições de vínculo adotadas pelos autores e a predominância de estudos que

investigaram o impacto das intervenções nos comportamentos-problema e nas habilidades acadêmicas. A Tabela 3 permite que se faça uma análise dos processos comportamentais envolvidos nas intervenções, com ênfase na importância de proporcionar um ambiente terapêutico com estímulos reforçadores a fim de aumentar a probabilidade de emissão de respostas de interação com terapeuta — aproximações, contato visual, mando. Em conjunto, as duas tabelas demonstram que as intervenções baseadas em princípios comportamentais podem ser eficazes para promover o vínculo terapêutico e modificar o comportamento de crianças com autismo. No entanto, é importante considerar a variabilidade dos procedimentos empregados nos estudos e a falta de uma operacionalização em comum do vínculo.

Discussão

A análise dos estudos revisados enfatiza a complexidade do conceito de vínculo terapêutico na interação entre terapeutas e crianças com autismo em intervenções baseadas em análise do comportamento aplicada (ABA). Observou-se que não há consenso acerca da definição de vínculo, assim como na terminologia utilizada — em inglês, variações entre os termos *rapport*, *pairing* e *presession pairing* ora são tratadas como sinônimos, ora como conceitos complementares. A definição de vínculo nos estudos é, muitas vezes, relacionada a interações sociais ou enfatiza aspectos topográficos (sorriso, contato visual), sem uma definição funcional clara. Importante destacar também que, em nenhum estudo analisado, identificou-se a avaliação do assentimento dos participantes conforme proposto por Morris et al. (2024). Apenas uma pesquisa fez menção ao assentimento (Ensor et al., 2023), mas sem garantir os passos propostos por Morris et al. (2024), considerando exclusivamente a retirada de assentimento — e somente Lugo et al. (2018) proporcionaram contingências para a escolha da criança na fase final, mas não descreverem contingências de assentimento para a participação da pesquisa de forma geral.

Nos estudos aqui revistos, o vínculo terapêutico é caracterizado ora pelas respostas recíprocas entre terapeuta e criança, ora por respostas unilaterais da criança,

que incluem aproximações, contato visual, contato físico e sorriso. A identificação do vínculo é realizada por meio da observação de comportamentos que denotam preferência, proximidade ou interação social; por exemplo, no estudo de Lapin (2014), a escolha do terapeuta pela criança para brincar serviu como um critério para avaliar o grau de vínculo. Além disso, porcentagens de intervalos em que respostas de vínculo (como aproximações e contato visual) foram registradas em fases de pré e pós-intervenção, permitindo comparações quantitativas que supostamente refletem o nível de engajamento e a qualidade da interação.

A literatura tem avaliado se a criação de vínculo terapêutico pode ser promovida por meio de intervenções específicas, como o pareamento pré-sessão (PSP), que envolve a interação entre o terapeuta e a criança, antes da sessão terapêutica, utilizando itens de alta preferência, com o intuito de facilitar a construção de um relacionamento positivo. Outras estratégias incluem a permissão para que as crianças se engajem em atividades preferidas e tenham acesso a reforços positivos. Embora as replicações dos protocolos de Lugo et al. (2017) indiquem a relevância do PSP, elas falham em isolar as variáveis que permitam a identificação de componentes efetivos dentro do protocolo.

Estudos como o de Lapin (2014) demonstram que intervenções centradas na criação do vínculo podem resultar em diminuição de comportamentos-problema e na aquisição de novas respostas. Contudo, a relação entre o vínculo e seu impacto direto na aprendizagem, como o aumento de habilidades em contextos naturais, permanece indefinida.

A relevância do vínculo terapêutico foi evidenciada pelos resultados das pesquisas revistas. Os resultados apontaram que o fortalecimento do vínculo tende a aumentar as respostas sociais da criança; está associado a melhores desempenhos acadêmicos (Kelly et al. 2015; Ensor et al., 2023) e é essencial para o ensino intensivo, como demonstrado por Shillingsburg et al. (2018).

Os resultados dos diferentes estudos revistos indicaram que a abordagem centrada no vínculo não apenas favorece a diminuição de comportamentos-problema, mas também cria um ambiente propício que facilita a aprendizagem e a aquisição de habilidades. Enquanto Lapin (2014) mostrou que o fortalecimento do vínculo está ligado à melhoria nas respostas sociais, os estudos de Kelly et al. (2015) e Ensor et al. (2023) apresentaram evidências de que um vínculo bem estabelecido pode ser determinante para resultados acadêmicos positivos e uma menor incidência de comportamentos disruptivos.

As evidências sobre os efeitos do PSP sugerem que a construção de vínculo pode servir como um antecedente eficaz para a promoção de interações sociais desejadas e para a aprendizagem. Entretanto, a ausência de análises críticas em algumas replicações (Ensor et al., 2023; Gormley et al., 2020; Lugo et al. 2018), especialmente nas que não isolam variáveis, limita a capacidade de identificação de quais aspectos do vínculo são realmente eficazes nas intervenções. Embora as evidências que sustentam a eficácia do vínculo na redução de comportamentos problema sejam mais consistentes (Ensor et al., 2023), o efeito no aprendizado é menos claro (Gormley et al., 2020).

A falta de investigações sobre os efeitos do vínculo fora das sessões terapêuticas, especialmente em contextos cotidianos de socialização, representa uma lacuna significativa na literatura existente. Essa ausência de pesquisa sobre a generalização do vínculo para outras pessoas e ambientes limita a compreensão de sua eficácia em situações do dia a dia, em que as habilidades aprendidas nas sessões terapêuticas podem ou não ser manifestadas. Além disso, um aspecto que merece atenção refere-se às amostras estudadas. Muitos estudos são limitados por amostras pequenas de participantes, como no caso de Lugo et al. (2018), que investigaram apenas uma criança. Essa limitação impede uma análise robusta das variáveis que podem impactar o vínculo, consequentemente dificultando a possibilidade de generalização dos resultados para uma população mais ampla.

Além da necessidade de um aprofundamento teórico e metodológico sobre o vínculo terapêutico, é imperativo que futuras pesquisas explorem os impactos de longo prazo das intervenções que utilizam técnicas de construção de vínculo. A escassez de dados que investiguem a manutenção dos resultados obtidos durante as sessões terapêuticas levanta questões sobre até que ponto as mudanças observadas podem se manter ao longo prazo, especialmente em ambientes naturais.

A análise das contingências empregadas nos estudos apresentada na Tabela 3 sugere que a eficácia das intervenções pode ser baseada na seleção de antecedentes relevantes, a programação de consequências contingentes e não contingentes e a manipulação de operações motivadoras. Além disso, a distinção observada em relação ao uso da punição negativa por dois dos estudos (Lapin, 2014; Shillingsburg et al., 2018) sugere a necessidade de cautela na utilização de procedimentos aversivos e de uma avaliação cuidadosa dos seus potenciais efeitos colaterais. Muitos autores baseiam-se no condicionamento respondente do terapeuta com estímulos reforçadores, que daria ao terapeuta a função de estímulo reforçador, o que envolveria o terapeuta virar Sd/S+ para respostas de aproximação, contato visual e físico e responder às demandas. Para alguns autores, os procedimentos de criação de vínculo terapêutico também teriam efeito nas operações motivadoras, uma vez que as demandas seriam removidas, e o terapeuta estaria constantemente dando atenção à criança, assim abolindo comportamentos-problema com função de fuga, esquiva ou atenção. Importante notar que, apesar de nenhum autor defender uso de controle aversivo para criação de vínculo, este parece acontecer em dois momentos, nos estudos de Lapin (2014) e Shillingsburg et al. (2018). Além disso, a distinção observada em relação ao uso da punição negativa por dois dos estudos (Lapin, 2014; Shillingsburg et al., 2018) sugere a necessidade de cautela na utilização de procedimentos aversivos e de uma avaliação cuidadosa dos seus potenciais efeitos colaterais, além da necessidade de identificar processos básicos nas intervenções e fenômenos que estudamos, propiciando a criação de saberes coesos e coerentes.

Em suma, apesar dos avanços na compreensão de como medir e construir o vínculo terapêutico, ainda não se estabeleceu uma relação clara entre este e os resultados das intervenções, como o aumento de habilidades, a redução de comportamentos desafiadores em ambientes naturais e a facilitação de respostas sociais. O aprofundamento na discussão sobre os efeitos a longo prazo e a generalização dos resultados para outros ambientes proporcionará uma melhor compreensão do papel essencial do vínculo na terapia com crianças com TEA e contribuirá para a elaboração de intervenções mais eficazes e abrangentes.

Referências

- Abuladze, E. (2018). *Building rapport with young children with autism* [Master's thesis, California State University, Fresno].
<https://scholarworks.calstate.edu/concern/theses/td96k423g>
- Agnew-Davies, R., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Barkham, M., & Shapiro, D. A. (1998). Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *The British Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 155–172.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01291.x>
- Albaum, C., Tablon, P., Roudbarani, F., & Weiss, J. A. (2020). Predictors and outcomes associated with therapeutic alliance in cognitive behaviour therapy for children with autism. *Autism*, 24(1), 211–220.
<https://doi.org/10.1177/1362361319849985>
- Alves, D. L. (2017). O vínculo terapêutico nas terapias cognitivas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 19(1), 55–71.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-868350>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., Text Revision).
- Araújo, M. L., & Lopes, R. F. F. (2015). Desenvolvimento de um inventário cognitivo-comportamental para avaliação da aliança terapêutica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(2), 86–95. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20150013>
- Barrett-Lennard, G.T. (1978) The Relationship Inventory: Later development and adaptations. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 8, 68.
- Beaumont, R. (2013). *Secret Agent Society – Operation Regulation (SAS-OR) manual*. Social Skills Training.

- Bickman, L., Andrade, A. R. V., Lambert, E. W., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, A. S., Rumberger, D. T., Moore-Kurnot, J., McDonough, L. C., & Rauktis, M. B. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 134–148.
<http://doi.org/10.1007/BF02287377>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Carbone, V. J., Morgenstern, B., Zecchin-Tirri, G., & Kolberg, L. (2007). The role of the reflexive conditioned motivating operation (CMO-R) during discrete trial instruction of children with autism. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 4(4), 658–680. <https://doi.org/10.1037/h0100399>
- Carvalho, C., Fiorini, G. P., & Ramires, V. R. R. (2015). Aliança terapêutica na psicoterapia de crianças: Uma revisão sistemática. *Psico*, 46(4), 503–512.
<https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.4.19139>
- Constantino, J. N. (2012). *Social Responsiveness Scale™ (SRSTM- 2)* (2nd ed.). Western Psychological Services.
- Darchuk, A. J. (2007). The role of the therapeutic alliance and its relationship to treatment outcome and client motivation in an adolescent substance abuse treatment setting. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(5-B), 3392. <https://psycnet.apa.org/record/2007-99220-137>
- DeLeon, I. G., & Iwata, B. A. (1996). Evaluation of a multiple-stimulus presentation format for assessing reinforcer preferences. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29(4), 519–533. <https://doi.org/10.1901/jaba.1996.29-519>

- Ensor, R., Burnham Riosa, P., & Yu, K. H. X. (2023). Evaluation of a rapport-building intervention for early interventionists working with children on the autism spectrum. *Behavioral Interventions*, 39(1), e1983.
<https://doi.org/10.1002/bin.1983>
- Erby, L. H., Wisniewski, T., Lewis, K. L., Hernandez, C., Biesecker, L. G., & Biesecker, B. B. (2021). Adaptation of the working alliance inventory for the assessment of the therapeutic alliance in genetic counseling. *Journal of Genetic Counseling*, 30(1), 11–21. <https://doi.org/10.1002/jgc4.1378>
- Falcone, E. M. O., Gil, D. B., & Ferreira, M. C. (2007). Um estudo comparativo da frequência de verbalização empática entre psicoterapeutas de diferentes abordagens. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 451–461.
<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400005>
- Fisher, W. W., Piazza, C. C., Bowman, L. G., & Amari, A. (1996). Integrating caregiver report with systematic choice assessment to enhance reinforcer identification. *American Journal of Mental Retardation*, 101(1), 15–25.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8827248/>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143–153. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143>
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research*, 1(2), 104–112. <https://doi.org/10.1080/10503309112331335531>

- Gormley, L., Healy, O., O'Sullivan, B., O'Regan, D., Grey, I., & Bracken, M. (2020). The impact of behavioural skills training on the knowledge, skills and well-being of front line staff in the intellectual disability sector: A clustered randomised control trial. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(11), 1291–1304. <https://doi.org/10.1111/jir.12630>
- Harris, B. A., & Panozzo, G. (2019). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 104–111. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Kelly, A. N., Axe, J. B., Allen, R. F., & Maguire, R. W. (2015). Effects of presession Pairing on the Challenging Behavior and Academic Responding of Children with Autism. *Behavioral Interventions*, 30, 135–156. <https://doi.org/10.1002/bin.1408>
- Kinney, M., Seider, J., Beaty, A. F., Coughlin, K., Dyal, M., & Clewley, D. (2020). The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(8), 886–898. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1516015>
- Kurth, T., Gaziano, J. M., Berger, K., Kase, C. S., Rexrode, K. M., Cook, N. R., Buring, J. E., & Manson, J. E. (2002). Body mass index and the risk of stroke in men. *Archives of Internal Medicine*, 162(22), 2557–2562. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.22.255>

- Lapin, C. I. (2014). *Measurement and enhancement of rapport between behavior therapists and children with autism*. [Master's thesis, University of North Texas]. <https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc699911/m1/1/>
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised helping alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 260–271. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3330423/>
- Lugo, A. M., King, M. L., Lamphere, J. C., & McArdle, P. E. (2017). Developing Procedures to Improve Therapist-Child Rapport in Early Intervention. *Behavior analysis in practice*, 10(4), 395–401. <https://doi.org/10.1007/s40617-016-0165-5>
- Lugo, A. M., McArdle, P. E., King, M. L., Lamphere, J. C., Peck, J. A., & Beck, H. J. (2018). Effects of pre-session pairing on preference for therapeutic conditions and challenging behavior. *Behavior Analysis in Practice*, 12(1), 188–193. <https://doi.org/10.1007/s40617-018-0268-2>
- Maia, R. S., Araújo, T. C. S., Silva, N. G., & Maia, E. M. C. Instrumentos para avaliação da aliança terapêutica. (2017). *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 55–63. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20170009>
- Martins, J. S., Oliveira, L. S., Vasconcelos, R. C. C., & Carvalho, A. L. N. (2018). Empatia e relação terapêutica na psicoterapia cognitiva: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 14(1), 50–56. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20180007>
- McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2005). The Therapy Process Observational Coding System-Alliance Scale: Measure characteristics and prediction of outcome in usual clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 323–333. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.323>

Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H., & Solomon, J. (1982).

Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. *Archives of General Psychiatry*, 39(4), 397–402.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290040013002>

Morris, C., Oliveira, J. P., Perrin, J., Federico, C. A., & Martasian, P. J. (2024). Toward a further understanding of assent. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 57(2), 304–318. <https://doi.org/10.1002/jaba.1063>

Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed., pp. 113–141). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12075-004>

O’Keeffe S., Martin P., & Midgley N. (2020). Rupture-repair processes in the therapeutic alliance prior to dropout in adolescents receiving therapy for depression. *Psychotherapy*, 57, 471–490. <https://doi.org/10.1037/pst0000279>

O’Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 51(4), 581–586. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.4.581>

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Classificação Internacional de Doenças para 2022: CID-11*.

Padgett, A. K. (2010). *The effects of noncontingent reinforcement on rapport building in children with autism* [Master’s thesis, California State University, Fresno]. <https://scholarworks.calstate.edu/concern/theses/bk128c201?locale=it>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S.,... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pastrana, S. J., Grow, L. L., & Frewing, T. M. (2016). Identifying preferred social interactions using a structured interview and stimulus preference assessment. *Behavioral Interventions* [under review].
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137–151. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x>
- Rego, M. B. L. (2023). *Avaliação da aliança terapêutica em sessões online de terapia analítico-comportamental*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Par]. Repositório Instituto Par. <https://mestrado.institutopar.org/wp-content/uploads/sites/2/2024/04/Marianna-Barros-de-Loiola-Rego.pdf>
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *Behavioral Assessment System for Children (BASC-2)* (2nd ed.). San Antonio, TX: NCS Pearson.
- Rutter, M., & Bailey, A. (2003). *Social Communication Questionnaire (SCQ)*. Western Psychological Services.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1997). Emotion regulation among school-age children: the development and validation of a new criterion Q-sort scale. *Developmental psychology*, 33(6), 906–916. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.33.6.906>
- Shillingsburg, M. A., Hansen, B., & Wright, M. (2018). Rapport building and instructional fading prior to discrete trial instruction: Moving from child-led play to intensive teaching. *Behavior Modification*, 43(2), 288–306. <https://doi.org/10.1177/0145445517751436>

- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 452-464.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.452>
- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). *Therapeutic Alliance Scales for Children (TASC)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t41395-000>
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (2004). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV – Parent interview schedule*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Søndenå, P., Dalusio-King, G., & Hebron, C. (2020). Conceptualisation of the therapeutic alliance in physiotherapy: Is it adequate? *Musculoskeletal Science & Practice, 46*, 102131. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102131>
- Steuwe, C., Berg, M., Driessen, M., & Beblo, T. (2023). Therapeutic alliance and dropout in patients with borderline pathology receiving residential dialectical behavior therapy. *BMC Psychiatry, 23*(1), 605. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05061-8>
- Sundberg, M. L., & Partington, J. W. (1998). *Teaching language to children with autism or other developmental disabilities*. Behavior Analysts, Inc.
- Suttle, M., Hall, M. W., Pollack, M. M., Berg, R. A., McQuillen, P. S., Mourani, P. M., Sapru, A., Carcillo, J. A., Startup, E., Holubkov, R., Dean, J. M., Notterman, D. A., Meert, K. L., & for the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Collaborative Pediatric Critical Care Research Network (CPCCRN). (2021). Therapeutic Alliance Between Bereaved Parents and Physicians in the PICU. *Pediatric critical care medicine: A journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies, 22*(4), e243–e252.
<https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002585>

- Taccolini-Manzoni, A. C., Oliveira, N. T. B., Cabral, C. M. N., & Ricci, N. A. (2018). The role of the therapeutic alliance on pain relief in musculoskeletal rehabilitation: A systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice*, 34(12), 901–915.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1431343>
- Tickle-Degnen, L., & Rosenthal, R. (1990). The nature of rapport and its nonverbal correlates. *Psychological Inquiry*, 1(4), 285–291.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli0104_1
- Vieira, L. B., Dalla Nora, C. R., Toso, B. R. G. O., Geremia, D. S., Mendonça, A. V. M., & de Sousa, M. F. (2022). O vínculo na atenção primária à saúde: Práticas dos enfermeiros da região Sul do Brasil. *Tempus — Actas de Saúde Coletiva*, 16(4), 121–132. <https://doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3042>
- Wechsler, D. (2011). *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI-II)* (2nd ed.). NCS Pearson.
- Zeman, J. L., Cassano, M., Suveg, C., & Shipman, K. (2010). Initial Validation of the Children's Worry Management Scale. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 381–392. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9308-4>