

CASOS CLÍNICOS – CLINIC DAY

Regiane Repczuk

@psi.repczuk

Psicóloga – CRP 08/13260

Graduada pela PUCPR, pós graduada em Gestão de Pessoas, Terapia Cognitivo Comportamental e Psicologia Baseada em Evidências.



CASO CLÍNICO – ANA, A NUTRICIONISTA

- Ana, tem 32 anos e é nutricionista. Formada há 5 anos, atende pacientes desde que se formou.
- Chega para a consulta relatando se sentir muito ansiosa e deprimida. Tem dificuldade para dormir e relaxar, sente muita tristeza e se sente culpada porque, às vezes, desconta essas emoções na comida.
- Relata que se cobra muito e se sente pressionada o tempo todo: para assistir todos os 8 cursos que comprou, para postar todos os dias no instagram e também, para estar sempre em sua melhor forma, pois tem medo de não ter mais pacientes caso não esteja “no shape”.



CASO CLÍNICO – ANA, A NUTRICIONISTA

- Sente que precisa explicar tudo o que sabe para os pacientes na primeira consulta e também tira dúvidas e responde seus pacientes em todos os momentos do dia, o que a faz se sentir sobrecarregada e trabalhar muitas horas em casa.
- Seu marido reclama que ela está sempre trabalhando e que não consegue se desconectar nunca.



CASO CLÍNICO – ANA, A NUTRICIONISTA

- Se sente culpada quando descansa, sempre acha que deveria estar produzindo algo.
- Nos últimos meses, engordou 5 quilos, pois acaba descontando suas frustrações na alimentação.
- Às vezes, pensa que não quer mais trabalhar como nutricionista, que está triste e sobrecarregada com a profissão, apesar de ter muitos pacientes e um bom retorno financeiro.





Como podemos ajudar Ana?

CASO CLÍNICO – ANA, A NUTRICIONISTA

- **Conceitualização Cognitiva (TCC)**
- **Problemas atuais**
 - Ansiedade elevada
 - Humor deprimido
 - Insônia
 - “Comer emocional”
 - Sobrecarga profissional
 - Culpa ao descansar
 - Medo de perder pacientes se não estiver “no shape”

Conceitualização Cognitiva (TCC)

- Situações gatilho:
- Tempo ocioso
- Postagens no Instagram
- Atendimento clínico
- Reclamação do marido
- Percepção de ganho de peso
- Pensamento sobre concorrência
- Atendimento aos pacientes pós consulta.

Conceitualização Cognitiva (TCC)

- “Se eu não estiver no shape, vou perder pacientes.”
- “Eu preciso saber tudo.”
- “Preciso explicar tudo na primeira consulta.”
- “Se eu descansar, estou sendo irresponsável.”
- “Se eu não responder agora, o paciente vai embora.”
- “Eu deveria dar conta de tudo.”
- “Eu não posso falhar.”

Conceitualização Cognitiva (TCC)

- **Crenças intermediárias (regras e pressupostos)**
- “Meu valor depende da minha performance.”
- “Profissional bom não erra.”
- “Ser produtiva o tempo todo é obrigatório.”
- “Descansar é perda de tempo.”
- “A imagem é essencial para minha sobrevivência.”

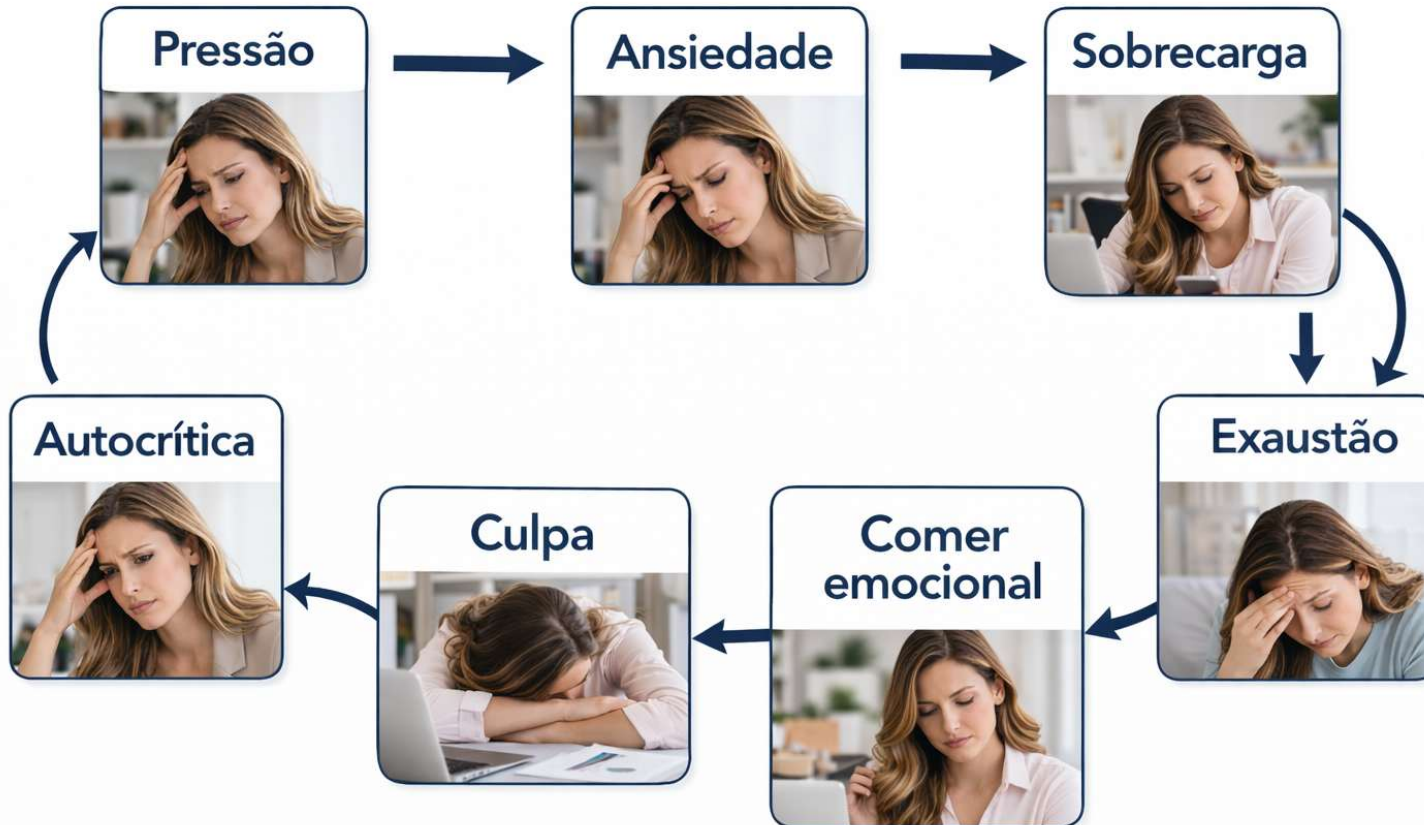
Conceitualização Cognitiva (TCC)

- **Crenças centrais possíveis**
- “Eu não sou suficiente.”
- “Eu só sou valiosa se eu performar.”
- “Se eu não for perfeita, serei rejeitada.”

FORMULAÇÃO DE CASO DE ANA SEGUNDO A TCC



Ciclo cognitivo-comportamental



HIPÓTESE CENTRAL DE MANUTENÇÃO

Ana está presa em um padrão de:
Autoexigência extrema + Reforçamento negativo
(alívio da culpa) + Reforçamento positivo (*validação profissional*)





**O QUE ESTABELECEER COMO
METAS TERAPÊUTICAS?**

METAS TERAPÊUTICAS GERAIS

- Redução de ansiedade basal
- Redução de culpa ao descansar
- Limites estruturados para responder pacientes
- Redução de episódios de “comer emocional”
- Identidade menos dependente de performance
- Melhora da relação conjugal
- Redução de sobrecarga

PASSO 1 – Avaliação e formulação inicial

- **Objetivos:**

- Levantamento detalhado da queixa
- Psicoeducação sobre modelo cognitivo
- Identificação do ciclo ansiedade → sobrecarga → exaustão → comer → culpa

Psicoeducação sobre modelo cognitivo

- O modelo cognitivo propõe que não são os acontecimentos em si que determinam nossas emoções e comportamentos, mas a interpretação que fazemos deles. Pensamentos automáticos, influenciados por crenças mais profundas sobre nós mesmos, os outros e o mundo, modulam nossas respostas emocionais e comportamentais. Quando essas interpretações são rígidas ou distorcidas, podem manter ciclos de ansiedade, culpa e sobrecarga.
- Na terapia, aprendemos a identificar pensamentos automáticos, compreender as crenças subjacentes e testar interpretações alternativas mais funcionais. Ao modificar a forma de pensar, modificamos também as emoções e os comportamentos, promovendo maior flexibilidade psicológica e regulação emocional.

PASSO 1 – Avaliação e formulação inicial



PASSO 1 – Avaliação e formulação inicial

- **Intervenções:**

- Linha do tempo dos últimos 6 meses
- Registro inicial de situações–pensamentos–emoções
- Introdução à ideia de “valor condicionado à performance”

REGISTRO DE PENSAMENTOS

(Baseado em Greenberger & Padesky)

Depois, reavalie o humor e anote os **resultados**.

Anote o seguinte para situações problemáticas:

- Situação
- Emoção
- Pensamento Automático
- Resposta Adaptativa

Situação	Pensamento Automático	Emoção	Resposta Adaptativa	Resultado
Fulano passou por mim e não me cumprimentou.	Ele não gosta de mim. Eu sou um chato.	Triste 	Ele pode não ter me visto, talvez estivesse distraído.	Triste 30%
	Eu sempre estrago tudo. Ela deve estar cansada de mim.	Culpa 75% Ansiedade 70% Tristeza 65%	Posso pedir desculpas amanhã e tentar conversar com calma sobre o que aconteceu.	Culpa 30% Ansiedade 20% Tristeza 25%
► Discussão com minha esposa	Eu sempre estrago tudo. Ela deve estar cansada de mim.	Medo 65% Ansiedade 70%	Tenho o direito de dizer "não" se estiver sobrecarregado.	Medo 15% Ansiedade 20%
► Pedido de tarefa extra no trabalho	Se eu recusar, vão achar que sou incompetente.	Medo 65% Ansiedade 70%	Tenho o direito de dizer "não" se estiver sobrecarregado. Posso perguntar ao meu chefe se é urgente.	Medo 15% Ansiedade 20%
► A = Situação B = Pensamento Automático C = Resposta Adaptativa D = Resultado D = Resultado				

Modelo Cognitivo – Registro de Pensamentos

Situação (faça um resumo)	Humor (0% a 100%)	Pensamentos automáticos (a escrita exata!)	Evidências
Paciente envia mensagem fora do horário. Estou exausta. 	Ansiedade – 70% Angústia – 60% Culpa – 80%	“Não posso ignorar, vou falhar. “Só estão me solicitando pois precisam de mim. “Se eu não responder na hora, vou perder a confiança do paciente.	✓ Resposta rápida alivia a ansiedade. ✓ Quando respondo muitas dúvidas, evitamos problemas.
• Resposta rápida alivia a ansiedade. • Quando respondo muitas dúvidas, evitamos problemas.			
Tempo livre	Disputa / Alternativa realista ✓ Já respondi fora do horário antes sem perder pacientes.		➡➡ Efeito Redução da ansiedade (70% ➡ 25%)
➡ Resposta Adaptativa / Experimento Comportamental			

Introdução à ideia de “valor condicionado à performance”

- O perfeccionismo adaptativo está associado a altos padrões acompanhados de flexibilidade psicológica. A pessoa busca excelência, mas tolera erros, aprende com falhas e consegue descansar sem que isso ameace seu senso de valor pessoal. O desempenho é importante, mas não define a identidade. Há motivação orientada para crescimento, não para evitar rejeição. Quando algo não sai como esperado, o indivíduo ajusta estratégias sem transformar o erro em prova de incompetência global.
- Já o perfeccionismo disfuncional é rigidamente ligado ao valor pessoal. O desempenho deixa de ser uma meta e passa a ser condição para aceitação e autoestima. Pequenas falhas são interpretadas como evidência de inadequação, gerando autocrítica intensa, ansiedade e evitação. A pessoa opera sob regras internas do tipo “eu devo”, “eu preciso”, “não posso falhar”, o que leva a sobrecarga, dificuldade de delegar e incapacidade de descansar sem culpa. Aqui, a busca por excelência não promove crescimento — promove exaustão.

VALOR CONDICIONADO À PERFORMANCE

- **Crença central implícita:**
- “Meu valor depende do meu desempenho.”
- **O que significa?**
- É quando a autoestima fica vinculada à produtividade, resultados e reconhecimento externo.
- O valor pessoal deixa de ser estável e passa a oscilar conforme a performance.

VALOR CONDICIONADO À PERFORMANCE

- **Como aparece em Ana?**
- Preciso estar “no shape” para manter pacientes
- Preciso responder imediatamente
- Preciso saber tudo
- Descansar gera culpa
- Produzir gera alívio

VALOR CONDICIONADO À PERFORMANCE

- **Estrutura cognitiva**
- **Crença central:**
“Eu não sou suficiente.”
- **Regra compensatória:**
“Preciso performar para ser aceita.”
- **Estratégia de manutenção:**
Hiperprodutividade + disponibilidade constante

VALOR CONDICIONADO À PERFORMANCE

- **Consequências**

- Ansiedade crônica
- Dificuldade de descanso
- Autocrítica intensa
- Identidade restrita ao papel profissional
- Exaustão emocional

PLANO DE AÇÃO:

- Registro de pensamentos automáticos
- Monitorar episódios de comer emocional

PASSO 2 – Análise funcional detalhada

- Mapear funções dos comportamentos:
 - Responder pacientes fora de hora
 - Trabalhar sem parar
 - Comer emocional

PASSO 2 – Análise funcional detalhada

- Plano de ação:
- Testar atraso de 2 horas para responder mensagens;
- Estabelecer limites claros para responder pacientes (exemplo: “as mensagens serão respondidas dentro de 48 horas de seu recebimento”)
- **QUAIS OUTROS LIMITES ANA PODE ESTABELECEER PARA OS PACIENTES?**

Técnica ABC (Antecedente – Comportamento – Consequência)

- A **técnica ABC (Antecedente – Comportamento – Consequência)** é uma ferramenta da análise funcional do comportamento que organiza um episódio em três partes:
- **A – Antecedente:** o que aconteceu antes do comportamento (situação, estímulo externo ou interno, pensamento, emoção, contexto).
- **B – Comportamento:** a ação propriamente dita (o que a pessoa fez — observável ou encoberto).
- **C – Consequência:** o que ocorreu depois do comportamento (reações do ambiente, alívio emocional, reforço, punição).

Técnica ABC (Antecedente – Comportamento – Consequência)

- **Para que serve?**
- **Identificar padrões** de comportamento.
- **Compreender a função** do comportamento (ex.: evitar, buscar alívio, obter atenção).
- **Planejar intervenções**, modificando antecedentes ou consequências para promover comportamentos mais adaptativos.
- Em resumo, o ABC ajuda a responder:
“O que dispara esse comportamento e o que o mantém?”

Comportamento-problema 1: Responder pacientes o tempo todo

A (antecedente):



Mensagem recebida

B (comportamento):



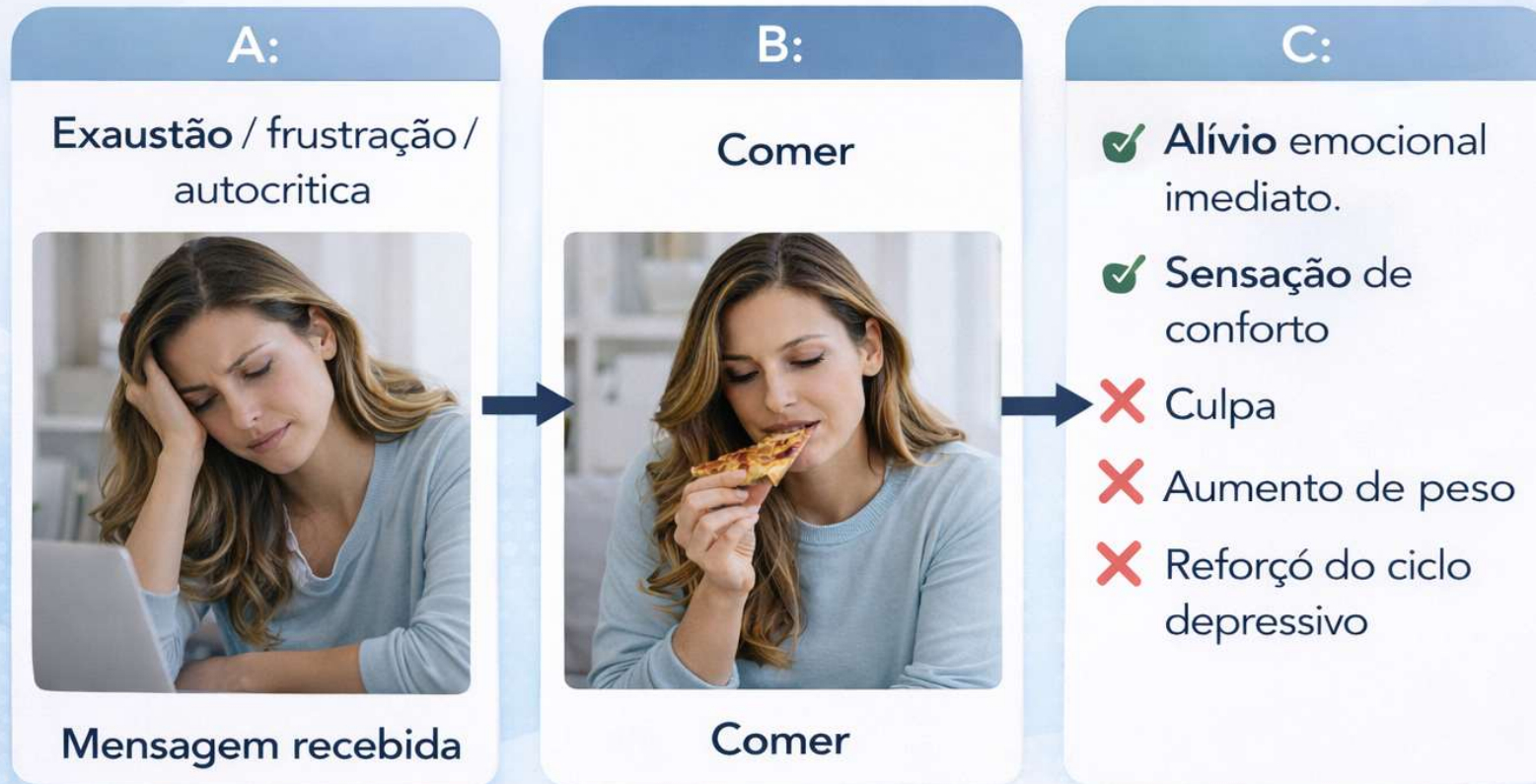
Responde imediatamente

C (consequência):

- ✓ Redução imediata da ansiedade
- ✓ Sensação de competência
- ✗ Reforço da indisponibilidade
- ✗ Sobrecarga
- ✗ Invasão da vida pessoal

➔ Função: Redução de ansiedade + busca de validação

Comportamento-problema 2: Comer emocional



➔ Função: Regulação emocional

Comportamento-problema 3: Não descansar



➔ **Função:** Evitação de culpa + reforço de identidade produtiva

Passo 3 – Regulação emocional básica (DBT)

- **Objetivos:**
- Diferenciar emoção primária vs secundária
- Nomear emoções antes do comportamento

Passo 3 – Regulação emocional básica (DBT)

- Na **DBT (Terapia Comportamental Dialética)**, emoções **primárias** são respostas emocionais diretas, automáticas e proporcionais ao evento que ocorreu. Elas surgem rapidamente, têm base evolutiva e comunicam algo importante sobre a situação (ex.: medo diante de perigo real, tristeza após uma perda, raiva frente a uma injustiça). Em geral, quando reconhecidas e validadas, tendem a ser mais breves e funcionais.

Passo 3 – Regulação emocional básica (DBT)

- Já as emoções **secundárias** são reações emocionais que ocorrem em resposta a outra emoção. Ou seja, a pessoa sente algo sobre o que está sentindo (ex.: **sentir vergonha por estar triste, culpa por estar com raiva, raiva por estar ansiosa**). Elas costumam intensificar o sofrimento e podem gerar padrões desadaptativos, porque afastam o indivíduo da experiência emocional original.

Passo 3 – Regulação emocional básica (DBT)

- Na prática clínica em DBT, diferenciar emoção primária de secundária ajuda a direcionar a intervenção: emoções primárias geralmente pedem **validação e regulação**, enquanto emoções secundárias exigem **análise da cadeia comportamental e trabalho com julgamento, invalidação ou esquemas aprendidos**.

Diferenciando emoção primária de secundária

- **Exemplo 1 – Crítica no trabalho**
- **Situação:** O chefe faz um comentário crítico.
- **Emoção primária:** Tristeza ou medo (ameaça ao status/segurança).
- **Emoção secundária:** Raiva (“Ele não pode falar assim comigo!”) ou vergonha (“Sou incompetente”).

Diferenciando emoção primária de secundária

- **Exemplo 2 – Conflito no relacionamento**
- **Situação:** O parceiro demora a responder mensagem.
- **Emoção primária:** Medo de abandono ou insegurança.
- **Emoção secundária:** Raiva (“Ele não liga pra mim”) ou desprezo defensivo.

Diferenciando emoção primária de secundária

- **Exemplo 3 – Choro em público**
- **Situação:** A pessoa chora durante uma reunião.
- **Emoção primária:** Tristeza ou frustração.
- **Emoção secundária:** Vergonha (“Que ridículo eu chorar aqui”).

Diferenciando emoção primária de secundária

- **Exemplo 4 – Ansiedade**
- **Situação:** A pessoa sente ansiedade antes de uma apresentação.
- **Emoção primária:** Medo (avaliação social).
- **Emoção secundária:** Raiva de si mesma (“Eu não deveria ser assim”) ou culpa.

- Se a emoção parece muito intensa, desproporcional ou “complicada”, geralmente existe uma emoção primária vulnerável por baixo.

Intervenções:

- Roda das emoções
- Técnica STOP (DBT)
- Psicoeducação sobre tolerância ao mal-estar

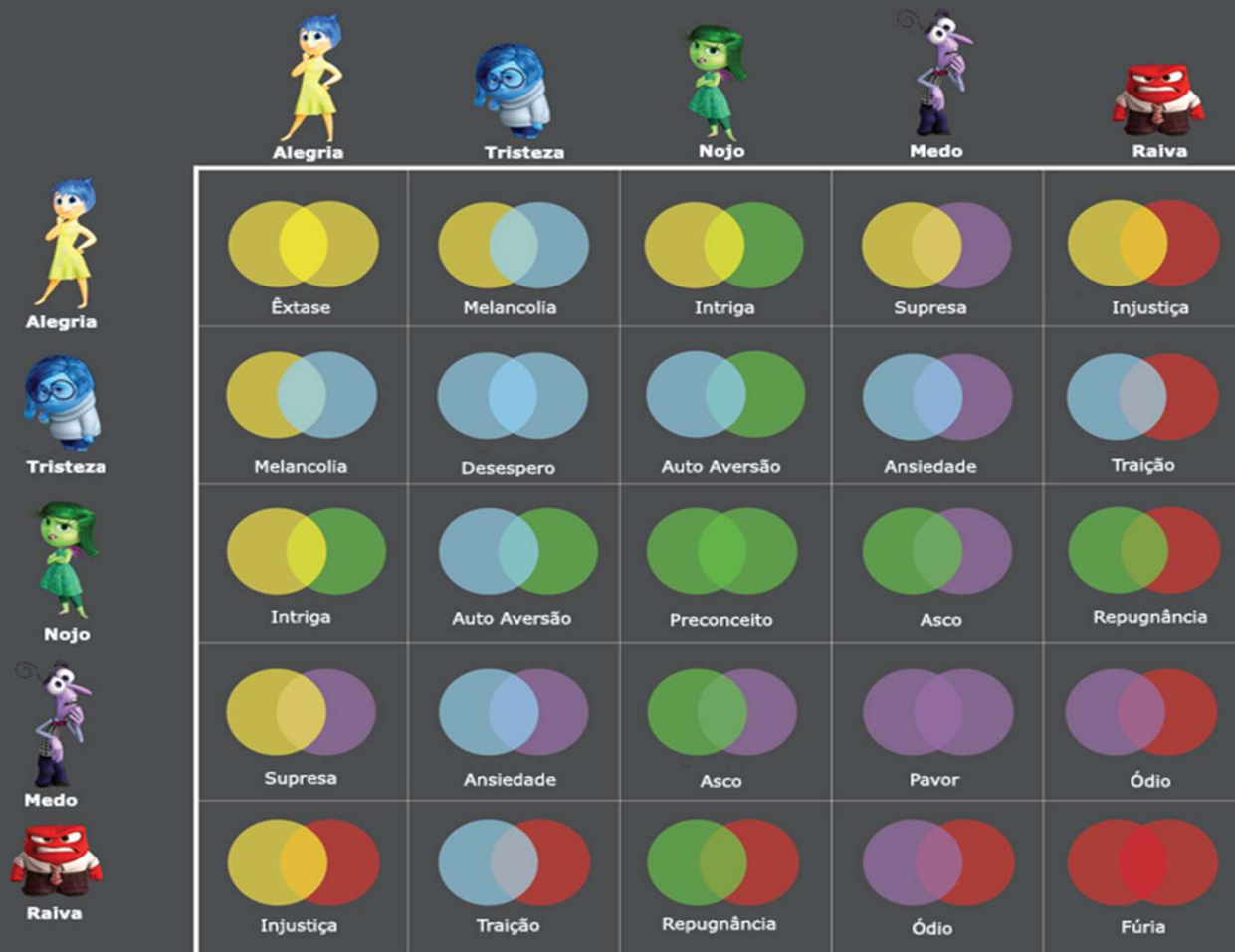


Roda das emoções

- Ensinar Ana a **discriminar emoções específicas antes de agir**, especialmente antes de:
- Responder pacientes compulsivamente
- Trabalhar sem parar
- Comer emocionalmente

Possíveis combinações emocionais do filme Divertida Mente

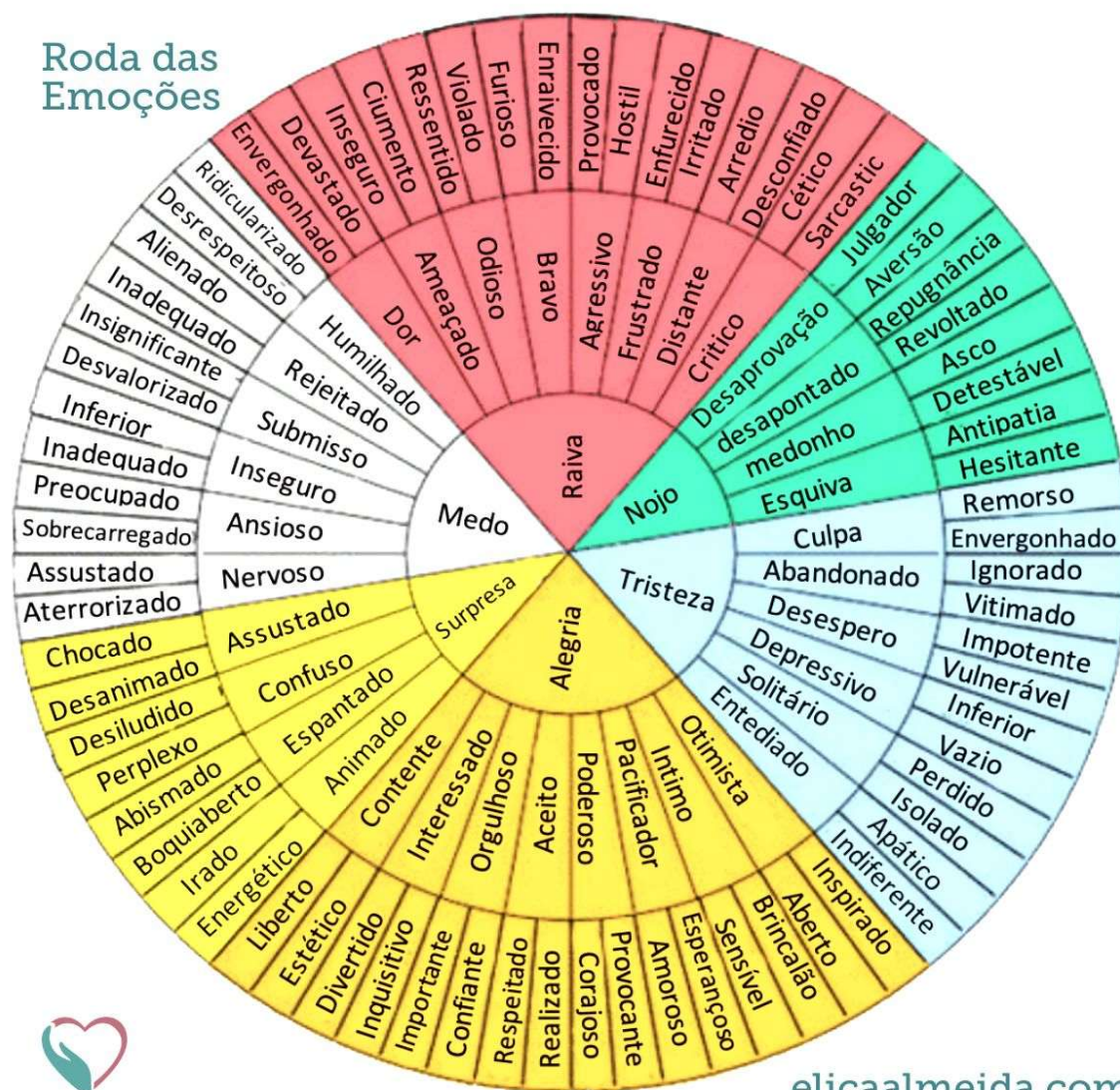
Alegria com tristeza gera melancolia. Mas quais as outras possíveis combinações?



Tradução: Robério Cavalcante
SOURCE: Photos from Disney/Pixar

Vox

Roda das Emoções



Roda das emoções

- A **Roda das Emoções** é uma ferramenta psicoeducativa usada na DBT para ampliar a **consciência emocional** e reduzir comportamentos impulsivos. O princípio é simples: muitas pessoas não regulam emoções porque **não sabem exatamente o que estão sentindo**. Elas identificam apenas estados globais como **“ansiosa”, “mal”** ou **“sobrecarregada”**, mas não discriminam emoções específicas.
- A roda organiza emoções em categorias (por exemplo: tristeza, medo, raiva, vergonha, alegria) e suas variações mais sutis (frustração, decepção, culpa, humilhação, apreensão, etc.). Ao expandir o vocabulário emocional, o paciente passa de um estado difuso (**“estou mal”**) para algo mais específico (**“estou frustrada e com medo de falhar”**). Essa diferenciação já reduz a intensidade emocional, porque nomear ativa processamento cognitivo regulador.

Por que a roda das emoções é importante?

- Na DBT, um dos pilares é:
- **Nomear a emoção antes de agir.**
- Quando a emoção não é identificada:
- O comportamento vira resposta automática.
- A pessoa regula emoção via impulsividade (comer, trabalhar demais, evitar, explodir).
- Quando a emoção é identificada:
- **A pessoa pode escolher habilidade adequada (tolerância ao mal-estar, ação oposta, distração, resolução de problema).**

Passo 1 – Interromper o piloto automático

- Quando surgir o impulso (ex: pegar comida após um dia difícil), Ana deve identificar o que está sentindo:
- Antes de agir, precisamos identificar exatamente o que está acontecendo emocionalmente.
- Usar a roda visualmente ajuda Ana a sair do rótulo genérico:
- “Estou ansiosa.”

Passo 2 – Diferenciar emoções específicas

- Ao explorar, pode surgir algo como:
- Ansiedade → **medo de não ser suficiente**
- Tristeza → **decepção consigo mesma**
- Estresse → **exaustão + frustração**
- Culpa → **vergonha por não estar no padrão que exige de si**
- Essa diferenciação é crucial.
- Porque cada emoção pede uma habilidade diferente.

Passo 3 – Identificar função da emoção

- Na DBT, emoções têm função adaptativa.
- Exemplo com Ana:
- **Medo** → sinaliza ameaça à imagem profissional
- **Vergonha** → sinaliza ameaça à aceitação
- **Frustração** → sinaliza meta não alcançada
- **Exaustão** → sinaliza necessidade de descanso

Passo 4 – Escolher habilidade adequada

- Agora sim entra a regulação emocional
 - Se for:
 - **Medo**: checar evidências (TCC)
 - **Vergonha**: autocompaixão
 - **Exaustão**: descanso programado
 - **Frustração** : resolução de problemas
-
- Sem essa discriminação, Ana regula tudo com trabalho excessivo ou comida

Técnica STOP (DBT)

- A técnica **STOP** é uma habilidade de **tolerância ao mal-estar** da DBT usada para interromper comportamentos impulsivos antes que aconteçam. Ela é especialmente útil em momentos de alta ativação emocional, quando a pessoa está prestes a agir automaticamente (comer emocionalmente, responder mensagem na hora, explodir, evitar, etc.).

Técnica STOP (DBT)

TÉCNICA STOP (DBT)

- S** – **Stop** (Pare)
- T** – **Take a step back**
(Dê um passo para trás)
- O** – **Observe**
- P** – **Proceed mindfully**
(Prossiga com consciência)

S — *Stop* (Pare)

- Interromper fisicamente o movimento.
- Pode ser:
- Não pegar o celular
- Não abrir a geladeira
- Não responder imediatamente
- Não continuar a discussão
- É literalmente criar um micro-intervalo entre emoção e ação.
- É a quebra do piloto automático.

T — *Take a step back* (Dê um passo para trás)

- Distanciamento momentâneo.
- Respiração lenta
- Sair do ambiente por alguns segundos
- Contar até 10
- Observar o corpo
- Aqui o objetivo é reduzir ativação fisiológica e diminuir impulsividade.

O — *Observe* (Observe)

- Observar sem julgar:
 - O que estou sentindo?
 - Que pensamentos estão passando?
 - Qual é a intensidade da emoção?
 - O que meu corpo está fazendo?
-
- É o momento de mindfulness aplicado.
 - Aqui entra a Roda das Emoções.

P — *Proceed mindfully* (Prossiga com consciência)

- Escolher a ação baseada em valores e objetivos de longo prazo e não na emoção do momento.
- **Perguntas úteis:**
 - Essa ação vai me aproximar ou afastar de quem eu quero ser?
 - O que eu faria se estivesse regulada?
 - Qual habilidade posso usar agora?



Situação: Recebe mensagem de paciente às 22h.

S

– **Stop** (Pare)

T

– **Take a step back** (Dê um passo para trás).

– Respira fundo, fecha o celular por 2 minutos.

O

– Percebe **medo de perder paciente** + culpa.

P

– Decide responder no horário definido no dia seguinte.

Sem STOP:

Ansiedade → resposta imediata

→ reforço da sobrecarga

Sem STOP:

→ Ansiedade → resposta imediata

Com STOP:

→ **Ansiedade** → pausa

→ **escolha consciente**

manutenção de limites

→ Com STOP:

→ pausa → **escolha consciente**

→ manutenção de limites

Por que essa técnica é tão importante?

- Porque a maioria dos comportamentos disfuncionais ocorre em segundos.
- **STOP:**
 - ✓ Cria espaço entre emoção e comportamento
 - ✓ Reduz reatividade
 - ✓ Aumenta auto-controle
 - ✓ Fortalece autonomia



"Entre o estímulo e a resposta há um espaço. Neste espaço está o nosso poder de escolher nossa resposta. Na nossa resposta está o nosso crescimento e a nossa liberdade"

Viktor Frankl

TOLERÂNCIA AO MAL-ESTAR

- As habilidades de tolerância ao mal-estar têm como objetivo ajudar o paciente a vivenciar a dor, a dificuldade ou o desconforto em situações sobre as quais não tem controle ou quando se sente tão sobrecarregado emocionalmente que consome todas as suas habilidades de mindfulness e da regulação emocional.
- Essas são habilidades que o paciente precisa recorrer quando o nível de desconforto está tão alto que ele simplesmente não apresenta mais a capacidade ou a força de vontade para acessar as outras habilidades de seu repertório.
- As habilidades de tolerância ao mal-estar podem ajudá-lo a tolerar as emoções de um determinado momento sem piorar as coisas ao recorrer a um comportamento não adaptativo, como comer em excesso.



TOLERÂNCIA AO MAL-ESTAR

- As habilidades de tolerância ao mal-estar se dividem em dois grupos: habilidades de aceitação, que podem ajudar a deixar de lutar contra a realidade da situação em que se encontra (embora isso não signifique que aprova a situação) e habilidades de sobrevivência à crise.

TOLERÂNCIA AO MAL-ESTAR

- **COMO ACEITAR A VIDA COMO ELA É**
- Dor e desconforto fazem parte da vida. Viver de forma habilidosa envolve a aceitação do que não pode ser evitado completamente.
- Como vimos anteriormente, lidar com a realidade de eventos difíceis pode ajudar as pessoas a se pouparem da dor adicional causada pela tentativa de negar a sua resposta emocional, evita-la ou lutar por ela. A aceitação radical não acaba com a dor. A aceitação radical o ajuda a superar a reação tão natural (dor) a crises e outros desconfortos e a evitar que ela se expanda ou se estenda até que se deteriore completamente. Enquanto isso, se tenta negar a dor ou se distrair e se acabam fazendo coisas que pioram a situação.

HABILIDADES DE SOBREVIVÊNCIA À CRISE

- Por meio das habilidades de sobrevivência à crise, o paciente aprende a tolerar eventos e emoções dolorosas, sobretudo quando parece que as suas habilidades se esgotaram.
- A ênfase aqui é atravessar o período de crise ou de emergência de forma eficaz, ou, pelo menos, não piorar a situação, sobretudo quando não é possível nada para as coisas melhorarem imediatamente.
- As habilidades de sobrevivência à crise não são destinadas a resolver questões subjacentes ou mudar a situação.
- Entretanto, por meio do alívio temporário, o indivíduo poderá ganhar tempo para si e responder de forma mais eficaz quando tiver uma oportunidade para fazer isso.

HABILIDADES DE SOBREVIVÊNCIA À CRISE

- Sobreviver a uma crise sem piorar as coisas demanda muito esforço, especialmente no início. As habilidades de sobrevivência à crise oferecem uma oportunidade para reservar um tempo e desenvolver uma nova perspectiva sem ter que pagar os custos destrutivos de longo prazo do comer exagerado.
- Precisamos lembrar que a definição de crise é algo subjetivo. O que para uma pessoa talvez não seja tão desconfortável assim pode ser extremamente desconfortável para outra. Uma possível definição de crise seria: uma situação em que um indivíduo se sente sobrecarregado e impotente. Enquanto algumas pessoas perdem completamente a fome nesse tipo de situação, outras frequentemente ficam mais ansiosas por comida, pois isso as ajuda a se anestesiarem, a evitar o desconforto ou a escapar dele.

HABILIDADES DE SOBREVIVÊNCIA À CRISE

- **HABILIDADES DE DISTRAÇÃO**

- A proposta dessas habilidades é afastá-lo temporariamente de gatilhos ou situações emocionais difíceis de enfrentar. Nesses momentos, é necessário tirar o foco de si e da situação para que possa dar a si mesmo uma pausa necessária. Elas não tem como objetivo evitar ou negar a realidade para que a pessoa finja que não há, de fato, uma crise. A ideia é utilizar essas habilidades para interromper a crise pelo tempo suficiente e reduzir a tensão para que o paciente possa retornar a enfrentar a crise um pouco renovado ou com uma perspectiva levemente alterada.



ovaFrasei

HABILIDADES DE SOBREVIVÊNCIA À CRISE

- **ATIVIDADES**

- Uma forma de se distrair é por meio de atividades que, especialmente quando realizadas com atenção plena, podem ocupar e distrair o paciente para que a vontade de comer exageradamente ou se engajar em qualquer outro comportamento destrutivo seja reduzida. Exemplos de atividades incluem exercício, hobbies, limpeza, telefonemas, etc.





HABILIDADES DE SOBREVIVÊNCIA À CRISE

- **CONTRIBUIR**

- A contribuição é outra forma de praticar a distração. Ao contribuir para algo, o paciente entra em contato com uma vivência diferente de sua crise atual. Muitos pacientes consideram esse mecanismo muito útil. A contribuição não tem que ser nada grande, pode ser uma mensagem para um amigo. Outros exemplos de contribuição incluem ajudar um vizinho em uma tarefa, fazer algo extra ou carinhoso para um membro da família ou qualquer outra coisa que permita atuar de forma positiva na vida de alguém.

HABILIDADES DE SOBREVIVÊNCIA À CRISE

- **OUTRAS SENSações INTENSAS**

- Outro tipo de distração envolve a utilização de outras sensações intensas, como tomar um banho muito quente, mergulhar o rosto em água gelada (muitos consideram essa habilidade particularmente eficaz para gerar uma resposta reconfortante), segurar cubos de gelo, ouvir música muito alta.
- Quando estamos emocionalmente abalados, pode ser muito eficaz buscar formas de se confortar e cuidar de si mesmo. Embora ser compassivo e gentil consigo mesmo seja algo que provavelmente sugeriríamos para qualquer pessoa, é algo que normalmente não nos ocorre quando estamos em crise. Muitas vezes, acabamos nos julgando e nos criticando por estar vivenciando a crise e por não saber resolvê-la. Ter autocompaixão, contudo, é mais eficaz.
- **Recorrer à utilização de conforto da comida pode parecer algo gentil num dado momento. No entanto, esse tipo de comportamento é extremamente nocivo para lidar com a situação – nocivo para a autoestima, o corpo, as relações pessoais e a relação consigo mesmo. É por isso que é interessante aprender e utilizar outras estratégias de enfrentamento.**

COMO APLICAR ESSAS TÉCNICAS NO CASO DE ANA?

TIPP
(Regulação fisiológica rápida)
Útil quando a ativação está alta.

T – Temperatura

- Lavar o rosto com água fria
- Compressa fria no rosto



I – Exercício intenso breve

- 30 segundos de polichinelos
- Subir escada rapidamente



P – Respiração lenta

- 4 segundos inspirando
- 6 segundos soltando o ar



Aplicação: Após uma frustração com paciente, antes de abrir a geladeira.

 **Função:** reduzir ativação autonômica rapidamente.

Autoconsolo pelos 5 sentidos

Situação: Exaustão após dia cheio.

Em vez de comer:



Chá quente

- Lavar o rosto com água fria



Banho relaxante

- Música tranquila



Aromaterapia

- Luz baixa



– Luz baixa



Função: oferecer conforto sem usar comida.

Surfar o impulso

(Urge Surfing)

Aplicado ao comer emocional.

- Observar o **impulso** como uma onda
- Nomear intensidade de 0–10
- Esperar 10 minutos
- Reavaliar



Ensinar que **impulso** sobe e desce mesmo sem agir.

Distração saudável

(ACCEPTS)

Quando a emoção é intensa demais para resolver no momento.

Exemplos para Ana:



- Assistir algo leve por 20 min



- Organizar algo pequeno



- Ligar para amiga



- Caminhar no quarteirão



Função: ganhar tempo até a intensidade diminuir.

Aceitação radical

(culpa ao descansar)

Situação: domingo à tarde, sente culpa por não estar produzindo.

Aplicação:

- ✓ “Eu estou sentindo culpa.”
- ✓ “Culpa não significa que estou errada.”
- ✓ “Descansar é parte do cuidado.”
- 🎯 Reduz luta interna contra a emoção.



Melhorar o momento

(IMPROVE)

Especialmente útil na sobrecarga profissional.

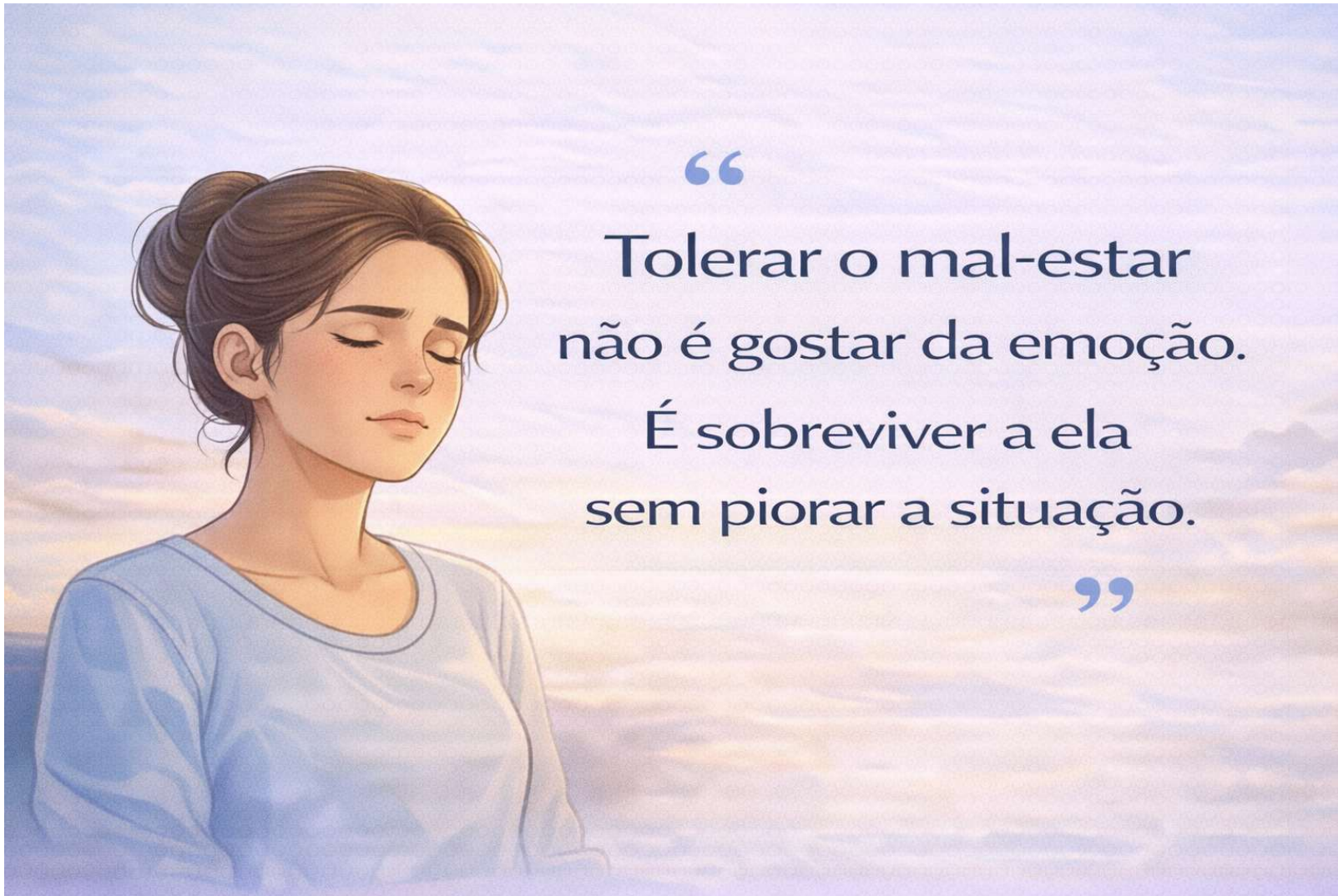
Exemplos:

- ✓ Visualizar limites saudáveis
- ✓ Frases de autocompaixão
- ✓ Pequenas pausas conscientes
- ✓ Micro-momentos de significado



Reduz luta interna contra a emoção.





“

Tolerar o mal-estar
não é gostar da emoção.

É sobreviver a ela
sem piorar a situação.

”

Qual a diferença entre
tolerância ao mal-estar e
regulação emocional?



- A **tolerância ao mal-estar** refere-se à capacidade de suportar emoções intensas sem recorrer a comportamentos impulsivos ou desadaptativos para aliviá-las imediatamente. O foco não é reduzir a emoção naquele momento, mas atravessá-la com segurança, evitando piorar a situação. Técnicas como STOP, TIPP, distração saudável e outras, ajudam a pessoa a ganhar tempo e impedir que a emoção conduza a ações que tragam consequências negativas (como comer impulsivamente ou ter uma resposta muito agressiva).

- Já a **regulação emocional** envolve compreender, modular e, quando possível, reduzir a intensidade ou a frequência das emoções ao longo do tempo. Inclui identificar emoções, analisar sua função, modificar pensamentos associados e adotar comportamentos mais alinhados a objetivos de longo prazo.
- Enquanto a tolerância ao mal-estar é usada principalmente em picos emocionais agudos (“como sobreviver a isso agora?”), a regulação emocional busca mudanças mais estruturais (“como lidar melhor com isso no futuro?”).

Passo 4 – Reestruturação cognitiva do perfeccionismo

- **Foco TCC**
- “Se eu não estiver no shape, perco pacientes.”
- “Descansar é irresponsabilidade.”
- Na perspectiva da TCC, o perfeccionismo da Ana pode ser compreendido como sustentado por **crenças centrais de valor condicionado à performance** (“eu só sou válida se eu performar bem”) e por **pressupostos rígidos do tipo ‘deveria’ e ‘se... então...’**. O pensamento *“Se eu não estiver no shape, perco pacientes”* revela uma distorção cognitiva com componentes de catastrofização, leitura mental e supergeneralização. Ele transforma uma possibilidade em certeza e associa diretamente aparência corporal à competência profissional, reforçando a fusão entre identidade pessoal e desempenho. Já a ideia de que *“Descansar é irresponsabilidade”* expressa uma regra inflexível, moralizada, que equipara autocuidado a falha ética, mantendo o ciclo de sobretrabalho e culpa.

Passo 4 – Reestruturação cognitiva do perfeccionismo

- A reestruturação cognitiva envolve identificar essas interpretações automáticas, avaliar evidências reais a favor e contra, testar hipóteses alternativas e construir formulações mais funcionais e flexíveis. Por exemplo, investigar dados objetivos sobre retenção de pacientes, explorar outros fatores que sustentam sua credibilidade (formação, vínculo, resultados clínicos) e questionar a utilidade da regra rígida sobre descanso. O objetivo não é eliminar padrões de excelência, mas diferenciar **padrões elevados saudáveis** de exigências absolutistas que geram sofrimento, promovendo uma crença mais adaptativa como: “Minha competência não depende exclusivamente da minha aparência” e “Descansar sustenta minha qualidade profissional a longo prazo.”

Técnica: Evidências Pró e Contra

- **Pensamento-alvo 1:**
- “Se eu não estiver no shape, perco pacientes.”
- **Evidências a favor:**
- Área da nutrição valoriza imagem corporal.
- Ela já viu comentários em redes sociais sobre aparência de nutricionistas.
- Alguns pacientes mencionam admiração pelo corpo dela.
- **Evidências contra:**
- Nunca perdeu paciente por causa do peso.
- Tem pacientes que melhoraram clinicamente independentemente da aparência dela.
- Pacientes elogiam clareza, acolhimento e conhecimento técnico.
- Colegas competentes não estão necessariamente “no shape”.
- Retorno financeiro e agenda cheia persistem mesmo após ganho de peso.
- **Reformulação possível:**
- “Minha aparência pode influenciar percepção inicial, mas não é o único nem o principal fator que mantém meus pacientes.”

Técnica: Evidências Pró e Contra

- **Pensamento-alvo 2:**
- **“Descansar é irresponsabilidade.”**
- **Evidências a favor:**
- Cultura profissional valoriza produtividade.
- Redes sociais reforçam constância.
- Ela aprendeu que pessoas bem-sucedidas trabalham muito.
- **Evidências contra:**
- Quando descansa, atende melhor.
- Está exausta e menos eficiente.
- Médicos, psicólogos e outros profissionais estabelecem limites.
- Excesso de trabalho tem prejudicado casamento e saúde mental.
- **Reformulação possível:**
- “Descansar não é irresponsabilidade; é estratégia para sustentar qualidade a longo prazo e não entrar em burnout”.

Técnica: experimento comportamental

- O experimento comportamental é uma técnica central da TCC utilizada para testar, na prática, a validade de pensamentos e crenças disfuncionais. Em vez de apenas discutir logicamente se um pensamento é verdadeiro ou distorcido, o terapeuta e o paciente formulam uma hipótese (“Se eu não responder mensagens à noite, vou perder pacientes”) e planejam uma ação concreta para verificar o que realmente acontece. O foco está em transformar previsões em dados observáveis, reduzindo a força de crenças baseadas em suposições, medo ou catastrofização.
- Diferente de simplesmente “pensar diferente”, o experimento comportamental promove aprendizagem experiencial. Ao vivenciar que a consequência temida não ocorre, ou ocorre de forma muito menos intensa do que imaginado, o paciente enfraquece a crença disfuncional e aumenta sua flexibilidade cognitiva. Assim, a mudança não acontece apenas no nível intelectual, mas também emocional, pois o cérebro passa a ter evidências reais que contradizem o padrão anterior de pensamento.

Experimento 1 – Descanso estruturado

- **Hipótese de Ana:**
“Se eu não responder mensagens à noite, pacientes vão embora.”
- **Experimento:**
- Criar resposta automática:
“Respondo mensagens de segunda a sexta das 8h às 18h.”
- Não responder fora desse horário por 1 semana.
- **Monitorar:**
 - Perda real de pacientes?
 - Nível de ansiedade?
 - Qualidade do sono?
- **Resultado esperado:**
Ansiedade inicial alta → diminui com repetição
Pouca ou nenhuma perda real.

Experimento 2 – Reduzir excesso de explicação na consulta

- **Hipótese:**

“Se eu não explicar tudo, paciente vai achar que não sei o suficiente.”

- **Experimento:**

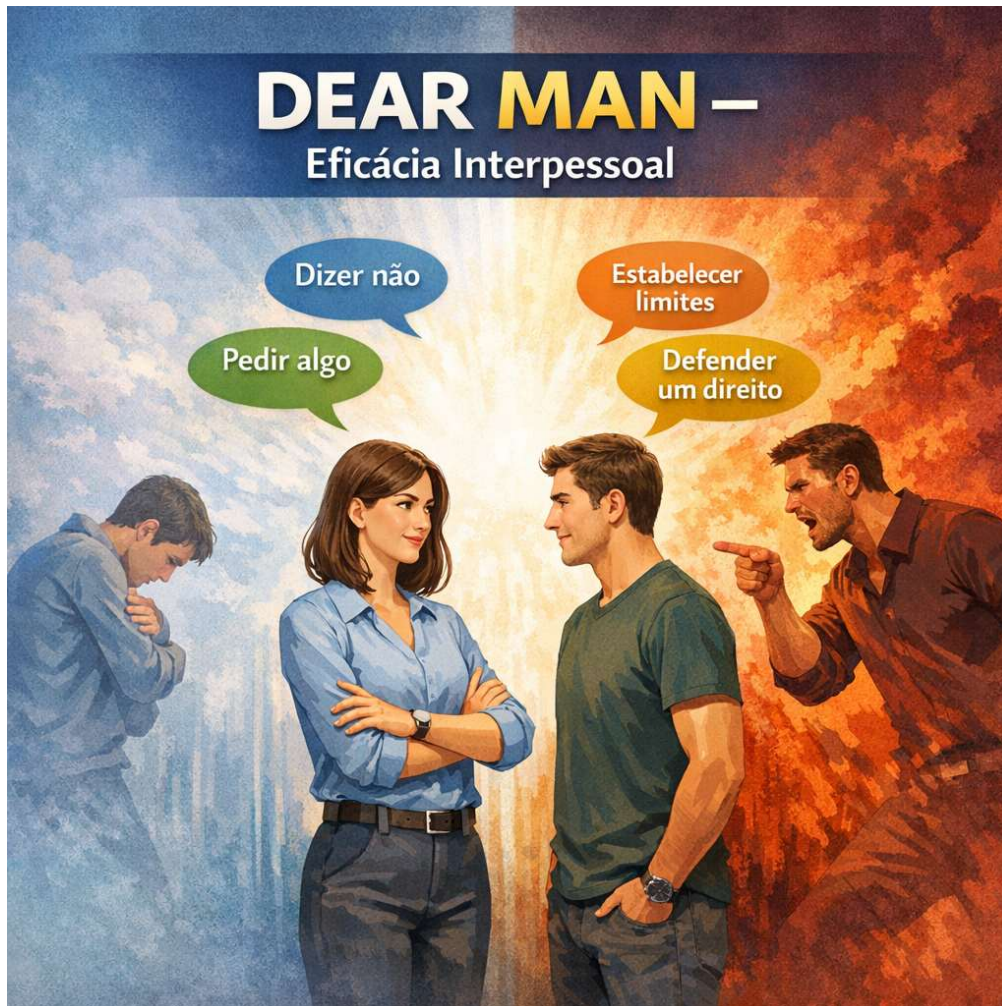
- Limitar explicação a pontos essenciais.
- Deixar parte para próxima consulta.
- Observar reação do paciente.

- **Possível resultado:**

Paciente se sente menos sobrecarregado, não menos confiante.

Passo 5 – Limites profissionais e eficácia interpessoal (DBT)

- **Objetivos:**
- Ensinar habilidade DEAR MAN
- Construir roteiro de comunicação
- **Intervenções:**
- Script de mensagem automática para pacientes
- Definir horário fixo de resposta
- **Plano de ação**
- Implementar limite de horário digital



Habilidade DEAR MAN (DBT)

- A **DEAR MAN** é uma habilidade de **eficácia interpessoal** da DBT, usada quando a pessoa precisa **pedir algo, dizer não, estabelecer limites ou defender um direito**, mantendo equilíbrio entre firmeza e relacionamento. Ela é especialmente útil para pacientes que oscilam entre submissão excessiva e agressividade.

Habilidade DEAR MAN (DBT)

Habilidade DEAR MAN (DBT)
Peça, estabeleça limites ou diga “não” mantendo relacionamentos

D – Describe 	Descreva a situação objetivamente. “Você enviou mensagens ontem às 22h.”
E – Express 	Expresse sentimento/necessidade. “Quando recebo mensagens fora do horário, fico sobrecarregada.”
A – Assert 	Afirme o que quer. “Respondo mensagens de seg. a sex., das 8’h às 18’h.”
R – Reinforce 	Mostre benefícios. “Assim consigo organizar melhor seu acompanhamento.”
M – Mindful 	Mantenha o foco. “Eu respondo horário comercial.”
A – Appear confident 	Pareça confiante. “Se for urgente, podemos combinar outro formato.”





Habilidade DEAR MAN (DBT)

- Ana tem dificuldade em estabelecer limites porque:
- Tem medo de perder pacientes
- Confunde disponibilidade com competência
- Sente culpa ao dizer não
- Com isso, responde sempre, fica sobrecarregada, sente ressentimento e vontade de abandonar a profissão. A ideia é que ela aprenda a estabelecer limites claros, e com isso, reduza sua ansiedade a longo prazo e preserve seus relacionamentos.

Construir roteiro de comunicação

- Construir um roteiro de comunicação significa ajudar o paciente a **planejar previamente como irá se posicionar em situações difíceis**, especialmente quando há medo de rejeição, culpa ou tendência à submissão. Em vez de improvisar sob alta ativação emocional, o paciente ensaia frases estruturadas, claras e assertivas, reduzindo impulsividade e insegurança. Essa estratégia é muito usada na TCC e na DBT (especialmente junto com DEAR MAN), pois aumenta previsibilidade e senso de controle.
- No caso da Ana, o roteiro é fundamental porque ela evita conflitos por medo de perder pacientes e acaba ultrapassando limites. Sem roteiro, ela responde automaticamente; com roteiro, ela tem uma “fala pronta” que diminui ansiedade e facilita a manutenção de limites profissionais.

Objetivos clínicos do roteiro



Ansiedade reduzida



Assertividade



Menos justificativas



Valores e comportamento
coerentes



Comunicação equilibrada

Construir roteiro de comunicação

• Objetivos clínicos do roteiro

- ✓ Reduzir ansiedade antecipatória
- ✓ Aumentar assertividade
- ✓ Diminuir justificativas excessivas
- ✓ Evitar comunicação passiva ou agressiva
- ✓ Reforçar coerência entre valores e comportamento

Situação 1 – Mensagem fora do horário

Roteiro possível:



“ Eu respondo mensagens de segunda a sexta, das 8h às 18h. Assim consigo organizar melhor seu acompanhamento.”

- ✓ Simples, claro, firme, sem excesso de explicações.



Situação 2 – Paciente insistindo em resposta imediata

“Entendo que é importante para você.
Vou responder no próximo horário
de atendimento.”

✓ Valida sem ceder.



Situação 3 – Marido reclamando da sobrecarga

“ Eu percebo que tenho trabalhado demais e quero ajustar isso. Estou tentando organizar melhor meus horários.”

✓ Expressa responsabilidade sem autodepreciação.



Intervenções:

- Scripts de mensagem automática para pacientes
- Definir horário fixo de resposta.
- Avaliar se é necessário sempre estar à disposição para o paciente, ou se esse serviço deve ser ofertado apenas com planos mais caros.
- Avaliar a possibilidade da contratação de uma estagiária para ajudá-la a responder os pacientes.
- **Plano de ação:**
- Implementar limite de horário digital

Parte 6 – Comer emocional

- O **comer emocional** pode ser compreendido, na perspectiva cognitivo-comportamental, como uma estratégia de regulação emocional baseada principalmente em **reforçamento negativo**. Diante de estados internos aversivos — como ansiedade, frustração, culpa ou sensação de inadequação — o comportamento de comer produz alívio imediato ou conforto momentâneo. Esse alívio reduz temporariamente a ativação emocional, aumentando a probabilidade de que o comportamento seja repetido em situações futuras semelhantes. Assim, o foco não está na fome fisiológica, mas na tentativa de modular estados afetivos difíceis.

Parte 6 – Comer emocional

- Do ponto de vista cognitivo, o comer emocional costuma estar associado a pensamentos automáticos do tipo: “Eu mereço”, “Só hoje”, “Preciso de algo para me acalmar”, além de regras rígidas que alternam restrição e descontrole. Em pacientes como Ana, que apresentam perfeccionismo e autocrítica elevada, a comida pode funcionar tanto como anestésico emocional quanto como breve experiência de recompensa em um contexto de alta exigência. Paradoxalmente, após o alívio inicial, surge culpa e autodepreciação, o que reativa o ciclo emocional negativo e aumenta o risco de novos episódios.

Parte 6 – Comer emocional

- Na perspectiva da DBT e da análise do comportamento, o comer emocional não é visto como falha moral, mas como **tentativa de regulação emocional com repertório limitado**. A intervenção, portanto, não deve se concentrar apenas na restrição alimentar, mas no desenvolvimento de habilidades alternativas de regulação (tolerância ao mal-estar, autoconsolo, resolução de problemas) e na modificação das contingências que mantêm o comportamento. O objetivo terapêutico não é eliminar a emoção, mas ampliar as respostas possíveis diante dela.

Parte 6 – Comer emocional

- A **substituição funcional** é um princípio central da análise do comportamento aplicado à clínica: quando um comportamento-problema cumpre uma função psicológica clara (alívio de ansiedade, busca de validação, redução de culpa, sensação de controle), simplesmente eliminá-lo tende a falhar se a função não for atendida por outra resposta. Em vez de focar apenas em “parar” o comportamento, o terapeuta identifica **qual necessidade ele está regulando** e ensina um novo comportamento que cumpra a mesma função, porém com menor custo a longo prazo.

Parte 6 – Comer emocional

- No caso do comer emocional de Ana, a função principal é regulação emocional, especialmente redução de exaustão, frustração e autocrítica. Se a comida oferece conforto e alívio imediato, a substituição funcional precisa oferecer algo com função semelhante (ex.: autoconsolo pelos cinco sentidos, TIPP, pausa estruturada, ligação para alguém de confiança), não apenas “força de vontade”. O mesmo vale para o excesso de trabalho: se responder mensagens reduz ansiedade, a substituição funcional pode ser uma resposta automática programada, um horário fixo de checagem ou uma prática breve de respiração que regule a ativação antes de decidir agir.

Parte 6 – Comer emocional

- Clinicamente, a substituição funcional envolve três passos:
- (1) identificar a função do comportamento-problema;
- (2) selecionar uma alternativa que atenda à mesma função;
- (3) reforçar consistentemente a nova resposta até que ela se torne mais provável do que a antiga.
- O objetivo não é suprimir emoção ou desejo, mas **ampliar o repertório comportamental** do paciente, permitindo que ele regule estados internos de maneira mais flexível e menos autodestrutiva.

Intervenções



Intervenções:

-
- Plano alternativo para frustração
 - Sequência: emoção → ação alternativa → recompensa

Plano alternativo para frustração

- No caso de Ana, a frustração costuma surgir quando ela sente que não atendeu ao próprio padrão de excelência, quando um paciente não segue o plano alimentar ou quando percebe que não conseguiu dar conta de tudo. Historicamente, essa frustração é regulada por dois caminhos principais: trabalhar ainda mais ou comer emocionalmente. O plano alternativo para frustração consiste em **antecipar esse gatilho emocional e definir previamente uma resposta diferente**, antes que o impulso automático apareça.

Plano alternativo para frustração

- Clinicamente, isso envolve mapear:
 - 1 Quais situações geram frustração?
 - 2 Como ela percebe essa emoção no corpo?
 - 3 Qual é o comportamento automático subsequente?

Plano alternativo para frustração

- A partir disso, constrói-se uma resposta alternativa específica e treinada. Por exemplo:
- Frustração após paciente “difícil” → caminhada de 10 minutos
- Frustração com redes sociais → pausa estruturada + respiração lenta
- Frustração por erro percebido → escrever três evidências de competência
- O ponto central é **reduzir imprevisto emocional**. Quando a alternativa já está definida, a probabilidade de repetir o comportamento antigo diminui.



Ação alternativa

- Essa sequência é um princípio comportamental estruturado. O comportamento-problema de Ana é mantido porque ele gera reforço imediato (alívio, conforto, sensação de controle). Se quisermos modificar o padrão, precisamos criar um novo ciclo de reforçamento.

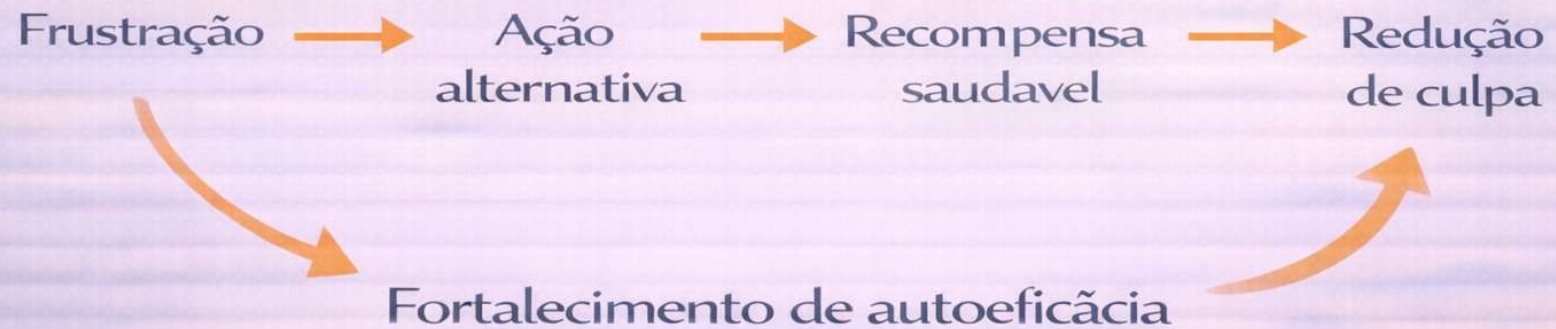
Modelo antigo:



Frustração → Comer → Alívio → Mais frustração

Expressa responsabilidade
sem autodepreciação

Modelo terapêutico:



Ação alternativa

- A **recompensa** é parte essencial. Se Ana apenas “suporta” a emoção sem nenhum reforço positivo, o novo comportamento perde força. A recompensa pode ser:
 - Sensação de coerência com valores
 - Registro de progresso
 - Pequeno prazer não alimentar
 - Autovalidação consciente
- Teoricamente, estamos substituindo reforçamento negativo (alívio via comida) por uma combinação de **reforçamento positivo** e construção de autoeficácia. Com repetição consistente, o novo padrão se torna mais provável do que o antigo.

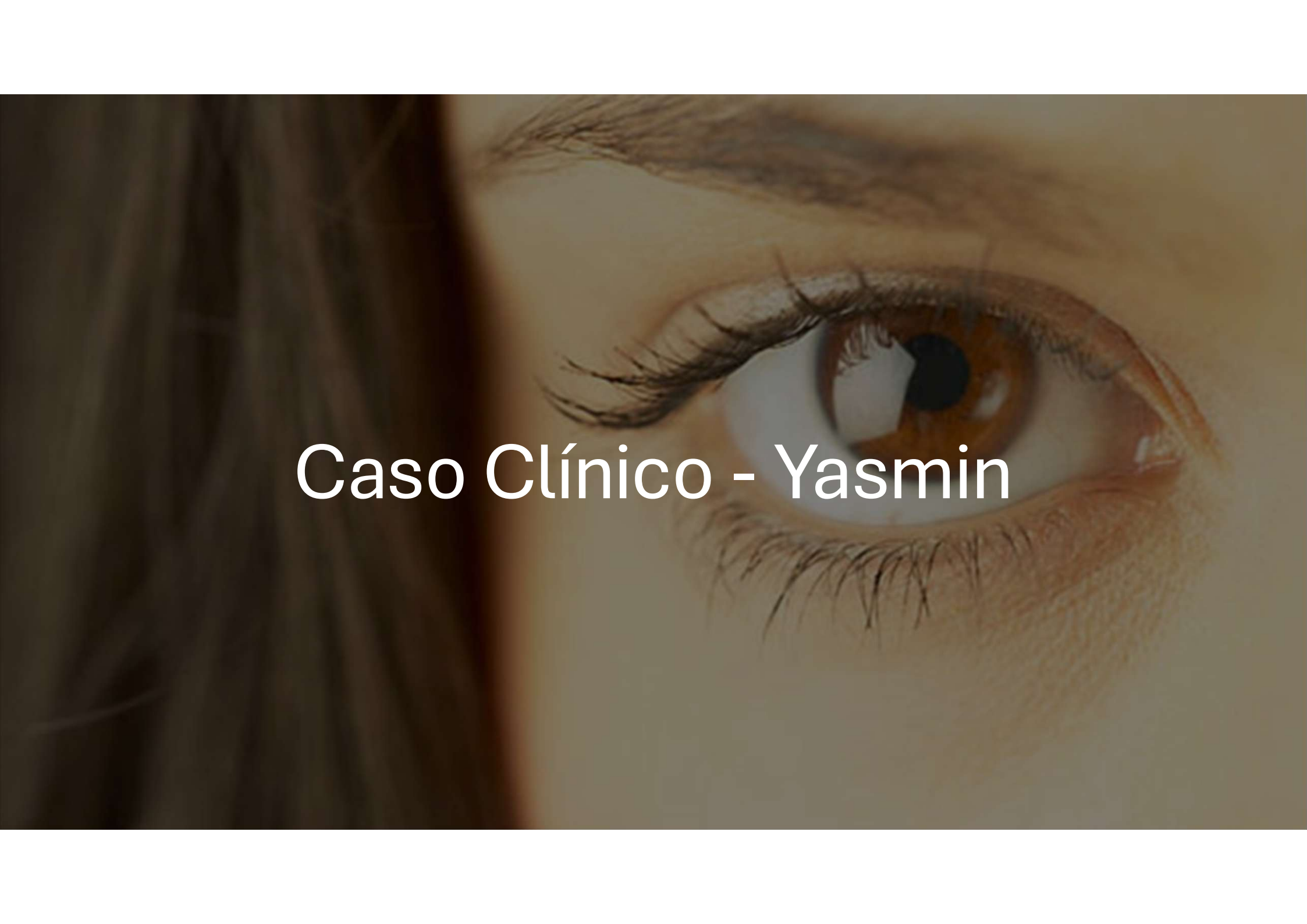
Ação alternativa

- O plano alternativo reduz impulsividade.
A sequência emoção → ação alternativa → recompensa cria um novo circuito de aprendizagem.
- Não é apenas “resistir”. É ensinar Ana a se regular de outro jeito, aumentando seu repertório comportamental.



Plano de ação

- Testar alternativas antes de comer



Caso Clínico - Yasmin



CASO CLÍNICO – YASMIN

- **Peso atual:** 90 quilos / 1,76m
- **Maior peso:** 115 quilos
- **Peso ideal:** 75 quilos
- **Peso factível:** 85 quilos

CASO CLÍNICO – YASMIN

- Yasmin tem 39 anos, é casada e tem dois filhos. Trabalha como advogada.
- Buscou terapia por ter dificuldades com emagrecimento. Relata que esse é um problema que sofre desde sempre. Era muito gordinha até a idade de 13 anos, quando sua mãe a levou em uma consulta e ela teve contato pela primeira vez com inibidores de apetite.
- Relata que sempre se “escondeu”, que não usava bikini e sempre se sentiu gorda, mesmo nos períodos em que esteve mais magra. Não gosta de tirar fotos e costuma “fugir” em momentos que as pessoas tiram fotos e que não costuma se olhar no espelho.

CASO CLÍNICO – YASMIN

- Conseguiu manter seu peso até os 19 anos, quando engravidou e ganhou cerca de 30 quilos. Relata que “se abandonou” e chegou a 115 quilos.
- **“Se alguma coisa sair da linha, meu conforto é a comida”.**
- Comentou que seus maiores problemas são o final de semana e o estresse.
- Se incomoda muito com seu peso e se sente frustrada por não conseguir chegar ao corpo dos sonhos. Se sente culpada por nunca ter conseguido chegar a esse padrão desejado. Relata que todas as amigas são muito mais magras e sempre pesaram menos que ela.
- Quando questionada sobre qual seria o corpo dos sonhos, qual padrão gostaria de atingir, ela relata que seria o corpo atual da Carolina Dieckman ou da Bruna Marquezine.

CASO CLÍNICO – YASMIN

- Mesmo nos momentos em que emagreceu muito, não se via magra. Atualmente, está mais magra, mas ainda se vê gorda. Mesmo tendo passado das roupas 48 para 44/42, ainda se vê gorda e evita fotos.
- ***“Hoje olhando as fotos, eu vejo que estava magra, mas nunca me sentia satisfeita”***
- ***“Quando eu chegar no corpo que eu quero, toda minha vida vai se resolver”***
- Relata que quando tem muitas escapadas da dieta na semana, evita se pesar.
- Não pensa muito em comida ao longo do dia, mas a noite é seu pior momento e é normalmente, quando come algo calórico buscando conforto.

Supervalorização de Peso e Forma

- De acordo com **Christopher Fairburn**, a supervalorização do peso e da forma corporal é o núcleo psicopatológico central dos transtornos alimentares e da insatisfação corporal persistente. Ela ocorre quando o peso e o formato do corpo se tornam o principal, ou único, critério pelo qual a pessoa avalia seu valor pessoal. Em vez de a autoestima ser distribuída entre múltiplos domínios (relacionamentos, competência profissional, valores, habilidades), ela passa a depender quase exclusivamente da aparência. Assim, pequenas variações no peso ou na percepção corporal produzem oscilações intensas no humor, na autocrítica e no comportamento alimentar.

Supervalorização de Peso e Forma

- Segundo o modelo transdiagnóstico da CBT-E, essa supervalorização mantém um ciclo de dieta rígida, checagem corporal, evitação (espelho, fotos), comparação social e preocupação excessiva com o corpo. Mesmo quando há perda de peso significativa, a satisfação raramente ocorre de forma estável, porque o problema não está apenas no peso real, mas no significado atribuído a ele. Enquanto o peso continuar sendo a base central de autoavaliação, a pessoa permanecerá vulnerável à insatisfação crônica, independentemente da mudança corporal objetiva.

Mapa da autoavaliação

- O **mapa de autoavaliação**, no modelo de Fairburn (CBT-E), é uma estratégia usada para identificar quais áreas da vida sustentam o senso de valor pessoal do paciente e quanto peso cada uma ocupa nessa avaliação. Geralmente, constrói-se uma representação visual, como um gráfico de pizza, em que o paciente distribui a importância relativa de domínios como aparência, trabalho, maternidade, relacionamentos, valores pessoais e habilidades.
- Em casos como o de Yasmin, costuma-se observar que peso e forma corporal ocupam uma fatia desproporcional, revelando a supervalorização. O objetivo terapêutico não é negar a importância da aparência, mas ampliar outras fontes de autoestima, reduzindo a dependência exclusiva do corpo como critério de valor pessoal.

Mapa da autoavaliação

- “Se eu tirasse o peso da equação, o que sobraria para definir seu valor?”



Psicoeducação sobre peso factível

- A **variabilidade genética** explica por que duas pessoas com o mesmo padrão alimentar e nível de atividade podem ter corpos muito diferentes. Estudos com gêmeos e pesquisas em genética comportamental mostram que há forte influência hereditária na composição corporal, distribuição de gordura e resposta metabólica. Portanto, comparar-se a um padrão corporal específico (como o de atrizes ou influenciadoras) ignora diferenças estruturais reais de biotipo, estrutura óssea, massa magra e padrão de armazenamento de gordura.
- O conceito de **limite biológico** complementa essa compreensão: cada organismo tem um intervalo de peso mais sustentável, determinado por fatores genéticos, históricos e metabólicos. Tentar manter um peso muito abaixo desse intervalo costuma exigir restrição rígida e constante, o que aumenta risco de compulsão, efeito sanfona e sofrimento psicológico. Trabalhar esses conceitos em terapia ajuda a substituir a meta de “peso ideal imaginado” por um **peso factível e sustentável**, alinhado à saúde e ao funcionamento real do corpo, reduzindo expectativas irreais e autocrítica excessiva.

Redução de Evitação Corporal



Redução de Evitação Corporal

- Segundo Fairburn, no modelo da **CBT-E**, a evitação corporal (evitar espelhos, fotos, roupas ajustadas ou situações sociais que exponham o corpo) desempenha um papel central na manutenção da insatisfação corporal. Quando a pessoa evita olhar para o próprio corpo, ela não corrige suas distorções perceptivas nem testa suas interpretações negativas; ao contrário, mantém intactas as crenças disfuncionais sobre aparência. A evitação impede o contato com evidências contraditórias e fortalece a ansiedade antecipatória, criando um ciclo em que o medo da exposição corporal aumenta justamente porque nunca é enfrentado.

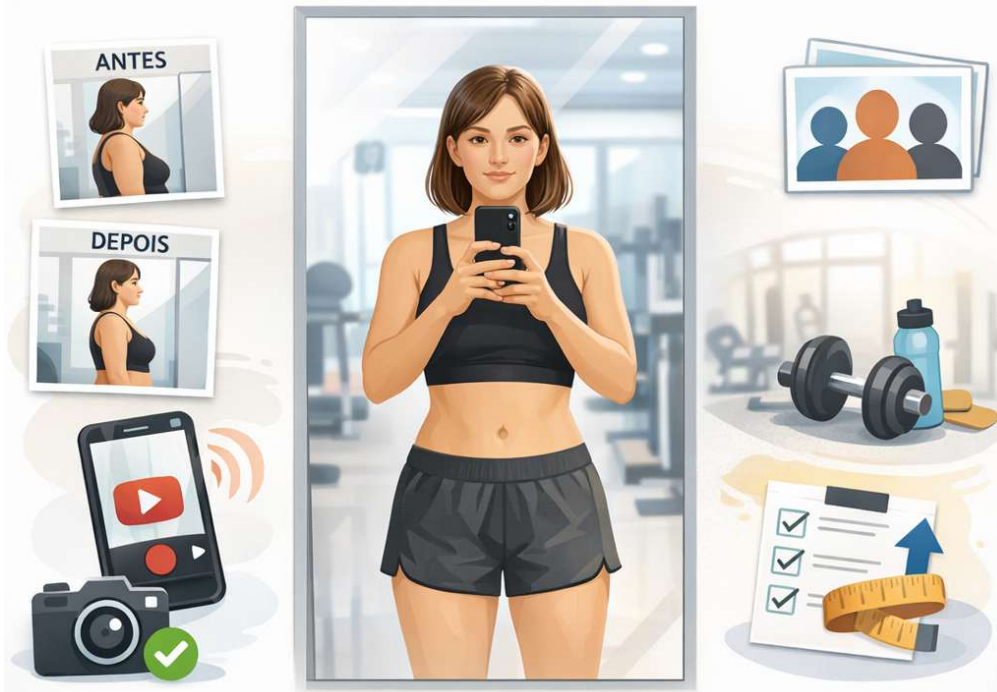
Redução de Evitação Corporal

- A **redução da evitação corporal** é, portanto, uma intervenção estratégica. Fairburn propõe exposição gradual e estruturada ao próprio corpo, com foco em descrição neutra e objetiva, evitando julgamentos (“minhas coxas são grandes”) e substituindo por observações factuais (“minhas coxas têm volume maior na parte interna”). O objetivo não é gerar apreciação imediata do corpo, mas **diminuir a carga emocional associada a ele**. Com repetição consistente, a exposição reduz ansiedade, enfraquece a supervalorização do peso e da forma e permite que a autoavaliação se torne menos dependente da aparência.



Evitação do corpo
mantém distorção.

Exposição gradual ao espelho e acompanhamento do progresso



Observação sem julgamentos

Registro do progresso

Intervenções:

- Exposição gradual ao espelho (descrição neutra)
- Permanecer em fotos
- Observar corpo como forma, não julgamento
- Fazer fotos de antes e depois para acompanhar progresso.
- Tirar fotos no espelho da academia.
- Gravar treinos.

Pesagem estruturada semanal

- Na perspectiva da CBT-E de Fairburn, a **pesagem estruturada semanal** é uma intervenção fundamental para reduzir a supervalorização do peso e a reatividade emocional associada ao número na balança. Quando o paciente evita se pesar após episódios de alimentação percebidos como “fora da linha”, essa evitação mantém a ansiedade e reforça interpretações catastróficas (“engordei tudo de novo”, “perdi o controle”).
- Ao estabelecer uma pesagem regular, previsível e acompanhada em sessão, o peso deixa de ser um evento carregado de julgamento e passa a ser tratado como dado informativo. Essa prática ajuda a corrigir distorções cognitivas, a normalizar flutuações fisiológicas e a diminuir o vínculo entre número na balança e valor pessoal, enfraquecendo gradualmente a supervalorização do peso como critério central de autoavaliação.



Pesagem estruturada semanal

- **Intervenção:**
- Pesagem 1x por semana
- Não compensar
- Usar dado como informação, não julgamento
- **Objetivo:**
Reduzir ansiedade e flutuação emocional ligada ao número.

TCC – Distorção de imagem

- Na TCC, a insatisfação corporal é frequentemente mantida por **distorções cognitivas sistemáticas**, que moldam a forma como a pessoa interpreta sua aparência e a dos outros. A **comparação social seletiva** ocorre quando o indivíduo se compara apenas com pessoas que representam um padrão corporal superior ou idealizado, ignorando a ampla variabilidade real dos corpos. Yasmin, por exemplo, compara-se a atrizes ou amigas percebidas como “sempre magras”, reforçando a sensação de inadequação. Essa comparação enviesada cria uma percepção distorcida de norma, como se apenas corpos muito magros fossem aceitáveis ou comuns.

TCC – Distorção de imagem

- O **pensamento tudo-ou-nada** também é central: o corpo é avaliado em extremos (“ou estou magra, ou estou gorda”), sem espaço para nuances. Pequenas variações de peso ou aparência são interpretadas como fracasso total. Esse padrão cognitivo favorece ciclos de restrição e descontrole, pois qualquer “desvio” é vivido como perda completa de controle. Já a **idealização midiática** envolve a internalização acrítica de padrões corporais irreais, muitas vezes influenciados por edição de imagem, filtros e seleção genética específica. A pessoa passa a usar esse ideal como parâmetro absoluto, ignorando fatores biológicos e contextuais.

TCC – Distorção de imagem

- Por fim, a **leitura mental** (“todo mundo é mais magra que eu”, “as pessoas estão me julgando”) intensifica a autocrítica e a evitação social. Trata-se de inferências sem evidência concreta, que transformam insegurança interna em suposta avaliação externa negativa. Na TCC, o trabalho terapêutico envolve identificar essas distorções, testar evidências e desenvolver interpretações mais equilibradas, reduzindo o impacto emocional dessas crenças e promovendo uma percepção corporal mais realista e funcional.

Distorção de Imagem Corporal

Perceptiva × Avaliativa

- A distorção de imagem corporal pode ser compreendida, na TCC, como composta por dois componentes inter-relacionados: o perceptivo e o avaliativo. A **dimensão perceptiva** refere-se a um erro na estimativa do tamanho ou da forma corporal — a pessoa percebe seu corpo como maior ou desproporcional em relação às medidas objetivas. No entanto, pesquisas indicam que, fora quadros mais graves como anorexia nervosa, o componente perceptivo isolado costuma ser menos intenso do que se supõe clinicamente. Muitas vezes, o que parece uma “**percepção distorcida**” é, na verdade, um julgamento emocional carregado aplicado à imagem corporal.

Distorção de Imagem Corporal

Perceptiva × Avaliativa

- Já a dimensão avaliativa envolve o significado atribuído ao peso e à forma corporal. Segundo Fairburn, no modelo transdiagnóstico da CBT-E, o núcleo do problema está na **supervalorização do peso e da forma como base da autoavaliação**. Aqui, pequenas variações corporais são interpretadas como prova de fracasso, inadequação ou perda de valor pessoal. Mesmo quando há mudanças objetivas no peso, a insatisfação persiste, pois o sistema interno de avaliação permanece rígido e condicionado. Assim, a intervenção terapêutica precisa ir além da correção perceptiva e focar na modificação dos critérios de valor pessoal que sustentam a insatisfação corporal.

Distorção Perceptiva

- Refere-se a um **erro na percepção do tamanho ou forma do próprio corpo**.
- A pessoa literalmente percebe seu corpo como maior ou diferente do que ele é.
- Exemplo no caso da Yasmin:
- Mesmo quando estava 20 kg mais magra, dizia se ver “gorda”.
- Hoje reconhece nas fotos que estava magra — mas na época não percebia.
- Isso sugere que, naquele momento, a percepção estava enviesada.
- Importante:
Em muitos casos clínicos (fora anorexia grave), a distorção perceptiva pura não é tão intensa quanto se imagina. O que ocorre frequentemente é uma **interpretação emocional negativa sobre a imagem percebida**, que parece perceptiva, mas é avaliativa.

Distorção Avaliativa

- Aqui não há necessariamente erro de tamanho, mas um erro de **significado e julgamento**.
- É quando a pessoa:
- Superestima a importância de pequenas imperfeições
- Interpreta partes do corpo como prova de fracasso
- Vincula aparência a valor pessoal
- Exemplo em Yasmin:
- “Se eu não tiver esse corpo ideal, minha vida não resolve.”
- Comparação com atrizes extremamente magras.
- Peso como critério central de autoestima.
- Na distorção avaliativa, o problema não é ver errado — é **avaliar de forma rígida e extrema**.

Como diferenciar clinicamente?

- Perguntas úteis:
- “Se medíssemos seu corpo objetivamente, você acha que estaria muito diferente?”
- “O que exatamente significa para você estar com esse peso?”
- “O problema é o tamanho ou o que ele representa?”
- Se a resposta envolve:
 - Valor
 - Vergonha
 - Fracasso
 - Rejeição
- Estamos no campo **avaliativo**.

Avaliação Perceptiva x Avaliativa



Implicações Terapêuticas

- **Se for predominantemente perceptiva:**
 - Exposição ao espelho
 - Comparação objetiva
 - Treino de descrição neutra
- **Se for predominantemente avaliativa:**
 - Trabalhar supervalorização
 - Descentralizar autoestima
 - Reestruturação de significado
 - Trabalhar crenças nucleares
- **No caso da Yasmin:**
Há componente perceptivo leve, mas o núcleo parece avaliativo.

Distorção de Imagem Corporal

Perceptivo

×

Avaliativo

- ✓ Erro na percepção
- ✓ Corpo parece maior do que é
- ✓ Imagem refletida parece desproporcional

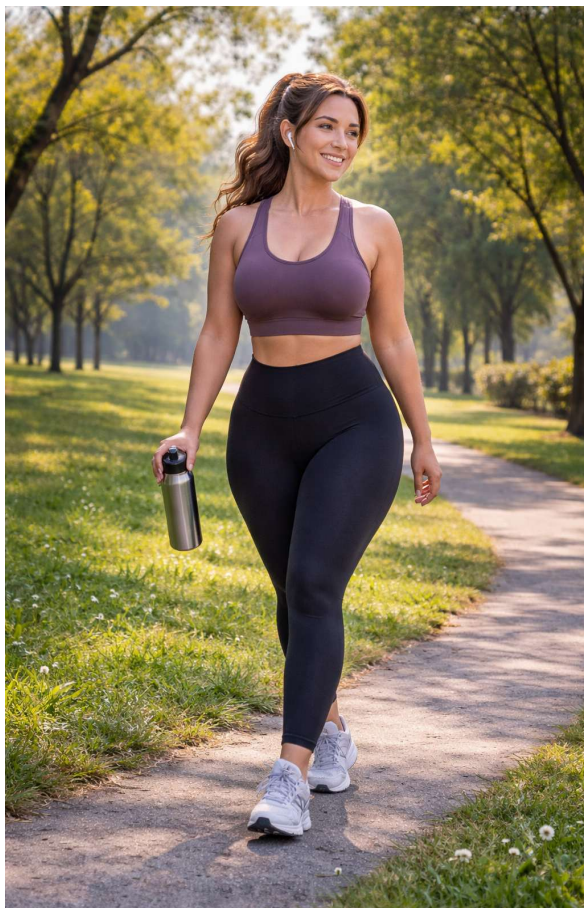


- ✓ Erro de julgamento
- ✓ Partes do corpo são criticadas
- ✓ Aparência ligada ao valor pessoal



O perceptivo é sobre a imagem em si; o avaliativo é sobre o significado atribuído à imagem.

Comparação Funcional



Comparação Funcional

- A **comparação funcional** é uma estratégia cognitiva utilizada na TCC para modificar o padrão de comparação social desadaptativa. Em vez de comparar-se com ideais irreais ou padrões extremos (como celebridades, influenciadoras ou versões editadas da própria imagem), o paciente aprende a comparar informações de maneira mais equilibrada, contextualizada e útil. O objetivo não é eliminar completamente a comparação, algo praticamente impossível, mas torná-la **mais realista e menos punitiva**.

Comparação Funcional

- No caso da Yasmin, a comparação habitual é vertical e seletiva: ela se compara com atrizes muito magras ou amigas que “sempre pesaram menos”. A comparação funcional propõe perguntas como:
- **“Estou comparando com alguém do mesmo biotipo e estrutura corporal?”**
- **“Essa imagem é representativa da média ou é um extremo?”**
- **“Estou considerando genética, idade, contexto de vida?”**
- **“Qual seria uma comparação mais justa?”**

Comparação Funcional



- Outra aplicação importante é a **comparação temporal consigo mesma**, de forma objetiva. Por exemplo, analisar fotos em diferentes fases de peso e questionar:
- “Na época eu me sentia gorda, mas hoje vejo que estava magra. O que isso diz sobre a confiabilidade da minha percepção atual?”
- Isso ajuda a enfraquecer a crença de que a percepção corporal negativa é um reflexo fiel da realidade.

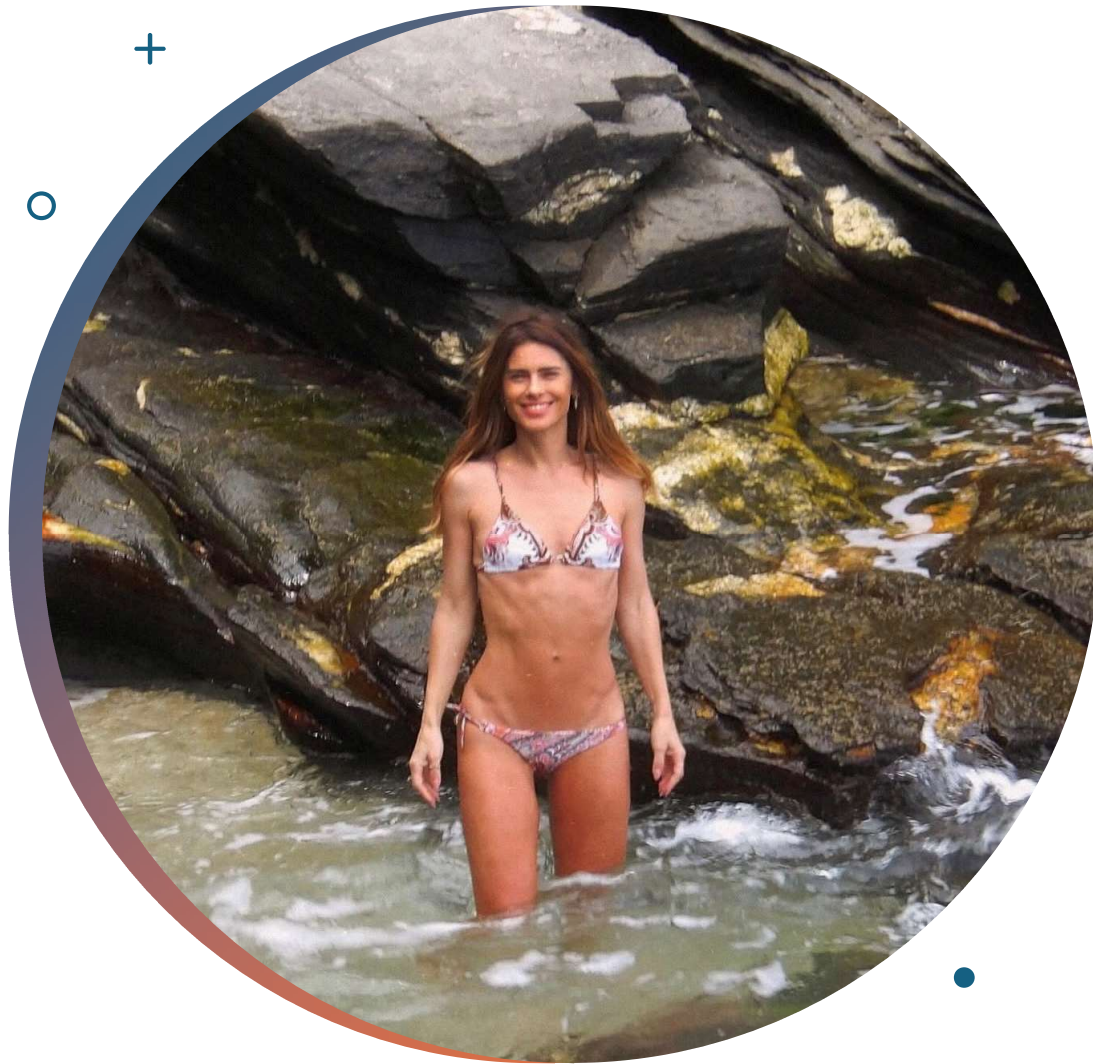
Comparação Funcional



- A técnica reduz distorções como comparação seletiva, idealização e generalização excessiva, promovendo maior flexibilidade cognitiva. O foco não é convencer Yasmin de que seu corpo é “perfeito”, mas ajudá-la a desenvolver critérios de avaliação menos extremos, menos enviesados e mais alinhados à realidade.

Comparação Funcional

- Mostrar fotos antigas em diferentes pesos.
Perguntar:
- “Qual evidência objetiva de que você estava gorda aqui?”
- Ela já verbalizou:
“Hoje vejo que estava magra.”
- Isso é evidência poderosa contra a crença.
- Outra estratégia que pode ser utilizada é pedir para ela comparar uma roupa tamanho 48 com uma tamanho 42.



EXPECTATIVAS IRREAIS

- “Quando eu chegar no corpo que eu quero, minha vida vai se resolver.”
- “Eu gostaria de ter o corpo da Carolina Dieckman”

EXPECTATIVAS IRREAIS

- **Intervenção cognitiva:**
 - Linha do tempo de vida
 - “Você já teve momentos bons sem estar nesse corpo ideal?”
 - “Qual o objetivo de ter um corpo tão magro quanto de uma atriz?”
 - “Com sua estrutura corporal, é possível ter um corpo assim?”
- Explorar evidências de felicidade não contingente ao peso



“O curioso paradoxo é que
quando eu me aceito
como sou,
então posso *mudar.*”

— Carl Rogers —

@PSI.REPCZUK

Obrigada! :)
Acompanhe meu trabalho
pelo instagram:
[@psi.repczuk](https://www.instagram.com/psi.repczuk)



EMAGRECIMENTO E SAÚDE MENTAL